

Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal

Assessment of the program of early detection of oral cancer

Dr. Emilio Rodríguez Ricardo ^I, Dr. Kadir Argelio Santana Fernández ^I Dra. Yaivet Fong González ^{II}, Dra. Yusleine Rey Ferrales ^I, Dr. Manuel Jesús Jacas Gómez ^I, Dra. Karelía Quevedo Peillón ^I

I Policlínico Camilo Torres. Santiago de Cuba. Cuba.

II Hospital Juan Bruno Zayas. Santiago de Cuba. Cuba.

RESUMEN

Fundamento: el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población contiene el Programa de Detección de Cáncer Bucal. El carcinoma de cavidad bucal es la octava causa de muerte en Cuba.

Objetivo: evaluar el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en el servicio estomatológico del Policlínico Camilo Torres.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el servicio estomatológico del Policlínico Camilo Torres Restrepo desde enero de 2012 y octubre de 2013. El universo estuvo constituido por 35 pacientes remitidos a la consulta del Programa de Detección de Cáncer Bucal. Las principales variables fueron: edad, sexo, factores de riesgo tales como el alcoholismo, tabaquismo, ingestión de café; tipo de lesión, localización de las mismas y nivel de conocimiento de los pacientes sobre el Programa de Detección de Cáncer Bucal.

Resultados: el sexo más afectado fue el masculino, el grupo de edad 19-59 años, la leucoplasia fue la lesión más importante, la localización de la mucosa del carrillo y el nivel de conocimiento de la población fue regular.

Conclusiones: el Programa de Detección de Cáncer Bucal debe incrementar su funcionalidad en nuestra área de salud y debe cumplir los objetivos para el cual fue creado.

DECS: EVALUACIÓN DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE SALUD; NEOPLASIAS DE LA BOCA; LEUCOPLASIA BUCAL; FACTORES DE RIESGO; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA.

ABSTRACT

Background: the National Program of Comprehensive Stomatological Attention for the Population includes the Oral Cancer Detection Program. Oral cavity carcinoma is the eighth cause of death in Cuba.

Objective: to assess the Oral Cancer Detection Program in the stomatological service of the Camilo Torres Restrepo Polyclinic.

Method: a retrospective, descriptive study was conducted in the Camilo Torres Restrepo Polyclinic from January, 2012 to October, 2013. The universe was composed of 35 patients referred to the consultation of the Oral Cancer Detection Program. The main variables were: age; sex; risk factors like alcoholism, smoking habits, and coffee consumption; type of lesion and its position; and the level of knowledge of the patients about the Oral Cancer Detection Program.

Results: the most affected sex was male; the most affected age group was 19-59 years old; leukoplakia was the most significant lesion; the location of the cheek mucosa and the level of knowledge of the population were regular.

Conclusions: the Oral Cancer Detection Program must increase its usefulness in our health area and fulfill the objectives it was created with.

DECS: PROGRAM EVALUATION; MOUTH NEOPLASMS; LEUKOPLAKIA, ORAL; RISK FACTORS; EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un factor importante de la carga mundial de morbilidad y lo será cada vez más en los decenios venideros. Se estima que el número anual de casos nuevos pasará de los 10 millones registrados en 2000 a 15 millones antes de 2020. Cerca de 60 % de estos casos nuevos se presentarán en las regiones menos desarrolladas del planeta. De los 10 millones anuales de casos nuevos de cáncer, 4,7 millones se registran en los países más desarrollados y casi 5,5 millones en los menos desarrollados.¹⁻³

En Los Estados Unidos, tres de cada 100 personas padecen de cáncer orofaríngeo y en Argentina entre tres y cinco de cada 100 personas padecen de neoplasias bucales.⁴ En Cuba, el cáncer bucal se mantiene entre las diez primeras localizaciones de tumores, desde el año 1970 ocupa entre el séptimo y décimo lugar⁴. Al comparar el año 2011 con 1970, la tasa de mortalidad ha sufrido un incremento del 23,8%, a razón de tres hombres por cada mujer; hoy representa la octava causa de muerte en nuestro país.⁵

