

ARTÍCULO ORIGINAL

Comportamiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en la Clínica Artemio Mastrapa. Holguín, 2015

Behavior of the Early Detection Program of Oral Cancer at Artemio Mastrapa Clinic. Holguín, 2015

Olga Lilia Zaldivar Pupo¹, Maité Leyva Infante², Yanet Castillo Santiesteban², Madelín Machado Cuayo³, Kenia de la Caridad del Toro Chang⁴

1. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Asistente. Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa. Holguín. Cuba.

2. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Asistente. Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa. Holguín. Cuba.

3. Licenciada en Atención Estomatológica. Asistente. Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa. Holguín. Cuba.

4. Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de Segundo Grado en Estomatología General Integral. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Introducción: el Programa de Detección del Cáncer Bucal, plantea que se le realice el examen del complejo bucal, cadenas y grupos ganglionares de cabeza y cuello a todo paciente que acuda a consulta de atención primaria y en caso de detectarse cualquier alteración el paciente debe ser remitido al segundo nivel de atención.

Objetivo: describir el comportamiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en la Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa.

Método: se realizó un estudio transversal en la Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa de Holguín, de enero a diciembre de 2015. El universo estuvo constituido por los 46 pacientes que

fueron remitidos por Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal durante el año 2015. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de atención primaria.

Resultados: el grupo de edad más afectado fue el de 19 a 59 años con el 58,6% y el sexo masculino con 56,5%. La leucoplasia fue la lesión que se remitió con mayor frecuencia con 39,1%. El sitio de localización con mayor porcentaje fue el labio inferior con el 25,6%. El factor de riesgo de mayor prevalencia fue el tabaquismo con el 26,0%.

Conclusiones: se determinó que la leucoplasia es la lesión más común remitida por Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal. Las lesiones se presentaron con mayor frecuencia en adultos del sexo masculino, localizadas principalmente en el labio inferior y asociadas al hábito de fumar como principal factor de riesgo.

Palabras clave: PDCB, detección precoz, lesiones, localización, factores de riesgo, cáncer bucal.

ABSTRACT

Introduction: the program of the detection the oral cancer (DPOC), demands for oral, chains and ganglionic groups of head and neck, to every patient that is attended at primary health care, and in case of detecting any alteration the patient should be referred to the specialist.

Objective: to describe the prevalence of the program of the detection the oral cancer (DPOC), at Artemio Mastrapa Dental Clinic.

Methods: a descriptive and cross-sectional study, from January to December 2015 at Artemio Mastrapa Dental Clinic, Holguín was carried out. The universe comprised 46 patients referred for the oral cancer detection program in 2015. Data were collected in clinical history.

Results: the age group from 19 to 59 was the most affected one with 58.6% as well as the male sex (56.5%). The leukoplakia was the most frequent lesion with 39.1%. The most frequent lesions were in the lower lips with 25.6%. The prevalent risk factor was cigarette smoking with 26.0%.

Conclusions: leukoplakia was the most frequent lesion referred by DPOC. Adults and male sex was most affected by the lesion. Smoking habit was the main risk factor and the most common site to developed lesions was the lower lip.

Keywords: DPOC, early detection, lesions, localizations, risk factors, oral cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer representa uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad¹, es un factor importante de la carga mundial de morbilidad y lo será cada vez más en los decenios venideros². El cáncer oral es un serio problema que está aumentando prácticamente en todo el mundo^{3, 4}.

En Cuba, el cáncer bucal se mantiene entre las diez primeras localizaciones de tumores. La provincia Holguín, mantiene el cáncer bucal entre las primeras ocho localizaciones. Al comparar la tasa de mortalidad de esta enfermedad en la provincia con la tasa del país, supera en tres personas el número de fallecidos por esta causa⁵ y es la única enfermedad bucodental que incide en la mortalidad⁶. En el desarrollo del cáncer bucal intervienen mecanismos genéticos donde existen aspectos controversiales y polémicos que requieren aclaración en investigaciones futuras⁷.

Entre los factores de riesgo del cáncer bucal se encuentran causales exógenos como: el tabaco, el alcohol, las maloclusiones, la higiene oral defectuosa, infecciones localizadas, irritación por prótesis y la exposición a toxinas, y causales endógenos como: la herencia, las enfermedades hepáticas, la malnutrición, los factores hormonales, algunas infecciones sistémicas como la sífilis, y factores de riesgo de tipo profesional. ⁸ Cuba no ha escapado a la tendencia creciente de mortalidad por cáncer bucal; mientras no se encuentre la estrategia más correcta, prevenir es la elección⁹.

