REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MISIÓN MEDICA CUBANA

ESTADO FALCÓN

Título: Comportamiento de lesiones pre-malignas, malignas y factores de riesgo. Consultorio Curazaito, octubre 2013 - 2014.

EN OPCIÓN AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL.

Autor: Dra. Alianys Quintana Del Junco.

Residente de 2do año en Estomatología General Integral.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA:

Facultad de Ciencias Médicas José Assef Yara.

Tutor: Dra. Odalis M. Imbert Rodríguez.

Especialista de 1er Grado en Estomatología General Integral.

Máster en Urgencias Estomatológicas.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA:

Facultad de Ciencias Médicas Juan Guiteras Gener.

Ciego de Ávila, 2015

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MISIÓN MEDICA CUBANA

ESTADO FALCÓN

Título: Comportamiento de lesiones pre-malignas, malignas y factores de riesgo. Consultorio Curazaito, octubre 2013 - 2014.

Autor: Dra. Alianys Quintana Del Junco.

Residente de 2do año en Estomatología General Integral.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA:

Facultad de Ciencias Médicas José Assef Yara.

Ciego de Ávila, 2015

DEDICATORIA

A quien me ilumina, guía y protege aun en mis momentos más difíciles.

A mis padres quienes con su sencillez y humildad abogan por que siga superándome profesionalmente y para la vida.

AGRADECIMIENTOS

Es prácticamente imposible enumerar las personas que de una manera u otra han permitido la realización de este trabajo, a todos los que lo hicieron mi sincero agradecimiento.

Mi agradecimiento especial a mis padres por haberme guiado durante toda mi vida a seguir los caminos correctos.

A mi hermana, tía Yamelys, mami Tomasa, a mi novio, y a esas personitas que adoro mis sobrinos y prima, quienes me han dado tanto cariño y apoyo a lo largo de mi carrera.

A mi profesora y amiga Dra. Sara Rodríguez Díaz a quien le debo eternamente parte de mis conocimientos.

A mis profesores los cuales hicieron posible mi trayectoria durante cinco largos años de estudio y aun lo siguen haciendo.

A mi tutora Dra. Odalis M Imbert Rodríguez.

A todos mis agradecimientos

. Alianys

RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo transversal para determinar el comportamiento de las lesiones pre-malignas, malignas y factores de riesgo en la población mayor de 15 años del consultorio Curazaito, perteneciente al ASIC Pedro De Armas, del municipio Coro, Estado Falcón, durante el período octubre 2013 - octubre 2014. Se tuvieron en cuenta criterios de inclusión y exclusión para centralizar los pacientes de esta investigación. El universo quedó conformado por 461 pacientes. Se recogieron como variables: la edad, sexo, tipo y localización de las lesiones pre-malignas, malignas y factores de riesgo. La información encontrada fue procesada mediante tabuladores electrónicos. Los resultados expresados en las tablas luego de su análisis y discusión, fueron comparados con investigaciones anteriores. Se encontró que las lesiones pre-malignas y malignas en la cavidad bucal la de mayor prevalencia fue la leucoplasia con un 11,27% sobre el resto de las lesiones. Resultó que el mayor predominio encontrado fue en el sexo masculino con un 7,37% y en los grupos de edades de 60 y más con 6,94%. Los principales factores de riesgo relacionados con las lesiones pre-malignas y malignas resultaron ser en orden de frecuencia las radiaciones solares reportando un 40,6%, seguida por el alcoholismo con 30,8% y el tabaquismo con un 29,9%. La localización más frecuente de las lesiones encontradas fue el labio inferior arrojando un 62,5% seguido de la mucosa del carrillo con un 27,7% en las pre-malignas y un 25,0% en las malignas y en suelo de boca se encontró un 12,5%.

ÍNDICE

Resumen

Introducción……1

Marco Teórico……..……..……8

Materiales y Métodos……..……...20

Resultado y Discusión…….……28

Conclusiones…….……..…43

Recomendaciones…….……44

Referencias Bibliográficas…….…….……45

Anexos

PENSAMIENTO

¨…... el sentimiento es también un elemento de la ciencia¨.

José Martí

INTRODUCCIÓN

Este estudio se realizó en la clínica de Curazaito, del ASIC Pedro De Armas municipio Coro. Con una extensión territorial de 13,5Km ^{2}, está limitado al Norte con el estacionamiento del colegio Lucas Adames, al Sur con la avenida Rusbel, al Este con la avenida Sucre, al Oeste Avenida Alí Primera. Consta con un total de población de 4825 habitantes, con predominio del sexo femenino sobre el masculino y un nivel educacional de un 65% con técnicos superiores y un 35% universitario, y gran parte de la población se encuentra en superación.

La salud bucal es un componente importante de la salud general y por lo tanto, su alteración repercute en el bienestar, funcionamiento y calidad de vida de las personas. Sin embargo, a pesar de los avances en la odontología, las enfermedades bucales continúan siendo un gran problema de salud pública a nivel mundial, tanto por su magnitud, como por el impacto que generan en la calidad de vida de las personas y comunidades.

El hombre como ser biopsicosocial se desarrolla en un medio en el que tiene lugar la vida, el trabajo y el descanso. La adaptación a este ambiente, que es la relación coherente, armónica y dialéctica ente el medio físico y el social, es tan importante para el hombre que cuando no se logra, es imposible resolver las necesidades biológicas y las motivaciones sociales, entonces el hombre puede enfermarse. Es que la ecología humana demuestra que la salud y la enfermedad no constituyen simples estados.

Los mismos factores que formatean esta adaptación pueden actuar en sentido contrario, produciendo un desequilibrio o una adaptación patológica que no es más que la enfermedad. (1)

La causa múltiple de la salud y de la enfermedad corresponde al concepto de multicausalidad de todos los fenómenos. En este sentido se distinguen tres grupos de factores interactuando entre sí, a lo que se denomina ¨Triada Ecológica¨, distribuidos de la siguiente forma: agente causal, factores del huésped y factores ambientales, todos modificados por el factor tiempo.

Los problemas buco-dentales de la humanidad se remontan a tiempos muy lejanos pudiéndose afirmar millones de años. (2)

Las enfermedades de las estructuras orales son de las más antiguas y comunes del ser humano y han sido reconocidas en casi todas las culturas como la de los babilonios, asirios, egipcios, chinos y en el antiguo Perú. Estudios paleontológicos señalan que el hombre ha estado expuesto a las enfermedades bucales desde épocas pre-históricas. Documentos históricos antiguos revelan el conocimiento de la enfermedad, así como la necesidad de su tratamiento. (3,4)

Si no conocemos cuales son los verdaderos problemas, poco podremos trabajar para eliminarlos, es importante reconocer los síntomas o efectos y que estos responden a una causa que debemos identificar, concientizar las necesidades de eliminar o cambiar y entonces actuar, muchas veces la solución está al alcance de nuestras manos. (5.6) Se dice que en Sudamérica se refleja el aumento sostenido de factores de riesgo, como son la falta de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y los escasos hábitos de higiene que presentan la gran mayoría de población. (7)

Se define como riesgo la responsabilidad de que un individuo sano, libre de enfermedad o de un evento, desarrolle una patología de un período dado o que no muera por otra causa en dicho período, de ahí que factor de riesgo sea el fenómeno, atributo, características o cierta condición biológica o social que se asocia a un incremento de la susceptibilidad a desarrollar un evento. Pueden ser, por lo tanto, causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables ante el hecho que predicen y dan paso a la aparición de enfermedades. (8)

Las lesiones malignas de la cavidad bucal frecuentemente se originan a partir de lisiones pre-cancerosas por lo que resulta imprescindible la divulgación y realización de examen estomatológico, así como el diagnostico precoz de cualquier lesión sospechosa de malignidad o en etapas precursoras. Lamentablemente se detecta en etapas avanzadas de la enfermedad, a pesar de la fácil identificación de las

lesiones pre-malignas o neoplásicas malignas incipientes, a través de la inspección de la cavidad oral. (9)

Cáncer es el término que se emplea para un grupo de enfermedades que tienen un denominador común: la transformación de la célula normal en otras que se comporta de forma muy peligrosa para el cuerpo humano. Este término quizás sea una de las palabras más utilizadas y que más asusta cuando se habla de salud u de su reverso. Histológicamente, el carcinoma de células escamosas es el tumor más común encontrado en la cavidad oral. (10)

Cada año enferman de cáncer 9 millones de personas en el medio y mueren por su causa unos 5 millones. Se estima que en la actualidad existen alrededor de 14 millones de enfermos. Con el incremento del hábito de fumar y el envejecimiento gradual de la población, se piensa que, si no se toman medidas de control, exista un incremento de su incidencia y mortalidad. (11)

La detección clínica temprana de lesiones del complejo bucal depende que el paciente sea examinado a tiempo y en la exploración la neoplasia sea certeramente diagnosticada. (12,13)

En Cuba el cáncer es la segunda causa de muerte para todos los grupos de edades, sólo superado por las enfermedades del corazón por lo que el Ministerio de Salud Publica puso en marcha desde 1983 el programa nacional de diagnóstico del cáncer bucal, oficializado en 1986 mediante resolución ministerial denominándose Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal, es único en el mundo por su cobertura nacional, fundamentado en el examen anual del complejo bucal a toda la población de 15 años o más que acuden a la consulta estomatológica (pesquizaje pasivo), o que sean vistos en pesquizaje activo por el estomatológico y el médico de la familia y su objetivo ha sido disminuir la mortalidad del cáncer de la boca. A partir de ese momento hemos contado con una metodología para tratar esta enfermedad desde etapas tempranas y simultáneamente controlar los factores etiológicos que la producen. Los pacientes sospechosos de tener una lesión pre-

neoplástica o maligna, previo llenado del modelo oficial son remitidos al servicio de Cirugía Maxilofacial, donde se le confirma el diagnóstico y su seguimiento. (6)

