



## **CARACTERIZACIÓN DEL CARCINOMA EPIDERMOIDE BUCAL. HOSPITAL CLÍNICO- QUIRÚRGICO DE HOLGUÍN, 2018**

**Autora principal:** Dra. Liliam Zaldívar Aguilera. Residente Segundo año de Estomatología General Integral. Facultad de Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Instructor no graduado de Cirugía Máxilo- facial

**Coautores:** Dra. Aurora Teresa Leyva Matos, Dra. Olga Matos Serrano, Dra. Karla de la Caridad Rodríguez Nápoles

### **Resumen**

**Introducción:** El cáncer supone un problema de salud a nivel mundial y es una de las causas más importantes de mortalidad. El Carcinoma Epidermide es la segunda neoplasia maligna de piel más común con una elevada tasa de mortalidad. Deriva de la proliferación de los queratinocitos de la epidermis y sus anexos, con capacidad de producir metástasis a ganglios regionales u otros órganos. Tiene un crecimiento rápido y aparece con frecuencia sobre lesiones precancerosas. **Objetivo:** Caracterizar el Carcinoma Epidermide bucal en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico- Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín" de Holguín en el período de septiembre 2017 a septiembre 2018. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal en 27 pacientes diagnosticados con Carcinoma Epidermoide bucal en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico- Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín" desde septiembre 2017 a septiembre 2018. **Resultados:** Hubo predominio el sexo masculino con un 55.6% y del grupo etario de 60-74 años para un 51.9%. El factor de riesgo más representado fue el hábito de fumar con un 59.3%. La región anatómica mayormente afectada fue el paladar blando con un 29.7%, seguida por la lengua con un 25.7%. La mayor cantidad de pacientes se encontraron en un estadio II con un 44.4%. **Conclusiones:** Es importante aplicar tempranamente el programa de detección precoz del cáncer bucal para así poder actuar sobre la enfermedad y lograr mejores resultados. **Palabras clave:** Carcinoma Epidermoide, cáncer bucal, factores de riesgo.



## I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS); define el término cáncer como un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer supone un problema de salud a nivel mundial y es una de las causas más importantes de mortalidad. <sup>1</sup>

El cáncer comienza cuando las células se transforman en anormales y se multiplican sin control u orden. El cáncer bucal es un problema de salud que afecta un grupo significativo de personas en todo el mundo, capaz de producir notables secuelas anatómicas y fisiológicas en quienes lo padecen. <sup>2</sup> La incidencia, la prevalencia y la severidad de esta enfermedad varían de un país a otro. Numerosos estudios han demostrado que la cancerización es un fenómeno relativamente complejo en el que actúan o participan varios factores y donde probablemente ninguno de ellos por sí solo sea capaz de originar una neoplasia. Esto justifica el criterio universal de que el cáncer es una enfermedad de causa multifactorial, que depende de la acción simultánea de factores sociales o conductuales, hereditarios y ambientales. <sup>3, 4</sup>

Se fueron conociendo tipos de cáncer específicamente en la piel como el basocelular (CBC) y epidermoide (CEC). <sup>5</sup>

El CEC es la segunda neoplasia maligna de piel más común: comprende aproximadamente 20% de los casos; sin embargo, tiene una tasa de mortalidad mayor que el CBC. Deriva de la proliferación de los queratinocitos de la epidermis y sus anexos, con capacidad de producir metástasis a ganglios regionales u otros órganos. Tiene un crecimiento rápido y aparece con frecuencia sobre lesiones precancerosas. <sup>6, 7</sup>

Existen factores de riesgo relacionados específicamente con el desarrollo de CEC, entre los que se encuentran zonas de inflamación crónica en la piel (quemaduras, lupus discoide, fístulas y osteomielitis), infecciones virales (VPH), tabaco, alcohol, entre otras.

