

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL**



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL**

**“SOBREVIDA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CARCINOMA DE
CÉLULAS ESCAMOSAS EN CAVIDAD ORAL DEL HOSPITAL NACIONAL
ROSALES EN EL PERIODO DE 2011 AL 2016”.**

**AUTOR:
DR. GILBERTO APONTES TABLAS**

**DOCENTE ASESOR:
DRA. FLORENCE JUANA MARÍA CUADRA ZELAYA**

CIUDAD UNIVERSITARIA, “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, DICIEMBRE 2025.

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL**



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL**

**“SOBREVIDA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CARCINOMA DE
CÉLULAS ESCAMOSAS EN CAVIDAD ORAL DEL HOSPITAL NACIONAL
ROSALES EN EL PERIODO DE 2011 AL 2016”.**

**AUTOR:
DR. GILBERTO APONTES TABLAS**

**DOCENTE ASESOR:
DRA. FLORENCE JUANA MARÍA CUADRA ZELAYA**

CIUDAD UNIVERSITARIA, “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, DICIEMBRE 2025.

AUTORIDADES

RECTOR

MSC. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICE-RECTOR ACADÉMICO

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA

VICE – RECTOR ADMINISTRATIVO

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

DECANO

DR. JOSÉ OSMÍN RIVERA VENTURA

VICE-DECANA

DRA. KARINA LISSETH JUÁREZ DE AQUINO

SECRETARIA

LICDA. HILDA MIRANDA LUNA

DIRECTOR DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

DR. ROLANDO ALBERTO MENDOZA MAYORGA

COORDINADOR DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE POSGRADO

DR. CARLOS ROBERTO MORÁN FRANCO

TRIBUNAL EVALUADOR

DR. JOSÉ DANIEL PACHECO CRUZ

DR. EDWIN BLADIMIR RAMÍREZ DÍAZ

Profesora PhD. FLORENCE JUANA MARIA CUADRA ZELAYA

AGRADECIMIENTOS:

A la Universidad de El Salvador a través de la facultad de Odontología por ser el soporte académico en esta nación, al Hospital Nacional Rosales por mi formación como especialista y a la Dra. Florence Cuadra por su valiosa guía en esta investigación.

DEDICATORIA

A mi esposa Claudia y a mi hija Montserrat por su amor, cariño, entrega y apoyo incondicional.

ÍNDICE

RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCIÓN	13
1.OBJETIVOS.....	14
1.2 OBJETIVOS GENERALES.....	14
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
2.MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 GENERALIDADES DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL	15
2.2 SOBREVIDA DEL CCEO	16
2.3 FACTORES ASOCIADOS A SOBREVIDA.....	17
3.MATERIALES Y MÉTODOS.....	19
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	19
3.2 TIEMPO Y LUGAR	19
3.3 VARIABLES E INDICADORES	20
3.4 DISEÑO DEL ESTUDIO	21
3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	22
3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	22
INCLUSIÓN.....	22
EXCLUSIÓN.....	22
3.6 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	23
3.7 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	24
3.7.1 ALCANCES.....	24
3.7.2 LIMITACIONES.....	24
4.RESULTADOS.....	25
4.1 DATOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS PACIENTES CON CCEO 2011-2016	25
4.2 RELACIÓN SEXO Y ESTADO ACTUAL	27

4.3	RELACIÓN EDAD DEL PACIENTE AL MOMENTO DE SU DIAGNÓSTICO Y SU ESTADO ACTUAL.	28
4.4	RELACIÓN SOBREVIDA-SEXO.	29
4.5	SOBREVIDA CON RELACIÓN A GRUPO DE EDADES	31
4.6	SOBREVIDA CON RELACIÓN A SITIO ANATÓMICO.	33
4.7	SE RELACIONA EL TRATAMIENTO RECIBIDO CON EL ÍNDICE DE SOBREVIDA.....	35
5.	DISCUSIÓN	36
6.	CONCLUSIONES	39
7.	RECOMENDACIONES.....	40
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	41
	ANEXOS.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES	20
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON CCEO.....	26
TABLA 3. RELACIÓN SEXO Y ESTADO ACTUAL DE PACIENTE	27
TABLA 4. RELACIÓN EDAD DEL PACIENTE AL MOMENTO DE SER DIAGNOSTICADO	28
TABLA 5. COMPARACIONES GLOBALES DE SOBREVIDA SEGÚN EL SEXO	30
TABLA 6. MEDIA Y MEDIANAS PARA EL TIEMPO DE SOBREVIDA SEGÚN SEXO	30
TABLA 7. COMPARACIONES GLOBALES DE SOBREVIDA CON RELACIÓN A GRUPO DE EDADES.	32
TABLA 8. MUESTRA LOS SITIOS ANATÓMICOS AFECTADOS, PACIENTES FALLECIDOS EN EL ESTUDIO Y LOS PACIENTES CENSURADOS.	33
TABLA 9. COMPARACIONES GLOBALES DE SOBREVIDA CON RELACIÓN A SITIO ANATÓMICO.....	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. RELACIÓN SOBREVIDA Y SEXO	29
Gráfico 2. RELACIÓN SOBREVIDA Y EDAD	31
Gráfico 3 RELACIÓN SOBREVIDA Y SITIO ANATÓMICO	34
Gráfico 4 RELACIÓN SOBREVIDA Y TIPO DE TRATAMIENTO	35

RESUMEN

El Hospital Nacional Rosales, como centro especializado en El Salvador, diagnostica y trata, entre otras patologías a pacientes con cáncer. En un periodo de 5 años, fueron diagnosticados 66 casos en la región de cavidad oral. Sin embargo, después de su diagnóstico se desconoce la sobrevida de los/as pacientes que fueron atendidas. Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue determinar la sobrevida a 5 años de los/as pacientes diagnosticados/as con carcinoma de células escamosas oral en el Hospital Nacional Rosales.

En este trabajo retrospectivo y descriptivo fueron analizados los expedientes clínicos y los reportes de biopsias de los/as pacientes con diagnóstico de Carcinoma de Células Escamosas Oral (CCEO) durante el periodo del 2011 al 2016. Un total de 66 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, los datos demográficos y clínicos recolectados fueron sometidos a análisis descriptivos y de sobrevida Kaplan Meier y Log-Rank.

Los/as pacientes incluidos en el estudio presentan una relación masculino-femenino 1.1:1.0, la edad promedio fue de 65.5 años, de los cuales el 75% se desconoció su condición de vida durante el estudio, la lengua fue el sitio anatómico más afectado, el mayor número de pacientes fueron diagnosticados en estadio III y IV, y el tratamiento combinado de cirugía-quimioterapia y radioterapia fue el más utilizado. La sobrevida general para el sexo masculino fue de 50% y del 75% para el femenino a 5 años. En este estudio se evidenció la necesidad de un adecuado registro de datos clínicos de estos pacientes como: TNM, estadio clínico, y condición de vida posterior a su diagnóstico.

ABSTRACT

Hospital Nacional Rosales, a specialized center in El Salvador, diagnoses and treats patients with cancer. 66 new cases were diagnosed in the oral cavity region over a 5-year period. However, their survival after diagnosis is unknown. Therefore, the objective of this study was to determine the 5-year survival rate of patients diagnosed with oral squamous cell carcinoma at Hospital Nacional Rosales.

In this retrospective and descriptive work, the clinical records and biopsy reports of patients diagnosed with Oral Squamous Cell Carcinoma (OSCC) during the period from 2011 to 2016 were analyzed. A total of 66 patients met the inclusion and exclusion criteria, the demographic and clinical data collected were subjected to descriptive analysis and The Kaplan-Meier analysis method was used to estimate survival; Log-Rank (Mantel Cox) models will also be used to estimate the adjusted and unadjusted hazard ratios.

The 66 patients included in this study had a male-to-female ratio of 1.1:1.0, the average age was 65.5 years, of which 75% had an unknown living condition during the study, the tongue was the most affected anatomical site, the greatest number of patients were diagnosed in stages III and IV, and combined treatment of surgery with chemotherapy and radiotherapy was the most frequently used. The overall 5-year survival rate for males was 50% and 75% for females. This study highlighted the need for adequate registration of these patients, including: TNM, staging, and living condition after diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la salud estableció que la incidencia del cáncer podría aumentar en un 50% de nuevos casos para el año 2020.⁽¹⁾ El carcinoma de células escamosas oral (CCEO) es la neoplasia maligna que representa el 90% de los cánceres en la región de cavidad oral⁽²⁾. El CCEO es una neoplasia maligna que se origina y prolifera a partir de las mucosas de la cavidad oral que recubren estructuras como: labios y comisura labial, mucosa de carrillos, piso de boca, lengua, encía, paladar y pilares faríngeos⁽³⁾.

En un estudio realizado en el año 2012 por el Ministerio de Salud (MINSAL) denominado: “Diagnóstico Situacional del Cáncer en El Salvador” plantea la necesidad de mejorar el sistema de información para el monitoreo de este padecimiento, ya que no se cuenta con informaciones epidemiológicas en este país⁽⁴⁾.

