

Instituto Superior de Ciencias Médicas “Dr. Carlos Juan Finlay”

Hospital Oncológico Provincial Docente “María Curie” Camagüey

Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral

Dr. Alexis Peña González,¹ Dr. Miguel Arredondo López² y Dr. Lisandro Vila Martínez³

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en el Hospital Oncológico Provincial Docente “María Curie” para caracterizar clínica y epidemiológicamente el cáncer de la cavidad bucal desde el año 1999 hasta el 2004. Se estudiaron 79 pacientes de un universo de 285 y se excluyeron 206 pacientes con cáncer del labio. Se analizaron las variables grupos de edades, sexo, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, localización anatómica, tipo histológico, forma clínica, estadio clínico y modalidad terapéutica. El procesamiento estadístico se realizó mediante estadística descriptiva, tablas de contingencia y gráficos; como medida de resumen se utilizó el porcentaje y el *test* de proporción. Predominó la enfermedad en pacientes de 70-79 años con 24 (30,38 %), y el sexo masculino, con 59 pacientes (74,68 %). El tabaquismo se detectó en 38 de estos (48,10 %), de los cuales 35 (44,30 %) refirieron dolor como principal síntoma. El carcinoma epidermoide fue la variedad histológica más frecuente (76, para el 96,20 %). Su localización prevaleció en la lengua (24 casos, para el 30,38 %). El diagnóstico frecuentemente se realizó en un estadio III (en 42 pacientes, para el 53,16 %) y predominó la forma clínica mixta (38 para el 48,10 %). La radioterapia fue el tratamiento más utilizado en sus diferentes variantes con 64 casos (81,0 %).

Palabras clave: cáncer, cavidad bucal, incidencia, factores de riesgo.

El cáncer en Cuba es la segunda causa de muerte para todos los grupos de edades, solo superada por las enfermedades del corazón. Aparecen cada año entre 20 000 y 25 000 casos nuevos, de los cuales fallecen entre 13 000 y 14 000 pacientes. Entre las localizaciones anatómicas que pueden ser afectadas por el cáncer desempeña un papel importante el de cavidad bucal, la cual a pesar de no ser de las de mayor frecuencia, produce un alto grado de morbilidad y deformidades, que en ocasiones convierten al afectado en un ser marginado y repulsivo para la sociedad.¹ El cáncer bucal produce una gran inquietud a causa del riesgo de producir incapacidad, y eventualmente, la muerte. Su prevalencia tiene rangos muy amplios en las diferentes poblaciones; la incidencia anual varía de 2 a 4 casos por 100 000 habitantes en los países industrializados, a 25 casos, también por 100 000 habitantes, en ciertas poblaciones de Asia.²

La frecuencia del carcinoma de cavidad bucal varía enormemente de un país a otro. Su incidencia es mayor a partir de la sexta década de la vida; según estadísticas cubanas para las mujeres la aparición es más tardía que para los hombres, es decir de 50-70 años para el hombre y de 60-80 años para la mujer.³ Menos del 6 % aparece por debajo de los 40 años, y ya en la última década se han comenzado a diagnosticar con mayor frecuencia enfermos de la tercera y cuarta décadas de la vida.⁴

En nuestro país, el cáncer bucal se encuentra entre las 10 primeras causas de incidencia de esta enfermedad en los hombres, representa el 4 % de todas las neoplasias malignas reportadas en este sexo, y según datos del Registro Nacional de Cáncer, ocupó en el año 2002 el décimo lugar como causa de muerte, con un total de 283 fallecidos, para el 4,92 %, alcanzando su mayor tasa en pacientes por encima de los 60 años de edad.⁵

El aumento de la incidencia del cáncer bucal constituye un problema de salud mundial. Se observa en la actualidad una tendencia al incremento de la mortalidad absoluta causada por este tipo de patología.⁶

Las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal son multifactoriales, y dentro de estas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos como el tabaco, el alcohol, leucoplasia, eritroplasia, y la exposición a toxinas; y factores endógenos, como la herencia, malnutrición, factores hormonales y factores de riesgo de tipo profesional como exposición a fibras textiles, refinamiento del níquel y trabajo con madera.⁷⁻⁹ Una cepa particular del virus del papiloma humano (HPV 16) que es fuente común de infección de transmisión sexual, ha sido relacionada con el cáncer oral, planteándose una estrecha relación entre el sexo oral y esta patología.⁴