<sup>6</sup>

El CEC es el segundo tumor más frecuente en los humanos y su incidencia, que se ha incrementado epidémicamente desde los años 60 del pasado siglo (aunque varía según las áreas geográficas), <sup>8</sup> es probable que se encuentre infra estimada. En las últimas 3



décadas, se ha calculado un aumento en la incidencia de CEC entre el 50 y el 300%.<sup>9,</sup>  
10

Variantes del Carcinoma Epidermoide de cavidad oral según sus características anatomoclínicas:

- Úlcera de bordes evergentes
- Úlcera plana
- Mancha eritematosa
- Mancha blanquecina
- Exofítica
- Úlcera hundida o Infiltrante
- Excavada
- Nodular submucosa
- Nodular vegetante<sup>11</sup>

El CEC puede tratarse de diversas formas dependiendo del riesgo de recurrencia locorregional y metástasis, factores de importancia a determinar al momento de elegir la terapéutica a emplear. Para el tratamiento se utiliza la resección quirúrgica convencional; para lesiones menores de dos centímetros, en regiones de bajo riesgo o con extensión hasta dermis, se sugieren márgenes de cuatro milímetros; para lesiones mayores de dos centímetros, regiones de alto riesgo o con extensión hasta celular subcutáneo, se requieren márgenes de seis milímetros.<sup>6</sup> El manejo farmacológico tópico está indicado exclusivamente en queratosis actínicas o enfermedad de Bowen. La crioterapia y el uso de electrofulguración o curetaje están indicados en lesiones pequeñas, enfermedad de Bowen y aquellas limitadas a regiones estéticamente sensibles como labios, párpados y oídos.<sup>6, 12</sup>

En todos los casos es necesario determinar la extensión de la enfermedad hacia ganglios linfáticos. En aquéllos con ganglios palpables o biopsia por aguja fina positiva deberá llevarse a cabo linfadenectomía regional con radioterapia adyuvante.<sup>6, 13</sup> Los individuos con CEC primarios resecaados tienen una supervivencia a cinco años superior al 90%; alrededor de 75% de las recurrencias se presentan en los primeros dos años y



el 95% en los primeros cinco. La supervivencia a cinco años disminuye drásticamente al 25% en los sujetos con enfermedad metastásica.<sup>6</sup>

El tamaño horizontal del tumor primario es un factor pronóstico bien conocido en el CEC. Diversos estudios han podido relacionar su influencia sobre el riesgo de recidiva local, de metástasis o de ambas.<sup>14-16</sup>

El cáncer constituye un grave problema de salud a nivel mundial. Se prevé que en el período comprendido de 2007 al 2030 la mortalidad por cáncer se incremente de 7,9 a 17 millones a nivel mundial. También, el número de casos nuevos aumentará de 11,3 millones a 15,5 millones de personas.

En Cuba, el Anuario Estadístico de Salud de Cuba de 2010, reporta que los tumores malignos ocupan el segundo lugar como causa de muerte y constituyen el primer lugar en varias provincias del país, solo superada por las enfermedades del corazón. El cáncer de labio, cavidad bucal y faringe ocupa el décimo lugar dentro de todas las neoplasias malignas, con una tasa de mortalidad de 5,9 por cada 100 000 habitantes.<sup>17</sup>

El carcinoma epidermoide presenta un alto grado de incidencia en la provincia Holguín. Debido a la elevada tasa de morbimortalidad por cáncer bucal en nuestra provincia nos motivamos a la realización del presente estudio. Además de profundizar a cerca del carcinoma epidermoide, resaltando el importante papel de la prevención como arma fundamental de los estomatólogos y en especial de la comunidad, enfatizando en nuestro objetivo de crear sanos y no de curar enfermos. Por lo anteriormente expuesto se decide realizar este trabajo con el objetivo: caracterizar del Carcinoma Epidermide bucal en el Hospital Clínico- Quirúrgico de Holguín, 2018.

Problema Científico: Caracterizar el Carcinoma Epidermide bucal en pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico- Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín" de Holguín en el período de septiembre 2017 - septiembre 2018.

## **II. MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio transversal en el período de septiembre 2017 a septiembre 2018 en el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico- Quirúrgico "Lucía Íñiguez



*Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)  
Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"  
Universidad de Ciencias Médicas de La Habana*



Landín", en el municipio Holguín, provincia Holguín. Con el objetivo de caracterizar el Carcinoma Epidermoide bucal en pacientes atendidos en dicho Servicio.

