

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA NORTE
MORÓN**

TÍTULO: Caracterización de los pacientes fumadores mayores de 35 años de edad con lesiones bucales malignas y premalignas.

**TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO
EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

AUTORA: Dra. en Estomatología. Kirenia García Valdivia.

MORÓN

NOVIEMBRE DE 2020

**REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA NORTE
MORÓN**

TÍTULO: Caracterización de los pacientes fumadores mayores de 35 años de edad con lesiones bucales malignas y premalignas.

**TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN
ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL**

AUTORA: Dra. en Estomatología. Kirenia García Valdivia.

Residente de 2do año de Estomatología General Integral.

Tutor: Dra. Mara Isabel Morales Pardo. Especialista de Primer y Segundo Grados en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Auxiliar.

Facultad De Ciencia Médicas de Morón Arley Hernández Moreira.

MORÓN

NOVIEMBRE DE 2020

PENSAMIENTO

No importa cuán altruistas seamos, hay un rincón en nuestra alma que tiene la necesidad de la apreciación y el reconocimiento por un trabajo bien hecho. Eso es lo que nos mantiene vivos, listos para esforzarnos a hacer las cosas mucho mejor.

Charles Swindoll.

DEDICATORIA

A mi familia que siempre está a mi lado apoyándome en todos mis planes.

A mi tutora, profesores y colegas, por su ayuda incondicional, dedicación, no escatimando esfuerzos para darme lo mejor de sí.

Mi eterno agradecimiento a todos los que han estado a mi lado en esta hermosa travesía, apoyándome en todo lo que les ha sido posible, no mencionar sus nombres no implica su olvido, por lo contrario los recordaré ¡ siempre !

A todos muchas gracias.

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres que siempre han sido mis mejores maestros.

A mi hermano por mostrarme que los sueños pueden hacerse realidad y confianza antes mis años de formación.

A mi esposo por su paciencia y apoyo incondicional a lo largo de mi carrera.

A mi suegro que fue mi asesor al realizar el estudio de la tesis.

A la Revolución por la posibilidad que nos brinda de realizar nuestros sueños.

RESUMEN

Introducción: El cáncer bucal es un problema de salud que afecta a un grupo significativo de personas en el mundo y puede provocar notables secuelas anatómicas y fisiológicas en quienes lo padecen. **Objetivo:** Caracterizar a los pacientes fumadores mayores de 35 años de edad con lesiones bucales malignas y premalignas pertenecientes al consultorio 22; Área de Salud Norte del municipio Morón. **Diseño Metodológico:** Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo, en el período de enero a diciembre del 2019. El universo de trabajo estuvo constituido por el total de pacientes fumadores y mayores de 35 años, los cuales se seleccionaron por un muestreo no probabilístico de tipo quedando conformada la muestra por 36 pacientes con lesiones bucales, los cuales respondieron a los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** El mayor por ciento de los fumadores no presentó ningún tipo de lesión, no hubo pacientes con lesiones malignas. El mayor número de pacientes con lesiones premalignas está comprendido en el grupo de edad de 61 a 75 años, el color de la piel blanca fue la predominante, el alcoholismo y la mala higiene bucal fueron los factores de riesgo que más se asociaron a los pacientes con lesiones bucales. **Conclusiones:** La leucoplasia fue el tipo de lesión premaligna más frecuente encontrada y el labio inferior la localización más representativa. Predominó entre los pacientes con lesiones los que llevan más de 20 años fumando.

Palabras clave: Tabaquismo, lesión premaligna, factor de riesgo

INDICE

Contenidos	Páginas
Introducción	1 - 6
Marco Teórico	8 -28
Materiales y Métodos	29-32
Resultados y Discusión	33-43
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Referencias Bibliográficas	46 -53
Anexos	

INTRODUCCIÓN.

La cavidad bucal, por su anatomía especial y múltiples funciones, así como por su exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos tiene una peculiar significación en la salud humana. La incidencia de enfermedades en la cavidad bucal es relativamente alta: estas van desde simples procesos inflamatorios hasta importantes alteraciones neoplásicas. (1)

El cáncer bucal es un problema de salud que afecta a un grupo significativo de personas en el mundo y puede provocar notables secuelas anatómicas y fisiológicas en quienes lo padecen. Desde el punto de vista estomatológico es una de las enfermedades más trascendentales en la vida de un ser humano, pues produce secuelas permanentes en el complejo bucal, que afectan psicológicamente y repercuten en el entorno social y familiar del enfermo. La incidencia, la prevalencia y la severidad de esta enfermedad varían de un país a otro. (2-3)

El cáncer constituye uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad, no sólo en el ámbito de la salud pública sino también para las demás ciencias en general, siendo además una enfermedad de gran repercusión social.

Según la Organización Mundial de la Salud, las tasas de mortalidad por cáncer bucal muestran que en 50 países, el sexo masculino es el más afectado y la mayoría de los casos se presentan en personas mayores de 40 años. (4-5)

Se prevé que en el período de 2007 a 2030 la mortalidad por cáncer se incremente entre 7 y 17 millones de casos en el mundo, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento poblacional. En Estados Unidos se informan anualmente 30 000 nuevos casos de cáncer orofaríngeo (3 de cada 100 personas). (5-6)

De todos los tipos de tumores que se diagnostican en España anualmente, el cáncer bucal representa 2,6 % de los casos y su mortalidad es de 1,5 por cada 100 000 habitantes, cifra que se acerca peligrosamente a la mortalidad del cáncer de cérvix

uterino. La incidencia del cáncer bucal en 2013, en España, fue de 6,7 por 100 000 habitantes (2,7 en mujeres y 11,0 en varones).

En algunas zonas geográficas (América del Sur, Sudeste Asiático, Francia, Australia e India) este diagnóstico es más frecuente debido a múltiples factores, entre ellos el consumo de nuez de betel o de areca, mascar tabaco o fumar invertido; hábitos muy comunes en países asiáticos y suramericanos. (7)

En Cuba, el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) — iniciado en 1983 y oficializado mediante Resolución Ministerial en enero de 1986 por el Ministerio de Salud Pública—tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal mediante la prevención y el diagnóstico precoz por medio del examen del complejo bucal. (2, 4,8)

La única medida que puede aumentar los índices de curabilidad es el diagnóstico en una etapa inicial de cualquiera de los tipos histopatológicos que se desarrollan en el área bucal. El inicio de una conducta terapéutica precoz condiciona el descubrimiento e identificación de las neoplasias en una etapa donde la técnica seleccionada sea efectiva en la lucha contra el cáncer. (9)

La edad promedio de la mayoría de las personas que son diagnosticadas con estos tipos de cáncer es de 62 años, sin embargo, se ha reportado un creciente aumento en los casos de cáncer de cavidad bucal en los hombres menores de 50 años relacionado con infecciones a causa del virus del papiloma humano.(10)

Las más altas tasas de incidencia de cáncer de la cavidad bucal se reportan en Pakistán, Brasil, India y Francia, en algunos casos asociados a la ingestión de brebajes. En Cuba, en el año 2013, la tasa cruda de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en ambos sexos fue de 6,5 por 100 000 habitantes, donde ocupó el quinto lugar dentro de las diez primeras localizaciones. Esas cifras se elevan con el envejecimiento. En 2013 murieron 723 cubanos por este tipo de cáncer. (11)

En Cuba según anuario estadísticos del año 2017 los tumores malignos ocuparon el segundo lugar entre las causas de muerte con una tasa de 224.0 por cada 100000 habitantes, en relación al cáncer bucal hubo 829 fallecidos una cifra mayor que en el año 2016 donde fallecieron por esa causa 760, siendo así el cáncer bucal, está en el sexto lugar entre las causas de muertes por tumores, siendo muy superior en los hombres con respecto a las mujeres, 672 hombres y 157 mujeres. (12)

El 90% de los cánceres orales se diagnostican en mayores de 40 años, y más del 50% en individuos de más de 65 años. Recientemente se ha observado un aumento en la incidencia de esta enfermedad en menores de 40 años lo que podría estar asociado a una infección por el virus del papiloma humano.

En el año 2014, según el Anuario estadístico de salud, el riesgo de morir por cáncer fue de 212.6 por 100000 habitantes, seguida de la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón.

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

El hábito de fumar constituye una de las adicciones que más afecta el segmento digestivo superior, que va desde una gingivitis hasta el cáncer bucal de las estructuras del sistema estomatognático. Las afecciones no sólo repercuten en la esfera bucal y digestiva, con gran frecuencia lo hacen en la esfera respiratoria, cardiovascular, neurológica y otros segmentos del organismo. (13-14)

El uso del tabaco está muy propagado en la sociedad actual. En el mundo desarrollado, la tercera parte de los varones mayores de 14 años fuman cigarrillos y en los países del tercer mundo cerca de la mitad. El 50% de los adultos que fuman se iniciaron en el hábito antes de los quince años y el 90% antes de los 18 años, o sea, en la etapa de la adolescencia. De continuar las modalidades actuales de

consumo de tabaco, unos trescientos millones de la población actual de niños y adolescentes perecerán debido al tabaquismo, ya que esta adicción suele comenzar antes de la edad adulta. Un tercio de la población cubana fuma activamente, el número de fumadores va aumentando con la edad hasta los 49 años y a partir de los 50 empieza a descender; a mayor nivel educacional menor cantidad de fumadores y prácticamente ningún cubano ignora que el tabaco afecta la salud. Sin embargo, todavía fumamos en demasía, acuñados por tradiciones centenarias y vulnerables estrategias preventivas. (15-17)

En el Sureste Asiático, en Asia Meridional y en algunas otras partes del mundo es común mascar quid de betel, se prepara con una mezcla de nuez de areca, hidróxido de calcio y canela 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.

En Cuba la práctica del tabaquismo está muy extendida en toda la población; el país se ubica entre los de mayor consumo del mundo. Por otra parte las tres primeras causas de muerte en la isla (enfermedades cerebro vasculares, tumores malignos y enfermedades cardiovasculares) están asociadas al tabaco. La cavidad bucal se ve afectada en todos sus elementos y en ella se produce el primer contacto que tiene el fumador con el tabaco predisponiéndolo a que se presenten afecciones bucales como: Estomatitis, Palatinitis Nicotínica, Leucoplasia, diversos grados de Hiperqueratosis, Eritroplasia, Carcinoma Epidermoide y la Enfermedad Periodontal entre otras. (18-20)

El hábito de fumar es considerado hoy en día un factor de riesgo, ya que satisface dos criterios, es biológicamente admisible, como agente capaz de producir enfermedades bucales y por estudios prospectivos, se ha demostrado que precede al desarrollo de la enfermedad periodontal y al cáncer bucal. (21-22)

La frecuencia relativa del cáncer de la boca, su diagnóstico tardío en más de la mitad de los pacientes, la posible efectividad de la prevención, tanto primaria como secundaria y accesibilidad de la exploración de su zona de desarrollo por un

facultativo previamente formado, son razones más que suficientes para justificar programas permanentes de prevención y diagnóstico temprano de la enfermedad, adecuados a las condiciones concretas de cada país. La OMS postula que la prevención del cáncer consiste en reducir al mínimo o eliminar la exposición a los carcinógenos. Hay un consenso general en que el estado de la enfermedad en el momento del diagnóstico es el factor determinante más importante en el pronóstico.

