

Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de pacientes con cáncer del suelo de boca

Epidemiological, Clinical, and Therapeutic Characteristics of Patients with Floor of Mouth Cancer

^IDr. Frank Michel Tartabull Silva

^{II}Dr. Lázaro Ibrahim Romero García

^IDr. Ricardo Leyva Torres

^{*III}Dra. Naifi Hierrezuelo Rojas

^IHospital Provincial Saturnino Lora. Santiago de Cuba, Cuba.

^{II}Hospital Provincial Saturnino Lora. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, Cuba.

^{III}Policlínico Ramón López Peña. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para correspondencia: Dra. Naifi Hierrezuelo Rojas

RESUMEN

Introducción: El cáncer oral, es un problema de la salud pública que va en aumento y es la principal causa de fallecimiento por enfermedad oral, en el mundo. **Objetivo:** Describir características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas en pacientes con cáncer del suelo de boca. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal en enfermos con cáncer del suelo de boca, en el Hospital Oncológico Conrado Benítez de Santiago de Cuba, en el periodo del primero de enero de 2010 al 30 de diciembre de 2020. Se seleccionó una muestra aleatoria de 51 pacientes. Se emplearon técnicas de estadística descriptiva, se computaron intervalos de confianza del 95 %. **Resultados:** El 88.2 % de la casuística presentó el hábito tabáquico, prevaleció la clasificación histológica bien diferenciada, en la localización para el suelo lateral de la boca, hubo un predominio de las formas clínicas úlcero-vegetantes en el 39.4 % y para el suelo anterior de boca, las lesiones vegetantes fueron de 44.5 %. El 54.9 % de los pacientes se encontraron en estadio I de la enfermedad y el 33.3 % fueron tratados con cirugía y radioterapia. **Conclusiones:** Los pacientes con cáncer del suelo de boca, tratados en el Hospital Oncológico, Conrado Benítez son en su mayoría hombres adultos, con adicción al tabaco y presentan carcinoma epidermoide bien diferenciado, en estadios iniciales de la enfermedad que permiten la cirugía más la radioterapia como tratamiento oportuno.

Palabras clave: neoplasias, neoplasia de la boca, suelo de la boca/epidemiología/terapia

ABSTRACT

Introduction: Oral cancer is a growing public health problem and is the leading cause of death from oral disease worldwide. **Objective:** To describe the clinical, epidemiological, and therapeutic characteristics in patients with floor of mouth cancer. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on patients with floor of mouth cancer at the Conrado Benítez Oncology Hospital in Santiago de Cuba, from January 1, 2010, to December 30, 2020. A random sample of 51 patients was selected. Descriptive statistical techniques were used, and 95% confidence intervals were computed. **Results:** 88.2 % of the cases had a smoking habit. The well-differentiated histological classification prevailed. In the location of the lateral floor of the mouth, there was a predominance of ulcero-vegetating clinical forms (39.4 %), and for the anterior floor of the mouth, vegetating lesions were 44.5 %. 54.9 % of the patients were in stage I of the disease, and 33.3 % were treated with surgery and radiotherapy. **Conclusions:** Patients with floor of mouth cancer treated at the Conrado Benítez Oncology Hospital are mostly adult men, with tobacco addiction, and present with well-differentiated squamous cell carcinoma in the initial stages of the disease, allowing for surgery plus radiotherapy as timely treatment.

Keywords: neoplasms, mouth neoplasms, mouth floor/epidemiology/therapy

Recibido: 30/06/2024 | Aprobado: 22/09/2025 | Publicado: 30/11/2025

INTRODUCCIÓN

El cáncer oral es un problema de salud pública que va en aumento y es la principal causa de fallecimiento por enfermedad oral, en el mundo. Incluye tumores malignos en el bermellón de los labios y todas las superficies de la cavidad bucal, así como en los dos tercios anteriores de la lengua. Estos cánceres se presentan de forma predominante como carcinomas de células escamosas, y son muy letales, incapacitantes y causan desfiguración.⁽¹⁾