El universo estuvo constituido por 348 pacientes remitidos por el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico- Quirúrgico "Lucía Íñiguez Landín" en ese período, la muestra quedó conformada por los 27 pacientes diagnosticados con Carcinoma Epidermoide bucal.

La muestra se determinó utilizando un muestreo no probabilístico intencional, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: se incluyeron todos los pacientes ingresados con el diagnóstico de Carcinoma Epidermoide bucal en el período.

Criterios de exclusión: se excluyeron todos los pacientes diagnosticados con otras lesiones monitoreadas por el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal, cuyo diagnóstico clínico e histológico no se correspondió con Carcinoma Epidermoide bucal.

Variables de estudio: edad, sexo, factores de riesgo, región anatómica más afectada, estadio del tumor.

La información procedente del examen clínico del paciente y de la historia clínica hospitalaria, fue recopilada en una planilla confeccionada al efecto que recoge las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo, región anatómica, estadio del tumor, entre otros datos de relevancia.

Los datos obtenidos se llevaron a una ficha de procesamiento estadístico que recoge las variables planteadas anteriormente, y otros datos que resultan vitales para la investigación.

En computadora mediante el programa Microsoft Excel, se mostraron los resultados en tablas en datos porcentuales, se aplicó el test de Chi Cuadrado para evaluar diferencias estadísticas significativas. Los datos se procesaron en EPIDAT 4,1 (Xunta de Galicia, OPS, Universidad CES, 2014).

Esta investigación se aprobó por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Los pacientes dieron su consentimiento informado y los autores no refieren conflictos de intereses.



### III. RESULTADOS

En la relación entre grupos de edades y sexo (Tabla 1) se apreció que de un total de 27 pacientes examinados predomina el grupo etario de 60-74 años con un total de 14 pacientes para el 51.9%, seguido por el grupo de 35-59 años con 7 pacientes representando un 25.9%. En cuanto a la variable sexo se observa que predomina el sexo masculino con 15 pacientes para un 55.6%.

**Tabla 1.** Distribución de pacientes con Carcinoma Epidermoide bucal según sexo y grupos de edades. Hospital Clínico Quirúrgico de Holguín.

Grupos de edades (en años)	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
19-34	1	3,7	2	7,4	3	11,1
35-59	3	11,1	4	14,8	7	25,9
60-74	6	22,2	8	29,7	14	51,9
75 o +	2	7,4	1	3,7	3	11,1
Total	12	44,4	15	55,6	27	100,0

En la distribución según factor de riesgo (Tabla 2) se observó mayormente representado el hábito de fumar con 16 casos para un 59.3%, seguida por los traumatismos crónicos con 8 casos para un 29.7%.

**Tabla 2.** Distribución de pacientes con Carcinoma Epidermoide bucal según factores de riesgo. Hospital Clínico Quirúrgico de Holguín.

Factores de riesgo	<i>n</i>	%
Hábito de fumar	16	59,3
Consumo de alcohol	5	18,5
Trastornos nutricionales	6	22,2
Traumatismos Crónicos	8	29,7
Procesos inflamatorios y/o infecciosos	2	7,4



En la distribución según región anatómica más afectada (Tabla 3) se observó que la mayor cantidad de lesiones aparecieron en el paladar blando con 8 lesiones para un 29.7%, seguido por la lengua con 7 lesiones para un 25.7%.

**Tabla 3.** Distribución de pacientes con Carcinoma Epidermoide bucal según región anatómica más afectada. Hospital Clínico Quirúrgico de Holguín.

Región Anatómica	<i>n</i>	%
Mucosa labio superior	3	11,1
Mucosa labio inferior	4	14,8
Lengua	7	25,9
Encía superior	1	3,7
Encía inferior	0	0,0
Piso de boca	3	11,1
Mucosa de la mejilla	0	0,0
Paladar duro	1	3,7
Paladar blando	8	29,7
Total	27	100,0

En la distribución según estadio del tumor (Tabla 4) tenemos que la mayor cantidad de pacientes se encontraban en un estadio II con 12 casos para un 44.4%, seguidas por las del estadio I con 8 casos para un 29.7%.

