

Comportamiento clínico epidemiológico del cáncer de cabeza y cuello

Clinical Epidemiological Behavior of Head and Neck Cancer

Massiel María Cepeda Uceta^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7840-4599>

Adriana Kirenia Añel Uria¹ <https://orcid.org/0000-0002-9163-2841>

Yaimely González Hechavarría¹ <https://orcid.org/0000-0001-8637-9610>

Leyanis Mustelie Cardona¹ <https://orcid.org/0000-0002-2115-5349>

¹Hospital Universitario Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Salvador Allende”.
Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: massycxm@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El área de cabeza y cuello comprende estructuras anatómicas importantes. Sitio de inicio de la vía respiratoria-digestiva que incluye: cavidad oral, faringe, fosas nasales, senos paranasales, laringe y glándulas salivales. Además, incluyen los tumores de piel, partes blandas, huesos, estructuras neurovasculares, y lesiones malignas de tiroides y paratiroides. Afecciones en estas regiones son motivo frecuente de consulta en el hospital Clínico Quirúrgico “Dr. Salvador Allende”.

Objetivo: Describir el comportamiento clínico-epidemiológico de cáncer de cabeza y cuello en pacientes que asistieron a la consulta de otorrinolaringología en este Hospital.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, ambispectivo, de enero 2015 a diciembre 2019. Con un Universo compuesto por 186 pacientes, la muestra constituida fue de 111 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se estudiaron las variables sociodemográficas, localización, factor de riesgo,

síntomas, estadiamiento, tipo histológico, grado de diferenciación y tratamiento oncológico.

Resultados: Predominó el grupo de edad de 61-70 años, sexo masculino, prevaleció la localización en laringe. Como factores de riesgos el tabaquismo, resultó la disfagia el síntoma más frecuente. La mayoría de los enfermos se diagnosticaron en etapas iniciales con tipo histológico epitelial, grado de medianamente diferenciado y recibieron tratamiento combinado.

Conclusiones: El hábito de fumar se encuentra estrechamente relacionado en el cáncer de cabeza y cuello, la laringe resulta la localización más frecuente. El tratamiento depende de la localización y etapa clínica del tumor.

Palabras clave: cáncer de cabeza y cuello; factor de riesgo; laringe; tabaquismo.

ABSTRACT

Introduction: The head and neck area comprises important anatomical structures. Starting site of the respiratory-digestive tract which contains oral cavity, pharynx, nasal passages, paranasal sinuses, larynx and salivary glands. In addition, they include tumors of the skin, soft tissues, bones, neurovascular structures, and malignant thyroid and parathyroid lesions. Conditions in these regions are a frequent reason for consultation at Dr. Salvador Allende Clinical Surgical Hospital.

Objective: To describe the clinical-epidemiological behavior of head and neck cancer in patients who attended the otolaryngology consultation at this Hospital.

Methods: A descriptive, cross-sectional, ambispective study was fulfilled from January 2015 to December 2019. The universe consisted of 186 patients and the sample involved 111, who met the inclusion criteria. Sociodemographic variables, location, risk factor, symptoms, staging, histological type, degree of differentiation and oncological treatment were studied.

Results: The age groups of 61-70 years old and males prevailed. The location in the larynx was the most frequent and smoking was the most common risk factor. Dysphagia was the most frequent symptom. Most of the patients were diagnosed

in the initial stages with epithelial histological type, moderately differentiated degree, and received combined treatment.

Conclusions: Smoking is closely related to head and neck cancer. The most frequent location was found in the larynx. Treatment depends on the location and clinical stage of the tumor.

Keywords: head and neck cancer; risk factor; larynx; smoking.

