

Lesiones proliferativas más frecuentes del complejo bucomaxilofacial

Most frequent proliferative lesions of the Buco Maxillofacial Complex

Dra. Katia Barceló López, Dr. Rafael Delgado Fernández, Dr. Agustín Rodríguez Soto

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las lesiones proliferativas son entidades que se presentan en la cavidad bucal. Algunas son de origen traumático y otras son neoplasias. Con frecuencia no son bien diagnosticadas en la clínica, por la similitud que pueden presentarse entre ellas.

Objetivo: determinar las características de las lesiones proliferativas diagnosticadas y la coincidencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico.

Método: se realizó un estudio retrospectivo de las biopsias procesadas en cinco años en el Departamento de Patología de la Facultad de Estomatología de La Habana atendiendo a edad y sexo del paciente, tipo de lesión, localización anatómica y coincidencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico.

Resultados: se encontró que de las lesiones proliferativas, las pseudotumorales aportaron el 18,1 % y las neoplasias benignas el 5,8 %. En el grupo de edad de 10 a 19 años las lesiones pseudotumorales representaron el 7,78 % y las neoplasias benignas el 1,78 %. En el grupo de 60 años o más, las lesiones pseudotumorales aportaron el 22,67 % del total de lesiones proliferativas. El sexo femenino resultó afectado por lesiones pseudotumorales en 61,3 % y las neoplasias benignas afectaron al sexo masculino en un 55 %. La hiperplasia fibroepitelial representó el 54,22 % de las pseudotumorales, mientras que el nevus aportó el 8,67 % entre las neoplasias benignas. Los diagnósticos clínicos de las lesiones pseudotumorales coincidieron en un 50,4 % con los histológicos, para las neoplasias benignas la coincidencia fue del 53,2 %.

Conclusiones: las lesiones pseudotumorales predominaron sobre las neoplasias benignas, con un incremento marcado de ambos tipos de lesiones a partir de los 40 años. En el sexo femenino predominaron las lesiones pseudotumorales, y en el masculino predominaron las neoplasias benignas. Se encontró una baja coincidencia entre el diagnóstico clínico e histopatológico para ambos tipos de lesiones.

Palabras clave: lesiones proliferativas, lesiones pseudotumorales, neoplasias benignas.

ABSTRACT

Introduction: proliferative lesions are entities that are present in the buccal cavity. Some of them are of traumatic origin and others are neoplasias. Frequently, they are not well diagnosed in the clinical practice because of the similarity that can exist among them.

Objective: to determine the characteristics of the proliferative lesions diagnosed and the coincidences between clinical and histopathological diagnosis

Method: a retrospective study of the biopsies processed during five years in the Department of Oral Pathology of the Faculty of Stomatology of Havana was conducted dealing with age, sex, type of lesion, anatomic location and similarities between the clinical and histopathological diagnosis.

Results: it was found that, of the proliferative lesions, the pseudotumoral ones reported the 18.1 % and the benign neoplasias, the 5.8 %. In the age group 10-19 years, pseudotumoral lesions represented the 7.78 % and the benign neoplasias the 1,78 %. In the group of 60 years or older, pseudotumoral lesions reported the 22.67 % of the total of proliferative lesions. The female sex resulted to be affected by pseudotumoral lesions in a 61,3 % and the benign neoplasias effected the male sex in a 55 %. Fibroepithelial hyperplasia represented the 54.22 % of the pseudotumoral ones, whereas the nevus reported the 8.67 % among the benign neoplasias. The clinical diagnosis of the pseudotumoral lesions matched up a 50.4 % with the histological; for benign neoplasias, the coincidence was 53.2 %.

Conclusions: pseudotumoural lesions predominated on benign neoplasias, with a marked increase in both types of lesions after 40 years. Pseudotumoural lesions predominated in the female sex, whereas the benign neoplasias predominated in the male sex. There was a low coincidence between the clinical and histopathological diagnosis for both types of lesions.