En el Hospital Nacional Rosales se cuenta con servicios especializados que detectan el cáncer oral, a través de la detección de lesiones sospechosas, toma de biopsias y el estudio histopatológico confirma el diagnóstico, posteriormente son remitidos con el servicio de oncología o el instituto del cáncer para su tratamiento. Los/as pacientes son derivados para iniciar su tratamiento, y para los servicios que realizaron su atención inicial (detección y diagnóstico) desconocen la evolución que ellos muestran en el futuro. Al no existir un manejo integral de los/as pacientes diagnosticados/as no se registra el estadio clínico al momento de su diagnóstico, se desconoce la efectividad de los tratamientos realizados, además no se planifica el acompañamiento de los cuidados adicionales previos y posteriores a los tratamientos que un paciente de oncología requiere, lo que no permite evaluar la existencia de los tipos de secuelas posteriores a las terapias como osteonecrosis, osteomielitis, mucositis, etc. El seguimiento de los/as pacientes, debería tener mayor énfasis, sabiendo que serán sometidos a quimioterapia y radioterapia. Conocer la sobrevida es de vital importancia para evaluar el adecuado manejo que los/as pacientes reciben. Este estudio evidenció que la sobrevida en general a 5 años fue del 62.5%, donde el sexo femenino presentó un mayor porcentaje de sobrevida 75%, en relación con el sexo masculino 50%. Por otra parte, la falta de documentos con datos del seguimiento clínico de los/as pacientes fue un factor importante, ya que excluye al 75.8% de los/las participantes de este estudio, evidenciando la necesidad de una adecuada vigilancia y seguimiento epidemiológico para mejorar la calidad de vida de los/as pacientes diagnosticados/as con CCEO, que como se mencionó al inicio su incidencia podría ir en aumento.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVOS GENERALES

Determinar la sobrevida a 5 años de los pacientes diagnosticados con carcinoma de células escamosas oral, en el Hospital Nacional Rosales, del 1º de enero de 2011 al 31 de diciembre de 2016.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el sitio anatómico afectado en los/as pacientes diagnosticados/as con CCEO.
- Conocer el estadio según el sitio anatómico afectado, en los/as pacientes diagnosticados/as con CCEO.
- Conocer el tratamiento de cada sitio anatómico afectado según su estadio.
- Determinar la sobrevida general a 1, 3, 5 años de los/as pacientes con CCEO.
- Conocer la sobrevida general a 5 años según sitio afectado y estadio.
- Conocer las características epidemiológicas de los/as pacientes con diagnóstico de CCEO.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 GENERALIDADES DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS ORAL

El CCEO es la malignidad más importante que afecta la cavidad oral, originándose del epitelio que recubre las estructuras bucales; y representa el 90% del cáncer en esta región ⁽²⁾. Según estudios de Globocan⁽⁵⁾ la incidencia de cáncer en cavidad oral para el año 2018 a nivel mundial fue de 354,864; con una tasa de mortalidad de 177,384 y una prevalencia a 5 años de 913,514 individuos viviendo con la enfermedad.

Con respecto al género, el CCEO afecta más a los hombres que a las mujeres, con una relación de 5.5:2.5 por cada 100,000 habitantes. La edad promedio de aparición es entre 50 y 70 años ⁽⁶⁾. El salvador, según Globocan 2018, la incidencia fue 202 nuevos casos, mortalidad de 81 casos y una prevalencia a 5 años de 507 personas ⁽⁵⁾. En la cavidad oral, el labio y la lengua son los sitios más afectados; aunque lo podemos encontrar en encías y mucosas con menor porcentaje ⁽⁷⁾. Según Neville BW et al ⁽³⁾ la etiología del CCEO es multifactorial sin tener bien esclarecido un único factor como desencadenante, entre ellos tenemos factores extrínsecos como alcohol, tabaco, exposición rayos UV y factores intrínsecos como malnutrición y anemia por deficiencia de hierro, entre otros.

El CCEO muestra una variedad de presentaciones clínicas: exofítica (tumoración), endofítica (ulcerativa), leucoplasia (parche blanco), eritroplasia (parche rojo) y eritroleucoplasia que es una combinación de ambas ⁽³⁾. El CCEO presenta subtipos histopatológicos dentro de los cuales los más frecuentes de la cavidad oral son el carcinoma verrucoso, espinocelular, adenoescamoso, basaloide, papilar y adenoide ⁽⁵⁾. El subtipo verrucoso es el menos agresivo de todos, comparado con el subtipo espinocelular y adenoescamoso que tiene un comportamiento biológico agresivo con capacidad de recurrencia locoregional y metástasis ⁽⁸⁾.

El diagnóstico del CCEO cuando la lesión inicia juega un papel muy importante favoreciendo a la persona de diagnóstico temprano con tratamientos menos invasivos, y con menos secuelas; permitiendo una mejor tasa de sobrevida ⁽⁹⁾. En el 2020 según Kowalski LP et al, establecieron que cuando un paciente es diagnosticado en estadios avanzados la sobrevida disminuye de 20% a 50% en periodos generalmente de 5 años ⁽¹⁰⁾.

Para poder describir la fase en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico se utiliza mundialmente el sistema TNM que clasifica el estadio del cáncer. Una vez determinado en cual estadio se encuentra, puede

planificarse el manejo, también ayuda a evaluar los resultados obtenidos con el tratamiento ya realizado, establecer un pronóstico y las posibilidades de recurrencia a futuro ⁽¹¹⁾.

La clasificación de estadios TNM refleja, en primera instancia, el tamaño del tumor primario utilizando la letra T, luego N que determina si hay o no extensión a los ganglios linfáticos en la zona y por último M que representa presencia o ausencia de metástasis a distancia ⁽¹²⁾.

El estadio 0 que corresponde al carcinoma in situ, es decir en el lugar de origen, el estadio 1 es un cáncer pequeño que no ha crecido profundamente a los tejidos cercanos, no se ha diseminado a los ganglios ni a otra parte del cuerpo, por lo que se le conoce como cáncer en etapa temprana ⁽¹³⁾.

El estadio 2 y 3 involucra casos que se han diseminado y profundizado a diferentes niveles, pero solo a nivel regional y no a zonas distantes del cuerpo. En el estadio 4 el cáncer se ha diseminado profundamente, alcanzando sitios a distancia lo que se conoce como metástasis o cáncer avanzado ⁽¹⁴⁾.

Mundialmente es alto el porcentaje de pacientes con CCEO que son diagnosticados en estadios 3 y 4, por lo que muchas veces la cirugía ya no es una opción; teniendo que recibir tratamientos que provocan más efectos adversos disminuyendo así su sobrevida ⁽¹⁵⁾.

Dependiendo del estadio de CCEO así se determina su tratamiento que involucra resección quirúrgica tumoral, disección ganglionar de cuello, quimioterapia y radioterapia. En estadios iniciales es factible como único tratamiento el quirúrgico y es el que mejor pronóstico de vida presenta si se realiza adecuadamente ⁽⁷⁾. Idealmente posterior a la resección de CCEO se realizan reconstrucciones estéticas y funcionales en la región maxilofacial en paciente con adecuada evolución al tratamiento inicial. En aquellos pacientes en estadios avanzados con N1 o N2, la disección de cuello conservadora o radical se lleva a cabo y se combina con terapias adyuvantes según sea el caso ⁽¹⁶⁾.

2.2 SOBREVIDA DEL CCEO

La sobrevida, en general, se refiere al número de personas vivas al término de un periodo de observación. Las medidas de sobrevida varían según el estudio a realizar, dentro de las principales medidas se tienen sobrevida general, sobrevida neta y pronóstico de sobrevida ⁽¹⁷⁾.

La sobrevida general determina el tiempo que la persona vive desde el inicio del estudio hasta su finalización, si la persona fallece durante este periodo se contabiliza, aunque la causa de muerte sea diferente a la investigada alterando

los resultados en un 8.3% como lo muestra I. Oliveira et al⁽¹⁸⁾ (2020). La sobrevida neta busca evaluar las muertes solo por la causa relacionada al estudio; al utilizar datos específicos de la enfermedad estudiada, la sobrevida puede aumentar de un 64.2% a 71.6%. ⁽¹⁹⁾ Para estimar el pronóstico de sobrevida se puede utilizar el método de sobrevida relativa y sobrevida por causa-efecto. La sobrevida relativa es una comparación porcentual que incluye personas con una enfermedad, y determina si otras personas con la misma enfermedad tienen la misma posibilidad de vida, y estas se comparan con otras personas que no la presentan. La sobrevida relativa para el cáncer de lengua presenta modificaciones no siendo contempladas en los estudios de sobrevida general, mostrando datos que no favorecen las estadísticas mundiales ⁽²⁰⁾. La sobrevida por causa y efecto es una estimación de la duración de la vida de un individuo después de experimentar una enfermedad, tomando en cuenta los factores que contribuyen a su desarrollo y progresión. Posterior al tratamiento recibido se evalúa si la persona presenta la enfermedad o está libre de ella; siendo un factor que ayuda para determinar la efectividad del tratamiento modificando la sobrevida ⁽²¹⁾.

En el pronóstico de sobrevida el CCEO está relacionado a factores clínicos, histológicos, genéticos y moleculares; con los avances tecnológicos un 50% de sobrevida es una estadística inaceptable según Taghavi N. et al ⁽²²⁾ (2015). Este autor reporta datos de sobrevida general de 61% y sobrevida libre de enfermedad de 75% en pacientes masculinos abajo de 45 años; otro dato del estudio evidencio que pacientes fumadores y no fumadores, no mostraron diferencias en resultados de sobrevida, lo que determina la necesidad de mayor entendimiento de estos factores que afectan directamente el pronóstico de vida directamente.