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente de los cánceres de la cavidad bucal, se localiza mayoritariamente en la porción libre de la lengua y el suelo de la boca.⁸

La terapéutica a utilizar estará determinada por la extensión, localización, grado de diferenciación histológica y la presencia o no de metástasis, y a pesar del empleo de estos parámetros, se estima una recurrencia del cáncer de la boca en una tercera parte de los enfermos, por lo que no siempre el tratamiento propuesto intenta la curación del enfermo, dado que el pronóstico de la enfermedad es ominoso.⁸⁻¹⁰

El fracaso terapéutico y la pobre supervivencia de estos enfermos están determinados por el diagnóstico a veces tardío, y constituye la causa más importante del atraso en el diagnóstico del cáncer de la boca y de la orofaringe la evolución oligosintomática inicial, y en la inmensa mayoría de los países subdesarrollados, el poco conocimiento sobre la enfermedad entre pacientes y profesionales de la salud, así como la dificultad para acceder a los medios de diagnóstico en las instituciones de salud.^{11,12}

En Cuba desde 1988 se pone en función el Programa Nacional de Diagnóstico del Cáncer Bucal, respaldado por el MINSAP. Único en el mundo por su cobertura nacional, se plantea entre sus funciones la pesquisa masiva de las lesiones del complejo bucal a los sujetos mayores de 15 años, con el objetivo fundamental de su detección en etapas tempranas.³

La alta prevalencia y expresiva mortalidad del cáncer de la cavidad bucal justifican el estudio de algunos aspectos clínico-epidemiológicos de la enfermedad en nuestro medio, y constituye la caracterización de estos aspectos el objetivo principal de este trabajo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en el Hospital Oncológico Provincial Docente “María Curie” de la ciudad de Camagüey, con el objetivo de caracterizar clínica y epidemiológicamente el cáncer de la cavidad bucal en los pacientes inscriptos en dicho centro en el período comprendido desde enero de 1999 hasta enero del 2004.

El universo de trabajo para esta investigación estuvo constituido por un total de 285 pacientes con el diagnóstico de cáncer de la cavidad bucal, diagnosticados y tratados en el Servicio de Cabeza y Cuello de esta instalación hospitalaria. Se relacionaron como muestra 79 pacientes con cáncer de cavidad bucal (paladar duro, porción móvil de lengua, suelo de boca, carrillo, trígono retromolar y reborde alveolar), y fueron excluidos 206 pacientes con diagnóstico de cáncer de labio, por no constituir objeto de esta investigación.

Para la obtención de los datos se confeccionó y aplicó un cuestionario que respondía a los objetivos propuestos y a la bibliografía consultada por el autor, el cual se aplicó a los expedientes clínicos y a los pacientes en cuestión.

Las variables analizadas fueron:

- Grupos de edades.
- Sexo.
- Factores de riesgo.
- Manifestaciones clínicas.
- Localización anatómica.
- Tipo histológico.
- Forma clínica.
- Estadío clínico.
- Modalidad terapéutica.

El procesamiento estadístico de los datos se realizó utilizando el programa estadístico SPSS para Windows versión 11.0, mediante estadística descriptiva y tablas de contingencias, como medida de resumen se utilizó el porcentaje, y como medida de dispersión el *test* de proporción. Los resultados se exponen en tablas estadísticas para su análisis.

RESULTADOS

Al distribuirse los pacientes atendiendo a grupos de edades, se observó una mayor prevalencia de la enfermedad en el grupo de 70- 79 años, con 24, para el 53,16 %. De la misma manera, existió mayor prevalencia del sexo masculino con un total de 59 casos (74,68 %). Predominó la forma clínica mixta en 38 pacientes (48,10 %).

