



Trabajo para optar por el título de Estomatólogo General Integral

Caracterización de lesiones precancerosas bucales y factores de riesgo en Adultos Mayores , periodo octubre 2019-julio 2020. Consultorio 1 Yaguaramas.

Autora: Dra. Noralbis Montesbravo Chaple*

Tutora: Msc. Teresita Barrios Pedraza**

* *Residente de 2do año en Estomatología General Integral*

** *MSc en Salud Bucal Comunitaria Especialista de 2do grado EGI Profesor Auxiliar*

Cienfuegos, 2021.

PENSAMIENTO

DEDICATORIA

A mis padres, mi tutora, demás familia y en especial a mis hijos.

AGRADECIMIENTOS

- ✓ A la Msc. Teresita Barrios Pedraza quien dedicó inmenso interés y responsabilidad a la tutoría de esta investigación.
- ✓ A la Ing. Informática Nailén Hernández Rama que me ayudo en la confección y arreglos del trabajo final.
- ✓ Finalmente agradecer la ayuda de todas aquellas personas que de forma desinteresada y amorosa contribuyeron en la preparación, aseguramiento y confección de este trabajo.

RESUMEN

Introducción: En el adulto mayor son más frecuentes la aparición de lesiones precancerosas asociadas a factores de riesgo. **Objetivo:** caracterizar los pacientes geriátricos con lesiones precancerosas bucales expuestos a factores de riesgo atendidos en el consultorio # 1 del Policlínico Tomás Romay Chacón, Yaguaramas en el periodo comprendido entre octubre del 2019 a julio del 2020. **Método:** se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. El universo de la investigación estuvo constituido por todos los pacientes adultos mayores que presenten lesiones precancerosas. Se utilizaron las variables edad, sexo, nivel de escolaridad, lesiones precancerosas, localización de la lesión y factores de riesgo. Los pacientes se citaron a la consulta de estomatología, donde se les realizó el interrogatorio, el examen bucal, y la confección de la Historia Clínica Individual. Los métodos utilizados fueron en el nivel empírico, el análisis de documentos, la observación, diagnósticos, el examen clínico de PDCB y el Índice de higiene bucal de Love. El análisis y presentación de los resultados se mostraron en tablas y gráficos. **Resultados:** predominó el sexo masculino siendo el grupo de edades más representativo el de 60 a 69 años, con nivel de escolaridad de secundaria terminada. Los factores de riesgo de mayor incidencia fueron la ingestión de bebidas alcohólicas, el hábito de fumar y las comidas calientes e hipercondimentadas. La lesión precancerosa predominante fue la leucoplasia encontrándose en la mucosa del carrillo como localización anatómica representativa

Palabras clave: lesiones precancerosas, factores de riesgo, adulto mayor.

INDICE	
INTRODUCCIÓN	6
Fundamentación del estudio	10
Problema Práctico.....	10
Problema de investigación	11
Objetivos.....	11
Específicos	11
Actualidad.....	11
Novedad Científica.....	11
Aporte práctico	12
Aporte Docente	12
MARCO TEÓRICO.....	12
FUNDAMENTOS METODOLOGICOS.....	37
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	53
ANEXOS.....	70

INTRODUCCIÓN

Con el correr de años del tercer milenio, las continuas tendencias mundiales hacia una menor fecundidad y la mayor esperanza de vida, han elevado el fenómeno del envejecimiento de la población. Es por ello que las lesiones de la cavidad bucal como el cáncer manifiestan una importante morbilidad en especial en este grupo poblacional a pesar de los avances obtenidos en la estomatología.¹

El cáncer es un término que se aplica a más de 200 enfermedades susceptibles, amenaza la supervivencia, está etiquetada socialmente, puede suponer mutilaciones, no sigue un patrón determinado, es de tratamiento aversivo, interrumpe la vida cotidiana y además, produce cambios en los hábitos del paciente y en su auto imagen.¹

En el mundo la proyección anual de pacientes nuevos con cáncer de cabeza y de cuello es de aproximadamente 500 000, de ellos 263 000 corresponden al complejo bucal. Estas lesiones son más frecuentes después de los 40 años incrementándose linealmente, presenta amplias variaciones geográficas, y el 90 % de los pacientes presentan tumores de células escamosas. El cáncer bucal representa del 2 al 5 % de los tumores malignos y el 50 % de los diagnosticados fallecen en los primeros cinco años.²

En la actualidad mundial el cáncer bucal constituye un verdadero problema en la población adulta, debido a su importante repercusión sanitaria, social y económica, lo cual determina que su prevención constituya uno de los pilares primordiales del trabajo de los cirujanos y estomatólogos. Dada la frecuencia de esta enfermedad y a sus costos elevados de tratamientos, conjuntamente con la repercusión sanitaria y social, en el ámbito mundial se aboga por la prevención y el diagnóstico precoz de la misma puesto que está demostrado que la probabilidad de supervivencia puede aumentar hasta un 86 %.^{3,4}

El cáncer bucal constituye un problema de salud no por su incidencia, sino por su mortalidad, y en una búsqueda por disminuir este por ciento el Ministerio de Salud

Pública (MINSAP) se traza como una de sus líneas fundamentales de trabajo, la introducción del Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) , el cual existe desde 1985, que luego devino en un subprograma de Estomatología General Integral en 1992,cuyo objetivo es disminuir la morbilidad y la mortalidad del cáncer de la boca mediante la prevención y el diagnóstico precoz por medio del examen del complejo bucal.^{5,6}

Este programa rige todas las actividades de la especialidad y se realiza anualmente a todos los pacientes que acudan de forma espontánea a consulta, para eliminar hábitos tóxicos e identificar cualquier lesión de la mucosa en estadio precoz y brindar su adecuado tratamiento, seguimiento y control. ⁶

Las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal son multifactoriales y dentro de estas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos, importantes en la prevención de la enfermedad, también se pueden clasificar como de riesgo biológico, donde se encuentra la herencia, maloclusiones, trastornos hormonales, infecciones por virus; riesgo ambientales como radiaciones ultravioletas, y exposición a sustancias carcinógenas, riesgo por hábitos como el tabaquismo y el alcoholismo, mal nutrición, deficiente higiene bucal asociada además a otros hábitos pocos saludables, otros riesgos como prótesis desajustadas, obturaciones filosas y lesiones premalignas.⁶

Conocer los factores de riesgo permite actuar sobre la relación causa-efecto, así como seleccionar cuales pacientes tienen más probabilidades de desarrollar un tumor específico y actuar en una etapa temprana.¹

La prevención de una enfermedad al eliminar el factor causal, representa el mayor éxito en el campo de la salud, sin embargo, cuando prevenirla no es posible, mecanismos para detectarla en forma temprana puede mejorar la morbilidad y mortalidad que conlleva el tratamiento de una enfermedad avanzada, cuando se logra eliminar el agente causal se realiza prevención y cuando se diagnostica en la población asintomática se está haciendo pesquisa, aún en los pacientes sintomáticos se puede encontrar en una etapa temprana, donde se logra un diagnóstico precoz.²

En Cuba las actividades de prevención primaria o profilaxis están encaminadas a la promoción de educación sanitaria para controlar y reducir hábitos deletéreos, y se utiliza como prevención secundaria o detección precoz la orientación a la población de la práctica del auto examen bucal y el pesquisaje a todos los mayores de 15 años, esta estrategia parece ser útil en individuos incapaces de percibir el daño que le pueden producir los factores de riesgo del cáncer bucal.⁶

En los últimos años, se observa a nivel mundial una tendencia sostenida de incremento de la expectativa de vida al nacer y un aumento porcentual de la población mayor de 60 años. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud en el año 2002 existían en el mundo 600 millones de personas mayores de esa edad, cifra que se duplicará en el año 2025.^{7,8}

Datos extraídos de los censos de población muestran que Cuba también está viviendo este proceso de transición demográfica hacia el envejecimiento: en 100 años la población total y la población de menores de 60 años aumentaron casi 5 veces; la de mayores de 60 creció en 7 veces y media y se estima que hacia el 2034 la cantidad de adultos mayores igualará a los menores de 15 años.⁹

En América Latina y el Caribe la población de 60 años y más está aumentando a una tasa anual de 3%, en comparación con un aumento de 1,9% para la población total. En términos absolutos, esto significa que el equilibrio neto de la población de ancianos de la región aumenta en más de 11 5000 personas cada mes.¹⁰

El proceso de envejecimiento es inexorable e irreversible. Comienza en la edad adulta, pero se hace evidente después de la sexta década de la vida, por su mayor grado de compromiso orgánico y psíquico. Afecta a todos los tejidos, órganos y sistemas, y en la medida que el individuo aumenta en edad, el compromiso es mayor y más complejo, afectando su autoestima, autovalencia, sus relaciones interpersonales y afectivas.¹

Los tejidos orales y periorales no escapan a este proceso y en ellos se observan diversos cambios: en los tejidos de revestimiento se produce un adelgazamiento, deshidratación, reducción de vascularización y cantidad de tejido adiposo de la

mucosa oral, que se traduce en una pérdida de resistencia y elasticidad; en la piel se van atrofiando las glándulas sudoríparas y sebáceas; en el tejido óseo comienzan a predominar los procesos de reabsorción por sobre los de reparación ósea, especialmente en la población femenina, lo que determina una disminución de la altura del hueso alveolar; hay cambios en la función salival tanto en cantidad como en calidad, que se pueden deber tanto a la atrofia de los acinos glandulares o a los efectos colaterales de algunos medicamentos. ¹

Específicamente, en los tejidos dentarios y paradentarios también se observan modificaciones: en el esmalte se observa un desgaste natural en las superficies de trabajo (atrición), fracturas o trizaduras, y caries; el cemento dentario aumenta su grosor, especialmente en su extremo apical; el complejo pulpodentinario presenta marcados cambios conforme aumenta la edad, entre otros, reducción del volumen de la cámara pulpar, fibrosis pulpar, mineralización de las fibras nerviosas y calcificaciones pulpares. ^{1,11}

Los adultos mayores son el grupo más dañado en su salud bucal lo que les ha dejado diferentes secuelas, como, por ejemplo: gran desdentamiento; caries, especialmente cervicales; enfermedades gingivales y periodontales; y, en algunos casos infecciones de la mucosa bucal. Además, se produce también cáncer bucal y se observan manifestaciones orales de enfermedades sistémicas. ¹¹

Tales afecciones son más frecuentes a medida que se envejece en razón de cambios en la mucosa asociados a la edad, deterioro de la competencia inmunológica, mayor frecuencia de enfermedades sistémicas y el empleo de medicamentos. ^{11,12}

Por otra parte, se plantea que en esta edad existe un predominio de los procesos inflamatorios crónicos, y, además, la arteriosclerosis y la obliteración de los capilares ocasionan la frecuente hipertensión arterial y los fenómenos de atrofia de los diferentes sistemas. Todo este episodio, sumados a estímulos externos, hábitos y estilos de vidas, factores de riesgos, determinan las alteraciones de la cavidad bucal del anciano, relacionadas con el proceso inherente al envejecimiento, relativas al

estado nutricional, secundarias a enfermedades sistémicas provocadas por medicamentos, radiaciones y por el proceso de adaptación de la estructura bucal. ^{11,12}

En el envejecimiento aparecen un grupo de lesiones en la boca que al final de su evolución se pueden transformar en una lesión maligna. Este concepto de premalignidad y estado preneoplásico tiene aún algunos elementos oscuros que no explican el porqué de que algunas lesiones se convierten en carcinomas y otras con las mismas condiciones permanecen sin sufrir variaciones, los eventos que ocurren en la población celular aún no están claros, pero en la práctica clínica diaria, hay un grupo de lesiones que pueden dar origen a una lesión maligna. ¹³

Entre las lesiones premalignas bucales más frecuentes se encuentran las leucoplasias, las eritroplasias y paladar del fumador, las cuales pueden evolucionar hacia el carcinoma epidermoide que es la neoplasia maligna de más alta incidencia. Se estima que la tasa de supervivencia por cáncer de cinco años podría duplicarse si el tratamiento se iniciara cuando las lesiones tuvieran menos de dos centímetros de diámetro de ahí la importancia del pesquiasaje mediante el examen sistemático de la cavidad bucal por el estomatólogo y el médico de la familia. ¹¹

En la actualidad las lesiones bucales precancerosas constituyen un verdadero problema en la población adulta, debido a su importante repercusión sanitaria, social y económica. Las afecciones de la mucosa bucal durante la tercera edad han sido estudiadas en todas partes del mundo, a nivel mundial se observa una tasa bruta de lesiones de 9,2 en el hombre y 3,2 en la mujer por cada 100 000 habitantes en especial en países desarrollados. En los Estados Unidos el 6% de todos los cánceres son orales y el 30% en cabeza y cuello, muchos de los cuales provienen de cavidad oral.