Debido a los cambios demográficos actuales, se pronosticó que alrededor de 1 200 millones de ancianos existirán en el año 2025¹⁰. El incremento de las personas de la tercera edad explica el incremento en las tasas de incidencia del cáncer bucal, aunque en los estudios más recientes, se observan casos en adultos jóvenes¹¹.

En Cuba, en el año 2016 la tasa bruta de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe es de 6,7 por 100 000 habitantes⁵. El diagnóstico precoz del cáncer bucal es un arma de gran importancia en la prevención. Desde 1982 se puso en marcha el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) que tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. Se establece, así, que al seguir la metodología de examen del complejo bucal y cadenas y grupos ganglionares de cabeza y cuello, se examinen a todos los pacientes que acudan en la atención primaria a la consulta médica o estomatológica o en pesquisaje. Si se detecta alguna alteración el paciente debe ser remitido al segundo nivel de atención⁶.

El estomatólogo debe ser el protagonista en la prevención del cáncer bucal, por ello, es imprescindible la interiorización de los objetivos del programa PDCB por parte del especialista¹¹. En Cuba son numerosos los trabajos que abordan el comportamiento del PDCB, en los últimos años se han realizado estudios en Morón, Ciego de Ávila, Rodríguez y colaboradores, y Cento y colegas, en Las Tunas^{10, 12}. En Holguín se estudia la mortalidad por cáncer bucal desde el año 2002 hasta el 2011 por Verdecia y otros autores y concluyen que el municipio de Holguín es el que mayor número de casos aporta¹³; Driggs Zayas y colaboradores, también realizaron investigación referente al tema en el municipio de Moa¹⁴.

Por la importancia del PDCB y por la elevada tasa de mortalidad por cáncer oral en Holguín, se propuso la realización del presente trabajo con el objetivo de describir el comportamiento epidemiológico del PDCB en la Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa en el año 2015.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal. El universo de estudio estuvo constituido por los 46 pacientes, que fueron remitidos por el PDCB durante todo el año 2015. La información se obtuvo de la revisión minuciosa de las historias clínicas de dichos pacientes.

Operacionalización de las variables

Se utilizaron variables cualitativas y cuantitativas como: grupos de edades, sexo, lesiones remitidas por PDCB, localización de las lesiones remitidas por PDCB y factores de riesgo del cáncer bucal. Las lesiones remitidas fueron diagnosticadas al examen clínico, por diagnóstico presuntivo; se consideró:

- Leucoplasia: mancha blanquecina, blanco grisácea o blanco amarillento, de superficie lisa, agrietada o rugosa, con bordes bien definidos o poco precisos, que no desaparece al pasar una torunda.
- Fibroma: crecimiento submucoso, de superficie suave, levantado, normocoloreado, más pálido o rosado azulado, de consistencia firme y de base sésil o pediculada.
- Nevus: mancha melánica limitada y asintomática de color negro pardo azulado.
- Papiloma: crecimiento exofítico con aspecto de coliflor, de consistencia durofibrótica, normocoloreado o rojizo.

- Liquen plano: líneas de color blanco azulado cortadas con ángulos más o menos abiertos, constituyendo un relieve sobre la mucosa.
- Eritroplasia: mancha de color rojo en la mucosa que puede confundirse, clínica e histológicamente con otra enfermedad¹⁵.

Como factores de riesgos se consideraron:

- Tabaquismo e ingestión de bebidas alcohólicas y café caliente: cuando al interrogatorio el paciente respondía que fumaba cigarro o tabaco, ingería bebidas alcohólicas tres o más veces a la semana y tomaba café caliente, respectivamente (a consideración de las autoras).
- Uso de prótesis desajustada: al examen clínico se observaba que la prótesis no estaba bien adaptada a la mucosa.
- Queilofagia: el paciente respondía que se mordía la mucosa del labio.
- Maloclusión: alteraciones en la posición dentaria que alterarían la oclusión normal del paciente.
- Bordes filosos: presencia de tejido dentario o material de restauración que pudiese lacerar la mucosa oral¹⁶.

Para la asociación entre variables categóricas se aplicó el chi cuadrado con un nivel de significación de 5% en el programa EPIDAT 3,1 (Xunta de Galicia, OPS, 2006). Esta investigación se aprobó por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la institución. Los autores no refieren conflictos de intereses.