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población en Cuba, contiene el Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB), que a su vez integra el Programa de Control de Cáncer. El Ministerio de Salud Pública cubano en 1986 dispuso con carácter oficial el PDCB, que tiene como objetivos la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. Se estableció así, que al seguir la metodología de examen de la cavidad 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.⁶

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 vida; según estadísticas cubanas para las mujeres la aparición es más tardía que para los hombres, es decir de 50-70 años y 60-80 años respectivamente. 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.⁷

Entre los factores que hacen que el paciente tenga un riesgo mayor de desarrollar un cáncer, pueden mencionarse algunos como el envejecimiento, hábito de fumar, el alcohol, algún tipo de anemia, alimentación, alteraciones del medio ambiente y estados de inmunosupresión.^{8, 9}

El hábito de fumar y el alcoholismo se consideran como factores de riesgo en la carcinogénesis bucal, oscilando ambos en un 75 %. En la literatura consultada se reporta una

alta asociación del cáncer con el hábito de fumar y el mascar tabaco, así como el alcoholismo en los pacientes con estas afecciones. El uso de pipa y la ingestión de café explican su aparición por su acción irritante local. Asimismo las comidas muy condimentadas o muy calientes también actúan como irritantes locales de la mucosa oral.¹⁰

El carcinoma de células escamosas es también denominado carcinoma epidermoide, carcinoma escamocelular y carcinoma espinocelular. Se considera una neoplasia maligna que se origina en la mucosa bucal y es el más común en la cavidad bucal. En la mayoría de los casos reportados la lengua fue la ubicación topográfica más frecuente para la aparición y desarrollo de este tipo de lesiones, sin embargo, hubo variaciones significativas en cuanto a la ubicación en la cavidad bucal. Se consideró un grave problema de salud pública, incluso en la India, donde la tasa de incidencia en hombres fue mayor de 6,5 por cada 100 000 habitantes por año. En algunos países europeos como Francia, donde la tasa de incidencia estuvo por encima de 8 por cada 100 000 habitantes por año, causó graves problemas de morbilidad y mortalidad.¹¹

Actualmente, la prevención y promoción de salud ocupan un lugar cimero en el mundo de la Estomatología, por lo que se impone evaluar y renovar los programas de forma tal que sea cada vez más preventiva y educacional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Para ejecutar las medidas de prevención, en sus distintas etapas, no solo es imprescindible la preparación del estomatólogo en los aspectos clínico-epidemiológicos del cáncer bucal a nivel de su profesionalidad, sino también en la interiorización de los objetivos del programa y la necesidad de desarrollar métodos educativos específicos.^{9, 12}

En la provincia de Santiago de Cuba, la prevalencia del cáncer está entre las ocho primeras causas de muerte, pues los pacientes con dicha enfermedad son detectados en estadíos avanzados. La provincia no posee registros estadísticos relativos al tema, lo que motivó a la evaluación efectiva del programa, al tener en cuenta el bajo costo al implementarse y su acción preventiva.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, con el propósito de evaluar el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en el servicio estomatológico del Policlínico Camilo Torres

desde enero de 2012 a octubre de 2013. El universo estuvo constituido por 35 pacientes remitidos a la consulta de PDCB para realización de biopsias. Se plasmaron en la historia clínica individual datos tales como: edad, sexo, hábitos tóxicos y dietéticos, uso de prótesis e inasistencia al estomatólogo. Los resultados se muestran en tablas, se procesaron en forma computarizada y se obtuvieron estadísticas descriptivas expresadas en porcentaje.

Las variables que se utilizaron fueron las siguientes: edad, sexo, factores de riesgo: tabaquismo (cigarrillo, tabaco o fumador invertido), alcoholismo, ingestión de café, higiene bucal deficiente, prótesis desajustada, comidas muy calientes o muy condimentadas.

Tipo de lesión: leucoplasia, eritroplasias.