Si bien es cierto que este tipo de patología no tiene una cura especificada o radical, también lo es el hecho que la detección y tratamiento precoz de las lesiones cancerosas o con posibilidad de vivir algunos o tal vez muchos años junto a sus familiares y disfrutar de una buena calidad de vida. (14)

Se estima que la tasa de supervivencia de 5 años se puede duplicar si el tratamiento se inicia cuando las lesiones son menores de 2 cm de diámetro, de ahí la importancia del pesquizaje mediante el examen sistemático de la cavidad bucal. (15)

Es importante destacar la marcada variabilidad respecto a su incidencia. En Estados Unidos 3 de cada 100 padecieron neoplasias bucales, en la actualidad existe un 48% de la población padeciendo dicha enfermedad a pesar de todos los avances tecnológicos existentes en ese país, en Argentina entre 3 y 5 cada 100 personas padecieron neoplasias bucales, en estos momentos representa un 67% sobre el resto de los países de Latino América la presencia de dicha enfermedad, es válido señalar que en la India el cáncer bucal llega al 40% de los cánceres en general. (16)

En Venezuela se estima que se registran de 500 nuevos casos de cáncer bucal cada año, de los cuales mueren aproximadamente 200 personas anualmente y más de 250 pacientes no exceden los cinco años de vida. En general, los hombres son más afectados que las mujeres, aunque en algunos países, las cifras de hombres y mujeres afectados son muy similares por el consumo igualitario de tabaco entre ambos sexos. (16)

De aquí que la modificación del estilo de vida representa un elemento esencial en la prevención de esta enfermedad, se considera que el 30% de estas lesiones son prevenibles a partir del control del hábito de fumar. (17) Todo esto implica que la aparición depende mucho del estilo de vida del individuo, sin dejar de reconocer los agentes ambientales y genéticos que permite la formación del mismo. (18,19, 20)

La realización de este estudio justifica la transcendencia que tiene un diagnóstico y tratamiento precoz de las lesiones pre-malignas orales; es importante que todos los médicos sean capaces de diagnosticar aquellas lesiones que sin tratamiento pueden evolucionar a un cáncer oral, sobre todo teniendo en cuenta que este representa del 2 al 4% de todos los diagnosticados, con un incremento anual de 5000 nuevos casos, lo que repercute en el estado y calidad de vida de los individuos.

El cáncer, causa incapacidad y/o muertes en las personas, aun detectándolo en etapas tempranas y aplicando las terapias indicadas para dicha patología, no siempre se obtienen resultados positivos, por lo que se hace necesario ampliar el conocimiento sobre esta enfermedad en la población y en este caso en nuestra localidad, explicar la importancia de los factores de riesgo y que estos proporcionan en gran medida el desarrollo de la misma, por lo que debemos tomar medidas preventivas para disminuir la presencia de dichos factores y así minimizar la probabilidad de adquirir esta enfermedad.

La acción preventiva contra esta enfermedad en los consultorios Barrio Adentro se fundamenta en la educación para la salud de todo el personal que acude a nuestra consulta, sobre todo haciendo énfasis en los pacientes mayores de 15 años. Recordar que toda lesión con más de dos semanas de evolución debe ser seguida por un especialista de salud y remitida a toma de muestra histopatología para su análisis y llegar a un diagnóstico definitivo. Es mejor prevenir que curar y por eso es necesaria la aplicación del Programa de Detección del Cáncer Bucal a todo paciente, ya sea visitado en el hogar, en escuelas, en centros laborales y en operativos, así como a la totalidad de los pacientes que acuden a nuestros servicios. Nos corresponden a nosotros como especialistas de salud y con nuestra labor preventiva y curativa el detectarlas rápidamente para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz.

En nuestro consultorio no se ha realizado un estudio similar sobre este tema por lo que consideramos de gran importancia la realización del mismo y de esta forma demostrar a la población la necesidad de acudir a los servicios odontológicos que brinda la Misión Barrio Adentro.

OBJETIVOS

General: Determinar el comportamiento de lesiones pre-malignas, malignas y factores de riesgo en mayores de 15 años. Consultorio Curazaito, de Octubre -2013 - octubre-2014.

Específicos:

1. Determinar la prevalencia de las lesiones pre-malignas y malignas de la cavidad bucal en la población estudiada.

2. Identificar los principales tipos de lesiones pre-malignas y malignas en la población objeto de estudio según edad y sexo.

3. Describir cómo se comportan los factores de riesgo de las lesiones pre-malignas y malignas según sexo.

4. Precisar la localización anatómica más frecuente de las lesiones pre-malignas y malignas bucales.

Problema Científico.

Nuestro consultorio no queda exento de esta problemática y nuestra población día a día se expone a diferentes factores de riesgo que influyen en el desarrollo de estas patologías. Todo esto se corresponde con la población objeto de estudio, donde sentimos la necesidad de determinar el comportamiento de las lesiones pre-malignas, malignas y factores de riesgo en mayores de 15 años del consultorio Curazaito.

MARCO TEÓRICO

Al consultorio Curazaito acuden pacientes por presentar pequeñas lesiones en boca, ya sea cambio de coloración, ulceraciones, aumento de volumen, por lo general unido a hábitos tóxicos con el tabaco y el alcohol, lo cual constituyó una motivación para la misma.

La célula es el elemento más simple con vida propia, que forma parte los tejidos organizados. Está compuesta por una masa de protoplasma que contiene un núcleo, dentro de él está el ADN, que contiene la información que programa la vida celular. La célula se divide y al hacerlo sus estructuras se dividen en otras exactamente iguales a las anteriores, con los mismos componentes y funciones que la originaria, crecen a un ritmo limitado y permanecen dentro de sus zonas correspondientes. Estas funciones y este ritmo de crecimiento vienen determinados por el ADN. Algunas células tienen menos tiempo de vida que otras, la vida de cada grupo de células es distinta y funcionará según se lo dicte su ADN, que es distinto para cada tipo de célula. Si se produce un cambio o mutación en el ADN la célula normal pasa a convertirse en una célula cancerosa. Cuando la carga genética ha cambiado, algunas veces esas células mueren o son eliminadas en los ganglios linfáticos. Pero, otras veces, siguen con vida y se multiplican rápidamente por falta del mecanismo de control del crecimiento, perdiendo la capacidad de sus funciones normales. (21)

El cáncer oral es una proliferación anormal y descontrolada de células que provienen de la mucosa que tapiza la cavidad oral, pueden invadir tejidos y órganos próximos y distantes. Finalmente, si no son tratadas, ocasionan la muerte de los individuos en cuyo seno se desarrollan. (22)

La variedad histología del complejo bucal permite que en él se desarrollen diversos tipos de neoplasias benignas y malignas, pero se ha demostrado que más del 95% de los tumores malignos de la cavidad bucal son de origen epitelial. Esto justifica que el Carcinoma espino celular o epidermoide sea la neoplasia maligna más

frecuente en el complejo bucal y hacia sus orígenes han estado encaminado la mayoría de los análisis epidemiológicos. (23)

A pesar de años de investigación científica sobre la etiología del cáncer, aun en la actualidad, la causa no es conocida. Si bien no se conoce con exactitud el origen múltiple, se acepta la participación de una serie de factores dependientes de huésped, del ambiente y de agentes causales cancerígenos de naturaleza química, física o biológica. (1,12)

La acción de un factor de riesgo produce un resultado, pero la combinación de dos o más factores aumenta la probabilidad de los resultados. (24)

En un estudio realizado Quintana Díaz JC, sobre Factores de riesgo de lesiones pre malignas y malignas bucales se señaló que el 67,5% de la población examinada presento algún factor de riesgo de padecer estas lesiones, o sea, prácticamente 2 de cada 3 individuos examinados tenían algún riesgo. Se encontró que el sexo masculino 55,2% estuvo más afectado que el femenino 44,8%. Los hombres superaron a las mujeres sobre todo en el hábito de fumar, la ingestión de alcohol y la exposición a las radiaciones solares y las mujeres en la ingestión de comidas calientes y condimentadas. (25)

Los factores de riesgo no actúan aisladamente, si no en una interrelación, lo que con frecuencia en gran medida su nocivo efecto para la salud. La existencia de ellos no implica la presencia de la enfermedad, aunque favorece la susceptibilidad aumentando la probabilidad de la aparición de la misma. (12)

La cavidad bucal no escapa de este fenómeno, pues en ella se producen diversas lesiones por las constantes agresiones que sufre la mucosa, atribuibles al uso de sustancias o agentes físicos, químicos y biológicos que pueden inducir a cambios celulares, con transformación neoclásica o sin ésta. (10,26)

Es importante señalar que las diferentes lesiones que se presentan a nivel de la boca sean pre-cancerosas o cancerosas, tienen como denominador común diversos

factores de riesgo los cuales se clasifican según su mecanismo de acción en dos grandes grupos:

- Exógenos o extrínsecos: Actúan por las vías extra corporales, generalmente conocidas y dadas por daños físicos, químicos biológicos a nivel celular.
- Endógenos o intrínsecos: Actúan por vías intra corporales, poco esclarecidas y dadas por la base genética, cambios endocrinos y desordenes nutricionales que afectan los tejidos. (27)

Estos mismos factores de riesgo otros autores los han agrupado en biológicos y mecánicos.

En el grupo de los factores biológicos se encuentran la herencia, la raza y la sepsis bucal.

La herencia: Es un elemento de gran valor, pues implica un alto riesgo de padecer cáncer cuando haya antecedentes patológicos pre-disponentes y/o oncológicos familiares.

La raza:

Se plantea que el color de la piel predispone a la aparición de neoplasia en el labio y en la piel, mientras más sea la persona existe mayor riesgo. Ésta ha motivado a que las personas de pieles más claras suelen protegerse de las radiaciones solares por ese temor. (28)

Sin embargo, en la página electrónica Detención del cáncer oral (6), se afirma que "… el cáncer oral es más frecuente en individuos de raza negra, que en blancos".

