

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**“PREVALENCIA DE *LINFOMA NO HODGKIN* EN LA
CAVIDAD BUCAL DE PACIENTES CON NEOPLASIAS
DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
DEL HOSPITAL “LA CALETA” DEL DISTRITO DE
CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA,
DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, DURANTE LOS AÑOS
2016 AL 2018”.**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE CIRUJANO DENTISTA**

AUTORA:

OSTOLAZA AUGUSTO, MARIA DE MONTSERRAT

ORCID: 0000-0002-1121-3568

ASESOR:

RONDÁN BERMEO, KEVIN GILMER

ORCID: 0000-0003-2134-6468

CHIMBOTE – PERÚ

2019

TÍTULO DE LA TESIS

“PREVALENCIA DE LINFOMA NO HODGKIN EN LA CAVIDAD BUCAL DE PACIENTES CON NEOPLASIAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO DEL HOSPITAL “LA CALETA” DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ÁNCASH, DURANTE LOS AÑOS 2016 AL 2018”.

EQUIPO DE TRABAJO

Ostolaza Augusto, Maria de Montserrat

ORCID: 0000-0002-1121-3568

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Bachiller en
Estomatología, Chimbote, Perú.

ASESOR

Rondán Bermeo, Kevin Gilmer

ORCID: 0000-0003-2134-6468

Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de
la Salud, Escuela Profesional de Odontología, Chimbote, Perú

JURADOS DE INVESTIGACIÓN

San Miguel Arce, Adolfo Rafael.

0000-0002-3451-4195

Canchis Manrique, Walter Enrique.

0000-0002-0140-8548

Trinidad Milla, Pablo Junior.

0000-0001-9188-6553

HOJA DE FIRMA DEL JURADO Y ASESOR

Mgr. SAN MIGUEL ARCE ADOLFO RAFAEL.

PRESIDENTE

Mgr. CANCHIS MANRIQUE WALTER ENRIQUE.

MIEMBRO

Mgr. TRINIDAD MILLA PABLO JUNIOR.

MIEMBRO

Mgr. RONDÁN BERMEO KEVIN GILMER.

ASESOR

HOJA DE AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

*A Dios, por todo lo alcanzado para seguir
adelante.*

*A mis profesores del pregrado y los asesores,
de la presente investigación por su apoyo en el
desarrollo y culminación.*

A mis padres y familia por todo lo que soy.

DEDICATORIA

*A mi madre y padre, por el apoyo en
cada una de mis etapas para
realizarme en mi vida personal como
profesional*

RESUMEN Y ABSTRACT

RESUMEN

La investigación tuvo como **objetivo** determinar la prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 **Metodología:** cuantitativo, retrospectivo, observacional y transversal, con un nivel de la investigación descriptivo y con un diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 362 historias clínicas de pacientes con neoplasias en la cavidad bucal atendidos en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital “La Caleta, cumpliendo los criterios de selección. El instrumento que se utilizó una ficha de recolección de datos validada. **Resultados:** Se determinó que la prevalencia de Linfoma no Hodgkin de la cavidad bucal es del 6.63%. La prevalencia de Linfoma no Hodgkin de la cavidad según sexo, es 4.15% en el masculino y 2.48% en el femenino. La prevalencia de Linfoma no Hodgkin de la cavidad bucal según edad, es del 3.04% de 65 a más años. Y la prevalencia de Linfoma no Hodgkin de la cavidad bucal, según la localización anatómica bucal es del 1.38% en la Lengua, 0.56 en el piso de boca, 3.86% en el paladar, y 0.84% en el reborde alveolar. **Conclusión:** La prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 es del 6.63% de la muestra evaluada.

Palabras clave: Linfomas no Hodgkin, Neoplasias, Prevalencia.

Abstract

The research aimed to determine the prevalence of non-Hodgkin lymphoma of the oral cavity in patients treated at the Hospital "La Caleta" of the District of Chimbote, Province of Santa, Ancash Department during the years 2016 to 2018

Methodology: quantitative, retrospective, observational and transversal, with a level of descriptive research and a non-experimental design. Sample: it was made up of 362 medical records of patients with oral cavity neoplasms treated at the Head and Neck Surgery Service of the Hospital "La Caleta, fulfilling the selection criteria. Instrument: A validated data collection form was used.

Results: The prevalence of non-Hodgkin lymphoma in the oral cavity was determined to be 6.63%. The prevalence of non-Hodgkin lymphoma in the cavity, according to sex, is 4.15% in the male and 2.48% in the female. The prevalence of non-Hodgkin lymphoma of the oral cavity, according to age, is 3.04% aged 65 years and older. And the prevalence of non-Hodgkin lymphoma of the oral cavity, according to the oral anatomical location is 1.38% in the Tongue, 0.56 in the floor of the mouth, 3.86% in the palate, and 0.84% in the alveolar ridge. **Conclusion:** The prevalence of non-Hodgkin lymphoma of the oral cavity in patients treated at the Hospital "La Caleta" of the District of Chimbote, Province of Santa, Department of Ancash during the years 2016 to 2018 is 6.63% of the sample evaluated.

Keywords: Non-Hodgkin lymphomas, Neoplasms, Prevalence.

CONTENIDO

1. Título de la tesis	ii
2. Equipo de trabajo	iii
3. Hoja de firma del jurado y asesor	iv
4. Agradecimiento y dedicatoria	v
5. Resumen y abstract	vii
6. Contenido	ix
7. Índice de tablas y gráficos	x
I. Introducción	1
II. Revisión de la literatura	6
III. Hipótesis	26
IV. Metodología	27
4.1 Diseño de la investigación	27
4.2 Población y muestra	28
4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores	29
4.3.1. Definición de variables	29
4.3.2. Operacionalización de variables e indicadores	31
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32
4.5 Plan de análisis	32
4.6 Matriz de consistencia	34
4.7 Principios éticos	35
V. Resultados	36
5.1. Resultados:	36
5.2. Análisis de resultados	43
VI. Conclusiones	46
Aspectos complementarios	47
Referencias bibliográficas	48
ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018	36
Tabla 2.- Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del del Hospital ”La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según sexo	38
Tabla 3.- Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del del Hospital”La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según edad	39
Tabla 4.- Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital”La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según la localización anatómica en la cavidad bucal.	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.-** Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital”La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 36
- Gráfico 2.-** Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital”La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según sexo 38
- Gráfico 3.-** Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital”La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según edad 39
- Gráfico 4.-** Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital”La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según la localización anatómica en la cavidad bucal. 41

I. INTRODUCCIÓN

Dentro del sistema de defensa del organismo se encuentran los glóbulos blancos y en ellos los linfocitos, en caso de alteraciones pueden afectarse y producir una patología maligna, llamada Linfoma no Hodgkin (LNH) que según la OMS, es parte de las neoplasias linfoides presentes a nivel mundial ⁽¹⁾.

El Linfoma no Hodgkin (LNH) es de tipología cancerígena generado en el sistema linfático, comprendida por los vasos linfáticos, los ganglios linfáticos, en varias áreas anatómicas, tanto de la cavidad bucal, el bazo, las amígdalas, el timo o la médula ósea ⁽²⁾.

Por la distribución generalizada del sistema linfático en todo el organismo, el proceso neoplásico linfático puede tener variada localización, con la degeneración de los órganos implicados, siendo la cavidad bucal una de esas ubicaciones usuales ⁽³⁾.

La literatura especializada refiere que el Linfoma Folicular (LF) ocupa el segundo subtipo con mayor frecuencia de Linfoma no Hodgkin; con un 20% de nuevos casos, otro subtipo es el Linfoma Difuso de células grandes B (LDCGB) que es una neoplasia de células linfoides B, son un 40% de los LNH, aparecen con más frecuencia en hombres que en mujeres adultos mayores. Clínicamente se caracterizan según con el órgano comprometido y con el tipo histológico de transformación maligna ⁽⁴⁾.

El Linfoma no Hodgkin afecta normalmente la cadena ganglionar de la zona cervical, del mediastino y zona axilar. El 40% refiere síntomas de fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso ⁽⁴⁾.

La manifestación es con mayor frecuencia en adultos, con algunas excepciones en niños y adultos jóvenes. Generalmente la etiología se desconoce, asociadas a estados de inmunodeficiencia congénita o adquirida, ante exposiciones a ciertos productos químicos, exposiciones a radiaciones ionizantes y ciertos virus. Otras ubicaciones extra ganglionares primarias más frecuentes comprenden: estómago, intestino delgado, piel y cerebro ⁽⁴⁾.

Representa un gran problema en diversos países con repercusión en el ámbito sanitario y socioeconómico, causando creciente interés por las proporciones que llega el Linfoma no Hodgkin (LNH) como enfermedad maligna del sistema linfático, con excepción del Linfoma Hodgkin ⁽⁴⁾.

La epidemiología internacional del LNH en España es de una incidencia de 12,3 casos por cada 100.000 varones/año y 10,8 en el caso de las mujeres, ocupa el séptimo lugar en incidencia por tipo de cáncer tanto en hombres como mujeres, permaneciendo estable en los últimos años, la probabilidad de desarrollar un Linfoma no Hodgkin a lo largo de la vida es de 1 de cada 43 hombres y 1 de cada 51 mujeres, en España se diagnostican unos 3100 casos nuevos al año en hombres y 2400 en mujeres, siendo la tasa ajustada por edad de 15,25 y 8,19 respectivamente ⁽⁵⁾.

En los Estados Unidos de América (EUA), el LDCGB tiene una prevalencia de 30-40% de casos de LNH, siendo el subtipo con mayor frecuencia en ese país. Se reportó en el año 2010 un acumulado de 65,000 nuevos casos, a una edad promedio de 70 años, levemente menos frecuente en varones que en mujeres. El Linfoma Folicular representa el 20% de los casos de LNH, lo que lo hace el segundo más frecuente. Un 35% de los linfomas malignos en adultos, y un 20%

de Linfoma no Hodgkin con máxima incidencia a los 60 años y mayor prevalencia en mujeres (H:M=1:1,7). Resulta poco común que ocurra en personas muy jóvenes. Su tasa de incidencia es de 5-15/100.000 habitantes año ⁽⁶⁾.

En el ámbito nacional, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), ha reportado entre el 2010 al 2012 en Lima Metropolitana, la cantidad de 1,518 casos nuevos de Linfoma no Hodgkin (LNH) que representa una incidencia de 11.9 en varones y un 9.2 en mujeres ⁽⁷⁾.

El Linfoma no Hodgkin (LNH) se presenta a nivel nosocomial u hospitalario en una alta prevalencia con signos de gravedad y agresividad, desde hace muchos años, fue descubierta entre los años 1798- 1866 siendo tema de estudio de muchos epidemiólogos, por ello se tiene avances sobre su malignidad en el sistema linfático ⁽⁸⁾.