Key words: proliferative lesions, pseudotumoral lesions, benign neoplasias.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones proliferativas benignas de la cavidad bucal forman un grupo heterogéneo de alteraciones, cuya característica común es su aparición en forma de aumento de volumen en diferentes regiones de la cavidad bucal. Las mismas han sido objeto de estudio por otros autores como *Tinoco y Zalazar*; en 1989 realizaron un estudio sobre las lesiones proliferativas benignas atendiendo a la importancia

que ellas representan desde el punto de vista clínico para el paciente. Estas lesiones en dependencia de su tipo y característica pueden interferir como elemento obstructivo o en la función de los distintos tejidos de la boca.¹

En medicina bucal es frecuente que se clasifiquen en un mismo grupo los tumores benignos y los crecimientos pseudotumorales. Entre las lesiones pseudotumorales se encuentran: las hiperplasias, granulomas, quistes salivales, así como una gran variedad de procesos inflamatorios en los que no se encuentran perfectamente definidos sus agentes patógenos. Estas se producen como respuesta a diversos estímulos, donde predomina la irritación asociada a traumas mecánicos como es el uso de prótesis desajustadas o a procesos inflamatorios crónicos, también puede estar asociada a algunos medicamentos, como los anticonvulsivantes, los antagonistas del calcio o las ciclosporinas y en algunos casos específicos, pueden estar influenciados por estímulos endocrinos. En su gran mayoría, las lesiones pseudotumorales resultan de respuestas adaptativas de tipo hiperplásicas con reacciones inflamatorias asociadas.^{2, 3}

En el caso de las neoplasias benignas, ya sean de origen epitelial o del mesénquima; en su mayoría, tienen una etiología no precisada y también pueden estar asociadas a agentes virales. Estas, a diferencia de las hiperplasias no disminuyen de tamaño ni desaparecen si se elimina el estímulo que la provocó.^{4,5}

Debido a la frecuencia con qué se presentan estas lesiones y al desconocimiento que se tiene de la correspondencia entre el diagnóstico clínico con el histopatológico de las mismas en el departamento de Patología bucal de la Facultad de Estomatología, se decide realizar este trabajo con el objetivo de determinar las características de las lesiones proliferativas diagnosticadas y la coincidencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal en el período de enero de 2005 a diciembre de 2009, en el departamento de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología de La Habana. Para ello se consultaron los archivos de biopsias realizadas en este período, el universo estuvo formado por 1886 informes y la muestra constituida por 450 informes de biopsias cuyo diagnóstico histológico correspondía a lesiones proliferativas. De estos informes de biopsias se analizaron las siguientes variables: edad y sexo del paciente, tipo de lesión, localización anatómica y coincidencia entre el diagnóstico clínico y el histopatológico. Se confeccionó una base de datos desde donde se realizó el procesamiento que incluyó el porcentaje y la razón como medidas resumen y el chi cuadrado para identificar asociación entre variables. Los resultados se presentaron en tablas.

Se cumplió con el principio ético de la confidencialidad el cual supone el respeto por la intimidad del sujeto durante todo el estudio y el guardar secreto sobre su nombre al publicar los resultados obtenidos.

RESULTADOS

De los 1886 informes de biopsias revisadas en el Departamento de Patología bucal de la Facultad de Estomatología, el 23,9 % correspondieron a lesiones proliferativas benignas. De ellas, el 18,1 % lo aportaron las lesiones pseudotumorales.

Con respecto a la edad, en la tabla 1 es válido destacar que en el grupo de edad de 10 a 19 años las lesiones pseudotumorales representan el 7,78 % mientras que las neoplasias benignas el 1,78 %. En el grupo de 60 años o más, las lesiones pseudotumorales aportan el 22,67 % del total de lesiones proliferativas y las neoplasias benignas muestran el 4,67 %.

Tabla 1. Distribución de lesiones pseudotumorales y tumorales benignas según grupos de edades.

Grupo de edades	Lesiones pseudotumorales		Neoplasias benignas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-9	3	0,67	3	0,67	6	1,34
10-19	35	7,78	8	1,78	43	9,56
20-29	28	6,22	12	2,67	30	8,89
30-39	33	7,33	14	3,11	47	10,44
40-49	69	15,33	25	5,56	94	20,89
50-59	71	15,78	26	5,78	97	21,56
60 o más	102	22,67	21	4,67	123	27,34
Total	341	75,78	109	24,22	450	100

$\chi^2=8,4976$

gl=6 p= 0,2039

El análisis estadístico dió como resultado que el chi cuadrado es menor que el esperado para los seis grados de libertad y la probabilidad (p) con un valor de 0,2039 lo que supera el de $\alpha = 0,05$.

