

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

CARACTERIZAR CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICAMENTE LAS LESIONES
PREMALIGNAS Y MALIGNAS EN PACIENTES ADULTOS.

AUTORA: DRA. DIANELYS RODRÍGUEZ CERVANTES.

2019

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CIEGO DE ÁVILA

CARACTERIZAR CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICAMENTE LAS LESIONES
PREMALIGNAS Y MALIGNAS EN PACIENTES ADULTOS.

(Tesis en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología
General Integral).

Autora: Dra. Dianelys Rodríguez Cervantes.

Residente de Estomatología General Integral.

Clínica Estomatológica Noel Regalado. Municipio Florencia.

Tutora: Dra. Marileidi Morales Cabrera.

Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral.

Profesor Asistente.

Facultad de Ciencias Médicas. Morón

2019

RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo transversal con el objetivo de caracterizar clínica epidemiológicamente los factores de riesgo en pacientes adultos portadores de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal en el municipio de Florencia, durante el período de junio del 2018 – mayo del 2019. El universo de trabajo quedó conformado por 127 pacientes, que cumplieron con los criterios establecidos para el estudio. La información encontrada fue procesada mediante tabuladores electrónicos. Los resultados expresados en las tablas luego de su análisis y discusión, fueron comparados con otras investigaciones. Resultó que el mayor predominio encontrado fue en el sexo femenino con un 62.2% y el grupo etareo que más predominó fue 39-48 con 32.3%. Se encontró que las lesiones pre-malignas y malignas en la cavidad bucal la de mayor prevalencia fue la leucoplasia con un 49.6%, sobre el resto de las lesiones. La localización más frecuente fue en el labio inferior arrojando un 41.7%. El color de piel más afectado fue el blanco con 48.8%, hubo un gran número de pacientes con antecedentes familiares representado por 69.3%. Los principales factores de riesgo relacionados con las lesiones pre-malignas y malignas resultaron ser en orden de frecuencia el hábito de fumar reportando un 44.1%, seguido por la ingestión de bebidas alcohólicas con 18.9% y alimentos irritantes con un 18.1%.

Palabras claves: Leucoplasia

Pensamiento

La medicina verdadera es la que precave.

José Martí.

DEDICATORIA

- A mis padres por su abnegación y sacrificio.
- A mi hija, mi esposo y familia, quienes me brindaron ayuda en todo momento para la culminación de esta ardua tarea.

AGRADECIMIENTOS

La terminación de este trabajo, se hizo posible gracias a la colaboración de muchas personas, que de una forma u otra contribuyeron a la misma, es prácticamente imposible enumerar a todas esas personas por lo que les doy mis sinceros agradecimientos.

Entre ellos de forma muy especial a mi tutora Dra. Marileidi Morales Cabrera, quién me brindó su ayuda oportuna, así como los conocimientos actualizados en esta materia y su vasta experiencia.

A mis profesores los cuales hicieron posible mi trayectoria durante cinco años de estudio y aun lo siguen haciendo. En especial a las profesoras Sahilis y Mara.

A mis compañeras de trabajo quienes me apoyaron y me dieron su brazo amigo en los momentos de felicidad y de tristezas.

ÍNDICE

Resumen

Introducción... .. 1

Objetivos... ..9

Marco Teórico... ..10

Materiales Y Métodos... .. 22

Resultado y Discusión... .. 26

Conclusiones... .. 40

Recomendaciones... .. 41

Referencias Bibliográficas... .. 42

Anexos

INTRODUCCIÓN

La mucosa oral puede estar afectada por lesiones traumáticas, infecciones virales, micóticas y bacterianas, tumores benignos y malignos, malformaciones del desarrollo y enfermedades autoinmunes, genéticas y psicosomáticas, también pueden observarse signos de deficiencias nutricionales, trastornos hematológicos y endocrinopatías.⁽¹⁾

El conocimiento de la patología bucal y el examen sistemático de la boca permitirá una mejor comprensión del estado general del paciente y lo que es más importante, facilitará el diagnóstico precoz y el tratamiento con buen resultado en lesiones graves, como por ejemplo, el cáncer.⁽¹⁾

La definición de Willis dice: "La neoplasia es una masa anormal de tejido, cuyo crecimiento excede de los tejidos normales, no está coordinado con el resto del organismo y persiste de la misma forma excesiva tras finalizar el estímulo que la originó".⁽²⁾

El término cáncer corresponde a un concepto puramente anatómo-patológico. Desde el punto de vista clínico, Grispan lo define como aquellas lesiones destructivas que infiltran los tejidos vecinos que invaden los ganglios regionales y que pueden propagarse a otras zonas de la economía por vía linfática o sanguínea, produciéndose metástasis a distancias. Las neoplasias en la boca alcanzan magnitudes importantes y su prevención primaria consiste realmente en evitar el inicio del proceso cancerígeno en las células y aumentar así las posibilidades de cura, lo que solo puede lograrse cuando se identifican una o varias de las causas desencadenantes.⁽²⁾

Si bien no se conoce con exactitud el origen múltiple, se acepta la participación de una serie de factores dependientes del huésped, ambiente y de agentes causales cancerígenos de la naturaleza química, física o biológica.⁽²⁾

Hay una serie de cuadros clínicos en la mucosa bucal, muchos de ellos intrascendentes en su comienzo pero que, en algunos casos pueden sufrir

transformación maligna, entre ellos la queilitis actínica, úlcera traumática, liquen plano, eritroplasia y leucoplasia. ⁽²⁾

Muchos autores incluyen a las lesiones blancas que no están producidas por el tabaco, dentro de un amplio grupo que denominan otras queratosis. ⁽⁴⁾

Existen otros estados preneoplásicos, como son las mucosas atróficas, sepsis bucal, la fibrosis submucosa bucal, la papilomatosis bucal florida y en general todas las neoplasias benignas que aunque no son totalmente cancerizables, pueden constituir elementos promotores de esta entidad por la inquietud que provocan en las poblaciones de la mucosa bucal. ⁽⁶⁾

La leucoplasia oral es la lesión precancerosa más frecuente y es considerada así tanto por encontrarse asociada a carcinomas epidermoides como por la objetivación de que las lesiones leucoplásicas se han malignizado al paso del tiempo. ⁽⁵⁾

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna de más incidencia en la boca (más del 95% de los casos), su etiología es desconocida al igual que el resto de las neoplasias malignas, se puede estudiar un grupo de factores y estados que son premonitorios o acompañantes del carcinoma bucal. ⁽⁶⁾

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. ⁽⁶⁾

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. 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. ⁽⁶⁾

En todas las sociedades existen individuos, familias y colectivos en la comunidad cuyas probabilidades de enfermar, accidentarse o adquirir una incapacidad es mayor en unos que en otros, esto es el resultado de un número de características inter-actuales ya sean biológicas, genéticas, ambientales, sociales, económicas y otras, las que reunidas confieren un factor de riesgo particular ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro. ⁽⁶⁾

En los últimos años de la literatura científica se observa un marcado interés por el estudio de las determinantes psicosociales de la salud del hombre. Este interés refleja un cambio sustancial del pensamiento médico de nuestra época y sin lugar a dudas los resultados de las investigaciones constituyen un factor en la transformación del pensamiento médico del futuro siglo. ⁽⁶⁾

