

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN



**RECURRENCIA LOCORREGIONAL DE CANCER EPIDERMOIDE
DE CAVIDAD ORAL Y VARIABLES ASOCIADAS EN PACIENTES
OPERADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA
Y CUELLO DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
DURANTE EL PERÍODO ENERO 2010 A ENERO 2020**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO**

PRESENTADO POR

LUCIA JIMENA SALAS LAZO

LIMA, PERÚ 2021

JURADO EVALUADOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

JURADO presidente: Wilinton Romero Visurraga, cirujano de cabeza y cuello y maxilofacial del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, docente de la Universidad Ricardo Palma.

Miembro: Segundo Marín Cabanillas, cirujano de cabeza, cuello y maxilofacial del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Miembro: Javier Cruz Colca, cirujano de cabeza, cuello y maxilofacial del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

ÍNDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.1 Descripción de la realidad problemática
- 1.2 Formulación del problema
- 1.3 Objetivos
- 1.4 Justificación
- 1.5 Delimitación
- 1.6 Viabilidad

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

- 2.1 Antecedentes de la investigación
- 2.2 Bases teóricas
- 2.3 Definiciones conceptuales
- 2.4 Hipótesis

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

- 3.1 Diseño
- 3.2 Población y muestra
- 3.3 Operacionalización de variables
- 3.4 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos
- 3.5 Técnicas para el procesamiento de la información
- 3.6 Aspectos éticos

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

4.2 Cronograma

4.3 Presupuesto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

1. Matriz de consistencia
2. Instrumentos de recolección de datos
3. Solicitud de permiso institucional
4. Consentimiento informado (En caso de aplicar)
5. Reporte de Turnitin (Mínimo <25%, Ideal: <10%)

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El cáncer de cavidad oral representa aproximadamente el 3% de todas las neoplasias malignas en general, siendo el carcinoma epidermoide el más frecuente, alcanzado más del 90% de los casos. A nivel mundial, la incidencia de esta neoplasia ha aumentado en los últimos años. Según Cancer Facts and Figures of the American Cancer Society en el 2012 aproximadamente 26740 casos de cáncer de cavidad oral se habrían desarrollado en Estados Unidos durante aquel año¹. En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) registró 289 casos nuevos de cáncer de cavidad oral durante el año 2018. A la fecha, no se han actualizado datos sobre la prevalencia e incidencia de esta patología².

Según datos epidemiológicos, se presenta con mayor frecuencia entre la quinta y la séptima década de la vida. Durante años, esta neoplasia mostró mayor predilección por el sexo masculino, sin embargo, estudios recientes reportan mayor prevalencia e incidencia en el sexo femenino, lo cual se explicaría por el aumento del consumo de tabaco y alcohol en este grupo³.

Respecto a las tasas de supervivencia, estas varían según grupos poblacionales, siendo muy inferior en los afroamericanos comparada con los americanos blancos.⁴ El estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico representa un importante predictor de la supervivencia. Estadios tempranos muestran una tasa de supervivencia de aproximadamente 84% mientras estadios avanzados disminuyen drásticamente a

39%.⁵ Por tal motivo, la detección precoz es fundamental para obtener mejores resultados en el tratamiento, disminuir la tasa de mortalidad y mejorar la calidad de vida.

La cavidad oral se extiende desde la zona de contacto entre la mucosa del labio superior y la mucosa de labio inferior hasta la entrada a la orofaringe. Se divide en siete subsitios: labio, mucosa yugal, piso de boca, trígono retromolar, lengua oral, paladar duro y reborde alveolar. Cabe resaltar que la presentación clínica y el enfoque de tratamiento varían de acuerdo a su localización.⁶ Los subsitios de cavidad oral con mayor prevalencia de cáncer son la lengua y el piso de la boca.

El consumo combinado de tabaco y alcohol representa el factor de riesgo más importante para desarrollar neoplasias de cavidad oral. Diversos estudios han demostrado que el consumo combinado en el mismo individuo transmite un grado multiplicado de riesgo de desarrollar esta patología.⁷ Respecto al tabaquismo, el riesgo aumenta con la duración de la exposición y sobre todo con el número de paquetes año. Además, el hábito de masticar betel y nuez de areca, principalmente en países asiáticos, ha aumentado considerablemente el índice de cáncer de cavidad oral. Por su parte, el alcohol potencia el efecto del tabaco como inductor de atrofia en el epitelio oral.