Es una enfermedad representativa de las neoplasias linfoideas que tienen diversas nomenclatura, tipos y subtipos, diferente forma de presentación, de respuesta al tratarla y distintos pronósticos. Se presenta en los tejidos blandos y en los maxilares con la característica de rápida y una amplia diseminación en el organismo con una variabilidad de prevalencia mundial entre 20% a 40% ⁽⁹⁾.

Su etiología es desconocida, pero hay una relación en su aparición e incidencia en un 67,6 % que no conoce cuales enfermedades oportunistas de la cavidad bucal son frecuentes en los pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ⁽¹⁰⁾.

En el ámbito local no hay investigaciones que traten el tema.

Por ello la investigación partió de un enunciado ¿Cuál es la prevalencia de Linfoma de no Hodgkin de la cavidad bucal en pacientes con neoplasias del servicio de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018? Con el objetivo general de: Determinar la prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018. Y los objetivos específicos de: Determinar la prevalencia de Linfoma no en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según el género. Determinar la prevalencia de Linfoma no Hodgkin de la cavidad bucal en pacientes con neoplasias del servicio de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según edad. Determinar la prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según la localización anatómica en la cavidad bucal.

Justificada la investigación en varios aspectos: Por la necesidad de conocer la prevalencia del Linfoma no Hodgkin, con la finalidad de obtener estadísticas actuales, por su relevancia social a la población por la información con fines de prevención y cuidados a su familia, por su relevancia académica a la comunidad

odontológica por la información para estudios similares sobre Linfoma no Hodgkin y por su utilidad metodológica, en programas y guías clínicas que ayuden a difundir las características para el diagnóstico, prevención y tratamiento de estas patologías precozmente.

La ejecución siguió el método científico, sistemático y ordenado, iniciando con el Título, la Introducción, la Revisión de la literatura con antecedentes y bases teóricas, la Hipótesis. Con una Metodología de estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal, con un nivel de la investigación descriptivo y diseño no experimental; en una muestra de 362 historias clínicas, la operacionalización de variable de prevalencia de Linfoma no Hodgkin, la técnica e instrumento de recolección de datos, el plan de análisis, matriz de consistencia y principios éticos propicios al trabajo de investigación con humanos.

La investigación se realizó en el mes de agosto en el hospital “La Caleta”, en el departamento de Odontología, en el área de Cirugía de Cabeza y Cuello.

I. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Lemus J. Cols. (Colombia, 2015) Realizaron una investigación titulada “Lesiones bucales con estudio histopatológico, vistas en el servicio de patología oral de la Universidad Autónoma de Manizales en un periodo de 10 años”. **Objetivo** Determinar la prevalencia de lesiones bucales, diagnosticadas por estudios histopatológicos del centro de Patología Oral de la Universidad Autónoma de Manizales (Colombia) durante un periodo de 10 años, desde el 2003 al 2012. **Metodología** estudio descriptivo longitudinal observacional con una muestra de 2 564 casos registrados; 1509 casos (femenino) y 1055 casos (masculino). **Resultados** siendo los más frecuentes procesos reactivos (39,3%), seguidos de procesos infecciosos (17%), neoplásicas benignas (17%), alteraciones inmunológicas (6,2%), trastornos del desarrollo (6%), neoplásicas malignas (8,7%), tejido normal (5,4%) y otros (0,4%). El sitio anatómico del que se obtuvieron más biopsias fue la mucosa oral (21,6%), las glándulas salivares (17,1%) y los tejidos dentales (15%). **Conclusión** Los procesos reactivos fueron los más frecuentes para ambos sexos, con una mayor incidencia en mujeres (58.4%). El sitio anatómico del que se obtuvieron más biopsias fue la mucosa oral (21.6%), las glándulas salivares (17.1%) y los tejidos dentales (15%). Según la edad, la segunda década de vida se presentaron la mayor cantidad de lesiones⁽¹¹⁾.

Navarrete D. (Chile, 2014). Realizó un estudio titulado “Frecuencia de lesiones orales en pacientes adultos VIH/SIDA en el Hospital San Juan de Dios” **Objetivo** determinar la frecuencia de lesiones orales en pacientes adultos VIH/SIDA en el Hospital San Juan de Dios. **Metodología** estudio observacional y descriptivo en

adultos diagnosticados con VIH/SIDA atendidos en el Hospital San Juan de Dios de Chile, en un periodo de 18 meses, que consistió en exámenes intraorales, estudios histopatológicos e imagenológicos complementarios al diagnóstico, la muestra fue 69 pacientes, 52 fueron de sexo masculino (76,5%) y 17 fueron del sexo femenino (23,5%). **Resultados** 23 pacientes presentaron al menos una lesión oral relacionada a la infección por VIH (33,8%), en donde las lesiones más prevalentes fueron las úlceras mayores y el papiloma oral (8,8%), seguida de la candidiasis oral (5,9%), queilitis angular (5,9), sarcoma de Kaposi (4,4%), Linfoma no Hodgkin (2,94%), gingivitis ulcero necrotizante y leucoplasia pilosa (1,47%). **Conclusión** las lesiones no asociadas a VIH como Caries y Enfermedad Periodontal se presentaron en 31 pacientes (45,5%)⁽¹²⁾

Lara A (Ecuador, 2014) Realizó una investigación titulada “Incidencia de Linfoma no Hodgkin de cavidad oral en pacientes del Hospital de Solca de la Ciudad de Quito, durante el periodo 2000-2012”. **Objetivo** determinar la Incidencia de Linfoma no Hodgkin de cavidad oral en pacientes del Hospital de Solca de la Ciudad de Quito, durante el periodo 2000-2012. **Metodología** estudio descriptivo retrospectivo con datos clínicos e histológicos extraídos de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA Quito). **Resultados** 683 casos de neoplasias malignas 315 en sexo masculino y 368 en sexo femenino con 116 linfomas que son el segundo más común después los carcinomas. Dentro del grupo de linfomas encontramos 18 de tipo Hodgkiniano; 95 tipo no Hodgkin y 3 con linfoma de Burkitt. En pacientes de edades avanzadas a partir de los 50 años; en cuanto a la ocupación no se representa ningún dato considerable; el sexo de los pacientes es similar presentándose 51 casos de pacientes femeninos y 47 masculinos. Del total de casos

de Linfoma no Hodgkin en cabeza y cuello la ubicación más frecuente es la amígdala con 48 casos la cavidad nasal con 10 casos y la fosa nasal con 9. Dentro de cavidad oral los linfomas no hodgkin se presentan 42 en sexo femenino y 27 en sexo masculino, al igual que en los linfomas en general presenta mayor incidencia en pacientes de avanzada edad y no presenta variación de acuerdo a la ocupación del paciente. **Conclusión** Existe un alto porcentaje de Linfoma no Hodgkin en cavidad oral del total de neoplasias malignas de cabeza cuello y en general. Después del carcinoma los linfomas son las neoplasias malignas más frecuentes. En ocasiones el Linfoma no Hodgkin se presenta asintomático y puede producir tumefacciones eritematosas o masas blandas cuyo diagnóstico temprano es favorable.⁽¹³⁾

Campos A, Capelo T, Carmona M. (Ecuador, 2013) realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo y de pronóstico de Linfoma no Hodgkin de células B, en pacientes mayores a 15 Años, Instituto del Cáncer, Solca-Cuenca” el cual tuvo como **Objetivo**, establecer los factores de riesgo, estadio, subtipo histológico y el índice Pronóstico Internacional con una **Metodología** de estudio descriptivo epidemiológico con pacientes mayores de 64 años en un 43.6%, en pacientes de 16 a 19 años con un 2%. La frecuencia del sexo masculino y femenino fue del 50%. **Resultados**, El 42.6% se encontraba en estado clínico II y el 35.10% presento el Índice Pronóstico Internacional (IPI) bajo. El Linfoma difuso de grandes células represento el 69.3%. La exposición a Quimioterapia (3%), Radioterapia (1%), Quimioterapia/radioterapia (1.5%), Benceno (0.5%), H. Pylori (6.4%), Hepatitis B (1.5%), Hepatitis C (0.5%), Antecedentes de tratamiento de inmunosupresión por trasplante (1%), Enfermedades autoinmunes (1%). Llegando a la **Conclusión**, el LNH se presentó en pacientes mayores de 65 años con mayor frecuencia 43.6% y

35.10 de la población presento un índice Índice Pronóstico Internacional (IPI) bajo. La frecuencia de factores de riesgo es baja. El subtipo histológico predominante fue Linfoma difuso de grandes células siendo la localización ganglionar más frecuente (14).

Antecedentes nacionales

Juárez. J (Piura, 2019) realizó un estudio titulado “Características Clínicas de las Linfadenopatías Asociadas a Neoplasias Linfáticas y Procesos Infecciosos en Niños Atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital III ESSALUD Cayetano Heredia” el cual tuvo como **Objetivo**, determinar las características clínicas de las linfadenopatías que se asocian a neoplasias linfáticas y procesos infecciosos en niños, **Metodología** descriptivo transversal y observacional de 60 pacientes, siendo el promedio de edad 4.5 años en los pacientes con neoplasias linfáticas y 6 años en el grupo de procesos infecciosos. En los **Resultados**, la distribución localizada fue más frecuente tanto en neoplasias linfáticas (53.8%) como en procesos infecciosos (76.5%), la consistencia pétreo fue más frecuente en el grupo de malignidad (72.7%), la movilidad se presentó en la mayor parte de ambos grupos (70.8% de las neoplasias linfáticas y 68.9% de los procesos infecciosos), y la presencia de dolor fue mucho menor en el grupo de neoplasias (26.1%). Las características clínicas de las Linfadenopatías, como la consistencia pétreo (RPc: 4.12, IC 95%: 1.23 - 13.77, P=0.02), la pérdida de peso (RPc: 8.61, IC 95%: 2.02 – 36.79, P, **Conclusión**, las características clínicas de las Linfadenopatías, como son su consistencia, la pérdida de peso, la anemia y la plaquetopenia se asociaron a neoplasias linfáticas. Se recomienda evaluar la presencia de Linfadenopatías en la población pediátrica utilizando las características encontradas en este estudio (15)

Eugenio. S (Perú, 2017) realizó un estudio titulado “Clínica, Epidemiología, Inmuno histoquímica, Tratamiento y Pronóstico de los Linfomas no Hodgkin en Pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”. el cual tuvo el **Objetivo**, de escribir la clínica, epidemiología, inmunohistoquímica, tratamiento y pronóstico del Linfoma No Hodgkin que se presenta en los pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, durante el periodo 2012-2016, con una **Metodología** de estudio epidemiológico descriptivo, transversal y observacional donde, se incluyeron 156 pacientes con confirmación inmunohistoquímica de Linfoma No Hodgkin: varones 51.3%, edad promedio 62.05 años. Un 33% tuvieron antecedentes familiares de neoplasia. **Resultados** las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron pérdida de peso (53.8%), dolor abdominal (49.4%) y Linfadenopatías (40.4%). El tipo histológico más frecuente fue el Linfoma difuso de células B grandes (60.9%), seguido del folicular (8.3%). El tratamiento más utilizado fue la quimioterapia más inmunoterapia (CHOP-R) en 49%. El pronóstico fue que el 54% de los pacientes tienen una tasa de supervivencia global del 43-51% en 5 años, llegando así a la **Conclusión**, que la mayoría de pacientes fueron varones de 62 años. Los antecedentes familiares de neoplasia fueron principalmente Cáncer de mama y Cáncer gástrico. El signo más importante fue la pérdida de peso y el tipo histológico más frecuente fue el Linfoma difuso de células B grandes. El tratamiento más usado fue la Quimioterapia más Inmunoterapia. El pronóstico fue de Riesgo intermedio en 5 años, según el Índice Pronóstico Internacional ⁽¹⁶⁾.

