

***"Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila  
Dr. José Assef Yara"  
Policlínico Docente Majagua***

***Titulo: Factores de riesgo asociados a las  
lesiones malignas y premalignas de la  
cavidad bucal. Municipio Majagua.***

***"Tesis en opción a obtener el título de Especialista de primer  
grado en Estomatología General Integral"***

***Autor: Dra. Leysi de los Ángeles Leiva Martínez  
Residente de Estomatología General Integral***

**Ciego de Ávila  
2015**

***“Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila  
Dr. José Assef Yara”  
Policlínico Docente Majagua***

***Título: Factores de riesgo asociados a las  
lesiones malignas y premalignas de la  
cavidad bucal. Municipio Majagua.***

***“Tesis en opción a obtener el título de Especialista de primer  
grado en Estomatología General Integral”***

***Autor: Dra. Leysi de los Ángeles Leiva Martínez  
Residente de Estomatología General Integral***

***Tutor: Dr. Rafael Castañeda Molerio. MSc  
Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y de  
Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Master en Educación Médica y  
Urgencias Estomatológicas. Profesor Asistente. Policlínico Belkys  
Sotomayor***

**Ciego de Ávila**

**2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A todos los maestros que he tenido durante mi vida y en mi carrera estomatológica, pues cada uno ha contribuido a convertirme en la persona que soy. Especialmente al Dr. Rafael Castañeda Molerio. MSc, quien ha sido mi tutor y mi guía.*

*A la asesora Dra. Odalys Rodríguez Martín especialista en Bioestadística.*

*A mis familiares, pues me han ofrecido su apoyo incondicionalmente, desde mi mama Deysi Martínez Pérez, quien deposito en mi ese granito de la estomatología.*

*A todas las personas que me han ayudado en la realización de esta investigación, en especial a mi esposo Daylor A. Quiñones R. que me ha brindado su colaboración durante todos los años de mi carrera y a mi papa José A. Yong Sierra. por estar siempre a mi lado.*

*A todas esas personas que me recibieron en sus casas, colaborando con la investigación.*

A

todos...

¡Muchas

Gracias!

## **DEDICATORIA**

*A mis padres , familiares y a mi esposo Daylor A. Quiñones R. que tanto me ayudo y me apoyó en todo en transcurso de mi carrera.*

## **RESUMEN**

El cáncer bucal es un problema de salud mundial, nacional provincial y el municipio Majagua no escapa de esta realidad, Se realizó un estudio analítico de casos y controles con la finalidad de identificar la asociación entre lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal y un grupo seleccionado de factores de riesgo en el Municipio Majagua en el período comprendido desde de enero de 2012 a diciembre de 2013.El universo de estudio estuvo conformado por los 96 pacientes remitidos de PDCB del Municipio Majagua, en el período antes mencionado. Las Variables utilizadas fueron: Edad, Sexo, Nivel socioeconómico, Alcoholismo, Tabaco, Combinación de tabaco y alcohol, Fricción crónica y/o daño mecánico de la mucosa, Exposiciones al sol y Sepsis Oral, se constató que

El 45,83% de los pacientes del grupo estudio correspondieron a las edades de 60 años y mas, predominó el sexo masculino 58,34 %, un nivel socioeconómico inadecuado 67,70%, el tabaquismo 70,08 %, el alcoholismo 56,25 % y la combinación de ambos (68.5%) se presentaron como factores de riesgo de gran presencia en el grupo estudio, mientras que en la fricción crónica o daño a la mucosa, exposición al sol y sepsis oral no se encontró un predominio marcado, por lo que se recomendó emplear los resultados de la presente investigación como base para implementar intervenciones educativas con el fin de disminuir la prevalencia del cáncer bucal por la magnitud y trascendencia del problema de salud que representa.

**PALABRAS CLAVES:** Cáncer Bucal, Factores de riesgo.

## INDICE

❖ <i>INTRODUCCIÓN</i>	1
❖ <i>MARCOTEÓRICO</i>	8
❖ <i>MATERIALESY MÉTODOS</i>	19
❖ <i>RESULTADOSY DISCUSIÓN</i>	26
❖ <i>CONCLUSIONES</i>	45
❖ <i>RECOMENDACIONES</i>	46
❖ <i>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	47
❖ <i>ANEXO</i>	53

## **INTRODUCCIÓN**

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población, en su anexo 17 contiene el Programa de detención de Cáncer Bucal (PDCB), que a su vez está integrado al Programa de Control de Cáncer. El Ministerio de Salud Pública dispuso con carácter oficial el PDCB en 1986, que tiene como objetivos la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. Se estableció así que al seguir la metodología de examen del complejo bucal se examinen a todos los pacientes que acuden a la atención primaria de salud en consulta estomatológica o en pesquisajes a la población en busca de alteraciones del complejo bucal. (1)

En el Sistema Nacional de Salud se hizo necesario introducción el modelo del Médico de Familia para el logro de una atención estomatología general integral y vincular al estomatólogo con el médico de familia, lo que determina una nueva actualización e integración de los programas de atención estomatológica, determinando así un instrumento de trabajo para lograr los objetivos del actual modelo de atención primaria, incluidos en el Programa Único Nacional de Atención Primaria de Salud. (2)

De forma experimental en el año 1986 se comenzó a aplicar el modelo de atención estomatológica integral a la población, con el objetivo de promover la salud bucal de la población y prevenir las enfermedades fundamentalmente respondiendo al llamado que hacía la Federación Dental Internacional de alcanzar Salud para Todos en el año 2000, mientras tanto desde finales de la década de los 80 se comienza a aplicar el modelo de Estomatología General Integral. (2)

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral en Cuba tiene como finalidad agrupar las acciones de salud, fundamentadas en propósitos y objetivos dirigidos a mantener al hombre sano. Este programa garantiza la sistematicidad, uniformidad e integralidad en la planificación, organización y control de las acciones de salud bucal y tiene por objetivo incrementar y perfeccionar la atención estomatológica, interrelacionando todos los factores con el fin de alcanzar mayor eficiencia y grado de satisfacción en correspondencia con las necesidades de salud de la población. (3)

La especialidad Estomatología General Integral presupone la realización de un conjunto de acciones estomatológicas con el individuo, la familia, la comunidad y el entorno, encaminadas a la promoción de salud, prevención de las enfermedades, recuperación y rehabilitación de las secuelas de las enfermedades, todo se realiza viendo al hombre como un ente biopsicosocial y concebidas como un todo indivisible; esta no niega el tránsito del paciente si fuese necesario por los diferentes niveles de atención pero responsabiliza a la APS en realizar actividades y procedimientos organizados y encaminados a asegurar la salud de todos los integrantes de la comunidad, y debe evitar el deterioro del medio donde vive y trabaja el hombre. (4-6)

En Cuba desde 1985 se puso en práctica mediante Resolución Ministerial el Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB), respaldado por el Ministerio de Salud Pública, único en el mundo por su cobertura nacional, y su acción radica en el examen anual del complejo bucal a los sujetos de 15 años y más por parte del Médico de Familia, el Estomatólogo y más recientemente por los licenciados en Atención estomatológica, con el objetivo fundamental de detectar éstas en etapas tempranas. (7)

La labor que realiza el estomatólogo, ha producido una disminución de la morbilidad y de la mortalidad del cáncer bucal y el diagnóstico realizado por estos es certero en el 91 % de las premalignidades y en el 80 %de las lesiones malignas, aspectos obtenidos por datos epidemiológico y demostrado por el análisis estadístico.(8)

Las lesiones precancerosas más frecuentes en la cavidad bucal son la leucoplasia y la eritroplasia, las cuales pueden ser precursoras del cáncer. Estas condiciones benignas (al comienzo) pueden ocurrir en cualquier parte de la boca. Sólo una biopsia puede determinar si existen células precancerosas (displasia) o células cancerosas. La Leucoplasia es una condición caracterizada por una placa blanquecina que se desarrolla dentro de la boca o garganta. La Eritroplasia es una condición caracterizada por una placa roja y elevada que se desarrolla dentro de la boca. (9)

Las neoplasias en la boca alcanzan magnitudes importantes y su prevención primaria consiste realmente en evitar el inicio del proceso cancerígeno en las células y aumentar así las posibilidades de cura; lo que sólo puede lograrse cuando se identifican una o varias de las causas desencadenantes. Si bien no se conoce con exactitud el origen múltiple, se acepta la participación de una serie de factores dependientes del huésped, del ambiente y de agentes causales cancerígenos de naturaleza química, física o biológica. Estos factores son características o atributos inherentes a cada persona, que le confieren un grado variable de susceptibilidad para contraer la enfermedad y se conocen como factores de riesgo. (9)

Para su mejor estudio los factores de riesgo de las lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal se dividen en:

- Biológicas: dentro de las que se encuentran, la edad, la sepsis bucal y la herencia.
- Mecánicas, dentro de las que se incluye la irritación crónica por uso de prótesis.
- Las de conducta, que involucran el hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas, así como la combinación de ambos la ingestión de frutas y vegetales en la dieta y los enjuagues bucales con alcohol.