Recibido: 12/01/2021

Aprobado: 04/03/2021

Introducción

El cáncer es todavía una de las enfermedades más temidas en la actualidad, ya que representa la segunda causa de muerte en los países desarrollados después de las enfermedades cardiovasculares. Agrupa una serie de afecciones distintas, con la característica común de presentar una multiplicación anárquica de células, con una etiopatogenia multifactorial y con características histológicas de malignidad.⁽¹⁾ Por su magnitud y repercusión en la salud humana, el cáncer ha sido incluido dentro de las prioridades de los programas sanitarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).⁽²⁾

El cáncer de cabeza y cuello es el sexto cáncer más frecuente del mundo, representando aproximadamente el 6 % y se estiman alrededor de 650 000 nuevos casos, así como 350 000 muertes en el mundo cada año debido a esta enfermedad.^(3,4) Más del 95 % de estos cánceres de cabeza y cuello son carcinomas epidermoides, originados a partir del epitelio de la mucosa que recubre el tracto aerodigestivo superior,⁽⁵⁾ pueden comenzar también en las glándulas salivales, pero los cánceres de estas glándulas son relativamente poco comunes.⁽⁶⁾ Tiene un carácter multifactorial debido al efecto combinado de factores ambientales y genéticos,^(7,8) fuertemente asociado con ciertos factores de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol. También se ha descrito un riesgo incrementado

cuando existe infección asociada por ciertos virus como los subtipos 16 y 18 del virus del papiloma humano y el virus de Epstein-Barr.^(3,9)

En Europa, entre los años 2000 y 2007, las tasas brutas anuales de incidencia fue 4,6 / 100 000 para el carcinoma de células escamosas de laringe (CCE), 3,5 / 100 000 para cavidad oral, 3,3 / 100 000 para orofaríngeo y 1,3 / 100 000 para hipofaríngeo, correspondiente a aproximadamente 90 000 casos nuevos por año.⁽¹⁰⁾

Cada año, 12 000 personas reciben en España, un diagnóstico de cáncer de faringe, laringe, glándulas salivales, cavidad nasal o cavidad oral, cuya incidencia aumenta anualmente el 3 %. Se detecta entre 11 y 17 casos por cada 100 000 habitantes.^(11,12)

Hace 25 o 30 años, el 80 u 85 % de los casos, se registraban en hombres, mientras que ahora el porcentaje se ha reducido al 75 %. La feminización del cáncer de cabeza y cuello tiene que ver también con la prevalencia creciente de otro factor de riesgo.⁽¹¹⁾

El cáncer es la segunda causa de muerte en las Américas. En el 2012, causó 1,3 millones de muertes, 47 % de ellas en América Latina y el Caribe. Se estima que la mortalidad por cáncer en las Américas casi se doblará para el año 2030, hasta 2,1 millones.^(13,14,15)

El cáncer de cabeza y cuello se desarrolla en casi 65 000 personas en los Estados Unidos cada año, lo que representa cerca de 4 % de todos los cánceres en este país.⁽¹⁶⁾ La incidencia aumenta con la edad, aunque la mayoría de los pacientes tienen entre 50 y 70 años, la incidencia en pacientes jóvenes es cada vez mayor en relación con los cánceres (sobre todo orofaríngeo) causados por el papiloma virus humano (HPV). Es más común en los hombres que en las mujeres.^(17,18)

Aproximadamente cerca de 22 000 personas mueren y más de 45 000 son diagnosticadas cada año de cáncer de cabeza y cuello en América Central y del

Sur, donde las tasas más altas de incidencia las reportan Brasil, Uruguay, Cuba y Argentina. Brasil muestra la más alta (19,7 por cada 100.000 habitantes en varones y 5 para mujeres), seguido de Uruguay (16,9 y 10,1), Cuba (10 y 3,6), Argentina (6,4 y 2,2), Colombia (5,2 y 3), Chile (3,4 y 1,6) y Perú (3 y 2,8). Las cifras más bajas de casos nuevos las reportan El Salvador y México, por debajo de 2,7 por cada 100.00 habitantes; y Bolivia y Ecuador, con tasas menores a 2.⁽¹⁹⁾