La detección de las posibles lesiones cancerizables es importante pero se requiere el realizar exámenes bucales en un gran número de personas de forma periódica regular, y no en forma esporádica como muchas veces se realiza, así como la preparación de un gran número de profesionales capaces de reconocerlas y tratarlas. Se estima que la tasa de supervivencia a 5 años podría duplicarse si el tratamiento se iniciara cuando las lesiones tuvieran menos de 2 cm de diámetro.

En el adecuado nivel de prevención, el estomatólogo debe poseer un adiestramiento suficiente cuya dinámica de trabajo le permita descubrir cualquier condición pre-neoplásica o lesión maligna clínica e identificar los signos de posibles alteraciones premonitorias de una malignidad preclínica. Desde los años 60, comienza a manifestarse con una definición precisa la participación del estomatólogo en las actividades de prevención y diagnóstico temprano del Cáncer Bucal en Cuba.

Por las implicaciones del mismo en la aparición de otras drogodependencias como el café, el alcohol y las drogas no institucionalizadas y por las graves consecuencias que tiene para la sociedad en general, el tabaquismo se considera, además, como un problema social y económico que no puede ser solucionado sin la eficaz colaboración de otros profesionales como educadores, psicólogos, economistas y sociólogos. (23)

Durante los últimos años el nivel de conocimientos acumulado acerca de los efectos del tabaco sobre la salud, ha situado las evidencias no sólo sobre su nocividad, sino sobre todo en los factores asociados a ella. Se ha demostrado que los riesgos para la salud a largo plazo, aumentan cuando el fumador regular comienza en la niñez o la

adolescencia y que mientras más temprano se inicia la persona, mayor es el riesgo de padecer en la adultez cáncer pulmonar y enfermedades circulatorias cardíacas.

24 Por todo lo expuesto anteriormente nos motivamos a realizar la presente investigación para así dar respuesta al problema que nos motiva en la investigación

¿Qué caracteriza a los pacientes fumadores, mayores de 35 años de edad, con lesiones malignas y premalignas pertenecientes al consultorio 22 del Área de Salud Norte del municipio Morón?

OBEJTIVOS.

Objetivo General:

Caracterizar a los pacientes fumadores mayores de 35 años de edad con lesiones bucales malignas y premalignas pertenecientes al consultorio 22; Área de Salud Norte del municipio Morón, en el período de enero a diciembre del 2019.

Objetivos Específicos:

1. Distribuir la población objeto de estudio según:
 - grupos de edad.
 - sexo.
 - color de la piel.
 - existencia o no de lesiones malignas y/o premalignas.
2. Identificar otros factores de riesgo presentes en los pacientes estudiados.
3. Clasificar las lesiones encontradas según estado de malignidad.
4. Distribuir los pacientes con lesiones malignas o premalignas según:
 - localización de las lesiones
 - tiempo que lleva fumando.

MARCO TEÓRICO

Cáncer Oral: Cáncer es un término que se usa para definir un estado en el que células anormales se dividen y multiplican sin control y tienen la capacidad de infiltrar otros tejidos. Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático. El cáncer de cabeza y cuello es el sexto cáncer humano más frecuente. El 3% de todos los cánceres se localizan en la cavidad oral. No obstante, existe una variabilidad geográfica con una mayor prevalencia en América del Sur, Sudeste Asiático y sobre todo en la India, en la cual el cáncer oral representa el 40% de todos los tumores malignos.

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

Diversos estudios han mostrado que los principales factores de riesgo asociados al carcinoma espinocelular o de células escamosas bucal son el tabaquismo y el alcoholismo. Se ha identificado una clara relación dosis-respuesta entre el tabaco y esta enfermedad, con un incremento en el riesgo para desarrollarlas directamente proporcional a la duración e intensidad de la exposición. El alcohol por sí mismo causa cambios neoplásicos, independientemente de los efectos carcinogénicos directos sugeridos. Otros factores de riesgo para la aparición del cáncer bucal y que son compartidos por muchos investigadores son: la edad del paciente, irritación crónica producida por dientes filosos o prótesis mal adaptadas, mala higiene bucal, avitaminosis A, C y E y los compuestos químicos empleados en algunas profesiones (níquel, textiles, ácido sulfúrico), así como las infecciones por el virus del papiloma humano, que es lo más novedoso. (10, 25-26)

En cuanto a la edad, el 90% de los cánceres orales se diagnostican en mayores de 40 años, y más del 50% en individuos de más de 65 años. Recientemente se ha observado un aumento en la incidencia de esta enfermedad en menores de 40 años lo que podría estar asociado a una infección por el virus del papiloma humano. Las

principales localizaciones de estas lesiones son lengua y piso de boca en Europa y el norte de América y la mucosa yugal en la India. En referencia a la histología, el 90% de los carcinomas orales son del tipo carcinoma oral de células escamosas. (27)

El carcinoma epidermoide de la boca (CEB), también denominado carcinoma de células escamosas, carcinoma escamocelular o espinocelular, es el más común en esta localización anatómica y está influenciado por un grupo de condiciones que se relacionan entre sí. Se le considera una neoplasia maligna originada en la mucosa bucal y en la mayoría de los casos la lengua es la ubicación topográfica más frecuente para su aparición y desarrollo.

El cáncer de la cavidad oral tiene como característica fundamental la diseminación a las cadenas linfáticas regionales del cuello y su mayor incidencia es en la población adulta de edad avanzada. La mortalidad por neoplasias malignas, se encuentra entre las primeras causas de muerte, junto con las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares. Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) delinean un panorama preocupante: la incidencia mundial del cáncer podría aumentar en el 50 % en las próximas dos décadas. Si los pronósticos del Informe Mundial del Cáncer se cumplen, en 2020 serán diagnosticados 15 millones de nuevos casos. (28)

En Cuba, el cáncer se ha ubicado como primera causa de muerte desde el año 2012, ha desplazado a las enfermedades cardiovasculares y nos ha sometido al desafío de cambiar este panorama. (29)

En el año 2014, según el Anuario estadístico de salud, el riesgo de morir por cáncer fue de 212.6 por 100000 habitantes, seguida de la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón.

El cáncer bucal es la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres, más de 500 000 casos nuevos anuales se diagnostican en todo el mundo, en África de cada 100 diagnósticos de cáncer en diferentes localizaciones, 40 corresponden a la cavidad bucal.

En Los Estados Unidos, tres de cada 100 personas padecen de cáncer orofaríngeo y en Argentina entre tres y cinco de cada 100 personas padecen de neoplasias bucales. (30) En Cuba, según datos del Registro Nacional de Cáncer (RNC), el cáncer bucal se ha encontrado entre las diez primeras causas de incidencia de cáncer en los hombres durante años. En el 2014 el riesgo de morir por cáncer de labio, cavidad bucal y faringe fue 11.3 por 100 000 en el hombre y 3.3 en la mujer. (31-32)

No ha sido posible probar de forma concluyente una asociación causal entre factores específicos y el cáncer oral. Esto se debe, en parte, a que la calidad de los datos estadísticos sobre los cánceres es muy variable y por otro lado, a que la etiología de la malignización es muy compleja y multifactorial. Los factores causales actúan durante un largo periodo, y el proceso de cambio hacia la malignidad es tan lento que transcurre un prolongado periodo de tiempo antes que se haga evidente. (27)

Existen diferentes tipos de cáncer, éstos toman el nombre del órgano en donde empiezan a proliferar. Actualmente el cáncer es una de las causas más comunes de morbilidad y mortalidad. Alrededor del 40 al 45 % de las muertes por cáncer son a causa del consumo de tabaco, dieta no saludable, consumo de alcohol, poca actividad física e infecciones. Los grupos con menos posibilidades y de bajos ingresos, son los más expuestos a los factores de riesgo, los cuales pueden y deben ser evitados.

El desarrollo de las lesiones tumorales malignas afecta funcional, estética y psicológicamente ya que una vez que estos pacientes adquieren estadios avanzados, su tratamiento puede producirles afectaciones morfológicas y funcionales.

La cavidad oral incluye los labios, el revestimiento interior de labios y mejillas (mucosa bucal), los dientes, las encías, las dos terceras partes anteriores de la lengua, el piso de la boca bajo de la lengua y el paladar duro. El área detrás de las muelas del juicio (llamada triángulo retromolar) puede ser incluida como parte de la cavidad oral, aunque con frecuencia se le considera como parte de la orofaringe.

La inmensa mayoría de los cánceres bucales son de origen epitelial, y muchos de ellos se desarrollan a partir de los tejidos de revestimiento de la cavidad bucal. Por ello cerca del 90% de los cánceres bucales son carcinomas de células escamosas.

(26)

Consideramos factor de riesgo, cualquier evento asociado a la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad, que puede ser de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social. El programa nacional de atención estomatológica integral refiere, que dentro de los factores físico-químicos los más importantes son el tabaco y el alcohol, añade otros como las prótesis mal adaptadas, los bordes cortantes de obturaciones o dientes y alimentos muy calientes o muy condimentados. (31) Doncel y cols (34) hacen mención además, a la sepsis bucal, la dieta escasa en frutas y vegetales y la exposición excesiva a la radiación solar, coincidiendo con Batista y colaboradores (35), quienes agregan, las radiaciones ionizantes cuando provienen de fuentes terapéuticas y plantean que los principales factores de riesgo del cáncer bucal, están relacionados en su mayoría con hábitos y estilos de vida insanos. Bécquer y López (29) incluyen los hábitos de morderse los labios o la lengua.

El tabaco es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo de lesiones pre malignas y del cáncer bucal, en especial del Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE), 8 de cada 10 pacientes con cáncer bucal son fumadores de tabaco en sus diversas formas: cigarrillos, puros, tabaco de mascar, tabaco en pipa, etc.

El consumo de tabaco, incluidos cigarrillos, cigarros, pipas, tabaco de mascar y rapé, es el factor de riesgo más importante para desarrollar cáncer de cabeza y cuello. El 85 % de los casos de cáncer de cabeza y cuello está ligado al consumo de tabaco. El hábito de fumar en pipa está particularmente vinculado con el cáncer en la parte de los labios que está en contacto con la boquilla de la pipa. Los productos del tabaco para uso oral (tabaco para aspirar o mascar) el tomar rapé están asociados con un 50% de riesgo de cáncer de mejilla, de encía y de la superficie interna de los labios. El humo de segunda mano también puede aumentar el riesgo de una persona de

desarrollar cáncer de cabeza y cuello. 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 bucal dejen de usar productos de tabaco de consumo oral. Pese a todo el daño que este cause, la suspensión del tabaco, en muchos casos, conlleva a que estos cambios sean reversibles, volviendo la mucosa a su aspecto normal, lo cual ratifica el hecho de que toda lesión pre cancerosa es reversible. El consumo del tabaco es el principal factor de riesgo asociado con cáncer oral y hay que añadirle a sus múltiples sustancias carcinogénicas, otro factor muy importante, el calor. (31)

El hábito de fumar constituye uno de los peligros más extendidos en el mundo actual, el 95 % de los pacientes con carcinoma bucal son fumadores inveterados, por lo que en ellos es 4 veces mayor el riesgo de padecer esta neoplasia. Se afirma que después del cáncer de pulmón, el más influido por el hábito de fumar es el de bucofaringe. Batista y colaboradores³⁵ al describir el papel de los factores ambientales en el cáncer bucal nos revelan que el humo de tabaco genera carcinógenos, los fumadores exponen su aparato aerodigestivo superior a la acción de los carcinógenos del humo de tabaco, lo que provoca cambios en esa mucosa que persiste años, aun si el paciente deja de fumar.