Delesma A. (Perú, 2017) Su investigación titulada “Prevalencia de neoplasias benignas y malignas de la cavidad oral con estudio histopatológico en el Servicio de

Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2010 – 2016” tuvo como **Objetivo** determinar la prevalencia de neoplasias benignas y malignas de la cavidad oral con estudio histopatológico en el Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2010 – 2016, **Metodología** realizó un estudio retrospectivo durante el periodo 2010 hasta el 2016, se registraron 2428 biopsias de la cavidad oral que se realizaron en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo, de éstas se obtuvo un total de 183 con diagnóstico anatomopatológico de neoplasia. **Resultados** La prevalencia de neoplasias de la cavidad oral fue 7,5%. Existe una mayor prevalencia de neoplasias benignas (5,5%) que neoplasias malignas (1, 9%). **Conclusión** Los pacientes femeninos fueron los más afectados 60,1%, excepto en el 2010 que hubo una mayor afección al género masculino. El mayor número de casos con neoplasias en cavidad oral, se presentó en pacientes que están entre la década del 30-59 años de edad. El papiloma representó la mayor neoplasia benigna con un 57,8%. El carcinoma epidermoide representó la mayor neoplasia maligna con un 77,1% y finalmente con respecto a la localización de las neoplasias en cavidad oral, se manifestó en su mayoría en la región de la lengua (53%)⁽¹⁷⁾.

Del Castillo. R (Lima-Perú, 2017) realizó un estudio titulado “Características Clínicas, Epidemiológicas y Respuesta al Tratamiento de Pacientes con Linfoma no Hodgkin, Hospital Nacional Dos de Mayo 2004-2011. Tuvo como **Objetivo** determinar las características clínicas, epidemiológicas y la respuesta al tratamiento de pacientes con LNH diagnosticados en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Dos de Mayo (HNDM), **Material y Métodos:** Se evaluaron 126 casos de

LNH, diagnosticados en el Servicio de Oncología Médica del HNDM entre los años 2004 y 2011, Lima- Perú. **Resultados**, el promedio de edad fue 48 años, correspondiendo el 59.6% al sexo masculino. El lugar de nacimiento y la procedencia más frecuente correspondió a Lima con 42.8% y 80.2 %, respectivamente. Los síntomas más frecuentes fueron los síntomas B y las Linfadenopatías. El 30.2% y 33.3 % se encontraban en estadio II y III, respectivamente. La localización más frecuente fue la ganglionar (65.9%). Las localizaciones extra ganglionares más frecuentes fueron piel y área nasal. Las respuestas al tratamiento quimio terapéutico fueron: respuesta completa (46,3%) y parcial (20 %). Se reportó que el 27.8 % habían fallecido, al momento actual, llegando a la **Conclusión**, que los pacientes con LNH atendidos en el HNDM, tienen características semejantes a las reportadas en la literatura mundial ⁽¹⁸⁾.

Solís A. (Perú, 2015) realizó un estudio titulado “Características Clínico Epidemiológicas: de Neoplasias Asociadas a VIH en Pacientes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren del 2008-2014. Huancayo Perú el cual tuvo como **Objetivo**, describir y comparar las características clínicas, epidemiológicas, pronóstico, de hemograma y perfil bioquímico, en pacientes con neoplasias asociadas a VIH en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, **Metodología** estudio epidemiológico cualitativo, la edad media al diagnóstico fue 38±11 años, el 84,5% eran varones, con 58 casos de neoplasias asociadas a VIH, dentro de los **Resultados**, LNH (n=30) 51,7% y de Sarcoma de Kaposi (n=28)48,3%. Se encontró que LNH de células B (n=22)73,3%, LNH de células T(n=8)26,7%. El 20,7% de la población del presente estudio recibió TARGA previo al diagnóstico de neoplasia asociada a VIH. Presentaron SIDA previo a la neoplasia (n=22) 37,9%. La

supervivencia global media del LNH fue 24,6 meses (IC 95%:2-28) y la supervivencia global media del Sarcoma de Kaposi fue 29,8 meses (IC 95%:6-35), llegando a la **Conclusión** que los pacientes del presente estudio tienen características clínicas, epidemiológicas y pronósticos similares a los pacientes en los países desarrollados. Las características clínicas epidemiológicas entre Sarcoma de Kaposi y LNH en pacientes con VIH fueron similares. Se encontró una alta proporción de Linfomas de células T periféricas en comparación de estudios internacionales. La leucopenia con neutropenia es más frecuente en pacientes con Sarcoma de Kaposi. La elevación de 82 Microglobulina y DHL se asocia con mayor frecuencia a LNH en un contexto de VIH⁽¹⁹⁾.

García. E (Lima Perú, 2012) en su estudio “Prevalencia de cáncer en mucosa oral en el servicio de estomatología quirúrgica del hospital nacional Arzobispo Loayza en el período 2008 al 2012”. **Objetivo**, fue determinar la prevalencia de cáncer en mucosa oral en los pacientes atendidos en el servicio de estomatología quirúrgica en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, **Metodología** estudio descriptivo con un total de 2775 pacientes, de los cuales 42 presentaron diagnóstico definitivo de cáncer en mucosa oral, dando como **Resultados**, una prevalencia de Cáncer en mucosa oral (1,5%) el Carcinoma Epidermoide con un 47,6%. La localización anatómica más prevalente fueron la encía (26,2%), la lengua (23,8%) y el paladar (23,8%), de todos los pacientes que fueron diagnosticados con carcinomas en mucosa oral, los mayores de 70 años con un 23,8% del total de todos los casos diagnosticados; **Conclusión** En el servicio de estomatología quirúrgica del HNAL dentro de los años 2008 al 2012 fueron diagnosticados 42 casos de Cáncer en mucosa oral, encontrándose que el 61,9% de todos los casos presentados en estos años fueron diagnosticados en

mujeres, mientras que el 38,1% de los casos fueron diagnosticados en pacientes hombres. Con esto se determina que es una patología más prevalente en mujeres que en hombres ⁽²⁰⁾.

2.2. Bases teóricas

Definición de prevalencia

Se define prevalencia a la proporción de personas afectadas por una enfermedad en un tiempo específico en una población dada. Se usa para referirse al porcentaje de enfermos con alguna patología al año, a los tres o a los cinco años posteriores al diagnóstico. La prevalencia e incidencia y tiempo de duración de la enfermedad se relacionan al estudiar las alteraciones en la duración de la enfermedad y los cambios en el periodo de recuperación o esperanza vital de los pacientes ⁽²¹⁾.

Definición de Linfoma no Hodgkin (LNH)

Se tomó la denominación en honor al científico Thomas Hodgkin, quien descubrió anormalidades en el sistema linfático a mediados de 1832. Pero fue descrito tempranamente por Marcelo Malpighi en 1666 ⁽²²⁾.

El LNH es una neoplasia maligna que afecta a la red de vasos y nódulos linfáticos, y a zonas extra nodales que carece de células de Reed-Sternberg que se caracterizan por acumular difusamente linfocitos o linfoblastos, diferente a los Linfomas Hodgkinianos, que si las poseen ⁽²²⁾.

El Linfoma no Hodgkin abarca un grupo amplio de neoplasmas derivados de las células T, de las células B, de las células NK y de sus precursores en el sistema linfoide. Un linfoma es una neoplasia o enfermedad cancerígena del sistema

linfático, que altera principalmente el sistema inmunológico de las personas afectadas ⁽²²⁾.

Se caracteriza por la conformación de tumoraciones sólidas con efecto directo a las células linfocitos de los glóbulos blancos del sistema inmune. Los registros de la especialidad refiere que, el linfoma de Hodgkin no es muy común, hay aproximadamente tres casos por cada 100,000 habitantes, donde el 90% son del tipo No Hodgkin y un 10% son del tipo Hodgkin. Con una clasificación del CIE10 (C82) Linfoma folicular no-Hodgkin (nodular), como (C83) Linfoma difuso no-Hodgkin y (C85) por otros tipos sin especificar de linfoma no-Hodgkin ^(22,23).

Ganglios linfáticos

Son formaciones agrupadas cumulares ubicadas en el interior de los vasos linfáticos, en un número aproximado de 600 nódulos generalmente en la glándula mamaria, en las zonas axilares, abdominales e inguinales ⁽²³⁾.

En la zona de cabeza y cuello se encuentran de la forma siguiente:

El grupo ganglionar de cervicales profundos

El grupo ganglionar superficial de la cabeza

El grupo ganglionar superficial del cuello

El grupo ganglionar profundo del cuello.

En cada ganglio hay divisiones y compartimientos de trabéculas extendidas del conectivo que ingresa al ganglio como guía para los vasos sanguíneos.

Dentro del parénquima de los ganglios hay una corteza externa: Los folículos de Linfocitos B y una Médula interna: con Linfocitos B y células plasmáticas ⁽²³⁾.

Características clínicas generales

La mayoría de los Linfomas no Hodgkinianos afecta a las células B pero también hay Linfomas con células T, en el caso de la Micosis fungoide que se presenta en una zona cutánea extra ganglionar ⁽²⁴⁾.

Con mayor aparición en el sexo masculino los Linfomas no Hodgkin se originan en los ganglios linfáticos y en zona extra ganglionares como en cavidad oral específicamente.

A mayor edad del paciente se incrementa las posibilidades de presentarse el Linfomas no Hodgkin durante la vida del paciente ⁽²⁴⁾.

En su etapa inicial aparece un agrandamiento ganglionar acompañado de fiebre y sudoración nocturna. Pero el síntoma que alerta el desarrollo de la enfermedad es el aumento de tamaño persistente de un ganglio linfático que dura aproximadamente un mes sin disminuir de tamaño ⁽²⁴⁾.