De persistir la tendencia, para el año 2030 la carga mundial de cáncer de cabeza y cuello aumentará 34 %, hasta registrar un millón de casos nuevos y 576.000 muertes anuales, mientras que en América Central y Suramérica se incrementará un 7 %.^(19,20)

En Cuba, en el 2018, el cáncer de labio, cavidad bucal y faringe ocupó dentro de la mortalidad de tumores malignos el séptimo lugar con un total de 826 defunciones y laringe ocupando el noveno lugar con un total de 795. En cuanto al sexo, en el mismo año la laringe con 696 casos masculinos y femeninos 99, razón 7:1; en cambio el cáncer de labio, cavidad bucal y faringe obtuvieron 679 masculinos y 147 femeninas a razón de 4:7.⁽²¹⁾

En el año 2019 el cáncer de labio, cavidad bucal y faringe alcanzó 893 defunciones ocupando el 7^{mo} lugar y el de laringe 891 ocupando el 8^{vo} lugar. Existiendo una razón de tasas en sexo masculino y femenino de 7,7 en laringe y 4,3 en labio, cavidad bucal y faringe.⁽²²⁾

Motivados por estos datos se decide describir el comportamiento clínico epidemiológico de cáncer de cabeza y cuello en los pacientes que asistieron a la consulta de Otorrinolaringología en el Hospital “Dr. Salvador Allende”.

Métodos

Se realizó estudio descriptivo, transversal, ambispectivo a todos los pacientes con cáncer de cabeza y cuello atendidos en la consulta multidisciplinaria de cabeza y

cuello del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Salvador Allende” en el período comprendido entre enero 2015 - diciembre 2019. El universo estuvo constituido por 186 pacientes con el diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello y la muestra fue seleccionada por el método aleatorio simple, la cual quedó conformada por 111 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión: ser pacientes mayores de 19 años, ambos sexos y con diagnóstico histológico de cáncer de cabeza y cuello en cualquier estadio; y los criterios de exclusión: pacientes atendidos en otra institución de salud, pacientes con diagnóstico de linfoma, de carcinoma de tiroides y de oído, pacientes con historias clínicas incompletas.

Para obtener la información, se tomaron datos del registro nacional del cáncer del Hospital y las historias clínicas de los pacientes; los que fueron plasmados en una planilla de recolección diseñada al efecto, la cual incluyó las variables en estudio.

Se estudiaron las variables sociodemográficas, localización, factor de riesgo, los síntomas clínicos predominantes, el estadiamiento del tumor primario, tipo histológico, grado de diferenciación del tumor y tratamiento oncológico. Posteriormente se confeccionaron tablas que permitieron la mejor comprensión de la información.

Resultados

Según los grupos etarios, sexo y localización del tumor, hubo un predominio del grupo 61 - 70 años (31,5 %), la localización de laringe resultó la de mayor incidencia con 20 casos (18,0 %) en este grupo de edades. El sexo masculino obtuvo 91 casos que representa el 82 % con una proporción 4.5: 1 en relación con el sexo femenino. En la localización, la laringe obtuvo 49 casos (44,1 %) por lo que resultó la de mayor incidencia (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución según edad, sexo y localización

Edad	Cavidad oral		Faringe		Fosas nasales		Glándulas salivales		Laringe		Senos perinasales		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 40	0	0	1	0,9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,9
41- 50	1	0,9	11	9,9	0	0	0	0	6	5,4	0	0	18	16,2
51-60	1	0,9	16	14,4	0	0	2	1,8	13	11,7	0	0	32	28,8
61-70	2	1,8	9	8,1	2	1,8	2	1,8	20	18,0	0	0	35	31,5
>71	4	3,6	8	7,2	1	0,9	1	0,9	10	9,0	1	0,9	25	22,5
Total	8	7,2	45	40,5	3	2,7	5	4,5	49	44,1	1	0,9	111	100
Sexo														
F	3	2,7	10	9,0	0	0	1	0,9	6	5,4	0	0	20	18
M	5	4,5	35	31,5	3	2,7	4	3,6	43	38,7	1	0,9	91	82
Total	8	7,2	45	40,5	3	2,7	5	4,5	49	44,1	1	0,9	111	100

