

Caracterización de adultos mayores con cáncer de cabeza y cuello

Head and Neck Cancer Characterization in Elderly Patients

Rodolfo Suarez García ¹, Carmen Yanet Pérez Martínez ², Lisset Fernández Rojas ³, Annarelis Pérez Pupo ⁴

1. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer Grado en Otorrinolaringología. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

2. Máster en Infectología. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

3. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Segundo Grado en Otorrinolaringología. Profesor Auxiliar. Hospital Pediátrico Universitario Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Holguín. Cuba.

4. Licenciada en Gestión de la Información en Salud. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Introducción: los carcinomas de cabeza y cuello constituyen el 7% de todas las neoplasias y la cuarta causa de muerte por cáncer en el varón; son heterogéneos, varían histológicamente y tienen una etiología y una epidemiología distintas; aparecen en diferentes formas clínicas y con progresión variable, son diversos también los enfoques terapéuticos y pronósticos.

Objetivo: caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico y terapéutico de los carcinomas de cabeza y cuello en adultos mayores en la provincia Holguín.

Métodos: se realizó una investigación descriptiva, longitudinal retrospectiva en 407 adultos mayores con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello en Holguín entre enero 2005-diciembre 2010. Se confeccionó una base de datos, se organizó y procesó la información por medio de estadísticos descriptivos.

Resultados: predominó la enfermedad en la sexta década de la vida (42,76%) y el sexo masculino (72,00%). Los municipios más afectados fueron Holguín (28,00%) y Mayarí (11,80%). Predominaron los hábitos tóxicos, principalmente, el tabaquismo (64,62%). El mayor porcentaje se diagnosticó en los estadios IV (41,52%) y III (25,06%). El carcinoma epidermoide bien diferenciado prevaleció (39,56%). La cavidad bucal (33,91%) y la laringe (29,00%) fueron los sitios más afectados con metástasis en el 69,77% de los pacientes. Las modalidades terapéuticas más empleadas fueron las oncoespecíficas combinadas (50,85%).

Conclusiones: predominó un diagnóstico tardío de los tumores de cabeza y cuello en las edades geriátricas; la pobre calidad de vida y escasas posibilidades terapéuticas y de supervivencia.

Palabras clave: adulto mayor, cáncer de cabeza y cuello, epidemiología, carcinoma epidermoide.

ABSTRACT

Introduction: head and neck carcinomas (HNC) constitute 7% of all neoplasias and fourth fatal cause for cancer in males. They are diverse considering its epidemiologic and etiological aspects, heterogeneous and histologically varied. It appears with different clinical presentations and progress, and several therapeutic management and prognosis.

Objective: to describe the head and neck cancer clinical-epidemiological behavior as well as therapeutic behavior in elderly people of Holguin.

Methods: a descriptive observational study in 407 with head and neck Cancer elderly people, registered in Holguin Health Administration Oncology Report from January 2005 to December 2010 was carried out. Microsoft Excel program and statistical methods to study some variables and to obtain absolute number and percentage were used.

Results: there was a highest incidence of this disease in 42.76% of six-year-old patients and those of male sex (72.00%). Holguin (28.00%) and Mayari (11.80%) represented the most affected cities. The majority of patients had toxic habits: smoking (64.62%). The highest percentage of patients was in IV (41.52%) and III (25.06%) stages. The epidermoid carcinoma prevailed. The oral cavity (33.91%) and larynx (29.00%) were the most affected anatomic localization, with metastasis in 69.77% of patients. Combined therapies were the most applied ones in 50.85% of these patients.

Conclusions: diagnosis of head and neck tumors in geriatric ages was late; bad quality of life and lowest therapeutic and survival possibilities was observed.

Key words: elderly, head and neck cancer, epidemiology, epidermoid carcinoma.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye en el mundo desarrollado una de las primeras causas de muerte y en Cuba se comporta de manera similar. Algunas estadísticas reportan que las neoplasias malignas como causa de muerte sólo son precedidas por las enfermedades cardíacas y representan el 22% de todas las muertes. Este grupo de enfermedades es considerado como propio del anciano, pues más del 65% de todas las neoplasias malignas ocurre en este grupo, el cual representa algo más del 12% de la población cubana ¹⁻⁵.