Hay varios hechos relevantes a un planteamiento ético en relación con la vejez y el envejecimiento. El primero es la naturaleza demográfica. En todos los países del mundo, la proporción de adultos mayores y especialmente de viejos, ha aumentado en los últimos decenios. Se esperan que mejores condiciones de vida permitan a la población de muchas naciones alcanzar su límite teórico de longevidad. Se espera, asimismo, que haya una convivencia intergeneracional de un tipo hasta inédito: muy jóvenes convivirán con muy ancianos. ⁽⁶⁾

Otro hecho relevante se refiere a los modos culturales de concebir la vejez. Como etapa de la vida humana, igual que la niñez o la adolescencia, la vejez es una construcción que permite sistematizar pero en modo alguno algo dado en la naturaleza. Gran parte de las percepciones negativas sobre la vejez no se originan en las reflexiones de los propios viejos sino son proyecciones de los jóvenes y las personas de mediana edad en relación con un futuro que concibe lleno de privaciones y pérdidas. ⁽⁶⁾

En los últimos años se está produciendo un aumento de la población de edad avanzada, existiendo una tendencia universal al aumento de la duración de la vida, como consecuencia del desarrollo socio-económico y de las ciencias en general. El mundo está sufriendo una transición demográfica, que tiene un impacto considerable en los aspectos socio-económicos y de la organización social. En todo ellos existe una mayor o menor tendencia al aumento de la expectativa de vida y las pirámides de población comienzan a mostrar un incremento de la población adulta y anciana. Este fenómeno, que ya ha sido observado en los países desarrollados del Norte y en especial en los de Europa Occidental, comienza a reproducirse con características particulares en los países de menor desarrollo en el Sur y con cierta evidencia en los países de América Latina. ⁽⁶⁾

La población mundial ha estado envejeciendo desde sus mismos orígenes, aunque no con una velocidad constante: En las últimas décadas el envejecimiento poblacional se ha acelerado, tanto en el número total como en la proporción de las personas que cumplen 60 años de edad. ⁽⁶⁾

Desde 1948 la ONU viene manifestando su especial preocupación por el envejecimiento en el mundo, planteando la necesidad de proteger los derechos de los ancianos como principal garantía de su bienestar. ⁽⁶⁾

Los resultados de múltiples investigaciones intentan definir la forma en que cada individuo envejece, conjuntamente con las posibilidades que ofrece la sociedad en relación con la participación social del anciano. Este fenómeno no es exclusivo del mundo desarrollado, hace más de un decenio se reconoce que es también una realidad para el tercer mundo. "Lo más humano que pueda hacer la sociedad es ocuparse de los ancianos." ⁽⁷⁾

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud y figuran en él numerosas sugerencias acerca de las aplicaciones en la asistencia sanitaria. Estas ideas han surgido precisamente para la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud, lo que ofrece a la atención primaria de la salud bucal un

nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de prioridades. El riesgo se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención.⁽⁷⁾

La finalidad del enfoque de riesgo como método que se emplea para medir las necesidades de atención, es la acción sobre la población en general o en forma específica sobre los grupos de alto riesgo, orientado a controlar los factores ya conocidos y vulnerables, en un intento por disminuir la morbilidad bucal.⁽⁷⁾

Cada año el cáncer afecta al menos a nueve millones de personas en todo el mundo y cobra la vida de cinco millones. Si no se consigue combatir eficazmente la enfermedad las cifras aumentarán de forma considerable y el incremento más significativo de su incidencia se dará en los países de más pobre desarrollo.⁽⁷⁾

Para lograr el máximo impacto mundial habría que ejecutar programas basados en los amplios conocimientos acumulados en materia de lucha contra el cáncer. Ya es posible prevenir nada menos que una tercera parte de los casos y curar una porción parecida. Además, en los numerosos casos en que la enfermedad es incurable, existen medios para aliviar el dolor y prestar asistencia paliativa a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.⁽⁸⁾

La tasa de incidencia de cáncer bucal en los Estados Unidos en 1990 fue de 10.4 x 100000, cifra que muestra pocos cambios en los últimos 5 años; la tasa de mortalidad fue de 3.0 x100 000, por ciento que ha disminuido ligeramente en los últimos años, siendo la tasa de incidencia de 2,5 veces superiores en los varones que en las mujeres.⁽⁸⁾

Un estudio internacional realizado por la OMS en 1991, sobre el comportamiento de la tasa de mortalidad por cáncer oral en varones y mujeres en 46 países; arrojó los siguientes resultados: Estados Unidos, Canadá y Japón poseen las mayores cifras, las cuales oscilan entre 3.7 y 4.4. En tanto Costa Rica, México y Venezuela presentan índices entre 3.1 y 2.0. En ese mismo estudio Cuba se comportó con cifra 5.6 y 2.0 en varones y mujeres respectivamente, siendo un promedio entre los países de mayor y menor desarrollo.⁽⁸⁾

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. ⁽⁸⁾

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. ⁽⁹⁾

La incidencia del cáncer bucal en Cuba en estos momentos es de 6 por cien mil en la población masculina y de 2.6 en la femenina. La mortalidad es de 3.8 por cien mil en los hombres y de 1.4 en las mujeres, lográndose reducir la misma en los últimos 20 años en un 8%. ⁽⁹⁾

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 Pública 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 (pesquisaje pasivo), o que sean vistos en pesquisaje 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. ⁽⁹⁾

Para el desarrollo satisfactorio de las acciones de salud el Ministerio de Salud Pública en nuestro país, en 1983 creó el programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) y en el año 1992 el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral, dichos programas tienen como finalidad agrupar acciones de salud dirigidas a mantener al hombre sano. ^(11 y 12)

La acción preventiva contra esta enfermedad en nuestra provincia 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.

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. Motivado por el interés de realizar una valoración de los factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas en las distintas áreas de salud en las que efectuamos nuestra labor preventiva- asistencial, con la finalidad de

caracterizar las mismas, trabajar en su disminución o erradicación y mejorar los indicadores morbi - mortalidad del cáncer bucal y de la salud general. ^(11, 12)

La novedad científica está dada por el hecho de que el estudio se realizó, por primera vez, en pacientes de Florencia, de modo que se logró describir los factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas, lo cual contribuyó a la actualización y superación de los profesionales en un tema de actualidad.

De acuerdo con lo antes expuesto se precisa el siguiente problema científico :

¿Cómo caracterizar los factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas?

O B J E T I V O S

O b j e t i v o G e n e r a l : C a r a c t e r i z a r c l í n i c o - e p i d e m i o l ó g i c a m e n t e l a s l e s i o n e s
p r e m a l i g n a s y m a l i g n a s e n p a c i e n t e s a d u l t o s d e l m u n i c i p i o d e F l o r e n c i a .

O b j e t i v o s E s p e c í f i c o s :

1 - D i s t r i b u i r l o s p a c i e n t e s e s t u d i a d o s :

1.1 - E d a d a y s e x o .

1.2 - D i a g n ó s t i c o d e l a l e s i ó n .

1.3 - L o c a l i z a c i ó n a n a t ó m i c a d e l a l e s i ó n .

2 - R e l a c i o n a r :

2.1 - D i a g n ó s t i c o d e l a l e s i ó n y r a z a .

2.2 - D i a g n ó s t i c o d e l a l e s i ó n y a n t e c e d e n t e s f a m i l i a r e s .

2.3 - D a g n ó s t i c o d e l a l e s i ó n y f a c t o r e s d e r i e s g o .

