

Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana. 1999-2006

Patients referred by the Program for Detection of buccal cancer. Stomatology Faculty of La Habana, 1999-2006

Josefa Dolores Miranda Tarragó^I; Lourdes Fernández Ramírez^{II}; Gilda L García Heredia^{III}; Irene Rodríguez Pérez^{IV}; Eglys Trujillo Miranda^V

^IMáster en Ciencias. Especialista de II Grado en Oncología. Profesora Titular. Profesora Consultante. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

^{II}Máster en Ciencias. Especialista en Administración de Salud. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesora Auxiliar. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Doctora en Estomatología. Instructora. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de II Grado en Ciencias Morfológicas. Profesora Titular. Profesora Consultante. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

^VEspecialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista en Otorrinolaringología. Instructora. Hospital Clínico Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo". Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba.

RESUMEN

Nos propusimos caracterizar los pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB) a la Clínica de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología de febrero de 1999 a julio de 2006. Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional de los pacientes inscritos en el registro de remitidos por el PDCB a la Clínica de Patología de la Facultad de Estomatología de La Habana. Se estudiaron 1 008 pacientes, el diagnóstico presuntivo y definitivo más mayormente representado fue el de otra lesión, con 33,7 % de presentación, seguido por la leucoplasia con 33,7 %. La coincidencia entre el diagnóstico presuntivo y el definitivo fue de 69,0 %, el carrillo estaba afectado en

un 25,8 %. El carcinoma epidermoide representó un 85,0 % de las neoplasias malignas diagnosticadas. No hubo diferencias entre los sexos de los pacientes remitidos y el rango de edades más afectado fue el de 34 a 59 años de edad. La mitad de los pacientes remitidos tenían hábito de fumar, mucho más elevado en los pacientes con leucoplasia y neoplasias malignas. Las localizaciones anatómicas más afectadas por las lesiones motivo de remisión fueron carrillo, encía y paladar. El carcinoma epidermoide grado I y la etapa clínica I mostraron los mayores porcentajes.

Palabras clave: detección precoz, cáncer bucal, lesiones premalignas, leucoplasia, PDCB.

ABSTRACT

The aim of present paper was to characterize the patients referred by the Program for Detection of Buccal Cancer (PDBC) to Clinic of Buccal Pathology of the Stomatology Faculty from February, 1999 to July, 2006. An observational, descriptive and cross-sectional study was conducted in patients inscribed in Referred Registry by PDBC to Clinic of Pathology from the Stomatology Faculty of La Habana. A total of 1 008 patients were studied, the more numerous presumptive diagnosis and the definitive diagnosis of other lesion with 33.7 % followed by leucopenia with 33.7 %, coincidence between the presumptive diagnosis and the definitive one was of 69.0 %, the cheek was involved in the 25.9 %. Epidermoid carcinoma accounted for the 85.0 % and the diagnosed malignant neoplasm. There were not differences among sexes of referred patients and the more involved age rank was that from 34 to 59 years. The half of referred patients had smoking being higher in patients presenting with leukoplakia and malignant neoplasms. The anatomical locations more involved by the lesions were cheeks, gingiva and palate. The Grade I epidermoid carcinoma and the grade I clinical stage showed the higher percentages. Are needed further studies allowing to emphasize the success of PDBC and to correct the deficiencies preventing to fulfill appropriately the objectives.

Key words: Early detection, buccal cancer, premalignant lesions, leukoplakia, PDBC.

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población,¹ en su anexo 17 contiene el Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB), que a su vez está integrado al Programa de Control de Cáncer. El Ministerio de Salud Pública en 1986 dispuso con carácter oficial el PDCB,² que tiene como objetivos la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. Se estableció así, que al seguir la metodología de examen del complejo bucal se examinen a todos los pacientes que acudan en la atención primaria a la consulta de estomatología o en pesquisajes a la población en busca de alteraciones del complejo bucal. Si se detecta una alteración durante el examen bucal minucioso y ordenado, el paciente es remitido al segundo nivel de atención acompañado del modelo de remisión 47-22-1 ([anexos 1 y 2](#)).