2.3 FACTORES ASOCIADOS A SOBREVIDA

Además del TNM existen otros factores de sobrevida con respecto al CCEO como: los márgenes del tumor, su localización, factores histopatológicos, tipo afectación nodular o nódulos secundarios afectados entre otros. Hablando de los márgenes del tumor a la hora de realizar la resección quirúrgica, según S. Ravi et al (2014) ⁽²³⁾ no es un factor determinante al evaluar la recurrencia ni la sobrevida del CCEO, más bien un indicador de la necesidad de terapias adyuvantes. Para Marisa Buchakjian et al (2018) ⁽²⁴⁾ los márgenes del tumor si representan un fuerte predictor independiente de sobrevida.

Según BrianThomas et al ⁽²⁵⁾ hay una disminución del 95% en la sobrevida de pacientes diagnosticados con CCEO, si al momento de su estudio histopatológico se evidencia una muestra celular poco o completamente indiferenciada, factor que está altamente relacionado con sobrevida.

Los tumores pobremente diferenciados representan un peor pronóstico de sobrevida ⁽²⁶⁾.

Si hablamos de sobrevida para el CCEO localizado en la lengua, el piso de boca y paladar blando presenta el peor pronóstico de vida, presentando incidencias del 28.34%, 7.5% y 6.67% respectivamente ⁽²⁷⁾. Para B Miguelañez et al ⁽²⁰⁾ (2019) la lengua es el sitio más afectado por el CCEO y representa el peor pronóstico de sobrevida.

La metástasis a los ganglios cervicales en CCEO se encuentra en 50% de los casos, cuando el tumor primario se extiende e invade los nódulos influye en el pronóstico de sobrevida; en los pacientes con una extensión extra capsular nodal mayor a 1.7mm presentan menor probabilidad de sobrevida ⁽²⁸⁾.

Si evaluamos la sobrevida del CCEO en un periodo de 5 años, puede presentar variaciones considerables del 45.5% ⁽²⁹⁾, 51% ⁽³⁰⁾, 55% ⁽³¹⁾, según el autor.

Según Sim YC et al (2019) la sobrevida general es 64.2% y la sobrevida específica de la enfermedad es 71.6%, mostrando que según el tipo de sobrevida puede presentar un pronóstico menos favorable ⁽³²⁾.

De acuerdo con lo anterior la necesidad de investigar más afondo la incidencia de esta enfermedad que crece día a día, y se convierte en un desafío, promover estadísticas e indicadores a nivel nacional que nos brinden un dato más específico. Además, determinar si el promedio de vida nacional es acorde a los parámetros internacionales, o si tenemos una marcada diferencia que permita modificar la metodología del manejo integral de esta enfermedad que se utiliza actualmente en El Salvador.

3 MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue un estudio epidemiológico, observacional, analítico de cohorte retrospectivo en los/as pacientes diagnosticados/as con carcinoma de células escamosas oral en el Hospital Nacional Rosales en el periodo comprendido del año 2011 al 2016. Previa aprobación por el comité de Ética de dicha institución, se revisaron los expedientes de los/as pacientes para determinar la sobrevida a 1, 3 y 5 años de seguimiento desde su diagnóstico.

3.2 TIEMPO Y LUGAR

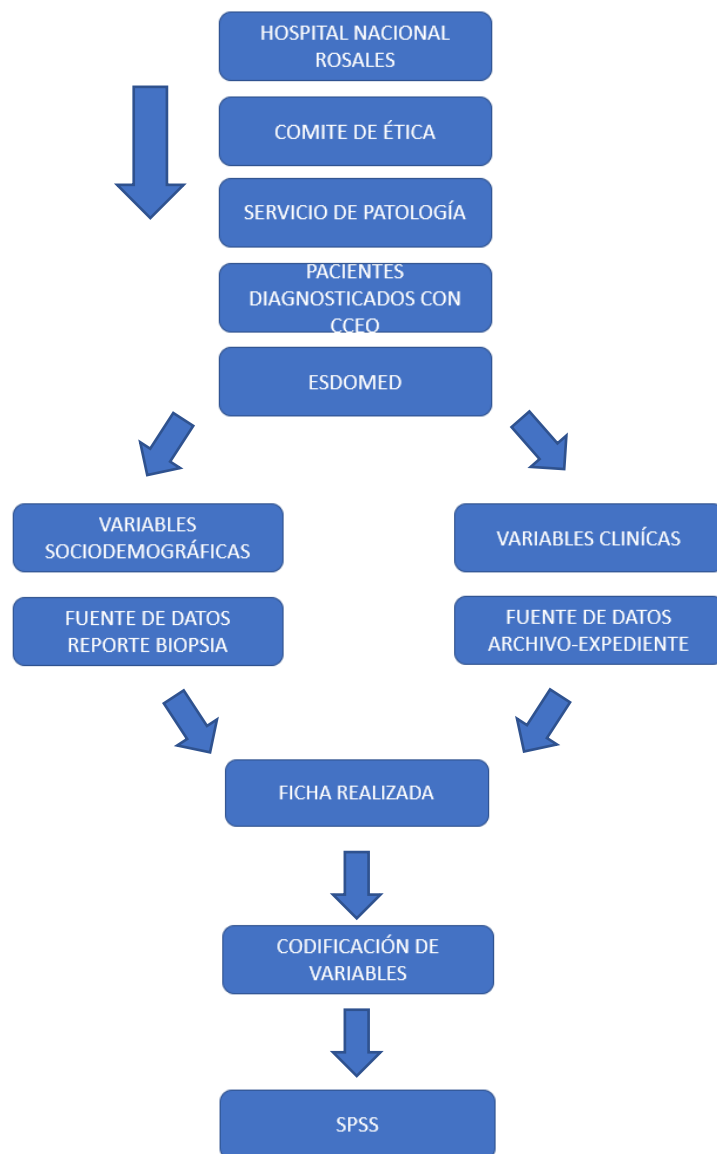
La recolección de datos se realizó en el Hospital Nacional Rosales en el periodo de mayo a julio del 2022, en este lugar el examinador realizó su estudio de postgrado.

3.3 VARIABLES E INDICADORES

Tabla 1 Operacionalización de Variables e Indicadores.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Dato obtenido del expediente de los/as pacientes.	Parámetros de inclusión establecidos.	<55 años de 55 a 64 años de 65 a 74 años >74 años
SEXO	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Dato obtenido del expediente de los/as pacientes.	Sexo más afectado por CCEO.	Masculino Femenino.
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA	Sitio anatómico en cavidad oral afectado por el CCEO.	Dato obtenido del expediente de los/as pacientes.	Carcinoma de células escamosas limitado a la cavidad oral.	Lengua, carrillo, reborde alveolar, paladar, encía, piso de boca.
TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS	Conjunto de medios aplicados para tratar enfermedad.	Dato obtenido del expediente de los/as pacientes.	Tratamientos: Quirúrgico Quimioterapia Radioterapia Combinación de estos.	Cirugía, Radioterapia, Quimioterapia, Combinación, Cuidados paliativos.
ESTADIO CLINICO DEL PACIENTE	La cuantificación clínica de parámetros del sistema TNM.	Datos obtenidos del expediente de los/as pacientes.	Parámetros del sistema T.N.M.	Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV
SOBREVIDA GENERAL	Total, de pacientes vivos con relación directa a los diagnosticados con CCEO	Relación de la fecha de diagnóstico histopatológico hasta el último control a 5 años	Periodo de vida posterior al diagnóstico.	Controles de 1,3, 5 años en cirugía oncológica u oncología médica, posterior al diagnóstico

3.4 DISEÑO DEL ESTUDIO



3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de este estudio fue obtenida de los registros de pacientes del Hospital Nacional Rosales, y contempló una cohorte de 200 casos de neoplasias malignas de la región de cabeza y cuello, confirmados con estudio histopatológico de carcinoma de células escamosas, entre los años de 2011 al 2016. En lo que respecta a la cavidad oral correspondieron 66 casos.

3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN

Todos aquellos expedientes clínicos del hospital Nacional Rosales con diagnóstico y confirmación a través del estudio histopatológico, de CCEO, en el período comprendido entre el 2011 al 2016.

EXCLUSIÓN

- Pacientes sin estudio histopatológico confirmatorio para CCEO
- Expedientes de pacientes sin información sobre el seguimiento del caso, citas de control, seguimientos de tratamientos, consultas.

3.6 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Se solicitó de manera formal al Departamento de Patología del Hospital Nacional Rosales la autorización para obtener acceso a la base de datos de su departamento y obtener un listado de los números de expedientes de los pacientes diagnosticados del año 2011 al 2016. Luego de obtener el listado de expedientes, se solicitó la autorización al departamento de Estadísticas y Documentos Médicos (ESDOMED) del Hospital Rosales para evaluar la sobrevida de los pacientes.

Con el expediente de los/as pacientes se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión que evidenciaron el estado de vida posterior al diagnóstico, que fueron citas de control, seguimientos de tratamientos, consultas.

Luego se procedió a llenar la ficha de recolección de datos con los aspectos clínicos relevantes en esta investigación, relacionado con las variables e indicadores de este estudio. (Ver anexo 2)

Posterior a la recolección de los datos, se vació la información en el programa SPSS versión 25 para el respectivo análisis de los datos. Se generaron tablas de contingencia, razón de prevalencia, y la significancia estadística y gráficos para la presentación de resultados. Para la estimación de sobrevida se utilizó el método de análisis de Kaplan-Meier; además se utilizarán modelos de Cox para estimar la razón de riesgos ajustados y no ajustados.

3.7 ALCANCES Y LIMITACIONES

3.7.1 ALCANCES

Con el presente estudio se buscó registrar la sobrevida que experimentaron los/as pacientes en un periodo de 5 años, posterior a ser diagnosticados/as con carcinoma de células escamosas de cavidad oral, en el Hospital Nacional Rosales y determinar si el promedio de vida difiere de otros estudios.