Por todo lo antes expresado, se ha estudiado la asociación causal de estos factores ante la presencia de lesiones premalignas y malignas bucales, dentro de ellos se encuentran: la edad, el sexo, la herencia, la sepsis oral, la irritación crónica, el consumo de tabaco y alcohol, solo o en combinación, los enjuagues con alcohol, la exposición a la luz solar y el consumo de una dieta inadecuada. (9, 10)

Es válido destacar que el consumo de alcohol como factor de riesgo sigue un patrón parejo al del tabaco, conformando ambos los factores de riesgos más relevantes en cuanto al Cáncer de la cavidad bucal, y se ha confirmado un aumento de riesgo a medida que aumenta la cantidad de alcohol y tabaco consumido. No se ha podido

concluir una asociación entre el contenido del alcohol en grados de la bebida consumida y el riesgo de cáncer oral, lo que podría indicar que el efecto carcinogénico de este tipo de bebidas podría no ser debido al alcohol en sí, sino condicionado por la presencia de otras sustancias en las mismas. Se ha podido afirmar mediante de estudios realizados que el hábito tabáquico aumenta en aproximadamente 6 veces el riesgo de padecer cáncer oral y que el consumo regular de alcohol lo duplica. Las distintas investigaciones publicadas al respecto describen que, al contrario de lo encontrado en esta serie, el consumo combinado de alcohol y tabaco tiene efectos multiplicativos sobre el riesgo de padecer neoplasias orales, que parecen ser dosis dependientes; de modo que a menos que las medidas de control del consumo de tabaco ofrezcan los resultados apetecidos. (11)

El cáncer Bucal representa un significativo reto a nivel mundial con un promedio de 300000 nuevos casos identificados cada año. El rango de supervivencia a los 5 años es del 50% pero cuando las lesiones son tratadas precozmente, el rango aumenta a un 80% y mejora la calidad de vida del enfermo ya que pueden llevarse a cabo tratamiento menos agresivos y complejos. Muchos carcinomas se desarrollan sobre lesiones cancerisables tales como leucoplasia y eritroplasia por ellos el diagnóstico y tratamiento precoz de las mismas constituye la llave para reducir la morbilidad, mortalidad y costo del tratamiento. El 95% de los pacientes con cáncer bucal son fumadores inveterados, por lo que en ellos es 4 veces mayor el riesgo de padecer esta neoplasia. (12)

Su prevalencia tiene rangos muy amplios en las diferentes poblaciones; la incidencia anual varía de 2 a 4 casos por 100 000 habitantes en los países industrializados, a 25 casos, también por 100 000 habitantes, en ciertas poblaciones de Asia. En 1976, la tasa de mortalidad por cáncer bucal en Hong Kong fue de 11,8 por 100 000 habitantes y en Francia de 9,5 por 100 000.1, 2 En Cuba, en el trienio comprendido entre 1964 y 1966, la tasa fue de 5,7 (9,8 en el hombre y 2,5 en la mujer) ,7 mientras que en 1987, descendió a 2,18 (3 para el hombre y 1,4 para la mujer). (12)

El cáncer en Cuba es la segunda causa de muerte para todos los grupos de edades, solo superada por las enfermedades del corazón. Aparecen cada año entre 20 000 y 25 000 casos nuevos, de los cuales fallecen entre 13 000 y 14 000 pacientes. Entre las localizaciones anatómicas que pueden ser afectadas por el cáncer desempeña un papel importante el de cavidad bucal, la cual a pesar de no ser de las de mayor frecuencia, produce un alto grado de morbilidad y deformidades, que en ocasiones convierten al afectado en un ser marginado y repulsivo para la sociedad. El cáncer bucal produce una gran inquietud a causa del riesgo de producir incapacidad, y eventualmente, la muerte. (13)

Es necesario elevar la conciencia preventiva en los pacientes, en lo cual influye mucho su nivel de escolaridad, por lo cual es importante llegar a ellos con una información clara y precisa para modificar los hábitos asociados con el uso del tabaco y del alcohol, dieta baja en antioxidantes, que sean capaces de identificar los signos y síntomas por inaparentes que sean de la enfermedad, etc., ya que en estas poblaciones se observa disminución de las tasas de leucoplasia y otras lesiones preneoplásicas. Se aprecia en estudios realizados una baja percepción de riesgo en la población no expuesta a los factores predisponentes o desencadenantes de la enfermedad más frecuentes. (7, 9, 14,)

En el municipio Majagua de la provincia Ciego de Ávila se examinan en los últimos cinco años entre 5000 y 9000 pacientes en el PDCB, lo que se encuentra entre el 22 y el 40 % de la población mayor de 15 años según datos obtenidos en el departamento de estadística del municipio y por otra parte se ha experimentado un incremento de pacientes remitidos en relación con los examinados en el período antes mencionado, además del hallazgo de varios casos diagnosticados en estadios avanzados, por lo que a pesar de la existencia del programa, médicos de la familia diseminados por el territorio y servicios estomatológicos que dan cobertura a la población de los cinco consejos populares, se evidencia la necesidad de incrementar las acciones encaminadas a la prevención, en las que la identificación de los factores de riesgo presentes, para actuar posteriormente sobre los modificables y

así disminuir la incidencia y prevalencia de esta entidad. Lo que para muchos países es aun una quimera, en Cuba existe hace más de 20 años, PDCB. No hay en el mundo un Programa de Detección del Cáncer Bucal de cobertura nacional como el nuestro, con una estructura que posibilita su ejecución como parte del trabajo habitual del estomatólogo general integral. (14)

## **PROBLEMA**

¿Existe asociación entre las lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal y algunos factores de riesgo en la población del municipio Majagua?

## **HIPÓTESIS**

Si se determina la asociación entre un grupo de factores de riesgo seleccionados y lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal en la población del Municipio Majagua, se podrá actuar sobre ellos para modificar la incidencia de esta enfermedad.

## **APORTE PRÁCTICO**

Favorece el perfeccionamiento de las acciones de prevención y diagnóstico precoz, permitiendo así contribuir con el estudio y seguimiento adecuado del programa de detección precoz del cáncer bucal favoreciendo la disminución de las tasas incidencia en la población de riesgo del Municipio de Majagua

## **OBJETIVOS**

### General

Determinar la asociación de algunos factores de riesgo a lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal en la población de Majagua, Ciego de Ávila en los años 2012 a 2013.

### Específicos

- 1.- Caracterizar los pacientes en estudio según edad, sexo y Nivel socio – económico.
- 2.- Evaluar en los pacientes estudiados el comportamiento de los factores de riesgo:
  - Alcoholismo
  - Tabaquismo
  - Alcoholismo y tabaquismo de forma combinada.
  - Fricción crónica o daño mecánico a la mucosa
  - Exposición al sol
  - Sepsis oral

## MARCO TEÓRICO

La cavidad oral se extiende desde las uniones del bermellón de la piel de la parte anterior de los labios hasta la unión de los paladares duro y blando en la parte superior, y a la línea de papilas circunvaladas en la parte inferior. Se divide en las siguientes áreas específicas: labio, lengua, encía, piso de la boca, paladar y mucosa bucal. A su vez, todos estos sitios anatómicos se dividen en subsitios. (15, 16)

El complejo bucal tiene una variedad histológica que permite que en él se desarrollen diversos tipos de neoplasias benignas y malignas, pero se ha demostrado que el primer paso de una investigación de Cáncer Bucal es definir los factores de riesgo que afectan a la población. Del cáncer bucal, se puede decir que es una enfermedad ampliamente distribuida en el mundo, con diversa prevalencia según las regiones y el grado de desarrollo. La incidencia anual varía de 2 a 4 casos por 100 000 habitantes en los países industrializados, a 25 casos por 100 000 habitantes en ciertas poblaciones asiáticas. En Cuba, las tasas de incidencia anual oscilan de acuerdo con la localización anatómica y el sexo, pero el valor conjunto no pasa de los 5 casos por cada 100 000 habitantes. (17, 18)

Se han demostrado a través de investigaciones de Oncología y Patología Bucal que la formación del cáncer bucal es un proceso crónico y complejo, en el que actúan varios elementos de forma conjunta y posiblemente ningún agente por sí solo sea capaz de causar una neoplasia maligna, esto confirma que el cáncer bucal es una enfermedad de origen multifactorial. (19)

Se le llama factor de riesgo a cualquier característica o circunstancia detectable en una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a una enfermedad. Los factores de riesgo pueden caracterizar al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente; actuando de manera aislada o conjunta, de modo que pueden combinarse y aumentar la probabilidad de experimentar un daño a la salud. (19, 20)

Los factores de riesgo del cáncer bucal han sido clasificados según su mecanismo de acción sobre el cuerpo humano, en dos grandes grupos:

- EXÓGENOS:

Se originan fuera del organismo y se incorporan por varias vías, generalmente conocidas y ampliamente estudiadas, que se agrupan según su naturaleza como físicos, químicos o biológicos.

