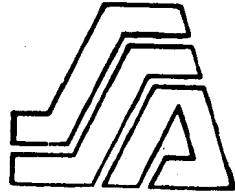


71
L. G. M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala



"FRECUENCIA DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS QUE AFECTAN
A LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD ORAL Y SU
RELACION CON DIFERENTES FACTORES DE RIESGO"

T E S I S

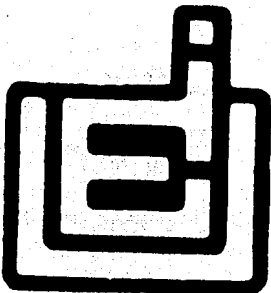
Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n

CASTILLO OLVERA JAVIER

NUÑEZ ESPINOSA IRMA TERESA



San Juan Iztacala

Agosto 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

CAPITULO	PAGINA
1.- INTRODUCCION	1
- ANTECEDENTES	
2.- MATERIAL Y METODOS	14
3.- RESULTADOS	17
4.- DISCUSION	35
5.- CONCLUSIONES	40
6.- BIBLIOGRAFIA	41

INTRODUCCION

El diagnóstico del cáncer bucal no presenta problemas en términos generales, ya que las lesiones se localizan en un sitio accesible para la exploración clínica y si son detectados en estadio temprano el pronóstico mejora considerablemente.

De acuerdo a Binzie y colbs. (5) el pronóstico desfavorable observado comunmente en el cáncer intraoral se debe al menos en parte, a la extensión de la enfermedad al inicio del tratamiento. Para intentar dar solución a esta situación es importante reconocer en que medida lo anterior se debe a :

- a) el paciente
- b) retraso del personal médico-odontológico para emitir el diagnóstico correcto ó
- c) características propias de la enfermedad.

Para poder intentar desarrollar medidas terapéuticas más adecuadas, es importante contar con información sobre los siguientes puntos :

- 1) El periodo de tiempo transcurrido entre el inicio de la sintomatología y la atención profesional.

- 2) Las razones del retraso para la atención.
- 3) La proporción de pacientes detectados por su médico y/o por sus dentistas.
- 4) El periodo comprendido entre la confirmación del diagnóstico y el inicio del tratamiento(7).

El presente estudio ofrece información obtenida a partir de expedientes clínicos de un centro hospitalario de atención especializada con los cuales puede obtenerse una visión de aquellas neoplasias prevalentes en nuestra población y de algunos factores involucrados con su desarrollo.

ANTECEDENTES

Los estudios epidemiológicos ofrecen información importante sobre la incidencia relativa de muchas enfermedades en diferentes localizaciones anatómicas. Con respecto al cáncer bucal, la mayor parte de la información se encuentra disponible en forma de material estadístico, en publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y registros de cáncer de diferentes países. Estos datos son importantes por la utilidad que brindan para analizar los diferentes factores etiológicos relacionados con esta enfermedad, lo cual orienta su prevención y tratamiento (2).

Estos estudios han demostrado que el cáncer bucal es-

más común en ciertas regiones del mundo que en otras. Por ejemplo en Bombay, India el cáncer bucal representa cerca del 50% de todos los cánceres (8).

Para América y Europa el margen es más estrecho. En general se aceptan valores de prevalencia de cáncer bucal o bucofaríngeo que oscilan entre un 2% (Noruega), hasta -- cerca del 50% o más en algunas regiones de la India.

En lo que se refiere a datos obtenidos a partir de -- instituciones hospitalarias y servicios de anatomía patológica bucal también existe información útil. Por ejemplo, -- en un estudio efectuado por Mc. Carthy (16) con 2301 enfermos con patosis bucales hospitalizados y de practica privada, el 6% presentaban neoplasias malignas.

Bhaskar (4), encontró que de un total de 20575 biopsias de lesiones orales efectuadas en consultorios dentales, realizadas por 527 odontólogos civiles y militares, - 4373 casos correspondieron a procesos neoplásicos y de estos 223 eran malignos, lo que representó el 6.8% de todos los tumores y el 1.7% de todas las muestras analizadas.

En un estudio semejante Knapp (11) examinó un total de 1017 especímenes obtenidos de pacientes con lesiones bucales que acudieron al servicio dental de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. En esta muestra se excluyeron - caries, lesiones óseas y enfermedad periodontal, encontrán

dose que el 80.20% (819 casos) de las biopsias correspondieron a lesiones tumorales neoplásicas y no neoplásicas - de las cuales sólo una era neoplasia maligna.

Rossi y Hirsch (24), en una muestra de 4793 biopsias de lesiones orales analizadas en el servicio de patología oral de Case Western Reserve University, durante el periodo de 1950-1970, hallaron un total de 605 casos diagnosticados microscópicamente como neoplasias. De estas 497 fueron clasificadas como benignas y 103 como malignas, representando 10.4% y 2.2% del total de muestras y neoplasias - respectivamente.

En México, se cuenta con pocos estudios que revelen - datos sobre la prevalencia e incidencia de lesiones bucales diferentes a caries y parodontopatías. Con respecto a datos que puedan orientarnos en relación a neoplasias de la cavidad oral, parte de la información se encuentra en tesis recepcionales de cirujanos dentistas que han revisado diferentes centros hospitalarios tales como : El Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del I.M.S.S. , el hospital 20 de noviembre del I.S.S.S.T.E., y otros más (32).

En el caso del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional, se encontró de acuerdo a Olper (19) que el -- cáncer bucal ocupa el 12^o lugar (1.7%) de todas las locali

zaciones, correspondiendo el 7^o lugar en hombres (4.3%) y el 13^o lugar en mujeres (0.7%) en un estudio de 33,328 casos comprendidos desde 1960 hasta 1975.

Según la Dirección de Estadística de la Secretaría de Industria y Comercio, el cáncer de la cavidad bucal y farínge ocupó el 1.4% de todos los tumores malignos en 1971- y 1973.

La magnitud que tiene esta enfermedad a nivel nacional es poco conocida. Existen registros de fallecimientos, pero de enfermos sólo se pueden obtener datos actualmente de algunos hospitales e instituciones gubernamentales.

De acuerdo a lo anterior, se encontró que en 1977 fallecieron por cáncer de cavidad oral y orofarínge 1 por cada 200,000 habitantes. Donde más frecuentemente se localizó la enfermedad fue en la lengua (40%), piso de boca y partes no especificadas (25%), labio (5%) y encía (5%) (30).

Según informes publicados por la Secretaría de Programación y Presupuesto en 1975 y 1976 fueron registradas 21674 y 22635 defunciones anuales por tumores malignos respectivamente. Se encontró que en el grupo de edad de 50-64 años los tumores malignos ocuparon el segundo lugar de importancia y en la población mayor de 64 años estos ocuparon el tercer lugar.

Romero de León y Garza de la Garza (22), en un análisis

sis de 445 biopsias recibidas y diagnosticadas en el departamento de patología de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en un periodo comprendido entre septiembre de 1974 y diciembre de 1980 encontraron que 13 (2.9%) de las lesiones en estudio estuvieron dentro de la categoría de carcinomas escamocelulares en más de la mitad de dichos casos.