En los últimos años en algunos países del tercer mundo, con resultados similares, fundamentalmente en lo que respecta a un aumento de su prevalencia. En Colombia se reportan anualmente entre 100 y 120 nuevos casos de cáncer oral, el 50% en lengua. ¹¹

En Cuba varios estudiosos investigan y publican acerca del tema entre los que se encuentran De-la-Paz-Suárez TR y colaboradores donde la prevalencia de lesiones

malignas en labios, cavidad bucal y faringe representa el 4 % de todas las lesiones malignas diagnosticadas.¹⁴

En un estudio realizado por León y colaboradores en Camagüey se encontró una prevalencia de lesiones premalignas de la cavidad bucal del 1,47 %. Otra investigación realizada en el Hospital General Ciro Redondo de Artemisa sobre los factores de riesgo de lesiones y estados premalignos muestra una prevalencia del 4,8% , en nuestra provincia un estudio realizado por Alpízar y col muestra una prevalencia de 13,5 % con un predominio de los ancianos, ¹⁴

Fundamentación del estudio.

Este es uno de los problemas de salud más complicados que enfrenta la estomatología moderna, pues de esta enfermedad se ha estudiado mucho pero no se ha garantizado su erradicación. La caracterización de los adultos mayores con lesiones precancerosas bucales y los factores de riesgo asociados a las mismas permitirá disminuir su prevalencia y morbilidad, por lo que se debe continuar realizando intentos de prevenir y tratar a tiempo estas lesiones por la importancia que reviste evitar que se conviertan en cáncer bucal.

Problema Práctico.

En el consultorio #1 de Yaguaramas, se ha detectado a través de las pesquisas activas y la realización del ASS un número considerable de pacientes con lesiones premalignas asociadas a diversos factores de riesgo.

Problema de investigación.

¿Cómo contribuir a la caracterización de los pacientes geriátricos con lesiones precancerosas bucales expuestos a factores de riesgo atendidos en el consultorio #1 del Policlínico Tomás Romay Chacón del Área de salud de Yaguaramas en el periodo comprendido entre octubre del 2019 a julio del 2020?

Objetivos.

Objetivo General

- Caracterizar los pacientes geriátricos con lesiones precancerosas bucales expuestos a factores de riesgo atendidos en el consultorio # 1 del Policlínico Tomás Romay Chacón, Yaguaramas en el periodo comprendido entre octubre del 2019 a julio del 2020.

Objetivos Específicos:

1. Determinar edad, sexo y nivel educacional de los pacientes estudiados.
2. Precisar los factores de riesgo asociados con la aparición de lesiones precancerosas.
3. Identificar el tipo de lesiones y su localización según región anatómica.

Actualidad

La investigación contribuye a la prevención y diagnóstico precoz de lesiones precancerosas en la cavidad oral y dirigir las acciones básicas al control de las mismas, garantizando así la calidad de vida de la población geriátrica de nuestra comunidad permitiendo incrementar la población sana mediante acciones de promoción de salud sobre el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente en todos los niveles de atención”, disminuir la morbilidad de enfermedades bucodentales mediante acciones de prevención en todos los niveles de atención y realizar acciones de curación en todos los niveles de atención.

Novedad Científica

Estará dada por la transformación de la población en estudio respecto a la higiene bucal y estilos de vida al evitar factores de riesgo tras la aplicación de estrategias de intervención y actividades de promoción y prevención de salud.

Aporte práctico: Dar a conocer esta problemática acerca de las lesiones precancerosas y sus factores de riesgo en gerontes del Consultorio #1 a la comunidad científica de Yaguaramas ayudará a tener una percepción real del problema y trazar estrategias de trabajo para el futuro lo cual redundará en que obtengan una longevidad satisfactoria y una mejor calidad de vida.

Aporte Docente: Es un trabajo actualizado que servirá de referencia para futuras investigaciones y como material de consulta de diferentes perfiles de salud.

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento es un proceso de cambios morfológicos y funcionales generales del organismo, que tienen lugar y se reflejan en la cavidad bucal, donde el adulto mayor (AM) puede presentar múltiples enfermedades bucales como: caries dental, enfermedad periodontal, lesiones en la mucosa oral, candidiasis e inclusive cáncer oral. Es por ello que en ocasiones, las personas de edad avanzada dejan de acudir a los servicios estomatológicos, pues refieren encontrarse desdentados o sin molestias, salvo su asistencia por desajuste del aparato protésico.

La detección precoz de lesiones bucales premalignas en AM se fundamenta en la identificación temprana de ciertas alteraciones y estados precancerosos. Una lesión precancerosa es un tejido con alteraciones morfológicas y probabilidades mayores de aparición de cáncer que su homólogo normal, reduciéndose de un 10 al 20% la mortalidad a partir de su detección temprana desde los servicios estomatológicos.¹²

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población cubana contiene el Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB), el cual tiene como objetivos la disminución de la morbilidad y mortalidad por cáncer bucal. No cabe duda entonces del impacto que poseen las medidas de promoción de salud para la prevención de lesiones bucales en AM, donde su identificación efectiva depende de un adecuado examen físico y eficaz diagnóstico con basamento clínico-epidemiológico.¹²

El diagnóstico de las lesiones de los tejidos blandos y duros bucales consiste básicamente en estudios de anatomía patológica y en la observación clínica para

identificar cambios en su constitución normal. Estos cambios se deben por lo general, a agentes patogenéticos o productores de enfermedad. El estomatólogo debe reconocer y describir estos cambios y ha de disponer de una referencia con la que comparar la presunta zona enferma.⁶

Por tanto, para la detección de enfermedades bucales es vital disponer de un conocimiento exhaustivo y básico de la cavidad bucal normal y sus regiones circundantes. Además, es bastante difícil apreciar las características físicas de un tejido sin reconocer la microestructura tisular, ya que la microanatomía del tejido establece las características clínicas sobre las cuales basa el especialista su juicio.

La mayoría de las lesiones bucales se detectan en una exploración clínica rutinaria del profesional, aunque el paciente en ocasiones está consciente de su lesión y consulta por ella, pero principalmente cuando los síntomas incluyen dolor y molestia.⁶

En la detección de las lesiones premalignas y malignas bucales, el estomatólogo juega un papel fundamental, lo que lo obliga a profundizar más en las características de lo normal con lo patológico, para el bien del paciente y tranquilidad del mismo.¹²

Etiología de las lesiones premalignas

1. Factores locales

- Irritativos {
 - Tabaco.
 - Alcohol.
 - Galvanismo.
 - Radiación actínica.
- Dentales {
 - Dientes cariados.
 - Dientes filosos.
 - Dientes en mal posición.
 - Irritación de la mucosa oral.

2. Factores predisponente

- Estados carenciales.
- Disfunciones hormonales.

- Disfunciones endocrinas.
 - Historia previa de sífilis.
3. Diferencia del potencial eléctrico.
 4. Infecciones por candida albicans.

Existen diferentes factores etiológicos, que por su importancia contribuyen a la detección y control mediante medidas preventivas eficaces y a una reducción significativa de la morbilidad de estas lesiones. A continuación se describen algunos de ellos. ¹²

Factores de origen exógeno (externos):

- Tabaco.
- Alcohol.
- Radiaciones.
- Irritaciones Químicas.
- Agentes biológicos.
- Factores socioeconómicos.
- Hábitos.

Factores internos:

- Factores hereditarios: Oncogenes y antioncogenes.
- Enfermedades generales: Alteraciones hepáticas, déficit de hierro, Diabetes Mellitus, Alteraciones hormonales, Malnutrición. Infecciones sistémicas. Inmunidad. ¹³

Dentro de los factores de riesgo cabe señalar, el alcohol que produce deshidratación local de las mucosas y después de ser metabolizado, se transforma en acetaldehído lo que incrementa la activación de las nitrosaminas presentes en el humo del tabaco, lo que origina un potente efecto sinérgico entre ambos factores. El alcohol puede funcionar como alimento y producir pérdida de apetito, malnutrición y disminución de las reservas de proteínas, aminoácidos y demás nutrientes, esto induce a estados de inmunodepresión que permiten la transformación maligna de los epitelios eventualmente irritados. ¹³

En el humo del tabaco, se han encontrado unas 3500 sustancias y más de veinte son carcinógenas, entre estas últimas se encuentran los hidrocarburos aromáticos polícíclicos, las nitrosaminas, las aminas aromáticas y el óxido de etileno que actúan

sobre los tejidos bucales, causando cambios bioquímicos intracelulares. A estos agentes químicos se les suma el calor de la combustión, que es un factor físico que produce daño celular, de ahí que sea importante el modo (cigarrillos, tabacos o pipas) y la frecuencia con que se fuma. Mientras que en algunos países asiáticos el tabaquismo se combina con el hábito de mascar nuez de betel y esto incrementa el riesgo de padecer cáncer bucal.¹¹ Se ha demostrado una correlación positiva entre el consumo excesivo de alcohol y el cáncer de la boca, por eso los grandes bebedores corren un riesgo 10 veces mayor de adquirir cáncer bucal.¹³

El consumo de bebidas con altas temperaturas, como el café, el té, entre otros produce irritación crónica de la mucosa bucal y del tubo digestivo. Se ha señalado que casi todos los fumadores ingieren café y esto puede agravar la evolución de las lesiones bucales. Por otro lado, se ha reportado que las comidas calientes, picantes o muy condimentadas son relativamente irritantes en las vías digestivas. En este grupo, solo los alimentos calientes tienen marcada relación con el cáncer bucal, pues estos irritan desde un primer contacto con los tejidos bucales, sin importar el modo de masticación y la cantidad de alimentos que se ingieren.¹³

Un factor de riesgo físico muy importante en el origen del cáncer en el complejo bucal, resulta el trauma crónico que constituye la irritación traumática repetida por algún objeto duro que tritura o lacera los tejidos blandos de los órganos bucales, así se origina un daño de las células que requiere de reparación continua y a largo plazo induce a la multiplicación anormal de las mismas.¹⁴

Las prótesis desajustadas (mal confeccionadas, con reparaciones, exceso de uso o biomecánicamente alteradas), constituyen irritantes traumáticos, la presencia de dientes o restos radiculares con bordes filosos, obturaciones defectuosas, y con hábitos nocivos como el jugueteo con las prótesis, la introducción de objetos en la boca, la masticación incorrecta, el mordisqueo de los labios, los carrillos o la lengua, entre otros.¹³

Si importante la detección precoz de una neoplasia maligna de cavidad bucal, muy útil también es la posibilidad de hacer el diagnóstico de las lesiones precancerosas que tratadas oportunamente evitan su transformación maligna.