3.7.2 LIMITACIONES

- Falta de registro completo de estadio TNM.
- Información incompleta sobre tratamiento, sitio anatómico y estadio.
- Muestra limitada por alto número de exclusiones.
- Abandono del seguimiento por pacientes.
- Sistema débil de recolección de datos (falta personal/recursos)

4 RESULTADOS

En el Hospital Nacional Rosales, al realizar la revisión de los expedientes clínicos e histopatológicos de los años del 2011 al 2016, para el llenado de los instrumentos de acuerdo a las variables en estudio y con los criterios de inclusión y exclusión de la presente investigación, se identificaron 66 pacientes con el diagnóstico de CCEO. A continuación, se presentan los resultados obtenidos conforme a los objetivos establecidos:

4.1 DATOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE PACIENTES CON CCEO 2011-2016

En el presente estudio, las variables analizadas en los pacientes con CCEO, se dividieron en variables demográficas y clínicas, las cuales se presentan en la Tabla 2. Las variables demográficas fueron: sexo, edad y estado actual; con relación a las variables clínicas, se consideraron: el sitio anatómico, estadio clínico, y tipos de tratamiento.

Respecto a las variables demográficas, el 51.5 % de la población en estudio fue del sexo masculino; siendo el 60.6% mayor de 65 años. Con relación al estado actual de los pacientes, el 24.2% de la población con CCEO, fue reportado muerto. Es importante denotar que, el 75.8% se reportó como pacientes censurados, al momento del estudio, ya que se desconoce las causas de la condición actual de los mismos, por lo que es difícil inferir si están vivos o ya han fallecido.

Respecto a las variables clínicas, el sitio anatómico más afectado fue la lengua (50%). Por otro lado, en lo que al nivel de estadio clínico refiere el 18.2% fue diagnosticados en estadios I y II, el 27.3% de la población estudiada, fue diagnosticada en los estadios III y IV. El 54.5% de los pacientes atendidos se ubicaron en la categoría “censurado”, ya que no hay registros que reporten la información de TNM. Además, se tiene que el 78.8% de los pacientes recibió algún tipo de tratamiento, siendo la combinación de tratamientos: cirugía- radioterapia- quimioterapia el más utilizado (25.8%).

Tabla 2. Características demográficas y clínicas de pacientes con CCEO

Características		Pacientes con CCEO	%
Sexo	Masculino	34	51.5%
	Femenino	32	48.5%
Rango de Edades	Menos de 55 años	17	25.8%
	Entre 55 y 64 años	9	13.6%
	Entre 65 y 74 años	24	36.4%
	Más de 74 años	16	24.2%
Estado Actual	Censurado (vivo o desconocido)	50	75.8%
	Muerto	16	24.2%
Sitio Anatómico	Lengua	33	50.0%
	Carrillo	12	18.2%
	Reborde alveolar	8	12.1%
	Paladar	7	10.6%
	Encía	5	7.6%
	Piso de boca	1	1.5%
Estadio clínico	Estadio I	2	3.0%
	Estadio II	10	15.2%
	Estadio III	6	9.1%
	Estadio IV	12	18.2%
	Valor Perdido	36	54.5%
Tratamientos Oncológicos.	Cirugía	10	15.2%
	Radioterapia	1	1.5%
	Quimioterapia	3	4.5%
	Cirugía+Radioterapia	4	6.1%
	Cirugía+Quimioterapia	5	7.6%
	Cirugía+Radioterapia+ Quimioterapia	17	25.8%
	Radioterapia+Quimio- terapia	11	16.7%
	Cuidados Paliativos	1	1.5%
	No se sabe	14	21.2%

4.2 RELACIÓN SEXO Y ESTADO ACTUAL.

En términos generales, con respecto a la población que se estudió, puede observarse en la Tabla 3, que el 48.49% corresponden al sexo femenino y 51.51% al sexo masculino. En relación con el sexo y el estado actual, solamente el 22.72% se conoce su muerte, donde el 13.64% representa al sexo masculino y el 9.09% al sexo femenino. Sin embargo, el 77.28% está clasificado como censurado.

Tabla 3. Relación sexo y estado actual de paciente

Sexo	Estado Actual		
	Censurado (vivo o desconocido)	Muerto	Total
Femenino	26 (39.4%)	6 (9.09%)	32 (48.49%)
Masculino	24 (37.87%)	10(13.64%)	34(51.51%)
Total	50(77.28%)	16(22.72%)	66(100%)

4.3 RELACIÓN EDAD DEL PACIENTE AL MOMENTO DE SU DIAGNÓSTICO Y SU ESTADO ACTUAL.

Para el presente estudio, se dividió la población en cuatro grupos de edad, como se observa en la Tabla 4. El 60.6% de las personas diagnosticadas con CCEO, oscilaron entre los grupos de edad de 65 a más de 74 años. Es importante denotar, que el 25.75% son personas de menos de 55 años. Al relacionar los grupos de edad con el estado actual, el grupo etario de 65 a 74 años presenta mayor índice de muerte, con un 10.6% del total de la población.

Tabla 4. Relación edad del paciente al momento de ser diagnosticado

Rango de Edades	Estado Actual		
	Censurado (vivo o desconocido)	Muerto	Total
	%	%	%
Menos de 55 años	12 (18.17%)	5 (7.57%)	17 (25.75%)
Entre 55 y 64 años	7 (10.60%)	2 (3.03%)	9 (13.63%)
Entre 65 y 74 años	17 (25.75%)	7 (10.6%)	24 (36.36%)
Más de 74 años	14 (21.21%)	2 (3.03%)	16 (24.24%)
Total	50 (75.8%)	16 (24.2%)	66 (100.0%)

4.4 RELACIÓN SOBREVIDA-SEXO.

En este apartado muestra la supervivencia general con relación al sexo de los pacientes diagnosticados con CCEO en un periodo de 1,3 y 5 años. En el gráfico 1 se observa la probabilidad de supervivencia general en años según el sexo masculino, en el cual presenta una estimación del 70% para el primer año y del 50% para el tercer y quinto años. Para el sexo femenino la probabilidad de supervivencia para el primer año es del 90% y del 75% para el tercer y quinto años. Con los resultados anteriormente descritos y analizados, en la Tabla 5, se evidencia que hay diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos ($P=.049$). La media de vida para el sexo femenino es de 6.7 años y para el masculino 3.6 años. (Tabla 6.)

Gráfico 1. Relación Supervivencia y Sexo

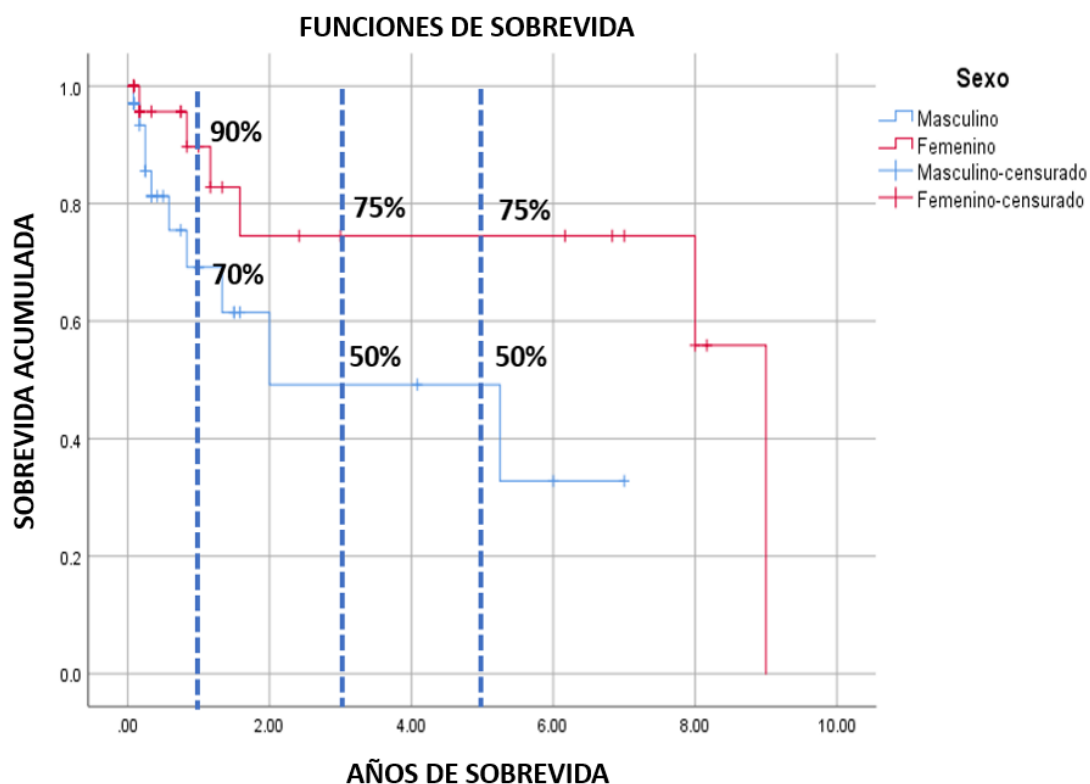


Tabla 5. Comparaciones Globales de sobrevida según el sexo.

	Chi-cuadrado	Gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	3.887	1	.049

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de Sexo.

Tabla 6. Media y medianas para el tiempo de sobrevida según sexo.