RESULTADOS

De acuerdo con la distribución de pacientes remitidos por programa de detección del cáncer bucal según grupos de edades y sexo ([tabla I](#)), el mayor porcentaje se agrupó en el grupo de edad de 19- 59 años con 27 y 26 pacientes para el 58,6% y 56,5 % en el sexo masculino respectivamente. Existió un predominio en el sexo masculino de valor numérico, no existió diferencia significativa ($\chi^2= 0,19$; $p=0,65$) entre ambos sexos.

Tabla I. Distribución según grupos de edades y sexo de los pacientes recogidos por Programa de Detección del Cáncer Bucal

Grupos de edades (años)	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
19- 59	11	23,9	16	34,8	27	58,6
60 y más	9	19,6	10	21,7	19	41,4
Total	20	43,5	26	56,5	46	100

Fuente: historia clínica $\chi^2= 0,19$; $p=0,65$

Las lesiones según sexo recogidas en el PDCB ([tabla II](#)), se encontró que la lesión que aparece con mayor frecuencia es la leucoplasia, con 18 pacientes para el 39,1%. Al comparar el sexo femenino con el masculino, existe un predominio de las lesiones en el sexo masculino, a excepción del papiloma que aportó mayor número de casos en el sexo femenino con tres pacientes para el 6,5%.

Tabla II. Lesiones según sexo, recogidas en el Programa de Detección del Cáncer Bucal

Lesiones	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Leucoplasia	7	15,2	11	23,9	18	39,1
Fibroma	6	13,1	7	15,2	13	28,3
Nevus	3	6,5	5	10,8	8	17,4
Papiloma	3	6,5	1	2,2	4	8,7
Liquen plano	1	2,2	1	2,2	2	4,3
Eritroplasia	0	0	1	2,2	1	2,2
Total	20	43,5	26	56,5	46	100

Fuente: historia clínica

El labio inferior fue el área de mayor localización de las lesiones recogidas por el PDCB, con 12 pacientes para el 25,6% ([tabla III](#)). Al analizar ambos sexos todas las localizaciones aportaron mayor porcentaje en el sexo masculino, no comportándose así, en la localización de encía superior, en el que predominó en el sexo femenino con dos pacientes para el 4,3%.

Tabla III. Localización según sexo de las lesiones recogidas por el Programa de Detección del Cáncer Bucal

Localización de lesiones	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Labio inferior	5	11,1	7	15,2	12	25,6
Lengua parte móvil	3	6,5	6	13,1	9	19,6
Mucosa del carrillo	3	6,5	4	8,7	7	15,2
Reborde alveolar	2	4,3	4	8,7	6	13,1
Encía inferior	3	6,5	2	4,3	5	11,1
Paladar duro	2	4,3	3	6,5	5	11,1
Encía superior	2	4,3	0	0	2	4,3
Total	20	43,5	26	56,5	46	100

Fuente: historia clínica

El factor de riesgo más frecuente fue el tabaquismo con 13 pacientes para el 26,0% y el 28,2% al calcular los porcentajes entre el total de factores de riesgo y el total de pacientes, respectivamente ([tabla IV](#)). En algunos pacientes coincidió la presencia de más de un factor de riesgo.

Tabla IV. Factores de riesgo del cáncer bucal en pacientes recogidos por Programa de Detección del Cáncer Bucal

Factores de riesgo del cáncer bucal	n	% contra total de factores (n=50)	% contra total de pacientes (n=46)
Tabaquismo	13	26,0	28,2
Ingestión de bebidas alcohólicas	9	18,0	19,6
Ingestión de comidas calientes	8	16,0	17,3
Ingestión de café caliente	6	12,0	13,0
Uso de prótesis desajustada	5	10,0	10,8
Maloclusiones	4	8,0	8,6
Queilofagia	3	6,0	6,5
Bordes filosos	2	4,0	4,3
Total	50	100	108,3

Fuente: historia clínica

DISCUSIÓN

El sexo más representado fue el masculino con el 56,5%, la mayoría de los estudios consultados reportan similares resultados^{11, 14, 17,18}, excepto en el estudio de Rodríguez Rodríguez y colaboradores que reporta un predominio del sexo femenino (54,3%)¹⁰. En datos estadísticos mostrados en el IV Taller Nacional sobre Cáncer Bucal se reafirma que el cáncer oral se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino¹⁹. El sexo masculino es el más afectado por los factores de riesgo del cáncer bucal, relacionados con los hábitos que por lo general practica, lo que hace que se remitan con mayor frecuencia según el programa del PDCB.