Carcinomas:

Neoplasias benignas: hemangioma, papiloma, lipoma, fibroma, nevus.

Localizaciones anatómicas más frecuentes de las lesiones: labio superior, labio inferior, carrillos, surcos vestibulares, encías, reborde alveolar, paladar duro y blando, lengua móvil y fija, piso o suelo de boca y orofaringe.

Diagnóstico inicial, diagnóstico final

Nivel de conocimiento:

-Bueno: aquellos que contestaron bien más del 80 % las preguntas realizadas.

-Regular: aquellos que contestaron bien del 75 % al 80 % de las preguntas realizadas

-Malo: aquellos que contestaron bien menos del 75 % de las preguntas realizadas.

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica en la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, a través de la búsqueda en Internet, así como en la biblioteca de la Clínica Estomatológica Provincial Docente de Santiago de Cuba, el policlínico Camilo Torres Restrepo, y el Hospital Oncológico Conrado Benítez García.

Para la obtención de los datos se efectuó en la consulta estomatológica de la clínica, la confección de la historia clínica individual y el llenado de una planilla de vaciamiento formulada por los autores en el trabajo de campo y el llenado de la planilla de remisión a la consulta de PDCB modelo 47-22-1, en la cual se plasmaron los datos de interés para el estomatólogo. Los datos se obtuvieron mediante el interrogatorio y el examen clínico.

Los pacientes dieron su consentimiento para participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado. Para la ejecución de este estudio se aplicó un formulario el cual constó de cuatro preguntas que recogieron datos sobre el nivel de conocimiento de los

pacientes sobre el PDCB, el autoexamen, los hábitos perjudiciales así como la frecuencia de visita al estomatólogo.

RESULTADOS

Con respecto a la distribución de los pacientes con lesiones según la edad, el grupo más afectado fue el de 19 y 59 años, lo que representó el 74,3 % de la muestra estudiada; predominó el sexo femenino para un 54 % de los casos remitidos. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los pacientes con lesiones según edad y sexo

Grupos de edades	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-18	-	-	-	-	-	-
19-59	16	84,2	10	62,5	26	74,3
60-+	3	15,8	6	37,5	9	25,7
Total	19	54,3	16	45,7	35	100

Fuente: Historias clínicas y Modelo 47-22-1 (Remisión de Paciente a la Unidad)

Sobre la distribución de los pacientes con lesiones bucales según sexo, predominó la leucoplasia (48,6 %), el sexo masculino fue el más afectado para un 68,3 %. Le siguió en segundo lugar el nevus para un 17,1 % de igual manera en ambos sexos. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de los pacientes con lesiones bucales según sexo

Tipo de lesión	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leucoplasias	6	31,6	11	68,3	17	48,6
Eritroplasias	-	-	-	-	-	-
Neoplasias malignas	-	-	-	-	-	-
Épulis fisurado	2	10,5	-	-	2	5,7
Hiperplasia	1	5,3	-	-	1	2,9
Hemangioma	1	5,3	1	6,3	2	5,7
Papiloma	1	5,3	-	-	1	2,9
Lipoma	2	10,5	-	-	2	5,7
Fibroma	2	10,5	-	-	2	5,7
Nevus	3	16,8	3	18,8	6	17,1
Fibrosis	-	-	1	6,3	1	2,9
Hiperqueratosis	1	5,3	-	-	1	2,9
Total	19	54,3	16	45,7	35	100

Fuente: Historias clínicas y Modelo 47-22-1(Remisión de Paciente a la Unidad)

Con respecto a la localización o región anatómica, la región más significativa en localización de las lesiones fue la cavidad bucal con un 68,6 %, específicamente la mucosa del carrillo fue la zona donde se encontraron la mayoría de las lesiones para un 34,3 %. Otra región anatómica de importancia fue la parte móvil de la lengua con un 14,3 % de las lesiones que se registraron. Con respecto a los labios, el labio inferior fue el más afectado (17,1 %). (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de las lesiones del complejo bucal según las localizaciones anatómicas más afectadas en los pacientes remitidos