El riesgo de cáncer se incrementa con la edad, debido a que existe un periodo mayor de exposición a numerosos agentes. En el envejecimiento se producen cambios físicos y psíquicos que provocan enfermedades, que en relación con otros factores, como el hábito de fumar y el alcoholismo, hacen al adulto mayor más susceptible a las neoplasias cervicofaciales ¹⁻⁵.

Los carcinomas de cabeza y cuello (CCC) constituyen aproximadamente el 7% de todas las neoplasias y la cuarta causa de muerte por cáncer en el sexo masculino; son heterogéneos, varían histológicamente y tienen una etiología y epidemiología distintas; aparecen con diferentes formas clínicas y de progresión, y son diversos los enfoques terapéuticos y pronósticos. El CCC comprende todos los tumores malignos de la vía aerodigestiva alta (VADS), senos perinasales y glándulas salivales mayores y menores, los tumores de piel, partes blandas, huesos y estructuras neurovasculares de la cabeza y el cuello; e incluye las lesiones malignas de las glándulas tiroideas y paratiroides ^{2,4-7}.

Las neoplasias de esta región pueden originarse en cualquier sitio de los señalados y tienen características propias en cuanto a síntomas, presentación y diseminación. Su incidencia absoluta es difícil de determinar, porque varía entre regiones; por lo general, aparece por encima de los 50 años, e incrementa su incidencia entre la sexta a la séptima década de la vida. En el 95% de los tumores se trata de carcinomas epidermoides.

Otra característica de estos tumores, es la posibilidad elevada de curación cuando se encuentran en estadios precoces (estadios I y II), con cifras de curación próximas al 80%. Entre los factores de riesgo hasta ahora descritos por varios autores se encuentran: el tabaquismo, el alcoholismo, la contaminación ambiental, las radiaciones, la predisposición genética, las infecciones crónicas y la presencia de lesiones precancerosas ^{1,2,7-13}.

Debido a las características y limitaciones propias del adulto mayor, es necesario enfatizar en los aspectos biopsicosociales y epidemiológicos más importantes. Si se pretende elaborar una estrategia terapéutica, es importante manejar adecuadamente esta población cuando enferma de cáncer. No sólo resulta importante el hecho de aplicar tratamientos adecuados y oportunos, sino también actuar sobre los factores de riesgo para lograr un diagnóstico precoz, con el fin de elevar la sobrevivencia de estos enfermos ^{1,14-16}.

Estadísticas internacionales revelan que aproximadamente el 70% de los pacientes con CCC se diagnostican en estadios avanzados de su enfermedad, por ello es frecuente encontrar pacientes con grandes tumores que son de difícil manejo y presentan un mal pronóstico. A continuación se caracterizará el comportamiento clínico-epidemiológico y terapéutico de estos tumores en la provincia Holguín, pues existe un aumento en el número de pacientes atendidos en las consultas ¹⁷⁻²².

MÉTODOS

Se realizó estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes geriátricos con neoplasias de cabeza y cuello registrados en el Reporte de Cáncer de la Dirección Provincial de Salud en Holguín en el periodo comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010. El universo de estudio estuvo representado por 789 pacientes diagnosticados de CCC, mayores de 60 años, que fueron registrados en la etapa establecida. La muestra quedó conformada por 407 pacientes que cumplieron los criterios requeridos.

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 60 años
- Presentar los datos completos en el registro oncológico

RESULTADOS

Predominó la enfermedad en el sexo masculino (72,00%) y el rango de edad entre 60 – 69 años (42,76%). En el estudio se evidencia una relación hombre mujer de 2,5: 1 (tabla I).

Tabla I. Distribución de los pacientes según edad y sexo

Edades	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60 -69	129	31,70	45	11,06	174	42,76
70-79	116	28,50	41	10,07	157	38,57
80 y más	48	11,80	28	6,87	76	18,67
Total	293	72,00	114	28,00	407	100%

Fuente: Reporte sobre cáncer de la Dirección Provincial de Salud

En relación con la cantidad de pacientes diagnosticados (fig.1) en cada una de las localizaciones tumorales del estudio, predominó la cavidad bucal con el 33,91%, seguida de la laringe con el 29,00%.