El 61,3 % del sexo femenino resultó afectado por lesiones pseudotumorales mientras que las neoplasias benignas afectaron al sexo masculino en un 55 %. Estadísticamente el chi cuadrado resultó igual a 9,0110 con grado de libertad igual a 1 y la probabilidad con un valor de 0,0027 siendo inferior a $\alpha = 0,05$ (tabla 2).

En cuanto a la distribución de pacientes según el tipo de lesión pseudotumoral, la hiperplasia fibroepitelial representa el 54,22 % del total de lesiones proliferativas mientras que el granuloma piógeno representa el 12,22 % (tabla 3).

Tabla 2. Distribución de lesiones pseudotumorales y tumorales benignas según sexo.

Lesiones	Sexo				Total
	Femenino	%	Masculino	%	
Pseudotumorales	209	61,3	132	38,7	341
Neoplasias benignas	49	45	60	55	109
Total	258	57,33	192	42,7	450

$\chi^2=9,0110$ gl=1 p= 0,0027

Tabla 3. Distribución de pacientes según lesiones pseudotumorales.

Pseudotumorales		
	Nº	%
Hiperplasia epitelial	26	5,78
Hiperplasia fibroepitelial	244	54,22
Granuloma piógeno	55	12,22
Granuloma periférico de células gigantes	7	1,56
Estomatitis subprótesis grado 3	2	0,44
Tumor en el embarazo	3	0,67
Hiperplasia papilar	4	0,89
Total	341	75,78

De las neoplasias benignas, el nevus y el papiloma aportaron un 8,67 % y 6,89 % de casos, mientras que el lipoma representó el 2 % de las lesiones proliferativas (tabla 4).

Las localizaciones anatómicas más afectadas (tabla 5) por las lesiones pseudotumorales fueron la encía 24,9 %, los carrillos 20,7 % y labios 13,4 % mientras que las neoplasias benignas son más frecuentes en la piel de la cara 23,9 %, y los labios 18,3 %. En el análisis estadístico el chi cuadrado dió como resultado igual a 69,9797 con un grado de libertad de 7 y la probabilidad con tendencia a 0.

Al analizar la tabla 6, la coincidencia del diagnóstico clínico e histopatológico fue de un 50,4 % para las pseudotumorales y de 53,2 % para las neoplasias benignas. Estadísticamente el chi cuadrado fue de 0,0811 con un grado de libertad igual a 1 y la probabilidad superó a 0,05.

Tabla 4. Distribución de pacientes según lesiones tumorales benignas

Neoplasias benignas	Nº	%
Hemangioma	13	2,89
Fibroma	17	3,78
Lipoma	9	2
Papiloma	31	6,89
Nevus	39	8,67
Total	109	24,22

Tabla 5. Distribución paciente según localización de lesiones pseudotumorales y tumorales benignas.

Localización Anatómica	Lesiones pseudotumorales		Neoplasias benignas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Labios	46	13,5	20	18,3	66	14,7
Carrillos	71	20,7	18	16,5	89	19,9
Paladar	26	7,6	11	10,1	37	8,2
Encía	85	24,9	11	10,1	96	21,4
Lengua	42	12,3	15	13,9	57	12,7
Surco vestibular	27	7,9	3	2,8	30	6,7
Reborde alveolar	36	10,5	4	3,7	40	8,9
Otros sitios	8	2,9	26	23,9	34	7,6
Total	341	100	109	100	450	100

$\chi^2=69,9797$ gl=7 p= 0,0000

Tabla 6. Distribución de lesiones pseudotumorales y tumorales benignas según correspondencia del diagnóstico clínico con el histopatológico.