Marco Teórico

Es importante conocer y controlar los factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de lesiones de la cavidad bucal. Es un deber de los estomatólogos identificarlas, prevenirlas y eliminarlas, porque al yugular su proceso evolutivo, están realizando la detección o la prevención de un cáncer.^(1,13)

Se estima que en la actualidad existen alrededor de 14 000 000 de humanos enfermos de cáncer. Las consecuencias económicas y sanitarias lo convierten en un importante problema de salud. Además, con el incremento del hábito de fumar y el envejecimiento gradual de la población, se piensa que si no se toman medidas de control, existirá un incremento de su incidencia y mortalidad.⁽¹³⁾

El cáncer bucal constituye la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres del mundo, en nuestro país se encuentra entre los 10 cánceres más comunes, y constituyen el 4 % de todos los cánceres reportados anualmente.⁽¹³⁾

La detección temprana es un procedimiento de diagnóstico practicado a la población supuestamente sana, y permite identificar individuos con la enfermedad o con riesgos de padecerla y de esta forma, se puede actuar y reducir del 10 al 20 % la mortalidad.⁽¹⁶⁾

La presencia de factores de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociados con una probabilidad de experimentar un daño a la salud. Por la importancia que tiene el conocimiento de los factores de riesgo del cáncer bucal y su prevención, se decidió realizar este estudio que tiene como objetivos determinar los factores de riesgo asociados con la aparición de lesiones bucales, su distribución según edad y sexo de la población objeto de estudio, identificar el tipo de lesiones bucales encontradas y su localización según la región anatómica.⁽¹⁶⁾

Un factor de riesgo es cualquier cosa que cambie las probabilidades de que una persona padezca alguna enfermedad como el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, la exposición de la piel a la luz

solar intensa es un factor de riesgo para el cáncer de piel. El hábito de fumar es un factor de riesgo para muchos tipos de cáncer.⁽¹⁷⁾

Existen distintos tipos de factores de riesgo. Algunos no pueden cambiarse, como su edad o raza. Otros pueden estar relacionados con elecciones personales como fumar, beber o la alimentación. Algunos factores influyen el riesgo más que otros. Sin embargo, los factores de riesgo no lo indican todo. El tener un factor de riesgo, o incluso varios, no significa que una persona desarrollará la enfermedad. Además, el hecho de no presentar ningún factor de riesgo, tampoco significa que no padecerá la enfermedad.⁽¹⁷⁾

Algunas personas con cáncer orofaríngeo u oral presentan algunos o ningún factor de riesgo conocido; en cambio, otros que presentan varios factores de riesgo nunca llegan a manifestar la enfermedad. Aun si una persona tiene factores de riesgo, es imposible saber con seguridad hasta qué punto éstos contribuyeron a producir el cáncer. 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.⁽¹⁸⁾

La edad es un factor importante en la incidencia de los cánceres de cavidad oral y orofaringe por lo general tardan muchos años en formarse de manera que no son comunes en las personas jóvenes. La mayoría de los pacientes afectados por estos cánceres tienen más de 55 años de edad cuando se les detecta la enfermedad por primera vez. No obstante, esto pudiera estar cambiando debido a que los cánceres asociados con VPH se están volviendo más comunes. Las

personas con cánceres asociados con infección por VPH suelen ser más jóvenes.

(18)

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. Sin embargo en la página electrónica Detención del cáncer oral se afirma que "... el cáncer oral es más frecuente en individuos de raza negra, que en blancos". (6,18)

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. (5,19)

Infección por el virus del papiloma humano: el virus del papiloma humano (VPH o HPV, siglas en inglés) es un grupo de más de 150 tipos de virus. Se les llama virus del papiloma debido a que algunos de ellos causan un tipo de crecimiento llamado papiloma. Los papilomas no son cánceres, y con más frecuencia se les llama verrugas. (20)

La infección con ciertos tipos de virus de papiloma humano también puede causar algunas formas de cáncer, incluyendo cánceres de pene, cuello uterino, vulva, vagina, ano, y garganta. Otros tipos de virus de papiloma humano causan verrugas en diferentes partes del cuerpo. (12,20)

El virus de papiloma humano se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una manera en la que el virus de papiloma humano se transmite es mediante las relaciones sexuales, incluyendo coito vaginal, penetración anal e incluso durante el sexo oral. A los tipos de virus de papiloma humano se les asignan números. El tipo asociado con el cáncer de garganta (incluyendo el cáncer de orofaringe) es el VPH16. (20)

La mayoría de las personas con infecciones por virus de papiloma humano en la boca y en la garganta no muestran síntomas virus de papiloma humano y sólo un

porcentaje muy pequeño presenta cáncer orofaríngeo. La infección oral por es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres. En algunos estudios, el riesgo de infección oral por está asociado con ciertas conductas sexuales, tal como besos con boca abierta y sexo oral virus de papiloma humano. El riesgo también aumenta con el número de parejas sexuales que tenga una persona. El hábito de fumar también aumenta el riesgo de infección oral por virus de papiloma humano. Hasta el momento, la Administración de Alimentos y Medicamentos no ha aprobado una prueba para la infección por virus de papiloma humano de la boca y la garganta.⁽²⁰⁾

En las últimas décadas, el número de casos de cánceres orofaríngeos ha estado aumentando dramáticamente. El ADN de virus de papiloma humano (un signo de infección por virus de papiloma humano) se encuentra actualmente en alrededor de dos de cada tres cánceres orofaríngeos, y en una fracción bastante menor en cánceres de cavidad oral. La razón para el aumento en los cánceres asociados con virus de papiloma humano no está clara, aunque se cree que podría deberse a cambios en las prácticas sexuales en las últimas décadas, particularmente a un aumento en el sexo oral.^(17,21)

Las personas con cáncer oral u orofaríngeo vinculado con la infección por el virus de papiloma humano tienden a ser más jóvenes y son menos propensas a consumir tabaco y bebidas alcohólicas.^(17,21)

El tumor canceroso de la orofaringe que contiene ADN del virus de papiloma humano suele tener un mejor pronóstico que los que no contienen virus de papiloma humano.^(17,22)

La Incidencia según el sexo: en los tipos de cáncer oral y orofaríngeo son dos veces más comunes en los hombres que en las mujeres. Es posible que esto se deba a que los hombres han sido más propensos al consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas en el pasado. Esto está cambiando, aunque el reciente aumento en los cánceres asociados con VPH se ha reportado principalmente entre

hombres más jóvenes. Por lo tanto, sigue siendo probable que ocurra más a menudo en hombres hasta un futuro cercano.⁽²²⁾

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.⁽²²⁾

El consumo de tabaco en la mayoría de las personas con cáncer oral y orofaríngeo consumen tabaco, y su riesgo de padecer estos tipos de cáncer está relacionado con la cantidad de tabaco y por cuánto tiempo lo han fumado o masticado.⁽²²⁾

Los fumadores tienen mucho más posibilidades que los no fumadores de producir estos tipos de cáncer. El humo del tabaco proveniente de cigarrillos, cigarros o pipas puede causar cáncer en cualquier parte de la boca o de la garganta, así también como cáncer de laringe (órgano fonador), pulmones, esófago, riñones, vejiga y varios otros órganos.⁽²³⁾

El fumar pipa constituye un riesgo particularmente importante para los tipos de cáncer en el área de los labios, ya que éstos entran en contacto con la boquilla de la pipa.⁽²³⁾

Resulta importante que los fumadores que han recibido tratamiento para el cáncer de cavidad oral o de orofaringe dejen de fumar, incluso si parece que se curó el cáncer. Continuar el hábito de fumar aumenta significativamente su riesgo de padecer un segundo cáncer de boca, garganta, laringe, o pulmón.⁽²³⁾