A nivel mundial, se estima que 476 125 personas son diagnosticadas con cáncer oral y orofaríngeo en 2020. De 2009 a 2018, la incidencia de cáncer oral y orofaríngeo aumenta un poco menos del 1% cada año. La mayor parte de este aumento se produce en personas blancas, no hispanas y en un grupo de cánceres de la orofaringe relacionados con la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH).⁽²⁾

Las tasas de incidencia en los Estados Unidos son alrededor de 1.7 veces más altas en hombres que en mujeres, sin embargo, las tasas de mortalidad son cerca de 2.8 veces más altas en hombres que en mujeres. Las tasas de cáncer de cavidad oral varían en todo el mundo, sobre todo por las diferencias en el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, betel masticable y otros productos masticables.^(3,4)

A diferencia de los tumores cutáneos, el cáncer de la cavidad bucal, tiene peor pronóstico y más elevada mortalidad, debido a la intensa vascularización de esta zona que favorece la diseminación de las células transformadas y a su escasa sintomatología.⁽⁵⁾

En Cuba, la tasa de mortalidad en el año 2022, de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en ambos sexos es de 8.7 por cada 100 000 habitantes, donde ocupa el sexto lugar de todas las localizaciones. El número de defunciones es de 967, el sexo masculino 776 para una tasa de 14.1 y en el sexo femenino 191 para una tasa de 3.4 por cada 100 000 habitantes. En Santiago de Cuba, la mortalidad conquista el sexto lugar, con 58 defunciones para una tasa de 10.9 por cada 100 000 habitantes. Esas cifras se elevan con el envejecimiento.⁽⁶⁾

En Cuba, desde 1982, se pone en marcha el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) único en el mundo, por su cobertura nacional, fundamentado en el examen anual del complejo bucal a toda la población de 15 años o más que acudan a la consulta estomatológica (pes-

quisa pasiva) o que sean vistos en pesquiza activa por el estomatólogo y el médico de familia.

A pesar de existir el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB)⁽⁷⁾ donde se integra el equipo básico de trabajo, el estomatólogo, el médico y enfermera de la familia, el cirujano maxilofacial y el oncólogo, para la prevención y diagnóstico temprano, aún el pronóstico es incierto. Dada su localización es fácil de detectar a tiempo ya sea por el autoexamen del complejo bucal y la pesquiza pasiva o activa, aun así, aparecen lesiones en la mucosa bucal. Es por ello que se plantea como objetivo describir características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas en pacientes con cáncer del suelo de boca.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en pacientes con cáncer del suelo de boca, en el Hospital Oncológico, Conrado Benítez de Santiago de Cuba, en el periodo comprendido entre el primero de enero de 2010 al 30 de diciembre de 2020.

La población de estudio, estuvo constituida por 87 pacientes con diagnóstico de cáncer de suelo de boca, confirmado por anatomía patológica, en estadio clínico I, II, III y IV de la enfermedad, que concluyeron los tratamientos, con historia clínica completa donde se consignaron los datos de las variables a estudiar.

Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, quedó conformada por 51 pacientes. El tamaño de la muestra para el estudio se determinó mediante el programa estadístico EPIDAT 4.2

Variables estudiadas:

-Factores de riesgo: tabaquismo, alcoholismo, alcoholismo asociado al tabaquismo, mala higiene bucal, prótesis desajustada, antecedentes de cáncer, antecedentes de quemadura, antecedentes genéticos.

-Clasificación histológica.

- G1: Bien diferenciado
- G2: Moderada diferenciación
- G3: Pobre diferenciación
- G4: Indiferenciado.

-Localización anatómica: suelo anterior de la boca, suelo lateral de la boca.

-Formas clínicas de presentación:

- Vegetante G2, G3, G4
- Infiltrante
- Úlcero-vegetante G2, G3, G4
- Úlcero-infiltrante, G2, G3, G4
- Submucosa.

-Terapéutica utilizada, según clasificación histológica:⁽⁸⁾ Radioterapia, radioterapia + quimioterapia, cirugía + radioterapia, cirugía + radioterapia + quimioterapia, cirugía + hr3, radioterapia + hr3.

-Etapa I, II, III, IV de Estadío (TNM).⁽⁹⁾

- Categorías T: Tumor primitivo (examen clínico)
- Categorías N: ganglios metastásicos cervicales (examen clínico)
- Categorías M: metástasis a distancia (examen clínico y radiográfico).