**Tabla 4.** Distribución de pacientes con Carcinoma Epidermoide bucal según estadio del tumor. Hospital Clínico Quirúrgico de Holguín.

Estadio	<i>n</i>	%
Estadio I	8	29,7
Estadio II	12	44,4
Estadio III	5	18,5
Estadio IVA	2	7,4
Total	27	100,0



#### IV. DISCUSIÓN

En el presente estudio se observa predominio del sexo masculino con 15 pacientes para un 55.6%. *Álvarez E, Barbosa M, Gaviria AM*<sup>18, 19</sup> en la distribución por sexo se encontraron una ligera tendencia a presentarse más en hombres (57,9%) que en mujeres (42,1%). Resultado cercanos a los encontrados.

*García AO*<sup>20</sup> plantea que la frecuencia fue del 50% tanto para el género masculino como el femenino; lo que difiere de los resultados alcanzados.

Se coincide con *Salgado-Ramírez B, Rivera-Martínez CG, Altamirano-Díaz I*,<sup>21</sup> en cuyo estudio el 55% de los pacientes correspondieron al sexo masculino y 45% femenino; y con los estudios de *Cassinelli*<sup>22</sup> y *Castillo*,<sup>23</sup> quienes encontraron predominio masculino (52 – 59%).

Se aprecia que de un total de 27 pacientes examinados prevalece el grupo etario de 60-74 años para un 51.9%. Coincidiendo con *Álvarez E, Barbosa M, Gaviria AM*,<sup>19</sup> pues el grupo etario más afectado fue el de mayores de sesenta años con el 57% de los casos registrados.

Según *García AO*<sup>20</sup> el 94,4% se dio en pacientes mayores de 40 años, siendo el período más afectado la séptima década de vida (60-69 años) con el 31,5%, seguido de la sexta década de vida (50-59 años). Resultados similares a los obtenidos. En publicaciones recientes se alerta de la aparición de estas neoplasias en edades de 50 años o menos, y de pronóstico similar a los carcinomas orales de personas mayores.  
24,25

En la distribución según factor de riesgo se observó que el más representado fue el hábito de fumar con 16 casos para un 59.3% seguido por los traumatismos crónicos con 8 casos para un 29.7%. *Álvarez E, Barbosa M, Gaviria AM*<sup>19</sup> encontraron el antecedente de tabaquismo en aproximadamente el 67%, de los cuales 53% eran fumadores normales y 32 (14%) tenían el hábito de fumar de manera invertida. El segundo hábito detectado en estos pacientes fue el consumo de alcohol en el 29,8% de los casos.



De acuerdo con *García AO*<sup>20</sup> el 44,4% no presentaron ni el hábito de consumo de tabaco ni alcohol, pero si presentaron hábito de consumo de tabaco y alcohol el 27,8%, coincidiendo con *Cassinelli*<sup>22</sup> y *Castillo*.<sup>23</sup>

Muchos investigadores relacionan el consumo de tabaco y alcohol con la presencia de la enfermedad.<sup>20</sup> Si ambos factores de riesgo están combinados existen mayores posibilidades de aparición de cáncer.<sup>26-27</sup> Resultados que distan de los obtenidos.

La distribución según región anatómica arrojó que la mayor cantidad de lesiones aparecieron en paladar blando con 8 lesiones para un 29.7%, seguida por las localizadas en la lengua con 7 lesiones para un 25.7%. En el estudio de *Álvarez E, Barbosa M, Gaviria AM*<sup>19</sup> la lengua fue el sitio más afectado con el 30% de casos, seguido por el suelo de la boca (20,7%) y la suma de paladar blando y duro en el 17,7% de los casos. *García AO*<sup>20</sup> de acuerdo a la localización anatómica distribuyó en la lengua (55,6%), reborde alveolar/encía (13,0%), lo que coincide con los resultados obtenidos por *Cassinelli*<sup>22</sup> y *Castillo*.<sup>23</sup>

En la distribución según estadio del tumor la mayor cantidad se encontraron en un estadio II con 12 casos para un 44.4%, seguido por el estadio I con 8 casos para un 29.7%.