En Cuba en el año 2008 la tasa cruda de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en el hombre fue de 9,2 por 100 000 habitantes, donde ocupó el 5to lugar dentro de las diez primeras localizaciones. Esas cifras se elevan de forma ascendente cuando las personas se encuentran por encima de los 60 años; en la mujer la tasa es de 2,5 por 100 000 habitantes.³

La leucoplasia es la lesión premaligna más frecuente. En el taller coordinado por el Centro de Colaboración de la Organización Mundial de la Salud para el cáncer y precáncer celebrado en Londres en el 2005, se consideró que leucoplasia es una placa blanca de riesgo dudoso, esto excluye otras enfermedades o trastornos que no tienen riesgo para el cáncer.⁴ En Cuba la nomenclatura más utilizada es la de *Santana Garay*,⁵ que las clasifica en queratosis difusa, focal y leucoplasia. La hiperqueratosis es su rasgo histopatológico esencial al que le debe su aspecto blanco, pero es la displasia epitelial la que se utiliza para establecer su grado de premalignidad. Lo más común es que se asocien la severidad de la displasia con el mayor peligro de malignización.⁶

El 95 % de los pacientes con carcinoma bucal son fumadores inveterados, por lo que en ellos es 4 veces mayor el riesgo de padecer esta neoplasia.⁷ Lo que para muchos países es aún una quimera, en nuestro país existe desde hace más de 20 años, el PDCB. No hay en el mundo un Programa de Detección de Cáncer Bucal de cobertura nacional como el nuestro, con una estructura que posibilita su ejecución como parte del trabajo habitual del estomatólogo general integral, sin la utilización de recursos adicionales. La Clínica de Patología de la Facultad de Estomatología de La Habana funciona como centro de recepción de pacientes remitidos del PDCB para el resto de los servicios de la Facultad, aunque se reciben pacientes de otros lugares.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, observacional de los pacientes inscritos en el registro de remitidos por el PDCB a la Clínica de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología de La Habana, desde febrero de 1999 a julio de 2006. Se analizaron todas las variables que recoge el modelo de remisión 47-22-1: la unidad remitente, sexo, edad, presencia de síntomas, hábito de fumar e ingerir bebidas alcohólicas, donde fue diagnosticado, diagnóstico presuntivo, localización de la lesión, diagnóstico definitivo, la clasificación histopatológica y las etapas clínicas de los carcinomas epidermoide ([anexos 1](#) y [2](#)). Los pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna se remitieron al Instituto de Oncología y Radiobiología. Se procedió al diseño de la base de datos en Access 2003. Se utilizó el porcentaje como medida resumen y se presentó la información en tablas para su mejor comprensión. Se cumplieron los principios de la ética médica. Los resultados de esta investigación se usarán solamente con interés científico.

Anexo 1. Anverso modelo de remisión 47-22-1

MODELO 47-22-1		REMISIÓN DE PACIENTES DEL PDCB A LA UNIDAD:		No.	LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN: Labio superior.....1 Labio inferior.....2 Lengua base.....3 Lengua móvil.....4 Encía superior5 Encía inferior.....6 Paladar duro7 Paladar blando8 Suelo de boca9 Mucosa del carrillo.....10 Bucofaringe.....11 Glándula parótida12 Otra glándula salival13 Nódulo del cuello14 Otra localización.....15	
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ESTOMATOLOGÍA						
UNIDAD REMITENTE:		PROVINCIA:	CÓDIGO:			
NOMBRE Y APELLIDOS:		SEXO: MASC. 1 FEM. 2	EDAD: : AÑOS			
DIRECCIÓN:		CARNÉ DE IDENTIDAD:				
CONSULTA POR: Sintomático 1 Asintomático 2		FUMA: SI 1 NO 2	TOMA BEBIDAS ALCOH. SI 1 NO 2			
DIAGNOSTICADO POR: Estomatólogo en consulta 1 Pesquisaje 2		DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: N. M..... 1 LEU..... 2 N. B..... 3 OTRO L. P. M..... 4 OTRA LESIÓN..... 5				
NOMBRE Y APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE REMITE:						
				Día		Mes
						Año