La sepsis bucal e infecciones víricas: En un estudio realizado en dos grupos de población, el grupo con sepsis bucal tenía 4,8 veces más probabilidades de desarrollar las lesiones que el grupo control. (29)

Según menciona Sol Silverman JR, citado en el artículo Tipificación del virus del papiloma humano en neoplasias epiteliales malignas de cavidad bucal, el rol de los virus en la etiología del cáncer oral es materia de especulación desde hace largo tiempo. Continúa Silverman señalando que los virus con potencial oncogénico conocido pueden dividirse en dos grupos los herpes virus y los papilomas virus. Hasta el presente han sido identificados más de 75 tipos de herpes virus, entre ellos hay tipos que comúnmente se relacionan con lesiones benignas y otros bien reconocidos que implican un alto grado de transformación maligna. (29,30)

Dentro de los factores mecánicos están: el hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas, irradiación solar, hábitos dietéticos, los irritantes bucales traumáticos y otros más. (31,32)

Hábito de fumar. (Tabaquismo) Entre los efectos que produce en los tejidos bucales, podemos ver desde una susceptibilidad aumentada para enfermedad periodontal y retraso en la cicatrización, la pigmentación de la mucosa, hasta la aparición de procesos pre-malignos y malignos en la cavidad bucal. La nicotina afecta la circulación periférica, causando una vasoconstricción gingival importante, por lo que disminuye el aporte de elementos de reparación por parte de la sangre al tejido. (19,33)

En recientes investigaciones se demostró que el tabaco mascado y el consumo más elevado del cigarrillo, se ha asociado con frecuencia al cáncer de la cavidad oral y de faringe, y el consumo de tabaco de pipa, por su parte con una mayor frecuencia en el cáncer de labio. (34)

Ingestión de bebidas alcohólicas. (Alcoholismo)

Se plantea que el alcohol tiene la capacidad de irritar a la mucosa de actuar como

Solvente de carcinógenos. (35)

En relación con la ingestión de bebidas alcohólicas asociadas a la presencia de lesiones pre-malignas y malignas bucales en una referencia encontrada en la red electrónica, se plantea que los bebedores tienen tres veces más riesgos de contraer

daños en la cavidad bucal, asociación que ha sido confirmada por otros autores. (25)

Tabaco/Alcohol:

El consumo de tabaco y alcohol excesivo puede incrementar el riesgo de cáncer oral consumir ambos implica un riesgo mucho mayor que el consumo de cada uno en forma independiente. Al respecto, en un artículo publicado en Internet se señala que "… el consumo excesivo de tabaco y alcohol puede incrementar el riesgo, asociándose a casos de carcinomas intrabucal de células escamosas". (36)

Otra referencia de la publicación "Campaña de prevención del cáncer oral", afirma que el abuso combinado del alcohol y tabaco ejerce un efecto multiplicador de riesgo a desarrollar cáncer de cavidad oral. Las evidencias científicas confirman que este riesgo es aproximadamente 15 veces superior en el consumidor de alcohol y tabaco que el de una persona que no tiene ninguno de estos hábitos. (37)

Irradiación solar:

La exposición a la luz del sol, quemaduras y permanente exposición a todo agente climático por razones laborales y/o deportivas es considerada un factor de riesgo para el cáncer de labios. Esta exposición al sol asociada a la presencia de lesiones pre-malignas y malignas, también ha sido reportada por diversos autores como un factor de riesgo. (38)

Edad:

El cáncer oral es típicamente una enfermedad de personas de edad avanzada, usualmente debido a su mayor exposición a los factores de riesgo. La incidencia del cáncer oral se aumenta en mayor medida con la edad, alcanzando un pico en las personas de 65 a 74 años de edad. Para los afroamericanos, la incidencia llega a su punto mayor 10 años antes. La edad avanzada del paciente posibilita una exposición celular más prolongada a los distintos agentes cancerígenos y por lo tanto una mayor posibilidad de malignización. (21)

Sexo:

Tanto las lesiones pre-malignas como las malignas atacan dos veces más al hombre que a la mujer (18,34). Esta asociación ha sido estudiada por diversos autores, los que afirman que estas lesiones son significativamente más frecuentes en el masculino que en el femenino. (39)

Otros factores de riesgo:

Es válido destacar que en la actualidad se han determinado varios factores como: el estrés, las condiciones de vivienda, el nivel de escolaridad, nivel cultural y comunicaciones, constitución de la familia, entre otros, los cuales propician condiciones favorables en la aparición de la enfermedad, también se incluyen los hábitos dietéticos (las comidas calientes, picantes o muy condimentadas, déficit vitamínico).

Las comidas calientes, picantes o muy condimentadas constituyen un factor etiológico significativo en el tubo digestivo. Aunque el tiempo que actúa sobre los tejidos bucales depende del modo de masticación y la cantidad de alimentos que se ingiere, está demostrado que este tipo de dieta irritante puede alterar las células bucales y entorpecer la evolución de los estados pre-malignos hacia la cancerización.

Por su parte el consumo de café y otras bebidas estimulantes pueden favorecer la aparición del cáncer bucal. Esto depende de la concentración de la droga, la temperatura y la frecuencia con que habitualmente se bebe. (40)

Las deficiencias vitamínicas:

Las frutas y vegetales frescos son los protectores por excelencias a los tejidos de las sustancias tóxicas. Se plantea que la poca ingestión de alimentos ricos en vitaminas y minerales (vitaminas A, C, E, complejo B y minerales como el hierro) favorecen la aparición del cáncer bucal. (41)

Traumatismos reiterados de los tejidos blandos:

Los irritantes bucales traumáticos como son las prótesis desajustadas, las restauraciones defectuosas, los dientes y/o restauraciones con bordes filosos capaces de establecer las lesiones traumáticas que pueden convertirse en una neoplasia. (42)

Hay que considerar también los traumatismos reiterados, por mordisqueo o “tics” de arrancamiento de labios y carrillos, estos pueden desarrollar lesiones traumáticas que con el tiempo pueden cancerizarse. (43)

En la realización de un estudio en sujetos sometidos a contacto crónico con diesel (traga fuegos), los autores señalaron que “… el contacto directo y crónico del diesel, o los productos derivados de su combustión, en la mucosa bucal, es un importante factor de riesgo para el desarrollo de lesiones pre-malignas y malignas”. (13, 44)

Si importante es la detección precoz de una neoplasia maligna de la cavidad bucal, muy útil también es la posibilidad de hacer el diagnóstico de las lesiones pre-cancerosas que tratadas oportunamente evitan su transformación maligna. Es un deber de los estomatólogos, identificarlas, prevenirlas y eliminarlas, porque al yugular su proceso evolutivo, están realizando la detección o la prevención de cáncer. (45)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las lesiones pre-malignas como un estado o estadio anterior a la aparición del cáncer. (46, 47)

Lesión pre-cancerosa: tejido alterado morfológicamente en el cual e cáncer puede ocurrir con mucha probabilidad.

Las lesiones pre-cancerosas, que también pueden denominarse lesiones pre-neoplásicas, pre-malignas o cancerizables, aceptadas universalmente, son las tres siguientes:

1. Leucoplasia.
2. Eritroplasia.
3. Paladar del Fumador Invertido.

Leucoplasia: Lesión fundamentalmente blanca de la mucosa oral, asociada al paciente fumador, y que no puede caracterizarse con otra lesión. Evolucionan hacia el cáncer cuando no son tratadas.

La prevalencia varía considerablemente cuando son comparados varios países, 0,4 a 17%. En países de Europa del Este se han reportado prevalencias elevadas, mayores que 54%, esto se explica por las grandes diferencias en los hábitos.

Es una lesión francamente pre-noeplástica pero no existe un criterio uniforme en las cifras informadas acerca de su transformación maligna, estas cifras transcurren entre valores extremos que van desde 4 hasta 50%. Santana reporta 7% de transformación maligna y que 12% de queratosis, al parecer no malignos, eran en realidad carcinomas invasores. (48)

Clasificación según la OMS

- Homogénea: de bordes regulares, superficie lisa, blanca totalmente.
- No homogénea: Tienen mayor riesgo de transformación maligna.

Eritroplasia: Placas aisladas, bien definidas, de superficie roja y aterciopelada. En el seminario de Uppsala en 1994 la asignaron a las lesiones de la mucosa oral que presentan áreas rojas y que no pueden ser diagnosticadas como ninguna lesión definible.En la actualidad, los investigadores reconocen que la eritroplasia es una entidad clínica y una lesión de la mucosa, que histológicamente, en un alto porcentaje de los casos, evidencia cambios epiteliales que varían desde una displasia moderada hasta un carcinoma in situ e incluso un carcinoma invasor.

Estas áreas rojas son especialmente frecuentes entre los fumadores y bebedores de alcohol y además, resultan ser la forma clínica más común de presentación del cáncer oral precoz.

Hay que distinguirlas desde el punto de vista clínico e histológico de la candidiasis, tuberculosis, histoplasmosis, dermatosis e irritación por el uso de prótesis.

Paladar del Fumador Invertido: Es más específica de algunas regiones con costumbres particulares. Aunque en Cuba no es habitual fumar invertido, como es común en ciertos países de Asia, otros de las Antillas menores y de la costa Atlántica de Panamá y Colombia, se pueden encontrar algunos casos, sobre todo en los practicantes de religiones yorubas. Se produce en los casos en los que los pacientes introducen el extremo encendido del cigarro en su boca, y desarrolla una lesión fuertemente queratinizada en el paladar, produciendo lesiones similares en la parte posterior de la lengua, debido a la práctica de este hábito. (49)

Las lesiones malignas de la cavidad bucal frecuentemente se originan a partir de lesiones pre cancerosas por lo que resulta imprescindible la divulgación y realización del examen estomatológico, así como el diagnóstico precoz de cualquier lesión sospechosa de malignidad o en etapas precursoras. Lamentablemente se detecta en etapas avanzadas de la enfermedad, a pesar de la fácil identificación de las lesiones pre-malignas o neoplásicas malignas incipientes, a través de la inspección de la cavidad oral. (49, 50 - 55)

Cada año enferman de cáncer 9 millones de personas en el mundo y mueren por su causa unos 5 millones. Se estima en la actualidad que existen alrededor de 14 millones de enfermos. Con el incremento del hábito de fumar y el envejecimiento gradual de la población, se piensa que, si no se toman medidas de control, exista un incremento de su incidencia y mortalidad. (11, 51 - 56)

Acudir a servicios estomatológicos facilitará una detección temprana de cualquier anomalía en la cavidad bucal como, por ejemplo: nódulos, inflamaciones, alteraciones de las mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables.