Los productos del tabaco para uso oral (tabaco para aspirar o mascar) están asociados con cáncer de mejilla, de encía y de la superficie interna de los labios. El consumo de productos del tabaco para uso oral por tiempo prolongado representa un riesgo especialmente alto. Estos productos también causan gingivitis, destrucción de las cavidades óseas alrededor de los dientes y pérdida de los dientes. Resulta importante que las personas que han recibido tratamiento

para el cáncer de cavidad oral o de orofaringe dejen de usar productos de tabaco de consumo oral. ^(12,23)

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. ^(5,23)

El consumo de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de padecer cáncer orofaríngeo y de la cavidad oral. Cerca de 7 de cada 10 pacientes con cáncer oral son bebedores empedernidos. ⁽²³⁾

El consumo de bebidas alcohólicas y tabaco a la vez aumenta el riesgo de estos tipos de cáncer es incluso mayor en personas que consumen bebidas alcohólicas y tabaco con el mayor riesgo en personas que fuman y beben en exceso. De acuerdo con algunos estudios, el riesgo de estos tipos de cáncer en personas que consumen bebidas alcohólicas y tabaco en exceso puede ser 100 veces mayor que el riesgo en personas que no fuman ni toman bebidas alcohólicas. ^(13,23)

El Quid de Betel y gutka se utiliza en el Sureste Asiático, en Asia Meridional, y en algunas otras partes del mundo es común mascar quid de betel, que se prepara con una mezcla de nuez de areca y lima envuelta en una hoja de betel. Muchas personas en estas zonas también mascan gutka, una mezcla de quid de betel y tabaco. El riesgo de tener cáncer de boca es mayor en las personas que mascan quid de betel o gutka. ⁽²⁴⁾

Luz ultravioleta (UV): la luz del sol es la principal fuente de luz ultravioleta (UV) para la mayoría de las personas. El cáncer de labios es más común en las personas que trabajan al aire libre, donde están expuestas a la luz solar por mucho tiempo. ⁽²⁴⁾

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. ⁽²⁴⁾

Se ha determinado en varios estudios que una dieta baja en frutas y hortalizas está relacionada con un mayor riesgo de cáncer oral y orofaríngeo. ⁽²⁵⁾

Sistema inmunológico debilitado: los cánceres de cavidad oral y orofaringe son más comunes en personas que tienen un sistema inmunológico debilitado. Ciertas enfermedades que se presentan al nacer, así como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida, o AIDS por sus siglas en inglés) y ciertos medicamentos (como los que se administran después de los trasplantes de un órgano) pueden causar un sistema inmunológico debilitado. ^(25,26)

Enfermedad de injerto-contra-huésped: la enfermedad de injerto contra huésped (GVHD, por sus siglas en inglés) es una afección que algunas veces ocurre después de un trasplante de células madre. Durante este procedimiento médico, se usan las células madre de la sangre de un donante para reponer la médula ósea que ha sido destruida por la enfermedad, quimioterapia o radiación. La GVHD se presenta cuando las células madre de un donante reconocen las células del paciente como un ente extraño y lanzan un ataque contra ellas. La enfermedad GVHD puede afectar muchos tejidos del cuerpo, incluidos los de la boca. Esto aumenta el riesgo de cáncer oral, que puede ocurrir tan pronto como a los 2 años siguientes a la enfermedad de GVHD. ^(25,26)

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). ^(25,26)

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. ⁽²⁸⁾

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. ⁽²⁸⁾

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. ⁽²⁸⁾

Síndromes genéticos: las personas con ciertos síndromes ocasionados por defectos heredados (mutaciones) en algunos genes tienen un riesgo muy alto de presentar cáncer de boca y de garganta. ⁽²⁸⁾

La anemia de Fanconi es una afección que puede ser causada por defectos heredados en varios de los genes que contribuyen a reparar el ADN. Las personas con este síndrome suelen tener problemas en la sangre a una edad temprana, lo que puede conducir a leucemia o anemia aplásica. Además, estas personas tienen un riesgo muy alto de cáncer de boca y garganta. ⁽²⁹⁾

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. ⁽³⁰⁾

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. 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. ^(14,30)

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". ^(27,30)

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. ⁽³¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las lesiones pre-malignas como un estado o estadio anterior a la aparición del cáncer. ⁽³¹⁾

Lesión pre-cancerosa: tejido alterado morfológicamente en el cual el cáncer puede ocurrir con mucha probabilidad. ^(3,10,31)

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

Leucoplasia.

Eritroplasia.

Paladar del Fumador Invertido.

Leucoplasia: La leucoplasia se define como una placa blanca sobre las mucosas bucales que no puede eliminarse por raspado y no puede clasificarse clínica o microscópicamente como otra entidad patológica, asociada al paciente fumador. Evolucionan hacia el cáncer cuando no son tratadas. ^(6, 24,31)

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. ^(6, 24,31)

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. ⁽³²⁾

Clasificación según la O M S

Homogénea: de bordes regulares, superficie lisa, blanca totalmente.

No homogénea: Tienen mayor riesgo de transformación maligna.

Eritroplasia: se puede definir como una placa roja, de aspecto aterciopelado en la que si bien se desconoce con certeza su origen y patogenia, casi siempre se han descrito los mismos factores irritantes exógenos del cáncer. 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. ^(6, 23,32)

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. ⁽³²⁾

Hay que distinguirlas desde el punto de vista clínico e histológico de la candidiasis, tuberculosis, histoplasmosis, dermatosis e irritación por el uso de prótesis. ^(8, 11,32)

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. ⁽³²⁾

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. ⁽³²⁾

La disqueratosis congénita es un síndrome genético que puede causar anemia aplásica, erupciones en la piel y uñas anormales en los dedos de los pies y en las manos. Las personas con este síndrome tienen también un riesgo muy alto de presentar cáncer de boca y de garganta a temprana edad. ⁽³²⁾

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel y de las mucosas de etiología desconocida, representa el 10% de los problemas dermatológicos y el 5% de los estomatológicos, tiene una incidencia mayor entre los 30 - 50 años, es rara en jóvenes y excepcional en niños. El liquen plano es una enfermedad que ocurre principalmente en personas de mediana edad. Con frecuencia, afecta la piel (comúnmente como un sarpullido con comezón); no obstante, a veces afecta el revestimiento de la boca y de la garganta, y aparecen como pequeñas líneas o manchas blancas. Un caso agudo puede aumentar levemente el riesgo de cáncer oral. ⁽³²⁾

La úlcera traumática es aquella lesión donde se produce pérdida de sustancia que tiene tendencia a la reparación y cura dejando cicatriz, es producida por un factor traumático, con una gran tendencia a cancerizarse. ⁽⁵⁾

Dentro de los factores de riesgo no comprobados o controversiales se encuentra: el Enjuague bucal algunos estudios sugieren que el enjuague bucal con alto contenido de alcohol podría estar relacionado con un mayor riesgo del cáncer oral y orofaríngeo. Sin embargo, las últimas investigaciones han cuestionado estos resultados. El estudio de esta posible relación es complicado debido al hecho de que los fumadores y quienes toman bebidas alcohólicas con frecuencia (quienes ya tienen un mayor riesgo de manifestar estos tipos de cáncer) son más propensos a usar enjuague bucal que las personas que no consumen tabaco ni bebidas alcohólicas. ⁽³²⁾