Sexo	Estimación	Desv. Error	Media ^a		Estimación	Desv. Error	Mediana	
			Intervalo de confianza de 95 %				Intervalo de confianza de 95 %	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
Masculino	3.634	.777	2.110	5.157	2.000	1.967	.000	5.855
Femenino	6.787	.971	4.884	8.690	9.000	.000	.	.
Global	5.587	.724	4.167	7.007	8.000	2.805	2.503	13.497

4.5 SOBREVIDA CON RELACIÓN A GRUPO DE EDADES

La supervivencia general estimada en los pacientes diagnosticados con CCEO según grupo de edad, en la gráfica 2 se aprecia que el grupo etario de 55 años el 82% sobrevive al primer año y luego hay un descenso de 62% para el tercer y quinto año. En el grupo de 55 a 64 años hay una supervivencia del 82% en el primer, tercer y quinto año. Para el grupo de 65 a 74 años presentan una supervivencia alrededor del 70% en el primer año y del 60% en el tercer y quinto año. Para el grupo de 74 años y más, hay un 88% de supervivencia al término del primer año y hay un deceso total de este grupo antes del tercer y quinto año. No en tanto, según tabla 7, no hay diferencias significativas entre grupos de edad. ($P= 0.91$).

Gráfico 2. Relación Supervivencia y edad

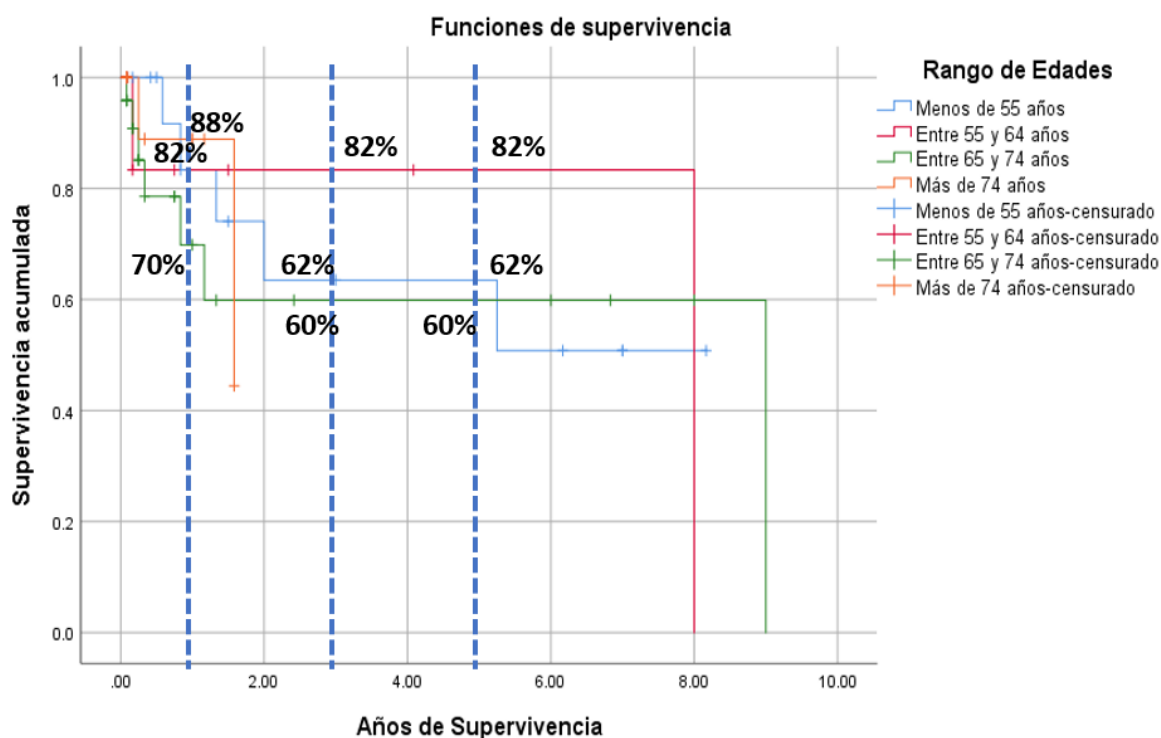


Tabla 7. Comparaciones Globales de sobrevida con relación a grupo de edades.

	Chi- cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	.507	3	.917
Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de Rango de Edades.			

4.6 SOBREVIDA CON RELACIÓN A SITIO ANATÓMICO.

En este estudio se evaluó los sitios anatómicos de la cavidad oral que se vieron afectados por CCEO, lo cual se muestra en la Tabla 8, donde se observa que la lengua, es la localización más afectada con 33 pacientes, seguido por la mucosa de carrillo con 12 y reborde alveolar con 8 pacientes, respectivamente. La sobrevida con relación al sitio anatómico se muestra en la gráfica 3, donde se muestra que en el primer, segundo y tercer año el CCEO de paladar presentó una sobrevida general del 100%. El sitio anatómico reborde alveolar presentó 80% de sobrevida general en el primero año, y 55% para el segundo y tercer año. En el caso del sitio anatómica de la lengua el primer año presentó un 72% de sobrevida, seguido de 60% para el segundo y tercer año. Se evidencia (Tabla 9) que no existe correlación entre supervivencia y el sitio anatómico. ($P=0.58$)

TABLA 8 Muestra los sitios anatómicos afectados, pacientes fallecidos en el estudio y los pacientes censurados.

Sitio Anatómico	N total	N de eventos	Censurado	
			N	%
Lengua	33	8	25	75.8%
Carrillo	12	2	10	83.3%
Reborde alveolar	8	3	5	62.5%
Paladar	7	0	7	100.0%
Encía	5	2	3	60.0%
Piso de boca	1	1	0	0.0%
Global	66	16	50	75.8%

Grafica 3 Relación Sobrevida y sitio anatómico.