Al relacionar los posibles factores de riesgo del cáncer de la cavidad oral, se observó un predominio del tabaquismo en 38 pacientes, que correspondió al 48,10 %. Vale señalar que en 28 pacientes (35,44 %) se detectó la exposición a 2 tóxicos (alcohol y cigarro), sin que existiera significación estadísticas entre ambos factores (tabla 1).

Tabla 1 . Factores de riesgo del cáncer oral

Factores de riesgo	No.	%
--------------------	-----	---

Tabaquismo	38	48,10
Alcohol y cigarro	28	35,44
Prótesis defectuosa	12	15,19
Alcoholismo	1	1,27
Total	79	100

Fuente: cuestionario. P = ,1070.

La manifestación clínica más frecuentemente referida por los pacientes en el momento del diagnóstico fue el dolor (35, para el 44,30 %). Un total de 28 pacientes (35,44 %) presentaban adenopatías cervicales en el momento del diagnóstico (tabla 2).

Tabla 2. Manifestaciones clínicas

Manifestaciones clínicas	No.	%
Dolor	35	44,30
Adenopatía cervical	28	35,44
Tumor	11	13,92
Úlcera	10	12,66
Tumor y dolor	10	12,66
Úlcera y dolor	6	7,59
Caída dientes	5	6,33
Sangramiento	1	1,27

Fuente: cuestionario.

En la tabla 3 se distribuye la frecuencia de la localización anatómica, donde prevalece la lengua y el suelo de la boca (con 24 para el 30,38 %, y 23 para el 29,11 %, respectivamente).

Tabla 3. Distribución de frecuencia según la localización anatómica

Localización anatómica	No.	%
Lengua	24	30,38
Suelo de la boca	23	29,11
Paladar duro	12	15,20
Trígono retromolar	9	11,39
Carrillo	9	11,39
Reborde alveolar	2	2,53
Total	79	100

Fuente: cuestionario.

La tabla 4 muestra que existe una marcada diferencia entre los 3 tipos histológicos estudiados, donde predominó el carcinoma epidermoide con un total de 76 casos (96,20 %).

Tabla 4. Distribución de frecuencia según el tipo histológico

Tipo histológico	No.	%
Carcinoma epidermoide	76	96,20
Tumor mixto maligno	1	1,27
Carcinoma adenoideo quístico	2	2,53
Total	79	100

Fuente: cuestionario.

En el momento del diagnóstico predominaron los pacientes en un estadio clínico III de la enfermedad (42, para el 53,16 %) (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de frecuencia según estadio clínico

Estadio clínico	No.	%
I	7	8,86
II	13	16,46
III	42	53,16
IV	17	21,52
Total	79	100

Fuente: cuestionario.

La terapia radiante como monoterapia se utilizó en 30 pacientes, que representó el 37,97 %, y como terapia combinada se utilizó en 64 casos (81,01 %), como aparece en la tabla 6.

Tabla 6. Modalidad terapéutica

Modalidad terapéutica	Frecuencia	%
Terapia combinada	64	81,01
Radioterapia	30	37,97
Radio y quimioterapia	22	27,85
Cirugía y radioterapia	12	15,19
Cirugía	9	11,39
Paliativo	6	7,59

Fuente: cuestionario.

DISCUSIÓN

Se describe un incremento en la incidencia del cáncer de la cavidad oral y en especial en la población joven, lo cual se ha observado en varias regiones del mundo. *Iamaroon* en un análisis de 587 casos de carcinoma de células escamosas de localización oral en el norte de Tailandia, encontró que la edad promedio fue de 65 años y la relación mujer-hombre de 1:3,1. En este estudio, el 12,8 % de los pacientes contaban con 45 años o menos.¹³

Autores como *Busquets*¹⁴ concuerdan en que este padecimiento es más frecuente a partir de los 60 años de edad. *Sundefeld*,¹⁵ en un estudio que abarcó un total de 50 000 fichas de pacientes con diagnóstico de cáncer bucal, no encontró concordancia con la literatura mundial; reportó una incidencia mayor en el sexo femenino y a partir de los 40 años de edad, más temprano que en el resto de los estudios.

*Quintero González*¹⁶ reportó una incidencia mayor en las mujeres en un estudio de 1 584 casos, con una proporción por sexo de 3 mujeres por cada 1 hombre.