La prótesis desajustada es aquella estructura artificial acrílica ó metálica que sustituye a los dientes naturales y que no se adhiere adecuadamente a los tejidos bucales de soporte. Se ha sugerido que la irritación a largo plazo del revestimiento de la boca causada por las dentaduras postizas mal adaptadas constituye un factor de riesgo para el cáncer oral. No obstante, muchos estudios no han descubierto en general un mayor riesgo en las personas que usan dentaduras postizas. ^(6,14,32)

Las dentaduras postizas mal adaptadas pueden tener tendencia a atrapar agentes que se ha demostrado que causan cáncer oral, como partículas de alcohol y tabaco, y por lo tanto quienes usan dentaduras postizas deberían asegurarse de que el dentista las examine con regularidad para garantizar una buena adaptación. Las personas que usan dentaduras postizas deben quitarse las dentaduras en la noche, lavarlas y enjuagarlas por completo todos los días. ^(2,32)

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo transversal con el propósito de determinar el comportamiento clínico epidemiológico de los factores de riesgo en pacientes adultos portadores de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal del municipio de Florencia de junio del 2018 – mayo del 2019.

Universo de estudio: Pacientes adultos con factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas del Consejo Popular de Florencia, distribuidos en hombres y mujeres. Se trabajará con el 100% de la población portadora de estos factores.

Muestra: estuvo constituida por 127 pacientes con lesiones premalignas y malignas.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas.
- Pacientes después de haber cumplido los 19 años o más en el momento de la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presentaban alguna enfermedad mental que le impidiera la participación en la investigación.
- Pacientes que no estén de acuerdo en participar en la investigación.

Criterios de salida:

- Fallecidos y migraciones.
- Pacientes que deseen abandonar el estudio.

Métodos teóricos utilizados.

-Análisis-síntesis: Para la interpretación y resumen de los contenidos tanto de la revisión bibliográfica como de los resultados de la investigación.

-Inductivo-deductivo: Para realizar inferencias lógicas sobre los contenidos de la investigación.

-Histórico-lógico: Para seleccionar la información de mayor valor que permita sistematizar los conocimientos sobre los factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal.

-De lo abstracto a lo concreto pensado: Para la elaboración de las definiciones necesarias y esenciales relacionadas con las variables declaradas.

Métodos empíricos utilizados:

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).

Desde el punto de vista matemático-estadístico se utilizó el número y cálculo porcentual para la interpretación de los resultados.

Aspectos éticos:

Con el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta la confiabilidad en la obtención de los resultados, siendo utilizados solamente por el investigador, para la valoración de los factores de riesgo de las lesiones premalignas y malignas.

Consentimiento informado (Anexo I)

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Escala	
Edad	Cuantitativa intervalo	19-28 29-38 39-48 49-59	Según grupo etáreo.	Número y porcentaje según grupo etáreo
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Número y porcentaje según sexo biológico
Localización anatómica	Cualitativa nominal politómica	Labio inferior Labio superior Encías Lengua Suelo de boca	Según localización anatómica	Número y porcentaje Según localización anatómica
Color de la piel	Cualitativa nominal politómica	Blanca Mestizo Negro	Según color de la piel	Número y porcentaje Según color de la piel
Antecedentes familiares	Cualitativa nominal dicotómica	Existe No existe	Según antecedentes familiares	Número y porcentaje Según antecedentes familiares

Lesiones premalignas y malignas	Cualitativa nominal politémica	Leucoplasia Nevus Estomatitis subprótesis Papiloma bucal Neoplasia benigna Carcinoma epidermoide Paladar del fumador invertido	Según lesiones premalignas y malignas	Número y porcentaje Según lesiones premalignas y malignas
Factores de riesgos	Cualitativa nominal politémica	Hábito de fumar Ingestión de bebidas alcohólicas Radiaciones solares Alimentos irritantes Irritantes bucales	Según factores de riesgos	Número y porcentaje Según factores de riesgos

Resultados y Discusión

Tabla 1: Distribución según edad y sexo. Comportamiento clínico-epidemiológico de los factores de riesgo en pacientes adultos portadores de lesiones premalignas y malignas.

Grupo de edades	Femeninos		Masculinos		Total	
	No	%	No	%	No	%
19-28	14	11.0	9	7.1	23	16.7
29-38	10	7.9	12	9.4	22	26.7
39-48	28	22.0	13	10.2	41	30.0
49-59	19	15.0	9	7.1	28	22.0
60 y más	8	6.3	5	3.9	13	10.2
Total	79	62.2	48	37.8	127	100

Fuente: Historia clínica. n=127

En la Tabla 1 distribución según edad y sexo en pacientes adultos portadores de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal del municipio de Florencia, se observó que en las mujeres hay un alto índice de incidencia de factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas con 62.2% contra el 37.8 % en los hombres. El grupo más afectado es el de 39-48 años para un 30.0%.

Al comparar estos resultados con otros autores coinciden con los de Fernández Pérez quién plantea en su trabajo de tesis que las lesiones aumentan con la edad ya que existe una mayor exposición de los factores de riesgo como son muchas sustancias cancerígenas, hecho asociado a un sistema inmunológico debilitado.

Muchos autores plantean que el sexo más afectado es el masculino, sin embargo Pinborg Jhons expresa que pueden existir variaciones en este sentido lo que coincide con nuestro estudio al ser el sexo femenino el más afectado por las lesiones.⁽¹⁵⁾

En la actualidad, afirma Ceballos Santo, que hay un aumento en las mujeres por la tendencia a igualarse con los hombres lo que implica un mayor consumo de alcohol y tabaco.⁽⁴⁾

Tabla 2: Distribución de los tipos de estados o lesiones pre-malignas y malignas según sexo de los pacientes adultos del municipio de Florencia.

Lesiones	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Leucoplasia	38	30.0	25	19.7	63	49.6
Nevus	3	2.4	1	0.9	4	3.1
Estomatitis Subprótesis	17	13.4	10	7.9	27	21.3
Papiloma Bucal	5	3.9	4	3.1	9	7.1
Neoplasias Benignas	7	5.5	5	3.9	12	9.4
Carcinoma Epidermoide	5	3.9	1	0.9	6	4.7
Paladar del fumador invertido	4	3.1	2	1.6	6	4.7
Total	79	62.2	48	37.8	127	100

Fuente: Historia clínica. n=127

En la Tabla 2 observamos la distribución de pacientes según tipo de lesiones y sexo, predominando la leucoplasia con 63 (49.6%), seguida de la estomatitis subprótesis con 27 (21.3%) y en menor frecuencia encontramos el nevus con 4 pacientes para un 3.1%, seguido del carcinoma epidermoide y el paladar del fumador invertido con 6 pacientes para un 4.7%.