También existen diversas formas anatomo-clínicas de presentación del Cáncer Bucal:

- Eritematosa.
- Blanquecina.
- Ulcerada (úlceras blancas o crateriformes).

- Nodular.
- Exofisticas.

Realizar un examen facial para detallar cualquier alteración de su fisonomía, es de gran importancia y se procede aplicando los métodos clínicos de inspección y palpación unilateral y bilateral.

Examen de la Cavidad Bucal.

Labios: Comenzamos la exploración del labio desde la piel hasta la mucosa, desde una u otra comisura y en altura del surco vestibular, el cual se explora conjuntamente con la encía vestibular o labial hasta la zona canina.

La palpación bimanual nos evidenciará cualquier signo de alteración de glándulas salivales accesorias, la inserción de los frenillos y la consistencia normal de la encía.

Mucosa del Carrillo: Se comienza por el lado derecho, desde la comisura hasta el espacio retro molar, el cual se explora minuciosamente, también el resto del surco vestibular y la encía.

Paladar: Se incluye en el bloque de la exploración del paladar duro, blando con la úvula y los pilares anteriores, así como la encía palatina. Debe recordarse la papila palatina, el rafe medio, las rugosidades palatinas, la desembocadura de los conductos de las glándulas mucosas accesorias y ocasionalmente el torus palatino.

Lengua Móvil: Explorar la cara dorsal, bordes y vértices de la lengua. Comprobar la movilidad lingual ordenando al paciente que proyecte la lengua y la mueva en todas direcciones.

Realizar la palpación bidigital de la cara dorsal y bordes, en busca de nódulos o induraciones, Para ello tomamos el vértice de la lengua con una gasa. En esta región pueden identificarse normalmente las papilas filiformes, fungiformes, foliáceas y valladas o caliciformes, glositis romboidal media y fisuras y surcos linguales.

Piso de la Boca: Con el auxilio de un depresor o espejo, se examina el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y la encía lingual. Para la inspección de estos sitios se le indica al paciente que trate de colocar el vértice la lengua en el paladar duro.

Para la palpación bidigital del piso de la boca se coloca el dedo índice de la mano debajo del mentón y el dedo de la otra mano palpa el piso anterior de la boca en cada lado.

Las formaciones anatómicas de estos sitios incluyen: la salida de los conductos de las glándulas salivales, sublinguales y sub-mandibulares, frenillo lingual, glándulas sublinguales prominentes, torus mandibular, línea oblicua interna y apófisis geni (línea de inserción de los músculos del suelo de la boca).

En la cara ventral de la lengua pueden encontrarse las glándulas salivales accesorias.

Base de la Lengua y Buco faringe: Se auxilia del espejo bucal o laríngeo previamente calentado por encima de la temperatura corporal, mientras tiramos con una gasa el vértice o punta de la lengua hacia adelante y hacia abajo. Con el dedo índice se palpa la base de la lengua y el resto de la bucofaríngе con un movimiento en U. Se deben identificar las siguientes estructuras: amígdalas palatinas, linguales y faríngeas, vegetaciones linfoides de las bases de la lengua y la vacécula.

Se realizará la inspección y palpación de las encías y dientes teniendo en cuenta la presencia de caries, prótesis mal ajustadas o desajustadas, dientes filosos, obturaciones desbordantes, etc.

Examen de las cadenas ganglionares: (examen del cuello).

- Cadena ganglionar sub-mandibular.
- Cadena ganglionar yugular interna.
- Cadena ganglionar espinal accesoria.
- Cadena ganglionar occipital y mastoideo.

Examen de los Grupos Ganglionares.

- Grupo ganglionar sub-mentoniano.
- Grupo ganglionar naso geniano.
- Grupo ganglionar pre-auricular.
- Grupo ganglionar retro-auricular.
- Grupo ganglionar occipital y mastoideo. (57 - 60)

Por las razones antes expuestas me he motivado a realizar este trabajo para determinar la presencia de lesiones pre-malignas y malignas de la cavidad bucal, así como su relación con los factores de riesgo más comunes asociados a estas patologías en la población mayor de 15 años, y con ello aportar elementos que ayuden a enriquecer la premisa de la salud en la prevención.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo transversal con el propósito de determinar el comportamiento de las lesiones pre-malignas y malignas de la cavidad bucal y factores de riesgo asociados a la aparición de estas lesiones, en la población mayor de 15 años del consultorio Curazaito, perteneciente al ASIC Pedro De Armas, del municipio Coro, estado Falcón, durante el período octubre 2013 - Octubre 2014.

El universo quedó conformado por pacientes dispensarizados, por presentar cualquier tipo de lesión en la cavidad bucal y factores de riesgos estos pertenecientes al consultorio antes mencionado, que representó una muestra intencional de la población mayor de 15 años, durante el período de octubre 2013 - octubre 2014. El grupo de estudio se conformó con 461 personas del área de salud de dicho consultorio que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos para la investigación.

Criterio de inclusión:

- Encontrarse dispensarizado con el Consultorio Curazaito del ASIC Pedro De Armas.
- Haber cumplido 15 años o más en el momento de la entrevista.

Criterios de exclusión:

- No aceptar participar en la investigación.
- Pacientes que presentaban alguna enfermedad mental que le impidiera la participación en la investigación.

Definiciones y Operaciones de las variables.

La prevalencia de lesiones pre-malignas y malignas de la cavidad bucal, se obtuvo a través del examen físico buco facial considerándose los siguientes criterios:

Afectado: Toda persona con alguna lesión pre-maligna o maligna de la cavidad bucal.

No afectado: Paciente al que no se le detectó la existencia en la cavidad bucal de ninguna lesión pre-maligna o maligna.

Lesión pre-maligna: Tejido de morfología alterada más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal.

Lesión maligna: Es el término y se emplea para un grupo de enfermedades que tienen un denominador común, la transformación de la célula normal en otra que se comporta de forma muy peligrosa para el cuerpo humano. (1)

Las presencias de lesiones malignas se diagnosticaron por sus características clínicas, los pacientes fueron remitidos al servicio maxilofacial en módulos populares para su tratamiento quirúrgico.

Variable: Edad

Clasificación: Cuantitativa, discreta, politómica.

Escala: Mayores de 15 años

De 15 - 18 años.

De 19 - 34 años.

De 35 - 59 años.

De 60 y más años.

Descripción: Se tuvo en cuenta la edad cumplida en años a través del interrogatorio con intervalos cerrados de acuerdo a los grupos de edades del Programa Nacional de Estomatología.

Indicador: Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%).

Variable: Sexo:

Clasificación: Cualitativa, nominal, dicotómica.

Escala: Masculino, femenino.

Descripción: Se realizó teniendo en cuenta su condición biológica de pertenencia, según sexo biológico a que pertenece:

Masculino: Según características físicas y biológicas descritas para este sexo.

Femenino: Según características físicas y biológicas descritas para este sexo.

Indicador: Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%).

Variable: Tipos de lesión pre-maligna.

Clasificación: Cualitativa, nominal, politómica.

Escala: Leucoplasia, Eritroplasia, paladar del fumador invertido.

Descripción: Se consideró la presencia de las lesiones teniendo en cuenta las características clínicas morfo patológicas que presentaron en examen bucal según los siguientes criterios:

Leucoplasia: Según la OMS la Leucoplasia es una lesión de color blanquecino que no se despega con la fricción y que no se asocia en su etiología a ningún proceso patológico conocido.

Eritroplasia: Lesión eritematosa de la mucosa de superficie lisa o algo sobre elevada, que no regresa tras el tratamiento médico, mucho menos frecuente que la Leucoplasia pero con mayor potencial maligno.

Paladar del fumador invertido: Lesión fuertemente queratinizada en el paladar, con lesiones similares en la parte posterior de la lengua, debido a la práctica de este hábito.

Variables: Lesiones malignas:

Clasificación: Cualitativa, nominal.

Escala: Carcinoma epidermoide y otros carcinomas.

Descripción: Se consideró la presencia de las lesiones teniendo en cuenta las características morfo patológicas que presentaron en examen bucal del PDCB.

Carcinoma epidermoide bucal: Puede aparecer como un cambio en el color con áreas blancas o rojas en los tejidos orales. Siendo las lesiones blancas con áreas rojas las que presentan más incidencia de cáncer que las blancas homogéneas. También puede aparecer como una protuberancia, engrosamiento, superficie áspera, costra o área pequeña erosionada; una úlcera que sangra o que no sana; dolor, sensibilidad o adormecimiento en cualquier parte de la boca o de los labios; dificultad al masticar, al tragar, al hablar o al mover la mandíbula o la lengua; cambios en la voz o cambio en la manera en que sus dientes entran en contacto.

Otros carcinomas: Según las características clínicas morfo patológicas se tuvo en cuenta otros tipos de carcinomas bucales, (Melanoma maligno y otros).

Indicador: Según frecuencia absoluta (No) y relativa (%).

Para identificar el comportamiento de algunos de los factores de riesgo que pueden incidir directamente en la aparición de las lesiones pre-malignas y malignas se tuvo en cuenta las siguientes variables:

Variables: Tabaquismo, Alcoholismo, radiaciones solares, comidas irritantes e irritantes bucales.

Clasificación: Cualitativa, Nominal Politómica.

Descripción: Se consideraron cuando de detectaron a través del interrogatorio a del examen bucal:

Tabaquismo: Se consideró como factor de riesgo la presencia del hábito de fumar cuando fumaban ≥10 cigarrillos diarios y/o más de 5 tabacos semanales.