En conclusión, se reportan diferentes estadísticas de la enfermedad en diversas partes del mundo en cuanto a la edad y al sexo. Sin embargo, podemos asegurar que afecta fundamentalmente a varones entre los 45 y los 65 años, con una mayor incidencia alrededor de los 60 años. Es más frecuente en el sexo masculino con una relación respecto a la mujer de 10:1, aunque se ha observado que la frecuencia en las mujeres va en ascenso, debido a la mayor incidencia de mujeres fumadoras.^{7, 9, 17}

Los factores más cercanos e influyentes para el desarrollo de un cáncer de la cavidad bucal son el alcohol y el tabaco en cualquiera de sus formas. En una investigación sobre las características del hábito de fumar, realizada por *Santana y Miranda*,¹⁸ en 216 pacientes con carcinoma de la lengua, se encontró que 206 (95,4 %) fumaban tabaco, y al compararlo con el grupo control (no fumadores, 47,4 %) se demostró una diferencia significativa. No se encontraron modificaciones de riesgo en la forma de inhalar el humo, en el lugar de colocación del cigarrillo en la boca, el tiempo de permanencia sobre el labio y la mano con que lo tomaba. La variable más importante analizada fue la incidencia de la parte móvil de la lengua en los que fumaban cigarrillos y de la base en los que fumaban cigarros. En esta investigación también se demostró el riesgo de fumar para el carcinoma bucal, según la edad de comienzo, con un 14,6 % en los que iniciaron el hábito antes de los 19 años de edad y del 92,8 % en los de antes de los 9 años de edad.

El consumo de alcohol y tabaco son los factores predisponentes conocidos más importantes, aproximadamente el 90 % de los pacientes con carcinoma de la cavidad oral son fumadores, y el riesgo de padecer un cáncer bucal en un fumador es 6 veces superior al de un no fumador; el abuso combinado de alcohol y tabaco ejercen un efecto multiplicador del riesgo de desarrollar un cáncer de cavidad oral y este riesgo es aproximadamente 15 veces superior en el consumidor de alcohol y tabaco que el de una persona que no tiene ninguno de estos hábitos tóxicos.^{6, 13 17, 18}

La exposición de la población a varios tipos de tabacos y de bebidas alcohólicas, y el rol de estos en la carcinogénesis oral, resulta controversial para algunos autores.^{13, 15} Para determinar la independencia o efecto aditivo del consumo de tabaco y alcohol en el riesgo del cáncer oral, *Castellsague* y colaboradores⁷ realizaron un estudio multicéntrico en España que abarcó un total de 345 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de cavidad oral. Se observó un aumento del riesgo de 2 a 4 veces entre los sujetos que consumían tabaco negro y ron en comparación con los que consumían tabaco rubio y vino o cerveza, respectivamente.

*Rodríguez*¹⁹ considera que el incremento de la mortalidad por cáncer oral en personas jóvenes en varias regiones del mundo se deba al tabaquismo, alcoholismo y al poco

consumo de vegetales en la dieta, añadiendo además que la combinación de estos 3 factores aparece en el 85 % de los pacientes con este tipo de cáncer.

Franco y colaboradores²⁰ aseguran que el cáncer de la boca tiene una de las tasas más altas del mundo en algunas áreas metropolitanas del Brasil, al estudiar un grupo de factores de riesgo del cáncer de lengua, suelo de la boca, encía, paladar duro y mucosa del carrillo; eligieron para su investigación 232 pacientes y 464 sujetos como control y las principales conclusiones fueron que el riesgo de los no fumadores frente a los fumadores fue de 6,3; 13,9 y 7,0, de acuerdo con el uso de cigarrillo de manufactura industrial, pipa y cigarro enrollado a mano; el riesgo de los bebedores de vino resultó más evidente en el cáncer de la lengua y el de los bebedores de bebidas fuertes caseras incidieron en todas las localizaciones bucales estudiadas. Por último, se encontró asociación entre el cáncer de cavidad bucal y la mala higiene bucal, además del efecto protector de la dieta rica en cítricos y vegetales.