En los factores de riesgo predominó el consumo de tabaco con 75 casos (67,6 %), seguido del alcohol 42 (37,8 %) y sin factor de riesgo 28 (25,2 %). No se obtuvieron pacientes con Epstein Barr positivo registrado en sus historias clínicas y solo 1 caso (0,9 %) con diagnóstico de reflujo gastroesofágico (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución según factor de riesgo y localización tumoral

Factor de riesgo	Cavidad oral	Faringe	Fosas nasales	Glándulas salivales	Laringe	Senos perinasales	Total
	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %
Fumador	5 4,5	28 25,2	2 1,8	2 1,8	37 33,3	1 0,9	75 67,6
Alcohol	0 0	14 12,6	1 0,9	1 0,9	25 22,5	1 0,9	42 37,8
Virus papiloma humano	2 1,8	2 1,8	0 0	0 0	1 0,9	0 0	5 4,5
Reflujo gastroesofágico	0 0	0 0	1 0,9	0 0	0 0	0 0	1 0,9
Virus E. Barr	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Antecedentes oncológicos	0 0	4 3,6	0 0	0 0	2 1,8	0 0	6 5,4
Café	0 0	1 0,9	0 0	0 0	6 5,4	0 0	7 6,3
Sin riesgo	3 2,7	14 12,6	1 0,9	2 1,8	8 7,2	0 0	28 25,2

El síntoma que predominó fue la disfagia con 48 casos (43,2 %) prevaleciendo en la localización de la faringe, seguida de disfonía con 39 (35,1%) con su totalidad de aparición en la laringe (Tabla 3).

Tabla 3 - Distribución según síntomas y localización tumoral

Síntomas	Cavidad oral	Faringe	Fosas nasales	Glándulas salivales	Laringe	Senos perinasales	Total
	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %
Obstrucción nasal	0 0	0 0	3 2,7	0 0	0 0	1 0,9	4 3,6
Epistaxis	0 0	2 1,8	2 1,8	0 0	0 0	0 0	4 3,6
Disfagia	5 4,5	32 28,8	0 0	0 0	11 9,9	0 0	48 43,2
Disnea	0 0	0 0	0 0	0 0	12 10,8	0 0	12 10,8
Disfonía	0 0	0 0	0 0	0 0	39 35,1	0 0	39 35,1
Otalgia	0 0	5 4,5	0 0	0 0	0 0	0 0	5 4,5
Dolor	3 2,7	2 1,8	1 0,9	0 0	0 0	0 0	6 5,4
Adenopatías	0 0	4 3,6	0 0	5 4,5	2 1,8	0 0	11 9,9

En los estadios clínicos se obtuvo un mayor número de pacientes en estadios II con un total de 37 (33,3 %) seguido de estadios I con 30 casos (27,0 %) (Tabla 4).

Tabla 4 - Distribución según estadios clínicos y localización tumoral

Estadios	Cavidad oral	Faringe	Fosas nasales	Glándulas salivales	Laringe	Senos perinasales	Total
	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %
Estadio I	5 4,5	7 6,3	2 1,8	1 0,9	15 13,5	0 0	30 27,0
Estadio II	2 1,8	14 12,6	0 0	3 2,7	17 15,3	1 0,9	37 33,3
Estadio III	1 0,9	11 9,9	1 0,9	0 0	11 9,9	0 0	24 21,6
Estadio IV A	0 0	5 4,5	0 0	0 0	3 2,7	0 0	8 7,2
Estadio IV B	0 0	5 4,5	0 0	0 0	2 1,8	0 0	7 6,3
Estadio IV C	0 0	3 2,7	0 0	1 0,9	1 0,9	0 0	5 4,5

En el tipo histológico el 100% de los casos fueron epiteliales. En el grado de diferenciación histológica 82 casos (73,8 %) fueron medianamente diferenciados y 16 casos (14,4 %) bien diferenciados.