- ENDÓGENOS:

Se originan en el interior del organismo, por mecanismos moderadamente esclarecidos y sometidos a estudios más complejos; ellos son la herencia, los trastornos hormonales, el déficit inmunológico y los desórdenes nutricionales que afectan los tejidos bucales. (19)

Dentro de los factores a estudiar de mayor riesgo al cáncer bucal se encuentran:

- Edad: Su incidencia es mayor a partir de la sexta década de la vida; según estadísticas cubanas para las mujeres la aparición es más tardía que para los hombres, es decir de 50-70 años para el hombre y de 60-80 años para la mujer.<sup>3</sup> Menos del 6 % aparece por debajo de los 40 años, y ya en la última década se han comenzado a diagnosticar con mayor frecuencia enfermos de la tercera y cuarta décadas de la vida.(10)
- Sexo: El cáncer oral es dos veces más común en los hombres que en las mujeres, en parte debido a que es más probable que los hombres consuman tabaco y alcohol.(10)
- Herencia: También es un factor, ciertos estilos de vida y condiciones de salud pueden aumentar los riesgos de que una persona desarrolle cáncer oral. (10)
- Sepsis Bucal: La *Cándida albica* es un microorganismo habitual de la cavidad oral, pero en ciertas circunstancias asume un papel patógeno que provoca enfermedad. Este hongo se encuentra en más de un tercio de las bocas aparentemente normales, el crecimiento ocurre provocado por el desbalance de la flora normal, ejemplo, en una enfermedad aguda debilitante, inmunosupresión, terapia antibiótica, portadores de prótesis con mala higiene

bucal. La forma clínica que afecta la cavidad oral es la moniliasis pseudo membranosa o muget y otras formas clínicas crónicas e hiperplásicas entre las que se encuentran la candidiasis epitelial o leucoplasia candidiásica. Hay evidencias que los cambios hacia un carcinoma oral son más propensos en la leucoplasia candidiásica que en las no candidiásica. Es por eso que las infecciones por *Candida albicans* hay que tratarlas como un factor etiológico muy importante. (10)

- La irritación crónica: La irritación crónica del revestimiento de la boca, debido a dientes postizos mal ubicados u otras razones, puede aumentar el riesgo de contraer cáncer oral. (10)
- El consumo de tabaco: La mayoría de los pacientes con cáncer oral (el 90 por ciento) consumen tabaco de una u otra forma. **El tabaco puede dañar las células en el revestimiento de la cavidad oral y la orofaringe, causando que células anormales crezcan más rápido para reparar el daño. Se cree que los productos químicos del tabaco que dañan el ADN están vinculados al riesgo elevado de padecer cáncer oral, de acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer. (10)**
- El consumo de alcohol: La mayoría de pacientes con cáncer oral (del 75 al 80 por ciento) consumen alcohol con frecuencia. Junto con el uso del tabaco, los pacientes que beben y fuman aumentan sus riesgos de desarrollar cáncer oral aún más. Se ha descubierto que el alcohol aumenta la penetración de los productos químicos que dañan el ADN en el revestimiento de la cavidad oral y la orofaringe, de acuerdo con la Sociedad Americana del Cáncer. (10)

- El tabaco y el alcohol tienen un efecto sinérgico, pero desempeñan un papel independiente cada uno. Actualmente se considera que tiene mucho mayor riesgo respecto al cáncer oral, el aumento del consumo del alcohol que el de cigarrillos. (10)
- Exposición a la luz solar: La exposición prolongada a las radiaciones ultravioletas del sol puede causar cáncer de la piel. Las personas que se encuentran afuera por un período prolongado de tiempo también aumentan el riesgo de contraer cáncer de los labios. Más del 30 por ciento de las personas diagnosticadas con cáncer en los labios tienen ocupaciones al aire libre. (10)
- Insuficiencia de frutas y vegetales en la dieta : Algunos estudios sugieren que las frutas y vegetales, que contienen antioxidantes que pueden "atrapar" las moléculas dañinas, pueden reducir el riesgo de contraer cáncer oral (y otros tipos de cáncer). Por ello, se especula que las personas que consumen poco este tipo de alimentos tienen un aumento en el riesgo de contraer cáncer oral. (10)
- Los enjuagues bucales con alcohol: Algunos estudios han demostrado que los enjuagues bucales con alcohol aumentan el riesgo de contraer cáncer oral. Además, otros estudios han demostrado que los fumadores y las personas que beben alcohol tienden a usar enjuagues bucales más a menudo, lo que relaciona los tres factores. (10)

La edad es un factor muy importante en el origen de todos los tumores que afectan la vida del hombre, ya que con el paso del tiempo se produce un deterioro de los tejidos y ocurre un efecto acumulativo de los carcinógenos que han estado presentes en la vida del individuo; sumándole el efecto temporal de los factores de riesgo, que es directamente proporcional al aumento de la edad. Donde llegamos a la conclusión que el cáncer bucal es más frecuente en las personas mayores de 35 años, aunque se han reportado casos en personas jóvenes donde se supone que la herencia influyó en el padecimiento. Los epidemiólogos coinciden en que su mayor incidencia es a partir de la sexta década de la vida. (19) Esto se relaciona con el estudio realizado por el doctor Maikel Hermidas investigación epidemiológica del cáncer

bucal en la provincia Ciego de Ávila, en la Clínica Estomatológica Ismael Clark y Macará. Camagüey Cuba, donde predominó el grupo etéreo de 60 y más años<sup>15</sup> y el estudio de la Zona de Salud de Burela (Lugo) la edad media de los casos fue de 60 años.(16, 21)

Es planteado por disimiles autores que el sexo es capaz de influir en la génesis del cáncer bucal, pero las tendencias actuales consideran que no existe una predisposición biológica entre ambos sexos y solo la conducta es capaz de influir en que un sexo sea más vulnerable que el otro. El sexo biológico generalmente define las diferencias de género y roles de riesgo como la práctica de hábitos tóxicos, que son más comunes en el sexo masculino y por eso existe un criterio tradicional de que el cáncer bucal es más frecuente en los hombres. (19) Lo mismo sucede con el cáncer de labio que es más común en los campesinos y pescadores del sexo masculino; mientras que es muy ocasional en las mujeres trabajadoras, pues estas usan por costumbre el creyón labial y el uso de protectores solares, protegiéndose así de las radiaciones solares. (19) Datos reportados por la investigación realizada en la Clínica Estomatológica Ismael Clark y Macará. Camagüey. Cuba se encontró que producto a las características demográficas de la población del área el sexo femenino tuvo mayor representación que el masculino. (15), sin embargo el doctor Maikel Hermidas coincide que el sexo más afectado es el masculino, con piel clara y de zonas rurales. (19), en la investigación de la Zona de Salud de Burela (Lugo) (16) y del Instituto Superior de Ciencias Médicas “Dr. Carlos Juan Finlay” Hospital Oncológico Provincial Docente “María Curie” Camagüey se comporto nuevamente un predominio del sexo masculino. (17, 22)

En las últimas décadas las diferentes razas han sido un marcador de riesgo muy estudiado, producto a su gran variedad de colores de la piel. Para los tumores de la cavidad bucal y las glándulas salivales no existen elementos epidemiológicos capaces de diferenciar una mayor prevalencia de acuerdo al tipo de piel. Por otra parte, se ha precisado que en la población asiática hay una mayor incidencia de cáncer en la nasofaringe con extensión a la bucofarínge y esto a su vez se relaciona con los elevados índices de infección por el virus del Epstein Barr, lo que pudiera

aumentar el riesgo en las personas de piel amarilla. La piel blanca, se conoce que tiene una mayor vulnerabilidad al cáncer dermatológico y por consiguiente del labio, pues las pieles claras no contienen suficiente melanina protectora para las radiaciones solares. En cuanto a la piel negra, recientemente se publicó un estudio que buscó la relación entre algunos tipos de cáncer y los anticuerpos a determinados tipos de virus herpéticos, y se encontró una fuerte asociación entre el anticuerpo HHS-6 y el cáncer bucal, sin que los datos fueran concluyentes. Maikel Hermidas en su investigación hace referencia en cuanto al color la población más afectada es con piel clara de preferencia con sexo masculino. (19, 20, 23)