Es deber de los estomatólogos, identificarlas, prevenirlas y eliminarlas porque al yugular su proceso evolutivo, están realizando la detección o prevención de un cáncer.

Dentro de las lesiones precancerosas se encuentran la leucoplasia, la eritroplasia y el paladar del fumador invertido; lesiones precursoras del cáncer bucal. A menudo causadas por el hábito de fumar o mascar tabaco, estas condiciones benignas (al comienzo) pueden ocurrir en cualquier parte de la boca. Solo una biopsia puede determinar si existen células precancerosas (displasia) o células cancerosas en una leucoplasia o eritroplasia.

Leucoplasia. Lesión caracterizada por una mancha blanca o placa blanquecina que se desarrolla dentro de la boca o garganta, que constituye la expresión de una severa alteración local de la queratinización y que desde, el punto de vista histopatológico se caracteriza por la presencia de disqueratosis.^{13, 14}

La prevalencia de la leucoplasia bucal varía considerablemente cuando son comparados varios países, de 0,4 al 17 %. En países de Europa del Este se han reportado prevalencias elevadas, mayores del 54 %, esto se explica por las grandes diferencias en los hábitos. Ha ido siempre predominante en el hombre, excepto en regiones donde la mujer tiene el hábito o usa con mayor frecuencia el tabaco que el hombre. Se reportan relaciones de 3:1 a 6:1.¹⁵

La prevalencia aumenta con la edad, especialmente los hombres, pues es mayor el tiempo que transcurre expuesto a los agentes agresores. Las leucoplasias bucales representan el 80 % de las leucoplasias que se presentan en el tractus aerodigestivo superior. Más del 75 % de las leucoplasias bucales se encuentran distribuidas en tres sitios: borde del bermellón del labio ó línea mucocutánea, carrillo y encía.¹⁵

Clasificación Santana (1985).¹⁵

1. Leucoplasia Homogénea.
2. Leucoplasia Ulcerada.
3. Leucoplasia Maculosa, Moteada, Eritematosa o Erosiva.
4. Leucoplasia vellosa o pilosa.

Clasificación (Uppsala 1994).

1. Leucoplasia Bucal Provisional.
2. Leucoplasia Bucal Definitiva.

Clasificación internacional (OMS).

1. Asociada al tabaco (K13.21).
2. Candidiásica (B37.02).
3. Idiopática (K13.20).
4. Velloso (K13.3X).

Manifestaciones clínicas. ¹³

- Aparecen lentamente.
- Las lesiones evolucionan hasta ser engrosadas, densas puede haber fisuramiento y formación de úlceras.
- Tiene predilección por el sexo masculino.
- Incide en pacientes con hábitos tóxicos (tabaco y alcohol).
- Frecuente a partir de la cuarta y sexta década de la vida.
- Transcurren de forma asintomáticas.
- Se observa con mayor incidencia en mucosa del carrillo y la lengua.
- Bordes irregulares poco precisos o bien delimitados.
- Tamaño: menor o mayor.
- Mancha blanca, blanca grisácea, blanco amarillenta y pardo amarillento. La coloración blanquecina de estas lesiones se debe a que la queratina es una proteína muy hidrofílica (absorbe agua) y toma la coloración de todo tejido expuesto durante un tiempo en el agua.
- Consistencia blanda o indurada.
- Superficie lisa, agrietada, rugosas o rugosa, engrosada, fisuradas y papilomatosas.
- Tiende a situarse profundamente en superficies epiteliales.

Es una lesión francamente preneoplásica pero no existe un criterio uniforme en las cifras informadas acerca de su transformación maligna, estas cifras transcurren entre valores extremos que van desde el 4% hasta el 50%. Santana reporta un 7 % de transformación maligna y que un 12% de queratosis, al parecer no malignos, eran en realidad carcinomas invasores.

Localización topográfica. ¹³

Se considera de alto riesgo de transformación maligna las ubicadas en: suelo de boca, cara ventral de la lengua, paladar blando.

Lo más importante a destacar es la necesidad de realizar, a toda mancha blanquecina de la mucosa de la boca que tenga un aspecto sugerente de una queratosis, un examen histopatológico para determinar su naturaleza verdadera y tomar las medidas preventivas correspondientes ya que muchas lesiones de aspecto inofensivo es un carcinoma epidermoides que inicia su etapa invasiva a partir de una leucoplasia.

Asociada a factores de riesgo, fundamentalmente a factores irritantes, hábitos tóxicos o inadecuados, traumatismos, infecciones, agentes tóxicos, y de origen idiopático.

Factores de riesgo ^{13,14}

- Tabaco: es el factor local etiológico más importante en la instalación de las lesiones premalignas y del cáncer oral. Actúa como irritante de la mucosa oral por un mecanismo triple, químico (alquitranes y fenoles), físico (calor) y mecánico (toniático). La acción irritativa de carácter cónico posibilita la aparición primero de lesiones premaglinas: leucoplasia y eritroplasia y posteriormente un carcinoma de células escamosas.

- Alcohol: su efecto independiente es difícil de estudiar, porque las poblaciones alcohólicas son generalmente fumadoras. Algunos autores han sugeridos que el alcohol es un promotor y no un complejo carcinógeno, otros lo consideran un solvente para los carcinógenos del tabaco.

El tabaco y el alcohol tiene un efecto sinérgico, pero desempeñan un papel independiente cada uno. Actualmente se considera que tiene mucho mayor riesgo respecto al cáncer oral, el aumento del consumo de alcohol que el de cigarrillos.

- Infecciones candidiásicas: la Candida Albicans es un microorganismo habitual de la cavidad bucal, pero en ciertas circunstancias asume un papel patógeno que provoca enfermedad. Este hongo se encuentra en más de un tercio de las bocas normales, el crecimiento ocurre por el desbalance de la flora normal, ejemplo, en una enfermedad aguda debilitante, inmunosupresión, terapia antibiótica, portares de prótesis con mala higiene bucal. La forma clínica que afecta cavidad oral es la moniliasis pseudomembranosa o muget y otras formas clínicas crónicas e hiperplásicas entre las que se encuentran la candidiasis epitelial o leucoplasia candidiásica. Hay evidencia que los cambios hacia un carcinoma oral son más propensos en la leucoplasia

candidiásica que en las no candidiásicas. Es por eso que las infecciones de este tipo de microorganismo hay que tratarlas como un factor etiológico muy importante.

- Fricción cónica.
- Reacciones electrolíticas.
- Radiación ultravioleta.
- Sepsis oral.
- Cirrosis hepática.
- Riesgos industriales.

Fisiopatología.

La primera alteración es definida como una reacción suave de la mucosa en un bajo grado, apareciendo clínicamente como un área gris o blanco grisácea, pero nunca completamente blanca con un patrón lobular leve y bordes indiferenciados, los cuales están adyacentes a la mucosa bucal. Santana define esta etapa como queratosis difusa y queratosis focal considerándolas como etapas evolutivas de la leucoplasia reversible cuando se elimina el agente causal, pero que un porcentaje de ellos pueden llegar a una leucoplasia.¹³

Diagnóstico diferencial.

- Monialisis.
- Nevo blanco.
- Leucodema.
- Carcinoma in situ.
- Lique plano.
- Eritroplasia.

El tratamiento de las lesiones blanquecinas depende del aspecto clínico, la etiología y el resultado anatomopatológico. Por lo que dependiendo del resultado histopatológico se pueden realizar los siguientes tratamientos:

1. Evolutivo.
2. Quirúrgico.
3. Criocirugía.
4. Dermoabrasión.

Su pronóstico depende del tiempo de evolución y el resultado histológico. ¹⁵

Eritroplasia.

Se define como placas aisladas, bien definidas, de superficie roja y aterciopelada, que no se puede caracterizar clínica, ni hisptopatológicamente como atribuible a ningún otro estado. ^{14, 15}

Su etiología se atribuye a factores irritantes como el hábito de fumar, aunque muchos autores plantean que es desconocida.

Clasificación.

- Homogénea: aparece como una lesión de color rojo brillante, aterciopelado y suave, con bordes bien definidos, bien delineados.
- No homogénea: mezclada con leucoplasias, en la cual las áreas eritematosas son irregulares y a menudo no tienen un color rojo brillante como la homogénea, se ven con más frecuencia en lengua y suelo de boca. Lesiones rojas suaves que están ligeramente elevadas, de superficie granular o finamente nodular moteadas con placas blancas muy pequeñas, muchas veces elevadas eritroplasias moteadas ó leucoplasias moteadas.

Epidemiología.

El 14% de las eritroplasias fueron representadas por un carcinoma invasivo y el 51% por displasia.

El carcinoma epidermoide se ha diagnosticado con 91 % con componente eritroplásico y 62% componente leucoplásico.

Manifestaciones clínicas.

- Menos frecuente pero más peligrosa que la leucoplasia.
- Escasa evidencia de inducción o infiltración.
- Placa o mancha rojiza.
- Textura aterciopelada.
- Superficie bien definida.

Medios auxiliares de diagnóstico.

- Estudio citológico: para la determinación de la existencia o no de displasia epitelial y la graduación de esta.
- Estudio histopatológico: se indica biopsia, que puede ser incisional o excisional dependiente del tamaño y extensión del proceso.

- Tinción con el azul de toluidina: colorante metacromático del grupo de las tiazidas que se ha utilizado como un marcador nuclear gracias a su gran acople con el DNA de las lesiones displásicas.
- Microscopia electrónica.
- Inmunohistoquímica.
- Hiaridación in situ (HIS)
- Citogenética.
- Citometría de flujo.

Diagnóstico diferencial.

- Trauma protésico.
- Moniliasis.
- Carcinoma in situ.
- Leucoplasia.
- Lique plano.
- Hemangiomas.
- Estomatitis subprótesis.
- Estomatitis nicotínica.

Tratamiento.

- Eliminar factores imitativos locales.
- Extirpación de la lesión y lesiones focales con inclusión amplia del tejido clínicamente normal vecino en dimensión tridimensional. Evaluar la pieza en busca de márgenes displásicos.
- Vitaminoterapia A-B-C-E.
- Quimioterapia y/o Radioterapia. ¹³

Paladar de fumador.