Según estudios realizados por Hartselle (10), el carcinoma de células escamosas es la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad oral. Esta comprende aproximadamente el 5% de todas las neoplasias malignas registradas a nivel sistémico.

De acuerdo con Borghelli (6) las neoplasias malignas de la mucosa bucal constituyen más del 90% de todos los tumores bucales. Así mismo Anneroth y cols. (2) y Batsakis (3), reconocen que de las neoplasias malignas de la mucosa oral, aproximadamente el 90% corresponden al diagnóstico de carcinoma escamocelular, el resto de acuerdo con Borghelli estaría representado entre otros por melanomas, neoplasias malignas de glándulas salivales menores, linfomas y metástasis en tejidos bucales.

Se ha dicho que el cáncer bucal afecta preferentemente a los varones, salvo en algunas poblaciones de unos cuantos países como Venezuela, Colombia y Thailandia (6).

Cuando las diferencias se acortan o se invierten, siempre existe la sospecha sobre algún factor de riesgo que parece explicar el fenómeno.

El trabajo para epidemiólogos y clínicos ha sido definir como intervienen estos factores de riesgo e interactúan en el desarrollo de cáncer oral (8). Uno de los factores analizados con mayor detalle es el uso del tabaco en sus diferentes presentaciones. Algunas de las observaciones que incriminan el uso del tabaco como factor principal en el desarrollo de cáncer oral, se basan en el hecho de que estas entidades son menos frecuentes en individuos sin antecedentes de tabaquismo (27).

Wynder y cols. (34), en un estudio de casos y controles basado en 659 pacientes con cáncer oral de los cuales 543 eran varones y 116 mujeres, encontraron que el hábito de fumar es un factor importante en el desarrollo de cáncer ya que sólo el 3% de los varones afectados nunca habían fumado, en contraste con el grupo control. Así mismo el 29% de los pacientes estudiados habían fumado 35 ó más cigarrillos o su equivalente en puros o pipas diariamente (*) por lo menos durante 20 años, en contraste con un 17% del grupo control.

(*) Según Wynder y cols. 1 puro = 5 cigarrillos.
1 pipa = 25 cigarrillos.

En Puerto Rico, Martínez (15), encontró que el riesgo de desarrollar cáncer oral es de 2.5 a 5 veces mayor en fumadores en exceso que en no fumadores.

Un inconveniente en la mayoría de estudios es el hecho de que aunque se diferencia entre el fumador leve y el fumador en exceso, no se separa al fumador persistente de aquel que fumó en exceso y eliminó el hábito. Esto último es importante ya que como lo demuestran algunos reportes, aquellos pacientes tratados exitosamente de un cáncer primario y continúan fumando, presentan más posibilidades de desarrollar un segundo carcinoma (35), (27).

En fumadores de cigarrillos, el riesgo relativo de desarrollar cáncer oral, (34), (33), (8) puede deberse a uno o más de los siguientes factores.

- a) Mayor susceptibilidad del epitelio bronquial comparado con la mucosa bucal.
- b) Mayor concentración del humo dentro de las ramas pequeñas del árbol bronquial.
- c) El lavado constante de la mucosa oral por la saliva y la masticación, los cuales evitaran el asentamiento de los productos de los productos del tabaco en su superficie.
- d) A una mayor actividad carcinogénica del alquitrán de los cigarrillos comparada con la del tabaco de pipas o puros (34), (33).

Así mismo fumar cigarrillos, la forma más popular de usar tabaco en Estados Unidos, es asociado con un riesgo - penoso de carcinogénesis oral (8).

Por otra parte, un riesgo adicional para el desarrollo de cáncer oral en fumadores de pipa puede provenir de la irritación crónica termomecánica causada por el tallo - de la misma (8).

Diferencias culturales en el uso de productos del tabaco llevan a variaciones en la incidencia geográfica y anatómica de cáncer oral. Por ejemplo en la India, donde se practica en algunas regiones el hábito de fumar a la inversa (con el extremo encendido dentro de la cavidad oral) se ha observado una interesante interacción entre este hábito y el desarrollo de cáncer de paladar, la cuál es una de -- las localizaciones más raras del cáncer en países occidentales (8). Metha y cols. (17) al analizar 26 casos de carcinomas bucales registrados entre 50,915 pobladores de la India, encontraron que 10 carcinomas correspondían a muje- res y de estas lesiones 8 se localizaban en paladar, sien- do 7 mujeres residentes de Andra-Pradesh con el hábito de fumar con el cigarrillo invertido.

Así mismo 50% de todos los cánceres de la cavidad o-- ral en la India son cánceres de mucosa bucal asociados con la costumbre de mascar pan (una combinación de nuez de be tel, cal apagada y tabaco). Esta preparación es mascada y

mantenida en el carrillo por la persona que lo usa, incluso durante el sueño y la mayoría de las lesiones se desarrollan en el lugar donde se coloca la mezcla (8).

Otro hábito en el que el tabaco parece marcar un papel importante en el desarrollo de cáncer oral lo constituye la aplicación de rapé (snuff) sobre la mucosa del surco vestibular y encía. En el sur de los Estados Unidos donde es común el uso del rapé particularmente en mujeres, se han reportado casos de carcinomas en estas localizaciones. Un estudio retrospectivo sobre cáncer oral en Georgia reveló que el 33% de las mujeres del área urbana y 72% del área rural con cáncer utilizaban rapé, en comparación con el grupo control donde estas cifras estuvieron por debajo de 5 y 20% respectivamente (23), (29).

Al estudiar la posible correlación entre el ingerir bebidas alcohólicas en exceso y el desarrollo de cáncer oral en Estados Unidos, Wynder y cols. (34) encontraron -- que aquellos individuos que toman más de 6 onzas diarias de Whisky o su equivalente (*) presentan un riesgo relativo de desarrollar cáncer oral aproximadamente 10 veces mayor que aquellos individuos que consumen cantidades mínimas de alcohol. Graham y cols. (9) y Martínez (15), también hallaron que la ingestión de las bebidas alcohólicas

(*) Una onza de Whisky igual a 4 onzas de vino u 8 onzas de cervezas.

en exceso, se asocia con un incremento relativo de desarrollar cáncer oral. Sin embargo en Gran Bretaña, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas no parece incrementar la incidencia de cáncer oral, debido probablemente a que en este país esta prohibida la venta de bebidas alcohólicas con destilación inmadura (5).

Graham y cols. (9) en un estudio de casos y controles de 584 varones con cáncer oral y un grupo control de 1222 lesiones no neoplásicas, analizaron el papel del tabaco y del alcohol como factores de riesgo para producir cáncer oral, encontrando que en individuos que fuman más de un paquete de cigarrillos y/o 5 ó más puros o pipas por día, el riesgo era de 5 a 6 veces mayor que en no fumadores y se incrementó a 7.7 veces en individuos con tabaquismo y alcoholismo positivos.