En pacientes sin antecedente de hábitos nocivos, la etiología se suele asociar a la presencia de lesiones precancerosas en un 20% aproximadamente. La OMS (Organización Mundial de la Salud) las define como tejido morfológicamente dañado que favorece la aparición de neoplasias malignas, dentro de ellas se encuentra la leucoplasia, eritroplasia y liquen plano.⁸

Además, la higiene incorrecta y el déficit nutricional son factores que coexisten y están relacionados a esta neoplasia.⁹

El cáncer de cavidad oral es un conjunto complejo de manifestaciones clínicas que requiere tratamiento multidisciplinario, representa un grave deterioro de la calidad de vida de los que la padecen y de su entorno cercano. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad y los efectos secundarios al tratamiento (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia) como la alteración en el habla, deglución, xerostomía, dolor, entre otros conllevan una limitación funcional a corto y largo plazo, así como un impacto estético significativo. Por lo tanto, la salud mental de este grupo de personas se ve afectada considerablemente. ¹⁰

El diagnóstico se realiza mediante el examen clínico exhaustivo y el resultado de estudio histopatológico. En las últimas décadas, se han realizado avances en el diagnóstico de las neoplasias malignas de cavidad oral, como el uso de PET Scan y tomografía computarizada. Por otro lado, estudios recientes plantean nuevos exámenes que permiten la detección temprana de diversas patologías basadas en marcadores de fluidos corporales, en este caso la saliva, que aparentemente representan un rol prometedor en el estudio de la patogenia y detección precoz del cáncer de cavidad oral. ¹¹

El tratamiento se basa en un manejo multidisciplinario, el objetivo principal es la resección del tumor primario a través de la cirugía. En casos de extensión ganglionar, se adiciona la disección cervical. Actualmente, se proponen avances innovadores como Cirugía Robótica Transoral (TORS), procedimiento mínimamente invasivo con indicaciones específicas. Además, las modalidades de tratamiento adyuvante no quirúrgico como radioterapia de intensidad modulada, terapia sistémica y recientemente, inmunoterapia juegan un papel importante en el manejo de este grupo de pacientes. ¹²

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el porcentaje de recurrencia locorregional de carcinoma epidermoide de cavidad oral y cuáles son las variables asociadas en pacientes operados en el Servicio de Cirugía Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú desde enero 2010 hasta enero 2020?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar el porcentaje de recurrencia de enfermedad en pacientes operados por carcinoma epidermoide de cavidad oral en el Servicio de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Edgardo Rebagliati Martins desde enero 2010 a enero 2020.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Describir las características demográficas de los pacientes operados con diagnóstico de recurrencia de carcinoma epidermoide según grupo etario y sexo.
- Determinar la distribución porcentual de recurrencia de carcinoma epidermoide según localización topográfica.

- Determinar la distribución porcentual de recurrencia de carcinoma epidermoide según el tipo histológico y el grado de diferenciación.
- Determinar el tiempo promedio de recurrencia de enfermedad en pacientes operados con diagnóstico de carcinoma epidermoide en cavidad oral.
- Determinar la distribución porcentual de recurrencia de carcinoma epidermoide en cavidad oral según el compromiso ganglionar.

4. **Justificación del estudio**

En los últimos años, el aumento de los casos de cáncer en cavidad oral se ha incrementado considerablemente. Según la Sociedad Americana Contra el Cáncer se calculó que en el 2019 en Estados Unidos alrededor de 53 000 personas padecieron cáncer de orofaringe y cavidad oral, aproximadamente 10860 de este grupo fallecieron. ¹³

Existen trabajos previos en países como Colombia y México que describen la situación actual de esta patología en su población. Sin embargo, en el Perú no se han realizado estudios previos, teniendo en cuenta la necesidad de contar con datos epidemiológicos sobre esta patología, surge el interés por identificar el porcentaje de recurrencia del carcinoma epidermoide de cavidad oral. Así, los resultados permitirán adoptar medidas y estrategias para el manejo multidisciplinario, mejorar el seguimiento y control periódico de estos pacientes con el objetivo de brindarles calidad de vida y aumentar su supervivencia.

1.5 Delimitación

Pacientes operados con diagnóstico de recurrencia locorregional de carcinoma epidermoide de cavidad oral en el Servicio de Cirugía Cabeza, Cuello y Maxilofacial del Hospital Edgardo Rebagliati Martins desde enero 2010 hasta enero 2020.