El consumo de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de padecer cáncer de la cavidad bucal. Cerca de 7 de cada 10 pacientes con cáncer oral son bebedores empedernidos. El etanol puro, por sí mismo, no es una sustancia carcinogénica, sin embargo, se asocia a sustancias carcinógenas que actúan como desencadenantes de la acción tóxica del alcohol. Así, el alcohol ejercería un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa bucal y permitiendo el paso de otros carcinógenos como el tabaco.

Entre las lesiones ocasionadas por el alcohol se encuentran:

- Desprendimiento del epitelio.

- Ulceraciones en la mucosa
- Gingivitis.
- Petequias.
- Lesiones blancas: Hay que tener en cuenta que el riesgo es 100 veces mayor en personas que consumen bebidas alcohólicas y tabaco. (36)

El alcohol actúa como un solvente que favorece la exposición de la mucosa oral a los carcinógenos y la captación celular de los mismos. La asociación del alcohol y el tabaco parecen tener un efecto sinérgico, de manera que, en las personas que los consumen, el riesgo relativo de desarrollar el cáncer es muy elevado, alrededor del 80 % de los pacientes alcohólicos fuman cigarrillos y la adicción a la nicotina es más severa en fumadores con dependencia alcohólica.

En relación con las infecciones virales, no está claro el papel del virus del papiloma humano en relación con el cáncer oral ya que algunas publicaciones presentan un rango de porcentaje que oscila del 0% al 91%. En relación con las infecciones bacterianas se ha visto relación con sífilis y glositis sífilítica pero más bien debido a los fármacos empleados en el tratamiento de estas entidades como las sales de arsénico u otros metales pesados. (37)

Los factores inmunológicos tienen una parte de responsabilidad en el desarrollo y comportamiento de las condiciones pre neoplásicas. El virus del herpes simple tiene una reconocida capacidad de producir enfermedades en la piel y mucosa. Los papilomavirus humanos son virus con un ADN de doble cadena y una especial afinidad por las células epiteliales. (36)

El virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más común en todo el mundo y afecta, al menos una vez en sus vidas, a un estimado de 50 a 80% de mujeres sexualmente activas. Se conocen más de 150 tipos de VPH, de los cuales más de 40 infectan el área genital y anal, de estos, unos 15 son oncogénicos. La mayoría de los adultos son infectados con papilomavirus humanos en algún momento de su vida y gran porcentaje de estas infecciones desaparecen espontáneamente. El virus del papiloma humano tiene relación con el cáncer oral. Se

ha estimado que, en el Reino Unido, el 8% del cáncer de la cavidad oral está vinculado a la infección por VPH4. Según Bell y Lescay, en casi el 80% de los pacientes el virus desaparece solo, es decir, el sistema inmune es capaz de destruirlo, pero el problema radica en que perdura en un porcentaje relativamente pequeño, no obstante, hay que aclarar que lo que se transmite no es el cáncer, sino el virus. (38)

En los últimos 30 años se ha incrementado la proporción de cáncer oral relacionado con estos virus en los Estados Unidos, debido probablemente a cambios en las conductas sexuales, y algunas pruebas vinculan su transmisión desde la zona genital a la cavidad oral.³⁷ El sexo oral desprotegido es un factor de riesgo, tan importante como el tabaco, para padecer cáncer de garganta, recientemente se observó que estos tumores también aparecían en un subgrupo de varones más jóvenes que no fumaban ni bebían. Al respecto se analizó que estos estaban afectados por el papilomavirus humano, el cual se contagia, además, de mucosa a mucosa o de piel a mucosa, aunque es menos frecuente. (39)

Se ha determinado en varios estudios que una dieta baja en frutas y hortalizas está relacionada con un mayor riesgo de cáncer bucal. Se sabe con certeza que ciertas deficiencias vitamínicas pueden provocar alteraciones en el epitelio que se asocian con cáncer. Algunos nutrientes y hábitos alimenticios están asociados al desarrollo de muchas enfermedades, así como el consumo excesivo de carnes rojas fritas o cocinadas con condimentos picantes favorece al desarrollo del cáncer bucal, ya que desprenden sustancias carcinógenas como las aminas heterocíclicas.

Las personas cuya higiene bucal y cuidado dental son deficientes pueden tener un riesgo mayor de cáncer de la cavidad oral. La mala salud dental o la irritación constante provocada por prótesis dentales mal adaptadas, especialmente en las personas que consumen alcohol y productos derivados del tabaco, pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer bucal. Así como los traumatismos constantes en un área determinada conllevan a generar ulceraciones que podrían originar lesiones que invitan al cáncer. Los traumatismos crónicos y repetidos en un mismo sitio durante

largo tiempo constituyen ejemplos de irritación crónica y de su papel en la promoción de condiciones para el desarrollo de un cáncer. (40) La irritación mecánica crónica también se asocia a cáncer de la cavidad oral. Cuando el borde lateral de la lengua se expone a fricción por dientes afilados o por una dentadura mal ajustada, se puede originar un carcinoma de células escamosas. Sin embargo, factores desconocidos juegan un papel en la asociación entre la mala higiene dental, la fricción mecánica y el cáncer oral. Una especial atención requieren los pacientes que usan prótesis dentales, frecuentemente pasan 10, 15, 20 años sin acudir al estomatólogo para que le hagan un examen bucal. Las prótesis, cuando no están en buen estado, pueden convertirse en agentes causales de lesiones malignas o no, en la mucosa bucal. (36)

El aumento del cáncer bucal en jóvenes podría explicarse por el problema de la inmunosupresión crónica asociada al VIH.

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. (37)

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

Tres condiciones en la boca: la leucoplasia, la eritroplasia y paladar del fumador invertido pueden ser precursoras del cáncer:

- Leucoplasia: condición caracterizada por una mancha o placa blanquecina que se desarrolla en la boca, y que ocurre en respuesta a una irritación prolongada.
- Eritroplasia: condición caracterizada por una mancha o placa roja y elevada que se desarrolla en la boca.
- Paladar de fumador invertido: lesión fuertemente queratinizada del paladar a causa de fumar con el fuego del cigarro o tabaco dentro de la boca. (41)

Algunos autores refiere que se deben precisar las características de la premalignidad, las cuales se clasifican en lesiones pre neoplásicas y estados o condiciones pre neoplásicas. La lesión precancerosa es una alteración morfológica de la mucosa de la boca donde existen mayores posibilidades de que ocurra un cáncer, las aceptadas universalmente, son la Leucoplasia de la mucosa bucal, Eritroplasia de la mucosa bucal y Paladar de fumador invertido. La leucoplasia es la lesión pre neoplásica por excelencia, la más común de las potencialmente malignas; algunas son idiopáticas y otras están relacionadas con los hábitos como el abuso del alcohol y el tabaco. Entre ellas, la Eritroplasia es más peligrosa en su potencialidad de desarrollar un carcinoma epidermoide de la boca (CEB), aunque su prevalencia sea mucho más baja. En ciertas partes del mundo se presenta otra lesión fuertemente que ratinizada en el paladar y zona posterior de la lengua producto de fumar con la candela del cigarro dentro de la boca (fumador invertido). La conducta ante las lesiones pre neoplásicas debe ser su total eliminación. El estado precanceroso, es una condición generalizada, asociada con un significativo aumento del riesgo de tener un cáncer. Constituye un grupo variado de condiciones que debe ser reconocido por los profesionales de la salud, así como se ha de conocer el riesgo que implica su presencia para adoptar medidas terapéuticas en la prevención del cáncer.

Entre ellos, la papilomatosis bucal florida es una entidad inicialmente benigna, del liquen plano, algunos autores han presentado casos de su transformación a lesiones eritroplásicas y tumores malignos, sobre las fibrosis submucosa bucal algunos reportes aseguran que la tercera parte degeneran en cáncer y la queilitis actínica constituye una reacción inflamatoria aguda o crónica de la submucosa o mucosa del labio, por una exagerada exposición a los rayos solares.

Tanto las anemias sideropénicas como la hipovitaminosis, producen una depapilación de la lengua o una marcada atrofia de los epitelios que constituyen un terreno proclive al desarrollo del CEB. Las mucosas atróficas poseen algunas condiciones que se pueden considerar estadios intermedios entre ciertas alteraciones pre neoplásicas. En la papilomatosis bucal florida, las zonas con las

actividades proliferativas están rodeadas de mucosa atrófica. El paladar de fumador o estomatitis nicotínica, se caracteriza por la presencia de zonas blanquecinas plagadas de puntos rojizos, es más frecuente en los fumadores de pipa. Los cambios originados en la mucosa del paladar duro que puede tomar parte del blando, se deben a la acción del tabaco. (39)

Se considera que el diagnóstico y la consecuente eliminación de los estados y lesiones pre-malignas son lo más certero y seguro para disminuir la morbilidad y la mortalidad por Cáncer Bucal. (42-43)

La Leucoplasia merece una atención especial, es la lesión más común, evidente en el 3% de los adultos, al mismo tiempo más del 85% de las lesiones pre-cancerosas se manifiestan como Leucoplasias.

Para su aspecto clínico se han propuesto varias clasificaciones siendo la utilización de los términos Leucoplasia Homogénea y no Homogénea los más aceptados universalmente. En Cuba la clasificación más utilizada y difundida es la de Santana Garay. (1)

La leucoplasia puede aparecer como una lesión única, localizada y difusa, que ocupa extensas áreas de la mucosa bucal. Su aspecto clínico es muy heterogéneo; puede variar desde áreas maculares, lisas, ligeramente blanquecinas y translúcidas hasta placas netamente blancas, elevadas, gruesas, firmes, con superficie rugosa y fisurada.

Generalmente son asintomáticas, pero algunos pacientes pueden presentar una ligera sensación de ardor. (44)

Dicha afección puede presentarse clínicamente de múltiples formas según el patrón clínico, la extensión de la lesión y su localización dentro de la cavidad bucal. Actualmente se consideran 2 formas clínicas: homogénea y no homogénea. La distinción entre ambas es exclusivamente clínica, basada en el color de la lesión y sus características morfológicas que se relacionan con su evolución. (45)

Las leucoplasias de tipo homogéneo se definen como lesiones predominantemente blancas, uniformes, de bordes bien delimitados, planas y de superficie lisa, con una fina apariencia que puede presentar grietas o hendiduras poco profundas y de consistencia no indurada. Suelen ser asintomáticas y se descubren de forma casual. El riesgo de transformación maligna a largo plazo es relativamente bajo (5,0 %). Las formas homogéneas presentan mayor prevalencia que las no homogéneas, en una proporción que varía de 2:1 a 11:1. (46)

Ahora bien, las leucoplasias de tipo no homogéneo llevan asociado un componente eritematoso, nodular, erosivo, ulcerado o verrugoso exofítico. Su riesgo de transformación maligna alcanza 25,0 %, por ello se consideran lesiones de alto riesgo (4-7 veces mayor en relación con las leucoplasias de tipo homogéneo).