En el estudio de *Álvarez E, Barbosa M, Gaviria AM*<sup>19</sup> los estadios tumorales más reportados fueron los más avanzados, el estadio IV (55,1%) y el III (19,8%). *García AO*<sup>20</sup> obtuvo al Estadio III con el 40,8%, seguido del Estadio II con el 33,3%. Atribuido un menor conocimiento y difusión de la enfermedad,<sup>20</sup> Resultados que difieren del presente estudio.

Los valores de este estudio posiblemente se deban a que en Cuba existe un Programa Nacional de Diagnóstico de Cáncer Bucal (PNDCB) el cual plantea entre sus funciones la búsqueda masiva de lesiones del complejo bucal a todos los sujetos mayores de 15 años con el objetivo fundamental de detectar estas en etapas tempranas.<sup>20</sup>

## **V. CONCLUSIONES**

A pesar de la existencia en Cuba del Examen de Precoz Detección del Cáncer Bucal (EPDCB), se diagnostican numerosos casos; ya sea por descuidos del equipo de salud,



o hábitos o irresponsabilidad de los pacientes. Por lo que se hace importante aplicar temprana y oportunamente el programa de detección precoz del cáncer bucal para así poder actuar sobre la enfermedad y lograr mejores resultados.

### Referencias bibliográficas

1. Hahn WC, Weinberg RA. Rules for making human tumor cells. N England J Med 2012; 347:1593-603.
2. Cuba, MINSAP. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. La Habana: ECIMED; 2017.
3. Sociedad Americana Contra El Cáncer. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2018-2020. Atlanta: Sociedad Americana Contra El Cáncer. 2018. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos-2018-2020-spanish.pdf&ved=2ahUKEwj8quzbia3sAhWHtVvKkHeW\\_CakQFjACegQIAxAB&usq=AOvVaw1GbqkTb4ZN4cyv-nhV1Bee](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos/cancer-facts-and-figures-for-hispanics-and-latinos-2018-2020-spanish.pdf&ved=2ahUKEwj8quzbia3sAhWHtVvKkHeW_CakQFjACegQIAxAB&usq=AOvVaw1GbqkTb4ZN4cyv-nhV1Bee)
4. Cronin K, Lake A, Scott S, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer Part I: National Cancer Statistics. Cancer. 2018; 124(13):2785-2800.
5. Cardona M, Castellanos AP, García V, Fierro L., Mercadillo P. Prevalencia de patrones histológicos agresivos de carcinoma basocelular en pacientes menores de 40 años. Experiencia de cinco años en el Hospital General de México. Dermatol Rev Mex 2013; 57:149-154.
6. Telich JE, Monter A, Baldín AV, Apellaniz A. Diagnóstico y tratamiento de los tumores malignos de piel. ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES. Volumen 15, No. 2, abril-junio 2017. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/actamedica>
7. Veierød MB, Couto E, Lund E, Adami HO, Weiderpass E. Host characteristics, sun exposure, indoor tanning and risk of squamous cell carcinoma of the skin. Int J Cancer. 2014; 135 (2): 413-422.
8. Cañueto J, Román-Curto C, Pronóstico y tratamiento del carcinoma epidermoide cutáneo. Piel (Barc). 2017; 33(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2017.01.013>
9. Brougham ND, Tan ST. The incidence and risk factors of metastasis for cutaneous squamous cell carcinoma— implications on the T-classification system. J Surg Oncol. 2014; 110(7). Disponible en: <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Frefhub.elsevier.com%2FS0213-9251%2817%2930062-X%2Fsbref0525>
10. Prieto-Granada C, Rodriguez-Waitkus P. Cutaneous squamous cell carcinoma and related entities: Epidemiology, clinical and histological features, and basic science overview. Curr Probl Cancer. 2015; 39 (4): 206-215.
11. Santana JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2da edición. La Habana: ECIMED, 2010.
12. Metterle L, Russell JS, Patel NS. An overview of the medical management of nonmelanoma skin cancer. Curr Probl Cancer. 2015; 39 (4): 226-226.
13. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Squamous cell skin cancer, Version 1.2016. Disponible en: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp)