Alcoholismo: Se consideró como factor de riesgo en aquella persona que ingiera bebidas alcohólicas más de dos veces por semana.

Radiaciones solares: Se consideró factor de riesgo cuando el individuo se expone al sol más de tres veces por semana fundamentalmente en los horarios de 11:00 am a 1:00 pm y de 2:00 pm a 4:00 pm.

Comidas Irritantes: Se consideró factor de riesgo cuando al menos cumplía con uno de los siguientes requisitos:

- Calientes: Cuando la costumbre familiar o personal de ingerir alimentos sea a una temperatura muy elevada (superior a 36º).
- Picantes: Cuando por costumbre se le adicionó con frecuencia picantes a los alimentos.
- Muy condimentadas: Cuando por costumbre ingirió alimentos con exceso de estos condimentos.

Irritantes bucales: Se consideró factor de riesgo la presencia al examen bucal o al interrogatorio de cualquier agente lacerante de la mucosa, fricción crónica.

- Agentes lacerantes: Prótesis desajustada, obturaciones caídas o defectuosas, bordes filosos, entre otros.
- Fricción crónica: Hábitos traumáticos como: queilofagia, morder la lengua, carrillo, hábitos ocupacionales.

Variable: Localización anatómica de las lesiones bucales.

Clasificación: Cualitativa, Nominal Politómica.

Escala: Labio superior o inferior: Se extiende desde la piel hasta la mucosa y de una comisura a otra, por la parte externa y hasta el nivel de la encía vestibular de canino a canino en la parte interna.

Mucosa de carrillo: Abarca en ambos lados desde la comisura hasta el espacio retro molar incluyendo el surco vestibular y la encía.

Encía: Todo tejido que se extiende en la cavidad bucal rodeando los dientes brindándole protección e inserción, se divide en encía marginal, papilar e inter dentaria.

Lengua: Músculos que realiza movimientos en todas direcciones y consta de una cara dorsal y una ventral.

Suelo de boca: Tejido de soporte inferior de la cavidad bucal, donde se encuentran diferentes conductos accesorios de glándulas salivales y apoyo de la parte ventral de la lengua.

Paladar: Incluye paladar duro y blando, se extiende hasta la úvula y los pilares anteriores.

Descripción: Se determinó mediante el examen bucal teniendo en cuenta el lugar exacto afectado o que abarcó la o las lesiones y su ubicación en las siguientes zonas anatómica:

Labio superior y labio inferior, mucosa del carrillo, encías, lengua, suelo de la boca y paladar.

Indicador: según frecuencia absoluta (No) y relativa (%)

Técnicas de recolección de información.

Para búsqueda de la información se llevó a cabo una amplia revisión documental y bibliográfica en diferentes unidades: Biblioteca provincial, Biblioteca de Facultad de Ciencias Médicas de la Provincia Ciego de Ávila, además de otros documentos buscados en internet. Documentos archivados de la Universidad de La Habana. Los

métodos teóricos utilizados fueron histórico-lógico y de análisis-síntesis y como método empírico la observación científica.

La información primaria se recogió a través de un formulario diseñado al efecto y validado antes de ser aplicado, el cual contenía las variables objeto de estudio (Anexo II) donde se recogieron los datos generales del paciente, así como del examen físico bucal, hábitos. Para la confección del mismo fue elaborado además un instructivo para su correcto llenado (Anexo III).

Para evitar riesgos de observación, la recogida de los datos y exámenes clínico fueron realizados exclusivamente por el autor bajo asesoramiento directo por parte del tutor durante el tiempo que duró la investigación.

La metodología que se siguió para el examen fue la planteada por el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB), la cual se les realizó a los pacientes en el sillón dental perteneciente a la consulta de atención primaria, con luz artificial empleando para ello un espejo plano, gasa, dedo de guante, lamparilla de alcohol y un lapicero linterna. (33)

Bioética:

Este trabajo se llevó a cabo teniendo en cuenta las consideraciones éticas relacionadas con los principios éticos de autonomía, beneficencia y justicia. Antes de incluir a cada paciente en el estudio, se les explicó detalladamente los objetivos de la investigación, así como la importancia de realizar la misma, solicitando de ellos su autorización, se les explicó la garantía de confiabilidad de la información emitida y que la misma solo será utilizadas con fines investigativos. La aceptación a participar se hizo dando lectura al anexo 1, el cual firmó si así lo deseaba.

Procesamiento de la información y análisis estadístico.

La información que se obtuvo se procesó en una computadora Intel Dual Core mediante el tabulador electrónico de Microsoft Excel del paquete Office 2007. Se

utilizaron medidas resumen para datos cualitativos y cuantitativos, según frecuencia absoluta (No) y relativa (%), que nos permitió analizar toda la información para cada variable objeto de estudio.

Los resultados se presentaron en cuadros estadísticos, se analizaron y discutieron de acuerdo a los valores obtenidos, comparándolos con los logrados por otros autores en investigaciones precedentes. Para la presentación de los resultados se confeccionó un informe final utilizando el procesador para textos de Microsoft Word 2007. La inferencia de los resultados obtenidos se extendió solamente al universo estudiado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cuadro 1: Prevalencia de las lesiones pre-malignas y malignas bucales en la población estudiada en el consultorio Curazaito, octubre 2013 - octubre 2014.

_Lesión	Nº de pacientes	%
Pre-maligna	65	14, 1
Maligna	8	1, 7
Sin lesiones	388	84, 2
Total	461	100, 0

Fuente: Encuesta.

Se analizó la prevalencia de las lesiones pre-malignas y malignas bucales en la población estudiada, en esta tabla se observó que, de los 461 pacientes, las

lesiones pre-malignas se presentaron en el 14,1% de los encuestados, mientras que las lesiones malignas representaron el 1,7%, los restantes, correspondientes al 84,2% no presentaron estas lesiones.

La prevalencia de las lesiones pre-malignas a nivel mundial ha sido estudiada por varios autores. Citaremos el caso de Mora Alpízar MC (49), los que señalaron que la prevalencia de lesiones pre-malignas y malignas en sus estudios fue del 13,5%. La autora de este estudio encontró que los resultados de su investigación coinciden con los resultados por ellos obtenidos.

En cambio, el estudio realizado por León Martínez E (11), refleja una prevalencia del 50% de lesiones pre-malignas. Comparando resultados podemos decir que esta última fue muy superior a la prevalencia de este estudio.

En el caso de las lesiones malignas tenemos referencia del estudio realizado por Muñoz Chávez E. (21), como resultado de su investigación señala que el carcinoma de células escamosas bucales se presenta en el 2,6% de todos los nuevos casos de cáncer anuales. Cifras con las que coincide este estudio, a los que se agrega las cifras obtenidas en los Estados Unidos 3 de cada 100 y en Argentina entre 3 y 5 de cada 100 personas padecieron neoplasias bucales, tomadas de la monografía en Internet “Cáncer Oral” de Jiménez Aguirre Claudia (30). En esta misma cita se menciona una alta prevalencia de cáncer bucal en la india, que reporta el 40% de los cánceres, considerando que esta alta prevalencia pudo ser causada por los hábitos alimentarios de masticar Nuez de Betel y otros agresores locales, alimento que predisponen a la mucosa oral para el desarrollo de lesiones que pueden potencialmente transformarse en cáncer.

Esta diferencia de resultados parece indicar que las lesiones pre-malignas y malignas tienen una prevalencia muy distinta de un país a otro. Que esto pueda ser producto de las condiciones de vida y la actuación de los factores de riesgo a los que se exponen por largo período de tiempo, que en gran medida determinan la ocurrencia de estas enfermedades.

La autora de este trabajo infirió mediante los resultados obtenidos, que las lesiones pre-malignas se presentaron en mayor porcentaje sobre las malignas, esto podría ser por un diagnóstico oportuno en etapas tempranas de la lesión.

Cuadro 2: Prevalencia de los estados o lesiones pre-malignas y malignas según tipos de lesión en el consultorio Curazaito, octubre 2013 - octubre 2014.

Tipo de lesión	No. de lesiones	%
Leucoplasia	52	11,27
Eritroplasia	13	2,81
Paladar de Fumador Invertido	0	0
Carcinoma epidermoide	8	1,73
Total	73	15,83

Fuente: Encuesta.

Se estudió la prevalencia de las lesiones pre-malignas y malignas según tipos de lesión. Resultó que la mayor frecuencia se correspondió con la Leucoplasia con el 11,27% y en menor frecuencia el Carcinoma epidermoide con el 1,73%. No se reportaron pacientes con la lesión del Paladar del fumador invertido.

En la bibliografía consultada se encontró que Aguas H (34), señalaron que la prevalencia de la Leucoplasia bucal una en la población oscina entre el 1% al 4%. En el mismo artículo se menciona a Waldrom, que en su población de 8.554 individuos el 4% presenta la enfermedad y a Metha en su estudio sobre una población de 4734 habitantes obtuvo una frecuencia del 3,48%.

En otro artículo sobre “Métodos de diagnóstico en lesiones pre-malignas”, realizado por Huitron Flores Y Osnaya García AA (31), estos dos investigadores consideraron como lesiones pre-malignas más comunes en cavidad oral a la Leucoplasia, Eritroplasia.

También Mora Alpizar MC (49), en un pesquizaje del cáncer bucal en una población de 81 pacientes de un área de salud rural, expresa que la lesión pre-maligna más frecuente es la Leucoplasia.

En la monografía “Lesiones pre-malignas de la mucosa oral” (39), de muy reciente publicación, se afirma que “…la prevalencia de la Leucoplasia varía entre 1,5 al 12% y es más frecuente en varones y en la raza caucásica, señalando además que la prevalencia aumenta con la edad”. Nuestros resultados coinciden con los obtenidos por otros autores.