La leucoplasia verrugosa proliferativa (LVP) se considera actualmente como una entidad independiente del conjunto de leucoplasias; es un tipo muy agresivo de lesión no homogénea de origen desconocido, cuyo riesgo de malignización alcanza hasta 80,0 % de los pacientes. Comienza como placas blancas, solitarias, que crecen lentamente y se hacen exofíticas, verrugosas y tienden a extenderse. Se caracterizan por tener una presentación multifocal o difusa con lesiones que cubren un área extensa de la cavidad bucal. Las mucosas yugal y palatina son las más afectadas, seguidas por la mucosa alveolar, la lengua, el piso de la boca, la encía y los labios. La localización predominante en las mujeres es la mucosa yugal y en los hombres, la lengua. (46)

La frecuencia relativa del cáncer de la boca, su diagnóstico tardío en más de la mitad de los pacientes, la posible efectividad de la prevención, tanto primaria como secundaria y accesibilidad de la exploración de su zona de desarrollo por un facultativo previamente formado, son razones más que suficientes para justificar programas permanentes de prevención y diagnóstico temprano de la enfermedad, adecuados a las condiciones concretas de cada país. La Organización Mundial de la Salud (OMS) postula que la prevención del cáncer consiste en reducir al mínimo o eliminar la exposición a los carcinógenos. (33)

Investigadores del tema en diferentes partes del mundo han planteado la necesidad de aplicar programas destinados a detectar el cáncer bucal. Mashberg enfatiza que pese a que la cavidad bucal es fácilmente accesible al examen visual, el 60% de los Carcinomas Epidermoides Bucales se diagnostican en etapas tardías y los programas aplicados han resultado limitados. Hayes, sostiene que en los exámenes de rutina debe incluirse la pesquisa del cáncer bucal y Maldonado describe la aplicación de un programa de detección de cáncer bucal en Houston con la participación de personal dental. Además, Inglaterra, Colombia y México, entre países, han puesto en práctica programas con intenciones similares, con dificultades, como escasos recursos humanos profesionales para la ejecución de estos. (40)

En 1962 en Cuba, se precisó la necesidad de incorporar profesionales a la lucha contra el cáncer de la boca. Para esto se incorporó la preparación del tema en el programa docente y se comenzó el adiestramiento a todos los estomatólogos. En 1975, con la publicación de la monografía El Estomatólogo en la Detección del Cáncer Bucal, se considera que comienza paulatinamente el establecimiento nacional del PDCB. En 1982, con el apoyo de la Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), que confecciona un sistema de información estadística automatizado, la Dirección Nacional de Estomatología puso en ejecución nacional el PDCB e informó sus resultados en 1983. (40)

Para ejecutar las medidas de prevención, en sus distintas etapas, no sólo es imprescindible la preparación del estomatólogo en los aspectos clínicos–epidemiológicos del cáncer bucal, sino también, en la interiorización de los objetivos del programa y la necesidad de desarrollar métodos educativos específicos dirigidos a la comunidad, para obtener la participación activa de ésta en el enfrentamiento al problema del cáncer bucal. (33)

Lo que para muchos países es una quimera, en nuestro país existe desde hace más de 30 años, no hay en el mundo un programa de detección de cáncer bucal de cobertura nacional como en el nuestro con una estructura que posibilita su ejecución sin la utilización de grandes recursos, es necesario desarrollar todas nuestras

potencialidades y aprovechar el poderoso instrumento que representa el Programa de Detección del Cáncer Bucal para lograr que cumpla sus objetivos. (47)

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

La cobertura completa no se ha alcanzado debido, probablemente, a que la población supuestamente sana no demanda el chequeo anual del complejo bucal, y en gran parte este pesquisaje se caracteriza por ser pasivo, aunque contempla a los pacientes que sean vistos por el estomatólogo y el médico de familia. Las actividades de promoción y prevención de salud en la Atención Primaria están destinadas principalmente a orientar el autoexamen bucal y a modificar los hábitos asociados con el uso del tabaco y del alcohol. Se observa disminución de las tasas de leucoplasia y otras lesiones preneoplásicas en poblaciones que reducen su consumo. (27)

Con la implementación del PDCB en Cuba se ha logrado mantener la curabilidad del cáncer bucofaríngeo al más alto nivel internacional. El desarrollo del mismo ha constituido un gran avance en el conocimiento, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales, sobre todo, en relación con las lesiones y estados premalignos y las neoplasias malignas de localización bucal, en amplia concordancia con las directrices sobre política y gestión de los programas nacionales de lucha contra el cáncer dictados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (49)

Dado el aumento global del número de casos de cáncer bucal, la factibilidad de realizar el examen y detección temprana conjuntamente al tratamiento oportuno y la aplicación de acciones de promoción y prevención de salud tales como las normadas

por el PDCB, los médicos y estomatólogos deben tener una guía para la realización del examen físico que a su vez les permita enseñar a sus pacientes a practicar el autoexamen bucal. (50)

Pueden presentarse los casos de pacientes asintomáticos que acuden a realizarse un tratamiento de atención general o especializada, o bien tratarse de un paciente con conocimiento de presentar una lesión o síntomas subjetivos. En el primer caso, el interrogatorio va dirigido a buscar datos que se relacionen con el grupo de alto riesgo de padecer cáncer; sin embargo, en la segunda posibilidad el paciente acude a consulta por una molestia o lesión específica, para lo cual se le interroga con el objetivo de relacionar los hallazgos clínicos con la evolución y los síntomas requeridos. (51-52) En todas las situaciones, se debe valorar: la edad del paciente, los hábitos tóxicos como tabaquismo, alcoholismo, así como la ocupación, los padecimientos, las enfermedades crónicas y los antecedentes familiares.

Estomatólogos y clínicos tienen la responsabilidad de realizar un cuidadoso examen de la cabeza y el cuello como parte del examen físico de sus pacientes. La exploración puede ser realizada en el mismo local de trabajo del médico o estomatólogo como una actividad permanente del trabajo diario e incluso durante la visita al hogar o centro de trabajo. (53) El instrumental que se debe utilizar es el habitual del estomatólogo o en su defecto un depresor de lengua. Lo más importante es una buena iluminación (natural o artificial). El examen se sustenta en la inspección y palpación, que deben realizarse simultáneamente. La importancia de la última radica en que puede detectar cualquier alteración que no haya sido identificada por la inspección.

Este procedimiento sencillo y poco invasivo usualmente toma aproximadamente cinco minutos. Su propósito es detectar: nódulos, inflamaciones, alteraciones mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables. El examen se ha simplificado en siete pasos aprovechando al máximo las habilidades del examinador y dirigiendo el proceder a zonas topográficas que tienen continuidad anatómica. Colóquese al

paciente sentado frente al examinador y pídale que retire cualquier prótesis antes de comenzar el examen, así como gafas, pañuelos o cualquier otro aditamento que dificulte la correcta realización del mismo. Después de realizar la inspección general de la cara y el cráneo del paciente, donde se detalla cualquier alteración de su fisonomía, rasgos, tipo facial, expresión, inspección de la piel, cambios de color, aumento de volumen, cambios de textura, asimetrías, presencia de cicatrices, lunares u otras lesiones, se procede a examinar el labio.

Se comienza la exploración desde la piel hasta la mucosa (línea de Klein), desde una a otra comisura y en altura hasta el surco vestibular, el cual se explora conjuntamente con la encía vestibular o labial hasta la zona canina. La palpación bimanual (bidigital con los dedos índice y pulgar) evidenciará cualquier signo de alteración en las glándulas salivales accesorias, la inserción de los frenillos, los gránulos de Fordyce y la consistencia normal de la encía y el labio. (54-55)

Mucosa del carrillo: Se comienza por el lado derecho, desde la comisura hasta el espacio retromolar, el cual se explora minuciosamente; también el resto del surco vestibular y la encía vestibular superior e inferior. Se palpa en toda su extensión de forma bimanual. (56)

Deben recordarse las estructuras normales como: la terminación del conducto de la glándula parótida (Stenon), la línea alba, las glándulas sebáceas ectópicas, las ocasionales manchas oscuras de origen étnico y las otras estructuras habituales de la zona que pueden confundirse con procesos patológicos; la maniobra se repite en el lado izquierdo.

Paladar duro y blando: En este caso se incluye en un bloque de exploración: el paladar duro, el paladar blando con la úvula y los pilares anteriores (palatogloso), 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. El paladar blando es móvil y depresible, para comprobar su movilidad se le indica al paciente que pronuncie la

letra A de forma continua (aaaaaaaaaa), se palpa con el dedo índice de forma rápida, para evitar el reflejo nauseoso. (54)

Lengua móvil: Explore la cara dorsal, bordes y vértice de la lengua. Compruebe la movilidad lingual ordenando al paciente que proyecte la lengua y la mueva en todas direcciones. Realice la palpación bidigital de la cara dorsal y bordes, en busca de nódulos o induraciones. Para ello se puede tomar el vértice lingual con una gasa. En esta región pueden identificarse normalmente: las papilas filiformes, fungiformes, valladas y foliáceas; glositis romboidal media y fisura y surcos linguales.54-55 Cara ventral de la lengua y suelo de la boca: Con el auxilio de un depresor o espejo bucal, examine el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y la encía lingual. Para la inspección de estos sitios indique al paciente que coloque el vértice de la lengua en el paladar duro. Para la palpación bidigital del piso de la boca, el dedo índice de una mano se coloca debajo del mentón y el dedo de la otra mano palpa el piso anterior de la boca de cada lado.

Las formaciones anatómicas de estos sitios incluyen: la salida de los conductos de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares (Rivinus y Wharton), frenillo lingual, glándulas sublinguales prominentes, torus mandibular, línea oblicua interna y apófisis genis (línea de inserción de los músculos del suelo de la boca). En la cara ventral de la lengua pueden encontrarse las glándulas salivales accesorias. (55)

Raíz o base de la lengua y bucofaringe: Inspecciónese la raíz o base de la lengua y el resto de la bucofaringe auxiliándose del espejo bucal o laríngeo previamente calentado por encima de la temperatura corporal (para que no se empañe). Este calentamiento se puede realizar con un mechero, frotándolo o con la luz de la lámpara, mientras se tira con una gasa del vértice lingual hacia delante y abajo. Con el dedo índice palpe la base de la lengua y el resto de la bucofaringe con un movimiento en U de forma rápida por el reflejo de nauseas que provoca. Deben identificarse aquí las siguientes estructuras: amígdalas palatinas, linguales y faríngeas, vegetaciones linfoides de la base de la lengua y las valéculas. (54)

Examen del cuello y Articulación Témpero Mandibular (ATM): La inspección de la cara y el cuello permitirá detectar cambios de pigmentación o aumentos de volumen, asimetrías u otras alteraciones. Para la palpación, comenzando por el lado izquierdo, incline la cabeza del paciente hacia ese lado con ayuda de su mano izquierda, mientras que con la derecha se realiza la maniobra; repita el proceder en el lado derecho invirtiendo sus manos. Palpe atentamente las zonas de las cadenas ganglionares submandibular, yugular interna, cervical transversa y espinal accesoria así como los grupos submentonianos, parotídeos, preauricular, retroauricular y occipital. Palpe las glándulas salivales parótidas, submandibulares y sublinguales y la articulación témporomandibular. (27)

Cadenas ganglionares: Submandibular: situada dentro del triángulo digástrico, a lo largo de la cara interna de la mandíbula, tiene 3 grupos (anterior, medio y posterior) que reciben el drenaje linfático de la cara y parte anterior de la boca. Yugular interna: situada por delante del músculo esternocleidomastoideo, tiene 3 grupos (superior, medio e inferior) que reciben el drenaje linfático de la parte anterior de la cabeza y el cuello, fosas nasales, faringe, oídos, lengua, paladar duro y blando, glándulas salivales y tiroides.