Los ganglios con mayor vulnerabilidad pertenecen a la cadena cervical, inguinal y axilar, también son susceptibles órganos como el bazo e hígado, condicionado al estadio de la enfermedad ⁽²⁴⁾.

En etapa avanzada el LNH se extiende hacia áreas extra ganglionares de la cavidad oral y puede ser la mandíbula, maxilar o tejidos blandos.

En caso del Linfoma ósea primario el paciente sufre de intensos dolores y parestesias o aumento del tamaño del hueso, existiendo una radio transparencia con bordes mal definidos y reabsorción radicular en los dientes aledaños ⁽²⁴⁾.

En los tejidos blandos el Linfoma presenta mayor tamaño y tumefacción, característico en la mucosa oral, encía o paladar, y con movilidad dentaria.

La etiología de esta neoplasia maligna es desconocida sin embargo la literatura refiere que existe cierta predisposición con sistemas inmunitarios debilitados en pacientes que presentan VIH o los que han recibido trasplante de órganos ⁽²⁴⁾.

Linfoma no Hodgkin a nivel facial

Existe un tipo de linfoma no Hodgkin que se forma a nivel facial llamado Reticulosis maligna o polimorfa, con predilección por estructuras mediales, generalmente el tabique nasal, produciendo osteólisis hacia el Etmoides e infiltración hacia el piso de fosas nasales y paladar blando, y en ocasiones llega a perforar el paladar; formando una tumoración necrótica que irrumpe a la cavidad bucal ⁽²⁵⁾.

Su histopatología refiere varios tipos de Linfoma no Hodgkin, con mayor parte de recuento leucocitario normal, sin embargo en el Linfoma linfocítico difuso puede percibirse Leucemia linfocítica crónica con un aumento de leucocitos con células blásticas. Y con alteraciones en su patrón de crecimiento de la siguiente manera: ⁽²⁵⁾.

- Con un crecimiento difuso: Con células de tipo linfoide.
- En forma nodular: Cuando hay un patrón de crecimiento nodular el pronóstico es favorable; los tumores anaplásicos primitivos presentan un alto grado de malignidad

mientras que los tumores en los que sus células son similares a linfocitos maduros presentan un bajo grado de malignidad ⁽²⁵⁾.

Son varias las clasificaciones del Linfoma no Hodgkin; con mayor aceptación las de Estados Unidos y la de KIEL que concuerdan en la similitud poblacional y la región celular dentro del ganglio. Así observamos que en los linfomas de células grandes son centros foliculares o linfoblastos; las células medianas presentan inmunoblastos o linfoblastos y las células diferenciadas pequeñas contienen elementos parecidos a linfocitos maduros ⁽²⁵⁾.

Ante una biopsia a un fragmento cutáneo con mucosis fungoide podemos encontrar un tejido infiltrado por linfocitos pequeños y células linfoides migradas al epitelio, esta característica es conocida como micro abscesos de Pautrier en las que la mucosa oral está intacta. El diagnóstico se realiza utilizando marcadores de células T y al encontrar un anticuerpo monoclonal ⁽²⁵⁾.

Ante la presencia del SIDA en la cavidad oral, la lesión bucal se presenta como una masa xerofítica, que se ulcera rápidamente, agrandada y dolorosa situada en el paladar o el tejido gingival. Con un aspecto eritematoso o amoratado y una consistencia gomosa. ⁽²⁵⁾.

La primera manifestación ocurre en las glándulas salivales y los ganglios linfáticos regionales suelen ser las estructuras más afectadas. En algunos casos se desarrolla sobre una enfermedad periodontal pre existente como la periodontitis ulcerativa necrotizante. Por ello, en caso de que la periodontitis no responda al tratamiento se

impone realizar una biopsia de la lesión para descartar la existencia de un Linfoma No Hodgkin asociado ⁽²⁵⁾.

En general, los lugares más frecuentes de asentamiento de linfomas en la cavidad oral son la mucosa gingival, vestibular y palatina, con afectación del hueso maxilar inferior.

Las lesiones en boca aparecen con tendencia a ser ulcerativa. Es necesario realizar un diagnóstico diferencial con infecciones comunes como abscesos dentarios, sarcoma de Kaposi, o úlceras de otro origen. Ante la tendencia a diseminarse, tanto local como a distancia, supone un mal pronóstico. La supervivencia es corta desde el momento del diagnóstico, en la mayoría de casos no supera los 3 meses. Es necesaria una biopsia para diagnóstico definitivo ⁽²⁵⁾.

Linfoma de Burkitt

Reconocido como un tipo indiferenciado de Linfoma no Hodgkin, muy letal, presenta crecimiento maxilar exagerado, y produce tumoraciones linfoides abdominales en niños de corta edad. En el campo odontológico se le asocia al Epstein Barr virus en más del 90%; con un pronóstico desfavorable, mortal por su crecimiento acelerado, su efecto extra linfoide hacia los maxilares por la translocación cromosomial del 8 al 2, 14 y 22 ⁽²⁶⁾.

Características clínicas ⁽²⁶⁾.

Presenta tres subtipos de índole geográfica:

- Endémico clásico: Común en zonas africanas.

- No endémico: Común en Europa, Estados Unidos y Asia.
- Asociada al SIDA: con presentación de tumoraciones firmes, indoloras ubicadas en los maxilares y mandíbula cubiertas por mucosa hemorrágica y ulceraciones; generalmente no presenta trastornos sensoriales.

En la biopsia se presenta un patrón de "cielo estrellado" que demuestra una proliferación linfomatosa maligna e indiferenciada.

Existe una variada sintomatología que depende del subtipo histológico concreto, su crecimiento tumoral, localización de inicio, edad del paciente y su situación sistémica general ⁽²⁶⁾.

Al diagnóstico radiográfico se observa masas sólidas agrandadas, con reabsorción ósea y osificación en las regiones de molares y premolares.

De manera general se ven solos, pero si se presentan grupalmente incluyen el desplazamiento dentario y reabsorciones radiculares que afectan a uno o más cuadrantes de la boca. El número de linfocitos CD4 se muestra inferior a 200.

Así en la cavidad bucal aparecen formaciones de masas nodulares con ulceraciones grandes, dientes con movilidad dental y reabsorciones óseas.

Mayormente, por casi dos tercios de los afectados, el LNH se observa como un ganglio con aumento de tamaño y palpable (Linfadenopatía). Pero no todo ganglio con aumento de tamaño y que es palpable llega a ser un linfoma ⁽²⁶⁾.

Generalmente hay un 40% de los casos de pacientes con LNH que tienen síntomas variados, como estadios de fiebre, pérdida de peso o sudoraciones profusas nocturnas

inexplicables.

En caso de fiebre mayor a 38°, con disminución de peso en más del 10%, se conocen síntomas B y son factores de pronóstico positivo importante. Porque estos síntomas B son el 47% presentes en los linfomas agresivos y en menos del 25% de pacientes con linfoma indolente ⁽²⁶⁾.

En menos del 10% de pacientes tiene astenia, anorexia, malestar general o prurito con otros síntomas, como cefalea, tos, dificultades respiratorias, dolores óseos o abdominales; que indican afectación por la enfermedad ⁽²⁶⁾.

Histopatología ⁽²⁶⁾.

En el cuadro básico histopatológico hay una formación redondeada de un linfoblasto intermedio; mientras que en la forma Africana se observa formaciones lagunares con macrófagos y sustancias de detritus. En las células afectadas se ven núcleos redondeados grandes con bordes de citoplasma, con núcleo plasma punteado y de uno a cuatro nucléolos con intensa mitosis.

Tratamiento. Lo adecuado es el tratamiento quimio terapico con medicamentos específicos como la Vincristina, Ciclofosfamida, Metotrexato y tratamiento radioterápico, aunque puede presentarse recidivas con un pronóstico de vida de cinco años en menos del 30% de pacientes afectados⁽²⁶⁾.

La clasificación de Kiel, de Linfomas no Hodgkin según el grado de malignidad.

⁽²⁷⁾.

Linfoma de bajo grado de malignidad:

1. Linfoma linfocítica (Leucemia crónica linfocítica, leucemia pro linfocítica, tricoleucemia)
2. Linfoma linfoplasmablastico
3. Linfoma plasmablastico
4. Linfoma centroblástico- centrocítico
5. Linfoma monolítico

Linfoma con alto grado de malignidad:

1. Linfoma centroblástico (Monomórfico, polimórfico, multilobulado, centrocitoide)
2. Linfoma inmunoblastico
3. Linfoma de Burkitt
4. Linfoma anaplásico de células grandes
5. Linfoma linfoblastico

Clasificación y determinación del estadio según la OMS: ⁽²⁸⁾.

- Neoplasias linfoides de células precursoras.
- Neoplasias de células B maduras.
- Neoplasias de células T y células NK maduras.

Clasificación en función de las áreas afectadas los linfomas de Arbor: ⁽²⁸⁾.

- Estadio I: Afección de un único territorio ganglionar o de una sola localización extra linfoide.
- Estadio II: Afección de dos o más territorios ganglionares o estructuras linfoides en el mismo lado del diafragma.
- Estadio III: Afección de territorios ganglionares o estructuras linfoides a ambos lados del diafragma.
- Estadio IV: Afección diseminada de una o más localizaciones extra ganglionares

(médula ósea, piel, hígado u otros órganos), con o sin afección ganglionar.

El estadio del linfoma va acompañado de sintomatología codificado en letras A, B, E o S.

- A: El paciente no tiene fiebre, ni pérdida de peso, ni sudores nocturnos.
- B: El paciente presenta síntomas (fiebre, pérdida de peso o sudores nocturnos).
- E: Se encuentra linfoma en un órgano o tejido que no es un ganglio o el bazo.
- S: El cáncer se encuentra en el bazo.

Epidemiología

El Linfoma no Hodgkin es una patología de mayor frecuencia en personas adultas mayores, generalmente con etiología desconocida, pero hay casos numerosos donde se encuentra asociada a estados sistémicos de inmunodeficiencia congénita o adquirida, también en caso de exposiciones a productos químicos, o a exposiciones de radiaciones ionizantes y a ciertos virus ⁽²⁹⁾.

Al inicio de la aparición epidemiológica del VIH los linfomas se reportaban en un 2,5% como primera manifestación marcadora del SIDA, en la actualidad la cifra se registra con una incidencia de Linfoma no Hodgkin de un 55% en los pacientes con enfermedad del VIH, aún con tratamiento antirretroviral ⁽²⁹⁾.

Causas y factores de riesgo.

Generalmente en la mayoría de pacientes se desconoce y no son identificables las causas de la enfermedad de LNH, pero se ha detectado un incremento de la incidencia en pacientes de mayor edad. Además de una serie de circunstancias o enfermedades que son predisponentes al desarrollo del LNH.