1.6 Viabilidad

Es un estudio viable, el Hospital Edgardo Rebagliati Martins autoriza el uso de las historias clínicas para recopilar información y descargarlos en las Fichas de recolección de datos. La obtención de la información y el manejo de esta será estrictamente confidencial con el objetivo de aportar conocimientos basados en la evidencia.

II.MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de investigación

Meza García et al. en su estudio realizado en un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México evaluaron la supervivencia de pacientes con diagnóstico de carcinoma epidermoide de cavidad oral. Concluyeron que, de un total de 49 pacientes, 23 de ellos presentaron recurrencia de la enfermedad, 16 metástasis y 11 murieron, resaltando la asociación entre el grado de diferenciación de la neoplasia y la recidiva. Destacaron que el 59 % de los pacientes recibieron tratamiento con quimioterapia, radioterapia y cirugía.

Por otra parte, se observó que el carcinoma epidermoide se presentó con mayor frecuencia en el género masculino y en la séptima década de la vida¹⁴.

Otro estudio similar, realizado en el Centro Javeriano en Bogotá Colombia durante el periodo 2000-2012 concluye que la localización donde más se presenta esta patología es la lengua (68%) mostrando una recurrencia del 58% en todos los casos. Respecto a características demográficas, el grupo más afectado fue el sexo femenino y el grupo etáreo de 61 a 80 años. El tiempo promedio para desarrollo de recurrencia fue durante los primeros 12 meses. Histológicamente, el tipo queratinizado y bien diferenciado representaron mayor porcentaje de recurrencia¹⁵.

El estudio de A. Weckx et al. mostró una asociación significativa entre las características clínico patológicas y el tiempo de recurrencia de enfermedad. La tasa de supervivencia global en la muestra de estudio fue de 62%, valor más alto comparado con estudios previos. Concluyen que la recurrencia temprana conlleva un menor grado de supervivencia y aumento de la mortalidad en este grupo de pacientes. Finalmente, la recurrencia mostró fuerte asociación con el estado de los márgenes del tumor primario, la presencia de metástasis ganglionar y el tipo histopatológico¹⁶.

Por otra parte, A. Espinoza-Velasco et al. Resaltan la importancia del cociente ganglionar, que se define como la proporción de ganglios positivos sobre el total de ganglios resecaados, como factor pronóstico de supervivencia libre de enfermedad, además, mencionan que podría ser una herramienta útil en predecir el riesgo de recurrencia locorregional y a distancia. Sin embargo, sugieren realizar un estudio prospectivo y con mayor tamaño de muestra¹⁷.

2.2 Bases teóricas

El cáncer de cabeza y cuello representa el 3 % de todas las neoplasias, dentro de este grupo se sabe que el 48 % se localiza en cavidad oral, 90 % de ellos se tratan de carcinoma epidermoide.¹⁸

Cavidad oral se define como un espacio anatómico que se encuentra localizado entre un plano coronal imaginario dibujado entre la unión del paladar blando y duro hasta el bermellón de los labios. Está dividido en siete subsitios: labio, mucosa yugal, piso de boca, trígono retromolar, lengua oral, paladar duro y reborde alveolar¹⁹.

Según la OMS, existen grupos de riesgo para el desarrollo de cáncer epidermoide de cavidad oral: riesgo elevado (entre 18 a 39 sin antecedentes de importancia), riesgo alto (de 40 a más sin factores de riesgo o menos de 40 con antecedentes de importancia) y muy alto (mayores de 40 con factores de alto riesgo y/o antecedentes de cáncer de cavidad oral). Por lo tanto, es importante identificar el riesgo potencial de cada individuo y establecer medidas preventivas, de vigilancia y de diagnóstico oportuno para mejorar el pronóstico, aumentar la sobrevida y supervivencia en estos pacientes²⁰.

2.2.2. Factores de riesgo de malignización

La etiología no es conocida completamente, sin embargo, se conocen los factores de riesgo que favorecen su aparición, principalmente la fuerte asociación con el consumo de tabaco, el cual incrementa el riesgo 6 veces más respecto a los no fumadores.