Cervical transversa: situada en relación con la fosa supraclavicular, recibe el drenaje de la región lateral del cuello, de la región mamaria y de la cadena espinal.

Espinal accesoria: situada por detrás del músculo esternocleidomastoideo, recibe el drenaje linfático de los grupos occipitales, región de la nuca, zona lateral del cuello y hombro.

Para completar la exploración del cuello, sitúese por detrás del paciente y utilizando ambas manos realice la palpación detectando las posibles diferencias entre las estructuras contralaterales. Aún en ausencia de síntomas, un nódulo cervical unilateral en un paciente de mediana edad es sospechoso de malignidad. Cuando se note xerostomía (sequedad bucal) o aumento de volumen de algunas de las glándulas salivales debe extraerse y evaluarse la calidad, cantidad y consistencia de

la saliva. Para ordeñar la glándula parótida coloque un dedo en el área preauricular y desplácelo hacia delante siguiendo el camino del conducto. La glándula submaxilar es ordeñada colocando un dedo en el triángulo submandibular del cuello con un movimiento hacia el mentón. La saliva proveniente de las glándulas submandibulares es drenada por el conducto de Wharton localizado por detrás de los incisivos inferiores. Las glándulas salivales con funcionamiento normal producirán al menos una gota de saliva clara y acuosa.

Articulación témporomandibular (ATM): El examen se realiza por delante o por detrás del paciente. Se coloca el dedo índice en la región preauricular y se le indican la paciente realizar movimientos de apertura y cierre, propulsión, retropulsión y de lateralidad. También se puede desarrollar introduciendo el dedo índice en el conducto auditivo externo.

Recuerde que algunos de los signos de advertencia de cáncer bucal son: Úlcera que no cicatriza.

Lesión roja o blanca persistente.

Lesión que sangra fácilmente.

Dificultad para masticar o tragar.

Dificultad para mover la lengua o la mandíbula.

El dolor y la irritación pueden o no estar presentes en las lesiones incipientes. Las lesiones traumáticas desaparecen generalmente cuándo se suprime el agente etiológico, siendo las prótesis mal ajustadas su causa más común. Las lesiones que persistan después de dos semanas deben someterse a biopsia para confirmar su histología. Los pacientes con lesiones traumáticas sospechosas deben ser remitidos al especialista para su diagnóstico y tratamiento. (54-55)

Diagnóstico clínico

Interrogatorio: a pacientes y familiares. Precisar tipo de síntomas haciendo énfasis en la secuencia y tiempo de aparición de los mismos.

Examen físico: para identificar cualquier alteración morfológica y según lo expuesto en el Programa de Detección del Cáncer Bucal.

Medios Auxiliares de Diagnóstico:

Estudios de Laboratorio Clínico:

Hemograma

Eritrosedimentación

Coagulograma

Hemoquímica (según criterio).

Estudios Radiográficos

Tórax

Mandíbula simple u ortopantografía.

Senos perinasales

Ultrasonido de cuello

TAC: en los casos de infiltración evidente o probable, de regiones profundas del cuello y cabeza, estructuras óseas y otros. (56)

Estudios de anatomía patológica

Biopsia. Preferiblemente por ponche o incisional.

Biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF).

Citología exfoliativa.

Tratamiento.

De acuerdo a la extensión de la enfermedad y con un enfoque multidisciplinario. Para esto se debe considerar la clasificación de las neoplasias según su extensión e implicaciones metastásicas. T.N.M. y para cada T.N.M. está descrito un modelo terapéutico que corresponde.

Los métodos de tratamiento del cáncer bucal son:

Cirugía, fundamentalmente.

Radioterapia, en raras ocasiones.

Quimioterapia, casi no utilizada en el Cáncer Bucal

Inmunoterapia, este método está muy excepcionalmente indicado

Las decisiones sobre el tratamiento adecuado se toman teniendo en cuenta factores tales como la localización, la histología, el tamaño, la profundidad de invasión, el estadio de la enfermedad, el tratamiento previo y la necesidad de cirugía reconstructiva. Hay otros factores como son los relacionados con el paciente, el médico, la institución. De la consideración de todos estos parámetros se deduce claramente que cada paciente requiere un enfoque terapéutico diseñado especialmente para él.

Rehabilitación: durante y posterior al tratamiento. Prótesis Buco Máxilo Facial.

Acciones de Promoción y Prevención: se deben realizar por médicos y estomatólogos en todos los niveles del sistema. Tienen como objetivo fundamental, detectar, disminuir o eliminar hábitos perjudiciales para la salud bucal tales como, fumar, ingerir bebidas alcohólicas y otros dañinos para la mucosa oral. Además de la eliminación de todo elemento que irrite o traumatice la mucosa oral como prótesis mal ajustadas y sepsis bucales. La difusión por el personal de salud y medios masivos de comunicación de la importancia del examen de la boca, como único medio eficaz para la detección precoz de lesiones pre y malignas de la boca y como única manera posible de disminuir la mortalidad por cáncer bucal.

Los tratamientos aplicados a los pacientes traen consigo varias complicaciones o efectos adversos:

Efectos de las radiaciones ionizantes sobre la mucosa bucal.

Mucositis: Inflamación, erosión y ulceración de la mucosa bucal que produce dolor y dificultad para ingerir alimentos.

Sobre las glándulas salivales:

Xerostomía: Disminución o supresión de la secreción salival por disminución del número de gránulos de secreción. Las alteraciones se limitan a los acinos. Se afecta la autolimpieza y aumenta la formación de la placa dentobacteriana con el consiguiente aumento de la caries y la enfermedad periodontal.

Sobre los dientes:

Caries por radiación: la caries comienza en los cuellos y progresa rápidamente produciendo amputación de la corona, los dientes se vuelven frágiles y el esmalte es quebradizo.

Hipersensibilidad dentinaria.

Sobre el hueso:

Disminución de la vitalidad del hueso: el balance entre la formación ósea y reabsorción está alterado. Hay osteoporosis localizada, disminución de la capacidad para reaccionar a estímulos nocivos por alteraciones vasculares que en la mayor parte de los casos es permanente.

Osteorradionecrosis: infección crónica dolorosa acompañada de necrosis y formación de sequestrados óseos.

La mandíbula es la más afectada.

Efectos de la quimioterapia (citostáticos).

Sobre la médula ósea: anemia, leucopenia y trombocitopenia.

Sobre la mucosa: Mucositis: inflamación, erosión y ulceración de las mucosas que produce dolor y dificultad para ingerir alimentos.

Efectos de la cirugía oncológica

Mutilaciones que pueden disminuir la apertura bucal y dificultar la correcta higiene y los tratamientos estomatológicos. (55)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con el objetivo de caracterizar a los pacientes fumadores mayores de 35 años con lesiones bucales malignas y/o premalignas pertenecientes al consultorio 22; Área de Salud Norte del municipio Morón, en el período comprendido de enero a diciembre del año 2019.

Mediante las consultas y visitas de terrenos se les realizó a todos los pacientes fumadores el examen estomatológico para diagnosticar lesión maligna o premaligna en caso que existiera. El universo de trabajo estuvo constituido por el total de pacientes fumadores y mayores de 35 años del área de salud antes mencionada (80) y que fueron incluidos en el estudio, los cuales se seleccionaron por un muestreo no probabilístico de tipo intencional y que cumplieran los criterios de inclusión. La muestra quedó conformada por 36 pacientes con lesiones bucales.

Criterios de inclusión:

- Fumador, mayor de 35 años de edad y pertenecer al Consultorio 22; Área de Salud Norte Morón además de estar de acuerdo a ser incluido en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se nieguen a ser incluidos en el estudio.

PRINCIPALES DIMENSIONES E INDICADORES.

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicadores
Edad	Cuantitativa Discreta	36-45 46 –60 61 – 75 76 – 80 más de 80	Edad en años cumplidos según carnet de identificación.	Números y por cientos
Sexo	Cualitativa Nominal	Femenino Masculino	Según sexo biológico	Números y por cientos

	Dicotómica			
Color de la piel	Cualitativa Nominal Politómica	Blanca Negra Mestiza	Según color de la piel	Números y por cientos
Factores de riesgo	Cualitativa Nominal Politómica	-Consumo de alcohol -Prótesis mal ajustada -Borde filoso -Higiene bucal deficiente	Según factor de riesgo presente	Números y por cientos
Localización	Cualitativa Nominal Politómica	Lengua. Labio (superior e inferior). Mucosa del carrillo (izquierdo y derecho). Suelo de boca. Paladar duro y blando.	Según localización de acuerdo al tipo de lesión	Números y por cientos
Tipo de lesión	Cualitativa Nominal Politómica	Según clasificación utilizada en cuba por el PDCB ¹	Según lesión encontrada al examen realizado.	Números y por cientos
Años como fumador	Cuantitativa Discreta	Menos de 10 años De 11 a 20 años	Período (años) de tiempo que	Números y

		Más de 20 años	lleva fumando según refiere el paciente	por cientos
--	--	----------------	---	-------------

Métodos y técnicas empleadas

Métodos teóricos:

- **Histórico-lógico:** se utilizó para estudiar el surgimiento del fenómeno objeto de investigación desde su inicio hasta la actualidad.
- **Análisis-síntesis:** se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.

Métodos del nivel empírico:

Observación y examen bucal: para determinar los pacientes que presentaron alteraciones bucales que se relacionaron con lesiones malignas y premalignas.

Revisión de documentos: se revisó la Historia Clínica Individual y análisis de biopsias.

La técnica de procesamiento de la información fue computacional y se realizó la revisión y validación de la misma. Como medida de resumen de la información se utilizó el cálculo porcentual (%) y los números absolutos. Los resultados se presentaron en las tablas de distribución de frecuencia para analizar los resultados y posteriormente emitir las conclusiones en correspondencia con los objetivos propuestos en el trabajo científico.

Aspectos éticos

A todos los pacientes se les llenó el modelo de consentimiento informado para su participación en la investigación (Anexo1), se les informó debidamente sobre qué, por qué y para qué se hace el estudio y se les planteó total libertad para decidir su

participación, además se pusieron en práctica los principios de la ética y la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de los pacientes fumadores mayores de 35 años según tipo de lesiones encontradas, pertenecientes al consultorio 22; Área de Salud Norte del municipio Morón, en el período comprendido de enero a diciembre del año 2019.