Lesiones	Diagnóstico		
	Hist,	Clin.	%
Pseudotumorales	341	172	50,44
Neoplasias benignas	109	58	53,21
Total	450	230	51,11

$\chi^2=0,0811$ gl=1 p= 0,7758

DISCUSIÓN

Las lesiones proliferativas de la mucosa bucal se encuentran dentro de las entidades que más afectan al complejo bucal, lo cual se corrobora en este estudio. Está en correspondencia con la opinión de otros autores y es debido a que la cavidad bucal es un sitio muy vulnerable a traumatismos y procesos infecciosos. Es por agentes que al actuar de forma crónica determinan respuestas proliferativas en los tejidos.^{2, 3}

En cuanto a la edad, en el estudio, se observa que en las lesiones pseudotumorales hay un incremento del número de casos a partir de los 40 años, principalmente a los 60 años y más. Esto puede ser a que en este grupo etario, el uso de prótesis es más frecuente y el desajuste de la misma constituye un factor irritante crónico de la mucosa bucal que conlleva a la aparición de este tipo de lesión. El incremento de estas lesiones a partir de los 40 años puede estar relacionado con la presencia de cambios hormonales, al igual que en el grupo de edad de 10 a 19 años, que también favorece a la aparición de lesiones pseudotumorales. Se debe destacar la presencia de gingivitis crónica, enfermedad periodontal, obturaciones desbordantes que son más frecuentes a partir de la cuarta década de vida. Estos resultados coinciden con un estudio realizado por *Kniest* y otros en Tubarao, Brasil⁶ para determinar la frecuencia de lesiones bucales diagnosticadas en el Centro de especialidades Odontológicas de esa región y con un estudio retrospectivo realizado por *Jiménez*⁷ y otros en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia, donde el mayor número de casos lo aportan los adultos y un estudio clínico e histológico de hiperplasias inflamatorias realizado a 100 pacientes por *Blanco* y otros.⁸

En el caso de las neoplasias benignas, también son más frecuentes a partir de los 40 años, aunque el hemangioma se presenta con más frecuencia en edades pediátricas.⁹ Ha medida que avanza la edad del individuo, los procesos proliferativos neoplásicos tienden a ser más frecuentes debido a que los mecanismos de defensa, inmunológicos y genéticos se hacen más vulnerables en personas de mayor edad.

Aunque en el estudio, las lesiones proliferativas se presentaron con mayor incidencia en edades avanzadas, no se observó significación estadística en esta relación, por lo que los resultados observados pueden deberse al azar.

El sexo femenino resultó el más afectado por las lesiones pseudotumorales, esto pudiera deberse a que las mujeres acuden más a consulta y esto da más posibilidades de descubrir o diagnosticar la lesión o que, realmente, en ellas existan factores que favorecen la aparición de enfermedades bucales como pueden ser alteraciones hormonales o el uso más frecuente de prótesis dental probablemente por razones estéticas. *Buchner*¹⁰ propone una posible razón adicional, mecanismos de deficiencia hormonal, relacionados a una atrofia de la mucosa oral concomitante con una disminución de la secreción ovárica. Por lo tanto, un epitelio delgado ofrece menor protección contra la acción de los irritantes y se vuelve más propenso a desarrollar respuestas inflamatorias ante irritantes crónicos. Sin embargo, el sexo masculino presentó un porcentaje discretamente más elevado para las neoplasias benignas.^{3,11} La relación de las lesiones proliferativas con relación al sexo resultó ser estadísticamente significativa.

La hiperplasia fibroepitelial se presentó como la lesión pseudotumoral más frecuente, se presenta con un crecimiento lento, a menudo asintomático considerada como un aumento celular proliferativo no-neoplásico en respuesta a la

acción de agentes físicos como traumas crónicos de baja intensidad generalmente resultantes de prótesis totales o parciales mal adaptadas o fracturadas, prótesis antiguas, dientes fracturados con bordes cortantes, diastemas, mala higiene bucal, procedimientos iatrogénicos, entre otros. En la literatura consultada, se plantea que la hiperplasia fibroepitelial posee una frecuencia alta y constituye la lesión oral más prevalente.^{3,12}

Zanetti, citado por *Muñante - Cárdenas*³ y otros, en un estudio realizado en 60 pacientes portadores de prótesis parcial removible verificó que el 15 % presentaban hiperplasia fibrosa, lo cual concuerda con *Coelho*, también citado por el mismo autor, quien reportó que la mayoría de los casos de hiperplasia fibrosa fueron registrados preferentemente entre la quinta y sexta década de vida y se presentaron en un 15 % del total de sujetos de muestra.