El tabaquismo y la ingesta excesiva de alcohol (>50g/día) se consideran factores sinérgicos de malignidad. En países subdesarrollados, la masticación de nuez de betel es un factor de riesgo importante. Además, cabe mencionar que existe un grupo de pacientes mujeres de edad mediana sin antecedentes de hábitos nocivos²¹.

2.2.3. Factores de riesgo pronóstico

La localización primaria del cáncer epidermoide juega un papel importante como factor pronóstico, es una variable que incide en la evolución y es determinante para el tratamiento a seguir.²²

Dentro de los factores del tumor que condicionan el pronóstico del paciente se encuentra el estado ganglionar, determinado por la existencia de ganglios positivos, el sitio o nivel afectado, el número de metástasis y la invasión extracapsular ganglionar. Los pacientes con tres o más ganglios metastásicos se consideran en riesgo alto y la posibilidad de recurrencia cervical es mayor.

Por lo tanto, el compromiso ganglionar representa el factor pronóstico independiente más importante en carcinoma epidermoide de cavidad oral y la presencia de ganglios metastásicos en región cervical reduce la supervivencia en aproximadamente un 50%.²³

Además, el tamaño y profundidad del tumor juegan un papel importante en la recurrencia de esta neoplasia. El tamaño del tumor primario tiene relación directamente proporcional con la existencia de ganglios cervicales metastásicos; los tumores clasificados T3-T4 (tamaño mayor a 4 cm o profundidad mayor a 10 mm) tienen hasta 70% de metástasis ganglionares en cáncer de lengua y piso de la boca. Mientras que la supervivencia es mayor cuando el grosor tumoral es menor a 4 mm.

La variedad histológica, márgenes quirúrgicos y factores oncogénicos modifican el pronóstico y posibilidad de recurrencia en la historia natural de este cáncer. ²⁴

Según la AJCC (American Joint Committee on Cancer) en la octava edición, menciona que el estado nutricional es un factor pronóstico que se mide indirectamente por la pérdida de más del 5% del peso en los últimos 6 meses. ²⁵

2.3 Definiciones conceptuales

- **Recurrencia:** reaparición de síntomas, manifestaciones clínicas o resultados positivos en exámenes complementarios tras un periodo de ausencia de los mismos.
- **Diagnóstico de cáncer epidermoide cavidad oral:** todo paciente con informe de anatomía patológica que concluya que histológicamente se trata de un carcinoma de células escamosas.
- **Tratamiento adyuvante:** acciones terapéuticas que se emplean sinérgicamente a la cirugía para mejorar el resultado de la intervención como lo son la quimioterapia y radioterapia.
- **Supervivencia global:** es el periodo de tiempo desde el inicio de la terapia primaria hasta la muerte del paciente.

2.4 Hipótesis

El porcentaje de pacientes que hacen recurrencia locorregional es elevado y oscila alrededor de 60% en el Servicio de Cabeza y Cuello y Maxilofacial del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

III. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudio

Retrospectivo, transversal y observacional.

3.2 Diseño de investigación

Se trata de un estudio retrospectivo porque se tomarán datos de historias clínicas desde enero del 2010 hasta enero del 2020. Transversal porque se realiza con un punto de corte en el tiempo y observacional ya que no se realizará intervenciones para modificar las variables de estudio.

3.3 Población y muestra

La población de estudio estará conformada por todos los pacientes post operados del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilofacial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con diagnóstico de recurrencia de carcinoma epidermoide de cavidad oral durante el periodo en estudio.

3.3 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE, RELACION Y NATURALEZA	CATEGORIA O UNIDAD
Edad	Número de años del paciente al momento de la hospitalización	Número de años según autogenerado	Razón discreta	Independiente cuantitativa	Años cumplidos
Genero	Genero orgánico	Género en la historia clínica	Nominal dicotómica	Independiente cualitativa	Femenino Masculino
Tratamiento previo	Acciones terapéuticas con el objetivo de controlar la enfermedad	Cirugía Quimioterapia Radioterapia	Nominal policotómica	Independiente cualitativa	Cirugía Quimioterapia radioterapia
Tipo Histológico	Características celulares al	Diferenciación celular según reporte de anatomía patológica	Nominal policotómica	Independiente cualitativa	Bien diferenciado Medianamente diferenciado

	examen microscópico				Pobremente diferenciado
Localización topográfica	Ubicación en cavidad oral	Subsitio afectado según historia clínica	Nominal poliotomica	Independiente cualitativa	1 Carrillo 2 Reborde Alveolar 3 Lengua 4 Labio 5 Piso de boca 6 Trígono retromolar
Factores de riesgo	Factores	Reporte en historia clínica	Nominal poliotomico	Independiente cualitativo	Tabaquismo Alcohol Mala higiene oral Déficit nutricional

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para recolectar los datos en el presente estudio, utilizamos una ficha de recolección de datos (ANEXO 1) con el objetivo de agrupar la mayor cantidad de información útil encontrada en las historias clínicas según la base de datos del Servicio de Cirugía Cabeza, Cuello y Maxilofacial.