A pesar de que la cavidad bucal es una zona de fácil acceso a la exploración, tanto para el médico como para el paciente, el período medio de tiempo que pasa entre el comienzo de los síntomas y la consulta al médico especialista es de unos 5 meses. Aunque los pacientes no acuden al médico hasta presentar síntomas importantes, el síntoma más frecuente es la presencia de molestias inespecíficas en la cavidad oral. Normalmente las lesiones pequeñas no producen dolor, este aparece cuando las lesiones se hacen infiltrantes y se ulceran. Estos autores concuerdan con *Danesis* y nosotros en que la sintomatología más frecuente que lleva al paciente a la consulta es la presencia de dolor.^{17,21,22}

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente de los cánceres de la cavidad oral, y se localiza con mayor frecuencia en la lengua y suelo de boca, según afirman *Godoy*⁸ y *Calvalho*.²³ *Quintero*¹⁶ reporta el carcinoma epidermoide como variedad histológica más frecuente en los tumores malignos de la boca, y detectó una baja incidencia de otros tipos histológicos, fundamentalmente los que afectan a glándulas salivales menores, localizadas en paladar duro y carrillos, lo cual concuerda con los autores anteriores y con el presente estudio, en el que solo se encontraron 3 pacientes con carcinomas no epidermoides. *Díaz Villanueva*⁴ refiere que según los resultados de una pesquisa que abarcó al 90 % de todos los casos de la Costa Atlántica Colombiana (1 584 casos), la localización más frecuente fue en el paladar blando y el velo del paladar. En nuestro país, en un estudio que incluyó a 13 267 informes de biopsias del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital “Celia Sánchez”, se hace referencia a la lengua como sitio prevalente en la localización de estas neoplasias, y lo anterior concuerda con nuestros resultados.²⁴

*Herranz González- Botas*¹⁷ asegura que el 95 % de las neoplasias malignas de la boca son carcinomas epidermoides. Las localizaciones más frecuentes fueron el borde lateral de la lengua móvil, el suelo de la boca y el triángulo retromolar.

Las características clínicas de esta enfermedad (oligosintomática) propician que el diagnóstico se realice en etapas tardías, lo cual compromete los resultados terapéuticos de la misma. En el presente estudio, se observó una mayor incidencia de casos en un estadio III. *Muñoz Herrera*,²⁵ en 94 pacientes con carcinomas de células escamosas de la cavidad oral, demostró que la mayoría de los pacientes se encontraban en estadios III y IV, lo cual incide en la sobrevida y calidad de vida.

En Cuba, según reporta *García Jordán*,³ existe un Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal que se propone la pesquisa masiva de lesiones de la cavidad oral, y en un estudio que abarcó el período desde 1988 hasta 1994, se observó que más de la mitad de los casos reportados al Registro Nacional de Cáncer se encontraron en etapas clínicas 0 y I, resultados que no coinciden con los nuestros y demás autores. Por ejemplo, *Iamaroon*¹³ encontró en una serie de 587 pacientes el 56,2 % de casos en estadio IV de la enfermedad, resultados que coinciden con los de autores como *Costa*,²⁶ *Carvalho*²³ y nosotros. *Quintero González*¹⁶ refiere que el 65 % de 1 037 casos de su estudio, presentaron lesiones úlcero- vegetantes al diagnóstico, lo que concuerda con nuestras observaciones.

El diagnóstico tardío y en etapas avanzadas del cáncer de la cavidad oral impide en más del 60 % de los pacientes el tratamiento quirúrgico.²⁷ *Iamaroon*¹³ encontró en una muestra de 587 pacientes con la enfermedad, que el 79,4 % recibió tratamiento con radioterapia sola, o combinada con cirugía (64,4 %), lo que en total suma el 87,2 % de los pacientes con tratamiento radiante. *Luukaa*²⁸ opina que la radioterapia, incluso en el preoperatorio, puede administrarse con seguridad en los pacientes portadores de cáncer de la cavidad oral, de la orofaringe e hipofaringe, y en nuestro estudio fue también el arma terapéutica más empleada como único tratamiento y en combinación con otras variantes terapéuticas.