Anexo 2. Reverso modelo de remisión 47-22-1

DATOS A LLENAR POR EL CIRUJANO MÁXILO FACIAL							
HISTOPATOLOGÍA DE LA LESIÓN CIS 1 CE SAI 2 CE GRADO I 3 CE GRADO II 4 CE GRADO III 5 ADENOCARCINOMA SAI 6 OTRAS N. M 7 N. B 8 LEUC 9 OTRA L P M 10 PROC. INFLA 11 PROC. ORGÁNICO 12 NO LESIÓN 13 NO HISTOLOGÍA 14		ETAPAS DE LA LESIÓN: NO PERTINENTE 1 T.N.M. T N M		DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:			
		ETAPAS: I 1 II 2 III 4 IV 5		INFORMÓ AL RNC: SI _____ NO _____			
		NOMBRE Y APELLIDOS DEL PATÓLOGO:		NOMBRE Y APELLIDOS DEL C. M. F.			
						Día	Mes
					Año		

RESULTADOS

Las clínicas de estomatología integral y de operatoria remitieron un 22,2 % y un 19,9 % de los pacientes. Las que no pertenecen a la Facultad remitieron un 43,2 %. En la [tabla 1](#) se puede constatar que ambos sexos representaron prácticamente igual número de pacientes remitidos. Con relación a la edad se destaca que un 48,1

% corresponde al rango de 35 a 59 años, seguido del grupo de 60 y más años con el 40,4 %. El 100 % de los pacientes estudiados fueron diagnosticados por el estomatólogo en la consulta.

Tabla 1. Distribución de pacientes según rangos de edad y sexo

Edad	Masculino	Femenino	Total	
			No.	%
18 años o menos	6	12	18	1,7
19 a 34 años	53	44	97	9,6
35 a 59 años	251	234	485	48,1
60 años o más	192	216	408	40,4
Total	502 (49,8 %)	506 (50,1 %)	100	100,0

En la [tabla 2](#) se destaca que la mayor coincidencia entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo se observó en las neoplasias benignas, con un 83,6 %, seguidas por leucoplasia con un 79,2 % y las neoplasias malignas con un 74,0 %. La coincidencia general entre ambos diagnósticos fue de un 69,0 %.

Tabla 2. Distribución de pacientes según coincidencia entre diagnóstico presuntivo y diagnóstico definitivo

Tipo de lesión	Diagnóstico presuntivo	Diagnóstico definitivo coincidente	Por ciento de coincidencia
Neoplasia maligna	27	20	74,0
Leucoplasia	395	313	79,2
Neoplasia benigna	61	51	83,6
Otra lesión premaligna	111	16	14,4
Otra lesión	414	296	71,4
Total	1 008	696	69,0

En la [tabla 3](#) observamos que la variable otra lesión se encontró en un 42,5 % de los pacientes remitidos, seguida por leucoplasia en un 33,7 %, 17 de 20 pacientes con neoplasias malignas y 220 de 340 pacientes con leucoplasia eran del género masculino. La presencia de síntomas en los pacientes remitidos fue de 24,1 %. Se destacó que un 65,0 % de los pacientes que se diagnosticaron con neoplasias malignas presentaron algún tipo de síntoma.

Tabla 3. Distribución de pacientes según diagnóstico definitivo y sexo

Diagnóstico definitivo	Masculino	Femenino	Total	
			No.	%
Neoplasia maligna	17	3	20	1,9
Leucoplasia	220	120	340	33,7
Neoplasia benigna	46	76	122	12,1
Otra lesión premaligna	19	27	46	4,6
Otra lesión	173	256	429	42,5
Ausencia de lesión	27	24	51	5,0
Total	502	506	1 008	100,0

En la [tabla 4](#) se presenta que tenían hábito tabáquico un 95,0 % de los pacientes con neoplasias malignas y un 85,0 % de los que tenían leucoplasia. El 7,9 % de los remitidos ingería bebidas alcohólicas, este hábito se encuentra mucho mas elevado en los pacientes remitidos por neoplasias malignas con un 45,0 % y un 12,3 % en los remitidos por leucoplasia. Las localizaciones más afectadas fueron carrillo, encía y paladar, con un 25,8 %, 20,3 % y 18,9 % respectivamente. Se diagnosticaron 17 carcinomas epidermoides ([figura](#)), es decir, un 85 % de las neoplasias malignas, con grado histológico I un 64,7 % y un 35,2 % del grado II. Se encontraban en etapa clínica I un 58,8 %.