En las neoplasias benignas se observa un marcado predominio de los nevus, esto a su vez coincide con un estudio de lesiones pigmentadas realizado por *Delgado y colaboradores*¹³ donde de 155 biopsias realizadas de lesiones pigmentadas, el 65,2 % le correspondía a los nevus. En otros estudios, el fibroma ocupa el primer lugar de los tumores benignos del complejo maxilofacial.⁴

Entre las neoplasias benignas, el lipoma fue la que menos casos aportó al estudio, ya que este es un tumor raro en la cavidad bucal, resultado que guarda correspondencia con *Rodríguez y otros*,¹⁴ que ubica al lipoma entre el 2 y 4 % de todos los tumores de cabeza y cuello.¹⁴

Las lesiones pseudotumorales se ubicaron principalmente en encía, se considera que teniendo en cuenta que la lesión pseudotumoral que predominó fue la hiperplasia fibroepitelial, es probable que cuando se realizó el llenado de solicitud de biopsia, se colocó en el modelo encía en lugar de reborde alveolar residual, pues por lo general las hiperplasias fibroepiteliales se presentan con mayor frecuencia en pacientes portadores de prótesis totales o parciales. Por lo anterior se recomienda realizar un correcto llenado del modelo de solicitud de biopsia que ayude posteriormente al estudio histopatológico de la muestra tomada. A su vez las neoplasias benignas se localizan más en otros sitios, específicamente piel de la cara, lo que estaría en correspondencia con la lesión que predominó que fue el nevus, pues estos no son frecuentes en la cavidad bucal.^{3,6,13}

Estadísticamente se observó que existe relación entre la localización y el tipo de lesión ya que la probabilidad tiende a 0.

La coincidencia del diagnóstico clínico con el histológico estuvo alrededor de la mitad tanto para las pseudotumorales como en las neoplasias benignas, aunque ligeramente superior en estas últimas, al respecto en un trabajo de *Espino Otero y colaboradores*¹⁵, observaron un 59,7% de coincidencia de ambos diagnósticos en lesiones de cabeza y cuello, donde las lesiones extraorales representaron el 64,4 % de las que coincidieron, superando a las intraorales donde se plantea que en la región intraoral existe una ligera disminución de la correspondencia clínico-histopatológica debido a que las posibilidades diagnósticas se ven más limitadas por diferentes razones como es el acceso visual, la similitud de las lesiones, color, textura, localización en ocasiones submucosa, sintomatología referida por el paciente, como es el caso de la región retromolar. Por eso en este tipo de lesiones ante la más mínima sospecha es preferible hacer estudio de biopsia. En otro estudio histológico de lesiones de la cavidad bucal, realizado en los Servicios de Cabeza y Cuello y de Tumores Periféricos del Hospital Provincial Docente de Oncología «María Curie» de la ciudad de Camagüey por *Barrios Sánchez*,¹⁶ la correlación entre el

diagnóstico clínico e histológico fue de un 75,3 %, superior al encontrado por nosotros, que debió ser mayor, lo cual justifica profundizar más en el conocimiento de este tipo de lesiones principalmente en sus características clínicas. En el análisis estadístico esto no resultó significativo en el estudio.