Localización anatómica	Nº	%	Sitio anatómico	Nº	%
Labio	11	31,4	Labio superior	4	11,4
			Labio inferior	6	17,1
			Comisura labial	1	2,9
			Mucosa del carrillo	12	34,3
Cavidad Bucal	24	68,6	Lengua parte móvil	5	14,3
			Base de la lengua	-	-
			Suelo de boca	1	2,9
			Paladar duro	-	-
			Paladar blando	-	-
			Encía o reborde superior	2	5,7
			Encía o reborde inferior	3	8,6
			Espacio retromolar	1	2,9
			Otra localización	-	-
			Total	35	100

Fuentes: Historia clínicas.

Según los factores de riesgo estudiados relacionados con lesiones bucales en los pacientes remitidos, se obtuvo que el principal hábito nocivo fue el tabaco al estar presente en el 45,7 % de los casos vistos, le siguieron la ingestión de café y prótesis mal ajustadas, ambas con un 11,1 %. (Tabla 4)

Tabla 4. Factores de riesgo estudiados relacionados con lesiones bucales en los pacientes remitidos

Factores de riesgo	Cantidad de pacientes	%	Cantidad de pacientes con lesiones relacionadas a hábitos	%
Hábito de fumar	16	45,7	11	61,1
Ingestión de café caliente.	8	22,9	2	11,1
Alcoholismo	2	5,7	1	5,6
Mala higiene bucal	4	11,4	1	5,6
Comidas muy calientes o condimentadas	8	22,9	1	5,6
Prótesis mal ajustadas	4	11,4	2	11,1
Total pacientes diagnosticados	35	100	18	100

Fuente: Historia Clínica

Con respecto a la coincidencia de los diagnósticos inicial o presuntivo con los diagnósticos definitivos emitidos por muestra de biopsias, se obtuvo un 70,3 % de coincidencia. Los principales diagnósticos que no coincidieron fueron la leucoplasia y el liquen plano.

El nivel de conocimiento de la población encuestada sobre el PDCB y sobre el autoexamen bucal es regular con un 55,5 % y 69,8 % respectivamente.

DISCUSIÓN

El virus del papiloma humano (VPH) cada vez está más relacionado con las causas del carcinoma epidermoide originado en mucosas de cabeza y cuello, aunque el mecanismo de transmisión y la relación causa-efecto son aún controvertidas.¹³

Se ha detectado el virus en carcinoma bucal de células escamosas en una proporción de 50 %, así como en lesiones benignas de mucosa bucal, donde se encontró HPV de bajo y alto riesgo oncogénico.¹⁴

Se coincide con resultados de otras investigaciones, donde es más frecuente el grupo de edad 19-59 años y la aparición incrementada linealmente después de los 40 años.^{1, 2,6, 15} También es importante destacar que no se reportaron casos de lesiones bucales en menores de 18 años, pero que tampoco quiere decir que no se debería realizar un correcto examen en este grupo de edad porque se describe un grupo importante de defunciones por carcinomas epidermoide en pacientes que comprenden este grupo etario.

Con relación al sexo los resultados del presente estudio concordaron con Suarez García, et al,¹⁶ y Mora Alpizar, et al,¹⁰ y discreparon con Quintana Díaz, et al,¹⁷ donde el sexo más afectado fue el femenino. Muchos autores afirman que las féminas son las que más acuden al estomatólogo por cuestiones estéticas, no obstante, el sexo masculino es el más afectado por los factores de riesgo y por el envejecimiento.¹⁸

La leucoplasia fue la lesión más frecuente en el estudio y concuerda con Miranda Tarragó, et al,⁶ Quintana Díaz, et al,¹⁷ y Batista Castro, et al.¹⁸ La leucoplasia puede vincularse con el hábito de fumar, predomina en los hombres desde edades tempranas.