Según el tratamiento recibido 36 casos (32,4 %) recibieron tratamiento combinado, predominando la localización faringe; seguido por 33 pacientes (29,7 %) que recibieron tratamiento con radioterapia de igual número de enfermos tanto para laringe como faringe (Tabla 5).

Tabla 5 - Distribución según tratamiento y localización tumoral

Tratamiento	Cavidad oral	Faringe	Fosas nasales	Glándulas salivales	Laringe	Senos perinasales	Total
	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %
Radioterapia	1 0,9	16 14,4	0 0	0 0	16 14,4	0 0	33 29,7
Quimioterapia	0 0	6 5,4	1 0,9	0 0	2 1,8	0 0	9 8,1
Cirugía	6 5,4	4 3,6	2 1,8	3 2,7	14 12,6	1 0,9	30 27,0
Combinados	1 0,9	18 16,2	0 0	1 0,9	16 14,4	0 0	36 32,4
Paliativo	0 0	1 0,9	0 0	1 0,9	1 0,9	0 0	3 2,7

Discusión

Según el anuario estadístico de Cuba del 2019, se revela que en el 2016 la edad de predominio de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe fue en pacientes mayores de 70 años con un total de 1 138 casos reportados como incidencia. Obteniendo mayor número de casos en sexo masculino con 1 387 y femenino 425 casos.⁽²⁰⁾

En España la distribución por sexos es de 10 a 1 para el masculino.⁽²³⁾ En estudio de 48 pacientes en el 2018, el 72,9 % eran varones (35 pacientes) y el 27,1 % mujeres (13 pacientes), de edades comprendidas entre los 26 y los 74 años de edad en el momento del diagnóstico. La edad media de los pacientes de la muestra era de 56,8 ±10,2 años y la mediana de 57 años.⁽²⁴⁾ Resultados similares a los encontrados en este estudio.

En estudio efectuado en Barcelona en 2 504 pacientes, se obtuvo el cáncer en la localización de laringe 58 %, faringe 30 % y cavidad oral 12 %.⁽²⁵⁾ Así mismo en estudio realizado por *José Miguel Costa*⁽²⁴⁾ en el 2017, se obtuvo 57,3 % en laringe,

faringe 24 %, cavidad oral 12,6 % y otros: 6,1 %. Los datos de estos estudios coinciden con la presente investigación.

Petito y otros⁽²⁵⁾ muestran que la mayoría de la población con carcinoma de cabeza presentan los factores de riesgo de consumo de tabaco y alcohol; 78 % y 70,8 %, respectivamente. Así mismo en México, *Omar Vargas*⁽²⁶⁾ de 17 expedientes clínicos estudiados (53,1 %) se registró como factor de riesgo alcoholismo y tabaquismo, resultados similares al estudio realizado.

En los Estados Unidos de América en 2015, se produjo más de 13 000 nuevos casos de cáncer de faringe. Los síntomas principales varían ligeramente en función del subsitio, pero por lo general los pacientes consultan con disfagia, odinofagia y otalgia.⁽²⁷⁾ Coincidiendo con nuestro estudio donde la disfagia fue el principal síntoma registrado, lo cual va en relación con la cantidad de casos reportados en la localización faringe; además en la laringe (supraglotis) que también presenta este síntoma.