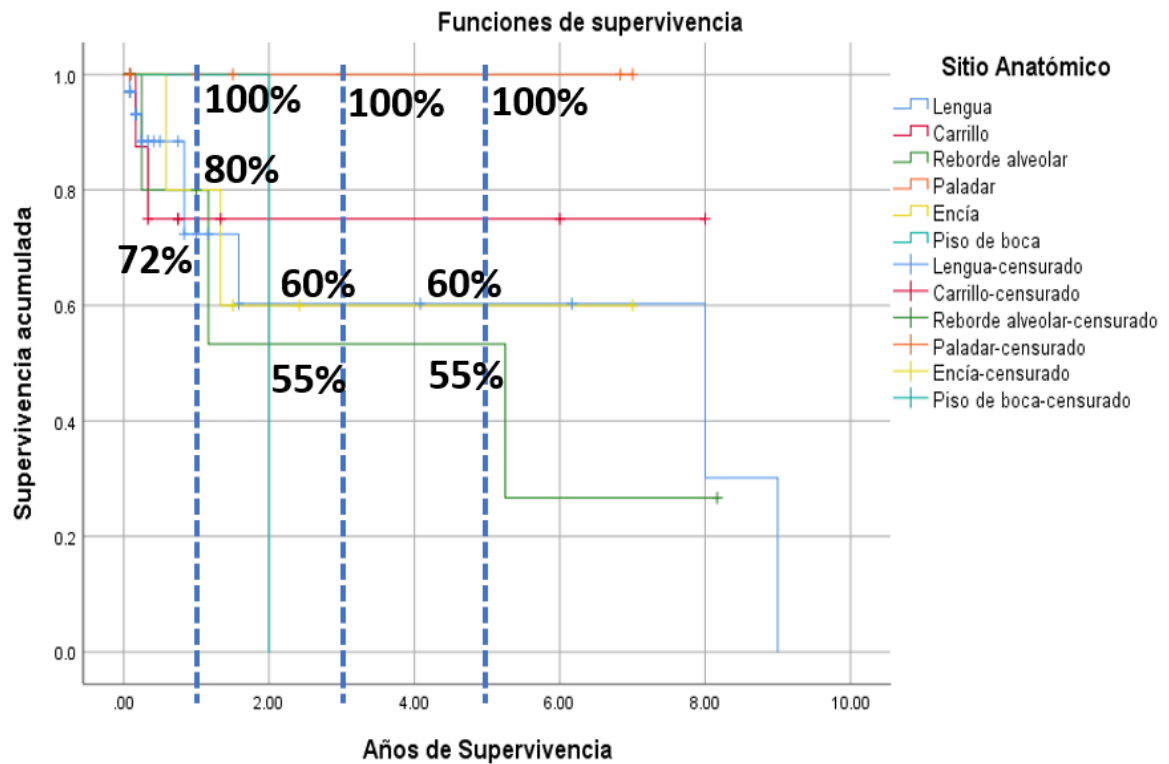


Tabla 9. Comparaciones Globales de sobrevida con relación a sitio anatómico

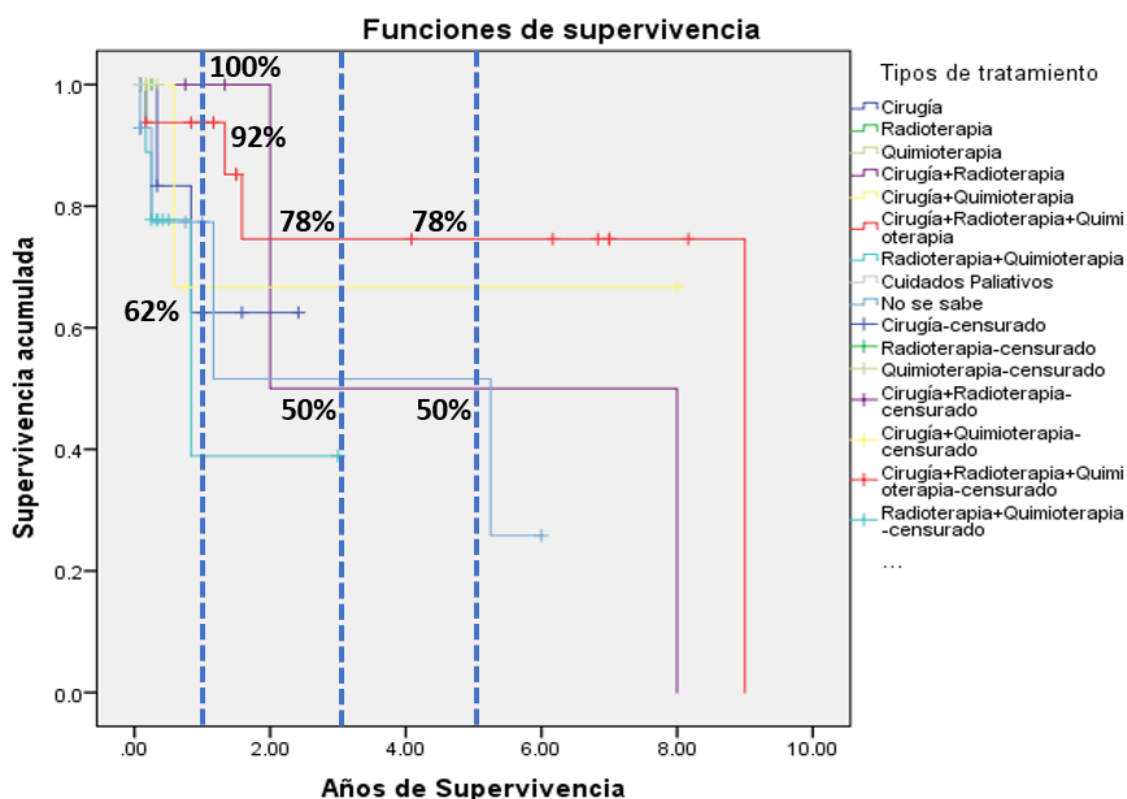
Comparaciones globales			
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	3.793	5	.580

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para los distintos niveles de Sitio Anatómico.

4.7 RELACION SOBREVIDA CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO.

En la gráfica 4 podemos observar que los pacientes sometidos a un tratamiento de cirugía-radioterapia presentan un porcentaje de supervivencia de 100% en el primer año, y 50% que se mantiene para el tercer y quinto año. A continuación, los pacientes sometidos a un tratamiento cirugía-quimio y radio terapia presentan 92% de supervivencia en el primer año. Para este grupo antes mencionado mantienen 78% de supervivencia para el segundo y tercer año. A los pacientes que se les realizó tratamiento de cirugía únicamente, presentan una supervivencia del 62% en el primer año, posterior a esta fecha se desconoce el estado actual de este grupo.

Grafica 4 Relación Supervivencia y tipo de tratamiento.



5 DISCUSIÓN

El cáncer oral se caracteriza por ser una enfermedad con una alta prevalencia, mortalidad y bajo índice de supervivencia⁽¹⁸⁾. Este estudio se realizó en el Hospital Nacional Rosales, situado en la capital de El Salvador, que es el mayor centro de referencia de tercer nivel del país. La investigación estableció durante el periodo del 2011 al 2016, que un total de 66 pacientes fueron diagnosticados con CCEO, sin incluir lesiones localizadas en la orofaringe. En general, el perfil epidemiológico de este estudio presenta algunas diferencias con otros estudios⁽³³⁾, en cuanto al sexo se contabilizaron 34 pacientes del sexo masculino(51.51%) y 32 del femenino(48.49%), con una proporción hombre-mujer de 1.1:1.0. Datos similares reportaron en un estudio realizado en México⁽³⁴⁾, desarrollado en los años de 1990 a 2008, mostrando que el 58.38% de la población fue del sexo masculino y un 41.61% del sexo femenino, con una proporción de 1.4:1; a diferencia del estudio conducido en la India⁽³¹⁾ del 2010 al 2012, observando que el 76% de la población es del sexo masculino y 24% femenino, con una proporción de 3.1:1.0. Esta diferencia de datos encontrados en este estudio, con relación al sexo, puede ser atribuido a que este centro hospitalario tiene una mayor afluencia de atención de pacientes del sexo femenino.

En esta investigación, el paciente de menor edad fue de 38 años y el mayor de 95, siendo la edad promedio de los pacientes de 65.6 años; los 66 pacientes se dividieron en 4 grupos, mostrando el grupo etario de 65 a 74 años el mayor índice de pacientes diagnosticados con CCEO, el cual corresponde al 36.36%, y al sumar el grupo de pacientes mayores a 74 años en conjunto forman un 60.6% de toda la población en estudio. Resultados similares presenta el estudio mexicano realizado por Hernández-Guerrero y colaboradores ⁽³⁴⁾, en que la media de edad de los pacientes es de 62.5 y el 88.3% de la población es mayor de 40 años. En un estudio realizado por Yang y cols⁽³⁵⁾ en los Estados Unidos, utilizando la base de datos de Resultados Finales de Vigilancia Epidemiológica, por sus siglas en inglés SEER, evidenció que el 83.5% de los pacientes con CCEO fueron diagnosticados después de los 50 años resultados similares a los obtenidos en este estudio. En un estudio realizado en el estado de Sao Pablo Brasil ⁽³⁶⁾, en 17 centros regionales de salud en el año 2022, con información de 5,398 pacientes, presentado una edad promedio de 60.3 años y el grupo más afectado corresponde a mayores de 60 correspondiendo a 46.2% de la población.

En este estudio puede observarse que la lengua representa el sitio anatómico con mayor número de casos de CCEO con el 50% (33 casos); seguido por la mucosa de los carrillos con 18.2%. En un estudio realizado en el Hospital General de la ciudad de México del año 2013 Hernández-Guerrero JC et al,⁽³⁴⁾ reportó que el sitio anatómico con el mayor número de casos fue la lengua con 45% de la población, seguido por encía con 20.6%. En otros continentes como Asia, en un estudio realizado por Singh et al,⁽³¹⁾ la localización con mayor número de casos fue la mucosa de carrillo como el sitio anatómico más afectado con el 43.8%, debido a que el consumo de tabaco junto con otros ingredientes como la nuez de betel, se realiza de forma masticado, y este al estar en contacto directo con la mucosa de carrillos causa un daño directo ocasionando esta enfermedad, esto explica por qué en el continente americano el consumo de tabaco, al ser fumado, afecta principalmente la lengua.

En el presente trabajo, de toda la población con CCEO solamente el 45.5% de ellos se estableció su estadio clínico TNM, el mayor porcentaje de pacientes se diagnosticaron en etapas avanzadas de los cuales, el 9.1% corresponde a estadio III y 18.2% a estadio IV. Según datos mostrados por Singh et al,⁽³¹⁾ el 92.3% de los participantes se diagnosticaron en los estadios TNM III y IV evidenciando que más del 50% son diagnosticados en etapas avanzadas. Siempre relacionando el estadio clínico al momento del diagnóstico, su estudio realizado en Brasil en el año 2022 y con un número de 5211 participantes el 71.8% se diagnosticaron en estadios III Y IV⁽³⁶⁾. En la India según Bakshi J. et al, ⁽³⁷⁾ el 92.3% de la población se encuentran en estadios III y IV.

Con relación a los tratamientos que fueron sometidos los/as pacientes en este estudio el 25.8% (17 pacientes) corresponde a cirugía-quimio-radioterapia, seguido por radioterapia-quimioterapia con 16.7% (11 pacientes), y cirugía con 15.2% (10 pacientes), el 21.2% (10 pacientes) se desconoce su tratamiento. Al comparar estudios realizados en Brasil por Louredo B. et al⁽³⁶⁾ en el año 2022, reportan que el tratamiento cirugía únicamente presento 23.5%, seguido por Cirugía-quimio-radioterapia 15.4% y Quimio-Radioterapia 19.3%; datos muy semejantes presentados en este estudio.

En relación con la sobrevida y sexo en este estudio mostró que, la sobrevida a 5 años fue del 75% para mujeres y del 50% para hombres, siendo esta diferencia significativa($P<0.05$); no en tanto en el estudio de Lin N, et al⁽³⁸⁾ en Taiwán del año 2020, que mostraron que no hay diferencia significativa entre ambos sexos en relación con la sobrevida, a pesar que la muestra en dicho estudio fue mayor en el sexo masculino ($n=2451$) que el femenino ($n=122$).

En este estudio no se pudo determinar relación entre sobrevida del paciente con CCEO y grupos de edad en el momento de diagnóstico, debido que más de la mitad de la población fueron censurados. A diferencia del estudio realizado por J. Yang et al⁽³⁵⁾ donde evidencia que la sobrevida está relacionada con la edad al momento de su diagnóstico disminuyendo en pacientes mayores de 60 años.

En este estudio el sitio anatómico con el mayor índice de sobrevida es el paladar con 100% a 5 años; sin embargo, los pacientes con CCEO en lengua y reborde alveolar presentaron una sobrevida de 60% y 55 % a 5 años respectivamente; aunque la sobrevida con relación al sitio anatómico no presenta una diferencia estadística significativa en este estudio ($P>0.05$). Al comparar los datos de este estudio con una investigación de Lin N, et al, en Taiwán⁽³⁸⁾, el paladar es el sitio anatómico con un índice de sobrevida de 60.9%, y reborde alveolar 48.3%. Si comparamos otros resultados según Farhood Z. et al⁽³⁹⁾, en un estudio realizado en Estados Unidos, reportaron que la lengua es el sitio anatómico que presentó uno de los menores índices de sobrevida con 29.9%.