El paladar de fumador, conocido antes como estomatitis nicotínica, es una forma especial de queratosis limitada al paladar. Se caracteriza por la formación en la mucosa del paladar de zonas blanquecinas y la presencia de puntos rojizos. ^{11, 12}

El paladar de fumador puede presentarse en todas las formas de fumar, pero es más frecuente en los fumadores de pipa. Los cambios originados en la mucosa del paladar duro que puede tomar parte del blando, se deben a la acción del tabaco, tanto por el calor causado por su combustión como por los factores químicos producidos por ésta.

En los fuertes fumadores, de edad madura, se inicia un endurecimiento del paladar que continúa con unos puntos blancos grisáceos, con una zona puntiforme central rojiza que se corresponde con la abertura de un conducto excretor de una glándula salival accesoria.¹⁶

Se describe también el paladar del fumador invertido que es una queratosis que se produce por fumar cigarrillos o tabacos con la parte encendida dentro de la boca. La causa que produce la lesión es consecuencia directa del calor producido por la combustión del cigarrillo o tabaco dentro de la boca.

Predominan en el paladar del fumador invertido la presencia de excrecencias queratósicas y nódulos blanquecinos sobre zonas eritematosas. Pueden haber áreas de queratinización difusa y ulceraciones superficiales. Hay decoloración de la mucosa del paladar, la queratinización suele afectar con menos intensidad la parte posterior de la lengua.¹⁶

Histopatología.

El aspecto es muy semejante a una leucoplasia de la mucosa bucal en etapas iniciales; hay hiperqueratosis y acantosis, las papilas epiteliales elongadas y engrosadas y los conductos excretores de las glándulas salivales menores ensanchados y a veces obstruidos. Hay un infiltrado de células inflamatorias redondas.

Tratamiento.

El paladar del fumador no tiene ni remotamente la connotación del paladar del fumador invertido, es una alteración reversible al retirar la acción del tabaco.

Se considera una lesión con alto potencial de sufrir transformación carcinomatosa.¹³

Los medios auxiliares de diagnósticos juegan un papel fundamental en la detección temprana de las lesiones precancerosas.¹⁷

El primer paso en el examen clínico consiste en la anamnesis: en la que es fundamental consignar toda la información concerniente a factores de riesgo tales como: hábitos alimenticios, ingestión de alcohol, uso de cigarrillo, marihuana u otra modalidad (intensidad y tiempo), también es importante recoger información sobre antecedentes familiares y personales: diabetes, cáncer, sífilis, papiloma virus, VIH, herpes virus, enfermedades inmunodepresivas, entre otros.

El segundo paso tiene que ver con el examen clínico, en el que es fundamental observar asimetrías o malformaciones faciales que pueden hacer sospechar sobre algún crecimiento sospechoso, igualmente cuando el paciente saca la lengua es importante observar si existe alguna desviación, lo que puede hacer pensar en un signo de tumor en la base de la lengua, que esté infiltrando los músculos o nervios glossofaríngeo o hipogloso.

El tercer paso es la palpación, la cual se considera el paso más importante, puesto que con frecuencia se presentan pequeños carcinomas infiltrantes ocultos en una lengua saburral o que no se pudieran previamente observar en piso de boca por la segregación excesiva de saliva, pero que sí se pueden detectar al palpar una induración o cambio de textura en la mucosa. Las anteriores son las razones de peso para que la palpación se haga bidigital en labios, carrillos, paladar, piso de boca y lengua; igualmente debe hacerse en cuello en búsqueda de ganglios duros o fijos, no dolorosos.¹⁸

La prevención tiene como base inducir a la población a eliminar hábitos nocivos, como son el uso del tabaco y del alcohol. Los elementos premonitorios del cáncer bucal, definidos como estado y lesiones preneoplásicas o premalignas cuando son detectados, deben yugularse como una tarea incuestionable en la evitación del desarrollo de una malignidad. Para ejecutar las medidas de prevención, en sus distintas etapas, no solo es imprescindible la preparación del estomatólogo en los aspectos clínicos –epidemiológicos del cáncer bucal a nivel de su profesionalidad sino, también, en la interiorización de los objetivos del programa y la necesidad de desarrollar métodos educativos específicos dirigidos a la comunidad, para obtener la participación activa de ésta en el enfrentamiento al problema del cáncer bucal.⁶

La población expuesta y con más intensidad, los grupos de alto riesgo debe conocer el daño producido por costumbres, hábitos y situaciones deletéreas proclives a la iniciación de una transformación maligna y ser capaces de apreciar e identificar las condiciones que pueden evolucionar hacia un cáncer. El propósito de motivar a la comunidad para que se convierta en un conglomerado consciente y presto a defender su salud, necesita de los elementos cognoscitivos que sustenten las razones de la evitación de las costumbres que inciden en los riesgos neoplásicos, y en las

características de aquellas alteraciones bucales que pueden desencadenar un cáncer bucal.¹⁵

Diversos estudios han mostrado que los principales factores de riesgo asociados al carcinoma espinocelular o de células escamosas bucal son el tabaquismo y el alcoholismo. Se ha identificado una clara relación dosis-respuesta entre el tabaco y esta enfermedad, con un incremento en el riesgo para desarrollarlas directamente proporcional a la duración e intensidad de la exposición.

El alcohol por sí mismo causa cambios neoplásicos, independientemente de los efectos carcinogénicos directos sugeridos. Otros factores de riesgo para la aparición del cáncer bucal y que son compartidos por muchos investigadores son: la edad del paciente, irritación crónica producida por dientes filosos o prótesis mal adaptadas, mala higiene bucal, avitaminosis A, C y E y los compuestos químicos empleados en algunas profesiones (níquel, textiles, ácido sulfúrico), así como las infecciones por el virus del papiloma humano, que es lo más novedoso.

La edad promedio de la mayoría de las personas que son diagnosticadas con estos tipos de cáncer es de 62 años, sin embargo, se ha reportado un reciente aumento en los casos de cáncer de cavidad bucal en los hombres menores de 50 años relacionado con infecciones a causa del virus del papiloma humano.

En Cuba se implementó desde 1984 un programa organizado de pesquiasje de cáncer bucal, precisando la necesidad de que los estomatólogos del país se incorporaran a la lucha contra el cáncer. Este programa utilizó, desde sus inicios, estomatólogos para realizar el examen bucal y propuso que todos los sujetos de 15 y más años recibieran anualmente un examen de la boca y del cuello por los estomatólogos de atención primaria en el momento que acudan a las clínicas estomatológicas.¹⁹

La cobertura completa no se ha alcanzado debido, probablemente, a que la población supuestamente sana no demanda el chequeo anual del complejo bucal, y en gran parte este pesquiasje se caracteriza por ser pasivo, aunque contempla a los pacientes que sean vistos por el estomatólogo y el médico de familia. Las actividades de promoción y prevención de salud en la Atención Primaria están destinadas principalmente a orientar el autoexamen bucal y a modificar los hábitos asociados con

el uso del tabaco y del alcohol. Se observa disminución de las tasas de leucoplasia y otras lesiones preneoplásicas en poblaciones que reducen su consumo.¹⁹

Por consiguiente, el diagnóstico precoz debe tener en cuenta que existen condiciones de premalignidad, cuyos signos clínicos y citopatológicos alertan y previenen un desenlace fatal dadas las características del cáncer en cavidad oral.

El diagnóstico de las lesiones de tejidos blandos y duros bucales consiste básicamente en estudios de anatomía patológica y en la observación clínica para identificar cambios en su constitución normal. Estos cambios se deben por lo general, a agentes patogenéticos o productores de enfermedad. El estomatólogo y médico de la familia deben reconocer y describir estos cambios y se ha disponer de una referencia con la que comparar la presunta zona enferma.¹¹

Para el estomatólogo que pretenda realizar un diagnóstico bucal clínico, este estado de referencia es el estado de salud bucal. Por tanto, para detección de enfermedades bucales es vital disponer de un conocimiento exhaustivo y básico de la cavidad bucal normal y sus regiones circundantes. Además, es bastante difícil apreciar las características físicas de un tejido sin reconocer la microestructura tisular, ya que la microanatomía del tejido establece las características clínicas sobre las cuales basa el especialista su juicio.¹⁹

La mayoría de las lesiones bucales se detectan en una exploración clínica rutinaria del estomatólogo, aunque el paciente en ocasiones está consciente de su lesión y consulta por ella, pero principalmente cuando los síntomas incluyen dolor y molestia.

En la detección de las lesiones premaligas y malignas bucales, el estomatólogo juega un papel fundamental, lo que lo obliga a profundizar más en las características de lo normal con lo patológico, para el bien del paciente y tranquilidad del mismo.¹⁹

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL CÁNCER BUCAL

La Organización Mundial de la Salud define el cáncer como un término genérico para un grupo de más de 100 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Otros términos utilizados son neoplasias y tumores malignos. Una de las características que define el cáncer es la generación rápida de células anormales que crecen más allá de sus límites normales y pueden invadir zonas adyacentes del organismo o diseminarse a otros órganos en un proceso que da lugar a la formación

de las llamadas metástasis. Para el caso concreto del cáncer que inicia y termina en la cavidad oral se denominará cáncer oral. ²⁰

Las neoplasias malignas son responsables de quinta parte de la mortalidad por todas las enfermedades crónicas en las Américas, provocando unas 459.000 defunciones. En Colombia en el 2006, el carcinoma escamocelular que es la neoplasia de mayor aparición en cavidad oral y que puede originarse como una lesión premaligna representa el 25,7% de todos los cánceres de piel según el Instituto Nacional de Cancerología. ²¹

La importancia en salud pública del diagnóstico precoz y de educación a los diferentes grupos humanos sobre los factores etiológicos se sustenta en informes mundiales y nacionales, en el que el cáncer oral es uno de los diez cánceres más frecuentes en el mundo, con tres cuartas partes de los casos en países en vía de desarrollo. En Asia, supone más del 40% de todos los cánceres, mientras que en los países industrializados representa entre el 1 y el 4% del total en varones y, aproximadamente, la mitad en las mujeres. ²²

Además, el cáncer oral es un problema de salud mundial, con incidencia y tasas de mortalidad en aumento; se calcula que alrededor de 300.000 pacientes presentan anualmente cáncer oral en todo el mundo. En los hombres, las tasas de incidencia más altas se encuentran en el Sudeste Asiático, algunas partes de Europa occidental, Europa oriental y Oceanía. En las mujeres, la incidencia es relativamente elevada en el sur de Asia. ¹⁵

Estas variaciones en la distribución regional del cáncer oral y su resultado se han documentado recientemente, estos patrones muestran claras diferencias geográficas. Así mismo, se han observado diferencias en el número de muertes relacionadas con el cáncer oral entre los países desarrollados y en desarrollo, aumentando significativamente. ²²

En los Estados Unidos el 6% de todos los cánceres son orales y el 30% en cabeza y cuello, muchos de los cuales provienen de cavidad oral. En Colombia en el Instituto Nacional de Cancerología se presentan anualmente entre 100 y 120 nuevos casos de cáncer oral, el 50% en lengua, 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres y con el 74% de los casos a grupos entre los 50 y 70 años; demostrándose como hipótesis, que los factores de riesgo más comúnmente citados como el tabaco, alcohol, genética, nutrición, virus, radiaciones y riesgos ocupacionales, tienen un efecto acumulativo en el tiempo, lo que da consistencia al hallazgo epidemiológico de mayor prevalencia en adultos mayores, que ha hecho afirmar a muchos autores que la edad es el principal factor de riesgo en el desarrollo del cáncer, y específicamente del cáncer oral.²³