Si con la edad aumentan las lesiones bucales como resultado de mayor tiempo expuesto a irritantes y las cifras de personas de 60 años y más en nuestro país cada vez son mayores,²⁰ es de esperar un mayor número de pacientes remitidos en este rango de edad, sin embargo, las personas de 19-59 años fueron las más remitidas. Estas cifras concuerdan con las obtenidas por Cento y colaboradores¹². Estudios como los de Zayas y colegas, coinciden que el grupo de 60 y más tiene la más alta prevalencia de lesiones remitidas por PDCB¹¹. En nuestra provincia, el estudio realizado por Batista y otros especialistas muestra resultado similar al de esta investigación¹⁸.

La mayoría de los estudios realizados consideran a la leucoplasia como la lesión con mayor prevalencia, coincidiendo con nuestros resultados (39,1%)^{10-12, 17}. Los resultados de Batista y colegas, Driggs y discípulos difieren de los nuestros al reportar al nevus (27,66%) y al carcinoma epidermoide (4,94%) como las lesiones más frecuentes, respectivamente^{14,18}.

En relación al principal sitio de localización anatómica Cento y otros autores, Zayas y otros, Driggs y colegas reportan al labio inferior^{11, 12,14} como resultados similares a los nuestros (25,6%). Rodríguez Ricardo y otros miembros reportan la mucosa del carrillo como la localización más frecuente¹⁷, no coincidiendo con nuestros resultados. Se atribuye el hecho de que el labio inferior fue la localización más frecuente por ser una de las regiones más expuesta a traumatismos e irritaciones de todo tipo.

En lo referente a los factores de riesgo se identificó al tabaquismo como el principal factor de riesgo, seguido de la ingestión de bebidas alcohólicas. Rodríguez Rodríguez y colegas concluyen que el tabaquismo es el principal factor de riesgo, presente en el 54,7% de la población¹⁰. Rodríguez Ricardo y otros estudiosos reportan tabaquismo como factor de riesgo en el 61,1% de los pacientes estudiados¹⁷.

Zayas e investigadores encuentran que tanto en los pacientes masculinos (47,5%) como femeninos (41,2%) el tabaquismo es el principal factor de riesgo¹¹. Cento López y otros autores concluyen que es el tabaquismo el factor de riesgo de mayor prevalencia con el 57,5%¹². Nuestros resultados no coinciden con los de Batista e investigadores, quienes concluyen que la mala higiene bucal (34,04%) es el principal factor de riesgo presente en la población estudiada¹⁸.

La responsabilidad es enorme, pues cuando en el diagnóstico se confunden las alteraciones precancerosas con otras de aspecto similar, se habrá causado un daño irreparable al paciente, quitándole oportunidades de curación y de salvar su vida¹⁶. La realización de exámenes bucales de forma minuciosa y sistemática es de vital importancia para la detección precoz de las lesiones que pueden presentarse en la cavidad bucal y en caso de ser necesario realizar la remisión de pacientes al segundo nivel de atención, según el programa del PDCB²¹, correspondiéndole al estomatólogo realizar el tratamiento preventivo y actuar sobre los factores etiológicos y así contribuir a la prevención del cáncer bucal^{22, 23}.

Se hace necesaria la toma de conciencia de la importancia de la realización exhaustiva del examen del PDCB a la población, así como, incrementar las acciones de promoción y prevención para divulgar la necesidad de la realización del autoexamen bucal y contribuir a la prevención y diagnóstico precoz del cáncer oral.

Las principales limitaciones de esta investigación están relacionadas con la muestra relativamente pequeña de pacientes y que las lesiones descritas se basaron en criterios clínicos y no en estudios anatomopatológicos. En el futuro deberán diseñarse estudios de cohorte que evalúen la evolución a largo plazo de los pacientes.

CONCLUSIONES

Se determinó que la leucoplasia fue la lesión más común remitida por PDCB. Las lesiones se presentaron con mayor frecuencia en adultos del sexo masculino, localizadas principalmente en el labio inferior y asociadas al hábito de fumar como principal factor de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canto MT, Horowitz AM, Child WL. Views of oral cancer prevention and early detection: Maryland physicians. *Oral Oncol.* 2002 [citado 22 may 2016]; 38(4): 373-377. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1368837501000744>