14. Krediet JT, Beyer M, Lenz K, Ulrich C, Lange-Asschenfeldt B, Stockfleth E, et al. Sentinel lymph node biopsy and risk factors for predicting metastasis in cutaneous squamous cell carcinoma. *Br J Dermatol.* 2015; 172:1029–36. Disponible en: <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Frefhub.elsevier.com%2FS0213-9251%2817%2930062-X%2Fsbref0605>
15. Wermker K, Kluwig J, Schipmann S, Klein M, Schulze HJ, Hallermann C. Prediction score for lymph node metastasis from cutaneous squamous cell carcinoma of the external ear. *Eur J Surg Oncol.* 2015; 41:128–35. Disponible en: <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Frefhub.elsevier.com%2FS0213-9251%2817%2930062-X%2Fsbref0615>
16. Thompson AK, Kelley BF, Prokop LJ, Murad MH, Baum CL. Risk factors for cutaneous squamous cell carcinoma recurrence, metastasis, and disease-specific death: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2016; 152:419–28. Disponible en: <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Frefhub.elsevier.com%2FS0213-9251%2817%2930062-X%2Fsbref0620>
17. Mejía María V.A, Velásquez M.M, Biología e inmunopatogénesis del carcinoma espinocelular y el basocelular, *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2013; 21: 2 (Abril-Junio), 159-168.
18. Ribeiro IL, Medeiros JJ, Rodrigues LV, Valença AM, Lima Neto E de A. Factors associated with lip and oral cavity cancer. *Rev Bras Epidemiol [revista en Internet].* 2015 [cited 24 Abr 2018]; 18 (3): [aprox. 10p]. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2015000300618](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2015000300618)
19. Álvarez E, Barbosa M, Gaviria AM. Comportamiento clínico-epidemiológico del carcinoma escamocelular bucal de pacientes tratados en el hospital universitario San Vicente de Paúl (husvp), Medellín, entre enero de 1990 y diciembre de 1996. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia.* 2005; 16 (1 y 2): 26- 32.
20. García AO. Prevalencia del carcinoma epidermoide oral en pacientes de dos hospitales de salud pública- Perú en el periodo 2006- 2009. [Tesis para Cirujano Dentista]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Odontología; 2010. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2163/1/garcia\\_la.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2163/1/garcia_la.pdf)
21. Salgado-Ramírez B, Rivera-Martínez CG, Altamirano-Díaz I. Frecuencia de carcinoma de cavidad oral en un Hospital de tercer nivel. *Rev Sanid Milit Mex* 2014; 68(3) May -Jun: 172-176.
22. Cassinelli Morón, Viviana. Estudio epidemiológico de carcinoma epidermoide de mucosa oral libre en el INEN (1980-1 989). Lima: UPCH 1993
23. Castillo Cevallos, Silvia. Estudio epidemiológico de carcinoma epidermoide de mucosa oral adherida a periostio en el INEN (1980 – 1989). Lima: UPCH 1993.
24. Verdecia Jiménez AI, Álvarez Infantes E, Parra Lahens J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. *CCM [revista en Internet].* 2014 [cited 24 Feb 2018]; 18 (1): [aprox. 7p]. Available from: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000100007&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100007&lng=es)
25. Batista Marrero K, Niño Peña A, Martínez Cañete M. Rol de los factores ambientales en la aparición del cáncer bucal. *CCM [revista en Internet].* 2014 [cited 16 May 2018]; 18 (3): [aprox. 7p]. Available from: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000300014&lng=es](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300014&lng=es)
26. Rodríguez Ricardo E, Santana Fernández KA, Fong González Y, Rey Ferrales Y, Jacas Gómez MJ, Quevedo Peillón K. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer



*Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual)*  
*Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez"*  
*Universidad de Ciencias Médicas de La Habana*



- bucal. AMC [revista en Internet]. 2014 [cited 16 May 2018]; 18 (6): [aprox. 14p]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552014000600007&lng=e](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552014000600007&lng=e)
27. Mateo-Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. Av Odontostomatol [revista en Internet]. 2015 [cited 16 May 2018] ; 31 (4): [aprox. 5p]. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852015000400002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000400002&lng=es)