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

Se analizará si existe asociación con el desarrollo de recurrencia mediante tablas cruzadas para calcular la probabilidad (OR).

Todas las variables en estudio son cualitativas, por lo tanto, se realizará el análisis según categorías y no se asignarán números o símbolos para cada variable.

3.6 Aspectos éticos

El presente estudio no vulnera principios éticos. Se asegura el correcto uso de la información brindada, estricta confidencialidad. No se realiza experimentos o manipulación de las variables.

IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.2 Cronograma

Actividad	Sub-actividad	Tareas	Ene 2019	Febrero 2019	Marzo 2019	Abril 2019	Mayo 2019	Agosto 2019	Septiembre 2019
Elaboración del protocolo, correcciones y aprobación	Elaboración de protocolo (100%)	Elaboración de protocolo							
Autorización y coordinación es HERM	Aprobación de protocolo (100%)	Aprobación de protocolo	X	X					
Recolección de datos	Recolección de fichas (40%)	Fichas de recolección completas			X	X			

	manuscrito (100%)								
--	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

4.3 Presupuesto

Nº	Clasificador de Gasto	Descripción del Bien o servicio	Unidad de Medida	Cantidad	Costo Unitario	Total (S/.)
1	Bienes	Papelería y fotocopias	Millar de hojas	1	30	30
	Bienes	Lapiceros	Caja	2	10	20
	Bienes	Folder	Unidad	10	10	100
	Bienes	Tinta de impresión	Cartucho	5	30	150
	Subtotal					300
2	Servicios	Movilidad	Viaje	-	-	200
	Servicios	Fotocopias	Copia	1000	0.1	100
	Servicios	Refrigerios	Refrigerio	-	-	200
	Servicio	Revisión ortográfica	Revisión	1	200	200
	Servicio	Publicación en revista internacional indexada	Publicación Open-Access	1	1800	1800
	Subtotal					2500
	TOTAL					2800

REFERENCIAS BIBLOGRAFICAS

1. Licitra L, Grandi C, Guzzo M, Mariani L, Lo Vullo S, Valvo F, et al. Primary chemotherapy in resectable oral cavity squamous cell cancer: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2003;21:327-33.
2. Casos nuevos de cáncer registrados en el INEN, 2009-2018 [Internet]. INEN. 2018 [citado 5 julio 2021]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2019/12/INEN-2009-2018.pdf>
3. Mateo-Sidrón Antón M.C., Somacarrera Pérez M.L.. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2015 : 31(4): 247-259.
4. Haddad R, O'Neill A, Rabinowits G, Tishler R, Khuri F, Adkins D, et al. Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy (sequential chemoradiotherapy) versus concurrent chemoradiotherapy alone in locally advanced head and neck cancer (PARADIGM): a randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2013;14:257-264.
5. Gigliotti, J., Madathil, S., & Makhoul, N. (2019). Delays in oral cavity cancer. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*.
6. Shaw RJ, McGlashan G, Woolgar JA, et al. Prognostic importance of site in squamous cell carcinoma of the buccal mucosa. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2009;47:356-359.