Lo que ha sido establecido es que para un nivel dado de exposición al alcohol, se incrementa el riesgo de cáncer oral y laríngeo. Schottenfeld (25), ha establecido que la apreciable acción co-carcinogénica del etanol con el tabaco ocurre con niveles de exposición mayores a 45 ml. de etanol por día.

Por otra parte, en lo que se refiere a exposición prolongada e intensa a la luz solar y su relación con cáncer de labio existe un gran cuerpo de evidencias, ya que es un

factor de riesgo relacionado con el desarrollo de cáncer de piel. En estudios recientes entre un 60% a 80% de cáncer de labio ha ocurrido principalmente en hombres blancos de piel delgada (con deficiencia de melanina) quienes laboran expuestos al sol, principalmente agricultores (1).

Así mismo el cáncer de labio es raro en negros y menos común en mujeres probablemente a causa de que estas últimas laboran en ocupaciones menos expuestas a la luz solar o a que reciben una sobreprotección al sol, provista por pigmentación o por el uso de cosméticos (1), (8). El 95% de los cánceres labiales se presentan en labio inferior, que es el mayormente expuesto a los rayos solares y frecuentemente esta asociado con queratosis solar labial (8).

Existen otras condiciones asociadas de algún modo con un riesgo aumentado de producir cáncer oral, tal es el caso del Síndrome de Plummer-Vinson, el cual consiste en una manifestación de la anemia ferropénica que se presenta fundamentalmente en mujeres entre 30 y 40 años, con grietas o fisuras en las comisuras labiales, palidez en la piel, lengua lisa, roja y dolorosa con atrofia de papilas filiformes y más tarde de las fungiformes y disfagia a causa de una constricción o una membrana esofágica. La mucosa de la cavidad bucal y esófago esta atrófica y carece de queratinización. Se encuentran también uñas en forma de cuchara y

de naturaleza quebradiza y además hay una posibilidad de -
pérdida de todas las piezas dentarias (28),(31).

La glositis sífilítica puede ser una condición prema-
ligna para el desarrollo de cáncer oral. En una serie de -
pacientes con cáncer de lengua descritos en 1940, 30% te--
nían la prueba Wasserman positiva, comparados con un 7% --
del grupo control. Estudios más recientes han revelado una
correlación reducida de glositis sífilítica y cáncer oral.
Terapias mejoradas para sífilis y discontinuación de trata-
mientos de arsénico han sido propuestos para este decline-
(20),(3).

Finalmente, la mala condición oral (higiene oral defi-
ciente, restauraciones defectuosas, dientes con bordes afi-
lados y prótesis mal adaptadas) también ha sido considera-
da como factor de riesgo en el desarrollo de cáncer oral--
(8) . Así Graham y cols. (9), encontraron que el riesgo -
relativo de desarrollar esta enfermedad es 3 veces mayor -
en individuos con mala condición oral, que en aquellos con
una condición oral adecuada estando controlados los hábi--
tos de fumar y beber en exceso.

MATERIAL Y METODOS

Esta investigación se realizó en el Instituto Nacional de Cancerología de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, revisando los expedientes del archivo clínico registrados en el periodo de Enero de 1980 a Diciembre de 1982 y que presentaron como diagnóstico neoplasias malignas de los tejidos blandos bucales, con el fin de obtener información sobre frecuencia, factores de riesgo, estado de la enfermedad, tratamientos realizados y respuesta de las lesiones a dichos tratamientos.

De un total de 5959 expedientes de tumores malignos registrados por el servicio de admisión general durante el periodo citado, 142 (2.38%) correspondieron a las lesiones en estudio, los cuales fueron revisados durante el mes de Febrero de 1984.

El registro de datos se llevo a cabo mediante el uso de una cédula de recolección de datos, la cual se anexa adelante y respecto a esto consideramos necesario hacer las siguientes observaciones:

- 1.- La edad se registro de acuerdo a la que presentaba el paciente en el momento de su admisión a esta institución.

- 2.- Los factores de riesgo relacionados con las lesiones en estudio fueron los mencionados por el paciente en el momento del interrogatorio.
- 3.- El tiempo de evolución es el referido por el paciente desde el momento en que detectó la enfermedad hasta la primera consulta en el I.N.C.
- 4.- El tamaño y localización de la lesión fueron los registrados durante la inspección en la historia-clínica.
- 5.- Los estudios y tratamientos previos son los que se realizaron al paciente fuera del I.N.C.
- 6.- Respecto a fecha del tratamiento y resultado al tratamiento inicial, sólo se tomaron en cuenta los realizados en el I.N.C.

Las lesiones estudiadas fueron agrupadas de acuerdo a su tipo histológico y localización anatómica.

A fin de poder establecer el estado de las lesiones y su pronóstico, se registraron los datos de acuerdo al sistema STNMP propuesto por Rápidis (21).

Los resultados obtenidos son presentados en cuadros de resumen y gráficas.

GEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

- 1.- Nombre _____ 2.- Expediente _____
3.- Edad _____ 4.- Sexo _____
5.- Antecedentes _____
- Enf. Sist. Asoc. _____
6.- Tiempo de evolución (meses) _____
7.- Tamaño de la lesión _____
8.- Localización de la lesión _____
9.- Sistema: S____, T____, N____, M____, P _____
10.- Tipo histológico _____
11.- Remisión : a)paciente, b)odontólogo, c)médico _____
12.- Estudios previos _____
13.- Tratamientos previos _____
14.- Fecha y tipo de primer tto. _____
15.- Resultado al tto. a)control de tumor primario
_____ b)persistencia de tumor primario
c)abandonó el tratamiento.
16.- Recurrencia: (+) ó (-) Fecha: _____
17.- Metástasis: (+) ó (-) a) Ganglios regionales.
b) Pulmón.
c) Otros órganos.
18.- Fecha de última consulta _____
19.- Estado de última consulta _____
a)VSAT, b)VCAT, c)MSAT, d)MCAT.

OBSERVACIONES

RESULTADOS

En un total de 508 expedientes registrados en el servicio de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Cancerología, se encontraron 142 casos de pacientes con neoplasias malignas localizadas en tejidos blandos bucales de los que 98 correspondían a hombres y 44 a mujeres con una relación 2.3:1 respectivamente.

Al analizar los diagnósticos registrados se encontraron 8 tipos histológicos diferentes de neoplasias malignas distribuidas de la siguiente forma: 121 carcinomas escamocelulares (85.20%), 6 carcinomas basocelulares (4.20%), 3 carcinomas metatípicos (2.11%), 3 carcinomas mucoepidermoides (2.11%), 3 adenocarcinomas (2.11%), 3 Sarcomas de Ewing (2.11%), 2 melanomas (1.40%) y 1 linfoma (0.70%).(CUADRO 1)

El rango de edad de los pacientes estudiados en general fue de 22 a 95 años, siendo en hombres de 22 a 95 y para mujeres de 34 a 95 años con una edad media de 61 y 65 años respectivamente (CUADROS 2-4).

Las regiones anatómicas más afectadas por neoplasias malignas fueron las siguientes: labio (28.16%), lengua (23.23%) y encía (21.83%), los diversos tipos histológicos encontrados en cada localización se ilustran en el (CUADRO 5).