Con relación al sexo podemos apreciar que la leucoplasia prevalece de forma significativa en el femenino, discrepando con los criterios de Robbins Shane y Santana Garay, quienes afirman que el sexo masculino tiene mayor

tendencia a padecer leucoplasia por el hábito de fumar y la ocupación que ocupan , quienes la mayoría trabajan en el campo y tienen una mayor exposición solar. ^(5,8)

Pueden existir variaciones en este sentido y así lo expresa Pinborg Jhons y Ceballos Santo considera, como apuntamos, que hay una tendencia al incremento en la mujer debido a la presencia de agentes tóxicos como el tabaco y alcohol. ^(15,4)

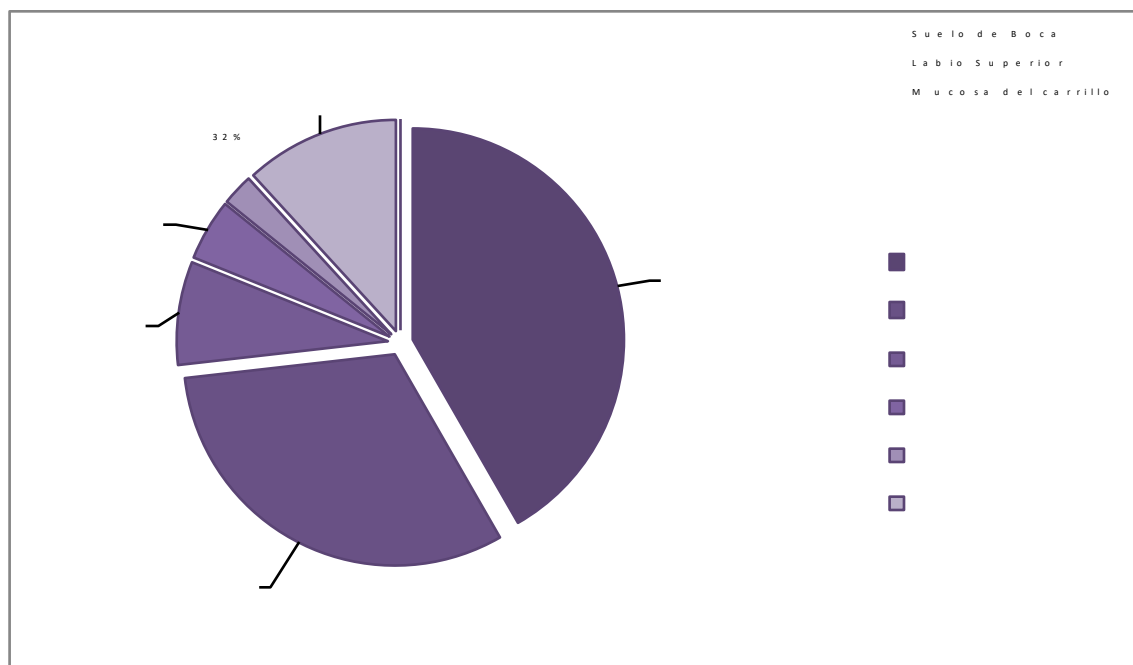
Al obtener estos resultados constatamos que nuestro criterio coincide con el de autor como Bascones M. Nos referimos al criterio relacionado con leucoplasia como lesión más frecuente en la cavidad bucal, seguida de la estomatitis subprótesis, muy frecuente en nuestro medio, correspondiendo en esta investigación en gran medida con el uso de la prótesis desajustada. Así también lo consideran Nicot C y otros autores, a pesar de la existencia de otras teorías que explican la etiopatogenia de esta entidad. ^(2,3)

León Martínez E, también señala que las Leucoplasias presentan mayor número coincidiendo con nuestro trabajo, pero difiere en cuanto al sexo ya que en su trabajo el más afectado es 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. ⁽³⁴⁾

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 femenino

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

En este trabajo se describió que los resultados obtenidos demuestran que la Leucoplasia es la lesión de mayor prevalencia sobre las otras encontradas y el que más afectado estuvo fue el sexo femenino.



Fuente: Historia clínica

n = 127

Gráfico 1: Localización anatómica de las lesiones premalignas y malignas en pacientes adultos del municipio de Florencia.

Se observó que la mayor parte de las lesiones se encontraron en el labio inferior lo que representó un 41.7%, seguido por las encías con 31.5%, en la mucosa del carrillo hubo 11.8, en la lengua hubo un 7.9%, el suelo de boca estuvo representado por 4.7% y en menor medida se encuentra el labio superior con 2.4%.

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", 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). ⁽⁴⁰⁾

Claro Brizuela, señala 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. ⁽⁴¹⁾

Aguas H, refleja el Carcinoma de labio como el de mayor frecuencia, representando un porcentaje que va desde 25% al 3% de los cánceres bucales, 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. ⁽³⁹⁾

En cambio Quintana Díaz JC, señala que las localizaciones más frecuentes en su estudio son la mucosa del carrillo y el labio inferior. ⁽³⁶⁾

Como se plantea en la página "Detección del cáncer oral", 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%. ⁽⁴⁰⁾

En este estudio se determinó que el sitio de localización más frecuente fue el labio inferior, concluyendo que en los pacientes examinados prevalece el hábito de fumar y esto afecta en gran manera la mucosa bucal.

Tabla 3: Distribución de los pacientes adultos con lesiones premalignas y malignas según color de la piel en el municipio de Florencia.

Lesiones	Color de la piel							
	Blanco		Mestizo		Negro		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Leucoplasia	35	27.6	20	15.7	8	6.3	63	49.6
Nevus	1	0.8	2	1.6	1	0.8	4	3.1
Estomatitis Subprótesis	11	8.7	7	5.5	9	7.1	27	21.3
Papiloma Bucal	4	3.1	2	1.6	3	2.4	9	7.1
Neoplasias Benignas	9	7.1	3	2.4	0	0.0	12	9.4
Carcinoma Epidermoide	0	0.0	4	3.1	2	1.6	6	4.7
Paladar del fumador invertido	2	1.6	2	1.6	2	1.6	6	4.7
Total	62	48.8	40	31.5	25	19.7	127	100

Fuente: Historia clínica. n = 127

En la Tabla 3 sobre la distribución de pacientes adultos con lesiones premalignas y maligna color de la piel se pone de manifiesto que las cifras más altas corresponden a las del grupo de piel blanca con 62 para un 48.8%, seguido de los de piel mestiza con 40 con 31.5% y por último los de piel negra con 25 representado por 19.7%.

Fernández Pérez plantea que la lesión con mayor por ciento corresponde a la leucoplasia en los mestizos con 4(13.3%), quienes afirman que son propias de la

heterogeneidad de nuestra población, lo cual no coincide con nuestra investigación por ser la piel blanca la más afectada. ⁽²²⁾

Murphy Galeón plantea que en los Estados Unidos en los últimos años hay un aumento de las enfermedades cancerosas en relación a los factores raciales con predominio de la raza negra. ⁽⁸⁾

Robbin Shane apoya fuertemente la influencia de los factores ambientales y culturales ya que los mismos son numerosos y tienen una gran capacidad carcinógena; aunque no descarta una predisposición racial. ⁽⁵⁾

Tabla 4: Distribución de las lesiones premalignas y malignas según antecedentes familiares de los pacientes adultos del municipio de Florencia.

Lesiones	Antecedentes familiares			
	Existe		No existe	
	No	%	No	%
Leucoplasia	53	41.7	10	7.9
Nevus	1	0.8	3	2.4
Estomatitis Subprótesis	13	10.2	14	11.0
Papiloma Bucal	5	3.9	4	3.1
Neoplasias Benignas	9	7.1	3	2.4
Carcinoma Epidermoide	4	3.1	2	1.6
Paladar del fumador invertido	3	2.4	3	2.4
Total	88	69.3	39	30.7

Fuente: Historia clínica.

n = 127

De los resultados de la tabla 4 relacionado con tipo de lesión premalignas y maligna según antecedente familiar de cáncer en pacientes adultos del municipio de Florencia, podemos comentar que 88 de los pacientes de nuestra investigación tienen antecedentes, lo cual representó un 69.3% y no existe antecedentes 39 que representa un 30.7%.