Tipo de lesión	Número	%
Sin lesión	44	55.0
Con lesiones premalignas.	36	45.0
Con lesiones malignas	0	0.0
TOTAL	80	100.00

Fuente: Historia Clínica Estomatológica.

Al realizar el análisis de la tabla # 1 donde se distribuyen los pacientes fumadores mayores de 35 años según alteraciones encontradas al examen físico podemos ver que del total de 80 fumadores, en 44 de ellos (55.0%) no se encontró lesiones malignas o premalignas, mientras que en 36 pacientes, el 45.0 %, se encontraron lesiones premalignas, es de destacar que no hay ningún pacientes entre este grupo estudiado, con lesiones malignas en el momento del estudio, no obstante es importante la conducta a seguir con los que tienen lesiones premalignas para evitar en un futuro que esas lesiones puedan evolucionar hacia una malignización. Desde el punto de vista estomatológico las lesiones premalignas y malignas son una de las enfermedades más trascendentales en la vida de un ser humano, pues produce secuelas permanentes en el complejo bucal, que afectan psicológicamente y repercuten en el entorno social y familiar del enfermo.

La incidencia, la prevalencia y la severidad del cáncer bucal varían de un país a otro. (2-3) La incidencia de enfermedades en la cavidad bucal es relativamente alta y va desde simples procesos inflamatorios hasta importantes alteraciones neoplásicas. Dicha cavidad puede ser directamente examinada, observada y estudiada; por tanto, el estomatólogo y el médico pueden, fácilmente, diagnosticar y ejecutar un

tratamiento en las etapas iniciales de cualquier afección que pueda aparecer, principalmente en los adultos mayores (44). Las más altas tasas de incidencia de cáncer de la cavidad bucal se reportan en Pakistán, Brasil, India y Francia, en algunos casos asociados a la ingestión de brebajes. En Cuba según anuario estadísticos del año 2017 los tumores malignos ocuparon el segundo lugar entre las causas de muerte con una tasa de 224.0 por cada 100000 habitantes, en relación al cáncer bucal hubo 829 fallecidos una cifra mayor que en el año 2016 donde fallecieron por esa causa 760, siendo así el cáncer bucal, está en el sexto lugar entre las causas de muertes por tumores, siendo muy superior en los hombres con respecto a las mujeres, 672 hombres y 157 mujeres. (12)

Tabla 2. Distribución de los pacientes fumadores con lesiones malignas o premalignas según grupos de edad y sexo.

Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Número	%
	Número	%	Número	%		
36 a 45	8	22.2	2	5.5	10	27.7
46 a 60	10	27.7	2	5.5	12	33.3
61 a 75	6	16.6	3	11.5	9	25.0
76 a 80	3	8.3	0	0	3	8.3
Más de 80	2	5.5	0	0	2	5.5
TOTAL	29	80.5	7	19.5	36	100.0

Fuente: Historia Clínica Estomatológica.

En la tabla # 2 se distribuyen los pacientes según edad y sexo y encontramos que el grupo de edad más afectado con lesiones premalignas está comprendido entre los 46 a 60 años para un total de 12 pacientes que representa el 33.3 % de los

estudiados, siguiéndole en orden el grupo de 36 a 45 con 10 pacientes para un 27.7 %. Al analizar por sexos podemos ver que los hombres con un 80.5 % (29 pacientes) son los más afectados, solamente 7 paciente femenina (19.5 %) presentaron algún tipo de lesión premaligna.

Al analizar los resultados nuestro trabajo según sexo y grupos de edad, estos coinciden con lo reportado en la literatura universal donde se aprecia en todas las investigaciones un predominio del sexo masculino y en mayores de 60 años (26,57-61), los resultados de este estudio coinciden con los de Mesa et al (62) donde encontraron un predominio de los hombres con respecto a las mujeres, con una relación de 5 a 1 en edades a partir de la quinta década de vida, teniendo en cuenta que el sexo femenino es más cuidadoso en la observancia de las medidas relacionadas con su salud y, por ende, en la mayoría de los casos se detecta a tiempo cualquier alteración anormal en la mucosa bucal, a diferencia de los hombres que promueven en menor medida estilos de vida saludables y se descuidan de su salud. Otros autores (44) muestran resultados similares al plantear que la leucoplasia afecta a los hombres al menos 3 veces más que a las mujeres a partir de los 40 años, sin existir diferencias geográficas. La edad promedio de la mayoría de las personas que son diagnosticadas con estos tipos lesión es de 62 años. (10)

El 90% de los cánceres orales se diagnostican en mayores de 40 años, y más del 50% en individuos de más de 65 años. Recientemente se ha observado un aumento en la incidencia de esta enfermedad en menores de 40 años lo que podría estar asociado a una infección por el virus del papiloma humano. (12)

En la provincia Holguín en una investigación realizada en el año 2014 se obtuvo que en los pacientes con lesiones bucales predominó el sexo masculino (77,3%) y el grupo de edad de 60-69 años (27,5%).(31) mientras que en un estudio realizado en el municipio de Puerto Padre, provincia de Las Tunas, se encontró que predominó dentro de los pacientes remitidos el grupo de mayores de 60 años y el sexo masculino, la lesión más frecuente fue la leucoplasia y la zona de la cavidad bucal más afectada el labio inferior. (63)

Tabla 3. Distribución de los pacientes fumadores con lesiones según color de la piel.

Color de la piel.	Número	%
Blanca	34	94.4
Negra	2	5.6
Mestiza	0	0
TOTAL	36	100

Fuente: Historia Clínica Estomatológica.

Al analizar el color de la piel (tabla # 3) encontramos que 34 pacientes diagnosticados con lesiones premalignas (94.4 %) son de color de piel blanca, encontrándose en menor medida los de tez negra con solo 2 pacientes.

El color de la piel para algunos autores no es de gran valor otros hacen referencia a la piel blanca como más sensible, también pueden estar los resultados influenciados por la zona geográfica donde se realicen los estudios.

Con respecto al color de la piel algunos autores plantean que el cáncer de labio es más frecuente en personas de piel blanca expuestas a los rayos solares. En personas predispuestas, el sol puede provocar queilitis exfoliativa o queratosis solar en los labios, sobre todo, en el labio inferior. La mayoría de los carcinomas se inician sobre queilitis crónicas y dentro de ellas, la de mayor grado de malignización son las de origen actínico. (57)

En bibliografías consultadas (64) no existe una opinión coincidente acerca de la relación que existe entre la localización de esta afección y el color de la piel; sin embargo, los resultados obtenidos por otros autores (57) difieren y pudieran atribuirse a que la población estudiada por ellos era predominantemente mestiza. Algunos autores (62) plantean una prevalencia del color de la piel blanco atribuible al tiempo de exposición a los rayos solares por parte de estos pacientes.

Tanto el sexo masculino como el color de la piel blanca aparecen asociados con mayor frecuencia a este tipo de lesiones, hecho este que se corrobora en los estudios de Valentín González (26) y Bernal-Baláez. (59)

Tabla 4. Distribución de los pacientes fumadores con lesiones, según otros factores de riesgos asociados.

Factores de riesgo	Número(n =36)	%
Alcoholismo	5	13.8
Prótesis dental mal ajustada	9	25.0
Bordes filosos	3	8.3
Higiene bucal deficiente.	24	66.7

Fuente: Historia Clínica Estomatológica.

En esta tabla # 4 se muestran otros factores de riesgo encontrados en los pacientes estudiados y que pudieran estar en relación con la aparición de las lesiones premalignas, en este caso se constató el consumo de alcohol en 5 pacientes de los 36 diagnosticados con lesiones premalignas (13.8 %), tres paciente presentaron bordes filosos (8.3 %), 9 con prótesis mal ajustada (25.0%) y 24 de los 36 con lesiones, tienen higiene bucal deficiente (66.7 %), lo cual se adiciona al mal hábito de fumar y los predisponen a la aparición de lesiones malignas en cualquier momento de su vida.

En relación a los factores de riesgo asociados a las lesiones malignas y premalignas todos los trabajos coinciden en los mismos y coincidiendo con los resultados que pudimos encontrar, el tabaquismo constituye el principal factor de riesgo asociado a las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal. Miguel Cruz (61,65), en su revisión sobre los factores de riesgo del cáncer bucal, cita que el efecto dañino del tabaco sobre la mucosa bucal se debe a que contiene unas 300 sustancias cancerígenas que se convierten en metabolitos activos capaces de interactuar con el

ADN por la acción de enzimas oxidativas, entre los que se destacan la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno. El hábito de fumar constituye una de las adicciones que más afecta el segmento digestivo superior, que va desde una gingivitis hasta el cáncer bucal de las estructuras del sistema estomatognático. Las afecciones no sólo repercuten en la esfera bucal y digestiva, con gran frecuencia lo hacen en la esfera respiratoria, cardiovascular, neurológica y otros segmentos del organismo. (13-14)

Diversos estudios han mostrado que los principales factores de riesgo asociados al carcinoma espinocelular o de células escamosas bucal son el tabaquismo y el alcoholismo. Se ha identificado una clara relación dosis-respuesta entre el tabaco y esta enfermedad, con un incremento en el riesgo para desarrollarlas directamente proporcional a la duración e intensidad de la exposición. Un tercio de la población cubana fuma activamente, el número de fumadores va aumentando con la edad hasta los 49 años y a partir de los 50 empieza a descender; a mayor nivel educacional menor cantidad de fumadores y prácticamente ningún cubano ignora que el tabaco afecta la salud.

Los resultados que encontramos en nuestro estudio coinciden con la literatura revisada donde se plantea que la mala higiene bucal es un factor de riesgo independiente de cáncer bucal. Con frecuencia los pacientes con este tipo de cáncer, presentan problemas de salud bucal como la pérdida de dientes y periodontitis. El número de dientes perdidos se ha asociado con el cáncer bucal, pero las variables relacionadas con la salud bucal también se vinculan con el consumo de tabaco y alcohol, un factor de confusión difícil de controlar en los estudios epidemiológicos. Además, la enfermedad periodontal incrementa el riesgo de cáncer de cabeza y cuello y esta asociación se mantiene en sujetos que nunca han fumado o bebido. (66)

Aunque el mecanismo por el cual el alcohol produce cáncer bucal no está bien determinado es, junto con el tabaco, su principal factor etiológico y, además, sus efectos perjudiciales se potencian cuando se consumen simultáneamente.