La información se obtuvo a través de la base de datos del Departamento de no transmisible del Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Santiago de Cuba y las historias clínicas individuales. Después se creó una base de datos en soporte digital y se procesó de forma computarizada, mediante los programas informáticos Stat Graphics plus®, versión 2.1, Epiinfo®, versión 3.2 y el SPSS/PC®, versión 21.0.

Para el análisis de los resultados se emplearon medidas de tendencia central, medidas de dispersión (desviación estándar) para las variables cuantitativas y distribución de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Se computaron intervalos de confianza del 95 % (I.C 95 %) para proporciones de las variables seleccionadas.

La investigación se realizó conforme a los principios éticos para las investigaciones biomédicas en seres humanos, establecidos en la Declaración de Helsinki,⁽¹⁰⁾ de acuerdo a la cual, se le presentó la investigación al Comité de Ética para las Investigaciones.

Se cumplimentaron las normas éticas en cuanto a la discreción, confiabilidad de la información y honestidad que caracterizaron a los profesionales e investigadores cubanos. Se garantizó la privacidad, intimidad, confidencialidad y anonimato de la información del estudio.

RESULTADOS

En la presente investigación, hubo predominio de los grupos de 50 a 59 años y de los de 60 a 69 años, con un valor de 33.3 % para ambos y una edad promedio de 60.3 años. Fueron mayoritarios los pacientes masculinos con el 78.4 %.

El factor de riesgo que sobresalió con un 88.2 %, fue el hábito tabáquico, (IC 95 %: 78.4-98.0), tabla 1.

Tabla 1. Distribución de frecuencias, según los factores de riesgo, en pacientes tratados en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello

Factores de riesgo	No.	%	IC
Tabaquismo	45	88.2	78.4-98.0
Alcoholismo	28	54.9	40.2-69.5
Alcoholismo asociado al tabaquismo	28	54.9	40.2-69.5
Mala higiene bucal	15	29.3	20.9-30.1
Prótesis desajustada	12	23.5	20.2-32.6
Antecedentes de cáncer	2	18.9	10.2-34.5
Antecedentes de quemadura	8	15.7	9.9-39.5
Antecedentes genéticos	9	17.6	4.2-25.2

El 64.7 % de los enfermos la localización del tumor fue en el suelo lateral de la boca. Para las diferentes localizaciones de la lesión tumoral predominó en el 51 %, la clasificación histológica G1, tabla 2.

Tabla 2. Pacientes, según el grado histológico y la localización anatómica del tumor

Clasificación histológica	Localización anatómica del tumor				Total		IC
	Suelo anterior de la boca		Suelo lateral de la boca				
	No.	%	No.	%	No	%	
G1	10	55.6	16	48.5	26	51	36.2-65.6
G2	7	38.8	12	36.4	19	37.2	22.7-46.8
G3	0	0	1	3	1	2	0.2-5.6
G4	1	5.6	4	12.1	5	9.8	6.2-15.6
Total	18	36.3	33	64.7	51	100	---

Sobresalió la forma clínica encontrada úlcero-vegetante (37.3 %; IC 95 %: 23.0-51.5). Según la localización de las lesiones, para el suelo lateral de la boca, hubo un predominio de las formas úlcero-vegetantes, con el 39.4 %. Para el suelo anterior de boca, el mayor peso lo acumularon las lesiones vegetantes en el 44.5 %, tabla 3.

Tabla 3. Pacientes, según la forma clínica de la lesión y localización anatómica del tumor

Forma clínica de la lesión	Localización anatómica del tumor				Total		IC
	Suelo anterior de la boca		Suelo lateral de la boca				
	No.	%	No.	%	No	%	
Vegetante G2, G3, G4	8	44.5	9	27.3	17	33.3	11.0-31.7
Infiltrante G2, G3, G4	0	0	1	3	1	2.0	0.2-5.5
Úlcero-vegetante G2, G3, G4	6	33.3	13	39.4	19	37.3	23.0-51.5
Úlcero-infiltrante G2, G3, G4	4	22.2	8	24.2	12	23.5	13.0-41.3
Submucosa	0	0	2	6.1	2	3.9	1.0-9.9
Total	18	100	33	100	51	100	

Se estimaron 28 enfermos en estadio I de la enfermedad (54.9 %; IC 95 %: 40.2-69.5), predominó para ambas localizaciones el estadio clínico I, con el 55.6 % y el 54.5 %, tabla 4.

Tabla 4. Pacientes, según el estadio clínico y la localización anatómica de la lesión

Estadio Clínico	Localización anatómica del tumor				Total		IC
	Suelo anterior de la boca		Suelo lateral de la boca				
	No.	%	No.	%	No	%	
Estadio I G2, G3, G4	10	55.6	18	54.5	28	54.9	40.2-69.
Estadio II G2, G3, G4	6	33.3	9	27.3	15	29.4	20.5-49.2
Estadio III G2, G3, G4	2	11.1	4	12.1	6	11.8	8.2-32.1
Estadio IV G2, G3, G4	0	0	2	6.1	2	3.9	2.2-19.2
Total	18	100	33	100	51	100	--

Predominaron los pacientes tratados con cirugía y radioterapia para el 33.3 %. Para los estadios analizados, en el estadio I prevaleció la cirugía más radioterapia con el 50.0 % y para el estadio II, la combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia con el 33.3 %, tabla 5.

Tabla 5. Pacientes, según los tipos de tratamientos recibidos y los estadios clínicos

Tipos de tratamientos	Estadios clínicos									
	Estadio I		Estadio II		Estadio III		Estadio IV		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Radioterapia	1	3.6	0	0	1	16.7	0	0	2	3.9
Radioterapia + Quimioterapia	0	0	4	26.7	0	0	2	100	6	11.8
Cirugía +Radioterapia	14	50	2	13.3	1	16.7	0	0	17	33.3
Cirugía + Radioterapia + Quimioterapia	5	17.9	5	33.3	2	33.3	0	0	12	23.5
Cirugía + hR3	8	28.6	4	26.7	1	16.7	0	0	13	25.5
Radioterapia + hR3	0	0.0	0	0	1	16.7	0	0	1	2.0
Total	28	100	15	100	6	100	2	100	51	100

DISCUSIÓN

La media de la edad de los pacientes del presente estudio, es inferior a los estudios cubanos "Supervivencia de pacientes operados de neoplasias de cavidad oral estadio III y IV"⁽¹¹⁾ y "Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con cáncer bucal"⁽¹²⁾ y otros estudios en la provincia de Ciego de Ávila,^(13,14) que identifican que el mayor porcentaje de pacientes corresponden a los mayores de 60 años, se considera que a pesar que esta entidad afecta de manera predominante a la tercera edad, en la provincia de estudio debería extenderse la pesquisa a partir de los 50 años, porque se han comenzado a diagnosticar casos.

Recientes estudios^(3,4) reportan una mayor incidencia del Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) en las mujeres y el aumento de la incidencia en la población joven, con menos de 40 años, debido a la exposición de estos a factores de riesgo como el tabaco y el alcohol, en especial a edades tempranas. En la actualidad, esta relación es de, 2:1.

De igual forma en cuanto a la presencia de factores de riesgo, otras investigaciones como una realizada en la provincia de Santiago de Cuba,⁽¹⁵⁾ se obtiene que el factor de riesgo de mayor valor es el alcoholismo.

La investigación: "Factores de riesgo modificables del cáncer bucal y su prevención",⁽¹⁶⁾ permite identificar los principales hábitos modificables que influyen de forma directa en el desarrollo del cáncer bucal: el hábito de fumar, el alcohol y los malos hábitos dietéticos. Los siguientes resultados demuestran el alto índice de pacientes que practican el hábito de fumar y el alcoholismo y que cuando se combinan estos se potencializa la aparición del cáncer bucal, por lo que se demuestra que existe un gran porcentaje de los pacientes que practican el alcoholismo también ejercen el hábito de fumar.

Se plantea que depende de la localización anatómica, van a surgir varios factores pronósticos que pueden modificar la conducta y el tratamiento, puesto que esta, tiene una estrecha relación con la estadificación de la enfermedad y la evaluación de la presencia de posibles metástasis. Es significativo que el grado histológico, mientras más indiferenciado y anaplásico es, peor es el pronóstico y tiene mejor respuesta al tratamiento oncológico.

Un estudio realizado en Perú,⁽¹⁷⁾ muestra mayor frecuencia para carcinoma, esta es bien diferenciada. Por su parte la investigación:

"Caracterización clínica y epidemiológica del carcinoma epidermoide en lengua",⁽¹⁸⁾ se identifica que el 45.3 % de los enfermos, presentan tumores bien diferenciados, estos estudios reportan un perfil similar al presente estudio.

Se es del criterio que las formas clínicas del tumor son variables y cuando se evalúan de conjunto con el tamaño de este, proporcionan información de valiosa utilidad, pues las formas vegetantes responden mejor al tratamiento con radioterapia que las infiltrantes, es decir, a mayor tamaño, mayor índice de metástasis, se empeora así el pronóstico de la enfermedad.

La serie obtenida en el estudio: "Caracterización clínica y epidemiológica del carcinoma epidermoide en lengua",⁽¹⁸⁾ refleja que en la mayoría de los enfermos, las formas clínicas más frecuentes son las manchas eritematosas y las blanquecinas, con 30.2 % y 22.6 %.

Una revisión integradora de la literatura realizada en Brasil,⁽¹⁹⁾ concluye que el examen histopatológico es una herramienta importante en la identificación previa del cáncer de cavidad oral, ayuda a la detección clínica previa y al desarrollo de neoplasias.

Un estudio realizado en Cuba,⁽¹⁵⁾ identifica que la etapa clínica predominante es la I; similar a los presentes hallazgos, resultado que se obtiene gracias a la prevención y promoción que realizan los médicos a través de los medios de difusión masiva y las charlas educativas en las comunidades que motivan a la realización del autoexamen bucal, como medida primordial para evitar el cáncer bucal.

Por su parte el estudio: "Características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad bucal",⁽²⁰⁾ identifica que en el estadio I y II se encuentran el 17.2 % de los enfermos, en el III el 31.0 % y en el IV el 34.4 %, esto demuestra que la lesión, a pesar de ser visible a la exploración, aún se diagnostica en estadios avanzados, cuando las posibilidades de curación y supervivencias son reducidas, difieren estos resultados con la presente investigación.

Dentro de los métodos y variantes oncoespecíficas para la curación de la enfermedad en estudio existe una gama amplia de protocolos establecidos, hasta los más novedosos que incluyen a la terapia de inmunización. Los tratamientos por lo general son combinados, en dependencia de lo que el organismo de cada paciente permita y pueda tolerar. El tratamiento más usado en este estudio es la combinación

de la cirugía con la radioterapia incluso en el estadio predominante, este es de elección.

Un estudio realizado en España,^[21] evidencia que las intervenciones quirúrgicas más frecuentes son la resección tumoral bajo anestesia general y el vaciamiento de los nódulos linfáticos cervicales.

Se señala que en estadios tempranos, puede lograrse la curación si se emplea solo cirugía o radioterapia, mientras que la mayor parte de los pacientes en etapas avanzadas requieren tratamiento multimodal. La localización del tumor primario es otro aspecto clave para determinar el tratamiento.

En el informe actual, la primera opción terapéutica es la cirugía más la radioterapia, esto permite obtener un mejor control loco/regional y la reducción de la frecuencia de metástasis a distancia, los carcinomas de cavidad bucal tienen una propensión a metástasis y recidivas, por el fenómeno conocido por sus siglas en inglés "skip metástasis", que ha sido relacionado con el carcinoma epidermoide de lengua y representa uno de los factores que contribuyen al peor pronóstico observado en los tumores que afectan esta localización de la cavidad oral.^[22]

Se concluye que los pacientes con cáncer del suelo de boca, tratados en el Hospital Oncológico, Conrado Benítez son en su mayoría hombres adultos, con adicción al tabaco y presentan carcinoma epidermoide bien diferenciado, en estadios iniciales de la enfermedad que permiten la cirugía más la radioterapia como tratamiento oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez YO, Bermúdez YI. Factores de riesgo asociados al cáncer bucal en pacientes de un consultorio médico de la familia. Rev Electron Zoilo [Internet]. 2020 [citado 5 Abr 2023]; 45(5):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://rev-zoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2172>

2. American Society of Clinical Oncology. Cáncer oral y orofaríngeo: estadísticas. Cancer Net [Internet]. 2019 [citado 3 Jul 2023]; 51(3): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/estad%C3%ADsticas#:~:text=Se%20estima%20que%20este%20a%C3%B1o%20se%20les%20diagnosticar%C3%A1,doble%20en%20los%20hombres%20que%20en%20las%20mujeres.>

3. Instituto Nacional del Cáncer. Prevención de los cánceres de cavidad oral, orofaringe, hipofaringe y laringe (PDQ®)—Versión para profesionales de salud. Maryland: NIC; [Internet] 2024 [citado 3 May 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/pro/prevencion-cavidad-oral-pdq>

4. Surveillance Epidemiology and End Results (SEER). Datos estadísticos sobre el cáncer: cáncer de cavidad oral y faringe. Washintong NHI [Internet]. 2019 [citado 3 Jul 2023]. Disponible en: https://seer.cancer.gov/report_to_nation/stats.html

5. Viamonte D, Ureña M, Leyva J, Manzano F. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes diagnosticados con cáncer bucal en Las Tunas. 2018-2020. EsTuSalud [Internet]. 2024 [citado 3 Jul 2023]; 5(3):e330. Disponible en: <https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/330>

6. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud [Internet]. 2022 [citado 3 Jul 2023]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2023/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2022-Ed-20231.pdf>

7. Guerra AM. Fortalecen en Cuba Programa Nacional de detención del cáncer bucal. Radio Rebelde [Internet]. 6 de diciembre 2023 [citado 3 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.infomed.hlg.sld.cu/fortalecen-en-cuba-programa-nacional-de-detencion-del-cancer-bucal/>

8. Gámez E. Histopatología del carcinoma oral. X Simposio Visión Salud Bucal y IX Taller sobre el Cáncer Bucal 2021. Estomatovisión Virtual [Internet]. La Habana: Infomed; 1-23 de diciembre 2021 [citado 3 Mar 2024]. Disponible en: <https://estomatovision2021.sld.cu/index.php/estomatovision/2021/paper/viewFile/420/53>

9. Etapas del cáncer de orofaringe y de cavidad oral. American Cancer Society [Internet] 2018 [citado 3 Mar 2024]. No se que es esto Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-orofaringe-y-de-cavidad-oral/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-por-etapas.html>

10. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013; 310(20):2191-4. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

11. Cintra Castro Y, Llerena Suárez J, Casañola Rivero O, Orea Cordero I. Supervivencia de pacientes operados de neoplasias de cavidad oral estadio III y IV. Rev Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello [Internet]. 2020 [citado 3 Mar 2024];4(2):e158. Disponible en: <https://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/158/246>
12. Javier CJ, Rosa SJD, Pérez MK, Ramírez GG, Peñón GM, Vázquez GGL. Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con cáncer bucal. Rev 16 abril [Internet]. 2020[citado 3 Mar 2024];59(278):1-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97919>
13. Torres Morales Y, Rodríguez Martín O, Herrera Paralelo R, Burgos Reyes GJ, Mesa Gómez R. Factores pronósticos del carcinoma bucal. Revisión bibliográfica. Rev MediCiego [Internet]. 2016 [citado 3 Mar 2024];22(3):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/419>
14. Espino-Ortega E, Tusell-Hormigó D, Arzola González-Pardo L, Marichal-Martínez YA, Corrales-Zamora Y, Del Toro-Mosquera G de los Ángeles. Caracterización del cáncer bucal en el territorio norte de la provincia de Ciego de Ávila. Univ Méd Pinareña [Internet]. 2020 [citado 3 Mar 2024]; 16(1S):e461. Disponible en: <https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/461>
15. Navarro Nápoles J, Quinzan Luna AM, Salazar González M, Arza Lahens M, Turcas Castellanos IM. Características clínicas epidemiológicas de pacientes con cáncer bucal del poblado el cristo Santiago de Cuba. X Simposio Visión Salud Bucal y IX Taller sobre el Cáncer Bucal 2021. Estomatovisión Virtual [Internet]. La Habana: Infomed;1-3 de diciembre 2021 [citado 23 Feb 2024]. Disponible en: <https://estomatovision2021.sld.cu/index.php/estomatovision/2021/paper/viewFile/182/184>
16. Rizo Delgado LB, de León Ramírez LL, Torres Rojas D, Garay Crespo MI. Factores de riesgo modificables del cáncer bucal y su prevención. UNIMED [Internet]. 2024 [citado 23 Feb 2024]; 6(1): 6(1):e203. Disponible en: <https://revunimed.sld.cu/index.php/revestud/article/view/203/pdf>
17. Garay O, Gianella D, Moron A, Karina J. Estudio comparativo del carcinoma epidermoide según décadas en el laboratorio de patología bucomaxilofacial del centro dental docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima- Perú, 1991- 2020. [Tesis para optar por el título de Cirujano Dentista]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024 [citado 23 Feb 2024]. Disponible en: <https://renati.su-nedu.gob.pe/handle/renati/3765408>
18. Montalban Olivera Y, Vázquez Blanco E, Agüero Acuña CR, Cedeño Llorente M de la C, Cuevas Rodríguez L de J. Caracterización clínica y epidemiológica del carcinoma epidermoide en lengua. IV Congreso de Ciencias Básicas Biomédicas Internacional Cibamanz 2023; 18- 30 noviembre 2023 Granma:Manzanillo ;2023. [citado 23 Feb 2024]. Disponible en: <https://cibamanz.sld.cu/index.php/cibamanz/2023/paper/view/477/247>
19. Gonçalves MH, de Sousa FG, Galvão FG, Moreira G, Meneses JL, de Albuquerque LC, et al. Avaliação dos aspectos histopatológicos em carcinomas espinocelulares: uma revisão integrativa da literatura. Research Society and Development[Internet]. 2022[citado 23 Feb 2024]; 11(6):e48811629234. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/360459164_Avaliacao_dos_aspectos_histopatologicos_em_carcinomas_espinocelulares_uma_revisao_integrativa_da_literatura
20. Corrales Reyes IE, Cruz Sánchez V, Núñez Blanco AE, Cossio Alva BA. Características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de pacientes con carcinoma epidermoide de cavidad bucal. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2022 [citado 23 Feb 2024];51(2):e02201902: Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v51n2/1561-3046-mil-51-02-e1902.pdf>
21. Porta Vázquez M. Análisis de costes del tratamiento del cáncer oral en hospitales de la comunidad autónoma de Galicia. [Tesis Doctoral en Ciencias Odontológicas]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2024 [citado 23 Feb 2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10347/33080>
22. Paolo C. Influencia en la localización topográfica del tumor primario edad de los pacientes, estadio T y espesor de infiltración tumoral en la capacidad de metastización del carcinoma epidermoide de cavidad oral [Tesis Doctoral en Medicina Clínica y Salud Pública]. Granada: Universidad de Granada;2020[citado 23 Feb 2024]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/65393/88262.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Conflicto de intereses.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses para la publicación del artículo.

Citar como: Tartabull Silva FM, Romero García LI, Leyva Torres R, Hierrezuelo Rojas N, Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de pacientes con cáncer del suelo de boca. Medimay [Internet]. 2025 [citado: fecha de citado];32:e2674. Disponible en: <https://medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2674>

Contribución de autoría.

Participación según el orden acordado por cada uno de los autores de este trabajo.

Autor	Contribución
Dr. Frank Michel Tartabull Silva	Conceptualización, curación de datos, supervisión, recursos investigación, metodología, visualización, redacción (borrador original, revisión y edición).
Dr. Lázaro Ibrahim Romero García	Análisis formal, supervisión, recursos investigación, software, metodología, visualización, redacción (borrador original, revisión y edición).
Dr. Ricardo Leyva Torres	Visualización, administración del proyecto, redacción (borrador original, revisión y edición).
Dra. Naifi Hierrezuelo Rojas	Investigación, visualización, redacción (borrador original, revisión y edición).



Este artículo se encuentra protegido con una [licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.