En Barcelona, en estudio comparativo de los sistemas de estadiaje en el carcinoma de cabeza y cuello, se alcanzó el mayor número de casos en estadios I y II.⁽²³⁾ Mientras que *José Miguel Costa* en Barcelona, también mostro 36,6 % en Estadio I, 23,3 % en estadio IV seguido del estadio III con 20,4 %.⁽²⁴⁾

En el 2018, *Alba García* en Madrid, en estudio de 48 pacientes, donde el 100 % fue carcinoma epidermoide y el grado de diferenciación moderado fue el más frecuente, encontrándose en el 43,8 % de los casos (21 pacientes).⁽²²⁾ Así también más del 90 % de los cánceres de la cabeza y el cuello fueron carcinomas epidermoides, en estudio realizado por *Bradley Schiff*.⁽¹⁸⁾ coincidiendo así con esta investigación.

Los principales tratamientos para el cáncer de cabeza y cuello son la cirugía y la radiación. Estas modalidades pueden usarse solas o en combinación con quimioterapia. Muchos tumores, independientemente de la localización,

responden de manera similar a la cirugía y a la radioterapia, lo que permite considerar otros factores, como la preferencia del paciente o la morbilidad específica de la localización, para elegir el tratamiento.⁽¹⁸⁾

En Barcelona, un total de 604 pacientes 53,6 % recibieron tratamiento combinado y el 28,6 % con radioterapia.⁽²⁴⁾ En estudio realizado por *Juan Ramón Gras*,⁽²³⁾ 2, 504 casos en pacientes con estadios I y II recibieron tratamiento quirúrgico o radiante y los estadios III y IV tratamiento combinado; mientras que el 8,5 % solo paliativa

Se concluye que el hábito de fumar se encuentra estrechamente relacionado en el cáncer de cabeza y cuello, siendo la laringe la localización más frecuente. El tratamiento depende de la localización y etapa clínica del tumor.

Referencias bibliográficas

1. Gallana Alvares Silvia. Ganglio centinela en el cáncer de cavidad oral y orofaríngeo. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. 2015 [acceso 12/09/2020]. Disponible en: <https://idus.us.es>
2. Grupo médico SEOR Y GEORCC. Definición y tratamiento de radioterapia y prevención y cuidado. 2017. [acceso 12/09/2020]. Disponible en: <https://seor.es/wp-content/uploads/CANCER-DE-ORL-tratamientos-y-cuidados.pdf>
3. Bernier J. Head and Neck Cancer: Multimodality management. (Online). Nueva York. Springer Science Business Media. 2016. [acceso 12/09/2020]. Disponible en: <https://www.springer.com/gp/book/9783319275994#>
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I. Global cancer statistics. estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. GLOBOCAN CA. Cancer J Clin. 2018; 68(6):394-424.
5. Gold kathryn. Lo que necesita saber sobre el cáncer de cabeza y cuello. American Society of Clinical Oncology. 2018. [acceso 12/09/2020]. Disponible

en: https://www.cancer.net/es?_ga=2.181315489.728898704.1613083182-769177290.1613083182

6. Cánceres de cabeza y cuello - Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. [acceso 12/09/2020] Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/hoja-informativa-cabeza-cuello> .

7. Fernández Pérez MD, Regueira Betancourt SM, Torres Fernández M. Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016 [acceso 08/02/2020];41(11). Disponible en:

<http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/issue/view/64>

8. Suarez García R, Pérez Martínez C, Fernández Rojas L, Pérez Pupo A. Caracterización de adultos mayores con cáncer de cabeza y cuello. Rev. Correo Científico Médico de Holguín. 2013;17 (2):1-12.

9. Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008. GLOBOCAN International journal of cancer. 2015; 127(12):2893-917.

10. Gatta G, Capocaccia R, Botta L. Burden and centralised treatment in Europe of rare tumours: results of rare care net-a population-based study. Lancet Oncol. 2017; 18(8):1022-39.