El cáncer comienza cuando las células se transforman en anormales y se multiplican sin control u orden. Estas células forman un crecimiento de tejido llamado tumor. Un tumor puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso). Las células cancerosas pueden invadir el tejido cercano y a veces se diseminan a otras partes del organismo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático del cuerpo. El riesgo de producir incapacidad a los pacientes y, eventualmente, la muerte produce una gran inquietud en individuos portadores de esta enfermedad.²⁴

Los marcadores de riesgo juegan un papel importante en la caracterización epidemiológica de la población que padece cáncer bucal, Estos marcadores son estados que no pueden ser modificados mediante acciones o cambios de conducta, o sea que son aquellos atributos biológicos, sociales y ambientales que son inherentes a la vida de las personas y pueden relacionarse con la aparición de una enfermedad, sin que sean agentes causales o factores de riesgo.²⁴

Entre los factores determinantes del estado de salud se encuentra la edad avanzada siendo un marcador importante en el origen de todos los tumores que afectan al hombre, pues con el paso de los años se produce un deterioro de los tejidos y ocurre un efecto acumulativo de los carcinógenos que han estado presentes en la vida del

individuo; a esto se le suma el efecto temporal de los factores de riesgo, que es directamente proporcional al aumento de la edad. ²⁴

El cáncer bucal es más frecuente en las personas mayores de 35 años, aunque se han reportado casos en personas jóvenes donde se supone que la herencia influyó en el padecimiento. Los epidemiólogos coinciden en que su mayor incidencia es a partir de la sexta década de la vida. ¹⁶

El sexo biológico generalmente define las diferencias de género y roles de riesgo como la práctica de hábitos tóxicos, que son más comunes en el sexo masculino y por eso existe un criterio tradicional de que el cáncer bucal es más frecuente en los hombres si se comparan con las mujeres. Lo mismo sucede con el cáncer de labio que es más común en los campesinos y pescadores del sexo masculino; mientras que es muy ocasional en las mujeres trabajadoras, pues estas usan por costumbre el creyón labial que las protege de las radiaciones solares. Diferentes autores plantean que el sexo influye en la génesis del cáncer bucal, pero las tendencias actuales consideran que no existe una predisposición biológica entre ambos sexos y solo la conducta es capaz de influir en que un sexo sea más vulnerable que el otro. ¹⁶

El color de la piel ha sido un marcador de riesgo muy estudiado en las últimas décadas y, actualmente, se tiene un criterio bien definido en cuanto a su relación con el cáncer bucal. Ante el constante intercambio racial de estos tiempos, las migraciones y el mestizaje, ya no se insiste en la raza como aspecto demográfico, sino en el color de la piel. Para los tumores de la cavidad bucal y las glándulas salivales no existen elementos epidemiológicos capaces de diferenciar una mayor prevalencia de acuerdo al tipo de piel. ²⁴

Se ha demostrado que la piel blanca tiene una mayor vulnerabilidad al cáncer dermatológico y por consiguiente del labio, pues las pieles claras no contienen suficiente melanina protectora para las radiaciones solares. ¹⁷

Algunos autores plantean que es indistinta la relación entre la procedencia y el cáncer bucal, pues los individuos pueden estar sometidos a los mismos factores de riesgo a pesar de vivir en lugares diferentes, por eso insisten en que lo más importante en el origen del cáncer es el estilo de vida. Hay investigadores que resaltan la importancia de la procedencia en el origen del cáncer, pues el medio social impone diferencias en algunos patrones de comportamiento (costumbres, creencias y tradiciones), las formas de producción, las relaciones interpersonales, la cobertura de centros educacionales, el acceso a los servicios sanitarios y estomatológicos, las formas de recreación y otros aspectos que influyen en la situación de salud de la población. ¹⁷

Un método práctico de abordar la procedencia en relación con las enfermedades, es considerarla como un marcador de riesgo. Esto puede generar dudas, porque el lugar de residencia es elegible por cada individuo, pero la estructura social y ambiental no es fácilmente modificable, pues para eso se requieren de grandes esfuerzos que solo son apreciables a largo plazo.

Existen, además, diferencias contextuales que no se pueden variar como es la ubicación geográfica y los recursos naturales, mientras que otras dependen del grado de desarrollo alcanzado como el acceso a los servicios médicos, los centros educacionales, el abasto de agua y el suministro de alimentos. ¹⁷

En el origen del cáncer bucal, se han definido algunos elementos propios de cada procedencia. En el caso de las comunidades rurales, abundan las actividades laborales a cielo abierto como la agricultura, la ganadería, la pesca y otras, que exponen a las radiaciones solares y de ahí que el cáncer de labio sea el más frecuente en estas poblaciones. ²⁵

En las ciudades existen los riesgos industriales en los obreros metalúrgicos, textiles y en los trabajadores de la madera que pueden padecer de cáncer en las vías aero digestivas superiores. ^{64,65} Además en las comunidades urbanas el deterioro ambiental es mayor, lo que puede influir en la aparición de diversas enfermedades

crónicas; por otra parte, en ese medio hay ciertas profesiones más susceptibles al cáncer de labio como los constructores y los obreros comunales, que se exponen por largos períodos de tiempo a las radiaciones ultravioletas del sol. ²⁵

Las investigaciones de Oncología y Patología Bucal han demostrado que la formación del cáncer bucal es un proceso crónico y complejo, en el que actúan varios elementos de forma conjunta y posiblemente ningún agente por sí solo sea capaz de causar una neoplasia maligna, esto confirma que el cáncer bucal es una enfermedad de origen multifactorial. ²⁵

Está demostrado que existe una serie de efectos combinados en la prevención y tratamiento del cáncer, para el cual existe la suficiente evidencia científica y las recomendaciones tanto para quien va dirigido como para el profesional y el mismo sistema de salud; prueba de ello son las innumerables publicaciones que insisten en la necesidad de mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el cáncer oral desde cualquiera de estos espectros, igualmente revisiones sistemáticas que orientan la detección precoz a una serie de prácticas clínicas desde la salud pública mediante programas de cribado y de atención primaria; de manera que es fundamental que el entrenamiento y conocimiento de los profesionales de la salud oral se enfoque adecuadamente a los factores de riesgo, medidas de prevención y control y sobre todo procedimientos de detección. ¹¹

Por consiguiente, el diagnóstico precoz debe tener en cuenta que existen condiciones de premalignidad, cuyos signos clínicos y citopatológicos alertan y previenen un desenlace fatal dadas las características del cáncer en cavidad oral.

FUNDAMENTOS METODOLOGICOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal en pacientes geriátricos pertenecientes al consultorio # 1 del Policlínico Tomás Romay Chacón del Área de

salud de Yaguaramas, en el periodo de octubre del 2019 a junio del 2020.

Universo y muestra

El universo estuvo conformado por 52 pacientes adultos mayores que presentaron lesiones precancerosas en el consultorio # 1 en el período analizado.

Criterios de inclusión

✓ Pacientes de 60 años o más con lesiones precancerosas pertenecientes al consultorio # 1 del Policlínico Tomás Romay Chacón del área de salud de Yaguaramas.

Criterios de exclusión

✓ Pacientes mayores de 60 años que no dan su consentimiento para participar en el estudio.

Para el cumplimiento de los objetivos se utilizaron diferentes variables con su correspondiente operacionalización.

En la determinación de la higiene bucal se utilizó el **Índice de Higiene Bucal de Love**, el cual es un registro que se utiliza para precisar en qué porcentaje de las superficies dentales existe placa dentobacteriana (antes y después del cepillado).

La suma de las superficies dentarias teñidas, entre las superficies examinadas por 100 ofrece el índice de higiene bucal el cual se considera bueno cuando fluctúa entre 0 y 15% y deficiente cuando supera este valor.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Categoría	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	➤ 60 a 69 años ➤ 70 a 75 años ➤ Más de 75 años	Según edad en años cumplidos.	Frecuencia absoluta, porcentaje
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	➤ Masculino ➤ Femenino	Según sexo biológico.	Frecuencia absoluta, porcentaje

	a			
Nivel educativo	Cualitativa ordinal	1- Primario 2- Primaria sin terminar 3- Secundaria terminada 4- Técnico Medio 4-Pre-Universitario 5-Universitario	Grado de instrucción alcanzado por el paciente de acuerdo a los niveles de escolaridad	Frecuencia absoluta, porcentaje
Lesiones precancerosas	Cualitativa nominal politémica	➤ Leucoplasia ➤ Eritroplasia ➤ Paladar del fumador invertido	. Según características clínicas de las lesiones y diagnóstico histopatológico.	Frecuencia absoluta, porcentaje
Localización de la lesión	Cualitativa nominal politémica	➤ Lengua ➤ Labio inferior ➤ Labio superior ➤ Carrillos ➤ Paladar duro ➤ Paladar blando ➤ Encía superior ➤ Encía inferior	. Sitio o estructura anatómico del aparato estomatognático donde aparece la lesión.	Frecuencia absoluta, porcentaje

Factores de riesgo	Cualitativa nominal Polítomica	✓ Hábito de fumar ✓ Ingestión de bebidas alcohólicas ✓ Comidas calientes e hipercondimentada ✓ Prótesis mal ajustadas ✓ Higiene bucal deficiente ✓ Presencia de sepsis bucal ✓ Traumas crónicos	Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.	Frecuencia absoluta, porcentaje
--------------------	--------------------------------	---	--	---------------------------------

Técnicas y procedimientos.

Métodos

Se empleó el método universal del materialismo dialéctico. Además, se utilizaron métodos empíricos, matemáticos y estadísticos.

El método empírico que se utilizará será la Observación directa por examen estomatológico. La recogida de información se hará mediante las técnicas de Revisión documental, entrevista. Como instrumentos se utilizarán el cuestionario y la historia clínica como documento oficial

Se iniciará con la revisión de una amplia documentación relacionada con el tema a partir de textos de estudio, tesis anteriores realizadas que abordan el tema, así como la búsqueda bibliográfica en bases de datos conocidas como Pubmed, Medline y Lilac a través de Infomed (artículos a texto completo).

Los exámenes y la recolección de los datos serán registrados por el investigador. Los pacientes se citarán a la consulta de estomatología, donde se les realizará el

interrogatorio, el examen bucal, y la confección de la Historia Clínica Estomatológica Individual.

Para determinar la presencia de lesiones bucales, los pacientes se examinarán con el instrumental requerido con luz natural y artificial y estos serán remitidos al servicio de cirugía maxilofacial hospitalario donde se le realizara el diagnóstico histopatológico y se utilizara la clasificación de Santana Garay. Los resultados del seguimiento del paciente se retroalimentarán al investigar a través de Programa de detección del cáncer bucal.