Estas situaciones predisponentes son: la terapéutica previa por agentes

inmunosupresores, la QT, la RT o los trasplantes de órganos.

También se ha asociado el LNH con algunas infecciones, (como la provocada por el virus HIV-1, HTLV-I, infecciones por VEB, hepatitis C, *Borrelia Burdorferi*), a enfermedades del tejido conectivo (como Lupus eritematoso, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, Crioglobulinemia mixta) y con determinadas patologías gastrointestinales (la enfermedad de Crohn o gastritis crónica por *Helicobacter Pylori* a algunos tipos especiales de linfomas gástricos). También hay evidencias de riesgo entre personal expuesto a plaguicidas ⁽²⁹⁾.

Diagnóstico. El diagnóstico correcto se confirma a partir de los resultados de la biopsia y del estudio histológico del tumor. En algunas ocasiones no comunes se pueda hacer por una punción y aspiración con aguja fina (PAAF), con apoyo radiológico para guiar la PAAF porque el ganglio se encuentre muy profundo o bien incluso recurrir a laparotomía o laparoscopia para obtener la biopsia ⁽²⁹⁾.

Adicionalmente se recurre a estudios inmunológicos, citogenéticos o moleculares para definir el diagnóstico y el pronóstico correcto, en este tipo de estudios se requiere un ganglio completo y puede que el material obtenido por PAAF sea insuficiente.

Otras pruebas diagnósticas son: biopsias de médula ósea, serología completa, bioquímica general o estudios de imagen (radiografía simple de tórax, TAC toraco-abdominal y pélvico, resonancia magnética nuclear y tomografía por emisión de positrones o PET) ⁽²⁹⁾.

Pronóstico.

Se presentan diversos Índices Pronósticos dependientes al subtipo histológico específico, siendo el caso del Linfoma folicular que es un 20% de los LNH. Para este

Linfoma Folicular (FLIPI) existe un Índice Pronóstico Internacional con cinco factores de riesgo: la edad (< 60 años vs > 60 años), LDH sérica (normal vs aumentada), estadio I o II (iniciales) vs III o IV (avanzados), concentración de hemoglobina (>12 gr/dl vs < 12 gr/dl), y número de regiones ganglionares afectadas (< 4 vs > 4).

Así también, el Linfoma difuso de células grandes B es el más común de los LNH y constituye el 30% del total de linfomas malignos. También hay un Índice Pronóstico Internacional con cinco factores de riesgo para supervivencia global: edad (también en relación a 60 años), LDH elevada o no, estadio avanzados o iniciales, afectación extra ganglionar (0-1 vs 2-4) y estado general (0-1 vs 2-4).⁽²⁹⁾.

Tratamiento.

Por la diversidad de estados posibles y las múltiples opciones terapéuticas para los pacientes diagnosticados con LNH, se requiere opiniones médicas multidisciplinarias, con el diagnóstico histológico confirmado.

Existe dos grupos de pronósticos: Los de crecimiento lento y los de crecimiento agresivo. El grupo creciente lento, responde bien a la RT y tiene un buen pronóstico en los estadios iniciales, aunque la tasa de recidiva es muy elevada en los estadios más graves. Los subtipos agresivos de LNH tienen menor posibilidad, ellos poseen un pronóstico menos favorable y requieren tratamientos radicales intensivos⁽²⁹⁾.

III. HIPÓTESIS

Este estudio carece de hipótesis por ser de tipo descriptivo, con una sola variable, cuya estructura no encaja con el postulado de Hernández, que refiere “Dentro de la investigación científica, las hipótesis son proposiciones tentativas acerca de las relaciones entre dos o más variables y se apoyan en conocimientos organizados y sistematizados”⁽³⁰⁾.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

- **Tipo de investigación**

Con enfoque cuantitativo, según Hernández R. Fernández C. Baptista M. (2014) por usar la recolección de datos, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. ⁽³¹⁾

Descriptivo, porque mide y describe los fenómenos o características de las variables. ⁽³¹⁾

Retrospectivo, porque se basa en los estudios de los antecedentes de la enfermedad. ⁽³¹⁾

Observacional, porque no existe manipulación de variables por parte del investigador. ⁽³¹⁾

Transversal, porque no existe continuidad en el eje del tiempo. ⁽³¹⁾

- **Nivel de investigación**

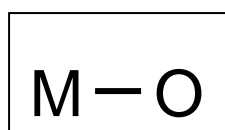
Nivel descriptivo, la presente investigación es de nivel descriptivo. Hernández, Fernández y Baptista (2014) hacen referencia que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se somete a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas. ^(30,31)

- **Diseño de investigación**

El diseño de la presente investigación es no experimental.

Según Hernández, indica que “La investigación no experimental es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre las variables se realizan sin intervención o influencia directa”.⁽³⁰⁾

Esquema:



Dónde:

M: Muestra con quienes se va a realizar el estudio

O: Información u observación relevante que se recogerá de la muestra

4.2 Población y muestra

Población

La población estuvo constituida por las 362 historias clínicas de pacientes con neoplasias en la cavidad bucal atendidos del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital “La Caleta”, del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash, entre Enero del 2016 a Diciembre del 2018.

Muestra

La muestra estuvo conformada por las 362 historias clínicas de pacientes con neoplasias en la cavidad bucal del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital “La Caleta”, del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento Ancash, entre Enero del 2016 a Diciembre del 2018, que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección

Criterio de inclusión:

Se seleccionó las historias clínicas de pacientes de ambos sexos de 20 a más años que presentaron los datos completos en el periodo comprendido entre Enero del 2016 a Agosto del 2018 con análisis histopatológico diagnosticado de neoplasia benigna o maligna en la cavidad oral.

Criterio de exclusión:

Las historias clínicas con datos incompletos o borrosos y sin diagnóstico histopatológico.

4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores

4.3.1. Definición de variables

PREVALENCIA DE LINFOMA NO HODGKIN:

Definición conceptual.- El linfoma no Hodgkin (LNH) a nivel facial llamado Reticulosis maligna o polimorfa, tabique nasal, con incursión etmoidal y filtración hacia el piso de fosas nasales, del paladar y encía ⁽²⁵⁾.

Definición operacional.- Inspección visual a través de una ficha técnica de evaluación donde se registrará si hay presencia o no del LNH.

4.3.2. Definición de Covariables

Género:

Definición conceptual.- Es el conjunto de características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas.

Definición operacional.- Es el conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres.

Edad:

Definición conceptual.- Son grupos de edades en una determinada población, agrupados por ciertas características.

Definición operacional.- Es la edad alcanzada por una persona; se considerará para el estudio en años cumplidos según DNI.

LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:

Definición conceptual.- Anatomía de la cavidad bucal.

Definición operacional.- Zona de la cavidad bucal donde se ubica la lesión del LNH referida en la historia clínica que se registrará en la ficha de recolección de datos.

4.3.2. Operacionalización de variables e indicadores

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medida de la variable	Indicadores	Valores
Prevalencia de Linfoma no Hodgkin	El linfoma no Hodgkin (LNH) a nivel facial llamado Reticulosis maligna o polimorfa, tabique nasal, con incursión etmoidal y filtración hacia el piso de fosas nasales y paladar y encía ⁽²⁵⁾ .	Inspección visual a través de una ficha técnica de evaluación donde se registró si hay presencia o no del LNH	cualitativa	Nominal	Historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital "La Caleta".	Indicadores -Presencia -No presencia
Covariables	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala de medida de la variable	Escala de medida de la variable	Indicadores	Valores
Edad	Años desde el nacimiento	Años de vida cumplidos que se registraron post observación de DNI	Cuantitativa	Intervalo	Historias clínicas	20 a 40 años 41 a 64 años 65 a más años
Sexo	Diferencias biológicas entre seres humanos mujeres y hombres	Género que se registraron post observación de DNI	Cualitativa	Nominal	DNI	Masculino Femenino
Localización anatómica.	Anatomía de la cavidad bucal.	Zona de la cavidad bucal donde se ubica la lesión del LNH referida en la historia clínica que se registró en la ficha de recolección de datos.	Cualitativa	Nominal	Historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital "La Caleta".	Labio Lengua Piso de boca Paladar Reborde alveolar/encía Mucosa yugal Otras localizaciones

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

La técnica que se utilizó es de observación y revisión documentaria para evaluar y determinar el tipo de patología, con los datos obtenidos de las historias clínicas se registró la frecuencia de las lesiones por sexo, por edad y por localización anatómica.

Instrumento

El instrumento que se utilizó fue: Una Ficha de recolección de datos validada, usada en la investigación de Delesma A. denominada “Prevalencia de neoplasias benignas y malignas de la cavidad oral con estudio histopatológico en el Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2010 – 2016” (Perú 2017) ⁽¹⁷⁾, en la cual se registró cada detalle para facilitar la evaluación.

5. El procedimiento que se utilizará será el siguiente:
6. 1. Se solicitará permiso de forma escrita al Director del Hospital “La Caleta” para ejecutar el estudio en sus instalaciones y para el acceso y revisión de las historias clínicas relevantes al estudio.
7. 2. Se hizo la revisión de las historias clínicas para tomando en cuenta si cumplían con los criterios de selección.
8. 3. Se procedió a llenar el registro de recolección de datos, según la ficha de instrumento.
9. 4. Con apoyo del sistema de gestión hospitalaria, mediante los códigos CIE-10 se extraerán los números de historia clínica de los pacientes con los diagnósticos

considerados en la lista previa.

4.1 Plan de análisis

La información respectiva se registró en la ficha de recolección de datos, posteriormente se ingresó en una base de datos en el programa ofimático Excel 2013; donde una vez codificados se organizó, y tabuló elaborando las tablas de frecuencia y gráficos según la naturaleza de la variable y covariables, mediante la estadística descriptiva.

Las tablas, gráficos de barras y el análisis estadístico fueron realizados mediante el software estadístico SPSS en su versión v23.

4.2 Matriz de consistencia

Título: “Prevalencia de Linfoma no Hodgkin de la cavidad bucal en pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash, durante los años 2016 al 2018”.