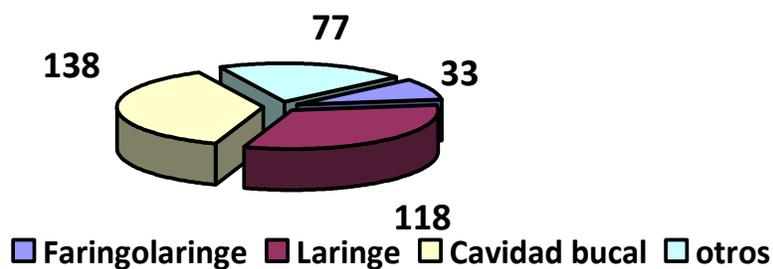


Fig. 1. Distribución de los pacientes según localización tumoral

Fuente: Reporte sobre cáncer de la Dirección Provincial de Salud

Se hallaron hábitos tóxicos en 363 pacientes (89,44%), el cigarro representó de este grupo el 64,62% (263 casos) como forma más común de tóxico entre los enfermos (tabla II).

Tabla II. Distribución de los pacientes según tipo de hábito tóxico

Hábitos tóxicos	No.	%
Cigarro	263	64,62
Alcohol	40	9,83
Cigarro y alcohol	61	14,91
Sin hábitos tóxicos	43	10,56
Total	407	100%

Fuente: Reporte sobre cáncer de la Dirección Provincial de Salud

Predominaron los pacientes diagnosticados con tumores en etapa IV (tabla III) con un total de 169 casos, con 82 pacientes en cavidad oral (20,16 %) la localización tumoral de mayor frecuencia. Los estadios tardíos (III y IV) con 66,58% son los más representativos.

Tabla III. Distribución de los pacientes por estadio de la enfermedad y localización tumoral

Localización Tumoral	Estadios									
	I		II		III		IV		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
F.Nasales	1	0,24	5	1,13	4	0,98	6	1,48	16	3,93
Faringe	3	0,74	9	2,21	8	1,98	21	5,14	41	10,07
Laringofaringe	3	0,74	5	1,23	9	2,21	16	3,92	33	8,11
Laringe	42	10,32	11	2,70	38	9,23	27	6,65	118	29,00
Cavidad bucal	1	5,16	6	1,48	29	7,11	82	20,16	138	33,91
G. salivales	3	0,74	3	0,74	3	0,74	2	0,49	11	2,70
Tiroides	11	2,70	1	0,24	3	0,74	2	0,49	17	4,18
Otros tumores	9	2,21	3	0,74	8	1,98	13	3,17	33	8,11
Total	93	22,85	43	10,57	102	25,06	169	41,52	407	100%

Fuente: Reporte sobre cáncer de la Dirección Provincial de Salud

Holguín, Mayarí y Moa son los municipios que más casos reportaron (tabla IV) con 114, 48 y 36 enfermos en estadios IV, respectivamente.

Tabla IV. Distribución de los pacientes por estadios y municipios

Municipios	Estadios				Total	
	I	II	III	IV	No.	%
Holguín	29	12	31	42	114	28,00
Mayaí	17	11	6	14	48	11,80
Moa	8	5	11	12	36	8,84
Sagua	11	-	8	8	27	6,63
Banes	2	5	11	6	24	5,89
Rafael Freyre	6	2	-	13	21	5,16
Gibara	1	3	9	6	19	4,66
Antillas	2	1	3	5	11	2,70
Báguanos	4	1	4	12	21	5,15
C. García	2	2	3	4	11	2,70
Cacocum	1	-	4	7	12	2,95
U. Noris	3	-	-	6	9	2,21
Cueto	3	-	2	4	9	2,21
F. País	1	1	2	9	13	3,19
Otras Provincias	3	-	8	21	32	7,86
Total	93	43	102	169	407	100%

Fuente: Reporte sobre el cáncer de la Dirección Provincial de Salud

Se encontró que el 69,77% (284) ancianos se presentaron en consulta con metástasis loco-regionales en los ganglios linfáticos, y aparecieron con mayor frecuencia en la cavidad bucal y laringe con 101 y 66 casos respectivamente (tabla V).