En la aparición del cáncer bucal el tabaquismo es para muchos autores el factor de riesgo más importante, pues se ha demostrado que más del 90% de los pacientes con carcinoma espinoelular bucal han sido fumadores. El humo del tabaco, se han encontrado unas 3500 sustancias y más de 20 son carcinógenas, entre estas últimas se encuentran los hidrocarburos aromáticos poli cíclicos, las nitrosaminas, las aminas aromáticas y el óxido de etileno que actúan sobre los tejidos bucales, causando cambios bioquímicos intracelulares. A estos agentes químicos se les suma el calor de la combustión, que es un factor físico que produce daño celular, de ahí que sea importante el modo (cigarrillos, tabacos o pipas) y la frecuencia con que se fuma. Mientras que en algunos países asiáticos el tabaquismo se combina con el hábito de mascar nuez de betel y esto incrementa el riesgo de padecer cáncer bucal. (19, 22, 24)

El consumo excesivo de alcohol y el cáncer de la boca presentan una relación entre ambos, por eso los grandes bebedores corren un riesgo 10 veces mayor de adquirir cáncer bucal. En las mucosas se produce deshidratación local, pero después de ser metabolizado, se transforma en acetaldehído salival que incrementa la activación de las nitrosaminas presentes en el humo del tabaco, originando un potente efecto sinérgico entre ambos factores. El alcohol puede funcionar como alimento y producir pérdida de apetito, malnutrición y disminución de las reservas de proteínas, aminoácidos y demás nutrientes, esto induce a estados de inmunodepresión que permiten la transformación maligna de los epitelios eventualmente irritados. (20, 25)

En los tejidos blandos del complejo bucal el calor es capaz de producir graves quemaduras. Al consumir de bebidas con altas temperaturas, como el café, el té, los chocolates y la leche, produce irritación crónica de la mucosa bucal y del tubo digestivo. Casi todos los fumadores ingieren café y esto puede agravar la evolución de las lesiones bucales. Se ha reportado que las comidas calientes, picantes o muy condimentadas son relativamente irritantes en las vías del sistema digestivo. En este grupo, solo los alimentos calientes tienen marcada relación con el cáncer bucal, pues estos irritan desde un primer contacto con los tejidos bucales, sin importar el modo de masticación y la cantidad de alimentos que se ingieren. (19, 26)

En investigación realizada por diferentes autores en la Clínica Estomatológica Ismael Clark y Macará. Camagüey Cuba y Brasil, encontraron que el consumo de tabaco y de alcohol de forma individual o asociados fueron los factores de riesgo más comprobados en la posible aparición del cáncer bucal generalmente en mayores de 45 años ya que el alcohol potencia el efecto carcinógeno del tabaco, cuando están asociados, pero también puede actuar por si solo como irritante local de las mucosas, alterar el metabolismo de las células epiteliales y como solvente, pues facilita la absorción de los carcinógenos, la mala higiene bucal al lado de otros factores dentarios, y aparatos pr otésicos desajustados o rotos se convierten en lesivos a las mucosas orales, asociándose a su vez el tiempo de exposición del paciente a los mismos, actuando de forma directamente proporcional. (15, 27)

Los datos obtenidos en la población de la Zona de Salud de Burela (Lugo) permiten afirmar que el hábito tabáquico aumenta en aproximadamente 6 veces el riesgo de padecer cáncer oral y que el consumo regular de alcohol lo duplica. Las distintas investigaciones publicadas al respecto describen que, al contrario de lo encontrado en esta serie, el consumo combinado de alcohol y tabaco tiene efectos multiplicativos sobre el riesgo de padecer neoplasias orales, que parecen ser dosis dependientes; de modo que a menos que las medidas de control del consumo de tabaco ofrezcan los resultados apetecidos, en los próximos años asistiremos a un aumento de casos de cáncer oral parejo al alza del número de fumadores registrado en las décadas

precedentes. Así, existen estudios poblacionales que indican que la interrupción de hábito de fumar entre 1 y 9 años traería consigo una disminución del riesgo del 30% y de un 50% si ésta supera los 10 años. A la vista de lo que está en juego, la posición de los profesionales de la salud los hace co-partícipes en la prevención del cáncer oral, y la responsabilidad en la información, consejo y ayuda a los pacientes con prácticas de riesgo no puede ser obviada. (16, 28)

El trauma crónico constituye un factor de riesgo físico muy importante en el origen del cáncer en el complejo bucal. La irritación traumática repetida ocurre por algún objeto duro que tritura o lacera los tejidos blandos de los órganos bucales, así se origina un daño de las células que requiere de reparación continua y a largo plazo induce a la multiplicación anormal de las mismas. Los irritantes traumáticos se manifiestan en los pacientes con las prótesis desajustadas (mal confeccionadas, con reparaciones, exceso de uso o biomecánicamente alteradas), los dientes o restos radiculares con bordes filosos, las obturaciones defectuosas, por el jugueteo con las prótesis, la introducción de objetos en la boca, la masticación incorrecta y algunos hábitos bucales como la disquinesia lingual, el mordisqueo de los labios, los carrillos o la lengua. (19, 20, 23, 29)

Durante el estudio de factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma del complejo bucal en los pacientes de la zona norte de la provincia de Ciego de Ávila, se dieron a conocer un grupo de factores estomatológicos irritantes que alteran la salud bucal y conducen a la formación del cáncer oral que nos confirman nuestra investigación, entre ellos tenemos los irritantes bucales traumáticos como son las prótesis desajustadas, las restauraciones defectuosas, los dientes con bordes filosos. (17)

El principal factor de riesgo de las enfermedades infecciosas de la boca es la higiene bucal deficiente y es muy común en los pacientes con cáncer bucal. Con una higiene bucal pobre se permite el crecimiento de colonias de microorganismos que generan daño crónico en los tejidos bucales y con el tiempo conduce a la pérdida dentaria (30). Aunque se conoce que la sepsis bucal por sí sola no es capaz de generar una

neoplasia, se supone que sobre las lesiones neoplásicas pueden haber microorganismos patógenos activos y se ha insistido que las infecciones crónicas producidas por algunos gérmenes como la *Cándida albicans* son capaces de producir cambios hiperplásicos en la mucosa bucal. (19), La investigación de factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma del complejo bucal en los pacientes de la zona norte de la provincia de Ciego de Ávila, ayuda a afirmar que la higiene bucal deficiente que estimula la aparición de caries y parodontopatías produce una alteración crónica de los tejidos blandos orales y con menor frecuencia se ha reportado un grupo de medicamentos que produce irritación química de la mucosa bucal. (17, 30)

Abundantes pruebas nos verifican que la radiación ultravioleta procedente del sol induce a un aumento de la incidencia del cáncer de piel y por ello la exposición periódica al sol es de gran importancia en la formación del carcinoma espinocelular o epidermoide en los labios. La luz solar es una de las causas fundamentales en la aparición del cáncer en los últimos 15 años, pues la porción ultravioleta (UV) del espectro solar tiene tres longitudes de onda: UVA, UVB y UVC, capaces de alterar la información genética de las células. El grado de riesgo depende del tipo de rayos ultravioletas, de la intensidad de la exposición y de la cantidad del manto protector de melanina absorbente de luz que tenga la piel. Esto confirma el elevado riesgo de las personas de pieles claras y la importancia de las profesiones de alto riesgo como los agricultores, los ganaderos, los pescadores y los trabajadores de la construcción. (19, 20, 22)

Se logró precisar en este estudio y confirmar con la investigación del doctor Hermidas una fuerte asociación entre el cáncer bucal la higiene bucal deficiente, la exposición al sol, los irritantes bucales. (19)

El estudio de factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma del complejo bucal en los pacientes de la zona norte de la provincia de Ciego de Ávila, nos sirve para ver que la exposición a las radiaciones ultravioletas del sol es otro factor de riesgo que se relaciona con la aparición del cáncer bucal, especialmente el

del subsitio labio, lo cual se evidencia por su alta prevalencia en agricultores y en otros profesionales expuestos al sol. Aquellos pacientes genéticamente susceptibles de desarrollar cáncer de piel tras la exposición solar también tienen mayor riesgo de presentar cáncer de labio. (17, 30)

La dieta participa en la prevención, la formación y la evolución del cáncer, por el constante suministro de elementos antioxidantes que aportan los alimentos. En la boca, se plantea que la escasa o irregular ingestión de alimentos ricos en vitaminas y minerales (Vitaminas A, C, E, complejo B y minerales como el hierro y el selenio) favorece a la ocurrencia del cáncer bucal. Las frutas y los vegetales frescos son los protectores por excelencia, pues tienen efecto antioxidante que impide las mutaciones por radicales libres y protegen los epitelios. Desafortunadamente, en nuestro país, las frutas y los vegetales por tradición no son imprescindibles en la dieta, pues han sido considerados históricamente como complementarios. La composición de la dieta es un aspecto muy estudiado en la actualidad. En nuestra investigación se describieron los componentes de la alimentación en los pacientes con cáncer bucal y su frecuencia de consumo. Se precisó que todos los pacientes consumían diariamente el arroz, las leguminosas como los frijoles y otros granos, alguna vianda y grasas sin importar el origen animal o vegetal. Fue frecuente el consumo de azúcares y dulces y todos consumían al menos un tipo de carne. Estos datos coinciden con los estudios realizados por el doctor Maikel Hermidas, que explican los fundamentos de este tipo de dieta en nuestros habitantes. Se observó que el consumo de frutas y vegetales frescos no fue uniforme y variaba de un paciente a otro. (19, 30, 22)

La herencia y el sistema inmune han sido objeto de muchas investigaciones y debates en los últimos años, pues con el descubrimiento del genoma humano, se han dado pasos importantes en el estudio de los mecanismos genéticos que permiten la formación del cáncer desde el nivel celular. Se han encontrado los oncogenes y los genes protectores del cáncer, igual que los elementos celulares y humorales que participan en el proceso de carcinogénesis. En el caso del complejo bucal se ha precisado que en algunas ramas del cromosoma 1 y el 11, se repiten

alteraciones genéticas cuando hay cáncer bucal. También se ha señalado la importancia de los linfocitos T, los anticuerpos y las moléculas de histocompatibilidad compleja que participan en el control de los tumores. Los estudios citogenéticos e inmunológicos hasta el momento no están al alcance de los servicios sanitarios de nuestro país y por ahora, en los primeros niveles, solo se pueden utilizar las referencias del paciente, a través de los antecedentes oncológicos familiares y los antecedentes patológicos personales que clínicamente se relacionen con los tumores del complejo bucal.(18, 20)

Existen otros factores importantes en el origen del cáncer bucal que si bien no caracterizan al estilo de vida, pueden inducir a que las personas tomen medidas preventivas para mejorar su comportamiento. Entre ellos es muy importante la herencia, de la cual se piensa que puede existir una predisposición genética aún no aclarada para desarrollar cáncer, lo que explica la presencia de esta enfermedad en pacientes jóvenes sin factores de riesgo, discutido así por Dr. Elier Morales Moreira, en su investigación de factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma del complejo bucal en los pacientes de la zona norte de la provincia de Ciego de Ávila. (18, 22)

Se insiste hoy en día en todo el mundo que los estudios genéticos y de laboratorio serán la herramienta más útil en la predicción, el diagnóstico precoz, la profilaxis e incluso el pronóstico del cáncer bucal. Pero, en el origen del cáncer, aún existen dudas e incógnitas que son el propósito de investigaciones en el campo de la biología molecular, por lo que la epidemiología sigue siendo un instrumento valioso a la hora de buscar las causas de esta enfermedad y es sin duda un método eficaz para los países en vías de desarrollo. (19, 30)

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico de casos y controles con la finalidad de determinar la asociación entre lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal y un grupo seleccionado de factores de riesgo en el Municipio Majagua en el período comprendido desde de enero de 2012 a diciembre de 2013.

### DEFINICIÓN DE UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio estuvo conformado por los 96 pacientes remitidos de PDCB del Municipio Majagua, en el período antes mencionado, los que se compararon con pacientes del mismo Municipio que no están afectados por la enfermedad. La muestra en estudio fue escogida según los criterios de inclusión de los controles.

### FORMA DE CONTROLAR LOS SESGOS

#### ✚ Definición de casos:

Todos los pacientes remitidos por PDCB registrados por el Departamento de estadística del Municipio Majagua entre los años 2012 y 2013.

#### ✚ Definición de controles:

Pacientes sanos, que no hayan sido diagnosticados de Cáncer Bucal.

#### ✚ Criterios de inclusión de casos:

1. Individuos que fueron remitidos por el Programa de Detención Precoz de Cáncer Bucal
2. Personas que expresaron su consentimiento para participar en la investigación de forma escrita.
3. Que estuvieran residiendo en el Municipio Majagua en el momento de la investigación.

#### ✚ Criterios de inclusión de controles:

1. Se seleccionaron dos controles por cada caso con lesión maligna y premalignas de la cavidad bucal que reunieron los siguientes requisitos: Estar

comprendidos en el mismo grupo etario del caso y tener 2 años o menos de diferencia.

2. Ser de igual sexo.
3. Tener residencia lo más cerca posible del caso.
4. Manifestar por escrito su consentimiento para participar en el estudio, según criterios bioéticos

✚ Criterios de exclusión:

1. Invalidez física o mental, total o parcial que imposibilite la participación en la investigación.
2. Que se encontraran fuera del área de salud en el momento del estudio.
3. Fallecimiento en el momento del estudio.

Variables utilizadas:

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Nivel socioeconómico
- ✓ Alcoholismo
- ✓ Tabaco
- ✓ Combinación de tabaco y alcohol
- ✓ Fricción crónica y/o daño mecánico de la mucosa
  
- ✓ Exposiciones al sol
  
- ✓ Sepsis Oral

## Operacionalización de las variables

Variable	Clasificación	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	15 a 20 21 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a 60 Más de 60 años	Según años cumplidos	Número y porcentaje Según grupo de edad
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Género o cualidad sexual con la que se nace	Número y porcentaje Según grupo de pertenencia.
Nivel socio - económico	Cualitativa Nominal Dicotómica	Adecuado Inadecuado	Se refiere a la per cápita familiar. Adecuado ( $\geq$ a 250 pesos). Inadecuado ( $\leq$ a 250 pesos). Datos ofrecidos por el consultorio.	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Alcoholismo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Alcohólico cuando bebe alcohol con una cantidad y frecuencia mayor de 20 ml con periodicidad mayor de 3 veces a la semana y que experimente más 5 estados de embriaguez en un año. Debe considerarse que 100 ml de alcohol equivalen a: • ½ litro de ron. • 1 litro de vino. • 7 botellas de cerveza. • 250 ml de bebidas espirituosas.*	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Tabaquismo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No	Fumador : si practica el hábito y se considerará si fuma <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 cigarrillos o menos</li> <li>• Entre 10 cigarrillos y 20</li> <li>• Más de 20 cigarrillos</li> </ul>	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

Combinación de alcoholismo y tabaquismo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si  No	Cuando los dos factores anteriormente descritos se encuentran presentes	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Fricción crónica o daño mecánico a la mucosa	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si  No	Presente si al interrogar el paciente refiere haber presentado o se observa al realizar el examen clínico	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Exposición al sol	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si  No	Presente si al interrogar el paciente refiere haber presentado	Número y porcentaje según grupo de pertenencia
Sepsis oral	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si  No	Presente si al interrogar el paciente refiere haber presentado o se observa al realizar el examen clínico	Número y porcentaje según grupo de pertenencia

### **Obtención de la información**

Para relacionar un grupo de factores de riesgo de lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal en la población del Municipio Majagua, Provincia Ciego de Ávila, se seleccionaron los casos a partir de los datos registrados en el registro de remitidos por PDCB existente en el departamento de estadísticas de la Dirección Municipal en los años correspondientes del 2012 hasta el 2013, así como también a través de la utilización de una entrevista cara a cara y de un cuestionario creado por la autora que fue validado previamente por expertos (Anexo 2.)

### **Técnicas y procedimientos**

Para obtener los fundamentos teóricos que permitieron abordar la problemática en estudio se realizó una revisión de la bibliografía actualizada sobre el tema en formato impreso y disponible en los Centros de Información de Ciencias Médicas existentes en el país, además de una búsqueda de información y estudios publicados por Internet, en los sitios nacionales e internacionales también se utilizaron las historias clínicas individuales y los modelos de Remisión del PDCB de cada caso, más un

cuestionario creado por el autor (Anexo 2.) y validado por expertos, lo que permitió la obtención de los datos del estudio.

Se aplicó un cuestionario tanto a los casos como a los controles seleccionados para recoger la información relacionada con las variables en estudio, el que se confeccionó de acuerdo a las variables descritas. Se emplearon métodos de estadísticas descriptivas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se aplicaron además técnicas estadísticas.

En un segundo momento con la utilización del programa Análisis, del paquete de aplicaciones EPIINFO 6.04 mediante la orden MATCH se determinaran los estadígrafos Odds ratio (OR) con su intervalo de confianza del 95% como medida de asociación y el Chi<sup>2</sup> Ponderado de Mantel y Haenszel y el Valor de P como medida de significación estadística. Lo que permitió determinar la posible asociación de lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal (variable dependiente) con un grupo de variables consideradas como factores de riesgo (variables independientes). El programa realiza este análisis con la utilización las tablas de contingencias de 2x2 para el cálculo del Odds ratio como se muestra a continuación.

		CONTROLES		
		Factor presente	Factor ausente	
casos	Factor presente	a	b	a+b
	Factor ausente	c	d	c+d
		a+c	b+d	n

Donde:  $OR = \frac{b}{c}$  Riesgo Relativo RR).

B: Pares discordantes de casos expuestos y controles no expuestos.

C: Pares discordantes de casos no expuestos y controles expuestos.

Para valorar la existencia de asociación se considera:

Si el  $OR = 1$ , la exposición no se asocia con la enfermedad

Si el  $OR < 1$  la exposición tiene un efecto protector (es decir, la exposición disminuye la probabilidad de desarrollar la enfermedad).

Si el  $OR > 1$  la exposición aumenta las posibilidades de desarrollar la enfermedad.

Las estimaciones del OR se deben realizar con un intervalo de confianza del 95% para poder confirmar o rechazar la asociación entre las variables y la enfermedad.

Para establecer la existencia de asociación estadísticamente significativa entre un grupo de factores de riesgo y las lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal se plantean las hipótesis siguientes.

$H_0$ : No existe asociación estadísticamente significativa entre un grupo de factores de riesgo seleccionados con las lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal en población del municipio Majagua

$H_1$ : Existe asociación estadísticamente significativa entre un grupo de factores de riesgo seleccionados con lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal del área de salud Majagua

Para determinar si la asociación encontrada es estadísticamente significativa, se utilizó el p valor y el estadígrafo  $\chi^2$  calculado, teniendo en cuenta que:

Región crítica:  $\chi^2_{(0.95)}^{(1)} = 3.841$

Si  $\chi^2$  calculado es mayor que Chi cuadrado tabulado y el valor  $p \leq 0.05$  se considera que la asociación es estadísticamente significativa; por lo tanto se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$ .

Si  $\chi^2$  calculado es menor que  $\chi^2$  cuadrado tabulado y el valor  $p > 0.05$  se considera que la asociación no es estadísticamente significativa; por lo tanto no se rechaza  $H_0$ .

Posteriormente para determinar la cuantía en que puede reducirse la enfermedad en la población si se controla la exposición de cada variable en estudio se calculará el Riesgo Atribuible Poblacional porcentual (RAP%) Esta medida de impacto se determinará solamente en las variables que aporten resultados significativos después del análisis univariado y que constituyen factores de riesgo modificables. Se calculará de la siguiente forma:

F (OR-1)

$$\text{RAP\%} = \frac{F}{1+F} \times 100$$

F: es la proporción de expuestos al factor de riesgo

#### ASPECTOS ÉTICOS.

En el desarrollo de esta investigación se mantuvo como premisa, respetar los principios bioéticos que van implícitos en los estudios con seres humanos.

Se pidió a todos los pacientes seleccionados su consentimiento para participar en el estudio (Anexo 1).

Se explicó el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, se insistirá en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación. La autonomía se mantendrá desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leerá, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta de consentimiento informado. Se aplicarán los principios de beneficencia y no maleficencia al procurar el bienestar de todos los participantes, sin establecer distinciones ni prioridades por lo que la justicia formará parte de toda la práctica médica implicada.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1: Pacientes incluidos en el estudio según grupo de pertenencia y edad.

Grupos de edades	Grupos					
	Estudio		Control		Total	
	No	%	No	%	No	%
31 a 40	2	2,08	4	2,08	6	2,08
41 a 50	9	9,37	18	9,37	27	9,37
51 a 60	41	42,70	82	42,70	123	42,70
Más de 60 años	44	45,83	88	45,83	132	45,83
Total	96	33,4	192	66,5	288	100

En la tabla 1 se puede observar la distribución de los pacientes incluidos en la investigación en correspondencia al grupo investigativo de pertenencia, así como las edades según grupos seleccionados, al analizar la tabla debe ser destacado la no existencia de paciente con edades inferiores a 30 años, los que inicialmente se consideraron como grupos de edades a investigar y por otra parte el incremento de pacientes remitidos a medida que aumenta la edad siendo el grupo de mayor cuantía los de 60 años y mas con 44 pacientes( 45,83 %), lo que se comportó de igual forma para el grupo estudio y control, la autora considera que esto se atribuye a la forma de selección de este último grupo.

En el estudio realizado en España titulado “ Percepción de los Factores de Riesgo de Cáncer por la Población Española “ se encontró un predominó el grupo etáreo de 60 y más años con un 41, 5 %, en la tesis doctoral de Maikel Hermida Rojas desarrollada en el contexto de la provincia Ciego de Ávila, se evidenció un incremento del cáncer bucal proporcionalmente al aumento de la edad y los grupos de edades más afectados fueron de 60 a 69 años con el 27.1% y de 80 a más años con el 24.3% del total de pacientes, en este estudio No hubo pacientes con edades

inferiores a los 30 años, los resultados del presente estudio establecen concordancia con los obtenidos por estos autores. (19)

Las personas de 60 años en lo adelante en nuestro país cada vez son más numerosas y con la edad aumentan las lesiones bucales como resultado de mayor tiempo expuesto a irritantes, era de esperar un mayor número de pacientes remitidos en este rango de edad, sin embargo, se observa que las personas de 35-59 años son los más remitidos. (20)

Estas cifras concuerdan con López (21) quien encontró que el mayor por ciento de pacientes afectados por lesiones en la boca pertenecía al grupo de 35-59 años. Estudios como los de León Martínez (22) y Royak (23), coinciden que el grupo de 60 y más tiene la más alta prevalencia del cáncer a nivel mundial.

En el artículo publicado sobre Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín nos describe que a partir de los 50 años se incrementa el riesgo de contraer Cáncer Bucal. Esta situación pudiera estar relacionada con la mayor exposición a los factores de riesgo y otros causales. En Cuba durante el período 1987-1996 el 73,4% fue del sexo masculino y 899 (26,6%) del sexo femenino con una razón de 3 hombres por cada mujer <sup>15</sup>. En el pasado año 2011 fallecieron 506 personas por cáncer bucal. (34)

Tabla 2: Pacientes incluidos en el estudio según grupo de pertenencia y sexo.

Sexos	Grupos					
	Estudio		Control		Total	
	No	%	No	%	No	%
Femenino	40	41,66	80	41,66	120	41,66
Masculino	56	58,34	112	58,34	168	58,34
Total	96	33,4	192	66,4	288	100

Los pacientes incluidos en el estudio según grupo investigativo y sexo puede ser observado en la tabla 2, en la misma se destaca el predominio del sexo masculino (56 pacientes, 58,34%) dentro de los pacientes remitidos pertenecientes al grupo estudio, lo que se corresponde con el grupo control y el total general lo que se atribuye a la forma de selección del grupo control.