Con este trabajo arribamos a las siguientes conclusiones:

- El cáncer oral afecta fundamentalmente a pacientes mayores de 60 años de edad.
- El sexo masculino es afectado en mayor proporción que el femenino.
- El tabaco y el consumo de alcohol son los factores de riesgo conocidos más importantes.
- La enfermedad es oligosintomática. El dolor como primer síntoma aparece en estadios avanzados.
- Las localizaciones anatómicas más frecuentes fueron la lengua y el suelo de la boca.
- El carcinoma epidermoide constituye el tipo histológico predominante.
- El diagnóstico se realizó en estadios avanzados de la enfermedad (estadio III).
- El mayor porcentaje de pacientes pertenecía a la forma clínica mixta.
- La terapia radiante fue la modalidad terapéutica más utilizada, ya fuera como único tratamiento o como proceder combinado.

SUMMARY

Clinical and epidemiologic behavior of oral cancer

A descriptive study was conducted in “Maria Curie” Oncological Provincial Teaching Hospital in order to characterize oral cancer from the clinical and epidemiologic point of view between 1999 and 2004. 79 patients of a total of 285 were studied and 206 with lip cancer were excluded. Variables such as age groups, sex, risk factors, clinical manifestations, anatomical localization, histological type, clinical form, clinical stage and therapeutical modality were analyzed. The statistical processing was carried out by descriptive statistics, contingency tables and graphs. Percentage and proportion test were used as a summary measure. The disease predominated in patients aged 70-79, with 24 (30.38 %), and in males, with 59 patients (74.68 %). Smoking was detected in

38 of them (48.10 %), of whom 35 (44.30) referred to pain as the main symptom. The epidermoid carcinoma was the most frequent histological variety (76, accounting for 96.20 %). Its localization prevailed in the tongue (24 cases, 30.38 %). The diagnosis was commonly made in stage III (42 patients, 53.16 %), and the mixed clinical form predominated (38, 48.10 %). Radiotherapy was the most used treatment in its different variants with 64 cases (81.0 %).

Key words: No tiene

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Martínez JR, Santana Garay JC, Cuevas Pérez I. Cáncer bucofaríngeo en menores de 30 años. *Rev Cubana Oncol* 2002;11(3-4):71-2.
2. Organización Mundial de la Salud. Recent advances in oral health. WHO Technical Report, Series 826, Geneva; 1998.
3. García Jordán M, Lence Anta JJ, Sosa Rosales M, Martín Moya LA, Fernández Garrote L. Distribución del cáncer bucal por etapas clínicas. Cuba (1988-1994). *Rev Cubana Oncol* 1999;15(3):170-5.
4. Díaz Villanueva D, Sánchez Maya MP, Aparicio Carrasco GG. Frecuencia de carcinoma epidermoide en cavidad bucal en el Hospital Central Militar de 1987 a 1997. *Rev Sanid Mil* 2001;55(5):186-9.
5. García Jordán M, Lence Anta JJ, Sosa Rosales M, Martín Moya LA, Fernández Garrote L. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987-1996). *Rev Cubana Oncol* 2000;15(2):114-8.
6. Bittencourt ME, Lourerio CA, Coimbra WH, Palmier AZ, Guillherme PA. Validation of the meticulous clinical exam (MCE) for the screening of oral cancer. *Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo* 2001;6(1):71-7.
7. Castellsague X, Quintana MJ, Martínez MC, Nieto A, Sánchez MJ, Monner A, et al. The role of tobacco and type of alcoholic beverage in oral carcinogenesis. *Int J Cancer* 2004; 108(5):741-9.
8. Godoy Ramón H, Tamanaha RA. Carcinoma epidermoide en cavidad oral. *Rev Asoc Odontol Argent* 2003;91(3):190-3.
9. Castellanos Suárez JL. Displasias y carcinomas de la mucosa bucal. *Rev ADM* 2002;59(4):155-6.
10. Scola B, Fernández Vega M, Ramírez C, Fernández Vega S. Carcinomas de la cavidad oral y orofaringe. *Rev Esp Oncol* 2000;84(6):348-9.
11. González Aguilar O, Pardo HA, Simkin DO, Vanelli A, Rossi A, Rubino A. Tratamiento de salvataje en el cáncer bucal recurrente. *Rev Argent Cir* 2002;82(1/2):40-7.
12. Restrepo Ospina DP, Correa Arenas CA, Martínez CE, Álvarez Gómez GJ, Molina Saldarriaga H. Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los pacientes con cáncer bucal de la Unidad de Cirugía Maxilofacial y Estomatológica del HUSVP (Medellín) entre enero de 1996 y junio de 2000. *Rev Fac Odontol Univ Antioquia* 2001;13(1):58-64.
13. Iamaroon A, Pattanaporn K, Pongsiriwet S, Wanachantararak S, Prapayasadok S, Jittidecharaks S, Chitapanarux I, Lorvidhaya V. Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004;33(1):84-8.