Problema	Objetivos	VARIABLES	Metodología	Población y muestra
¿Cuál es la Prevalencia de Linfoma no Hodgkin de la cavidad bucal en pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta”, Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018?	<p>Objetivo general: Determinar la prevalencia de Linfoma no Hodgkin de la cavidad bucal en pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018.</p> <p>Objetivo específico: 1. Determinar la prevalencia de Linfoma no Hodgkin de la cavidad bucal en pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 según sexo. 2. Determinar la prevalencia de Linfoma No Hodgkin de la cavidad bucal en pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según edad. 3. Determinar la prevalencia de Linfoma No Hodgkin de la cavidad bucal en pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según la localización anatómica en la cavidad bucal.</p>	Prevalencia de Linfoma no Hodgkin	<p>Tipo de Investigación: Cuantitativo Descriptivo Retrospectivo Observacional: Transversal</p> <p>Nivel de la investigación: Descriptivo</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental</p>	<p>Universo Para la presente investigación el universo comprende todas historias clínicas de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” y la población a estudiar estará constituida por las 362 historias clínicas de pacientes con neoplasias en la cavidad bucal atendidos en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital “La Caleta”, del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash, durante Enero del 2016 a Diciembre del 2018,</p> <p>Muestra La muestra estará conformada por 362 historias clínicas de pacientes con neoplasias en la cavidad bucal atendidos en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital “La Caleta”, del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash, entre Enero del 2016 a Diciembre del 2018, cumpliendo los criterios de selección.</p>

4.3 Principios éticos.

Se siguieron los principios enmarcados en la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18° Asamblea Médica Mundial (Helsinki, 1964), revisada por la 29° Asamblea Médica Mundial (Tokio, 1975) y modificada en Fortaleza - Brasil, Octubre 2013; que se refieren a la protección de la integridad, el anonimato, la confidencialidad y reserva de los datos obtenidos durante la investigación de los participantes, así como el derecho de ser informado adecuadamente con un consentimiento informado⁽³²⁾

También se revisó los cuatro principios de la bioética que permiten legitimar acciones y procedimientos durante la investigación médica.

a) El principio de autonomía.

Este principio establece que toda persona es libre mientras no interfiera la libertad de otro. La autonomía del individuo es la capacidad de escoger libremente, auto determinándose, en sus elecciones.

b) El principio de no maleficencia.

Este principio exige no hacer daño, creando el menor mal posible, especialmente a los que ya están en condiciones desfavorables. El objetivo es no crear nuevos males ni aumentar los ya existentes.

c) El principio de justicia.

Este principio regula una distribución justa que todo ser humano tiene derecho.

d) El principio de beneficencia. El principio de beneficencia recomienda perseguir el máximo bien posible, en el caso de la medicina, curar si es viable, o aliviar cuando no sea posible la cura⁽³³⁾.

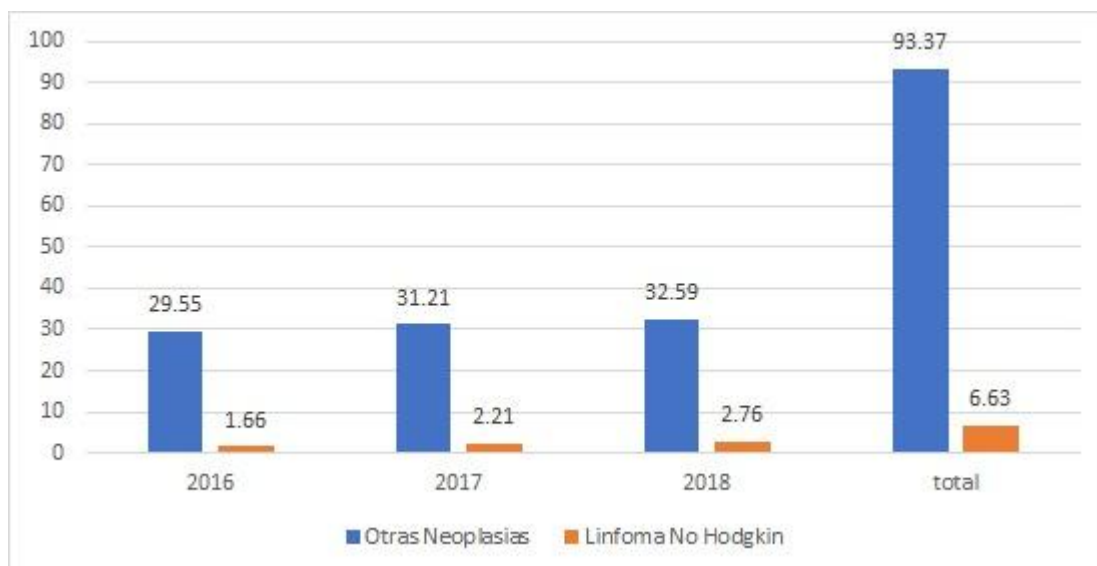
V. Resultados

5.1. Resultados:

Tabla 1. Prevalencia de Linfoma no Hodgkin de la cavidad bucal en pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018.

Prevalencia					
Año de diagnóstico de neoplasia	Otras Neoplasias		Presencia Linfoma no Hodgkin		Total
	Fr	%	Fr	%	N°
2016	107	29.55	6	1.66	113
2017	113	31.21	8	2.21	121
2018	118	32.59	10	2.76	128
Total	338	93.37	24	6.63	362

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Tabla 01.

Gráfico 1. Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018.

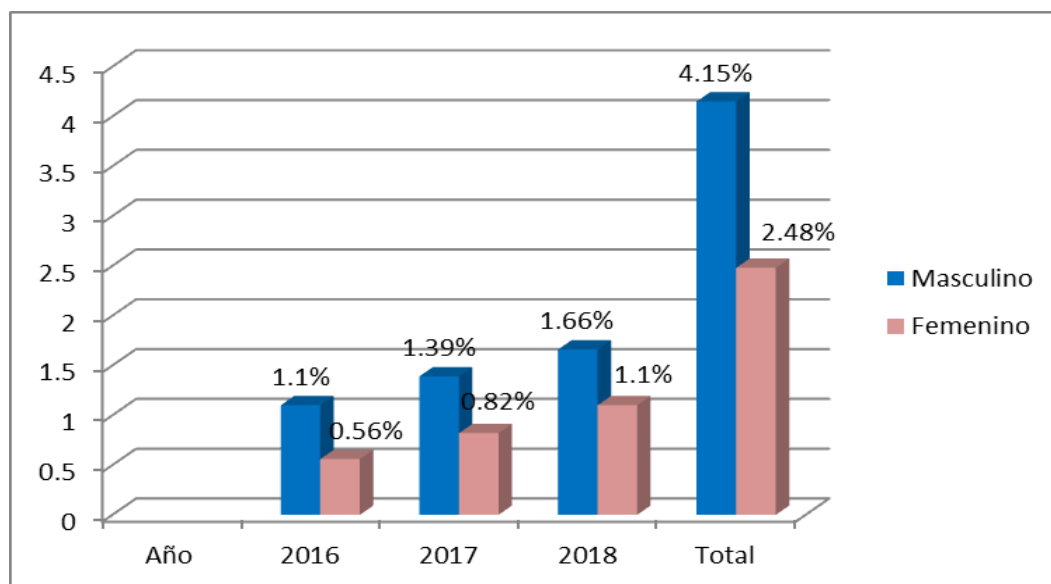
Interpretación

La prevalencia de Linfoma no en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 es del 6.63% del total de la muestra evaluada. Además se observa, que de las 362 historia clínicas de pacientes con biopsia para su análisis histopatológico en un 93.37% fueron otras neoplasias y un 6.63 % fueron Linfoma No Hodgkin.

Tabla 2. Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital "La Caleta" del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según sexo

Año de diagnóstico de neoplasia	Prevalencia de Linfoma no Hodgkin					
	Masculino		Femenino		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
2016	4	1.10	2	0.56	6	1.66
2017	5	1.39	3	0.82	8	2.21
2018	6	1.66	4	1.10	10	2.76
Total	15	4.15	9	2.48	24	6.63

Fuente: Ficha de recolección de datos



Fuente: Tabla 02.

Gráfico 2. Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según sexo.

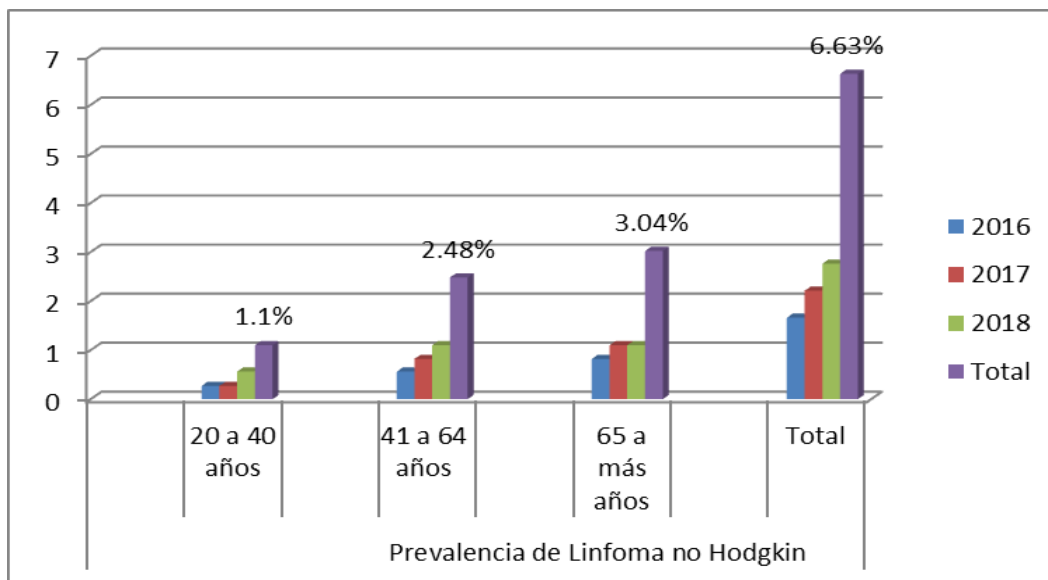
Interpretación

La prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 según sexo, es del 4.15% en el masculino y 2.48% en el femenino de la muestra evaluada.

Tabla 3. Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según edad.

Año de diagnóstico de neoplasia	Prevalencia de Linfoma no Hodgkin							
	20 a 40 años		41 a 64 años		65 a más años		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
2016	1	0.28	2	0.55	3	0.82	6	1.66
2017	1	0.28	3	0.82	4	1.11	8	2.21
2018	2	0.55	4	1.11	4	1.11	10	2.76
Total	4	1.11	9	2.48	11	3.04	24	6.63

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Tabla 03.

Gráfico 3. Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según edad..

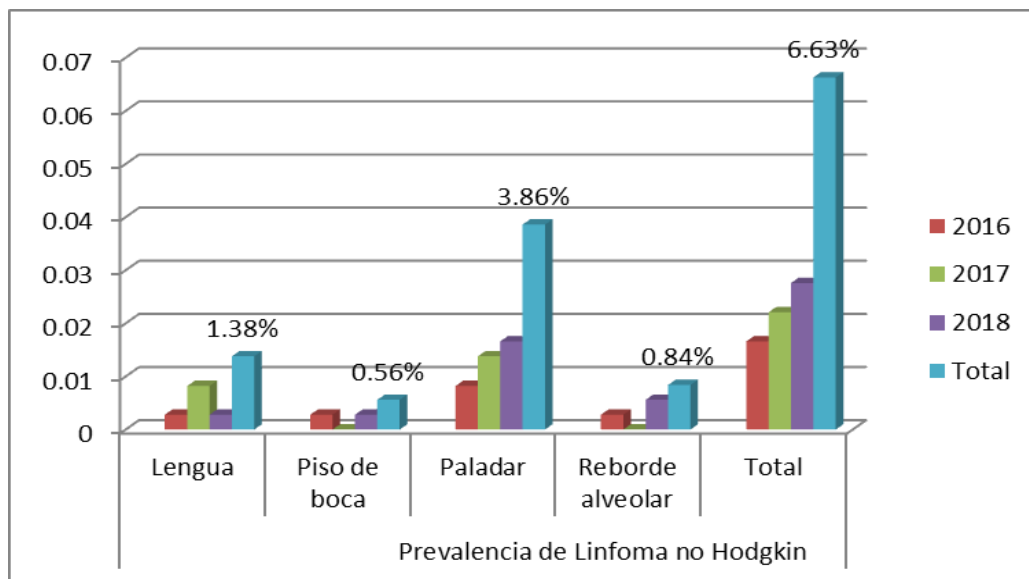
Interpretación

La prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 según edad, es del 1.11% entre 20 a 40 años, 2.48% entre 41 a 64 años, y 3.04% de 65 a más de la muestra evaluada.

Tabla 4. Prevalencia de Linfoma no Hodgkin de la cavidad bucal en pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según la localización anatómica en la cavidad bucal.

Año de diagnóstico de neoplasia	Prevalencia de Linfoma no Hodgkin									
	Lengua		Piso de boca		Paladar		Reborde Alveolar		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
2016	1	0.28	1	0.28	3	0.82	1	0.28	6	1.66
2017	3	0.82	0	0.00	5	1.38	0	0.00	8	2.21
2018	1	0.28	1	0.28	6	1.66	2	0.56	10	2.76
Total	5	1.38	2	0.56	14	3.86	3	0.84	24	6.63

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Tabla 04.

Gráfico 4.- Prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según la localización anatómica en la cavidad bucal.

Interpretación

La prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según la localización anatómica en la cavidad bucal es del 1.38% en la Lengua, 0.56 en el piso de boca, 3.86% en el paladar, y 0.84% en el reborde alveolar de la muestra evaluada.

5.2. Análisis de resultados

Una vez aplicado el instrumento seleccionando mediante la codificación del CIE10 (C82) Linfoma folicular no-Hodgkin (nodular), el (C83) Linfoma difuso no-Hodgkin y (C85) por otros tipos sin especificar de linfoma no-Hodgkin ^(22,23). Con el procesamiento estadístico de los datos se obtuvieron resultados sobre los objetivos planteados, lo cual permite contrastar los resultados hallados, con los antecedentes y en la teoría, como se describe:

- La prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital "La Caleta" del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 es del 6.63% del total de la muestra evaluada. Además se observa, que de las 362 historia clínicas de pacientes con biopsia para su análisis histopatológico en un 93.37% fueron otras neoplasias y un 6.66% fueron Linfoma No Hodgkin. Igualmente Lemus⁽¹¹⁾ en su investigación halló también mayor prevalencia de neoplasias benignas que malignas, obtenidas de las biopsias de la mucosa oral con un (21.6%), de las las glándulas salivares (17.1%) y de los tejidos dentales (15%). También señala que, a partir de la segunda década de vida se presenta la mayor cantidad de lesiones ⁽¹¹⁾. Asimismo Navarrete ⁽¹²⁾ halló una prevalencia de Linfoma no Hodgkin de 2,94%. Mientras que Lara ⁽¹³⁾ en su investigación concluyó que hay un alto porcentaje de Linfoma no Hodgkin en cavidad oral sobre el total de neoplasias malignas de cabeza cuello. Y que después del Carcinoma los Linfomas son las neoplasias malignas más frecuentes. Así mismo, también Delesma ⁽¹⁷⁾ halló que hay una prevalencia de neoplasias de la cavidad oral

en un 7,5% y que existe mayor prevalencia de neoplasias benignas con un 5,5% que neoplasias malignas que llegan a un 1,9%.

- En el estudio se observó que la prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital "La Caleta" del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 según sexo, es del 4.15% en el masculino y 2.48% en el femenino de la muestra evaluada. En el estudio de Navarrete ⁽¹²⁾ se halló mayor prevalencia de neoplasias LNH en el sexo masculino. A diferencia de Campos ⁽¹⁴⁾ halló que la prevalencia del LNH es por igual tanto en el sexo masculino como en el femenino. Mientras que Eugenio ⁽¹⁶⁾ en análisis inmuno histoquímico confirmado de Linfoma no Hodgkin observó una prevalencia en varones. También Del Castillo ⁽¹⁸⁾ refiere que observó prevalencia del LNH en el sexo masculino.

- La prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital "La Caleta" del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 según edad, es del 1.11% entre 20 a 40 años, 2.48% entre 41 a 64 años, y 3.04% de 65 a más de la muestra evaluada. Mientras que Lara ⁽¹³⁾ halló prevalencia de LNH en edades avanzadas especialmente a partir de los 50 años. Y Campos ⁽¹⁴⁾ halló mayor prevalencia de LNH en pacientes mayores de 64 años. También Eugenio ⁽¹⁶⁾ con diagnóstico confirmado de Linfoma No Hodgkin observó una prevalencia en una edad promedio de 62.05 años. Así, en su estudio Delesma ⁽¹⁷⁾ halló que el mayor número de casos con neoplasias en cavidad oral, se presentan

en pacientes entre 30 a 59 años de edad. A diferencia de Del Castillo⁽¹⁸⁾ que refiere que el promedio de edad en su estudio fue de 48 años.

- La prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital “La Caleta” del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según la localización anatómica en la cavidad bucal es del 1.38% en la Lengua, 0.56 en el piso de boca, 3.86% en el paladar, y 0.84% en el reborde alveolar de la muestra evaluada. En su investigación con respecto a la localización de las neoplasias en cavidad oral, Ledesma⁽¹⁷⁾ registró en su mayoría en la región de la lengua. Del Castillo⁽¹⁸⁾ en su estudio refiere que las localizaciones extra ganglionares más frecuentes fueron piel y área nasal.

VI. CONCLUSIONES

1. Se determinó que la prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital "La Caleta" del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 es del 6.63% del total de la muestra evaluada.
2. Se determinó que la prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital "La Caleta" del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 según sexo, es del 4.15% en el masculino y 2.48% en el femenino de la muestra evaluada.
3. Se determinó que la prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital "La Caleta" del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018 según edad, es del 1.11% entre 20 a 40 años, 2.48% entre 41 a 64 años, y 3.04% de 65 a más de la muestra evaluada.
4. Se determinó que la prevalencia de Linfoma no Hodgkin en la cavidad bucal de pacientes con neoplasias del servicio de cirugía de cabeza y cuello del Hospital "La Caleta" del Distrito de Chimbote, Provincia Del Santa, Departamento de Ancash durante los años 2016 al 2018, según la localización anatómica en la cavidad bucal es del 1.38% en la Lengua,

0.56 en el piso de boca, 3.86% en el paladar, y 0.84% en el reborde alveolar de la muestra evaluada.

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

Recomendaciones

- ✓ Se recomienda difundir en la comunidad el diagnóstico precoz para prevenir la aparición de neoplasias en la cavidad bucal de pacientes en los centros clínicos y hospitalarios públicos y privados.
- ✓ Se recomienda promover en los profesionales de la salud bucal en ser muy minuciosos en la revisión clínica de la cavidad bucal y registrar con detalle las alteraciones de la normalidad que perciban en su práctica tanto pública como privada para contribuir en su prevención.
- ✓ Se recomienda profundizar los estudios sobre neoplasias benignas y malignas que permitan contrastar con datos hallados en otros lugares por investigadores nacionales e internacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Boraks, S. Diagnóstico bucal. 1ª ed. Sao Paulo: Artes Médicas; p. 186-215. 2004
2. Sapp P, Eversole L. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2ª ed. Barcelona: Harcourt Brace..p. 217-228. 1998
3. Cawson R, Odell E. Medicina y Patología Oral. 8ed. Barcelona: Elsevier; . p. 350-359. 2009
4. Tonaco F, Saliba C et al. Epidemiologia do câncer de boca em laboratório público do Estado de Mato Grosso, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 24(9):1977-1982. 2008
5. Provencio M. Linfomas no Hodgkin. SEOM. Sociedad Española de Oncología médica <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/linfoma-no-hodgkin?showall=1>
6. American Cancer Society. Linfoma no Hodgkin (LNH) <https://www.cancer.org/es/cancer/linfoma-no-hodgkin/acerca.html>
7. INEN Instituto nacional de enfermedades neoplásicas <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3774.pdf>
8. Urresti J. Frecuencia y distribución del cáncer oral en sujetos adultos mayores evaluados en el instituto de enfermedades neoplásicas —Dr. Eduardo Cáceres Grazianil (1990-1999). Tesis de Bachiller. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia,.65pp. 2003
9. Harrison H. Principios de medicina interna. 18a edición. Editorial Interamericana, volumen II, 2012.

10. Dávila M , Gil M, Tagliaferro Z. Conocimiento de las personas que viven con el virus del VIH/SIDA sobre la enfermedad Rev. Salud pública, Volumen 17, Número 4, p. 541-551, ISSN electrónico 2539-3596. ISSN impreso 0124-0064. 2015. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/41378/62052>
11. Lemus J, Sarria D, Chacón R, Aranfo B. Lesiones bucales con estudio histopatológico, vistas en el servicio de patología oral de la Universidad Autónoma de Manizales en un periodo de 10 años. Un análisis. Tesis de especialización. Manizales, Colombia. Universidad Autónoma de Manizales, 2015.
12. Navarrete D. Frecuencia de lesiones orales en pacientes adultos VIH/SIDA en el Hospital San Juan de Dios [tesis]. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Facultad de odontología; 2014.
13. Lara A. Incidencia de Linfoma no Hodgkin de cavidad oral en pacientes del Hospital de Solca de la Ciudad de Quito, durante el periodo 2000-2012”. Tesis de grado presentada para la obtención del título de odontólogo. Universidad Central del Ecuador Facultad de Odontología. Ecuador, 2014
14. Campos A. Factores de riesgo y de pronóstico de Linfoma No Hodgkin de células b, en pacientes mayores a 15 años, Instituto del Cáncer, Solca-Cuenca, Enero de 2006 a Diciembre de 2010. Tesis previa a la obtención del Título de Médica. Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Cuenca Ecuador 2013. <https://core.ac.uk/reader/46142577>
15. Juárez J. “Características clínicas de las linfadenopatías asociadas a neoplasias linfáticas y procesos infecciosos en niños atendidos en el Servicio De Pediatría Del

Hospital III Essalud Cayetano Heredia – Piura, 2013-2018”. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano Universidad Nacional De Piura Facultad de Ciencias De La Salud Escuela Profesional de Medicina Humana. Piura 2019.

<http://repositorio.unp.edu.pe/bitstream/handle/UNP/1636/CCS-JUA-GAR-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

16. Eugenio S. “Clínica, Epidemiología, Inmunohistoquímica, Tratamiento y Pronóstico de los Linfomas no Hodgkin en Pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza” Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6140/Eugenio_ns.pdf?sequence=1&isAllowed=y

17. Delesma A. “Prevalencia de neoplasias benignas y malignas de la cavidad oral con estudio histopatológico en el Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo 2010 – 2016” Tesis para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Universidad Mayor De San Marcos UNMS (Perú 2017)

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/7231/Delesma_cha.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Del Castillo R. Características clínicas, epidemiológicas y respuesta al tratamiento de pacientes con Linfoma No Hodgkin, Hospital Nacional Dos de Mayo 2004-2011. Revista Médica Carrionica; 4 (1):21, Lima-Perú 2017.

<http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/view/150/104>

19. Solís A. “Características Clínico Epidemiológicas: de Neoplasias Asociadas a VIH en Pacientes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren del 2008-2014. (Tesis para optar el Título Profesional De Médico Cirujano) Huancayo Perú Universidad Nacional Del Centro Del Perú Facultad de Medicina Humana. Perú, 2015
20. García, E Prevalencia de cáncer en mucosa oral en el servicio de estomatología quirúrgica del hospital nacional Arzobispo Loayza en el período 2008 al 2012.Tesis Para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista. Universidad Mayor De San Marcos UNMS. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3514>
21. Rivera P, Martínez R. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. Rev Méd Chile; 133: 555-563. 2005
22. Sodeman W. Fisiología clínica de Sodeman, Sodemann, Editorial Panamericana, 8va edición año 1991
23. Robbins E. Patología estructural y funcional. Editorial Elsevier España, Volumen II, 8va edición, año 2010.
24. Harold J. Manifestaciones orales asociadas a la infección por VIH/SIDA en 123 pacientes del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Rev Fac Med Un Col.; 43(4): 188-93. 1995
25. De la Cruz G. Distribución del linfoma en la cavidad oral y regiones relacionadas, en sujetos evaluados en el instituto de enfermedades neoplásicas—Dr. Eduardo Cáceres Grazianil(1990-1999).Tesis de Bachiller.Lima,Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia,. 54pp. 2003

26. Burkitt D. «A sarcoma involving the jaws in African children». *The British journal of surgery* **46** (197): 218-23. (1958). PMID 13628987. doi:10.1002/bjs.18004619704.
27. Solal-Celigny P, Roy P, Colombat P, et al. Índice pronóstico internacional del linfoma folicular. *Blood*; 104: 1258-1265. 2004
28. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, et al. La revisión de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud de las neoplasias linfoides. 127 (20): 2375-90. 19; de Mayo 2016
29. Peña A, Arredondo M, Vila L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Rev Cubana Estomatol*; 43(1). 2006
30. Hernández R. Metodología de la Investigación. 3a. ed. México: Mac.Graw-Hill Interamericana; 2002.
31. Hernández R. Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación científica. 6ta ed. México. Mc Graw Hill. 2014.
32. Asociación Medica Mundial. Declaracion de Helsinki de la AMM Principios Eticos para ñas investigaciones medicas en seres huanos Central de Documentacion en Bioetica 2013, Dic [citado 2019 Julio 21] Disponible en:
www.redsamid.net/archivos201606-declaracion-helsinki-brasil.pdf
33. Centro Interdisciplinario de Estudiar en Bioética (CIOMS). Pautas éticas internacionales. Consejo de Organizaciones Internacionales de las ciencias Médicas en colaboración con la OMS. Ginebra, 2002.<http://uchile.cl/u76027>

<http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76027/pautas-eticas-internacionales>

ANEXOS

Anexo 01:

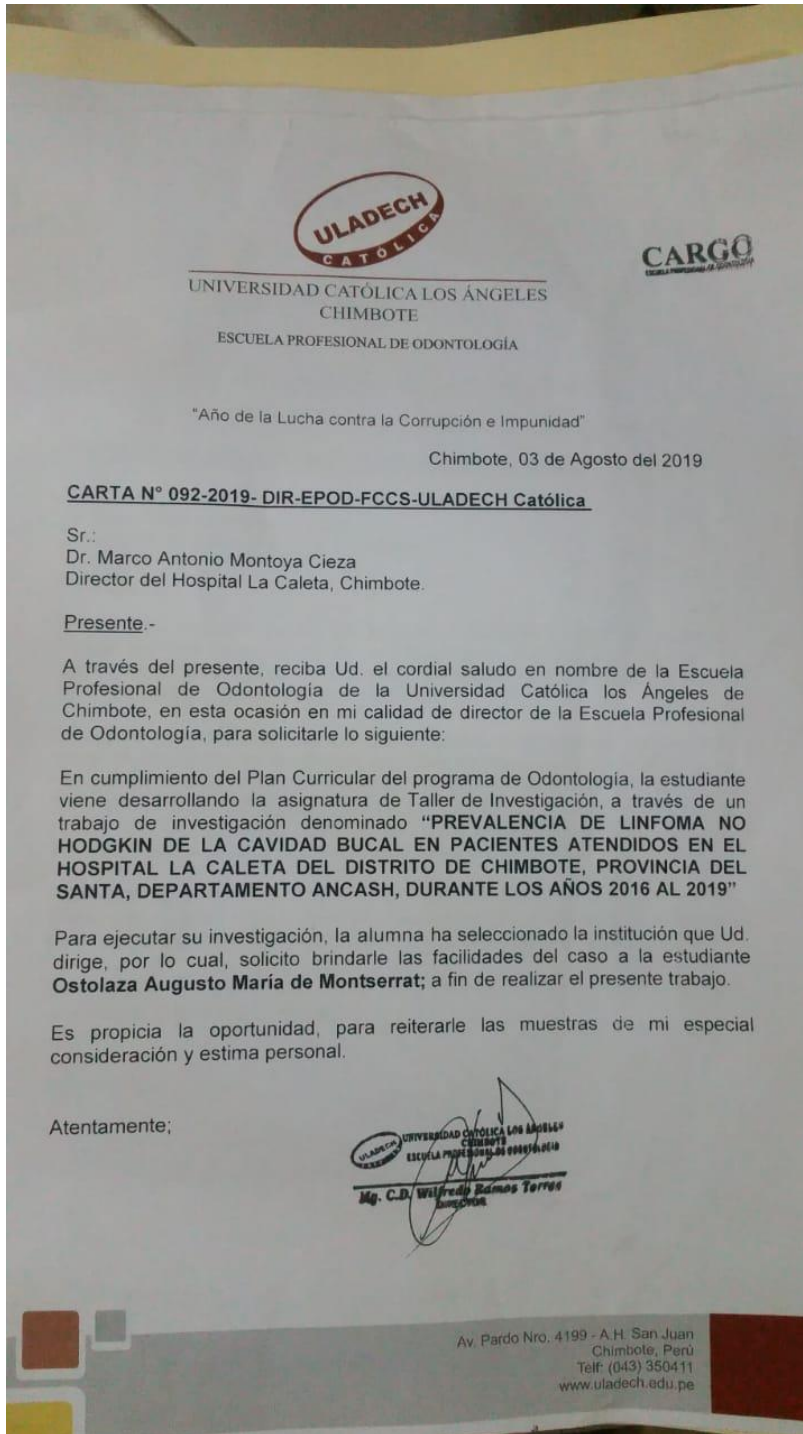
Instrumento de recolección de datos ⁽¹⁷⁾

“PREVALENCIA DE LINFOMA NO HODGKIN DE LA CAVIDAD BUCAL EN PACIENTES CON NEOPLASIAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO DEL HOSPITAL LA CALETA DEL DISTRITO DE CHIMBOTE, PROVINCIA DEL SANTA, DEPARTAMENTO DE ANCASH, DURANTE LOS AÑOS 2016 AL 2018”.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
N° H.C:		
Fecha de admisión:		
Género:	Masculino	Femenino
Edad:	En años	En meses
Procedencia:		
Prevalencia de Linfoma no Hodgkin (LHL)	Presencia	No presencia
Localización Anatómica	Lengua	(2)
	Piso de boca	(3)
	Paladar	(4)
	Reborde alveolar/ encía	(5)

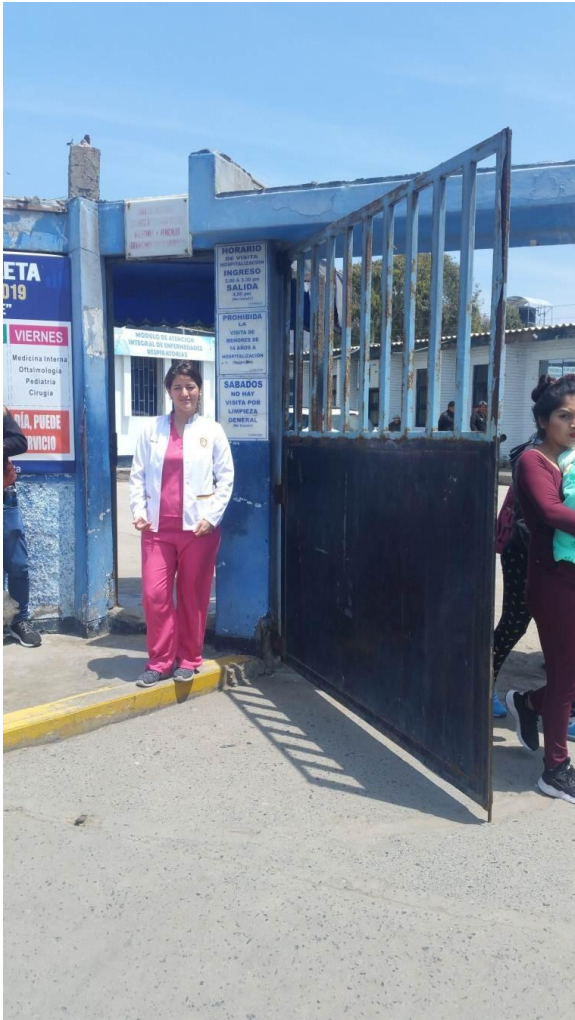
Anexo 02:

Carta de Autorización:



Anexo 03:

Fotografías dl procedimiento:






5% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 150 palabras)

Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 1%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.