En este estudio independientemente de la modalidad de tratamiento recibido en los pacientes con CCEO no hay diferencia significativa en la sobrevida de estos. A diferencia de un estudio realizado en la india por Bakshi J et al,⁽³⁷⁾ en 2019 evidencian que el tratamiento de cirugía o la combinación de cirugía-radioterapia presentan una sobrevida mayor a 60% a los 5 años, y el tratamiento combinado presenta menos del 20% a los 5 años siendo esto justificado ya que los pacientes con estadios avanzados requieren este tipo de terapias.

6. CONCLUSIONES

- En los/as pacientes con CCEO la lengua es el sitio más afectado.
- En la mayoría de los/as pacientes diagnosticados con CCEO no presentan registro de estadio clínico TNM.
- En los/as pacientes con CCEO con registro de TNM, se diagnostican en estadios avanzados (estadios III y IV).
- Los/as pacientes con CCEO que recibieron tratamiento, la combinación de cirugía-quimio y radioterapia fue el más utilizado.
- La sobrevida de los/as pacientes masculinos con diagnóstico de CCEO es del 70% para el primer año y del 50% para el tercer y quinto año.
- La sobrevida de las pacientes femeninas con diagnóstico de CCEO es de 90% en el primer año y 75% en el tercer y quinto año.
- La sobrevida de los/as pacientes con CCEO, es mayor en el sexo femenino que el masculino en 1,3, y 5 años.
- No se evidenció la relación entre sobrevida de los pacientes con CCEO, con grupo etario, sitio anatómico y tratamiento recibido.

7. RECOMENDACIONES

- Asignar espacios físicos y recursos económicos para contratar personal o asignar funcionarios exclusivamente para formar la Oficina de registro de Cáncer y poder implementar el registro de Cáncer hospitalario propuesto en 2016.
- Enfatizar en la adecuada toma y registro de la clasificación TNM al momento de evaluar al paciente por primera vez, posteriormente se tomará la biopsia para su confirmación histopatológica, y luego se dará la referencia al servicio de oncología para su adecuado tratamiento.
- Eliminar focos infecciosos de la cavidad oral y elaborar prótesis dentales pertinentes, en el paciente previo a los tratamientos de quimioterapia y radioterapia son la mejor manera de prevenir las complicaciones a largo plazo.
- Implementar un adecuado sistema de vigilancia del paciente tanto clínico, epidemiológico y humanístico es indispensable para una mejora en la calidad de vida de estos.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. OMS | La incidencia mundial del cáncer podría aumentar en un 50% y llegar a 15 millones de nuevos casos en el año 2020 [Internet]. WHO. 2013 [cited 2020 Sep 22]. Available from: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/es/>
2. Araya C. Diagnóstico precoz y prevención en cáncer de cavidad oral. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018;29(4):411–8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-precoz-prevencion-cancer-cavidad-S0716864018300890?referer=buscador%0A>
3. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. Oral and Maxillofacial Pathology, 4th Edition [Internet]. 4th ed. Chi BNDDCAA, editor. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. Saunders 2016; 2013 [cited 2020 Oct 3]. Available from: <https://www.elsevier.com/books/oral-and-maxillofacial-pathology/neville/978-1-4557-7052-6>
4. Salvador E, De Salud M. Diagnóstico situacional del cáncer en [Internet]. san salvador; 2015 [cited 2020 Oct 3]. Available from: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/Diagnostico_situacional_del_cancer_en_el_salvador.pdf
5. Cancer Today [Internet]. [cited 2020 Sep 22]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/home>
6. Seoane J, Varela-Centelles PI, Walsh TF, Lopez-Cedrun JL, Vazquez I. Gingival Squamous Cell Carcinoma: Diagnostic Delay or Rapid Invasion? J Periodontol [Internet]. 2006 Jul [cited 2020 Sep 22];77(7):1229–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16805687/>
7. Cáncer oral y orofaríngeo: Tipos de tratamiento | Cancer.Net [Internet]. [cited 2020 Sep 22]. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-oral-y-orofaringeo/tipos-de-tratamiento>
8. IARC Publications Website - WHO Classification of Head and Neck Tumours [Internet]. [cited 2020 Sep 22]. Available from: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/WHO-Classification-Of-Head-And-Neck-Tumours-2017>
9. Allison P, Locker D, Feine JS. The role of diagnostic delays in the prognosis of oral cancer: A review of the literature [Internet]. Vol. 34, Oral Oncology. Oral Oncol; 1998 [cited 2020 Sep 22]. p. 161–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9692049/>
10. Kowalski LP, de Oliveira MM, Lopez RVM, E Silva DRM, Ikeda MK, Curado MP. Survival trends of patients with oral and oropharyngeal cancer treated at a cancer center in são paulo, Brazil. Clinics [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 4];75. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322020000100226&lng=en&nrm=iso&tlng=en

11. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Eds SIA, Health W. WHO classification of Head and neck Tumors 2017. WHO classification of Head and neck Tumors 2017. 2017. 109–111 p.
12. Slootweg PJ, El-Naggar AK. World Health Organization 4th edition of head and neck tumor classification: insight into the consequential modifications [Internet]. Vol. 472, Virchows Archiv. Springer Verlag; 2018 [cited 2020 Oct 4]. p. 311–3. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00428-017-2182-3>;
13. Olaleye O, Ekrikpo U, Lyne O, Wiseberg J. Incidence and survival trends of lip, intra-oral cavity and tongue base cancers in south-east England. Ann R Coll Surg Engl [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 10];97(3):229–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26263810/>
14. Pathak J, Swain N, Patel S, Poonja LS. Histopathological variants of oral squamous cell carcinoma-institutional case reports. J Oral Maxillofac Pathol [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 16];18(1):143–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4065435/>
15. Pereira MC, Oliveira DT, Landman G, Kowalski LP. Histologic subtypes of oral squamous cell carcinoma: Prognostic relevance [Internet]. Vol. 73, Journal of the Canadian Dental Association. 2007 [cited 2021 Sep 19]. p. 339–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17484800/>
16. Tarsitano A, Ricotta F, Cercenelli L, Bortolani B, Battaglia S, Lucchi E, et al. Pretreatment tumor volume and tumor sphericity as prognostic factors in patients with oral cavity squamous cell carcinoma. J Cranio-Maxillofac Surg [Internet]. 2019;47(3):510–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2018.12.0>
17. De La Fuente Ávila M, Díaz Jara M, Martínez Rondanelli B. Carcinoma espinocelular de lengua: estudio de sobrevida a 5 años. Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehab Oral. 2016 Apr 1;9(1):74–8.
18. Oliveira LL, Bergmann A, Melo AC, Thuler LCS. Prognostic factors associated with overall survival in patients with oral cavity squamous cell carcinoma. Med Oral Patol Oral y Cir Bucal [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 May 14];25(4):e523–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32520923/>
19. Jadhav KB, Gupta N. Clinicopathological prognostic implicators of oral squamous cell carcinoma: Need to understand and revise [Internet]. Vol. 5, North American Journal of Medical Sciences. Wolters Kluwer -- Medknow Publications; 2013 [cited 2020 Oct 16]. p. 671–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24811111/>
20. Migueláñez-Medrán B del C, Pozo-Kreiling J-J, Cebrián-Carretero J-L, Martínez-García M-Á, López-Sánchez A-F. Oral squamous cell carcinoma of tongue: Histological risk assessment. A pilot study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2021 Oct 3];24(5):e603. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31811111/>
21. Dissanayaka WL, Pitiyage G, Kumarasiri PVR, Liyanage RLPR, Dias KD, Tilakaratne WM. Clinical and histopathologic parameters in survival of oral squamous cell carcinoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2012 Apr

1;113(4):518–25.

22. Taghavi N, Yazdi I. Prognostic factors of survival rate in oral squamous cell carcinoma: Clinical, histologic, genetic and molecular concepts [Internet]. Vol. 18, Archives of Iranian Medicine. 2015 [cited 2021 Sep 24]. p. 314–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25959914/>

23. Ravi SB, Annavajjula S. Surgical Margins and Its Evaluation in Oral Cancer: A Review. J Clin Diagn Res [Internet]. 2014 [cited 2021 Jul 24];8(9):ZE01. Available from: [/pmc/articles/PMC4225999/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25959914/)

24. Buchakjian MR, Ginader T, Tasche KK, Pagedar NA, Smith BJ, Sperry SM. Independent Predictors of Prognosis Based on Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma Surgical Margins. Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2021 Oct 3];159(4):675. Available from: [/pmc/articles/PMC6341475/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25959914/)

25. Thomas B, Stedman M, Davies L. Grade as a prognostic factor in oral squamous cell carcinoma: A population-based analysis of the data. Laryngoscope [Internet]. 2014 Mar 1 [cited 2021 Apr 24];124(3):688–94. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/lary.24357>

26. Ettl T, El-Gindi A, Hautmann M, Gosau M, Weber F, Rohrmeier C, et al. Positive frozen section margins predict local recurrence in R0-resected squamous cell carcinoma of the head and neck. Oral Oncol. 2016 Apr 1;55:17–23.