Las cifras más elevadas las encontramos a través de León Martínez E (11), según este autor el 50% de los encuestados presentan lesiones pre-malignas, con una prevalencia para las Leucoplasias del 25%.

En la monografía antes citada (38), también se señala que otra de las lesiones como es el caso de la Eritroplasia generalmente se presenta en el 0,1% de los casos. La cifra de prevalencia obtenida en nuestro estudio se encuentra por encima de estos rangos. LárezAndressen LA (47), identifica en su investigación a las lesiones de Eritroplasia con el 9,09% de los casos y señala que estas se localizan en la lengua.

Las cifras más elevadas reportadas en la literatura revisada de la Eritroplasia se encuentran en la cita de León Martínez E (11), que reportaron una prevalencia del 12,5%.

Como se puede apreciar los resultados obtenidos en este trabajo con relación a la presencia de las lesiones pre-malignas en relación a la frecuencia de las Leucoplasias se corresponden en la mayoría de los autores antes mencionados. Las Eritroplasia arrojaron cifras mucho más bajas que las encontradas en otras investigaciones.

En un pesquizaje de lesiones pre-malignas y malignas en la cavidad bucal realizado por León Martínez (11), en una población de 544 sujetos de un consultorio urbano en Camagüey, encuentra que la lesión maligna detectada con más frecuencia es el Carcinoma epidermoide del labio inferior.

Muñoz Chávez E (21), autor de la publicación “Cáncer Oral” a través de Internet, señala que el Carcinoma de células escamosas en lesiones epiteliales blancas inespecíficas, encontradas en la cavidad bucal es aproximadamente del 10%. Señala además que un 2,6% de todos los nuevos casos de cáncer anuales son Carcinoma de células escamosas bucales. Comenta que esto puede ser debido a la variedad histología del complejo bucal que permite el desarrollo de diversos tipos de neoplasias benignas y malignas, pero se ha demostrado que más del 95% de los tumores malignos de la cavidad bucal son de origen epitelial.

Se señala que en los Estados Unidos 3 de cada 100 personas padecen neoplasias bucales. En Argentina entre 3 y 5 de cada 100 personas. En la India, una cifra muy elevada de cáncer bucal que llega al 40% de los cánceres en general, comentando que esto es debido a la costumbre de masticar Nuez de Betel y otros agresores locales, alimentos que predisponen a la mucosa oral para el desarrollo de lesiones que puedan potencialmente transformarse en cáncer.

Como se puede observar las cifras de la prevalencia de cáncer bucal en este estudio se encuentran por debajo de las encontradas en otros países. La autora consideró que esto se debe a que se está poniendo en práctica en este país los programas de los servicios de salud pública que tenemos en Cuba, dando la facilidad a cada paciente de asistir a nuestros consultorios, brindando una atención gratuita y posibilitándole el acceso a todas nuestras instituciones a todos por igual.

Cuadro 3: Distribución de los tipos de estados o lesiones pre-malignas y malignas según sexo en el consultorio Curazaito, octubre 2013 - octubre 2014.

Tipo de lesión	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leucoplasia	18	3,9	34	7,37	52	11,27
Eritroplasia	9	1,95	4	0,86	13	2,81
Carcinoma epidermoide	3	0,6	5	1,1	8	1,7
Total	30	6,5	43	9,32	73	15,83

Fuente: Encuesta.

Se analizó la distribución de los tipos de lesiones pre-malignas y malignas según sexo. En este cuadro se presentaron en total 73 lesiones, en general 9,32% se agruparon en el sexo masculino y los restantes 6,5% en el femenino.

Las lesiones de Leucoplasia fueron más comunes en el sexo masculino con el 7,37%, mientras que en el femenino un 3,9%. De los 13 pacientes que presentaron Eritroplasia el sexo femenino fue más afectado con el 1,95%, mientras que en el masculino se reportaron valores del 0,86%.

El Carcinoma epidermoide bucal afectó más al sexo masculino con el 1,1% mientras que en el femenino la prevalencia fue de 0,6%.

León Martínez E (11), también señala que las Leucoplasias presentan mayor número de afectados en el sexo masculino en una proporción de 2:1. En la monografía “Lesiones pre-malignas de la mucosa oral” también se hace referencia a una prevalencia de las Leucoplasias más frecuentes en varones y en la raza caucásica.

Gran parte de los resultados obtenidos en esta investigación tienen correspondencia con los de la literatura revisada, como es el caso de la Leucoplasia, señalada con mayor frecuencia en el sexo masculino y la Eritroplasia que en las referencias se sitúa con mayor frecuencia en el femenino.

Las evidencias señalan que los carcinomas bucales son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, todo parece indicar que dentro de los factores de riesgo de importancia se encuentran el alcoholismo, tabaquismo y exposiciones frecuentes a radiaciones salares, factores estos que de todos es conocido son actividades practicadas con mayor frecuencia en éste género.

La autora de este trabajo describió que los resultados obtenidos demuestran que la Leucoplasia es la lesión de mayor prevalencia sobre las otras encontradas en el sexo masculino, ya que se muestra una menor preocupación sobre la detección de cualquier anomalía bucal con respecto al femenino.

Cuadro 4. Distribución de las lesiones pre-malignas y malignas según grupos de edades en el consultorio Curazaito, octubre 2013 - octubre 2014.

Tipo de lesión	15 – 18		19 – 34		35 – 59		60 y más		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leucoplasia	-	-	8	1,73	12	2,6	32	6,94	52	11,27
Eritroplasia	-	-	-	-	9	1,95	4	0,86	13	2,81
Carcinoma epidermoide	-	-	-	-	8	1,73	-	-	8	1,73
Total	**-**	-	8	1,73	27	5,85	36	7,8	73	15,83

Fuente: Encuesta.

Se analizó la distribución de los tipos de las lesiones pre-malignas y malignas según grupos de edades. Aquí en este cuadro se observó que la Leucoplasia fue la lesión más frecuente, también el número de pacientes con lesiones aumentaron a medida que avanzaba la edad, siendo el grupo de 60 y más años el de mayor prevalencia con el 6,94%.

La Eritroplasia se presentó con mayor frecuencia en el grupo de 35 - 59 y el de 60 y más años con el 1,95% y 0,86% respectivamente. En los pacientes más jóvenes de 15 a 18 años y en el de 19 a 34 años no se observaron lesiones.

El Carcinoma epidermoide se diagnosticó en el 1,73% de todos los pacientes dispensarizados, todos ellos dentro del grupo de 35 a 59 años de edad. Debemos señalar que no se observaron lesiones malignas de otros tipos de carcinoma bucal.

En la monografía “Lesiones pre-malignas de la mucosa oral” (38), de muy reciente publicación, refiriéndose a los pacientes con Leucoplasia se afirma también que “…la prevalencia aumenta con la edad”.
León Martínez E (11), con relación a los casos que presentan las lesiones con Leucoplasia afirma que hay un predominio en el grupo de edades de 65 años.

En la publicación de la página electrónica “Campaña de prevención del cáncer oral” (22), se afirma que aproximadamente el 90% de los cánceres orales se diagnostican en personas mayores de 40 años de edad, y más del 50% en individuos de más de 65 años. También Muñoz Chávez E. (21), en sus resultados señala que la inmensa mayoría de los cánceres de cabeza y cuello, incluyendo el cáncer bucal, se presentan en pacientes mayores de 50 años de edad.

Con relación a la asociación de la edad con las lesiones pre-malignas las evidencias de las investigaciones mostradas por varios autores (12,15), afirman que las lesiones pre-malignas aumentan su incidencia con la edad, al igual que también va en ascenso el riesgo de cáncer bucal.

Agua H y LanfranchiTizeira E (34), nombrando a Silverman JS y Gorsky M hace referencia que la edad avanzada del paciente posibilita una exposición celular más prolongada a los distintos agentes cancerígenos y por lo tanto una mayor posibilidad de malignización. Este planteamiento parece explicar las razones que condicionan los resultados obtenidos en la mayoría de estas investigaciones en los que la edad es un factor importante para el desarrollo de estas lesiones y su posibilidad de malignización.

El estudio realizado por la autora determinó que la edad es un factor fundamental predisponente a padecer diferentes tipos de lesiones pre-malignas y malignas en la cavidad bucal, ya que existe mayor posibilidad a exponerse a diferentes agentes, que favorecen la aparición de la enfermedad, no obstante, en el grupo de 60 y más

años no se detectó lesión maligna y la autora asume que esto ha sido posible gracias a los servicios que estamos brindado.

Cuadro 5: Distribución de factores de riesgo de los estados o lesiones pre-malignas o malignas bucales más frecuentes según sexo en el consultorio Curazaito, octubre 2013 - octubre 2014.

Factores de riesgo	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tabaquismo	60	13,0	78	16,9	138	29,9
Alcoholismo	22	4,8	120	26,0	142	30,8
Radiaciones solares	80	17,4	107	23,2	187	40,6
Alimentos irritantes	34	7,4	70	15,1	104	22,5
Irritantes bucales	14	3,0	34	7,4	48	10,4

Fuente: Encuesta.

Se analizó la distribución de los factores de riesgos de las lesiones pre-malignas o malignas bucales más frecuentes según sexo. Como resultados de este análisis se observó que del total de 461 pacientes analizados se encontró como porciento más elevados las radiaciones solares 40,6% seguido del alcoholismo 30,8% y el hábito de fumar 29,9% con un predominio de porciento más elevado de los resultados en el sexo masculino sobre el femenino.

El hábito de ingestión de alimentos irritantes ocupó el 22,5%, cifra inferior a la encontrada por León Martínez E (11), que al analizar los hábitos dietéticos demostró que el 62,5%, acostumbraban a ingerir comidas calientes e hipercondimentadas.

La menor frecuencia se observó en los irritantes bucales con el 10,4%. Dentro de los irritantes bucales tenemos estudios que reportan el uso de las prótesis dentales desajustadas como un factor de riesgo importante en el desarrollo de estas lesiones. Algunos investigadores (12, 25, 51), infieren que el uso prótesis dental se observa hasta un 35,2% y que representa para el individuo 12 veces más riesgo de presentar lesiones.