Alrededor del 80 % de los pacientes alcohólicos fuman cigarrillos y la adicción a la nicotina es más severa en fumadores con dependencia alcohólica. El hábito de fumar incrementa la carga de acetaldehído que sigue al consumo de alcohol y las bebidas alcohólicas favorecen la activación de los procarcinógenos del tabaco, por lo que tienen efectos aditivos. Se estima un riesgo atribuible de cáncer bucal debido al tabaco y alcohol de más del 80 %; los grandes bebedores y fumadores tienen un riesgo 38 veces superior. (66)

La bibliografía consultada afirma que el tabaquismo y el alcoholismo son los principales factores de riesgo del cáncer bucal. Al menos el 75% de los enfermos que consumen tabaco y quienes fuman y beben encaran un riesgo de sufrir la enfermedad 15 veces mayor que otras personas. (57,60-61,66)

Un estudio encontró mayores concentraciones de acetaldehído en la saliva de pacientes con cáncer bucal y en personas con una mala salud dental, lo que sugiere un posible nexo entre el incremento de la síntesis de este compuesto y éste cáncer. Las células epiteliales producen acetaldehído a partir de etanol por acción de alcohol deshidrogenasa, aunque los mayores niveles derivan de la oxidación del etanol por la microflora bucal. La conversión enzimática del etanol producido por esta microflora puede contribuir a la acumulación de mayores cantidades del intermediario cancerígeno acetaldehído. Por tanto, la mala higiene bucal favorece la fermentación bacteriana de los glúcidos y mayores concentraciones de etanol en la saliva, lo que incrementa el riesgo de cáncer bucal de las personas que consumen bebidas alcohólicas con regularidad. (66)

Tabla 5. Distribución de los pacientes estudiados según tipo de lesión.

Tipo de lesión	Número	%
Leucoplasia	32	88.9
Eritoplasia	1	2.7
Melanosis del fumador	3	8.3
Palatinitis Nicotínica	0	0
Carcinoma	0	0
TOTAL	36	100

Fuente: Análisis de biopsias.

En la tabla # 5 se distribuyen los pacientes según el tipo de lesión premaligna y encontramos que 32 de ellos para un 88.9 % se les diagnosticó Leucoplasia, siguiéndoles en orden la Melanosis del fumador con 3 casos para el 8.3 % y un paciente con Eritroplasia para un 2.7 %. Estos resultados coinciden con la literatura estudiada.

La leucoplasia siempre ha predominado en el hombre, excepto en regiones donde la mujer tiene el hábito o usa, con mayor frecuencia, el tabaco. Al respecto, se notifican relaciones de 3 a 1 y 6 a 1. (23)

En relación al tipo de lesiones encontradas predominaron las lesiones premalignas leucoplásicas, aspecto importante a señalar, coincidiendo con la mayoría de los autores consultados en que la leucoplasia es la lesión premaligna que se presenta con mayor frecuencia en Cuba y que experimenta un grado variable de transformación maligna, así como que dichas lesiones son más frecuentes después de los 35 años de edad al igual que el cáncer bucal. (60)

Investigadores coinciden con estos resultados y señalan además, que la prevalencia de la leucoplasia bucal varía considerablemente de 0,4 a 17 %, cuando son

comparados varios países. Así, por ejemplo, en Europa se han informado prevalencias elevadas, mayores de 54 %, esto se explica por las grandes diferencias en los hábitos. (58)

En un estudio en Pinar del Río se encontró que de 102 pacientes con lesiones bucales el 91 % correspondió a la leucoplasia y con el mayor por ciento también afectada la región del labio inferior al igual que en varios de los estudios incluyendo nuestro resultado (61). Por otra parte, otros autores en relación a la localización anatómica más frecuente, encontraron el reborde alveolar residual (61) en otros (58,60) fue la mucosa del carrillo la más afectada, seguida de la mucosa del labio inferior, para otros las localizaciones más habituales son la mucosa vestibular y las comisuras bucales, que engloban el 90 % de todas las leucoplasias bucales. (67)

Tabla 6. Distribución de los pacientes según localización de las lesiones

Localización anatómica.	Número	%
Lengua	5	13.8
Labio superior	4	11.1
Labio inferior	12	33.3
Mucosa del carrillo(derecho o izquierdo)	8	22.2
Suelo de la boca	1	2.7
Paladar duro	6	16.7
Paladar blando	0	0
TOTAL	36	100.0

Fuente: Historia Clínica Estomatológica.

En la tabla # 6 podemos ver que la localización más frecuente de las lesiones encontradas fue en el labio inferior, apareciendo en 12 de las 35 pacientes (33.3 %),

mientras que les siguió en orden la mucosa del carrillo y paladar duro con 8 y 6 pacientes respectivamente.

Estos resultados no concuerdan con estudios donde la mucosa del carrillo fue la más afectada, seguida de la mucosa del labio inferior. (65-66)

Por su parte, diversos investigadores señalan que no existe una opinión coincidente al respecto por parte de muchos especialistas y plantean que las 2 localizaciones principales de las lesiones premalignas y del cáncer intrabucal son (por orden) la lengua y el suelo de la boca

Tabla 7. Distribución de los pacientes con lesiones según tiempo que llevan fumando.

Tiempo de fumador (años)	Número	%
Menos de 10	7	19.4
Entre 11 y 20	11	30.5
Más de 20	18	50.0
TOTAL	36	100

Fuente: Historia Clínica Estomatológica.

Al analizar la tabla # 7 se observa que el mayor número de pacientes con lesiones lleva más de 20 años fumando (50.0 %), 11 pacientes para el 30.5 %, lleva entre 11 y 20 años fumando y solo 7 paciente con menos de 10 años para el 19.4 %

En otros estudios en cuba se encontró también coincidencia con el nuestro, la edad más representada en el estudio fue la de 60 años o más, predominó el sexo masculino y los pacientes de piel blanca, la lesión más frecuente fue la leucoplasia, La mayor cantidad de pacientes afectados por leucoplasia fueron los que estuvieron sometidos a un mayor tiempo de exposición al tabaquismo. Existe un factor de riesgo dominante: el tabaquismo, donde su carcinogenicidad es más que evidente pues un

cuarto de los casos de cáncer oral son atribuibles al consumo frecuente de cigarrillos. El riesgo de cáncer de cabeza y cuello aumenta marcadamente cuando el período de consumo es superior a los 20 años, y la frecuencia de consumo de cigarrillos sobrepasa los 20 cigarrillos por día. (68-69)

CONCLUSIONES.

El mayor por ciento de los fumadores no presentó ningún tipo de lesión , no hubo pacientes con lesiones malignas. El mayor número de pacientes con lesiones premalignas está comprendido en el grupo de edad de 61 a 75 años , el color de la piel blanca fue la predominante, el alcoholismo y la mala higiene bucal fueron los factores de riesgo que más se asociaron a los pacientes con lesiones bucales. La leucoplasia fue el tipo de lesión premaligna más frecuente encontrada y el labio inferior la localización más representativa. Predominó entre los pacientes con lesiones los que llevan más de 20 años fumando.

RECOMENDACIONES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
2. Hermida Rojas M, González Docando YE, Borroto Alcorta DC. Epidemiología del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Estudio de quince años (1991 a 2005). MediCiego [Internet]. 2007 [citado 4 Jul 2016];13(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a8_v13_0107.html
3. Hermida Rojas M, Santana Garay JC, González Docando YE, Borroto Alcorta DC. Factores de riesgo del cáncer bucal. Hospital General Provincial Docente "Roberto Rodríguez". MediCiego [Internet]. 2007 [citado 4 Jul 2016];13(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol1301_07/articulos/a12_v13_0107.htm
4. Vázquez Vega MJ, AguiarSanabia R. El programa de detección del cáncer bucal, herramienta indispensable para disminuir su prevalencia. Medisur [Internet]. 2015 Jun [citado 4 Jul 2016]; 13(3):347-9.; 13sponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n3/ms03313.pdf>
5. Batista Moura LK, Marcia Marcaccini A, Coelho Matos FT, Lopes de Sousa AF, Cardoso Nascimento G, Batista Moura ME. Integrative review on oral cancer. J Res: Fundam. Care. [Internet]. 2014 Dic [citado 5 Jul 2016];6(5):164-75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4993764.pdf>
6. Verdecia Jiménez AI, Álvarez Infantes E, Parra Lahens J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. CCM [Internet]. 2014 Mar [citado 5 Jul 2016];18(1):45-54. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v18n1/ccm07114.pdf>
7. Mateo-Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. AvOdontoestomatol [Internet]. 2015 Ag [citado 4 Jul 2016];31(4):247-59. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v31n4/original1.pdf>
8. Rodríguez Soto A, Fernández Collazo ME, Vila Morales D, Vigo Campbell M, Robaina Consuegra PL. Mortalidad por cáncer bucal en La Habana, 2001-2010. Rev Cubana Estomatol[Internet]. 2015 Dic [citado 15 Jul 2016];52(Supl 1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/645/174>

9. Santana Garay JC. Prevención y Diagnóstico del Cáncer Bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
10. Rebolledo Cobos M, Arango Fernández H, Rebolledo Cobos R, Alonso Brujes I. Rol del virus del papiloma humano en el desarrollo de carcinoma oral: una revisión. AvOdontoEstomatol [Internet]. 2016 Jun [citado 2017 Sep 29]; 32(3): [Aprox. 9p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-12852016000300002
11. Ferrer Vilches D, Hernández Millan A, Medina Quintero D, García González O, Martínez de la Cotería R. Algunas consideraciones sobre el Programa de Detección del Cáncer Bucal, desde una perspectiva de ciencia, tecnología y sociedad. Medisur [Internet]. 2016 Ago [citado 2018 Ene 08]; 14(4): [Aprox. 8p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000400004&lng=es
12. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2017. La Habana: MINSAP. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud 2018.
13. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana: MINSAP. 2010 [citado 1 de abril 2018]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
14. Gardenia M. Los números dicen de tabaquismo. La Habana. Salud Vida; 2007. [Citado 5 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=9732>.
15. China Meneses EM, González Díaz ME, Samper R, Veitia Cabarrocas F, Lemus Corredera IG, Morales Aguiar DR, et al. Etiología y patogenia de las enfermedades periodontales agudas y crónicas. En: Compendio de Periodoncia. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 53-169.
16. Rodríguez Salvá A, Alfonso Sagué K, Bonet Gorbea M. Prácticas de salud bucal y características sociodemográficas. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2008 Dic [citado 5 Jul 2017]; 46(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032008000300006&lng=es
17. García Heredia G L, Miranda Tarragó J D. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 Dic [citado 15 Mayo 2018]; 46(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072009000400009&lng=es.

18. Claro Brizuela NN. Cáncer bucal. Desafíos para el Estomatólogo General Integral. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2010[citado 2 de Agosto 2018]; 14(4): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://www.medicentro.sld.cu/pdf/Sumario/Ano%202010/v14n4a10supl1/cancerbucal_completo.pdf
19. Traviesas Herrera E Miguel, Márquez Arguellez D, Rodríguez Llanes R, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2011 Sep [citado 15 Mayo 2018]; 48(3): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072011000300009&lng=es
20. Sosa L, Rosales A, Dávila L, Quiñónez B, Jarpa P. Alteraciones histológicas ocasionadas por el tabaco de mascar venezolano (chimó) en los tejidos periodontales de ratas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 Jul- Sep [citado 15 Mayo 2018]; 46(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072009000300005&lng=es.
21. Gavilla González BC, Trenzado Rodríguez NB, Barroso Franco Y. Intervención educativa sobre el hábito de fumar en la adolescencia. Cárdenas. Año 2007. Rev Médica Electrónica. [Internet]. 2009 [citado 15 Mayo 2018]; 31(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol2%202009/tema_03.htm
22. Buelvas Anderson R. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2009 Julio [citado 22 Oct 2018]; 21(1): [aprox 7 p.] : Disponible; http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121246X2009000200011&lng=en
23. Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. MEDISAN. [Internet] 2010. [citado 23 Abr 2019]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102930192010000600020&script=sci_arttext
24. Jústiz de la Rosa L. G, Alayo Jústiz I, Guevara Cruzata M. Estrategia educativa en pro de la salud y calidad de vida en las comunidades. MEDISAN v.14 n.6 [revista en Internet].2010

[citado 28 enero 2019]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000600020&script=sci_arttext

25. Leucoplasia. Medline Plus[Internet]. EEUU: [Updated 2017 sep 27; citado 23 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001046.htm>

26. Valentín González F, Rodríguez González GM, Conde Suárez HF, Vila Morales D. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. RevMed Electrón [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Ene 08]; 39(2): [Aprox. 13p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200010&lng=es

27. Miguel Cruz PA, Niño Peña A, Batista Marrero K, Miguel Soca PE. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Sep [citado 2018 Ene 08]; 53(3): [Aprox. 15p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006&lng=es

28. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. CancerIncidence and MortalityWorldwide. Francia. 2017.