27. de Castro Ribeiro Lindenblatt R, Martinez GL, Silva LE, Faria PS, Camisasca DR, de Queiroz Chaves Lourenço S. Oral squamous cell carcinoma grading systems - Analysis of the best survival predictor. J Oral Pathol Med [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2021 Oct 3];41(1):34–9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0714.2011.01068.x>

28. Wreesmann VB, Katabi N, Palmer FL, Montero PH, Migliacci JC, Gönen M, et al. Influence of extracapsular nodal spread extent on prognosis of oral squamous cell carcinoma.

29. Alves AM, Correa MB, Da Silva KD, De Araújo LMA, Vasconcelos ACU, Gomes APN, et al. Demographic and clinical profile of oral squamous cell carcinoma from a service-based population. Braz Dent J [Internet]. 2017 Aug 2 [cited 2020 Oct 10];28(3):301–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6440201601257>

30. Moro J da S, Maroneze MC, Ardenghi TM, Barin LM, Danesi CC. Oral and oropharyngeal cancer: epidemiology and survival analysis. Einstein (Sao Paulo). 2018 Jun 7;16(2):eAO4248.

31. Singh M, Misra S, Rathanaswamy S, Gupta S, Tewari B, Bhatt MB, et al. Clinical profile and epidemiological factors of oral cancer patients from North India. Natl J Maxillofac Surg. 2015;6(1):21.

32. Sim YC, Hwang JH, Ahn KM. Overall and disease-specific survival outcomes following primary surgery for oral squamous cell carcinoma: Analysis of consecutive 67 patients. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg [Internet]. 2019 Apr 30 [cited 2021 May 11];45(2):83–90. Available from: [/pmc/articles/PMC6502750/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25959914/)

33. Ng JH, Iyer NG, Tan M-H, Edgren G. Changing epidemiology of oral

- squamous cell carcinoma of the tongue: A global study. *Head Neck* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2021 Sep 23];39(2):297–304. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hed.24589>
34. Hernández-Guerrero JC, Jacinto-Alemán LF, Jiménez-Farfán MD, Macario-Hernández A, Hernández-Flores F, Alcántara-Vázquez A. Prevalence trends of oral squamous cell carcinoma. Mexico City's general hospital experience. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Mar 1;18(2).
 35. Yang J, Guo K, Zhang A, Zhu Y, Li W, Yu J, et al. Survival analysis of age-related oral squamous cell carcinoma: a population study based on SEER. *Eur J Med Res*. 2023 Dec 1;28(1).
 36. Louredo BVR, Vargas PA, Pérez-De-oliveira ME, Lopes MA, Kowalski LP, Curado MP. Epidemiology and survival outcomes of lip, oral cavity, and oropharyngeal squamous cell carcinoma in a southeast Brazilian population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2022 May 1;27(3):e274–84.
 37. Bakshi J, Kaur N, Tiwana H, Verma RK, Panda NK, Patro SK. Survival Analysis of Oral Squamous Cell Carcinoma Patients Attending Tertiary Care Centre of North India. *Indian J Surg Oncol*. 2023 Mar 1;14(1):234–42.
 38. Lin NC, Hsien SI, Hsu JT, Chen MYC. Impact on patients with oral squamous cell carcinoma in different anatomical subsites: a single-center study in Taiwan. *Sci Rep*. 2021 Dec 1;11(1).
 39. Farhood Z, Simpson M, Ward GM, Walker RJ, Osazuwa-Peters N. Does anatomic subsite influence oral cavity cancer mortality? A SEER database analysis. *Laryngoscope*. 2019 Jun 1;129(6):1400–6.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
HOSPITAL NACIONAL ROSALES
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

OBJETIVO GENERAL: Recolectar información para identificar la sobrevida de los pacientes del Hospital Rosales con diagnóstico de carcinoma de células escamosas en cavidad.

DATOS GENERALES:

Indicaciones: completa según corresponda las casillas de sexo, fecha de nacimiento y diagnóstico. Marque con una X la casilla que corresponda.

CÓDIGO:

EDAD:

NÚMERO DE EXPEDIENTE:

SEXO:

F

☐

M

☐

NÚMERO DE BIOPSIA:

FECHA DE NACIMIENTO:

DÍA	MES	AÑO

FECHA DE DIAGNÓSTICO:

DÍA	MES	AÑO

Localización de anatómica:

- ☐ 1. Encía
- ☐ 2. Lengua
- ☐ 3. Piso boca
- ☐ 4. Mucosa carrillo
- ☐ 5. Parótida
- ☐ 6. Reborde alveolar
- ☐ 7. Paladar
- ☐ 8. Mucosa
- ☐ 9. Carrillo
- ☐ 10. Borde lateral de lengua
- ☐ 11. Maxilar

Sobrevida 1 años S/N

☐

Sobrevida 3 años S/N

☐

Sobrevida 5 años S/N

☐

Tratamientos recibidos:

- ☐ 1. Cirugía
- ☐ 2. Radioterapia
- ☐ 3. Quimioterapia
- ☐ 4. Combinación

Enfermedad presente S/N

☐

Enfermedad presente S/N

☐

Enfermedad presente S/N

☐

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL**



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

**“SOBREVIDA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CARCINOMA DE
CÉLULAS ESCAMOSAS EN CAVIDAD ORAL DEL HOSPITAL NACIONAL
ROSALES EN EL PERIODO DE 2011 AL 2016”.**

AUTOR:

DR. GILBERTO APONTES TABLAS

DOCENTE ASESOR:

DRA. FLORENCE JUANA MARÍA CUADRA ZELAYA

CIUDAD UNIVERSITARIA, DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA, 14 JUNIO DE 2023.



FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
FINAL AVENIDA "MARTIRES ESTUDIANTES DEL 30 DE JULIO"
SECRETARIA
FAX 2255 5186 2255 5496
TEL 2255 2443 2255 2447
secretaria.odontologia@unsa.edu.sv



ACUERDO N°.202

Ciudad Universitaria, "Dr. Fabio Castillo Figueroa", 21 de junio de 2023

Estimados Señores:

Para los efectos legales pertinentes, transcribo a ustedes, el Acuerdo tomado en el punto VIII.2 de sesión ordinaria 21-2023 (10-2021-10-2023) de Junta Directiva de la Facultad de Odontología, desarrollada en plataforma virtual el día 20 de junio de 2023, que a la letra dice:

Junta Directiva de la Facultad de Odontología, conoció nota firmada por: Dra. Katleen Argentina Aguirre de Rodríguez, Directora de la Escuela de Posgrado, mediante de la cual remite el protocolo de tesis: "SOBREVIDA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN CAVIDAD ORAL DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES EN EL PERÍODO DE 2011 AL 2016", elaborado por el Dr. Gilberto José Apontes Tablas con carné No. AT20011, estudiante egresado en el año 2022 de la Especialización en Cirugía Oral y Maxilofacial.

Seguidamente la suscrita Dra. Aguirre de Rodríguez, informa que el documento ha finalizado el proceso de revisión, por lo que solicita:

- Ratificación de aprobación del protocolo.
- Asignar como docente asesora del tema a: PhD. Florence Juana María Cuadra Zelaya.

A su vez informó que al momento de recibir el protocolo, el Dr. Apontes Tablas se encuentra solvente en las diferentes dependencias de la Facultad de Odontología.

Este Organismo tomando en consideración lo establecido en los artículos 44, 51 y 52 del Reglamento General del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de El Salvador; por unanimidad de votos a favor de siete miembros presentes, cero en contra y cero abstenciones, ACUERDA:

ACUERDO No. 202

1º. Ratificar el protocolo de tesis elaborado por el Dr. Gilberto José Apontes Tablas con carné No. AT20011, estudiante egresado en el año 2022 de la Especialización en Cirugía Oral y Maxilofacial; siendo el tema: "SOBREVIDA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS EN CAVIDAD ORAL DEL HOSPITAL NACIONAL ROSALES EN EL PERÍODO DE 2011 AL 2016".

2º Nombrar a PhD. Florence Juana María Cuadra Zelaya, como docente asesora del tema citado en el numeral anterior.

3º. Notificar para los efectos legales subsiguientes, el presente acuerdo a las instancias competentes. Atentamente,

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

Lcda. Hilda Elizabeth Branda Luna
Secretaria

cc: Decanato/ Vice Decanato/ Directora Escuela de Posgrado/ Administración Académica de la Facultad de Odontología/ asesores/ Biblioteca Local/ estudiante interesado



ACTA EXP. N°:31/2022

En San Salvador, al primer día del mes de noviembre del dos mil veintidós, los suscritos miembros del comité: Dr. Martín Adrián Álvarez; Lic. Francisco Alfide Montoya Hernández; Lic. Víctor Mejía; han revisado los documentos presentados por el Investigador: Dr. Gilberto José Apontes Tablas del estudio a saber:

- "Sobrevida de pacientes diagnosticados con carcinoma de células escamosas en cavidad oral, en Hospital Nacional Rosales, de 2011 a 2016"
- Curriculum del Investigador.
- Carta de Aprobación de la Coordinación de Investigación.

Y ha considerado que el estudio no presenta reparos éticos. **SE LE APRUEBA. Al finalizar el estudio, deberán hacer llegar a este Comité copia en USB de los resultados**
Dicho estudio se llevará a cabo en El Hospital Nacional Rosales

Dr. Martín Adrián Álvarez

Lic. Francisco Alfide Montoya Hernández

Lic. Víctor Mejía

C.C. Secretaria CEIC-HNR. //UDP// Unidad Organizativa de Calidad



COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION CLINICA
Dirección: 25 av. norte, entre 1ra calle poniente y Alameda Roosevelt. San Salvador. Tel. 22226937