En un estudio realizado por Quintana Díaz JC (25), sobre “Factores de riesgo de lesiones pre-malignas y malignas bucales” se señala que el 67,5% de la población examinada presenta algún factor de riesgo de padecer estas lesiones, o sea, prácticamente 2 de cada 3 individuos examinados. En nuestro estudio la frecuencia de estos factores de riesgo estuvo muy aproximados al 80%.

La exposición a las radiaciones solares frecuentes se reportó 40,6%, cifra está que resulta muy elevada comparada con el reporte de Quintana Díaz JC (25), que señalan este factor solamente en el 7% de los examinados.

En casi toda la literatura revisada (5, 12, 13, 22, 23), se identifica el hábito de fumar como el factor de riesgo más importante para el desarrollo de las lesiones pre-malignas y malignas.

El hábito de fumar en muchos lugares del mundo es muy elevado, Aguas H (34), reportan un estudio realizado entre las Cátedras de Estomatología de la UBA y de Córdoba, con 337 pacientes, el 70% son fumadores. Cifra que coincide con la reportada por León Martínez E (11), que en sus encuestas encuentra una frecuencia de 70, 4 % de fumadores.

Según el estudio realizado en Córdoba, el porcentaje de leucoplasias bucales asociadas al tabaco es del 90,5%, y en el cáncer bucal asociado al tabaco es del 71 %. Tenemos informe de in resultado (40) donde el 55,5% ingiere bebidas alcohólicas, Worman señala que los bebedores tienen 3 veces más riesgo de padecer estas lesiones. Otros consideran que este riesgo en un fumador puede ser hasta 6 veces superior al de un no fumador. (62)

Solo se tiene referencia de un estudio realizado por LárezAndressen LA (47); en un grupo de 20 mujeres, en la población de Ocumare de La Costa. Estado Aragua en el 2011, como resultados señala que algunas de las mujeres encuestadas tenían el hábito de fumar el cigarrillo de forma invertida, que representa el nuevo patrón cultural que se viene desarrollando, en el cual el número de fumadores es mayor en el sexo femenino.

El criterio de muchos investigadores (12, 25, 51), coincide en señalar que el riesgo atribuible a la asociación del tabaco y el alcohol es de un 76% a un 95%. Estos actúan sobre las células de la mucosa oral favoreciendo su transformación neoplásica.

La autora de esta investigación encontró que el hábito de fumar y el alcoholismo fueron los factores de riesgo predominantes asociados a la aparición del padecimiento del cáncer bucal, como se refleja en el resto de los estudios realizados.

Cuadro 6: Localizaciones más frecuentes de las lesiones pre-malignas y malignas de la cavidad bucal en el consultorio Curazaito, octubre 2013 - octubre 2014.

Localizaciones	Lesiones			
	Pre-malignas		Malignas	
	Nº	%	Nº	%
Labio inferior	25	38,5	5	62,5
Labio superior	2	3,1	-	-
Mucosa del carrillo	18	27,7	2	25,0
Encías	2	3,1	-	-
Lengua	11	16,9	-	-
Suelo de boca	7	10,7	1	12,5
Total	65	100,0	8	100,0

Fuente: Encuesta.

Se analizaron las localizaciones más frecuentes de las lesiones pre-malignas y malignas de la cavidad bucal, se observó que la mayor frecuencia de las localizaciones de las lesiones pre-malignas fueron el labio inferior, la mucosa del carrillo y la lengua, con el 38,5; 27,7 y 16,9% respectivamente. Las localizadas en el suelo de la boca se correspondieron con el 10,7%, los menores porcentajes se ubicaron en el labio inferior y encías ambas con el 3,1%.

Las lesiones malignas se observaron en orden de frecuencia en el labio inferior, mucosa del carrillo y suelo de boca. En labio inferior la mayor frecuencia con el 62,5%, en la mucosa del carrillo se localizaron el 25,0% y en la lengua el 12,5%.

La localización de las lesiones pre-malignas y malignas puede variar en orden de frecuencia entre autores, citaremos algunos resultados encontrados en investigaciones recogidas en la literatura revisada.

En la página “Campaña de prevención del cáncer oral” (22), se hace referencia dentro de las localizaciones más frecuentes el labio inferior, seguido de la lengua, la encía y la mucosa alveolar. En nuestro estudio las lesiones malignas fueron también más frecuentes en tres de esos lugares (labio inferior, mucosa del carrillo, y lengua).

Boscones Martínez A, Cerero Lapiedra R y Esparza Gómez (54), señalan algunas contradicciones, si se trata de la lengua o el labio inferior, ellos encuentran la mayor prevalencia en ambas por igual, considerando las lesiones pre-malignas y malignas en conjunto.

Aguas H (34), refleja el Carcinoma de labio como el de mayor frecuencia, representando un porcentaje que va desde 25% al 3% de los cánceres bucales. Muñoz Chávez E. (21), afirma que el Carcinoma del labio superior es raro comparado con el del labio inferior, señalando que, en los casos de cáncer labial, el labio inferior tiene el mayor riesgo a la exposición a la luz solar.

En cambio, Quintana Díaz JC (25), señala que las localizaciones más frecuentes en su estudio son la mucosa del carrillo y el labio inferior.

Como se plantea en la página “Detección del cáncer oral” (22), la mayoría de los pacientes que presentan cáncer precoz del labio son sumamente curables por cirugía o por radioterapia con tasas de curación de 90% - 100%.

La autora de este estudio determinó mediante los resultados de su investigación que el sitio de localización más frecuente fue el labio inferior, concluyendo que los pacientes examinados permanecían mucho tiempo expuesto al sol y este accionaba

perpendicularmente sobre el labio, seguido de la mucosa del carrillo y suelo de boca.

CONCLUSIONES

- De las lesiones pre-malignas en la cavidad bucal la de mayor prevalencia fue la Leucoplasia, con predominio del sexo masculino y el grupo de edad de 60 y más fue el más afectado.

- De las lesiones malignas se encontró el Carcinoma epidermoide afecto más al sexo masculino y el grupo de edad de 35 - 59 fue el más afectado.

- Los principales factores de riesgo relacionados con las lesiones pre-malignas y malignas resultaron ser en orden de frecuencia, las radiaciones solares seguidas por el alcoholismo y el tabaquismo.

- Tanto en las lesiones pre-malignas como en las malignas la localización más frecuente fue el labio inferior, seguido de la mucosa del carrillo y suelo de boca.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos en nuestro estudio recomendamos:

- Poner en práctica todos los programas de Educación para la Salud, para elevar los conocimientos sobre las lesiones pre-malignas y malignas en toda la población mayor de 15 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barranco Money B. Operatoria Dental. 4ta ed. Argentina. Editorial Médica Panamericana, 2006; t1: 2-8.
2. Carranza Fermín A. Periodontología de Glickman. 2da ed. México. Editorial Pueblo y Educación, 1983: 314-245.
3. Carranza F. A. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad periodontal en la práctica de ontodología general. En: Periodontología Cínica de Glickman. La Habana: Editorial Pueblo y Educación 1983: 103.
4. Page RC, Martín J, Krall EA, Mancli García R. Validación longitudinal de un calculador de riesgos para enfermedad periodontal. Rev. Periodoncia 2003; 13 (4): 316.
5. Calatraga LA, escenario Epidemiológico Actual de las enfermedades bucales y curriculares [en línea] < http: II www.acta odontología.com / 39 II 2004> [consultada 15 de Julio 2009]
6. Santana JC, Miranda J. Importancia de un Programa de Detección del Cáncer de la Boca. Rev. Cubana estomatol 1983; 20 (2): 115.
7. Álvarez Sintes r. Epidemiología en la atención primaria de salud. En: temas de Medicina General Integral: Salud y Medicina. La Habana ED: ciencias Médicas, 2001; 257 - 258.
8. López Moreno S, Garrido Latorre F, Hernández Ávila M. Desarrollo histórico de la epidemiología; Su formación como disciplina científica. Salud pública de México 2003; 42 (2): 133 - 43.
9. Díaz Martínez J. R. Cáncer bucofarígeo en menores de 30 años. Ene – jun 2002. Oncología 12 (1 - 2): 71 - 73.
10. Silva Ayçaguer LC, Benavides Rodríguez A. Causalidad e inobservancia de la premisa de procedencia temporal en la investigación biomédica. [página en Internet] 2010 [citado 18 nov. 2010]; [aprox. 28 pantallas]. Disponible en: http://lcsilva.sbhac.net/Inobservancia%20Premisa%20PT.pdf

11. León Martínez E, Romero Sánchez MC, Ferrer Herrera I, Fatjó Cruz M. Pesquizaje de lesiones pre-malignas y malignas en la cavidad bucal. Rev. Cubana Med Gen Integr. [serie en Internet] 1996 [citado 20 nov. 2010]; 12(3): [aprox.6p..Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12 - 3- 93/mgi01396.htm
12. Rodríguez Calzadilla A. Enfoque de riesgo en la atención estomatológica. Rev. Cubana Estomatol 2009; 34 (1): 40 - 9.
13. López Chaguín A. Factores de riesgo etiopatogénicos del carcinoma verrugoso de cavidad bucal. Acta Ontodológica Venezolana 2010 38 (2): 9 - 14.
14. Santana JC, Miranda J. Características clínicas iniciales de los carcinomas de la boca. Rev. cubana Estomatol 1982, 19 (2): 110.
15. Schelifle C, Reichart PA. Is There a natural limited of the transformation rate of oral leucoplakia? Oral Oncol 2008, 39 (5): 407 - 500.
16. Villarroel M. recumido. Com en La Guía de Venezuela. Disponible en: http://www.guis.com.ve/noticias/?id=14254 .
17. Markkanen. Leppanen M. free flan reconstructions in the management of oral and pharyngeal cáncer. Apr 2001. ActaOto - laryngol 121 (3): 425 - 429.
18. Cáncer de la laringe. [monografía en Internet] 2009 [citado 20 Dic 2009]. Disponible en: http://www.laringeyvoz.com/cancer.htm
19. Biondi K, Belloni S, Velasco M, Robledo G, Gallardo F, Femopase F. Correlación entre lesiones pre-cancerosas, cáncer bucal y consumo de tabaco. XXX Reunion anual SAIO, 23 de octubre, 1997, Córdoba.
20. Portal en Internet de la Universidad de Virginia U. S. A. el cáncer oral (página en internet) 2011 (citado 18 Nov 2011), (aprox. 18 pantallas). Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult - men_sp/oral.cfm
21. Muñoz Chávez E. Cáncer Oral. [página en Internet] 2011 [citado 20 Nov 2011]; [aprox. 15 pantallas]. Disponible en: http://mural.uv.es/esmucha/canceroral.html