2. OMS. Programas Nacionales de prevención de cáncer. Ginebra: OMS; 2002.
3. Mateo Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML. Cáncer oral: Genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. Av Odontoestomatol. 2015 [citado 22 may 2016]; 31 (4): 247-259. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852015000400002&script=sci_arttext
4. 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): 172-176.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de Cuba.2015. La Habana: MINSAP; 2016 [citado 3 mar 2016].Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
6. Sosa Rosales MC, González Ramos RM, Gil Ojeda E. Programa Nacional de estomatología general integral a la población. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.
7. Batista Marrero K, Niño Peña A, Borrego Chi Y. Factores de riesgos genéticos de cáncer bucal. CCM. 2014 [citado 24 feb 2016]; 18(4):740-743. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000400014&lng=es
8. Miguel Cruz PA, Niño Peña A, Batista Marrero K, Miguel Soca PE. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol. 2016 [citado 3 abr 2017]; 53(3):128-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006&lng=es
9. Miranda Tarragó JD. Retos y posibilidades en la disminución de la mortalidad por cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol. 2014 [citado 16 abr 2016]; 51(3).Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072014000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Rodríguez Rodríguez N, Álvarez Blanco Y, Cárdenas Pérez E, Cruz Betancourt M, Morales Pardo MI, Cepero Franco F. Caracterización de las remisiones del Programa de Detección Precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila. Rev MEDICIEGO. 2012 [citado 16 abr 2016]; 18(Supl 1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol18_supl1_2012/articulos/t-13.html

11. Zayas Sánchez E, Casanova Sales K, Hidalgo Torres YA, Paz Quiñones L, Fonseca Suárez Y. Comportamiento epidemiológico del Programa de Detección del Cáncer Bucal en Puerto Padre. Rev Electr Marinello. 2014 [citado 16 abr 2016]; 39(10). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/144/254>
12. Cento López JA, Báez Silva A, Ureña Espinosa M, Rodríguez González Y. Comportamiento epidemiológico del cáncer bucal en la clínica Héroes de Bolivia en Las Tunas. (Congreso Internacional de Estomatología 2015) 2-6 noviembre 2015; La Habana: Palacio de las Convenciones; 2015. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewPaper/1119>
13. Verdecia Jiménez AI, Álvarez Infantes E, Parra Lahens J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. CCM. 2014 [citado 15 ago 2014]; 18(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812014000100007&lng=es
14. Driggs Zayas A, Caballero Arderí EM, Núñez Quevedo A. Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal, Moa, enero 2011 a diciembre 2014: Impacto y desarrollo. (Congreso Internacional de Estomatología 2015) 2-6 noviembre 2015; La Habana: Palacio de las Convenciones; 2015. Disponible en: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewPaper/990>
15. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2^{da} ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
16. González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2013.
17. 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 bucal. Rev AMC. 2014 [citado 16 abr 2016]; 18 (6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552014000600007&script=sci_arttext
18. Batista Sánchez T, Álvarez Pascual Y, Stwar Obregón Y. Implementación del Programa de detección del cáncer bucal. CCM. 2012 [citado 16 abr 2016]; 16(2). Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/649>

19. García Heredia G, Bécquer Águila JL, Gispert Abreu E. IV Taller Nacional sobre Cáncer Bucal: una fortaleza para la Estomatología Cubana. Rev Cubana Estomatol. 2016 [citado 8 abr 2016]; 53(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
20. Laplace Pérez BN, Legrá Matos SM, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suárez L, Castellanos Alместoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM. 2013 [citado 3 abr 2016]; 17(4): 477-488. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es
21. Vázquez Vega MJ, Aguiar Sanabia R. El programa de detección del cáncer bucal, herramienta indispensable para disminuir su prevalencia. 2015 [citado 3 abr 2016]; 13(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2015000300003&script=sci_arttext&tlng=en
22. Miranda Tarragó JD. Retos y posibilidades en la disminución de la mortalidad por cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol. 2014 [citado 3 abr 2016]; 51(3):248-249. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v51n3/est01314.pdf>
23. Consuelo Médecigo A, Martínez Martínez MG, Reséndiz Colosía JA, Reyes Vivanco OA. Diagnóstico y tratamiento del cáncer epidermoide de la cavidad oral en pacientes mayores de 18 años. México: CENETEC; 2010 [citado 2016 mar 16]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/323_IMSS_10_Ca_epidermoide_cav_oral/EyR_IMSS_323_10.pdf

Recibido: 10 de marzo de 2017

Aprobado: 5 de mayo de 2017

MSc. *Olga Lilia Zaldivar Pupo*. Clínica Estomatológica Artemio Mastrapa. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: olidiahlg@infomed.sld.cu