En la mayoría de las regiones anatómicas los hombres se vieron afectados con mayor frecuencia que las mujeres - por neoplasias malignas. (CUADROS 6-11).

De los 40 casos con neoplasias malignas localizadas - en labio, 30 se presentaron en borde bernellón (75%), 8 en piel (20%) y 2 en mucosa labial (5%). Así mismo de los 33-casos localizados en lengua, 22 se presentaron en bordes - laterales (66.66%), 9 en dorso (27.27%) y 2 en punta (6.06 %). (CUADROS 12 y 13).

Respecto al tiempo de evolución previo al momento del diagnóstico, en 68 casos fue mayor de 6 meses (47.87%), 47 tenían entre 4 y 6 meses (33.09%) y 27 entre 0 y 3 meses- (19.01%) (CUADRO 14).

De los 142 casos revisados, sólo 53 (37.32%) tenían - estudios previos realizados fuera del I.N.C. de los cuales 52 tenían estudios de biopsias y el restante tenía estu--- dios de biopsias más radiografías (1.88%) (CUADRO 15).

Así mismo 79 pacientes (55.63%) habían recibido trata- mientos previos fuera del I.N.C. de los cuales 45 (56.96%) habían sido tratados con quimioterapia paliativa inespec- fica, 16 (20.25%) con cirugía, 13 (16.45%) con radiotera- pia, 3 (3.79%) con quimioterapia específica para cáncer y 2 (2.52%) con tratamientos no especificados (CUADRO 16)

Por otra parte la neoplasia maligna más frecuente fue

el carcinoma escamocelular con 121 casos, lo que representó 85.20% del total, correspondiendo 84 casos a hombres -- (69.42%) y 37 mujeres (30.57%) . La localización más frecuente de esta entidad fue la lengua con 23 casos (27.38%) y para mujeres fue la encía con 11 casos (29.72%) (CUADRO 17).

De igual forma, del total de carcinomas escamocelulares, 86 fueron bien diferenciados, 31 moderadamente diferenciados y 4 poco diferenciados (CUADRO 18).

En lo que se refiere al tamaño de las lesiones al momento del diagnóstico, solamente 17 casos de carcinomas escamocelulares (14%) de los 121 registrados median menos de 2 cm., mientras que de los otros 21 casos de neoplasias malignas, 8 (38.09%) median menos de 2 cm. (CUADRO 19).

Las lesiones en estudio, estuvieron relacionadas con 6 varios factores de riesgo, de los cuales, el que se encontró asociado con mayor frecuencia fue el tabaquismo en 92 casos (64.78%), seguido por el alcoholismo con 75 ---- (52.81%), extracciones previas 11 casos (7.74%), traumatismos en el sitio del tumor 5 casos (3.52%), prótesis 2 casos (1.40%) y exposición solar intensa 1 caso (0.70%). (CUADRO 20).

En el caso del carcinoma escamocelular, el factor de riesgo asociado con mayor frecuencia fue el tabaquismo en-

80 casos (66.11%). De estos 65 fumaban diario (53.71%) -- siendo los varones los más afectados (CUADRO 21).

De los 51 pacientes hombres que fumaban diario, 27 -- (52.94%) fumaban entre 11 y 20 cigarrillos mientras que, -- de las 14 mujeres solamente 5 (35.71%) fumaban la misma -- cantidad (CUADRO 22).

Por otra parte, en lo que se refiere a la fuente de -- detección inicial de las lesiones estudiadas, se encontró -- que 69 casos (48.59%) fueron detectados por el médico, 64 -- casos (45.07%) fueron detectados por el mismo paciente y -- solamente 4 casos fueron detectados inicialmente por el o -- dontólogo, lo cuál representa (6.33%) del total (CUADRO 23).

Al aplicar el sistema de clasificación clinicopatoló -- gica para el carcinoma escamocelular intraoral propuesto -- por Rapidis y cols. (1977), se encontró que 24 casos --- (19.83%) correspondieron al grado I, 24 casos (19.83%) --- al grado II, 36 casos (29.75%) al grado III, y 37 casos -- (30.57%) al grado IV. (CUADRO 24 y GRAFICA 1).

Así mismo las gráficas 2 y 3 muestran las caracterís -- ticas de las mismas neoplasias para ambos sexos.

CUADRO 1 : Neoplasias malignas de los tejidos blandos bucales registradas en el I.N.C. durante 1980 - 1982.

Tipo Histológico	1980		1981		1982		hombres	Mujeres	Totales	
	H	M	H	M	H	M	%	%	No.	%
Ca. escamocelular	27	17	37	10	20	10	85.71	84.09	121	85.20
Ca. basocelular			2		2	2	4.08	4.54	6	4.20
Ca. metatípico				2		1		6.81	3	2.11
Ca. mucoepidermoide	1				2		3.06		3	2.11
Adenocarcinoma		1	2				2.04	2.27	3	2.11
Sarcoma de Ewing	1				2		3.06		3	2.11
Melanoma					2		2.04		2	1.40
Linfoma						1		2.27	1	0.70
Totales	29	18	41	12	28	14	99.99	99.98	142	99.94

CUADRO 2 : Distribución por edad y sexo de los individuos afectados por neoplasias malignas de los tejidos blandos bucales , I.N.C. 1980 - 1982

Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
X - 30	1	1.02			1	0.70
31 - 40	7	7.14	3	6.81	10	7.04
41 - 50	19	19.38	5	11.36	24	16.90
51 - 60	26	26.53	6	13.63	32	22.53
61 - 70	16	16.32	15	34.09	31	21.83
71 y más	29	29.59	15	34.09	44	30.98
Totales	98	99.98	44	99.98	142	99.98

CUADRO 3 : Distribución por edad de las neoplasias malignas de los tejidos blandos bucales en hombres.

Grupo de edad (años)	Ca. escamocelular		Otros		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
X - 30	1	1.19			1	1.02
31 - 40	4	4.76	3	21.42	7	7.14
41 - 50	16	19.04	3	21.42	19	19.30
51 - 60	23	27.38	3	21.42	26	26.53
61 - 70	14	16.66	2	14.28	16	16.32
71 y más	26	30.95	3	21.42	29	29.59
Totales	84	99.98	14	99.96	98	99.98

CUADRO 4 : Distribución por edad de las neoplasias malignas de los tejidos blandos bucales en mujeres.