22. Campaña de prevención del cáncer oral. (página en internet) 2012 (citado 20 Nov 2012); (aprox. 10 pantallas). Disponible en: http://www.dentistascadiz.com/CampCancerBucal2007NotaPresente02.pdf.
23. Ancelmi de Garriga AL, Garriga García E. Factores de riesgo, pesquisa y diagnóstico precoz del cáncer de la cavidad bucal. Revisión de la literatura. ActOdontolVenezol 2002; 40 (1): 56-60.
24. Kathl-Martín C. Fundamentos de Epidemiología. Madrid: Editorial Díaz Santos; 1990: 169 - 82.
25. Quintana Díaz JC, Fernández Fregio MJ, Laborde Ramos R. Factores de riesgo de lesiones pre-malignas y malignas bucales. Rev Cubana Estomatol. [serie en Internet] sep-dic 2012 [citado 18 Nov 2012]; 41 (3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci - arttext&pid=S0034-75072004000300007
26. Hernández Cisneros F, Días Segui D, Sardiñas Montes de Oca, Martínez Cabrera N. Nesoplasias malignas: caracterización. Rev Cubana Med Gen Integr 1997; 13 (1): 19 - 28.
27. Sánchez S, Jaime. Hitos Históricos del Cáncer. Rev Oncología, 2009; 11(3-4); 205
28. Galen RS, Gambino SR. Beyond Normalita. The predictive value and efficiency of clínica. 2 ed. México DF: El manual Moderno; 1997: 273 - 301.
29. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de Patología Bucal. Cuarta Edición, D. F México, Editorial Interoamericana, 1988; p. 86 - 217.
30. El Cáncer Oral. [Página en Internet] 2011 [citado 18 Nov 2011]; [aprox. 15 pantallas]. Disponible en: http://healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/adult-men_sp/oral.cfm
31. Huitron Flores Y, Osnaya García AA. Métodos de diagnóstico en lesiones pre-malignas. [página en Internet] 2011 [citado 20 Nov 2011]; [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://odontologia.iztacala.unam.mx/instrum-y_lab1/otros/encuentro11/contenido/oral/13/Metodos%20de%20diagnostico.htm.

32. Sol Silverman JR. Oral Câncer. Fourth Edition. American Cancer Society 1998. Cap 2. Pag. 19 - 24.
33. López Cruz E. Evaluación del Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal en siete años. [Tesis] Clínica estomatológica “Ismael Clark Mascaró”. Camagüey. Facultad de Estomatología, 2002.
34. Aguas H, LanfranchiTizeira E. Lesiones pre-malignas o cancerisables en la cavidad oral. Revista de la Facultad de Odontología (UBA) [serie en Internet] 2009 [citado 20 Dic 2009]; 19 (47): [aprox. 20 p.]. Disponible en: http://www.odon.uba.ar/revista/2004vol19num47/docs/desglose/AGUAS.pdf
35. García Jordán M, Lence Anta J, sosa Rosales M, Martín Moya LA, Fernández Garrote L. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987 - 1996). Rev. Cubana Oncol 1999; 15 (2): 114 – 8.
36. Paise Junior O. Cáncer de boca: Aspectos básico y terapéuticos. 1ª ed. Sao Paolo; Sarvier, 2000.
37. Serra Lí, Odontología preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones. 2da edición. Cuenca E Manau. C. 2003.
38. Lesiones pre-malignas de la mucosa oral. [monografía en Internet] 2013 [citado 20 Dic 2013]. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2007/modulos/modulo7/pdbc4.htm
39. Nervell GR, Boutwell B, Moris DL, Tilley BC, Bronyon ES. Epidemiología del cancer. En De Vita VT, Hellman SH, Rosemberg SH. Cáncer principio y prácticas de oncología. T – 1. Ciudad de la Habana. Editorial Científico Técnica, 1998.
40. Santana JC, Delgado L, Miranda J, Sánchez M. Programa Nacional de Detección del Cáncer Bucal. Resultados de 5 años de aplicación. Rev Cubana Estomatol 1991; 28 (2): 83 – 92.
41. Robinson KL, Macforlane GJ. Orophanyngealcáncer incident and mortality in Seatlan: are rates Still increasing? Oral Oncol 2013; 39 (1): 31 – 36.

42. LamuraAnselma de Garriga, Angela; Garriga García, Esteban. Factores de riesgo, pesquisa y diagnóstico precoz en el cáncer de la cavidad bucal. Acta Odontol. Venez; 2014; 40(1): 56-60.

43. Senada Dumay J. Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. Rev. Cubana Med Gen Inter. 1999; 15(4): 453-60.

44. ScharagerGaldenberg J, Contreras Escudero L. Diseño y puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental. Rev. PanamSaludPública 2002; 11(2): 83-91.

45. Goldenberg D. Mate: a risk factor for oral and oropharyngeal cancers. Oral Oncol 2014; 38(7): 646-9.

46. Fernández-López RG, Ponce Bravo S, Andrade González A, Ramírez López MS, Del Vecchyo C. Evaluación de la mucosa bucal en sujetos sometidos a contacto crónico con diesel (traga fuegos). [Página en internet] 2013 [citado 18 Nov. 2013]. [aprox. 8 pantallas]. Disponible en:

http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2003/cp033d.pdf

47. LárezAndressen LA, Lárez Albornoz RE. Riesgo probable de cáncer bucal y lesiones pre –cancerosas en mujeres mayores de 30 años residentes de las comunidades de “Cumboto” y “La Trilla” en Ocumare de la costa Edo. Aragua, 2011. Acta odontol. Venez. [Serie en internet] Dic. 2011[citado 20 dic. 2011]; 44(3): [aprox 15 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652006000300014&ing=es&nrm=iso

48. Biondi K, Belloni S, Velasco M, Robledo G, Gallardo F, Femopase F. Correlación entre lesiones pre-cancerosas, cáncer bucal y consumo de tabaco. XXX Reunión anual SAIO, 23 al 25 de octubre, 1997, Córdoba.

49. Mora Alpízar MC; Montenegro Valera I; Pérez Martell Tamara; Rodríguez Hernández LA. Programa de pesquizaje del cáncer bucal. Su impacto en un

área de salud. Rev. cuba. med. Integr. [serie en internet] mayo-jun. 2009 [citado 18 nov. 2009; 17(3): 240-243. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrpt=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300006&ing=es&nrm=iso

50. Detección del cáncer oral. [página en internet] 2012 [citado 20 dic. 2012]; [aprox. 80 pantallas].Disponible en: http://www.kinastchile.cl/csite/ccc4.htm

51. León Martínez E, Romero Sánchez MC, Ferrer Herrera I, Fatjó Cruz M. Pesquizaje de lesiones pre-malignas y malignas en la cavidad bucal. Rev. Cubana Med Gen integr. [serie en internet] 2010 [citado 20 Nov. 2011]; 12(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.cirujanosdechile.cl/Revista/PDF%20Ciruganos%202005_01/Rev.Cir.1.05.(03).AV.pdf.

52. Felipe Capdeville F. Tumores malignos de la cavidad oral. Rev. Chilena de Cirugía. [serie en internet]Febrero 2013 [citado 20 mayo 2014]; 57(1): 7-18. Disponible en: http://www.ciruganosdechile.cl/revista/PDF%20Cirujanos%202005_01/Rev.Cir.1.05.(03).AV.pdf.

53. Cáncer de laringe. [monografía en internet] 2011 [citado 20 Dic. 2011]disponible en: http://www.laringeyvoz.com/cancer.htm

54. Bascones Martínez A, Cerero Lapiedra R, Esparza Gómez GC. Lesiones pre-cancerosas de la mucosa bucal: leucoplaquia, liquen plano, y ulcera traumática. En: Bascones Martínez A. Tratado de Odontología lll. Madrid: SMITHKLINE BEECHAM; 1998. P.3073-79.

55. Ancelmi de Garriga AL, Garriga García E Factores de riesgo, pesquisa y diagnóstico precoz del cáncer de la cavidad bucal. Revisión de la literatura. ACT Odontolvenezol 2009; 40(1): 56-60.

56. Martínez I. Prevención del cáncer. Rev. CubanaOncol 1999; 9(1): 46-47.

57. Canto MT, Horowitz Am, Chile WI. Virus of oral cancer prevention and early detention: MaylondPhysicons. Oral oncol 2002; 38(4): 373-7.

58. Colectivo de autores. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003. : 456-77.

59. Detección Clínica de las lesiones de la Mucosa Bucal. [Monografía en internet] 2009[citado 20 Dic.]. Disponible en: http://posgrado.emagidter.com.mx/posgrado_deteccion_clinica_las_lesiones_mucosa_bucal-cursos-2308319.htm

60. Sosa M de la C.Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Manual de organización y procedimiento para el control delCáncer Bucal. La Habana 2011. 204 26.

61. Jiménez Aguirre Claudia: Cáncer Oral. (monografía en internet) 2012 (citado 20 Nov 2012). Disponible en: http://www.monografias.com/trabajos48/cancer-oral.shtml

62. Worman LH, Carcinoma of the lip. Am J Surg 1975; 130: 470 – 4.