Tabla V. Distribución de los pacientes según presencia de metástasis y localización tumoral

Localización tumoral	Si		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Fosas nasales	7	1,72	9	2,21	16	3,93
Faringe	34	8,35	7	1,72	41	10,07
Laringofaringe	28	6,88	5	1,23	33	8,11
Laringe	66	16,22	52	12,78	1 118	29,00
Cavidad bucal	101	24,81	37	9,09	138	33,91
Glándulas salivales	7	1,72	4	0,98	11	2,70
Tiroides	12	2,95	5	1,23	17	4,18
Otras	29	7,13	4	0,98	33	8,11

Fuente: Reporte de cáncer de la Dirección Provincial de Salud

Predominó el carcinoma epidermoide bien diferenciado (CEBD) con un total de 161 casos (39,56%), seguido del carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado (CEMD) con 134 casos (32,93%) y del cáncer epidermoide pobremente diferenciado (CEPD) con 52 casos (fig. 2) ^{23, 28,29}.

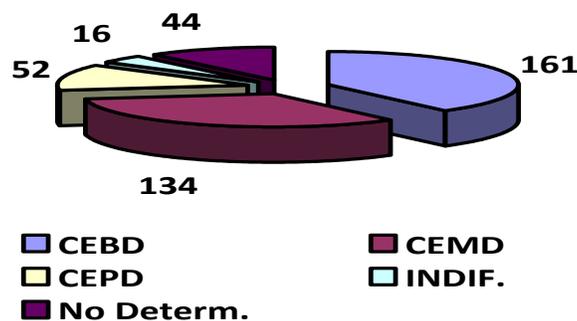


Fig. 2. Distribución de los pacientes según tipo histológico de CCC

Fuente: Reporte sobre cáncer de la Dirección Provincial de Salud

Predominó el uso de terapias combinadas con 207 ancianos atendidos (50,86%), seguidas por la radioterapia con el 43,73% (178 casos) (fig. 3).

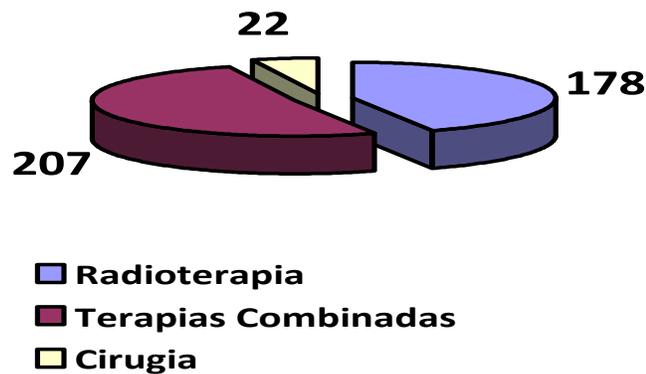


Fig. 3. Distribución de los por pacientes modalidades terapéuticas
Fuente: Reporte sobre cáncer de la Dirección Provincial de Salud

DISCUSIÓN

Es un hecho comprobado estadísticamente que el CCC aumenta su incidencia con la edad, esto parece tener como nexos los carcinógenos y la acumulación de cambios premalignos generados en un largo periodo^{3, 4, 22}. En el estudio realizado, predominó la enfermedad en el sexo masculino. La relación hombre/mujer en estudios epidemiológicos a gran escala y los registros nacionales de cáncer varían de 2:1 a 15:1, en dependencia de la localización de la enfermedad. En este caso, se coincide con los estudios que indican una incidencia de 1,5 mayor en el hombre que en la mujer^{4, 7, 23}.

Alexis Peña afirma que el cáncer bucal se encuentra entre las 10 primeras causas de incidencia en esta enfermedad en los hombres; y representa el 4% de todas las neoplasias malignas reportadas en este sexo. Según datos del Registro Nacional de Cáncer, ocupó en el año 2008 el décimo lugar como causa de muerte, con un total de 283 fallecidos, para el 4,92%, alcanza su mayor tasa en pacientes por encima de los 60 años de edad²³.