Grupo de edad (años)	Ca. escamocelular		Otros		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
X - 30						
31 - 40	2	5.40	1	14.28	3	6.81
41 - 50	5	13.51			5	11.36
51 - 60	6	16.21			6	13.61
61 - 70	14	37.03	1	14.28	15	31.09
71 y más	10	27.02	5	71.42	15	34.09
Totales	37	99.97	7	99.98	44	99.98

CUADRO 5 : Distribución de neoplasias malignas de tejidos blandos bucales en diferentes regiones anatómicas

Tipo histológico	Labio		Lengua		Encía		Piso de Boca		Paladar		Mucosa de Carrillo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ca. Escamocelular	30	21.12	33	23.23	26	18.30	20	14.08	11	7.74	1	0.70	121	85.21
Ca. Basocelular	6	4.22											6	4.22
Ca. Metatípico	3	2.11											3	2.11
Ca. Mucoepidermoide	1	0.70			* 2	1.40							3	2.11
Adenocarcinoma					* 1	0.70			2	1.40			3	2.11
Sarcoma de Ewing					1	0.70			1	0.70	1	0.70	3	2.11
Melanoma									2	1.40			2	1.40
Linfoma					1	0.70							1	.70
T o t a l e s	40	28.16	33	23.23	31	21.83	20	14.08	16	11.26	2	1.40	142	99.97

* Cabe aclarar que su probable sitio de origen sea la zona retromolar o paladar

CUADRO 6 : Tipos histológicos de las neoplasias malignas de labio
I.N.C. 1980 - 1982.

Tipo histológico	Hombres		Mujeres		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ca. escamocelular	22	81.48	8	61.53	30	75.00
Ca. basocelular	4	14.81	2	15.38	6	15.00
Ca. metatípico			3	23.07	3	7.50
Ca. mucoepidermoide	1	3.70			1	2.50
Totales	27	99.99	13	99.98	40	100.00

CUADRO 7 : Tipos histológicos de las neoplasias malignas de lengua
I.N.C. 1980 - 1982

Tipo Histológico	Hombres		Mujeres		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ca. escamocelular	23	100.00	10	100.00	33	100.00
Totales	23	100.00	10	100.00	33	100.00

CUADRO 8 : Tipos histológicos de las neoplasias malignas de encía
I.N.C. 1980 - 1982

Tipo Histológico	Hombres		Mujeres		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ca. escamocelular	15	78.94	11	91.66	26	83.87
* Ca. mucoepidermoide	2	10.52			2	6.45
* Adenocarcinoma	1	5.26			1	3.22
Sarcoma de Ewing	1	5.26			1	3.22
Linfoma			1	8.33	1	3.22
Totales	19	99.98	12	99.99	31	99.99

* Cabe aclarar que su probable sitio de origen sea la zona retromolar
ó paladar

CUADRO 9 : Tipos histológicos de las neoplasias malignas del piso
de boca, I.N.C. 1980 - 1982.

Tipo histologico	hombres		Mujeres		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ca. escamocelular	16	100	4	100	20	100
Totales	16	100	4	100	20	100

CUADRO 10: Tipos histológicos de las neoplasias malignas de paladar
I.N.C. 1980 - 1982.

Tipo Histológico	Hombres		Mujeres		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ca. escamocelular	7	63.63	4	80.00	11	68.73
Adenocarcinoma	1	9.09	1	20.00	2	12.50
Sarcoma de Ewing	1	9.09			1	6.25
Melanoma	2	18.18			2	12.50
Totales	11	99.99	5	100.00	16	99.98

CUADRO 11 : Tipos histológicos de las neoplasias malignas de mucosa
de carrillos, I.N.C. 1980 - 1982.

Tipos Histológicos	Hombres		Mujeres		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ca. escamocelular	1	50.00			1	50.00
Sarcoma de Ewing	1	50.00			1	50.00
Totales	2	100.00			2	100.00

CUADRO 12 : Distribución de las neoplasias malignas en la región labial
I.N.C. 1980 - 1982

Tipo Histológico	Piel		Bermellón		Mucosa		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ca. escamocelular	3	37.50	26	86.66	1	50.00	30	75.00
Ca. basocelular	3	37.50	3	10.00			6	15.00
Ca. metatípico	2	25.00	1	3.33			3	7.50
Ca. mucoepidermoide					1	50.00	1	2.50
Totales	8	100.00	30	99.99	2	100.00	40	100.00

CUADRO 13 : Distribución de las neoplasias malignas en lengua, I.N.C.
1980 - 1982.

Tipo Histológico	Punta		Borde lateral		Dorso		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ca. escamocelular	2	6.06	22	66.60	9	27.27	33	99.93
Totales	2	6.06	22	66.60	9	27.27	33	99.93

CUADRO 14 : Tiempo de evolución previo de las lesiones al momento del diagnóstico, I.N.C. 1980 - 1982

Tiempo de Evolución	No.	%
0 - 3 meses	27	19.01
4 - 6 "	47	33.09
6 y más "	68	47.87
Totales	142	99.97

CUADRO 15 : Frecuencia de estudios previos realizados a pacientes con neoplasias malignas bucales , I.N.C. 1980 - 1982

Estudios Previos	No.	%
Biopsia	52	36.61
Biopsia + RX	1	0.70
Negativos	89	62.67
Totales	142	99.98

CUADRO 16 : Tipos de tratamientos previos realizados a pacientes con neoplasias malignas bucales, I.N.C. 1980 - 1982.

Tratamientos Previos		No.	%
Quimioterapia	Para cáncer	3	2.11
	Paliativa	45	31.69
Radioterapia		13	9.15
Cirugía		16	11.26
No especificado		2	1.40
Negativos		63	44.36
Totales		142	99.97

CUADRO 17: Distribución del carcinoma escamocelular de acuerdo a su localización intrabucal. I.N.C. 1980 - 1982

Localización	Hombres		Mujeres		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Lengua	23	27.38	10	27.02	33	27.27
Labio	22	26.19	8	21.62	30	24.79
Encía	15	17.85	11	29.72	26	21.48
Piso de Boca	16	19.04	4	10.81	20	16.52
Paladar	7	8.33	4	10.81	11	9.09
Mucosa de Carrillo	1	1.19			1	0.82
Totales	84	99.98	37	99.98	121	99.97

CUADRO 18 : Grado de diferenciación del carcinoma escamocelular, I.N.C.
1980 - 1982

Grado de Diferenciación	Labio	Lengua	Encía	Piso de Boca	Paladar	Mucosa de Carrillo	Totales	
							No.	%
Bien Diferenciado	24	26	17	12	6	1	86	71.07
Moder. Diferenciado	6	6	8	7	4		31	25.71
Poco Diferenciado		1	1	1	1		4	3.30
Totales	30	33	26	20	11	1	121	99.98

CUADRO 19 : Tamaño de las neoplasias malignas al momento del diagnóstico, I.N.C.
1980 - 1982

Tamaño	Ca.escamocelular		Otros		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 2 cm.	17	14.04	8	38.09	25	17.60
2.1 - 4 "	38	31.40	4	19.04	42	29.57
4.1 - 6 "	30	24.79	4	19.04	34	23.94
6.1 y más	36	29.74	5	23.80	41	28.87
Totales	121	99.97	21	99.97	142	99.98

CUADRO 20 : Factores de riesgo asociados con las neoplasias malignas de los tejidos blandos bucales. I.N.C. 1980 - 1982

Factores de riesgo	Hombres		Mujeres		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tabaquismo	74	75.51	18	40.90	92	64.78
Alcoholismo	67	68.36	8	18.18	75	52.81
Extracciones Previas	7	7.14	4	9.09	11	7.74
Traumatismo sobre el sitio del tumor	5	5.10			5	3.52
Prótesis	1	1.02	1	2.27	2	1.40
Exposición solar intensa	1	1.02			1	0.70