Las lesiones proliferativas aportaron un alto número de casos al total de biopsias analizadas, donde las lesiones pseudotumorales predominaron sobre las neoplasias benignas, con un incremento marcado de ambos tipos de lesiones a partir de los 40 años. En el sexo femenino predominaron las lesiones pseudotumorales, y en el masculino las neoplasias benignas. Existió una baja coincidencia entre el diagnóstico clínico e histopatológico de las lesiones proliferativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tinoco P, Salazar N. Granuloma piogénico vs. Hemangioma capilar lobular. Análisis histopatológico y epidemiológico en Venezuela. Acta Odontol Venez. 1989;1:13-20.
2. Chimenos Kustner E, Barragán C, López J. Lesiones tumorales y pseudotumorales benignas de la cavidad oral. Gaceta dental: Industria y profesiones. [Internet] 2009 Mar[citado 2012 oct 4];(136). Disponible en: <http://www.gacetadental.com/noticia/3530/CIENCIA/Lesiones-tumorales-y-pseudotumorales-benignas-de-la-cavidad-oral.html>
3. Muñante-Cárdenas JL, Jaimes M, Olate S. Consideraciones actuales en hiperplasia fibrosa inflamatoria. Acta Odontol. Venez [Internet]. 2009 jun [citado 2012 Oct 4];47(2):460-6. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2009/2/art21.asp>
4. Torres S, Bagán JV, Jiménez Y. Tumores benignos de la mucosa oral: estudio de 300 pacientes. Medicina oral, patología oral y cirugía bucal[internet], 2008; 13(3):140-146. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3035420>
5. Pérez-Salcedo L, Bascones Martínez A. Tumores benignos de la mucosa oral. Av Odontoestomatol [internet] 2010; 26 (1) ene.-feb: 140 -146 [Consultado: 3 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852010000100002>
6. Kniest G, Stramandinoli RT, Ávila LFC, Izidoro ACAS. Frequência das lesões bucais diagnosticadas no Centro de Especialidades Odontológicas de Tubarão (SC). RSBO. 2011 Jan-Mar;8(1):13-8. [citado 2012 Dic 3]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=153017375002>
7. Jiménez R, Díaz A. Análisis retrospectivo de 9.023 informes de patología bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia. 1972-2003. Revista Facultad de odontología Universidad de Antioquia. 2009 [citado 2012 Dic 3];17(2). Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/odont/article/view/3164/2931>

8. Blanco A, Blanco J, Suárez M, Álvarez N, Gándara JM. Hiperplasias inflamatorias de la cavidad oral. Estudio clínico e histológico de cien casos (I). Características generales. Av Odontoestomatol. 1999;15:553-61.
9. Puig L. Lesiones vasculares: angiomas. Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2001. [citado 2012 Dic 3]. Disponible en: http://hispasante.hispagenda.com/documentacion/guias/medicina/dermatologia/pdtdp/06_Lesiones_vasculares_angiomas.pdf
10. Buchner A, Calderon S. Pathologic conditions of the oral mucosa associated with ill-fitting dentures: III Epulis fissiratum and flabby ridge. Isr J Dent Med. 1979;28(2):7-13.
11. Tamarit M, Delgado E, Berini L, Gay C. Exéresis de las lesiones hiperplásicas de la cavidad bucal. Estudio retrospectivo de 128 casos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2005;10:151-62.
12. Gordón-Núñez MA, Lopes F, Freitas H. Análisis Clínico e Histomorfológico de la Mucosa Oral Normal, Hiperplasia Fibroepitelial Inflamatoria Oral y Displasia Epitelial Oral. International. Journal of Morphology [Internet]. 2008 [citado 2012 Dic 3];26(2):345-352. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795022008000200016&script=sci_arttext
13. Delgado Fernández R, Segismundo RM, Barceló K. Lesiones pigmentadas buco-faciales más frecuentes. Estudio clínico y correlación histopatológica Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2005 Mayo-ago;42(2)[citado: 2012 Dic 3]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072005000200006&script=sci_arttext&lng=pt
14. Rodríguez A, Fernández I., Aneiros J, Serrano, S.;González MA. Lipomas en la cavidad oral. Presentación de seis casos clínicos. Avances en Odontoestomatología [Internet]. 2002 SEP-OCT;18(5) [citado: 2012 Dic 3]. Disponible en: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=179781>
15. Espino Otero S, Romero Rodríguez J, Boza Mejías Y, Acevedo Sierra O, Quintana Hijano I, Selme P. Concordancia clínico-histopatológica en lesiones de cabeza y cuello. MediSur [Internet]. 2009 Feb [citado 2013 Ene 21];7(1):25-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000100005&lng=es
16. Barrios JO, Vilas L, Córdova D. Estudio histológico de lesiones de la cavidad bucal en el quinquenio 2001-2005. Archivo Médico de Camagüey. [Internet] 2007;11(1)[citado 2012 Dic 3]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2007/v11n1-2007/2190.htm>

Recibido: 13 de agosto de 2012

Aprobado: 25 de febrero de 2013

Dra. Katia Barceló López. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba.
Correo electrónico: ktabarcelo@infomed.sld.cu