El examen se realizará en la consulta de estomatología general integral presente en la unidad. Todos los datos personales y la información recogida mediante el examen bucal se registrarán en un formulario confeccionado para esta investigación y que constará con los siguientes elementos: nombre, edad, sexo, factores de riesgo, tipo de lesión bucal y localización, higiene bucal, ajuste de prótesis y presencia de sepsis bucal.

Procesamiento estadístico

Se creará una base de datos en el Sistema Microsoft Excel y se procesarán estadísticamente mediante métodos de la Estadística Descriptiva utilizando como estadígrafos la medida resumen porcentaje.

Consideraciones Éticas

Para la realización de esta investigación se tuvo en cuenta algunas consideraciones éticas como, el Aval del Director de la Institución Unidad Ejecutora Principal (Anexo 1), Aval del Consejo Científico (Anexo 2), se les solicitó previamente su consentimiento informado, al realizar el examen, necesario en la investigación; explicándosele además en qué consistió el estudio y los fines de su aplicación, a fin de obtener su autorización. (Anexo 3) Además se constató con la Historia Clínica Individual del paciente (Anexo 4) y un cuestionario de recogida de información para facilitar el vaciamiento de los datos. (Anexo 5)

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de los pacientes geriátricos según sexo y grupo de edades. Consultorio 1 del Policlínico Tomás Romay Chacón, Yaguaramas, Abreus, en el periodo del 2020 al 2021

Grupo de Edades	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No	%	No	%	No	%
60-69 años	7	13.46	17	32.69	24	46.15
70-79 años	10	19.23	12	23.08	22	42.31
80 y más años	-	-	6	11.54	6	11.54
Total	17	32.69	35	67.31	52	100

Fuente: Historia Clínica Individual

La tabla 1 muestra la distribución de la población geriátrica según sexo y grupo de edades donde predominó el sexo masculino para un 67.31% con 35 gerontes siendo el grupo de edades más representativo el de 60 a 69 años para el 32.69%. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Fermin Chusino ²³ quien reportó que la mayoría de los pacientes fueron masculinos y con el estudio realizado por De-la-Paz-Suárez TR y colaboradores ¹ de cáncer bucal en pacientes de la provincia Las Tunas, estudio de siete años y no coinciden con el estudio realizado por Toledo Cabarcos¹¹ Los autores consideran que los resultados estuvieron dados porque estos pacientes tienen menos preocupación por su estética y no se ha logrado hacer un trabajo de captación de pacientes que permita aumentar la afluencia del sexo masculino a los servicios estomatológicos.

Tabla 2. Distribución de los pacientes geriátricos según escolaridad. Consultorio 1 del Policlínico Tomás Romay Chacón, Yaguaramas, Abreus, en el periodo del 2020 al 2021

Escolaridad	No	%
Primaria sin terminar	9	17.31
Primaria terminada	11	21.15
Secundaria terminada	16	30.77
Técnico medio	10	19.23
Preuniversitario	4	7.69
Universitario	2	3.85
Total	52	100

Fuente: Historia clínica individual

En la tabla 2 se expone la distribución de los pacientes geriátricos según escolaridad, donde el nivel de escolaridad más relevante fue el de la secundaria terminada para un 30.77% seguidos por la primaria terminada para un 21.15% y técnico medio para un 19.23%. Los resultados alcanzados difieren con los obtenidos por HerreraCCoicca¹⁶ quien obtuvo que los pacientes con secundaria resultaron los más afectados con un 36.3% y coinciden con los obtenidos por Valentín González y colaboradores¹⁵. La autora considera que a pesar de las actividades de promoción y educación para la salud que se realizan los gerontes no se apropiaron de los conocimientos que se les imparten por los diferentes medios de información por no tener un elevado nivel de escolaridad alcanzado.

Tabla 3. Lesiones precancerosas según localización anatómica. Consultorio 1 del Policlínico Tomás Romay Chacón, Yaguaramas, Abreus, en el periodo del 2020 al 2021

Localización								
	Leucoplasia n=22		Eritroplasia n=20		Paladar del fumador n=10		Total n=52	
	No:	%	No:	%	No:	%	No:	%
lengua	5	27.27	3	15	-	-	8	15.38
Labio sup	2	9.09	-	-	-	-	2	3.84
Labio inf	1	4.54	-	-	-	-	1	1.92
Mucosa carrillo	9	36.36	1	10	-	-	10	19.23
Paladar duro	4	18.18	1	5	1	10	6	11.53
Paladar blando	1	4.54	-	-	-	-	1	1.92
Encia sup	3	13.63	-	-	-	-	3	5.76
Encia inf	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Historia Clínica Individual

La tabla 3 resume la distribución de las lesiones precancerosas según localización anatómica, donde la leucoplasia tuvo una mayor incidencia en la mucosa del carrillo para un 36.36%, la eritroplasia en la lengua con un 15% y por último el paladar del fumador con un 10% en el paladar duro. La región anatómica más afectada por lesiones fue la mucosa del carrillo representada por leucoplasia y eritroplasia con un 19.23%, seguido del paladar duro con un 11.53% que presentaba leucoplasia, eritroplasia y paladar del fumador. Batista ¹⁷ en su investigación obtuvo que las

mayores lesiones se localizaron en la mucosa del carrillo y en la base de la lengua, no se encontraron lesiones en el paladar blando, suelo de la boca y encías y rebordes.

Existen además gran número de estudios como el estudio de Martínez Martínez A y colaboradores¹⁸ que señala la mucosa del carrillo y el paladar duro como zonas de mayor potencial de malignización y, por tanto, de mayor incidencia de carcinoma bucal. Nuestro trabajo no coincide con el estudio de Rodríguez Fuentes M. y colaboradores¹⁹ sobre autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible que encontró como la zona más frecuente de lesiones mucosas el paladar duro teniendo en cuenta que estos pacientes no asumen estilos de vida saludables y desconocen el correcto uso y cuidado de la prótesis dental.

De igual manera consideramos que la mucosa del carrillo se relaciona con la mayor aparición de leucoplasia por su relación con factores de riesgo asociados a estilos de vida relacionados con la edad de estos pacientes como: habito de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas y comidas calientes e hipercondimentadas que afecten esta zona de la cavidad bucal.

El efecto dañino del tabaco sobre la mucosa bucal se debe a que contiene unas 300 sustancias cancerígenas que se convierten en metabolitos activos capaces de interactuar con el ADN por la acción de enzimas oxidativas, entre los que se destacan la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno.

Otras sustancias cancerígenas como el níquel y cadmio, elementos radioactivos como carbono-14 y polonio-210, incluso residuos de pesticidas se han detectado en el humo del tabaco. Además de la acción de los carcinógenos, la exposición al calor mantenido por la combustión del tabaco puede agravar las lesiones de la mucosa bucal. ²⁸

Tabla 4. Distribución de los factores de riesgo según lesiones precancerosas. Consultorio 1 del Policlínico Tomás Romay Chacón, Yaguaramas, Abreus, en el periodo del 2020 al 2021

Factores de	Lesiones precancerosas	Total n=52
-------------	------------------------	---------------

riesgo	Leucaplasia n=36		Eritroplasia n=9		Paladar del fumador n=7			
	No	%	No	%	No	%	No	%
Hábito de fumar	15	41.67	6	66.67	7	100	28	53.85
Ingestión de bebidas alcohólicas	20	55.56	5	55.56	5	71.43	30	57.69
Comidas calientes e hipercondimentadas	13	36.11	3	33.33	-	-	16	30.77
Prótesis mal ajustadas.	5	13.89	2	22.22	2	28.57	9	17.31
Higiene bucal deficiente.	3	8.33	2	22.22	1	14.29	6	11.54
Sepsis bucal	-	-	-	-	1	14.29	1	1.92
Traumas crónicos	-	-	1	11.11	-	-	1	1.92

COS.				1 1				
------	--	--	--	--------	--	--	--	--

Fuente: Historia Clínica Individual

La tabla 4 refleja la distribución de los factores de riesgo donde se destacó la ingestión de bebidas alcohólicas para un 57.69% seguidos por el hábito de fumar y las comidas calientes e hipercondimentadas para un 53.85% y 30.77% respectivamente. Los resultados difieren de los alcanzados por Batista ¹⁷ quien reportó el 28.2 % de los pacientes fueron fumadores.

Diferentes estudios han demostrado que el hábito de fumar daña las células del revestimiento de la cavidad oral y la orofaringe, causando que células anormales crezcan de forma más rápida para reparar el daño. Actúa como un irritante de la mucosa bucal por un mecanismo triple, químico (alquitranes y fenoles), físico (calor) y mecánico (toniático), posibilitando la aparición primero de lesiones premalignas y posteriormente de un carcinoma de células escamosas, coincidiendo con varios estudios realizados. ²⁶

Se debe destacar que existe coincidencia en que el total de los pacientes que ingieren bebidas alcohólicas son fumadores potenciándose así el poder cancerígeno de ambos factores, además se ha demostrado que un factor de riesgo produce un resultado, pero la combinación de dos o más factores de riesgo aumenta la probabilidad de los resultados, coincidiendo los resultados de este estudio.

El tabaquismo y el alcoholismo son principales factores de riesgo del cáncer bucal. Al menos el 75% de los enfermos que consumen tabaco y quienes fuman y beben encaran un riesgo de sufrir la enfermedad 15 veces mayor que otras personas. Los individuos que fuman más de 20 años tiene 3 veces más riesgo de desarrollar la enfermedad. En relación a la frecuencia de consumo de alcohol, se observa que los individuos que ingieren bebidas alcohólicas con alta frecuencia (beber más de dos veces por semana y para alta cantidad) tenía unas cinco veces más riesgo de desarrollar cáncer bucal. ²⁴

El estudio mostró una propensión a aumentar la presencia de leucoplasia de acuerdo con la edad. Múltiples factores tales como un probable detrimento del sistema inmune como consecuencia de la senectud y la prolongada exposición en el tiempo a factores

de riesgo deben ser considerados en los pacientes de estas edades. Actualmente se admite que el tabaco es el factor más claramente asociado con la aparición de leucoplasia, de hecho se incluye esta relación en la propia definición.

El alcohol produce deshidratación local de las mucosas, pero después de ser metabolizado se transforma en acetaldehído salival que incrementa la activación de las nitrosaminas presentes en el humo del tabaco, lo que origina un potente efecto sinérgico entre ambos factores. Al realizar de forma sostenida el hábito de alcoholismo se corre un riesgo mayor de desarrollar una leucoplasia demostrándose una correlación positiva entre el consumo excesivo de alcohol y la leucoplasia, por eso los grandes bebedores corren un riesgo 10 veces mayor de adquirir cáncer bucal.

26

Existe muchas veces presencia de candida, en especial candida albicans, en un importante número de leucoplasias y se las ha relacionado con las formas clínicas de leucoplasias no homogéneas del tipo nodular o eritroleucoplasia, así como con fenómenos de displasia epitelial y una mayor tendencia a la transformación maligna. Es difícil conocer si la candida es un factor sobreañadido o el origen principal de una determinada leucoplasia. Algunos virus, especialmente del grupo del papiloma humano (HPV), se han relacionado en la aparición de lesiones precancerosas.