J. Granell Navarro en su estudio, realizado en Barcelona en el año 2009, halló que las localizaciones más frecuentes fueron cavidad oral y orofaringe, laringe e hipofaringe. Estos datos se coreponden con los obtenidos en la presente investigación²².

Los hábitos tóxicos y el desarrollo de formas de vida no saludables se comportaron de manera diferente en el desarrollo del cáncer. Se conoce que los hábitos tóxicos como

factores crónicos irritativos son elementos de importancia en la aparición de tumoraciones, con un papel determinante en la carcinogénesis ^{1, 2, 7, 16,25}. La asociación directa entre los hábitos tóxicos y las neoplasias malignas son reportadas en el 90% de las investigaciones consultadas ^{4, 6, 8,26}.

En estadios I y II se encontraron el 34,42% (estadios I, 22,85% y II, 10,57%) de los pacientes. El número mayor de pacientes se ubican en estadios más avanzados. Los pacientes de mayor edad se diagnostican con frecuencia en etapas más avanzadas de la enfermedad que los pacientes más jóvenes. Este fenómeno se puede atribuir a una combinación de los factores siguientes: retardo en solicitar atención médica, falsa interpretación de signos y síntomas de cáncer por parte de los médicos, enmascaramiento de los síntomas por las enfermedades crónicas concomitantes, desconocimiento por los ancianos de los síntomas y signos iniciales de cáncer, barreras en el lenguaje para obtener información sobre sus propios cuidados, aislamiento social y actitudes fatalistas y pesimistas sobre el cáncer ²².

Holguín, Mayarí y Moa son los municipios que más casos reportan, esto puede corresponderse con la densidad poblacional de estos municipios y su desarrollo socio-industrial.

La diseminación regional es prueba fehaciente de la agresividad biológica de los carcinomas, la vía linfática es la más común. La forma de diseminación depende de múltiples factores: localización tumoral, tamaño del tumor, tipos histológicos y tratamientos previos ^{1, 13,27}.

Al evaluar la presencia de metástasis en relación al grado de diferenciación celular tumoral, se apreció que a medida que disminuye el grado de diferenciación tumoral se incrementa la capacidad de producir metástasis. Predominó el carcinoma epidermoide bien diferenciado (CEBD), seguido del carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado (CEMD) ^{23, 28, 29,31-34}.

Las principales modalidades terapéuticas utilizadas fueron las terapias oncoespecíficas combinadas, estos resultados coinciden con la literatura, en la que se defiende el empleo de terapias combinadas para lograr un mejor control de la patología oncológica y resultados efectivos en el tratamiento, no solo del tumor primario, sino también de las metástasis ^{26,35}.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Oncología. Programas. [CD-ROM]. La Habana: MINSAP; 2010.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Registro Nacional de Cáncer: INOR 2000-2005. La Habana: MINSAP; 2005.
3. Million R, Cassisi N, Wittes R. Cáncer de cabeza y cuello. En: Devita VT, Hellman S, Rosenberg S. Cáncer. Principios y prácticas de oncología. [CD-ROM]. 8 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
4. Soriano García JL, Galan Álvarez Y, Luaces, Álvarez P, Martín García A, Arrencibia Suárez JA. La incidencia de cáncer en la tercera edad. Rev Cub Oncol.1998 [citado 6 oct 2011]; 14(2). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_2_98/onc08298.htm
5. Rodríguez Salvá A, Martín García A, Camacho Rodríguez R. El programa nacional de control de cáncer en Cuba. Rev Brasileira Cancerol. 1998 [citado 12 mar 2011]; 44 (2). Disponible en:
http://www.inca.gov.br/rbc/n_44/v02/artigo3.html
6. Lajer CB, Nielsen FC, Friis-Hansen L, Norrild B, Borup R, Garnæs E, et al. Different miRNA signatures of oral and pharyngeal squamous cell carcinomas: a prospective translational study 2011 Cancer Research. BJC. 2011 [citado 12 mar 2011]; 104: 830 – 40. Disponible en: <http://hinari.gw.who.int/whalecomwww.nature.com>
7. Hocking JS, Stein A, Conway EL, Regan D, Grulich A, Law M, Brotherton. Head and neck cancer in Australia between 1982 and 2005 show increasing incidence of potentially HPV-associated oropharyngeal cancers. BJC. 2011 [citado 12 mar 2011]; 104: 886 – 91 Disponible en: <http://hinari.gw.who.int/whalecomwww.nature.com>
8. Guntinas-Lichius O, Wendt T, Buentzel J, Esser D, Lochnere P, Mueller A. Head and neck in situ carcinoma: Survival analysis of the Thuringian cancer registration database.