Un cigarro contiene cerca de 4 000 químicos, muchos de ellos venenosos en altas dosis.¹⁸ Algunos de los peores son: la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno. Cada vez que se inhala humo de un cigarro, pequeñas cantidades de estos químicos van hacia la sangre a través de los pulmones, viajan por todas las partes del cuerpo y deterioran la salud del individuo y de quienes lo rodean.¹⁹⁻²¹

El uso de prótesis dentales, sobre todo si están mal ajustadas, provoca lesiones que pueden ser asintomáticas o pasar inadvertidas durante años.^{2,10,22}

En Cuba la prevalencia del alcoholismo oscila entre el 7 y el 10 % de la población, uno de los más bajos de Latinoamérica, aunque se ha observado con preocupación que el consumo de alcohol ha aumentado en los últimos años.^{6, 23}

La certeza de que la mayoría de los melanomas tienen su origen en nevos pre-existentes,² obliga a realizar la excéresis profiláctica de toda mancha melánica bucal, aún cuando pueda ser un acúmulo metálico, ya que, clínicamente es muy difícil realizar su diagnóstico diferencial y es imprescindible la biopsia.

El presente estudio y Miranda Tarragó, et al,⁶ coincidieron con la mucosa del carrillo como mayor localización de las lesiones y no coincidió con Mora Alpízar, et al,⁸ quien encontró como localización más relevante los labios. La localización del labio superior fue la de segunda aparición y se asocia a mayor exposición de los rayos solares. Igualmente Ariosa JC, et al,²² encontró el labio como mayor localización.^{2, 24}

Con respecto a la coincidencia de los diagnósticos inicial o presuntivo con los diagnósticos definitivos emitidos por muestra de biopsias, se obtuvo un elevado porcentaje, esto demuestra el alto nivel científico y docente del personal que trabaja en nuestra clínica, al tener en cuenta que la mayoría de estas lesiones estaban en estadios incipientes haciéndolas muy difíciles de diferenciar con otras enfermedades frecuentes en la boca.²⁴

CONCLUSIONES

El PDCB debe incrementar su funcionalidad en el área de salud. Los médicos de familia en coordinación con el estomatólogo del área, deben aumentar los casos examinados, no sólo entre los grupos de riesgo, sino en la población aparentemente sana y sobre todo en la tercera edad, se debe insistir en la importancia del autoexamen bucal mediante divulgación y charlas educativas, como acción básica en la detección precoz de lesiones bucales o de otro tipo.

Estos datos obligan a realizar una intervención educativa para modificar el nivel de conocimiento de la población sobre las temáticas antes expuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de prevención de cáncer. Ginebra: OMS; 2002.

2. Santana JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
3. Morales Navarro D, Rodríguez Lay L, García Jordán M. Importancia del Programa de Detección Temprana del cáncer bucal en Cuba. Rev haban cienc méd [Internet]. Nov 2009 [citado 11 Ene 2014];8(4):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400012&lng=es.
4. Verdecia Jiménez Ana Iris, Álvarez Infantes Elisa, Parra Lahens Julita. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. CCM [Internet]. Mar 2014 [citado 15 Ago 2014];18(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100007&lng=es.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico 2011. La Habana: MINSAP; 2012.
6. Miranda Tarragó JD, Fernández Ramírez L, García Heredia GL, Rodríguez Pérez I, Trujillo Miranda E. Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana. 1999-2006. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Dic 2010 [citado 2 Abr 2014];47(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000400001&lng=es.
7. Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Mar 2006 [citado 1 Abr 2014];43(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003&lng=es.
8. Ros Lluch N, Chimenos Küstner E, López López J. Alimentos contra el cáncer oral. Av Odontoestomatol [Internet]. Jun 2009 [citado 15 Jul 2013];25(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Mendoza Fernández M, Ordaz González AM, Abreu Noroña A del C, Romero Pérez O, García Mena M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. Rev Ciencias Médicas [Internet]. Ago 2013 [citado 12 Abr 2014];17(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400004&lng=es.
10. Mora Alpízar M del C, Montenegro Valera I, Pérez Martell T, Rodríguez Hernández AL. Programa de pesquiasaje del cáncer bucal: Su impacto en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Jun 2001 [citado 10 Abr 2014];17(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300006&lng=es.