29. Escalona R. Diagnóstico histopatológico de cáncer bucal en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". MEDISAN [revista en la Internet]. 2015 Feb [citado 2015 Mar 12]; 19(2): 223-228. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000200011&lng=es

30. Bécquer JL, López Z. Alteraciones de la salud del adulto mayor. En: González Naya G, Montero del Castillo M E. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p 359- 67.14.

31. Verdecia AI, Álvarez E, Parra J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. CCM [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2015 Ene 23]; 18(1): 45-54. Disponible en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100007&lng=es.

32. Bécquer JL. Una antorcha que necesita mantenerse en alto. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2014 Dic 03]; 50(4): 341-342. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072013000400001&lng=es

33. MINSAP. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
34. MINSAP. Anuario estadístico de salud 2014 [Internet]. 2015 [consulta 13 Jun 2015]; Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
35. Doncel C, Méndez M, Betancourt H, Castillo A. Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de Estomatología. RevCubMed Mil [revista en la Internet]. 2014 Mar [citado 2015 Ene 23]; 43(1): 52-60. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100007&lng=es
36. Batista K, Niño A, Martínez M. Rol de los factores ambientales en la aparición del cáncer bucal. CCM [Internet]. 2014 [citado 2015 febrero 12]; 18(3): Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1909/514>
37. Renteros Márquez Dayan. Nivel de conocimiento sobre Cáncer oral de los estudiantes de 9no y 10mo semestre, de la escuela de odontología, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad San Francisco de Quito. Ecuador. 2015.
38. García García V, Bascones Martínez A. Cáncer Oral: Puesta al día. Revista Av. Odontostomatológica. España, 2009.
39. Bell NM, Lescay M. Virus del papiloma humano y cáncer: enemigos por derrotar. MEDISAN 2015; 19(1):1
40. Duarte Montero I, Romero Quevedo R, Montero Rodríguez S. Factores de riesgo y prevención del cáncer bucal. Revista 16 de abril. 2015; 54(260): 42-55.
41. Miranda J. Retos y posibilidades en la disminución de la mortalidad por cáncer bucal. Revista Cubana de Estomatología [revista en Internet]. 2014 Sep. [citado 2014 Dic 3]; 51(3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/725>
42. Valentín González F, Rodríguez González GM, Conde Suárez HF, Vila Morales D. Intervención educativa sobre el programa de detección del cáncer bucal en estomatólogos

- generales. Rev. Med. Electrón. 2017 [citado 14/11/2019]; 39 (2): 259-68. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242017000200011&lng=es
43. Neville BW, Day TA. Oral Cancer and Precancerous Lesions. CA Cancer J Clin 2008;52:195-215.
44. Rogert Alcolea IA, Milanés Chalet A, Labrada Fernández HC, Carrazana López L, Castillo Aguilar B. Factores de riesgo asociados a las lesiones premalignas en pacientes del consultorio 26. Roberto Reyes. Bayamo. 2016. MULTIMED. 2017 [citado 14/11/2019]; 21 (3). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/535>
45. Rivero Pérez O, Albornoz López del Castillo CM, de Jesús Nápoles I. Estudio epidemiológico y clinicopatológico de la leucoplasia oral. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2014 [citado 05/05/2016]; 39 (7). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/170>
46. Carrera Torres A. Viabilidad de la toma de biopsia mediante cureta de tejido blando para el estudio de lesiones clínicamente compatibles con leucoplasia oral [tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2015 [citado 05/05/2016]. Disponible en:<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/39185/Tesis%20Antonio%20Carrera%20Torres.pdf?sequence=1&isAllowed=y> 4
47. González Moles, M.A. Lesiones Precancerosas de la Mucosa Oral. Rev. Ilustre Consejo General de Colegios Odontólogos de España. 2008.
48. Santana, J.C: "El estomatólogo en la detección del cáncer bucal", ed. Centro Nac. Inf. de Ciencias Médicas, La Habana, 2008.
49. Reeler AV, Mellstedt H. Cancer in developing countries: challenges and solutions. Ann Oncol. 2009 Jun; 17 Suppl 8:vii-viii.
50. Morgado Lastres Y, Reyes Romagosa DE, Oliva Vázquez ME, Paneque Gamboa DR. Metodología del examen del complejo bucal para estudiantes de estomatología. Revista 16 de Abril. 2015; 54(258): 74-82.
51. Borhan K, Moradi A, Yazdabadi A. Evaluating the degree of knowledge on oral cancer among general practitioners and dentists in Qazvin. Journal of Evaluation in Clinical Practice [Internet]. 2012, Apr [cited 2015 Sept]; 18(2): 498-501.
52. Ordóñez D, Aragón N, Stella García L, Collazos P, Eduardo Bravo L. Cáncer oral en

- Santiago de Cali, Colombia: análisis poblacional de la tendencia de incidencia y mortalidad. *Salud Pública de México*[Internet]. 2014, Sep [cited 2015 Sept]; 56(5): 465-72. [Spanish]
53. Rwamugira J, Maree J. The findings of a nurse-lead intervention for detection and prevention of oral cancer. A pilot study. *European Journal of Cancer Care* [Internet]. 2012 [cited 2015 Sept]; 21(2): 266-73.
54. Fernández T. Oral cancer. *Nursing Standard* [Internet]. 2013 Oct 23 [cited 2015 Sept]; 28(8): 60.
55. Santana JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2da edición. La Habana: Ecimed; 2010.
56. Erdogan N, Bulbul E, Songu M, Uluc E, Onal K, Katilmis H, *et al.* Puffed-cheek computed tomography: A dynamic maneuver for imaging oral cavity tumors. *ENT: Ear, Nose & Throat Journal* [Internet]. 2012 Sep [cited 2015 Sept]; 91(9): 383-86.
57. Castelnau Martínez M, Montoya Sánchez I, Serguera Batista Y, Giraldo Moran R, Pérez Rosabal A. Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con leucoplasia bucal. *MEDISAN* 2020; 24 (1):4-10
58. Fermin Chusino ED, Bravo Cevallos DM. Lesiones bucales pre malignas y malignas en el adulto mayor. *Dom. CIEN*, issn: 2477-8818. Vol 2, núm. esp; ago.,2016, pp 136-146
59. Bernal Baláez AE. Estudio epidemiológico del cáncer bucal en Colombia 1989-2008. *Rev .Fac. Med.* 2016 vol 64 No 1: 75-8
60. Hernández Cuétara L, Ramírez Ramírez R, Serrano Díaz B, Fernández Queija Y. Lesiones cancerígenas y precancerosas bucales. Factores de riesgos asociados. Policlínico Bernardo Posse. Año 2017. *Rev. Med . Electrón.* Vol. 41 No. 3. May- jun 2019. ISSN: 1684-1824.
61. García Molina Y, González Lara M. Lesiones premalignas y malignas en el complejo bucal en La Palma, Pinar del Río. *Rev Ciencias Médicas* vol.22 no.6 Pinar del Río nov.-dic. 2018
62. Mesa Gómez RA, Díaz Hernández MJ, Aragón Abreu JE, Machado Ramos S, Castañeda Molerio R, Díaz Martí DM. Evaluación de la aplicación del VIMANG® en el tratamiento de la leucoplasia bucal homogénea. *MEDICIEGO*. 2016 [citado 14/11/2019]; 22 (4). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc2016>.

63. Zayas-Sánchez E, Casanova-Sales K, Hidalgo-Torres Y, Paz-Quiñones L, Fonseca-Suárez Y. Comportamiento epidemiológico del Programa de Detección del Cáncer Bucal en Puerto Padre. Rev. Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2014 [citado 12 de enero 2018]; 39(10):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/129>
64. Marín Páez W, Veiga Loyola L, Reyes Revilla Y, Mesa González DL. Lesiones bucales en adultos mayores y factores de riesgo. Policlínico "Dr. Tomás Romay", La Habana, Cuba. Rev haban cienc méd. 2017 [citado 14/11/2019]; 16 (5): 770-83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2017000500010&lng=es.
65. Miguel Cruz PA, Niño Peña A, Batista Marrero K, Miguel Soca PE. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Sep [citado 2018 Ene 08]; 53(3): [Aprox. 15p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006&lng=es.
66. Kadashetti V, Chaudhary M, Patil S, Gawande M, Shivakumar KM, Patil S, et al. Analysis of various risk factors affecting potentially malignant disorders and oral cancer patients of Central India. J Can Res Ther [revista en Internet]. 2015 [cited 2015 Sep 3];11:280-6. Dsponible en: <http://www.cancerjournal.net/text.asp?2015/11/2/280/151417>
67. Zamora Ugalde MJ. Atlas de patología del complejo bucal. 2017 [citado 14/11/2019]. Disponible en: https://kupdf.net/download/atlas-de-patologia-del-complejo-bucal_59f34e89e2b6f53778378d4f_pdf.
68. Guerrero Brito M, Pérez Cabrera D, Hernández Abreu N. Lesiones bucales premalignas en pacientes con hábito de fumar. Revista científica de villa clara Vol 24, No 1(2020).
- 69- Mena Cardoso A, Rodríguez Aguila E, Ramos Hurtado I. El hábito de fumar en la adolescencia. Acta Méd Centro [internet]. ene.-mar. 2017 [citado 18 jul. 2019];11(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/issue/view/42>

ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento informado

Yo _____ estoy en la entera disposición de participar en el desarrollo de esta investigación científica que me permitirá conocer sobre el tabaquismo y su papel en la aparición de lesiones en la cavidad bucal, sé que podré retirarme cuando lo desee sin repercusión negativa sobre su persona.

Nombre y apellidos

Firma

Investigador.

Firma

Fecha_____

AVAL DEL TUTOR.

Por medio de la presente autorizo que el Trabajo de Terminación de Especialidad, Caracterización de los pacientes fumadores mayores de 35 años de edad con lesiones bucales malignas y premalignas de la autora Dra. Kirenia García Valdivia, en opción al título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral sea presentado al Acto de Defensa.

Para que así conste, y en virtud de los derechos que se me conceden como tutora de la tesis firmo la presente certificación en la ciudad de Morón, a los 6 días del mes de noviembre del año 2020.

Dra. Mara Isabel Morales Pardo