Head and Neck Cancer Study Group (THANCS). Oral Oncol. 2010 [citado 12 mar 2011]; 46: 5-9. Disponible en:

<http://hinari.gw.who.int/whalecomwww.sciencedirect.com/>

9. Collazo Ramos MI, Rodríguez Cabrera AI. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde la mirada de los directivos del sector salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008 [citado 12 mar 2012] Disponible en:

<http://www.cedem.uh.cu/sites/default/files/El%20envejecimiento%20poblacional%20en%20Cuba,%20desde%20la%20mirada%20de%20los.pdf>

10. Slagboom PE, Beekman M, Passtoors WM, Deelen J, Vaarhorst AM, Boer JM. Westendorp. Genomics of human longevity. Phil Trans R Soc B. 2011; 366: 35–42.

11. García Cosme E. Alteraciones psicosomáticas en pacientes sometidos a cirugía cervico facial. Servicio de otorrinolaringología mayo 2005 – mayo 2007. (Tesis) Holguín: Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin; 2007.

12. Suárez García R. Cáncer de Cabeza y Cuello. Aspectos clínicos-epidemiológicos. Enero 2000-diciembre 2005. (Tesis) Holguín: Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin; 2007.

13. Torrente M, Avendaño I. Mecanismo carcinogénicos en cáncer de cabeza y cuello. Rev Otorrinolaringol Cirug Cab Cuello. 1997; 57(2):161-4.

14. Loria D, Lence Anta JL, Guerra Yí ME, Galán Álvarez Y, Barrios Herrera E, Alonso Barbeito R, et al. Tendencia de la mortalidad por cáncer en Argentina, Cuba y Uruguay en un período de 15 años. Rev Cub Sal Púb. 2010 [citado 12 mar 2011]; 36 (2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200004

15. Instituto Nacional de Cáncer. El cáncer de seno paranasal y cavidad nasal es una enfermedad en la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos de los senos paranasales y de la cavidad nasal. Estados Unidos: Instituto Nacional de Cáncer; 2013 [citado 12 mar 2013] Disponible en:

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/senoparanasal/Patient/page1>

16. Hernández M, Pupo Verdecia O. La calidad de vida en el anciano. En: Temas de Medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010 .p. 50-8.
17. Black CC, Bentley HA, Davis TH, Tsongal GJ. Use of a linear array for the detection of human papillomavirus genotypes in head and neck cancer. Arch Pathol Lab Med. 2010; 134(12):1813-7.
18. Lence Antaí JJ, Fernández Garrote LM. Tendencia de la incidencia de cáncer de laringe en Cuba, 1988-2003. Rev Cubana Sal Púb.2008 [citado 12 may 2011]; 34 (3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Marur S, Forastiere AA. Head and neck cancer: changing epidemiology, diagnosis, and treatment. Clin Proc. 2008; 83(4):489-501.
20. Duffy SA, Mumtaz RN, Khan J, Ronis DL, Fowler KE, Stephen B. Health behaviors of head and neck cancer patients. The first year after diagnosis. Health Behavior in Head and Neck Cancer. Head & Neck. 2008. [citado 12 may 2011]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.20665/pdf>
21. Butt MA, Chindia ML, Rana F, Machigo FG. Pattern of head and neck malignant neoplasms in HIV-infected patients in Kenya. Int J Oral Maxillofac Surg. 2008; 37: 907–911.
22. Granell J, Puig Rullán A. Registro de cáncer de cabeza y cuello: estudio prospectivo de incidencia a dos años. 7º Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. 2005. España: Hospital Santa Barbara [actualización 29 sep 2005, citado 12 may 2011]. Disponible en: <http://www.conganat.org/7congreso/final/>
23. Peña González A, Armando M. Comportamiento clínico epidemiológico del cáncer de cavidad bucal. Rev Cub Estomatol.. 2006 [citado 12 may 2011]; 43(1). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=36477&id_seccion=770&id_ejemplar=3768&id_revista=63
24. Dahlstrom KR, Little JA, Zafereo ME, Lung M, Wei Q, Erich M. Sturgis. Squamous Cell carcinoma of the head and neck in never smoker–never drinkers: A descriptive epidemiologic study. Head & Neck. 2008 [citado 12 mar 2011]. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.20664/pdf>