Según lesiones, la más relevante son las leucoplasias es la con 49.6%, seguida de estomatitis subprótesis con 21.3% y en menos frecuencia nos encontramos el

carcinoma epidermoide y el paladar del fumador invertido lo que representa un 4.7 % .

Fernández Pérez plantea que en estas afecciones interviene el factor genético, aunque existen agentes modificadores; por lo que la herencia no tiene participación absoluta. ⁽²²⁾

Rodríguez Crespo expone que hay un grado de sensibilidad genética al desarrollar una enfermedad cancerosa que varía de una persona a otra. ⁽²⁹⁾

Robbins Shane expresa que hoy se sabe, que la mayoría de los cánceres son consecuencia de la acumulación de mutaciones en las células somáticas, jugando un papel importante en la génesis de estas enfermedades. ⁽⁵⁾

Tabla 5: Distribución de los factores de riesgo según lesiones premalignas y malignas en pacientes adultos del municipio de Florencia.

Lesiones	Factores de riesgo									
	Hábito de fumar		Ingestión de bebidas alcohólicas		Radiaciones solares		Alimentos irritantes		Irritantes bucales	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Leucoplasia	28	22.0	13	10.2	9	7.1	8	6.3	5	3.9
Nevus	0	0.0	1	0.8	2	1.6	1	0.8	0	0.0
Estomatitis subprótesis	10	7.9	4	3.1	0	0.0	9	7.1	4	3.1
Papiloma Bucal	5	3.9	2	1.6	0	0.0	1	0.8	1	0.8
Neoplasia Benigna	5	3.9	4	3.1	0	0.0	2	1.6	1	0.8
Carcinoma Epidermoide	2	1.6	0	0.0	0	0.0	2	1.6	2	1.6
Paladar del fumador invertido	6	4.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	56	44.1	24	18.9	11	8.7	23	18.1	13	10.2

Fuente: Historia clínica.

n = 127

En la tabla 5 se puede observar la distribución de los factores de riesgo según lesiones premalignas y malignas, donde se pudo observar que hubo un gran

número de pacientes con el hábito de fumar representado por un 44.1% con 56 pacientes, seguido por la ingestión de bebidas alcohólicas con 24 pacientes para un 18.9% y en menor medida las radiaciones solares con 11 pacientes para un 8.7%

Santana Garay plantea que por cada cigarrillo prendido, se desprenden unas 4 mil 500 sustancias tóxicas, la mayoría de ellas con efecto cancerígeno, téngase esto en cuenta para los grandes consumidores. ⁽⁵⁾

Ello refleja que hábito de fumar en nuestra población es más acentuado lo que ha sido confirmado por diversos autores entre ellos: Santana Garay y Fernández Pérez en su trabajo de tesis, comprobamos el papel importante del hábito de fumar como factor de riesgo desencadenante de las lesiones principalmente la leucoplasia, los cuales consideran que este hábito aumenta cada día más el riesgo de padecer un cáncer bucal entre los que lo practican. ^(5,12,)

El hábito de ingestión de alimentos irritantes ocupó el 18.1% , cifra inferior a la encontrada por León Martínez E, que al analizar los hábitos dietéticos demostró que el 62,5% , acostumbraban a ingerir comidas calientes e hipercondimentadas. ⁽³⁵⁾

La menor frecuencia se observó en las radiaciones solares (8.7%), seguido de los irritantes bucales con el 10.2% . 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, 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, 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% . ⁽³⁶⁾

La exposición a las radiaciones solares frecuentes se reportaron 60.3% , cifra está que resulta muy elevada comparada con el reporte de Quintana Díaz JC, que señalan este factor solamente en el 7% de los examinados. ⁽³⁶⁾

En casi toda la literatura revisada, se identifica el hábito de fumar como el factor de riesgo más importante para el desarrollo de las lesiones pre-malignas y malignas. ^(34, 36,49)

El hábito de fumar en muchos lugares del mundo es muy elevado, Aguas H ⁽⁴⁹⁾, 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, que en sus encuestas encuentra una frecuencia de 70,4 % de fumadores, lo cual coincide con nuestro trabajo. ⁽³⁴⁾

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 un resultado donde el 55,5% ingiere bebidas alcohólicas, 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.

Solo se tiene referencia de un estudio realizado por Lárez Andressen LA; 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. ⁽³⁷⁾

El criterio de muchos investigadores, 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. ^(31, 35,37)

Se encontró que el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas 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.

CONCLUSIONES

- El sexo que más afectado estuvo por lesiones premalignas y malignas fue el femenino y el grupo de edad fue el de 39-48.
- La lesión que más predominó fue la leucoplasia, donde el sexo femenino fue el que más afectaciones presentó.
- Las lesiones premalignas y malignas se localizaron con mayor frecuencia en el labio inferior.
- Hay un gran número de pacientes de piel blanca que estuvieron afectados por lesiones premalignas y malignas.
- Según los antecedentes familiares hubo más pacientes que presentaron estas patologías.
- Dentro de los factores de riesgo el que predominó fue el hábito de fumar.

RECOMENDACIONES

- Continuar realizando investigaciones donde se profundice con un estudio analítico sobre las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal en nuestra área de salud.
- Desarrollar estrategias de intervención en grupos de la población para desestimular los hábitos tóxicos y hacer promoción de estilos de vida sanos, logrando una atención estomatológica integral.
- Aumentar la capacitación y actualización de los estomatólogos generales para que se desarrolle con calidad el cumplimiento del programa Nacional de Detención del Cáncer Bucal.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Robbins S.L., Cotran M.D., Patología Estructural y Funcional, 3ra Ed. T II. La Habana. Edición Revolucionaria. 2014.
2. Bascones M.A., Bagan S.J.V., Bermejo F.A., Ceballos S.A. Lesiones precancerosas de la mucosa Bucal. 1ra Ed. T III. Madrid Comité Editorial; 2015. 3073 - 3085.
3. Nicot C. R., Delgado A. Y., Soto M. G. Factores de riesgo de las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. Revista Cubana de Estomatología 2015; 32 (2): 60 - 63.
4. Ceballos Santo A. Procesos bucales que con mayor frecuencia pueden sufrir transformaciones malignas. Madrid. Editorial Jarpyo; 2015. 7 - 34.
5. Robbins Shane L.; Patología Estructural y Funcional. 6ta Ed. Madrid. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana; 2018 - 792.
6. Ministerio de Salud Pública. Determinantes psico - sociales de la salud. Cuba. Ciencias Médicas; 2017.1.
7. Rodríguez C. A. Enfoque de Riesgo en la atención estomatológica. Revista Cubana de Estom. 2017; 34(1) : 40 -41.
8. Murply Galeón. P, Laurence W Lewhard P. E. Oncología Clínica. Manual de la American Cancer Society. 2da Ed. Estados Unidos. 2016. 45 - 70.
9. Santana G.I. C. "Prevención frente al espejo". Cuba. Periódico Trabajadores. Artículo : 15.
10. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de diagnóstico del cáncer bucal. La Habana, MINSAP. 2014. 3 - 5.
11. Berkow. R. Manual Merck de Información Médica para el hogar. Madrid. Edición P.A.H.O. 2017. 841 - 849.
12. Fernández P.F. Análisis Clínico-epidermiológico de lesiones pre-malignas de la cavidad bucal en el área de salud. Trabajo para optar por el título de Especialista de primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico del Reparto Municipal. Santiago de Cuba. 2017: 32