Todas las leucoplasias se inician probablemente en la edad adulta de una forma anodina y en relación fundamentalmente con factores ambientales. Comienzan con máculas blanquecinas asintomáticas y si no son descubiertas en una exploración de rutina pueden pasar desapercibidas durante años. La acción continuada en el tiempo de los factores externos y las infecciones (cándida, HPV) harán que algunas leucoplasias pierdan el carácter homogéneo. Aparecerán áreas eritematosas con atrofia epitelial y fenómenos displásicos, así como nódulos, o bien crecimientos exofíticos.²⁶

Otro factor de riesgo lo constituyen las prótesis desajustadas, donde sin una adecuada retención, soporte y estabilidad, la producción de lesiones bucales premalignas es elevada. Además de los dientes filosos, quienes representan una importante causa condicionante de lesiones pre neoplásicas y neoplásicas, puesto que un traumatismo crónico repetido sobre la mucosa bucal constituye sinónimo de irritación crónica y desarrollo de lesiones.

Sí los adultos mayores son propensos a lesiones bucales premalignas, no cabe duda entonces que con la edad aumentan dichas alteraciones (leucoplasia o eritroplasia) como resultado de mayor tiempo expuesto a irritantes, constituyendo este grupo poblacional, un número importante de pacientes en consultas estomatológicas. Por lo que las acciones de salud, tanto educativa como preventiva, deben estar encaminadas en dichas personas.

Es importante destacar que este grupo poblacional poseen un alto riesgo de afección bucal, observándose con frecuencia entre la sexta y octava década de vida. En raras ocasiones se desarrolla y se hace presente en la población juvenil. Su causa es multifactorial, ya que se encuentra asociada tanto a factores intrínsecos como extrínsecos. Se hace necesario entonces que los servicios estomatológicos se encuentren adecuadamente capacitados científico y tecnológicamente para asumir las misiones de control y tratamiento de dichas lesiones en este grupo etario.

Las lesiones bucales premalignas constituyen un problema de salud para la humanidad, estimándose que se incrementará rápidamente en los próximos años, principalmente a causa del envejecimiento de la población. Se prevé que en el 2030 más de 1,6 millones de personas morirán por causa del cáncer bucal, debido a los cambios demográficos y a una mayor exposición a los factores de riesgo.²⁶

La detección oportuna de dichas lesiones por los servicios estomatológicos, no difiere sobre el sexo prevaleciente, sino en la calidad de la atención estomatológica integral que posibilite su identificación, educación sanitaria, seguimiento, tratamiento y control de factores de riesgo, reduciendo con ello la incidencia de morbilidad y mortalidad por cáncer bucal.²⁶

La autora considera ambos factores de riesgo y la sinergia del tabaco-alcohol son los factores de riesgo de mayor incidencia, además en Cuba juega un importante papel la exposición al sol de los trabajadores agrícolas, constructores y pescadores; por lo que el estomatólogo debe ser el protagonista en la educación, prevención y diagnóstico de lesiones y estados premalignos del complejo bucal en la comunidad. La mejor expresión de la educación que puede ofrecer a la población es el autoexamen del complejo bucal.

CONCLUSIONES

En la población geriátrica estudiada predominó el sexo masculino siendo el grupo de edades más representativo el de 60 a 69 años, con nivel de escolaridad de secundaria terminada. Los factores de riesgo de mayor incidencia fueron la ingestión de bebidas alcohólicas, el hábito de fumar y las comidas calientes e hipercondimentadas. La lesión precancerosa predominante fue la leucoplasia encontrándose en la mucosa del carrillo como localización anatómica representativa; además se encontró la eritroplasia en la lengua, y el paladar del fumador invertido estuvo localizado en mayor proporción en el paladar duro. Por lo que el diagnóstico precoz de las lesiones precancerosas debe estar orientado al autoexamen bucal y a modificar los hábitos asociados con el consumo del alcohol y el tabaco.

RECOMENDACIONES

- ✓ Elaborar plegables y/o poster que visualicen en el autoexamen de la cavidad bucal, que sirvan de medios de enseñanza en los consultorios estomatológico y médico.
- ✓ Publicar los resultados de la investigación en revista de impacto que contribuya generalizar la temática en el territorio.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. De-la-Paz-Suárez TR, Mendoza-Font Y, Duran-Téllez L, García-Alguacil C. Cáncer bucal en pacientes de la provincia Las Tunas, estudio de siete años. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2018 [citado 2019 Mar 25]; 43(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1375>.
2. Díaz Sánchez LS, Jiménez Castellanos MI, Páez Delgado D, Díaz Sánchez LH. Enfermedades bucales y factores de riesgo en la población geriátrica perteneciente a un consultorio médico. MEDISAN [Internet]. 2018 Mayo [citado 2019 Mar 25]; 22(5): 483-489. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500005&lng=es.
3. Maturel C. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con carcinoma epidermoide. Hospital Clínico-Quirúrgico Juan Bruno Zayas. Rev 16 de Abril. 2019; 57(1): 254-259. Fecha de acceso: 25 mar. 2019. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/687.
4. Rodríguez Fuentes M, Arpajón Peña Y, Herrera López IB. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. Rev. Haban Cienc Méd. [Internet] 2016. [citado 3 Ene 2019]; 15(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2016000100007&lng=es
- 5 .Rodas Avellaneda CP, Angarita Díaz MP, Nemocón Ramírez LF, Pinzón Castro LA, Robayo Herrera YT, Rodríguez Baquero IL, et al. Estado bucodental de adultos mayores institucionalizados mediante un programa público en Villavicencio, durante el primer semestre de 2014. Rev. Investigaciones Andinas. [Internet] 2016. [citado 3 Ene 2019]; 18(33): 1625-1646. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239053104003>

- 6 .Bayarre Veá HD, Álvarez Lauzarique ME, Díaz Marrero JC, Pérez Piñero JS, Almenares Rodríguez K, Pría Barros Md. Instrumento para la evaluación del proceso de atención al adulto mayor en el consultorio del médico y la enfermera de la familia. Revista Cubana de Medicina General Integral. [Internet] 2016. [citado 3 Ene 2019];35(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/144>.
- 7 .Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El gran cambio demográfico y el protagonismo de las personas mayores. En: Envejecimiento, Solidaridad y Protección Social. Tercera conferencia. Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica, (UNFPA), 2013: 19-32.
- 8 Corona Carpio MH, Duharte Escalante A, Navarro Nápoles J, Ramón Jiménez R, Díaz del Mazo L. Factores locales y su relación con lesiones bucales en ancianos portadores de prótesis totales. Rev. Medisan. [Internet] 2017. [citado 2 febrero 2019]; 21(4). Disponible en: <http://www.medisan.sld.co/index.php/san/article/view/1064/html>.
9. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015 [base de datos en Internet]. [citado 2 febrero 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas>.
10. Un perfil de las personas mayores en España 2016. Indicadores estadísticos básicos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en Red. Año 2016.
11. Toledo Cabarcos Y, Suárez Sori B, Mesa López A, Albornoz López C. Caracterización clínico e histopatológica de la leucoplasia bucal. AMC [Internet]. 2018 Ago [citado 2019 Mar 25] ; 22(4): 432-451. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000400432&lng=es.

12. Quintanilla Domínguez C, Toledo Reyes L, Hernández Abreu NM, Pérez Álvarez R, González González B, Hernández Pérez MA. Educational program for the prevention of oral cancer since adolescence. EDUMECENTRO [Internet]. 2019 Mar [citado 2019 Mar 25] ; 11(1): 87-104. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100087&lng=es.
1. 13. Cardoso Cabrera S. Salud bucal en el adulto mayor. Acta Médica del Centro [Internet] 2016. [citado 3 Ene 2019]; 10(4). Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu>.
14. Valentín González F, Rodríguez González GM, Conde Suárez HF, Vila Morales D. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev Med Electrón [Internet]. 2017 Abr [citado 2019 Ene 08]; 39(2): [Aprox. 13p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200010&lng=es.
15. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2 ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2010.
16. Ferrer Vilches D, Hernández Millan A, Medina Quintero D, García González O, Martínez de la Cotería R. Algunas consideraciones sobre el Programa de Detección del Cáncer Bucal, desde una perspectiva de ciencia, tecnología y sociedad. Medisur [Internet]. 2016 Ago [citado 2019 Ene 08]; 14(4): [Aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000400004&lng=es.
17. Miguel Cruz PA, Niño Peña A, Batista Marrero K, Miguel Soca PE. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Sep [citado 2019

Ene 08]; 53(3): [Aprox. 15p.]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006&lng=es)

[75072016000300006&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006&lng=es)

18. Martínez Martínez A, Carmona Lorduy M, Díaz Caballero A. Comportamiento del cáncer bucal en un hospital de Cartagena de Indias, Colombia. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Jun [citado 2018 Ene 08]; 53(2): [Aprox. 8p.]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000200005&lng=es)
[75072016000200005&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000200005&lng=es)

19. Rodríguez Fuentes M, Arpajón Peña Y, Herrera López IB, Díaz Milay J, Jiménez Quintana Z. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis parcial removible acrílica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Dic [citado 2019 Feb 12]; 53(4): [Aprox. 11p.]. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000400004&lng=es)
[75072016000400004&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000400004&lng=es)

20. Duany-Mejías T, Seijo-Vázquez M. Alcoholismo, tabaquismo y cáncer bucal. Medisur [revista en Internet]. 2014 [citado 2018 Dic 22]; 12(5):[aprox. 1 p.].

Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2837>.

21. Lima-Arrais Ribeiro I, Medeiros da Nóbrega JB, Gondim Valença AM, Dias de Castro R. Predictors for oral cancer in Brazil. Rev Odontol UNESP [Internet]. 2017 Dec [citado 2019 Jan 23]; 46(6): [Aprox. 5p.]. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772017000600325&lng=en)
[25772017000600325&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772017000600325&lng=en)

22. Durán Napolitano D, Moya Rivera P, Aubert Valderrama J, Becerra Reus A, LaraLüer A, Monsalves Villalobos MJ. Percepción de salud bucal en adultos mayores de dos comunas con desarrollos extremos en Chile. Rev. CES Odont [Internet] 2016. [citado 3 Ene 2019];29(1):5-12.
23. Mendiburu Zavala C, Rodríguez Fernández M. Estado de los tejidos dento-periodontales de los adultos mayores de una institución de Mérida, Yucatán. Rev Tamé. [Internet] 2016. [citado 3 Ene 2019];5(14):478-481.
24. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2017 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2018 [citado 2 Mar 2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>
- 25 .Sosa M, Toledo T, Barciela M de la C, García M, Rojas M, Morgado DE, et al. Programa Nacional de Atención Estomatológica a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/programa_nacional_de_atenci%C3%B3n_estomatol%C3%B3gica/programa_nacional_completo.pdf
26. Pazos Rodriguez AR, Doval Mulet ML, Rodriguez Chala HE, Lado Romero Y. Comportamiento de la salud bucal en el adulto mayor. Policlínico “Julián Grimau”, Arroyo Naranjo. 2016. Revista Cubana de Tecnología de la Salud [Internet] 2018. [citado 2019 Abr 3];9(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1058>
27. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 – 2021. [Internet] 2017. [citado 3 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos%2020162021%20Versi%C3%B3n%20Final.pdf>

27. Gorsky M, Epstein JB, Oakley C, Hay J and Stevenson-Moore P. Carcinoma of the Tongue: A case series analysis of clinical presentation, risk factors, staging, and outcome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2016; 98:546-52.
28. Maturel C. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con carcinoma epidermoide. Hospital Clínico-Quirúrgico Juan Bruno Zayas. Rev. 16 de Abril. [Internet] 2019. [citado 2020 Mar 25]; 57(1): 254-259. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/687.
29. Valentín González F, Rodríguez González GM, Conde Suárez HF, Vila Morales D. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev. Méd Electrón. [Internet] 2017. [citado 2020 Junio 29];39(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2202/3347>. Lesiones%20pre malignas.pdf
30. Díaz Pacheco C. La salud bucal en la tercera edad: un reto a la Estomatología pinareña. Rev, Ciencias Médicas. [internet] 2019. [citado 2020 Junio 29]; 19(1): 6-8. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561.
31. Sandoval I, Ibarra N, Flores G, Marinkovic K, Díaz W, Romo F. Prevalencia de Trastornos Temporomandibulares según los CDI/TTM, en un Grupo de Adultos Mayores de Santiago, Chile. [Internet] 2016. [citado 14 ene 2019] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071815000100011&script=sci_arttext.
32. Díaz Águila H. Plan de acciones para la prevención de las lesiones premalignas en la mucosa bucal de los adultos mayores. Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba. 2017. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Hector_Diaz_Aguila/publication/318381229
33. Arteaga Espinoza SX, Guillén Mendoza RV, Figueroa Suárez JA. Conocimientos sobre salud bucal en los pacientes geriátricos. Pol. Con. [Internet] 2017. [citado 3 Ene 2019]; 2(3): 136-146.