11. Antunes Freitas D, Moura Pereira M, Moreira G, Fang Mercado L, Díaz Caballero A. Cáncer de lengua en un paciente con Alzheimer. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Jun 2011 [citado 12 Abr 2013];48(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000200008&lng=es.
12. Espeso Nápoles N, Rivacoba Novoa E, Fernández Franch N, Mulet García M. Intervención educativo-curativa en salud bucal para el adulto mayor institucionalizado en casas de abuelos. Revista Cubana de estomatología [Internet]. Dic 2009 [citado 3 Jul 2013];10(2):[aprox. 1 p.]. Disponible en:
[http://bvs.sld.cu/revistas/est/supl_01_10/02%20\(Estomatol%20Gral%20Integ\).htm#egi05](http://bvs.sld.cu/revistas/est/supl_01_10/02%20(Estomatol%20Gral%20Integ).htm#egi05)
13. Gallegos Hernández JF. Virus del papiloma humano asociado con cáncer de cabeza y cuello. Cir Ciruj [Internet]. 2007 [citado 1 Sep 2014];75:[aprox. 6 p.]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2007/cc073b.pdf>
14. Medina ML, Medina MG. Valoración diagnóstica de técnicas moleculares para detección de infección bucal por virus del papiloma humano. Rev costarric salud pública [Internet]. 2012 [citado 10 Sep 2014];21(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292012000200013&lng=en&nrm=iso
15. Colectivo de Autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
16. Suarez García R, Pérez Martínez CY, Fernández Rojas L, Pérez Pupo A. Caracterización de adultos mayores con cáncer de cabeza y cuello. CCM [Internet]. Jun 2013 [citado 12 Abr 2014];17(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000200002&lng=es.
17. Quintana Díaz JC, Fernández Fregio MJ, Laborde Ramos R. Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Dic 2004 [citado 2 Abr 2014];41(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300007&lng=es
17. Laplace Pérez Beatriz de las N, Legrá Matos SM, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suárez L, Castellanos Almestoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM [revista en la Internet]. Dic 2013 [citado 2 Abr 2014];17(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es.
18. Batista Castro Z, Rodríguez Pérez I, Miranda Tarragó J, Rengifo Calzado E, Rodríguez Obaya T, Fernández Jiménez ME. Caracterización histopatológica de la leucoplasia bucal en La Habana durante 10 años. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Dic 2011 [citado 8 Abr

2014];48(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000400004&lng=es.

19. Al-Shammari KF, Moussa MA, Al-Ansari JM. Dental patient awareness of smoking effects on oral health: comparison of smokers and non-smokers. J Dent. 2006;34:173-8.

20. Traviesas Herrera EM, Márquez Arguellez D, Rodríguez Llanes R, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Sep 2011 [citado 12 Mar 2014];48(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300009&lng=es.

21. García E, Lima G, Aldana L, Casanova P, Feliciano V. Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2004 [citado 19 Abr 2013];33(3):[aprox. 9 p.].

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 [Internet]. 2006 [citado 19 Abr 2013];28(6):[aprox. 10 p.].

Disponible en:

<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema11.htm>

23. Nicot RF, Delgado I, Soto G. Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. Rev Cubana Estomatol. 1995;32(2):60-3.

24. López Cruz E, Marrero fente A, Zayas Bazán SC, Agüero Díaz A. Evaluación del Programa Nacional de Diagnóstico precoz del Cáncer Bucal en 7 años. AMC [Internet]. 2003 [citado 31 Ago 2014];7(5):[aprox. 12 p.]. Disponible en:

http://www.amc.sld.cu/amc/2003/v7supl1/770.pdf?origin=publication_detail

Recibido: 1 de mayo de 2014

Aprobado: 9 de octubre de 2014

Dr. Kadir Argelio Santana Fernández. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Policlínico Camilo Torres Restrepo.
kadir.santana@medired.scu.sld.cu