13. Soriano G.J.L; Galan A.Y; Luaces A.P, Martín G.A; Arrebola S.J.A.
Incidencia en Cuba del cáncer en la tercera edad. Revista Cubana de Oncol.2018; 14 (2): 121.
14. Ruiz P. A. Factores de riesgo de lesiones premalignas de la cavidad bucal en el municipio de Santiago de Cuba. Trabajo para optar por el título de Master en Atención Primaria. Santiago de Cuba; 2018: 16.
15. Pinborg Jhons I. Cáncer y pre-cáncer bucal. Habana. Editorial Científica Técnica; 2014. 48 - 71.
16. Santana G.I.C. Atlas de patología del Complejo Bucal. Habana. Editorial Científico Técnico; 2015. 163 - 202.
17. Sagué S. G. A Evaluación de la Calidad del Programa Nacional del diagnóstico precoz del cáncer bucal. Trabajo para optar por el título de Master en Atención Primaria de Salud. Santiago de Cuba; 2018: 34 - 35.
18. Marley-JJ; Linden- GJ; Cowan- CG; Lamey-PJ; Johnson-NW ;
Warnakulasuriya-KA; Scully-C.A comparison of the management of potentially malignant oral mucosal lesions oral medicine practitioners and oral. N.Ireland. UK.2018 27(10): 489 - 95.
19. D Costa-J; Saranath- D; Dedhia- P; Sanghvi- V; Mehta- AR. Detection of HPV-16 genome in human oral cancers and potentially malignant lesions from India. India. 2018. 34(5): 413 - 20.
20. Girod-SC; Pfeiffer-P; Ries-J; Pape-HD. Proliferative activity and Loss of function of tumor suppressor genes as biomarkers in diagnosis and prognosis of benign and preneoplastic oral lesions and oral squamous cell carcinoma. Germany. 2014. 36(4): 252 - 60.
21. García J.M, Lence A.J.J, Sosa R.M, Martín M.L.A, Fernández G.L.
Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (2014) Revista Cubana de Oncol. 2015; 15 (2): 114 - 18.
22. Fernández Pérez F. S. Seguimiento Clínico y caracterización histopatológica de las lesiones de la cavidad bucal. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilo-Facial. Santiago de Cuba; 2014: 30 - 35.

23. Grob-N, Schmid. Grendelmeier-P. Topical photodynamic therapy in dermatology. Dermatologisches ambulatorium des stadspitals triemli, Zurich. Ther - UM SCH. 2018 ang; 55(8): 529.
24. Kuo-My, Cheng- SJ, Chen-HM, Kok-SH, Hahn-LJ, Chiang-CP. Expression of CD44, CD44V5, CD44V6 and CD44V7-8 in betel quid Chewing - associated oral premalignant lesions and squamous cell carcinoma in taiwan. J-oral-Pathol-Med. 2018 oct; 27 (9): 428 - 33.
25. Tosios-KI, Kapranos-N, Papanicolaou - SI. Loss of basement membrane components laminin and type IV collagen parallels the progresion of oral epithelial neoplasia. Greece 2016 sep; 33(3): 261 - 8.
26. Quintana D.J.C, Ceja A.C. Gardón D.L. Importancia de la incorporación del médico de la familia al plan de detección precoz del cáncer bucal en Artemisa. Revista Cubana de Estom. 2016. 36(3): 230 - 34.
27. García J.M. Sosa R.M Lence A.J, Fernández G.L, Martín M.L.A. Distribución del Cáncer Bucal por etapas clínicas. Cuba (1988 - 1994). Rev Cubana Oncol. 2015. 15(3): 170 - 5.
28. Chávez M.F.J, Romero P.T, Gonzalez M.S; Lence A.J.J, Santos M.T. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. Revista Cubana de Oncol. 2017. 13(1): 5 - 11
29. Rodríguez Crespo, Delgado M.L. Diagnóstico de Salud Bucal. Revista Cubana de Estom. 2016; 33(1): 5 - 11.
30. Bowman. W.C., RAND M.J., Farmacología. Bases Bioquímicas y patológicas. Aplicaciones químicas. 2da Ed. t III. La Habana. Editorial Científico-Técnica. 2015. 46.
31. Castañeda D.M. El estomatólogo en la atención primaria de salud y su interrelación con el médico de la familia. Trabajo para Optar por el Título de Master en Atención Primaria. Santiago de Cuba; 2018: 34.
32. Márquez F.M. Calidad de la operatoria dental en la Clínica Estomatológica "Camilo Torres" Enero - Mayo 2000. Trabajo para optar por el título de Master en Atención Primaria de Salud. Santiago de Cuba; 2015: 88.
33. Chiu N.V. Temas de Medicina General Integral. V II. Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2015.

34. León Martínez E, Romero Sánchez MC, Ferrer Herrera I, Fatjó Cruz M.
Pesquisaje de lesiones pre-malignas y malignas en la cavidad bucal. Rev.
Cubana Med Gen Integr. [serie en Internet] 1996 [citado 20 Nov. 2016]
35. León Martínez E, Romero Sánchez MC, Ferrer Herrera I, Fatjó Cruz M.
Pesquisaje de lesiones pre-malignas y malignas en la cavidad bucal. Rev.
Cubana Med Gen Integr. [serie en Internet] 1996 [citado 20 Nov. 2016]
36. 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 2017]
37. Lárez Andressen 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. 2015]
38. Grispan D. Enfermedades de la Boca. Tomo I y II Ed. Mundi. Argentina
2014.
39. Aguas H, Lanfranchi Tizeira E. Lesiones pre-malignas o cancerisables en la
cavidad oral. Revista de la Facultad de Odontología (UBA) [serie en
Internet] 2009 [citado 20 Dic 2016];
40. Campaña de prevención del cáncer oral. (página en internet) 2012 (citado
20 Nov 2018).
41. Claro Brizuela NN. Cáncer Bucal. Desafíos para el estomatólogo General
Integral. Medicentro. 2010 [citado 24 abr 2017]

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo _____ con número de carnet de identidad _____, he sido informado de las características de esta investigación, a través de este documento expreso mi consentimiento como objeto de estudio, para la utilización de los datos aportados en la entrevista, que me será realizada al efecto, dando fe de la validez y confiabilidad de los mismos.

Firma: _____

Anexo 2

FORMULARIO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Numero de Historia Clínica: _____

Nombre y apellidos: _____

1. Grupo de edades:

a) __19-28

b) __29-38

c) __39-48

d) __49-59

e) __60 y más

2. Sexo:

a) Masculino ____

b) Femenino ____

3. Tipo de lesión:

a) __Leucoplasia

b) __Estomatitis subprótesis

c) __Neoplasias benignas

d) __Nevus

- e) __ Papiloma bucal
- f) __ Carcinoma epidermoide
- g) __ Paladar del fumador invertido

4. Factores de riesgos más frecuentes de las lesiones pre-malignas y malignas de la cavidad bucal.

- a) __ Hábito de fumar
- b) __ Ingestión de bebidas alcohólicas
- c) __ Radiaciones solares
- d) __ Alimentos irritantes
- e) __ Irritantes bucales

5. Localización anatómica de las bucales

- a) __ Labio superior
- b) __ Labio inferior
- c) __ Mucosa del carrillo
- d) __ Encías
- e) __ Lengua
- f) __ Suelo de boca

6. Observaciones: _____

7. Confeccionado por: _____

8. Firma: _____

9. Fecha: _____ de _____ del _____