Fig. A. Paciente masculino, de piel blanca, fumador inveterado, con carcinoma epidermoide bien diferenciado del borde derecho de la lengua, remitido por el PDCB a la Clínica de Patología.
B. El mismo paciente después del tratamiento quirúrgico.

Tabla 4. Distribución de pacientes según diagnóstico definitivo y hábito de fumar

Diagnóstico definitivo	Total de pacientes	Con hábito de fumar			
		Masculino	Femenino	Total	
				No.	%
Neoplasia maligna	20	16	3	19	95,0
Leucoplasia	340	194	96	290	85,2
Neoplasia benigna	122	18	13	31	25,4
Otra lesión premaligna	46	10	4	14	30,4
Otra lesión	429	84	57	141	32,8
Ausencia de lesión	51	4	2	6	11,7
Total	1 008	326	175	501	49,7

DISCUSIÓN

El hecho de que el número de mujeres remitidas sea similar al de los hombres, a pesar de que generalmente los hombres predominan entre los que tienen lesiones premalignas o malignas, al parecer se debe a un mayor interés por parte de las mujeres en cuidar su estado de salud bucal y por esto acuden con más frecuencia al estomatólogo. Estos resultados contrastan con los hallazgos de *Martín*⁸ que reportó predominio del sexo masculino y los de *Santana*⁹ que reportó en el 2004 predominio del sexo femenino con un 56,8 %.

Si las personas de 60 años en adelante en nuestro país cada vez son más numerosas y con la edad aumentan las lesiones bucales, cabría esperar un mayor número de personas remitidas en este rango de edad, sin embargo las personas de 35 a 59 años resultaron ser las más remitidas. Nuestras cifras concordaron con *López*¹⁰ y contrastaron con *Mora*¹¹ que encontró el rango de 60 años y más, como el grupo etario más afectado.

En el modelo de remisión no hay correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y el definitivo, lo que hace difícil la comparación de estos aspectos. Las neoplasias benignas, la leucoplasia y las neoplasias malignas fueron las que tuvieron mayores porcentajes de coincidencia. A pesar del 69,0 % de coincidencia, el diagnóstico presuntivo podría tener mayor precisión por contar con un elevado número de especialistas de Estomatología General Integral que están suficientemente capacitados para realizar el diagnóstico correcto.

Dentro de los motivos de remisión, el segundo lugar lo ocupó la leucoplasia, que fue además la lesión pre-maligna de más alta incidencia.⁴⁻⁷ El diagnóstico definitivo de leucoplasia fue el de mayor número de pacientes en lo que concordamos con *Quintana*.¹² Se observó que las neoplasias malignas y la leucoplasia fueron más frecuentes en el sexo masculino, dato que está de acuerdo con lo reportado por *Santana*¹³ y la autora en un trabajo anterior.¹⁴ La presencia de síntomas en los pacientes remitidos por neoplasias malignas estuvo por debajo de lo reportado por *Trujillo*¹⁵ en su trabajo de cáncer de la lengua. Resulta necesario insistir en la importancia que cualquier malestar manifestado por un paciente puede tener en la detección de las lesiones bucales.