CUADRO 21 : Antecedentes de tabaquismo en los pacientes afectados por carcinomas escamocelulares, I.N.C. 1980 - 1982

Frecuencia de tabaquismo	Hombres		Mujeres		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
Diario	51	60.71	14	37.83	65	53.71
Ocasional	3	3.57	2	5.40	5	4.13
Previo	9	10.71	1	2.70	10	8.26
Negativo	21	25.00	20	54.05	41	33.88
Totales	84	99.99	37	99.98	121	99.98

CUADRO 22 : Número de cigarrillos fumados al día en pacientes con carcinoma escamocelular, I.N.C. 1980 - 1982

No. de cigarrillos.	Hombres		Mujeres		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 10	20	39.21	8	57.14	28	43.07
11 - 20	27	52.94	5	35.71	32	49.23
21 y más	4	7.84	1	7.14	5	7.69
Totales	51	99.99	14	99.99	65	99.99

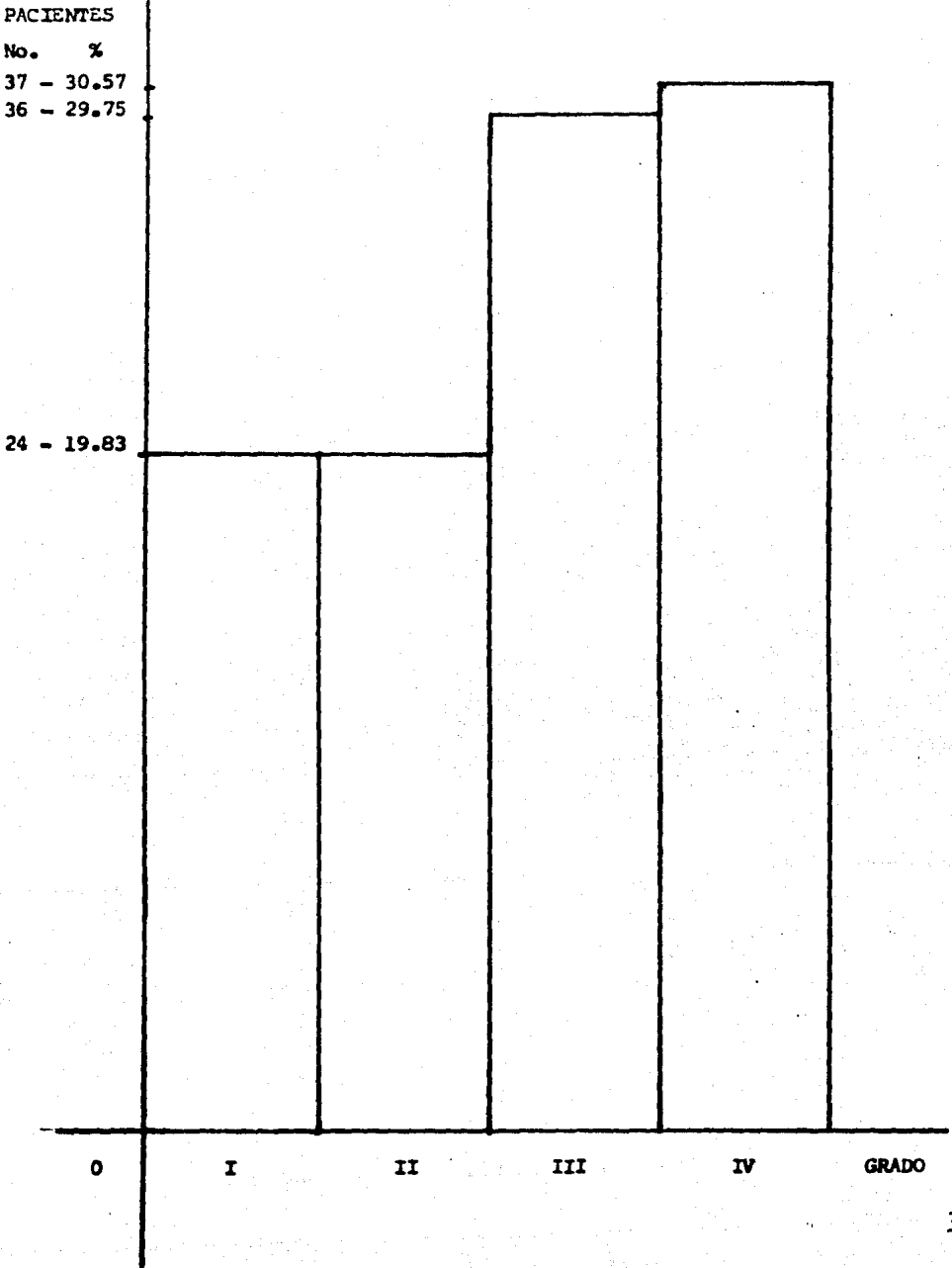
CUADRO 23 : Fuente de detección inicial de las neoplasias malignas registradas en tejidos blandos bucales, I.N.C. 1980 - 1982

Fuente de detección	No.	%
	Médico	69
Paciente	64	45.07
Odontólogo	4	6,33

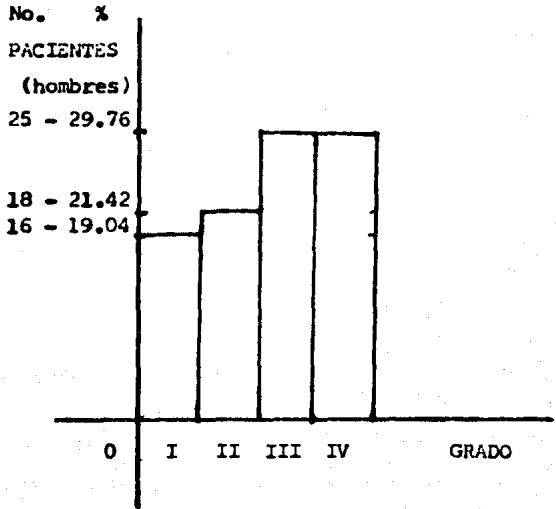
CUADRO 24 : Grado de acuerdo a la clasificación S.T.N.M.P. del grupo estudiado, I.N.C. 1980 - 1982.

Grado	Hombres		Mujeres		Totales	
	No.	%	No.	%	No.	%
I	18	21.42	6	16.21	24	19.83
II	16	19.04	8	21.62	24	19.83
III	25	29.76	11	29.72	36	29.75
IV	25	29.76	12	32.43	37	30.57
Totales	84	99.98	37	99.98	121	99.98

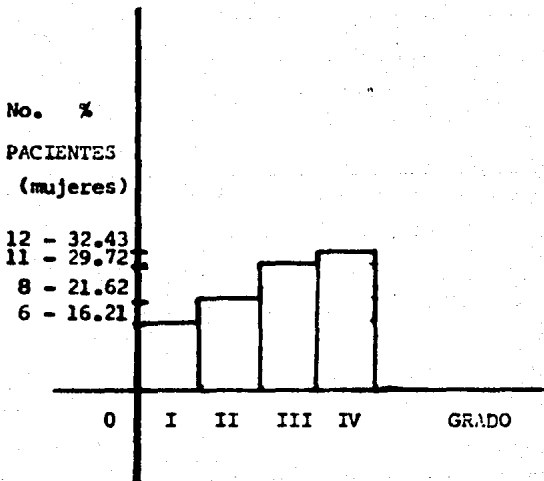
GRAFICA 1 : Distribución de pacientes estudiados de acuerdo a la clasificación S.T.N.M.P.