7. Granström G. Osseointegration in irradiated cancer patients: an analysis with respect to implant failures. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63:579-85.
8. Paré, A., & Joly, A. (2017). Cancers de la cavité buccale : facteurs de risque et prise en charge. *La Presse Médicale*, 46(3), 320–330. doi:10.1016/j.lpm.2017.01.004
9. Kantola S, Parikka M, Jokinen K, et al. Prognostic factors in tongue cancer – relative importance of demographic, clinical and histopathological factors. *Br J Canc* 2000; 83:614-619.
10. Valdez, J. A., & Brennan, M. T. (2018). Impact of Oral Cancer on Quality of Life. *Dental Clinics of North America*, 62(1), 143–154. doi:10.1016/j.cden.2017.09.001
11. Khurshid, Z., Zafar, M. S., Khan, R. S., Najeeb, S., Slowey, P. D., & Rehman, I. U. (2018). Role of Salivary Biomarkers in Oral Cancer Detection. *Advances in Clinical Chemistry*, 23–70.
12. Shanti, R. M., & O'Malley, B. W. (2018). Surgical Management of Oral Cancer. *Dental Clinics of North America*, 62(1), 77–86.
13. Bustos-Colmenares BE, Gallegos-Hernández JF, HernándezHernández DM ¿Es necesaria la disección radical de cuello en pacientes con cáncer invasor de lengua sin ganglios palpables? *Cir Gen* 2004;26(3):173-176.
14. Meza García G, Muñoz Ibarra JJ, Páez Valencia C, Cruz Legorreta B, Aldape Barrios B. Carcinoma de células escamosas de cavidad bucal en un centro de tercer nivel de atención social en la ciudad de México: Experiencia de cinco años. *Av Odontoestomatol.* 2009;25(1).

15. Patiño Azuero, J. C., Rodríguez Ciódaro, A., & Umaña Paz, R. G. (2015). Recurrencia del carcinoma escamocelular de cavidad oral en pacientes del Centro Javeriano de Oncología, Bogotá Colombia, en el periodo 2000-2012. *Universitas Odontologica*, 33(71), 208-215.
16. Weckx, A., Riekert, M., Grandoch, A., Schick, V., Zöller, J. E., & Kreppel, M. (2019). Time to recurrence and patient survival in recurrent oral squamous cell carcinoma. *Oral Oncology*, 94, 8–13.
17. Espinoza-Velazco A, González-Montoya AS, Carbajal-López B. Cociente ganglionar como factor pronóstico de recurrencia tumoral en pacientes con carcinoma escamoso de cavidad oral. *Cir Cir*. 2020;88(6):684–9
18. Ettinger, K. S., Ganry, L., & Fernandes, R. P. Oral Cavity Cancer. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2018.
19. NCI dictionary of Cancer Terms [Internet]. Cancer.gov. 2011 [citado el 25 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/oral-cavity>
20. Gallegos-Hernández JF. Factores clínicos e histológicos que pacientes con cáncer de la cavidad oral. *An Orl Mex* 2017 jul;62(3):197-208.
21. Gallegos-Hernández JF. Factores clínicos e histológicos que pacientes con cáncer de la cavidad oral. *An Orl Mex* 2017 jul;62(3):197-208.
22. Brands MT, Smeekens EAJ, Takes RP, Kaanders JHAM, Verbeek ALM, Merks M AW, et al. Time patterns of recurrence and second primary tumors in a large cohort of patients treated for oral cavity cancer. *Cancer Med*. 2019;8(12):5810–9
23. Brands MT, Smeekens EAJ, Takes RP, Kaanders JHAM, Verbeek ALM, Merks M AW, et al. Time patterns of recurrence and second primary tumors in a large cohort of patients treated for oral cavity cancer. *Cancer Med*. 2019;8(12):5810–9

24. Bobdey S, Sathwara J, Jain A, Saoba S, Balasubramaniam G. Squamous cell carcinoma of buccal mucosa: An analysis of prognostic factors. *South Asian J Cancer*. 2018;7(1):49–54.

25. Amin MB et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more "personalized" approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin*. 2017 Mar;67(2):93-99. doi: 10.3322/caac.21388. Epub 2017 Jan 17. PMID: 28094848.

ANEXO. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Autogenerado: _____

Sexo: Masculino Femenino

Fecha de diagnóstico (d/m/a): __/__/____ **Edad de diagnóstico:** _____

Cigarro: No Si **Alcohol:** No Si

Tratamiento previo: No Si **especifique:** _____

Inmunosupresión: No Si, especificar: _____

Fecha último control o transformación maligna (d/m/a): __/__/____

Fecha de ultima cirugía:

Duración síntomas (años): _____

Síntomas iniciales (marcar todos los que apliquen):

Cirugías (incluye de otra institución): _____

Localización de lesiones (marcar todas las que apliquen):

Lengua Carrillo Otros, especificar: _____

Compromiso ganglionar: **SI** **NO**

Terapia adyuvante:

Especificar: _____ Fecha de inicio: _____

Tipo Histológico:

Especificar: _____