El hábito de fumar constituye uno de los peligros más importantes y extendidos en el mundo actual que contribuye al desarrollo de múltiples enfermedades

principalmente el cáncer, las enfermedades del corazón y de los pulmones.¹⁶ El hallazgo del hábito de fumar más elevado en los pacientes con leucoplasia y neoplasias malignas, corrobora lo informado por *Santana y otros*¹⁷ para el carcinoma de la lengua y la amplitud con que se ha relacionado con estas enfermedades.¹⁸⁻²⁰ La ingestión de bebidas alcohólicas en nuestros pacientes está por debajo de lo reportado por *García*²¹ para la población cubana. Este hábito se encuentra mucho más elevado en los pacientes remitidos por neoplasias malignas y leucoplasia como era de esperar, ya que se ha reportado ampliamente como factor predisponente. El riesgo de desarrollar un segundo tumor maligno es mayor en pacientes que no han suspendido el tabaco ni el alcohol.⁷ En Cuba la prevalencia del alcoholismo está entre el 7 y el 10 % de la población, uno de los más bajos de Latinoamérica, pero se ha observado con preocupación que el consumo de alcohol ha aumentado en los últimos años.²¹

Las localizaciones más afectadas fueron carrillo, encía y paladar, sin embargo *Santana*⁹ en el año 2004 en todo el país, *Mora*¹¹ y *Ariosa*²² señalaron el labio como la región más afectada.

Haber encontrado marcado predominio del carcinoma epidermoide como neoplasia maligna coincide con *Santana*⁹, *Trujillo*¹⁵ y *Graña*,²³ más elevado que lo reportado por *Mosqueda*.²⁴

La etapa clínica I en la mayor parte de nuestros pacientes demuestra un diagnóstico temprano de la enfermedad como se muestra en la [figura](#), etapa donde los pacientes tienen mayor oportunidad de que los tratamientos resulten exitosos y su supervivencia sea elevada. La graduación histológica y la etapa clínica de la enfermedad siempre han sido considerados factores predictivos de mucho valor particularmente en los cánceres de cabeza y cuello.²⁵⁻²⁶

Por todo lo anteriormente expuesto podemos concluir que la mayoría de los pacientes fueron remitidos por las clínicas de la Facultad. No hubo diferencias entre los sexos de los pacientes remitidos y el rango de edades más afectado fue el de 34 a 59 años de edad. Todos los pacientes fueron diagnosticados por el estomatólogo en consulta. La mayoría de los pacientes no referían síntomas. La mitad de los pacientes remitidos tenían hábito de fumar y un bajo por ciento tenían hábito de ingerir bebidas alcohólicas. Se encontraron porcentajes más elevados en los pacientes que tenían neoplasias malignas y leucoplasia. Las localizaciones anatómicas más afectadas por las lesiones motivo de remisión fueron carrillo, encía y paladar. La coincidencia entre el diagnóstico presuntivo y el definitivo fue aceptable. El carcinoma epidermoide grado I y la etapa clínica I mostraron los mayores porcentajes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social. Dirección Nacional de Estomatología. Ciudad de La Habana, Cuba, febrero 2002. Consultado 3 de marzo 2007. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/estomatologia/programanacional.pdf>
2. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Bucal. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1986.