34. González Ramos RM. Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. Rev. Cubana Estomatol. [Internet] 2017. [citado 3 Ene 2019]; 54(1). Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1142/330>.
35. Domínguez Santana L, Valdés Herrera MA, Cabrera Cabrera D, Rodríguez Pérez L. Estado de salud bucal de la población geriátrica de un consultorio del Policlínico Rampa. Rev. Cien Méd La Habana. [Internet] 2016. [citado 3 Ene 2019]; 23(1). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/927/1338>
36. Gustavo Vial C, Conejero RA. Reconstrucción microquirúrgica en cirugía de cabeza y cuello. Rev Med Clin Condes. 2016 [citado 12 mar 2019]; 21(1): 26 – 30. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/>
37. INC, Colombia. Información sobre el cáncer. 2017, (consultado en mar 2019). Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/contenido/contenido.aspx?catID=434&conID=790D=790>
38. Miguel Cruz Pedro Antonio, Niño Peña Aluett, Batista Marrero Kelia, Miguel-Soca Pedro Enrique. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Sep [citado 2019 Mar 11]; 53(3): 128-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006&lng=es.
39. Llewellyn CD, Linklater K, Bell J, Jonson NW, Warnakulasuriya S. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: A case-control study. Oral Oncol. 2018; 40(3):304-13.
40. Albornoz López del Castillo Carlos, Rivero Pérez Oscar, Bastian Manso Luis. Avances en el diagnóstico de las lesiones cancerizables y malignas del complejo

bucal. AMC [revista en la Internet]. 2018 Oct [citado mar 2019 26]; 14(5):

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500019&lng=es.

ANEXOS

Anexo 1

AVAL DEL DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN

UNIDAD EJECUTORA PRINCIPAL.

El que suscribe: _____,

hago constar que estoy de acuerdo que nuestra institución participe en condición de institución ejecutora en el proyecto de investigación titulado:

_____, de

los autores: _____

Se trata de una investigación cuyos objetivos responden al Banco de problemas del centro, y principales problemas de salud del territorio, que tiene como propósito obtener resultados científicos, económicos y/o sociales:

Científicos:

_____ Social:

_____ Económic

o:

Y para que así conste firmo el presente documento conjuntamente con el jefe del proyecto a los ____ días del mes de _____ del 20____

Director de la Entidad Ejecutora

Jefe del Proyecto

Anexo 2.

AVAL DEL CONSEJO CIENTÍFICO

El Consejo Científico de _____ después de analizar, y discutir el proyecto titulado _____

_____ presentado por su autor principal _____

donde participan como otros autores, _____

_____, ha decidido aprobar el mismo en la sesión desarrollada el día ____ de ____ del año ____ quedando en acta según acuerdo No ____ por presentar rigor científico, con una metodología adecuada a los objetivos que se propone y estar en correspondencia con las líneas de investigación a desarrollar, según las necesidades de la institución.

Se avala el mismo para su participación en las:

Proyecto Institucional _____.

Proyecto TTR _____

Proyecto TTM _____

Dado en Cienfuegos a los ____ días del mes de _____ de _____,

Atentamente,

Presidente del Consejo Científico

Firma _____

Cuño

Anexo 3.

Consentimiento Informado.

Yo _____ manifiesto mi mayor
disposición para participar en la investigación
_____ bajo
el compromiso de que la información obtenida sirva para el análisis estadístico del
problema y no se divulgue en el orden personal. Y para que así conste firmo la misma.

Firma del paciente o tutor

a cargo de la investigación

Firma del estomatólogo

HISTORIA DE SALUD BUCAL INDIVIDUAL

MOD. 4702-4		HISTORIA CLINICA ESTOMATOLOGICA		FECHA	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA ESTOMATOLOGIA				No DE H. CLINICA:	
UNIDAD:		CONSULTORIO No.			
PACIENTE: 1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		NOMBRE:	
DIRECCION:					
EDAD:		SEXO: MASC. () FEM. ()		ESCOLARIDAD:	
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL					
ANTECEDENTES					
PATOLOGICOS					
(Personal - Familiar)					
Hemorragicos (asociación a Medicamentos,					
HABITOS					
Succión Lengua					
Proclati, Capfilado					
Brujismo, Tabaquismo					
Café, Alcohol y otros.					
EXAMEN BUCAL					
(Sahalar					
Afectaciones)					
EXAMEN FISICO					
General					
(Piel y Mucosas,					
Hábito Externo)					

[illegible]

Anexo 5

Nivel de conocimientos (Encuesta OMS modificada)

Datos generales

1. Edad: ____ años

2. Sexo: M ____ F ____

3. Escolaridad:

- Primaria sin terminar ____
- Primaria ____
- Secundaria ____
- Pre-Universitario o técnico ____
- Universitario ____
- No escolarizado

4. Ocupación:

- Jubilado ____
- Ama de Casa ____
- Trabajador ____
- Sí ____ No ____

5. Estado Civil.

- Casado: Si ____ No ____
- Divorciado: Si ____ No ____
- Soltero: Si ____ No ____
- Viudo: Si ____ No ____

6. Factores de Riesgo: (Anotar Código) (Igual a HCF)

Biológico: _____

Ambientales: _____

Hábitos: _____

Otros: _____

7. Estado de la Dentición:

0 – Sano _____

- 1 – Cariado _____
- 2 – Obturado con Recidiva _____
- 3 – Obturado _____

4 – Extraído por Caries _____

5 – Extraído por otra razón _____

6 – Extracción Indicada _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Sobre su conocimiento sobre salud bucal responda :

I-¿Considera UD que su Salud Bucal está relacionada con la Salud General?

Sí _____ No _____

II- Marque con una X, para qué considera importante mantener sus dientes.

1-Lucir hermoso _____

2-Estar sano _____

3-Comer bien _____

4-Evitar enfermedades _____

5-Comunicarse _____

6-Tener buen aliento _____

7- No es de importancia _____

III. ¿Mencione, cuáles son las enfermedades buco-dentales más frecuentes que Ud conoce que pueden afectar al adulto mayor? Mencione cinco de ellas.

IV- ¿Con qué frecuencia visita al estomatólogo?

a) Anualmente _____

b) Más de una vez al año _____

c) Cada dos o tres años _____

d) Cuando tengo una Urgencia _____

e) Nunca _____

V-Cuando usted fue por última vez al Estomatólogo ¿Por qué lo visitó? (No lea la lista de opciones, marque con una "X" la respuesta que dé el encuestado).

❖ Revisión -----

❖ Limpieza Dental -----

❖ Le lastimaba algo -----

❖ Tenía Dolor -----

❖ Para reparar la Prótesis -----

❖ Para hacerse una Obturación -----

- ❖ Para realizarse una Extracción -----
- ❖ Por tener mal aliento -----
- ❖ Otra. Cual: -----

(11) No Sabe -----

(12) No responde -----

VI- Si usted no ha visitado al Estomatólogo en el último año, porque no lo ha hecho.

(No lea la Lista de Opciones, marque con una “X” la respuesta que del encuestado).

- No ha sido necesario, en su opinión -----
- No tiene dientes -----
- No ha tenido dolor -----
- Ha tenido dificultad para obtener turnos -----
- No ha tenido tiempo -----
- No hay Servicio Estomatológico cerca de su casa -----
- Tiene miedo al dolor -----
- Tiene miedo al Estomatólogo -----
- Porque estoy sano -----

(10) Otra. Cual: -----

(11) No sabe -----

(12) No responde -----

VII- ¿Por qué cree usted que se le “caen” los dientes a las personas? (No lea la lista de opciones, marque con una “X” la respuesta que del encuestado).

- ❖ Porque los dientes se cariaron -----
- ❖ Porque los dientes se aflojaron y se cayeron -----
- ❖ Porque no los cuidaron bien -----
- ❖ Por no visitar al dentista -----
- ❖ Por la edad -----
- ❖ Otra. Cual: -----

(11) No sabe -----

(12) No responde -----

VIII- ¿Ud. cree que mantener una buena Higiene Bucal puede protegerle de padecer enfermedades bucales?

Si _____ No _____

IX- ¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes o prótesis?

- a) Una vez _____ b) 2 veces _____
c) 3 ó más veces _____ d) Nunca se cepilla _____

X- ¿En qué momento del día consume mayor cantidad de los alimentos azucarados?

- a) Después de las comidas _____ b) Entre comidas _____

XI- Señale con una **X** cuáles pueden ser factores de riesgo de padecer Cáncer bucal. UD conoce.

- a) Hábito de fumar _____ b) Alcoholismo. _____
c) Ingerir comidas calientes. _____ d) Prótesis mal ajustadas. _____
e) Bordes filosos de dientes. _____ f) Mala higiene bucal _____

XII- Conoce Ud. cómo se debe realizar el autoexamen bucal.

- a) Si _____ b) No _____

XIII- ¿Con qué frecuencia se debe realizar el autoexamen bucal?

- a) Cada mes _____ b) Cada 6 meses _____
c) Anual _____ d) Cada 2 años _____
e) Nunca _____

Para la evaluación de la encuesta se tendrá en cuenta esta puntuación :

Si responde de:

- 13 a 10 correctamente –Evaluación Bien “B”
-9 a 6 correctamente –Evaluación Regular “R”
-0 a 5 correctamente –Evaluación Mal “M”

Las lesiones precancerosas en la mucosa bucal predominan en las lesiones de tipo displásico, encontrándose en la mucosa del carrillo como localización representativa.

Palabras clave: lesiones precancerosas, factores de riesgo, adulto mayor.

Palabras clave: lesiones precancerosas, factores de riesgo, adulto mayor.