14. Busquets JM, García HA, Trinidad-Pinedo J, Baez A. Clinicopathologic characteristics of head and neck squamous cell carcinoma in Puerto Ricans. *PR Health Sci* 2003;22(3):259-64.
15. Sundefeld MM, Saliba O, Saliba N. Descriptive study of occurrence of oral cancer in the 9th Administrative Region of State of Sao Paulo. *Rev Odontol UNESP* 1993;22(1):135-45.
16. Quintero González J. Carcinoma escamocelular de cavidad oral en la Costa Atlántica Colombiana. *Unimetro* 1985;1(1):26-34.
17. Herranz González-Botas J. Diagnóstico precoz del cáncer de cavidad oral. *Guía Clínica* 2001;1(20):35-47.
18. Santana JC, Miranda YJ. Consideraciones sobre algunos posibles factores en el carcinoma de la lengua. *Rev Cubana Estomatol* 2000;13(1):131.
19. Rodríguez T, Altieri A, Chatenoud L, Gallus S, Bosetti C, Negri E, et al. Risk factors for oral and pharyngeal cancer in young adults. *Oral Oncol* 2004;40(2):207-13.
20. Franco EI. Risk factors for second cancer of the upper respiratory and digestive system. *J Clin Epidemiol* 2000;44(3):615.
21. Danesi Cristiane C, Marconato Marlon C, Spara L. Oral cancer a Santa Maria University Hospital study. *Rev Bras Cancerol* 2000;46(2):179-82.
22. Humphris GM, Field EA. An oral cancer information leaflet for smokers in primary care: Results from two randomised controlled trials. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32(2):143-9.
23. Carvalho C. Crece incidencia de cancer da boca no Brasil. *Rev Bras Odontol* 2003;60(1):36-9.
24. Corzo L. Prevalencia de neoplasia de la cavidad bucal en el Hospital Clínico Quirúrgico "Celia Sánchez": años 1982 a 1985. *Rev Cubana Estomatol* 1989;26(3):235-41.
25. Muñoz Herrera A, Santa Cruz Ruiz S, Fonseca Sanchez E, Nieto Palacios A, Blanco Pérez P, Gómez González JL. Survival rate in epidermoid carcinoma of the oral cavity. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2001;52(5):381-6.
26. Costa Antonio de Lisboa L, Pereira JC, Nunes AA, Arruda ML. Correlation between TNM classification, histological grading and anatomical location in oral squamous cell carcinoma. *Pesqui Odontol Bras* 2002;16(3):216-20.
27. Llewellyn CD, Linklater K, Bell J, Jonson NW, Warnakulasuriya S. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: A case-control study. *Oral Oncol* 2004;40(3):304-13.
28. Luukkaa M, Minn H, Aitasalo K, Kronqvist P, Kulmala J, Pyrhonen S, Grenman R. Treatment of squamous cell carcinoma of the oral cavity, oropharynx and hypopharynx- an analysis of 174 patients in south western Finland. *Acta Oncol* 2003;42(7):756-62.

Recibido: 19 de mayo de 2005. Aprobado: 12 de agosto de 2005.

Dr. *Miguel Arredondo López*. San Esteban #51 e/ Lancero y Puente. Camagüey, Cuba.

e- mail: marredondo@finlay.cmw.sld.cu

¹Especialista de I Grado en Oncología.

²Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente. Diplomado en Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello.

³Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Diplomado en Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello.