

ARTÍCULO ORIGINAL

**Caracterización de pacientes con cáncer de labios atendidos en el hospital “Ernesto Guevara”**

**Characterization of patients with lip cancer treated in "Ernesto Guevara" hospital**

Dr. Arley Barrera Campos\*, Dr. Salvador Javier Santos Medina\*\*

\*Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. \*\*Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial. Máster en Urgencias Estomatológicas. Investigador Agregado. Profesor Asistente. Hospital Pediátrico Provincial “Mártires de Las Tunas”. Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dr. Salvador Javier Santos Medina, correo electrónico: salvaj@ltu.sld.cu.

Recibido: 6 de abril de 2015

Aprobado: 4 de mayo de 2015

**RESUMEN**

La ausencia de estudios publicados sobre el cáncer de labios en Las Tunas constituyó el problema científico de la investigación. Se realizó un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de caracterizar clínica-epidemiológicamente a los pacientes con cáncer de labios, atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna” de Las Tunas, Cuba; en el periodo de enero de 2012 hasta junio de 2014. El universo lo formaron los pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer bucal y la muestra los 31 pacientes con esta entidad en los labios. El grupo de 60 y más años de edad fue el más afectado (61,3 %). Predominó la enfermedad en la piel blanca (90,4 %) y el sexo masculino (87,1 %). El factor asociado más encontrado fue el hábito de fumar (74,2 %). La forma clínica más frecuente fue la úlcera hundida o infiltrante; el 74,2 % de los carcinomas se diagnosticaron en etapa I. El 83,8 % afectó al labio inferior. Predominó el carcinoma epidermoide (77,4 %). La correspondencia entre el diagnóstico clínico e histopatológico fue del 74,2 %. El tratamiento más empleado fue el quirúrgico (93,5 %) y la técnica, la V-labio.

**Palabras clave:** CÁNCER BUCAL; EPIDEMIOLOGÍA; LABIOS.

**Descriptores:** NEOPLASIAS DE LA BOCA; NEOPLASIAS DE LOS LABIOS; EPIDEMIOLOGÍA.

**ABSTRACT**

The lack of published studies about lip cancer in Las Tunas formed the scientific problem of this investigation. A descriptive and cross-sectional study was carried out with the objective of characterizing clinical and epidemiologically those patients suffering from lip cancer that were treated in the maxillofacial service of “Ernesto Guevara” Provincial Hospital of Las Tunas, Cuba, from January, 2012 to June, 2014. The universe was made up of those patients with histopathologic diagnosis of oral cancer and the sample comprised the 31 patients with this entity in their lips. The 60 to older age group was the most affected one (61,3 %). The disease prevailed in fair-skinned patients and in males (87,1 %). The most common predisposing factor was smoking (74,2 %). The most frequent clinical form was the perforating ulcer; the 74, 2 % of the carcinomas were diagnosed in stage I; the lower lips were affected in an 83, 8 %. Epidermoid carcinoma prevailed (77,4 %). The correspondence between the clinical and the histopathologic diagnoses was of 74,2 %. The most frequent treatment was the surgical one (93,5 %) and the technique, the V-lips.

**Key words:** ORAL CANCER; EPIDEMIOLOGY; LIPS.

**Descriptors:** MOUTH NEOPLASMS; LIP NEOPLASMS; EPIDEMIOLOGY.

Citar como: Barrera Campos A, Santos Medina S. Caracterización de pacientes con cáncer de labios atendidos en el hospital “Ernesto Guevara”. Rev. Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015; 40(6). Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/366>.



## INTRODUCCIÓN

Entre los problemas de salud que afectan a la población con una alta frecuencia se encuentra el cáncer, que muestra un incremento desproporcionado en los últimos años, un 12 % de las muertes son por su causa. (1) El cáncer de la boca y la orofaringe ocupan el décimo lugar entre los cánceres en el mundo y están en el séptimo al analizar la mortalidad. Se estiman alrededor de 350 000 y 400 000 nuevos casos por año. (1-3)

El cáncer se ha convertido en Cuba en la primera causa de muerte. El bucal, de manera particular, ocupa el octavo lugar, con una tasa de 3,7 X 100 000 habitantes. (4) El Ministerio de Salud Pública puso en práctica en 1982 el Programa Nacional de Diagnóstico del Cáncer Bucal (PDCB), único en el mundo por su cobertura nacional; su objetivo es disminuir la morbi-mortalidad mediante la prevención y el diagnóstico precoz de lesiones premalignas y malignas. (5, 6) Se reporta que las localizaciones más afectadas son la lengua y el labio; de este, en el inferior aparecen el 90 % de los casos. (5-7)

La forma tumoral más frecuente son los carcinomas epidermoides, originados en el epitelio de revestimiento del bermellón, aunque también aparecen carcinomas basales, que lo invaden secundariamente. (7, 8) Su crecimiento es lento con un bajo potencial metastazante. El diagnóstico es fácil y frecuentemente precoz. Está precedido muchas veces de lesiones premalignas y en su origen influyen las radiaciones solares y el hábito de fumar. (5, 7, 8) Es un tumor con implicaciones estéticas importantes y, por ende, psicológicas. Su tratamiento se basa en el empleo de la cirugía y/o la radioterapia. (8-10)

Trabajos investigativos sobre cáncer bucal en Las Tunas en el 2010 arrojaron que la localización más afectada fue el labio, en el 48 % de los casos. (11) Otros informes estadísticos y resultados de tesis de terminación de residencia aluden este sitio anatómico como el de mayor predisposición en la población tunera. Se toma como problema científico el hecho de no existir en la provincia investigaciones detalladas sobre el cáncer bucal en los labios, lo cual sirvió de motivación al presente trabajo, para caracterizar a los pacientes con cáncer de labios atendidos en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Docente "Ernesto Guevara de la Serna" de Las Tunas, en el período de enero de 2012 a junio de 2014.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en el servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de La Serna" de Las Tunas, durante el período de enero de 2012 a junio de 2014, con el objetivo de caracterizar clínico-

epidemiológicamente a los pacientes con cáncer de labios. El universo lo formaron los pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer bucal y la muestra los 31 con diagnóstico de cáncer de labios, con tratamiento concluido y que dieron su consentimiento a participar en la investigación.

Se excluyeron aquellos, a los que no se les realizó reporte al registro nacional del cáncer y/o no se les pudo recoger todos los datos por alguna causa.

Se analizaron las variables: grupos de edad, sexo, color de la piel, factores asociados, tipo clínico de lesión y la etapa clínica, localización anatómica, extensión labial, grado histológico, correspondencia entre el diagnóstico clínico-histopatológico, tipo de tratamiento y técnicas quirúrgicas empleadas.

La información se obtuvo a partir de fuentes secundarias, como la historia clínica, el modelo 47-22 y el reporte de cáncer. Los datos se procesaron mediante estadística descriptiva; se utilizaron medidas resúmenes como la razón y el análisis porcentual. Para la relación de los resultados clínicos e histopatológicos se determinó la frecuencia absoluta.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El cáncer de labios según la edad (**tabla 1**) mostró un aumento progresivo de la enfermedad conforme ésta aumentaba, resultado expuesto en la mayoría de las literaturas. Autores como Santana y Cazariego lo confirman. (8, 12) No se detectaron pacientes en los grupos de edad de 0-14 y de 15-25 años.

**TABLA 1. Distribución de pacientes con cáncer de labios según grupos de edad**

Grupos de edad	Nº	%
26-34 años	1	3,2
35-59 años	11	35,5
60 años y más	19	61,3
TOTAL	31	100

El grupo de 60 años y más fue el más afectado, con el 61,3 %, resultado que coincide con Quintana Díaz, en Artemisa, quien obtuvo un 72,1 %. (7)

En España, según los protocolos de Cirugía Oral y Maxilofacial, la enfermedad tiene predilección por aparecer entre los 50-70 años. (13)

Estos resultados pueden relacionarse proporcionalmente con los procesos de envejecimiento en el sistema natural de defensa del organismo que, conforme aumenta la edad, también se modifican los tejidos, lo que los hace más vulnerables a los factores locales y generales.

De acuerdo al sexo, fue más frecuente en el masculino, con 27, para un 87,1 %. Resultado que coincide con todas las bibliografías consultadas. (4, 8, 14, 15)

Greenlee reporta una mayor frecuencia para los hombres, de 50/1 mujer; Soler en España, de 20/1, en esta investigación, más baja, de 7/1. (10, 13)

Autores plantean que el hombre está más expuesto a los factores de riesgo: radiaciones solares, cigarrillos, riesgos ocupacionales; no es que la mujer se encuentre ajena a ellos, pero la sociedad actual la ha protegido en cierto sentido, porque los trabajos más fuertes son característicos de los hombres. Además, ella representa un símbolo de belleza, cuida mucho más de su piel con el uso de protectores solares, cremas y creyones, que protegen al labio de la exposición a los rayos ultravioletas. (3, 5, 16)

De acuerdo al color de la piel, la mayoría de los pacientes son de piel blanca. (3, 5, 8, 17, 18) Quintana Díaz, obtuvo en su estudio que el 86, 2 % de los pacientes eran blancos. (7) Soler, en España, afirma que el cáncer de labios es diez veces más frecuente entre caucásicos y muy raro en africanos. (13)

Para el cáncer bucal en los labios se toman los criterios del cáncer dermatológico; pacientes de piel blanca tienen una mayor predisposición, pues las pieles claras no contienen suficiente melanina protectora contra las radiaciones solares. (19)

Los factores asociados (**tabla 2**) más frecuentes fueron: el hábito de fumar en 23 pacientes (74,2 %), seguido de la exposición al sol y la ocupación de riesgo con once y diez casos, para el 35,5 % y 32,3 %, respectivamente.

**TABLA 2. Distribución de pacientes con cáncer de labios según incidencia de factores asociados**

Factores asociados	Nº (n=31)	%
Hábito de fumar	23	74,2
Exposición al sol	11	35,5
Ocupación	10	32,3
Uso de prótesis	8	25,8
Mordedura de labios	3	9,7
Alcoholismo	3	9,7
Sepsis oral	2	6,4
Bordes filosos	2	6,4

Quintana Díaz obtuvo como factor predisponente más frecuente al hábito de fumar, aunque con un porcentaje mayor, el 86,2 %. (7)

Múltiples autores reconocen el papel del hábito de fumar en la génesis del cáncer bucal, al ejercer

sobre la mucosa tres tipos de acciones: mecánica, química y física, por el calor y sus componentes químicos. En el bermellón labial es donde se asienta el cigarro, por lo que su efecto directo se multiplica. (8, 17, 20)

Rebolledo reconoce otros factores importantes, como el alcohol, el trauma dentario y protésico, le da una gran importancia a la combinación de ellos, (14) resultados presentes en esta investigación.

Algunos estudios avalan la frecuente aparición de esta lesión en campesinos y pescadores de piel blanca, que están varias horas expuestos a las radiaciones solares. (19, 21) Argumentos que son mundialmente aceptados en la aparición del cáncer bucal y, en particular, el de labios. Los autores apoyan estos criterios; la población tunera presenta elementos demográficos y ocupacionales que pueden influir en la aparición de estos informes. Futuros estudios analíticos pudieran relacionar esta entidad con sus posibles factores de riesgo.

El tipo de lesión más frecuente fue la úlcera hundida o infiltrante, con 14 casos (45 %) y le siguió la úlcera plana de bordes evergentes con 12 (38,7 %). Resultado similar obtuvo García, al afirmar como hallazgo clínico más frecuente el de una úlcera indurada, de bordes evertidos. (22) Santana reportó datos diferentes, al predominar en sus pacientes las formas exofíticas en cerca del 75 %. (11)

De acuerdo a la etapa clínica, se expone en la **tabla 3** un predominio de la etapa I, en el 74,2 % de los casos. No se encontraron pacientes en etapa IV.

**TABLA 3. Distribución de pacientes con cáncer de labios según etapa clínica de la lesión**

Etapa clínica	Nº	%
Etapa 0	1	3,2
Etapa I	23	74,2
Etapa II	5	16,1
Etapa III	2	6,5
TOTAL	31	100

En el PDCB la etapa clínica del diagnóstico es un indicador vital; el diagnóstico precoz está demostrado que es la terapéutica más efectiva para contrarrestar los efectos de la enfermedad. (5)

El cáncer de labios por su localización visible se diagnostica con mayor frecuencia en etapas iniciales, en estos casos el índice de supervivencia es alrededor del 90 % a los cinco años, autores como Santana y García apoyan estos datos. (8, 22)

Acuña, en Las Tunas, obtuvo un predominio de la etapa I con el 64,2 %, durante los años 2007-08, resultado que se mantiene estable hasta el momento. (11)

Álvarez Martínez, en Colombia, informó diagnósticos en etapas tardías III y IV en el 72,9 % de los casos, resultados que contrastan con los anteriores y reflejan una tendencia negativa, realidad de algunos países latinoamericanos. (21)

Es positivo este resultado, al encontrarse entre los estándares nacionales e internacionales para el labio, su fácil accesibilidad al examen debe ser el factor responsable. Estudios de seguimiento sobre este indicador y su comparación con otros subsitios anatómicos pueden ser factibles a largo plazo en la provincia.

Según la localización, se observó un predominio importante en la región central y lateral del labio inferior, con 15 y 11 casos, respectivamente. El 83,8 % de las lesiones afectaron al labio inferior, resultado avalado por la literatura. (2, 7, 8, 10)

Gorrín, en Santa Clara, obtuvo resultado similar, aunque con el 48,9 %; este cita a Gallegos, quien argumenta el efecto de las radiaciones ultravioletas, las que producen mutaciones en un encogen p53 y, a partir de ahí, producen la separación clonal de las células premalignas. Este proceso inhibe el desarrollo de linfocitos T helper 1 y da lugar a la supresión de la inmunidad celular. (23)

Existe consenso respecto a cierta predisposición del labio inferior a ser el más afectado, al estar perpendicular a las radiaciones solares y recibirlas con mayor intensidad, además de servir de apoyo al cigarro y ser el que se expone directamente a la acción mecánica de éste; (8, 19, 20) estos argumentos pueden ser los responsables de estos resultados.

La extensión de la lesión tumoral en el labio se comportó con predominio de la toma de menos de 1/3 del mismo en 22 casos (70,9 %), dato que se ilustra poco en la literatura y guarda relación directa con la etapa clínica, discutida anteriormente como positiva y sirve de base a la selección de la técnica. Por ese motivo en este estudio se incluyó su análisis.

El resultado histopatológico más diagnosticado (**tabla 4**) fue el carcinoma epidermoide, en el 77,4 % de los casos.

**TABLA 4. Distribución de pacientes con cáncer de labio según resultado histopatológico**

Diagnóstico histopatológico	Nº	%
Carcinoma epidermoide	24	77,4
Carcinoma basoescamoso	4	12,9
Carcinoma basal	1	3,1
Carcinoma in situ	1	3,1
Carcinoma adenoideo quístico	1	3,1
TOTAL	31	100

Este dato coincide con múltiples autores, entre ellos Quintana Díaz, para quien representó el 69,1 % de sus diagnósticos. (7) Santana y García aluden resultados similares, con valores incluso alrededor del 90 % de los tipos histológicos. (8)

El carcinoma basoescamoso, a pesar de ser un subtipo especial de carcinoma epidermoide, presenta características histopatológicas específicas y se encuentra directamente relacionado con la exposición al sol. (2)

Al analizar la correspondencia entre el diagnóstico clínico e histopatológico, se obtuvo que en el 74,2 % de los casos existió correspondencia. Miranda Tarragó informa en su estudio una correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y definitivo del 69 %, resultado similar al que se analiza, pero en un estudio diferente. (24)

Aunque pudiera ser mejor, se considera adecuado este resultado. Según Santana, existen siete formas de presentación clínica del carcinoma epidermoide en la cavidad bucal, que se aplican en su mayoría al labio. (8) Además, algunos diagnósticos encontrados son puramente histológicos, como el carcinoma basoescamoso y el carcinoma in situ.

El tratamiento más empleado fue el quirúrgico, en el 93,5 %. Resultado que coincide con la mayoría de los estudios. (3, 5, 14, 20) No se aplicaron tratamientos como la radioterapia ni la quimioterapia exclusivas, solo a dos de los casos se les aplicó terapia combinada de cirugía y radioterapia.

Para Soler, el tratamiento de elección está condicionado por la localización, estadificación, edad y condiciones generales del paciente. La mayoría de los carcinomas de labio tienen una respuesta positiva a la cirugía, con o sin radioterapia, mucho más si el labio afectado es el inferior. La práctica de colgajos de vecindad permite una reconstrucción funcional y estética adecuada. (13)

Santana defiende el tratamiento quirúrgico, incluso en lesiones grandes, al garantizar el éxito en más del 80 % de los casos, siguiendo los principios oncológicos. (8)

En relación a las técnicas quirúrgicas (**tabla 5**), las más empleadas fueron la V-labio en 13 ocasiones (43,3 %), seguido de la W-labio con 9 (30 %). Esas técnicas guardan relación con otros resultados de este trabajo, como la extensión tumoral.

Quintana Díaz, en Artemisa, obtuvo como la técnica más usada la cuneiforme de Wedge (82 %), resultado similar al del presente trabajo. (7)

El objetivo primario de la cirugía es la resección total de la enfermedad y, en segundo lugar, realizar una reconstrucción que resulte en un neolabio estética y funcionalmente aceptable. Con los tratamientos actuales las tasas de control a largo plazo son altas, y es el diagnóstico tardío y el mal manejo inicial lo que más influye negativamente en los resultados del tratamiento. (14, 20)

**TABLA 5. Distribución de pacientes con cáncer de labio según la técnica quirúrgica empleada**

Técnicas quirúrgicas	Nº	%
V- labio	13	43,3
W- labio	9	30,0
Rasura (Lip Shave )	3	10,0
Abbe	3	10,0
Fan flap	1	3,3
Fan flap bilateral	1	3,3
Total	30	100

Las técnicas siempre están descritas por la extensión y localización de la lesión en el labio, así como el dominio del cirujano que la practique, por lo que la

conducta puede variar de un servicio al otro y de un profesional a otro.

### CONCLUSIONES

Se caracterizaron los pacientes portadores de cáncer de labios. Este predominó en el sexo masculino, piel blanca y en mayores de 60 años, que practicaron con frecuencia el hábito de fumar y se encontraron expuestos de manera prolongada al sol, como factores asociados. Se encontró afectado con mayor frecuencia el labio inferior, en región central y con menos de 1/3 de extensión, con predilección de la úlcera hundida e infiltrante, de acuerdo al tipo clínico. El diagnóstico histopatológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide y la correspondencia entre el diagnóstico clínico e histopatológico fue elevada. El tratamiento más empleado fue el quirúrgico y la técnica que más se practicó fue la V-labio.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Saman D. A review of the epidemiology of oral and pharyngeal carcinoma: update. *Head & Neck Oncology* [revista en internet]. 2012, Enero [citado 11 de mayo 2015]; 4: 1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22244087?dopt=Abstract&holding=f1000,f100m,isrctn>.
2. Heck J, Berthiller J, Vaccarella S, Winn D, Smith E, Hashibe M, et al. Sexual behaviours and the risk of head and neck cancers: a pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. *International Journal Of Epidemiology* [revista en internet]. 2010, Feb [citado 11 de mayo 2015]; 39(1): 166-181. Disponible en: [MEDLINE Complete](#).
3. Thun MJ, Jemal A. CD. *Textbook of internal medicina: Epidemiology of cancer* [en línea]. 24th ed. Philadelphia: Isevier, 2011 [citado 28 de octubre 2014].
4. MINSAP. Anuario Estadístico [en línea]. Departamento de Estadísticas. Dirección Nacional de Salud. Cuba; 2012 [citado 11 de mayo 2015]. Disponible en: [http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario\\_2012.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2012.pdf).
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de organización y procedimientos para el control del cáncer bucal En: Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. La Habana: ECIMED; 2012. p. 204-26.
6. Morales Navarro D, Rodríguez Lay L, García Jordán M. Importancia del Programa de Detección Temprana del Cáncer Bucal en Cuba. *Rev Haban Cienc Méd* [revista en internet]. 2009, Nov [citado 11 mayo 2015]; 8(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X2009000400012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000400012&lng=es).
7. Quintana Díaz JC, Quintana Giralt M. Prevalencia de cáncer de labio en Artemisa 1996-2006. *Acta Odontol Venezolana* [revista en internet]. 2009 [citado 11 de mayo 2015]; 47(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652009000100023&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000100023&lng=es).
8. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 328-84.
9. Paleri V, Staines K, Sloan P, Douglas A, Wilson J. Evaluation of oral ulceration in primary care. *BMJ* [revista en internet]. 2010 [citado 11 de mayo 2015]; 340: 26-39. Disponible en: [MEDLINE Complete](#).
10. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* [revista en internet]. 2000 [citado 11 de mayo 2015]; 50: 7-33. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.50.1.7/abstract>.
11. Acuña Pérez JL, Almaguer Acevedo FM, Santos Medina SJ, Machado Andino H, Méndez Vargas Y. Caracterización del carcinoma epidermoide de la cavidad bucal en pacientes de la provincia Las Tunas, 2007-2008. *Rev Elect Zoillo Marinello* [revista en internet]. 2010 [citado 11 de mayo 2015]; 35(3). Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revistam/modules.php?name=News&file=article&sid=114>.

12. Casariego ZJ. La participación del odontólogo en el control del cáncer oral: manejo en la prevención, tratamiento y rehabilitación. Revisión. Av Odontoestomatol [revista en internet]. 2009 [citado 11 de mayo 2015]; 25(5): 265-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-12852009000500004>.
13. Soler Presas F, Borja Morant A, Cebrián Carretero JL, Morán JM. Cáncer de labio. En: Colectivo de autores. Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid: Editorial Sauce; 2004. p. 479-85.
14. Rebolledo Cobos M, Escalante Fontalvo M, Espitia Nieto S, Carmona Meza Z. Tipos de tabaquismo como factor de riesgo asociado a cáncer bucal. Reporte de dos casos. (Spanish). Salud Uninorte [revista en internet]. 2012, Sep [citado 11 de mayo 2015]; 28(3): 438-444. Disponible en: [MedicLatina](http://www.mediclatina.com).
15. Moret Yuli, Jeaneth López, Sánchez Carlos. Quimioprevención de condiciones potencialmente malignas y cáncer bucal. Acta Odontol Venez [revista en internet]. 2010, Mar [citado 11 de mayo 2015]; 48(1): 122-127. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-6365201000100019&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-6365201000100019&lng=es).
16. Salen CZ, Gorrón RM, Del Valle MC. Reconstrucción labial: principios y técnicas. Cuadernos de cirugía [revista en internet]. 2004, Mar [citado 11 de mayo 2015]; 18(1): 98-105. Disponible en: [http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642004000100016&script=sci\\_arttext&lng=es](http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-28642004000100016&script=sci_arttext&lng=es).
17. Bascones A, Seoane J, Aguado A, Quintanilla J. Cáncer y precáncer oral. Bases clínico-quirúrgicas y moleculares. Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales; 2010. p. 113-24.
18. Lippman S, Hong W. Molecular markers of the risk of oral cancer. The New England Journal Of Medicine [revista en internet]. 2001, Apr [citado 11 de mayo 2015]; 344(17): 1323-1326. Disponible en: [MEDLINE Complete](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11481111).
19. Bertini F, Sgarbi FC, Haberbeck A, Rodríguez AS. Análisis del perfil clínico del paciente portador de queilitis actínica: importancia para el diagnóstico. Acta Odontol Venezolana [revista en internet]. 2010 [citado 11 de mayo 2015]; 48(3): 1-7. Disponible en: <http://actaodontologica.com/ediciones/2010/3/pdf/art1.pdf>.
20. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. CA Cancer J Clin [revista en internet]. 2002 [citado 11 de mayo 2015]; 52(4): 195-215. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.52.4.195/full>.
21. Álvarez Martínez E, Arelis Preciado U, Montoya Fernández S, Jiménez Gómez R, Posada López A. Características clínico-histopatológicas del carcinoma escamocelular bucal, Colombia. (Spanish). Rev Cubana Estomatol [revista en internet]. 2010, Enero [citado 11 de mayo 2015]; 47(1): 81-95. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ca734872-c378-403a-8f7b3389411c4b38%40sessionmgr15&vid=1&hid=27>.
22. García García V, Bascones Martínez A. Cáncer oral: Puesta al día. Av Odontoestomatol [revista en internet]. 2009 [citado 11 de mayo 2015]; 25(5): 13-9. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3056497&orden=1&info=link>.
23. Gorrín L, Milian V, de la Nuez T, Borroto A. Carcinoma Epidermoide Bucal. Estudio De 190 Pacientes En El Hospital "Arnaldo Milián Castro.". (Spanish). Medicentro Electrónica [revista en internet]. 2010, Mar [citado 11 de mayo 2015]; 14: 1-10. Disponible en: [MedicLatina](http://www.mediclatina.com).
24. Tarragó J, Ramírez L, Heredia G, Pérez I, Miranda E. Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana 1999-2006. Revista Cubana De Estomatología [revista en internet]. 2010, Oct [citado 11 de mayo 2015]; 47(4): 381-391. Disponible en: [MedicLatina](http://www.mediclatina.com).

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.