GRAFICA 2 : Distribución de pacientes varones estudiados de acuerdo a la clasificación S.T.N.M.P.



GRAFICA 3 : Distribución de pacientes mujeres estudiados de acuerdo a la clasificación S.T.N.M.P.



DISCUSION

Los resultados obtenidos en la presente investigación reflejan la frecuencia de neoplasias malignas de tejidos blandos bucales en un centro de atención especializada de la ciudad de México exclusivamente, por lo que intentar la comparación de nuestros hallazgos con otro tipo de registros nacionales e internacionales no podría considerarse absolutamente válido, ya que no existe similitud en las características de las muestras ni en el registro de la información.

Sin embargo, aunque nuestros datos no permiten generalizar estimaciones sobre prevalencia y origen de estas lesiones, si es posible analizar ciertas características del cáncer oral que brindan la oportunidad de identificar el tipo de lesiones y algunos factores de riesgo prevalentes en los pacientes afectados, los que de algún modo reflejan de manera más cercana la realidad de nuestra población expuesta a esta enfermedad.

De los 5959 casos de tumores malignos registrados en el servicio de admisión general del Instituto Nacional de Cancerología en el periodo citado, 2.33% (142 casos) correspondieron a tejidos blandos bucales lo cual esta de acuerdo con Anneroth (2) y López Acevedo (12), quienes re--

portan 1.4% y 4% en estudios realizados en Suecia (1983) y Guatemala (1978) respectivamente.

En este estudio, las regiones anatómicas más afectadas fueron labio, lengua y encía con 28.16%, 23.23% y 21.83% respectivamente. Al respecto Anneroth (2) y López Acevedo (13) mencionan a estas mismas regiones como las más afectadas, lo cual concuerda además con las observaciones de Moore y Catlin (18) quienes mencionan que aproximadamente el 75% del cáncer oral se originan en un área en forma de herradura que comprende desde la parte anterior del piso de la boca hacia atrás, extendiéndose a lo largo del surco lingual bilateralmente, incluyendo los bordes laterales de la lengua y la parte anterior de los pilares amigdalinos y zona retromolar.

En la mayoría de las regiones anatómicas los hombres se vieron afectados con mayor frecuencia que las mujeres, encontrándose una relación de 2.3 a 1. Así mismo Borghelli (6) ha dicho que el cáncer bucal afecta preferentemente a los varones, salvo en algunas poblaciones de unos cuantos países tales como Venezuela, Colombia y Tailandia, en donde existen variaciones importantes en relación a los hábitos practicados en estas comunidades.

De las neoplasias malignas encontradas, 85.20% correspondieron al diagnóstico de carcinoma escamocelular, lo cual es semejante a lo referido por Batsakis (3), Borghelli

lli (6), López Acevedo (13) y Anneroth (2), quienes mencionan que esta entidad representa cerca del 90% en diferentes países del mundo.

En lo que se refiere al grado de diferenciación del carcinoma escamocelular el 71.07% fueron neoplasias bien diferenciadas, lo cual de acuerdo con Rapidis y colbs. (21) es directamente proporcional al tiempo de sobrevida del paciente. Así mismo en lo que se refiere al tamaño de las lesiones al momento del diagnóstico, sólo el 14% median menos de 2 cm., lo cual de acuerdo con el mismo autor y López Acevedo (13) aquellas lesiones menores de 2 cm. tienen menor probabilidad de diseminación en un 34% de los casos. Lo anterior refuerza claramente la necesidad de descubrir lesiones pequeñas para lograr un mejor resultado terapéutico y un pronóstico favorable.

De los casos revisados, solamente el 2.11% de los pacientes habían recibido tratamiento con quimioterapia específica para cáncer, lo cual puede deberse al poco uso que se da a los estudios de biopsias o biopsias combinadas con radiografía. Se puede decir que lo anterior podría ser consecuencia de la poca atención que tanto pacientes, médicos y odontólogos le tienen a una lesión inicial que puede ser de origen maligno, ya que como se puede apreciar en este estudio solamente un bajo porcentaje (54.92%) de los pacientes afectados fueron detectados por personal médico u-

odontológico.

Por otra parte el factor de riesgo asociado con mayor frecuencia a las lesiones fué el tabaquismo en un 68.74% . Al respecto Sellars (27), Wynder y colbs. (34), Wynder y Bross (33), Decker y Goldstein (8), Harstelle (10) también señalan en sus estudios a este factor como el que está asociado con mayor frecuencia a las neoplasias malignas.

En el caso específico del carcinoma escamocelular más de la mitad de los pacientes refirieron antecedentes de tabaquismo diario positivo y de estos, más de la mitad fumaban más de 10 cigarrillos diarios. Al respecto Graham y colbs. (9), Sellars (27) y Martínez (15) indican que el riesgo relativo de desarrollar cáncer oral es de 5 a 5.6 veces mayor en fumadores en exceso que en no fumadores.

Igualmente importante resulta la alta frecuencia de pacientes con antecedentes positivos de alcoholismo y aunque este factor no fue cuantificado con exactitud en la mayoría de los expedientes, su registro apoya observaciones previas de algunos autores como Wynder y colbs. (34), Graham y colbs. (9) y Martínez (15), quienes encontraron que el riesgo relativo de desarrollar cáncer oral en aquellos individuos que consumen cantidades excesivas de alcohol es aproximadamente 10 veces mayor que en aquellos que consumen cantidades mínimas. Así mismo Schultz (26), menciona -

que en aquellos individuos con exposición combinada al tabaco y al alcohol se puede adelantar el desarrollo de esta enfermedad 15 ó más años antes de lo esperado que en aquellos individuos que no utilizan estos productos.

El papel atribuido al factor traumático asociado con un bajo porcentaje de nuestros casos es discutible, ya que aunque se ha visto que el factor traumático promueve la -- carcinogénesis oral en animales de experimentación, no existen evidencias que sugieran una relación etiológica semejante en el cáncer oral en humanos. Por su parte Lucas (14) ha hecho notar que aunque la proliferación de tejido fibroso debida a la presión de una prótesis es común, la transformación maligna del epitelio superficial o del tejido fibroso es rara.

En el presente trabajo se decidió clasificar a los -- carcinomas escamocelulares de acuerdo a la graduación sugerida en la clasificación STNMP propuesta por Rapidis y colb. (21) con el objeto de ofrecer una imagen gráfica del estado del carcinoma bucal en este grupo de pacientes. Este dato aislado resulta de poco valor pero permite ser utilizado para fines comparativos con otros estudios semejantes que tengan lugar en otros centros hospitalarios. Así mismo se decidió elaborar gráficas separadas de las lesiones por sexo, mediante las cuales no se apreciaron diferencias notorias en cuanto al estado para cada sexo.