3. Anuario Estadístico de Salud 2008. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/anuario_2008_4e.pdf. Consultado: 13 de septiembre de 2009.
4. Warnakulasuriya S, Newell WJ, Van der Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. J Oral Pathol Med. 2007;36:575-80.
5. Santana Garay JC. El estomatólogo en la detección del carcinoma bucal. Ciudad de La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 1975.
6. Rodríguez I, Miranda J, Batista Z, Fernández M, Ríos M. Cambios hísticos del estrato superficial en los diferentes tipos de leucoplasia bucal. VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica 2004. Disponible en: <http://conganat.sld.cu/autores/area10.html>
7. Santana Garay JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 38-67.
8. Martín J, Medina LD, Márquez E, Concepción JJ, Pérez MM, Rodríguez Z. Comportamiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en la clínica estomatológica "Celia Sánchez Manduley". Consultado 25 enero 2009. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/JMP/JMP01/jmp01.html>
9. Santana Garay JC, Sánchez M, Gutiérrez A. Análisis de los resultados del Programa de Detección del Cáncer Bucal en el año 2004. Congreso Internacional Estomatología 2005. CD Memorias del Congreso. ISBN: 959-7164-33-7.
10. López E, Placeres M, Alfonso P. Comportamiento del programa de detección precoz del cáncer bucal en la clínica estomatológica docente provincial. Revista Electrónica "Archivo Médico de Camagüey". 2001;5(2) Bisponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2001/v5n2/406.htm>
11. Mora MC, Montenegro I, Pérez T, Rodríguez AL. Programa de pesquisaje del cáncer bucal en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(3):240-3.
12. Quintana JC, Ceja C, Gardon L. Importancia de la incorporación del médico de la familia al plan de detección precoz del cáncer bucal en Artemisa. Rev Cubana Estomatol.1999;36(3):230-4. ISSN 0034-7507.
13. Santana JC, Delgado L, Miranda J, Sanchez M. Oral Cancer Case Finding Program (OCCFP). Oral Oncology. 1997;33(1):10-2.
14. Miranda JD, Rodríguez I. El Programa de Detección de Cáncer Bucal en la Facultad de Estomatología de La Habana de 1999 a 2005. VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. ISBN: 84-934283-1-0. Depósito Legal: CR 715-2005.
15. Trujillo E, Miranda J, Rodríguez I, Osorio M. Características clínicas y epidemiológicas de 70 carcinomas epidermoide de la lengua. VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y 1er. Congreso de preparaciones Virtuales en Internet. ISBN: 84-934283-1-0. Depósito Legal CR 71-2005.

16. Lugones M, Ramírez M, Pichs LA, Miyar E. Las consecuencias del tabaquismo. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006;44(3). Consultado 18 abril 2009. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_3_06/hie07306.htm
17. Santana Garay JC, Miranda JD. Estudio de 1 080 carcinomas de la lengua. Rev Cubana Estomatol. 1982;(3):191-207.
18. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. CA Cancer J Clin. 2002;52:195-215.
19. Nemes J, Boda R, Redl P, Marton I. Oral squamous cell carcinoma in north-eastern Hungary. II. Etiological factors Fogorv Sz. 2006;99(5):179-85.
20. Santana JC, Miranda JD. Consideraciones sobre algunos posibles factores causales en el carcinoma de la lengua. Rev Cubana Estomatol. 1982;19(2):131-40.
21. García E, Lima G, Aldana L, Casanova P, Feliciano V. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Rev Cubana Med Milit. 2004;33(3). Consultado 19 abril 2009. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_3_04/mil07304.htm
22. Ariosa JC, Valentín F, Rodríguez GM, Rodríguez JC. Cáncer Bucal. Estudio de 5 años. Revista Médica Electrónica. 2006;28(6). Consultado 29 mayo 2009. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema11.htm>
23. Graña C, Ajo L, Herrera H, Ríos N. Morbilidad y Mortalidad por Neoplasias Maligna de la Cavidad Bucal. Provincia Holguín. 1996-2000. Correo Científico Médico de Holguín. 2003;7(2). Consultado 27 de mayo 2007. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no72/n72ori5.htm>
24. Mosqueda AA, Ibañez N, Díaz MA, Irigoyen ME, Sida E. Frecuencia de neoplasias malignas de la región bucal y maxilofacial en dos servicios de patología bucal de la ciudad de México. Rev Cienc Clín. 2000;1(1):31-5. Consultado 29 mayo 2009. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/index3.html>
25. Conceição M, Tostes D, Landman G, Kowalski LP. Histologic Subtypes of Oral Squamous Cell Carcinoma: Prognostic Relevante. JCDA. 2007;73(4) ISSN: 1488-2159. Consultado 2 junio 2009. Disponible en: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-4/339.html>
26. O'Sullivan B, Shah J. New TNM staging criteria for head and neck tumors. Semin. Surg. Oncol. 21:30-42, 2003. © 2003 Wiley-Liss, Inc. Consultado 2 juni 2009. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/104552841/ABSTRACT?CRETRY=1&SRETRY=0>

Recibido: 4 de julio de 2010.

Aprobado: 10 de agosto de 2010.

Dra. Josefa Dolores Miranda Tarragó. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. E-mail: jmte@infomed.sld.cu