25. Mehanna H, Paleri V. Epidemiología, presentación y prevención de cáncer de cabeza y cuello. Revisión de las presentaciones frecuentes, estudios comunes y nuevas técnicas de diagnóstico. Detección y prevención. *BMJ*. 2010 [citado 23 abr 2011]; 341: 4684.

Disponible en: <http://www.intramed.net/>

26. Kubicek GJ, Kimler BF, Wang F, Reddy EK, Girod DA, Williamson SK. Chemotherapy in head and neck cancer: clinical predictors of tolerance and outcomes. *Am J Clin Oncol*. 2010 [citado 23 ago 2011]. Disponible en: <http://www.intramed.net/>

27. Ju Liu T, Mena C, Latorre R, Doldan D, Ferreira A, Franco C. Carcinoma nasofaríngeo. Relato de caso. *Internat Arch Otorhinolaringol*. 2012 [citado 23 ene 2013]; 16 (Suppl. 1).

Disponible en:

http://www.internationalarchivesent.org/conteudo/acervo_port.asp?Id=998

28. Kruse AL, Bredell M, Luebbers HT, Grätz KW. Head and neck cancer in the elderly: a retrospective study over 10 years (1999 - 2008). *Head Neck Oncol*. 2010 [citado 23 abr 2011]; 13(3). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20824702>

29. Silveira AP, Gonzalves J, Sequeira T, Ribeiro C, Lopes C, Monteiro E, et al. Geriatric oncology: comparing health related quality of life in head and neck cancer patients. *Head Neck Oncol*. 2011; 13(3):3.

30. Jan JC, Hsu WH, Liu SA, Wong YK, Poon CK, Jiang RS, et al. Prognostic factors in patients with buccal squamous cell carcinoma: 10-year experience. *Oral Maxillofac Surg*. 2011; 69(2):396-404.

31. Rosenberg TL, Brown JJ, Jefferson GD. Evaluating the adult patient with a neck mass. *Med Clin North Am*. 2010 [citado 23 abr 2011]; 94(5):1017-29. Disponible en:

<http://www.surgery.wisc.edu/referring-physicians/newsletters/september-2011-otologic-head-neck-newsletter/>

32. Pinto FR, Matos LL, Gumz Segundo W, Vanni CM, Rosa DS, Kanda JL. Tobacco and alcohol use after head and neck cancer treatment: influence of the type of oncological

treatment employed. Rev Assoc Med Bras. 2011 [citado 23 abr 2011]; 57(2):171-176.

Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302011000200014&script=sci_arttext&lng=en

33. Álvarez Sintés R. Atención al adulto mayor. En: Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2008.p. 80–96.

34. Lence Antaí JJ, Fernández Garrote LM. Detección precoz del cáncer de laringe en Cuba.

Rev Cub Sal Púb. 2009 [citado 23 mar 2013]; 35(2): Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000200017

35. Gustavo Vial C, Conejero RA. Reconstrucción microquirúrgica en cirugía de cabeza y cuello. Rev Med Clin Condes. 2010 [citado 12 mar 2011]; 21(1): 26 – 30. Disponible en:

<http://web.ebscohost.com/ehost/>

Recibido: 19 de junio de 2012.

Aprobado: 8 de abril de 2013.

Dr. *Rodolfo Suarez García*. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: rgarcia@hvil.hlg.sld.cu