CONCLUSIONES

La neoplasia maligna más frecuentemente encontrada en esta investigación fué el carcinoma escamocelular en un 85.20% del total de casos revisados, localizandose con mayor frecuencia en lengua, siendo los varones los más afectados por esta entidad, la cual se presentó principalmente en la 7a. década de la vida en hombres y en la 6a. en el caso de las mujeres.

De acuerdo al sistema STMP solamente un 19.38% de los casos se presentaron en el grado I en comparación con un 30.57% presentados en grado IV.

Por otra parte, los principales factores de riesgo asociados con las lesiones estudiadas fueron el tabaquismo y el alcoholismo con un 64.78% y 52.81% respectivamente. Además otro factor que se debe tomar en cuenta para explicar el mal pronóstico de los casos revisados es el hecho de que solamente una mínima parte de ellos habían recibido tratamientos y estudios previos a su ingreso al I.N.C.

Por último es importante también mencionar que únicamente un 6.33% de los pacientes afectados por cáncer oral fueron remitidos por el odontólogo lo cual pone de manifiesto la poca participación que este profesional tiene en el diagnóstico de este tipo de enfermedades.

BIBLIOGRAFIA

- 1 .- Anderson D.L.
"Cause and prevention of lip cancer".
Toronto, J. Can. Dent. Assoc. 4:21 , 1971.
- 2 .- Anneroth G., Holmberg A., and Lilja E.
"An epidemiologic study of malignant oral tumors in -
Sweden, 1958-1977".
Scand. J. Dent. Res 91:296, 1983.
- 3 .- Batsakis, John C.
Tumors of the head neck
2nd. Ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 1979.
- 4 .- Bhaskar, S.N.
"Oral pathology in the dental office survey of 20575-
biopsy specimens".
JADA, 75:761, 1968.
- 5 .- Binnie, W.H.
"A perspective of oral cancer".
Proc. Roy. Soc. Med. 69:737, 1976.
- 6 .- Borghelli, Ricardo F.
Temas de patologia bucal clinica.
Tomo 1, ed. Mundi, Buenos Aires, 1979.
- 7 .- Cooke Brian E.D., and Lorna Tapper-Jones.
"Recognition of oral cancer"
Br. Dent. J. 142:96, 1977.

- 8.- Decker J., and Goldstein J.
"Risk factors in head and neck cancer"
N.Eng. J. Med. 306:1151 , 1982.
- 9.- Graham, S., Dayal, H. Rohrer, T., Swanson, H., Sulta H.
Shedd, D., and Fischman, S.
"Dentition , diet, tobacco and alcohol in the epidemiology of oral cancer".
J.Natl. Cancer Inst, 59:1011 , 1977.
- 10.- Harstelle, M.L.
"Oral carcinoma as related to the use of tobacco".
Ala J. Med. Sci, 14:188,1977.
- 11.- Knapp, M.J.
"Oral disease in 181,338 consecutive oral examinations"
JADA, 83:1288, 1971.
- 12.- López A. César.
Manual de patología oral
Ed. Universitaria, Guatemala, 1975.
- 13.- López A. César.
"Neoplasmas de la cavidad oral".
Notas complementarias al manual de patología oral.
Universidad de San Carlos, Area de Patología de la Facultad de Odontología, Guatemala, 1982.
- 14.- Lucas, R.P.
Pathology of tumors of the oral tissues
3rd. ed. , Churchill-Livingstone, London,1976.

- 15.- Martinez, I.
"Factors associated with cancer of the esophagus , --
mouth and pharynx".
J. Natl. Cancer Inst.
- 16.- Mc. Carthy, F.P.
"A clinical and pathologic study of oral disease"
116:16, 1941.
- 17.- Metha, F.S., Pindborg, J.J., Gupta P.C. and Daftary, -
D.K.
"Epidemiologic and histologic study of oral cancer and
leukoplakia among 50915 villagers in India".
Cancer, 24:832, 1969.
- 18.- Moore C., Catlin D.
"Anatomic origins and locations of oral cancer".
Surg. 1967,114:510.
- 19.- Olper, P.R.
"Mortalidad por neoplasias".
Bol. of Panama, 91:318, 1981.
- 20.- Pindborg, J.J.
Oral cancer and precancer.
Bristol: John Wright & Sons, 1980.
- 21.- Rapidié, A.D., Langdon John D., Ptael M.F. and Harvey,
P.V.
"STNMP: a new system for the clinopathological classi-
fication and identification of intraoral carcinomata"
Cancer, 39:204, 1977.

- 22.- Romero de Leon, E., y Garza Ma. de la Luz.
"Análisis de 445 biopsias".
P.O., 3:4 , 1981.
- 23.- Rosenfield, L. and Callaway J.
"Snuff-dippers".
Cancer, Am J. Surg., 106:840 , 1963.
- 24.- Rossi, E.P. and Hirsch S.A.
"A survey of 4793 oral lesions with emphasis on neo--
plasias and premalignancy".
JADA, 88:93, 1977.
- 25.- Schothenfeld, D.
"Alcohol as a co-factor in the etiology of cancer"
Cancer, 43:1962, 1979.
- 26.- Schultz- Coulon, H.J. and Schmidt, W.
"On the significance of alcoholism for etiology, cour
se and prognosis of cancer of the mouth and cropha---
rynix".
Excerpta Med. Cancer, 51:272, 1982.
- 27.- Sellars, S.L.
"Epidemiology of oral cancer"
Otoraryngol Clin North Am., 12:45. 1979.
- 28.- Shafer, W.C.
Tratado de patología bucal
3ª Edición, Ed. Interamericana, 1979.

- 29.- Smith J.P., Mincer, H.A., Hopkins, M.P., Bell J.
 "Snuff - Dippers lesions".
 Arch Otolaryng, 92:450, 1970.
- 30.- SSA, Dirección General de Epidemiología.
 "Información epidemiológica de malformaciones congé--
 nitas de labio y/o paladar de tumores malignos de ca-
 vidad bucal y orofarínge y motivos de consulta exter-
 na estomatológica, México, Agosto, 1983.
- 31.- Thoma
Patología Oral
 Salvat, 1980.
- 32.- Tinoco, M.P., Angulo, L.
Tesis: Lesiones tumorales de los maxilares.
 ENEP-Iztacala, tesis en impresión.
- 33.- Wynder, E.L., and Bross, I.J.
 "Aetiological factors in mouth cancer; an approach to
 its preventions".
 British Medical Journal, 1:1137, 1957.
- 34.- Wynder, E.L., Bross, I.J., Feldman, R.M.
 "A study of the etiological factors in cancer of the
 mouth".
 Cancer, 10:1300, 1957.
- 35.- Wynder, E.L., Dodo, H., Bloch, D.A., Gantt, R.C., Moore
 "Epidemiologic investigation of multiple primary can-
 cer of the upper alimentary and respiratory tracts".
 Cancer, 24:730, 1969.