11. Cañizares F. Tumores de cabeza y cuello: el cáncer ignorado. [acceso: 12/03/2020]. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/la-ciencia-que-nos-une/2020-12-10/tumores-de-cabeza-y-cuello-el-cancer-ignorado.html>

12. Cárcamo M. Epidemiología y generalidades del tumor de cabeza y cuello. Revista médica clínica Los condes, Chile. 2018;29(4):1-12.

13. Organización Panamericana de la salud. Programa de cáncer OPS. [Internet]. 2017. [acceso 15/01/2019]. Disponible en:

<http://paho.org/hq/index.php>

14. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2018.[acceso: 15/01/2019]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fac/cancer>

15. Taha M, Plaza G. Tumores de cabeza y cuello: Diagnóstico y tratamiento. Artículo de revisión. 2015 [acceso: enero 2016]. Disponible en:

<http://www.jano.es>

16. Siegel R, Miller K, Jemal A. Cancer Statistics, 2017. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2017 [acceso 06/01/2016].;67(1):7-30. Disponible en; <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.3322/caac.21392>
17. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. Atlanta, GA. 2017.
18. Schiff, Bradley. Generalidades sobre los tumores de la cabeza y el cuello. Montefiore Medical Center. 2018.[acceso 12/03/2020]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-otorrinolaringológicos/tumores-de-la-cabeza-y-el-cuello/generalidades-sobre-los-tumores>
19. Duma F. Cuba es el tercer país en incidencia de cáncer de cabeza y cuello en América Latina. Bogotá, [Colombia] [Revista 14 y medio].2018. [acceso 06/01/2016]. Disponible en: https://www.14ymedio.com/cienciaytecnologia/Cuba-incidencia-cancer-cabeza-cuello_0_2481351844.html
20. Anuario estadístico de salud 2019. Cuba. Ministerio de salud pública. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. 2020 [acceso 06/04/2021]. Disponible en: <https://anuarioestadistico2020.msp.gob.cu>
21. Ballesteros A. Tumores cabeza y cuello Sociedad Española de Oncología Médica. 2019. [acceso 06/01/2016]. Disponible en: [https://seom.org/info -sobre-el-cancer/orl](https://seom.org/info-sobre-el-cancer/orl)
22. García Alba. Tratamiento del cáncer de cabeza y cuello en estadios avanzados inoperable mediante quimioterapia intraarterial y radioterapia concomitante [tesis para optar por el grado de doctor]. España: Universidad complutense de Madrid. 2018
23. Gras Cabrerizo Juan Ramón. Estudio comparativo de los sistemas de estadiaje en el carcinoma de cabeza y cuello. [tesis para optar por el grado de doctor]. España: Universidad autónoma de Barcelona. 2008.
24. Costa González José Miguel. Impacto del carcinoma de cabeza y cuello en la actividad laboral de los pacientes. [tesis para optar por el grado de doctor]. España: Universidad Autónoma de Barcelona. 2017.

25. Petitto G, Carneiro H, Santos R, De Silva R, Alencar C, Gontijo A, et al. Human papillomavirus in oral cavity and oropharynx carcinomas in the central region of Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2017;83(1):38-44
26. Vargas Soto Omar. Carcinomas de cabeza y cuello, experiencia de un Centro Oncológico del Estado de Durango, México. *Revista ADM.* 2016 [acceso: 06/01/2016]; 73(4):190-96. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/adm>
27. Corona J. Carcinoma de cavidad oral y orofaringe: Análisis multivariado de factores pronósticos clínico-patológicos Tesis de grado. 2013. [acceso: enero 2018]. Disponible en: <http://incan-mexico.org>

Conflicto de intereses

Los autores no refieren conflictos de intereses.

Contribuciones de los autores

Massiel María Cepeda Uceta: Idea original del trabajo, estudio de los casos.

Adriana Kirenia Añel Uria: Estudio de los casos, revisión de la bibliografía.

Yaimely González Hechavarría: Estudio de los casos, revisión de la bibliografía

Leyanis Mustelier Cardona: Revisión de la bibliografía, redacción del informe final.