En la investigación titulada “Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la Población adulta. Clínica Estomatológica Ismael Clark y Macará. Camagüey, Cuba.” se encontró un predominio del sexo femenino con un 60 ,7 %, en relación con el masculino, estos autores atribuyen esta hallazgo a las características sociodemográfica del contexto del estudio(15),

En la investigación realizada por el DrC Maikel Hermida Rojas en opción de su tesis doctoral se encontró un predominio del sexo masculino con el 74.8% del total de pacientes, mientras que las mujeres solo representaron el 25.2%, este autor hacer referencia en lo planteado en la literatura internacional relacionado con la influencia del sexo en la génesis del cáncer bucal pero estudios mas recientes plantean que no existe una predisposición biológica la respecto pero que si la conducta constituye un aspecto importante a considerar.(19)

Los resultado de la presente investigación aunque con cifras menores coincide con los obtenidos por este autor. También ocurre con la investigación de la Zona de Salud de Burela (Lugo) (16) y del Instituto Superior de Ciencias Médicas “Dr. Carlos Juan Finlay” Hospital Oncológico Provincial Docente “María Curie” Camagüey se comporto nuevamente un predominio del sexo masculino. (17)

En relación al cáncer bucal, en el informe de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer del Uruguay, no se discrimina a la cavidad bucal de la categoría buco faríngea. En el período 2002-2006 la tasa de mortalidad por cáncer de “cavidad oral y faringe” en mujeres fue de 1.2 por 100.000, con un promedio anual de 38 decesos y en hombres de 6.8 por 100000, con un promedio anual de 134 muertes.

Los datos de incidencia de esta neoplasia en el período 2002-2006 en Uruguay muestran una tasa estandarizada (por 100.000) menor de 3 en mujeres, con un promedio anual de 71 nuevos casos y 10,29 en hombres, con un promedio anual de 202 nuevos casos, correspondiendo con los datos de nuestra investigación donde el sexo masculino prevalece. No se comporto así en el estudio de la Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay, aumentando significativamente la mujer. (32)

En el estudio de la Caracterización de las remisiones del Programa de Detección Precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila el sexo más representado fue el masculino, con el 60.4% de la muestra (32 pacientes), esto se corresponde con estudios realizados por Santana predominio del sexo masculino (56.8%), se demostró que los hombres predominan entre los pacientes con lesiones premalignas o malignas del complejo bucal. (20)

Tabla 3: Pacientes según Nivel socio -económico

Nivel socio -económico	Grupos					
	Estudio n=96		Control n=192		Total n=288	
	No	%	No	%	No	%
Inadecuado	65	67,70	97	50,53	162	56,25
Adecuado	31	32,30	95	49,47	126	43,75

En la tabla 3 se puede apreciar el nivel socioeconómico de los pacientes de los grupos estudio y control, en la que se destaca que existió un predominio no muy marcado del nivel socioeconómico inadecuado c aspecto que se hizo mas diferente entre los pacientes correspondientes al grupo estudio con 31 pacientes (32,30%) con un nivel socioeconómico adecuado y 65 pacientes (67,70%) con un nivel socioeconómico inadecuado. Este aspecto es bastante amplio ya que en el interfiere varios factores controlados por el consultorio del médico de la familia como son problemas sociales, el nivel cultural, económico, conocimiento y el modo y estilo de vida.

Se puede plantear que esta esfera enmarca una amplia gama de factores los que se relacionan con el hábito de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas, café, comidas calientes y picantes, higiene bucal deficiente, dieta inadecuada, exposición prolongada al sol, traumas crónicos y sepsis bucal. (31)

En relación con el nivel de conocimientos sobre cáncer bucal aunque no es objetivo de la investigación se constató que aun este es muy bajo en los pacientes estudiados. Resultado similar encontró en el estudio de la Caracterización de las remisiones del Programa de Detección Precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila al coincidir que la mayoría de la población estaba desinformada en temas relacionados con el cáncer bucal. (20)

Pero no se corresponden con los objetivos y esfuerzos trazados por el MINSAP, ni con las actividades y estrategias de intervenciones educativas ejecutadas por los profesionales de la salud como parte del programa de maestrías, por lo que aún no es suficiente el esfuerzo y es evidente la necesidad de soluciones rápidas que mejoren esta problemática, como pueden ser mayor rigor en el proceso docente y la impartición de cursos de actualización a profesionales ya graduados. (20)

Estos resultados demuestran la escasa labor de promoción por parte del profesional relacionado con el autoexamen como método para prevenir el cáncer bucal. La mayoría de los pacientes deben conocer como medida de urgencia el método de ejecución del autoexamen bucal y el conocimiento de los signos de alerta del cáncer bucal (20)

Esto resulta de gran importancia, ya que la falta de conocimiento de los agentes etiológicos de estas patologías y sobre todo el carácter premaligno y maligno de algunas de éstas descrito por la O.M.S, con seguridad puede influir negativamente en el diagnóstico y tratamiento adecuado, llegando a comprometer inclusive la salud y vida de los pacientes. (35)

Autores en la Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores logran con su labor que el 93,2% de los ancianos, que inicialmente tuvieron conocimientos inadecuados sobre dicha temática, los modificaran favorablemente. (33, 36)

Un amplio grupo de autores refiere la importancia que reviste el autoexamen para la detección precoz del cáncer bucal. Podemos señalar como meritorios los trabajos publicados por varios autores, quienes incentivan al personal estomatológico para ejecutar acciones educativas en la población. (33, 37)

Otros estudios refieren un bajo nivel de conocimiento de los factores de riesgo del cáncer bucal, deficiencias en las vías de información educativa, desconocimiento de los síntomas y signos de alarma ante el cáncer bucal, no realización adecuada del auto examen bucal, existiendo necesidades de aprendizaje sobre prevención del cáncer bucal en todos los aspectos explorados y por ende no conllevan a un adecuado nivel socio económico. (33, 38)

Tabla 4: Pacientes según presentan o no alcoholismo

Alcoholismo	Grupos					
	Estudio n=96		Control n=192		Total n=288	
	No	%	No	%	No	%
Si	54	56,25	89	46,35	143	49,65
No	42	43,75	103	53,65	145	50,35

**0.1133 no asociación**

La presencia del factor de riesgo alcoholismo se observa en la tabla 4 según los grupos investigativos a que estos pacientes pertenecen, en la que se destaca que en el grupo estudio existió un predominio de pacientes alcohólicos con 54 lo que representa el 56,25% y 42 pacientes no alcohólicos (43,75%), este comportamiento de la variable no fue similar en el grupo control en el que predominaron los pacientes no alcohólicos 103 pacientes ( 53,65 %) y en el total general en que la proporción fue similar con un 49,65% y un 50,35 de pacientes alcohólicos o no.

En el estudio Titulado Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la Población adulta. Clínica Estomatológica Ismael Clark y Macará. Camagüey, Cuba. Por las Dras. Madelín Miranda Naranjo, Leslie Jiménez Uley y Mireya Mejías Peralta Se obtiene un consumo de alcohol de un 19,4 %, los resultados de la presente investigación son superiores a los obtenidos por estos autores,

El Dr. C Maikel Hermida en su tesis doctoral obtuvo un 34,4% de pacientes que bebían ron y de ellos el 53,1% correspondieron a pacientes con cáncer bucal, este autor plantea que “El consumo excesivo de alcohol y el cáncer de la boca presentan una relación entre ambos, por eso los grandes bebedores corren un riesgo 10 veces mayor de adquirir cáncer bucal”. (32)

El alcoholismo aumenta 10 veces el riesgo de neoplasia bucal en los grandes consumidores. Esta asociación también es dosis-dependiente. De hecho, entre

individuos que consumen 4 -5 copas diarias, el riesgo de contraer cáncer oral es 2-3 veces mayor que entre los no consumidores .Entre 7 y 19% de los casos de carcinoma escamocelular de boca son atribuibles al consumo importante de alcohol.(32)

Tabla 5: Pacientes según presentan o no Tabaquismo

Tabaquismo	Grupos					
	Estudio n=96		Control n=192		Total n=288	
	No	%	No	%	No	%
Si	73	70,08	85	44.27	158	54.86
No	23	23.96	107	55.72	130	45.13

0.0000 asociación

En la Tabla 5 puede observarse la presencia o no de tabaquismo en los grupos estudio y control, en la misma se destaca el predominio de fumadores en los pacientes del grupo estudio con 73 paciente para un 70, 08 % , lo que no ocurre de igual forma en el grupo control en el que predominan los pacientes no fumadores con 107 (55,72 %). En general se observan valores similares entre pacientes fumadores o no en la totalidad de los pacientes estudiados 54,86% y 45,13% de pacientes fumadores o no.

Los resultados de la presente investigación establecen concordancia con el estudio realizado por el Dr Maikel Hermida en su tesis doctoral que obtiene un 73,3% de pacientes fumadores , este autor plantea que el factor de riesgo más importante en la aparición del cáncer bucal es el tabaquismo, y hace referencia a que más del 90% de los pacientes con carcinoma espinocelular bucal han sido fumadores y que en el humo del tabaco, se han encontrado más de 20 sustancias carcinógenas, otros estudios.

La propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la Población adulta. Clínica Estomatológica Ismael Clark y Macará. Camagüey, Cuba. encontraron prevalencias de solo un 20% en relación con el consumo de tabaco, al estudiar el nivel de información que posee la población en el estudio, el 83,7 de las mujeres y el 82,5 de los hombres le confieren un valor preponderante al tabaco como factor de riesgo al cáncer bucal.

La carcinogenicidad del tabaco es más que evidente y un cuarto de los casos de cáncer oral son atribuibles al consumo de cigarrillos. La asociación entre el consumo de tabaco y el cáncer oral es dosis-dependiente. El riesgo de cáncer de cabeza y cuello aumenta marcadamente cuando el período de consumo es superior a los 20 años y cuando la frecuencia de consumo de cigarrillos sobrepasa los 20 cigarrillos por día, demostrado así en el estudio de la Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay con un alto porcentaje de pacientes con presencia de lesiones y vinculados al hábito de fumar.

El tabaquismo es uno de los factores más frecuentes en las personas estudiadas. Resultados similares reportan autores como Mosqueda en México (22) y Conceicao en Brasil (23, 20), donde plantean que el consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo más comprobados en la posible aparición del cáncer bucal generalmente en mayores de 45 años. (39)

Es importante identificar los pacientes con más factores de riesgo para brindarles atención diferenciada. Deben ser advertidos del daño que esto produce pues en ocasiones llegan a consulta cuando el mismo es irreparable, de ahí lo trascendental de la visita periódica al estomatólogo y la realización del autoexamen bucal. Se necesita poner en práctica mecanismos que estén a nuestro alcance para prevenir y/o detectar a tiempo cualquier lesión del complejo bucal que traiga aparejado predisposición a contraer el cáncer bucal. (22, 20)

Tabla 6: Pacientes según presentan o no alcoholismo y tabaquismo de forma combinada.

Combinación de alcoholismo y tabaquismo	Grupos					
	Estudio n=96		Control n=192		Total n=288	
	No	%	No	%	No	%
Si	50	68.5	76	44,5	126	51,9
No	23	31.5	95	55,5	117	48,1
total	73	30	171	70	243	100

0.0438 asociación

En la tabla 6 Se observa el consumo simultáneo de alcohol y tabaco en la que se destaca que más de la mitad de los pacientes consumían alcohol y tabaco en el total de pacientes en el estudio (51,9 %), con un (68.5 %) para los pacientes del grupo estudio. Lo que no ocurrió así en el grupo control (44,5%) y Resultados similares a los obtenidos en la presente investigación los obtuvo el Dr Maikel Hermida en su tesis doctoral que obtuvo un 73.3% que fumaba cigarrillos, el 34.4% que bebía ron y el 30% que fumaba tabacos, esta asociación fue determinante en los casos de cáncer de labio, pero esto predominó en todos los casos de cáncer de la cavidad bucal.

También los resultados del presente estudio establecen concordancia con los obtenidos por otros autores en la Clínica Estomatológica Ismael Clark y Macará Camagüey. Cuba y Brasil, donde el consumo de tabaco y de alcohol de forma individual o asociados fueron los factores de riesgo más comprobados en la posible aparición del cáncer bucal generalmente en mayores de 45 años ya que el alcohol potencia el efecto carcinógeno del tabaco , cuando están asociados.

Los resultados de las investigación realizada en de la Zona de Salud de Burela (Lugo) establecen que el hábito de fumar aumenta en aproximadamente 6 veces el riesgo de padecer cáncer oral y que el consumo regular de alcohol lo duplica. Las

distintas investigaciones publicadas al respecto describen que el consumo combinado de alcohol y tabaco potencian el riesgo de padecer neoplasias de la cavidad bucal.

La exposición combinada al tabaco y al alcohol aumenta el riesgo de padecer neoplasia siguiendo un modelo multiplicativo y propende a acortar el período de aparición de la misma. La combinación de alcohol y tabaco transforma a los consumidores moderados de alcohol (8 a 25 copas semanales) y de cigarrillos (20 a 45 cajillas por año), que generalmente tendrían bajo o ningún riesgo de desarrollar cáncer de cabeza o cuello, en individuos de alto riesgo.

Tabla 7: Pacientes según presentan o no Fricción crónica o daño mecánico a la mucosa.

Fricción crónica o daño mecánico a la mucosa	Grupos					
	Estudio n=96		Control n=192		Total n=288	
	No	%	No	%	No	%
Si	24	25	25	13.02	49	17.01
No	72	75	167	86.97	239	82.98

0.0108 Asociación

La fricción o daño mecánico a la mucosa se puede observar en la tabla 7, es de destacar que este factor presento una menor representación en relación con otros estudiados, los resultados de la presente investigación, en el grupo estudio, establece similitud a los resultados obtenidos por otros autores como es el caso de (Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la Población adulta. Clínica Estomatológica Ismael Clark y Macará. Camagüey, Cuba, con un 19% de prótesis desajustadas y un 13,8% de obturaciones filosas.

Se plantea que el trauma crónico constituye un factor de riesgo físico muy importante en el origen del cáncer en el complejo bucal ya que la irritación traumática repetida ocurre por algún objeto duro que tritura o lacera los tejidos blandos de los órganos bucales, así se origina un daño de las células que requiere de reparación continua y a largo plazo induce a la multiplicación anormal de las mismas y también puede actuar por si solo como irritante local de las mucosas, alterar el metabolismo de las células epiteliales, existen otros factores dentarios, y aparatos protésicos desajustados o rotos se convierten en lesivos a las mucosas orales, asociándose a su vez el tiempo de exposición del paciente a los mismos, los que aumentan el riesgo a medida que aumenta el tiempo de exposición. (15)

Los irritantes traumáticos se manifiestan en su mayoría en los pacientes con las prótesis desajustadas (mal confeccionadas, con reparaciones, exceso de uso o biomecánicamente alteradas), los dientes o restos radiculares con bordes filosos, las obturaciones defectuosas, por el jugueteo con las prótesis, la introducción de objetos en la boca, la masticación incorrecta y algunos hábitos bucales como la disquinesia lingual, el mordisqueo de los labios, los carrillos o la lengua. Datos obtenidos en la investigación de Royak Simpsom K, Lancaster J. Cambios psicosociales en el adulto mayor, existiendo gran asociación entre ambos estudios.(23)

Tabla8: Pacientes según presentan o no Exposición al sol

Exposición al sol	Grupos					
	Estudio n=96		Control n=192		Total n=288	
	No	%	No	%	No	%
Si	45	46.87	92	47.91	137	47.69
No	51	53.12	100	52.08	151	52.43

0.8675 no asociación

En la tabla 8 se observa la presencia o no de exposición al sol por los pacientes de los grupos estudio y control, el análisis de este factor de riesgo no ofrece resultados muy importantes pues casi la mitad de los pacientes 46,8% para el grupo estudio, 47,91% para el grupo control y el 47,69% del total de los pacientes estudiados presento exposición a este factor de riesgo.

Los resultados de la presente investigación son inferiores a los obtenidos por Universidad de Santiago de Compostela. Investigación: Riesgo de cáncer oral atribuible al consumo de alcohol y tabaco en la Zona de Salud de Burela (17) que obtuvo que un 72,7% de los paciente encuestados atribuían una gran importancia a la exposición a este factor de riesgo al cáncer bucal, representado por el 78% de las mujeres y el 67,2% de los hombres y el DrC Maikel Hermida en su tesis doctoral obtuvo un 60,5% de exposición a este factor de riesgo.(19)

La luz solar es una de las causas fundamentales en la aparición del cáncer en los últimos 15 años, pues la porción ultravioleta (UV) del espectro solar tiene tres longitudes de onda: UVA, UVB y UVC, capaces de alterar la información genética de las células.

El grado de riesgo depende del tipo de rayos ultravioletas, de la intensidad de la exposición y de la cantidad del manto protector de melanina absorbente de luz que tenga la piel. Esto confirma el elevado riesgo de las personas de pieles claras y la

importancia de las profesiones de alto riesgo como los agricultores, los ganaderos, los pescadores y los trabajadores de la construcción.(20) (22)

La gran parte de la población estudiada está relacionada con la exposición de la luz solar, la radiación ultravioleta procedente del sol que induce a un aumento de la incidencia del cáncer de piel y por ello la exposición periódica al sol ya que el territorio en estudio es rural y desarrollan una vida en el campo. Aunque no exista asociación en esta actividad es de gran importancia en la formación del cáncer bucal.

Tabla 9: Pacientes según presentan o no Sepsis oral

Sepsis oral	Grupos					
	Estudio n=96		Control n=192		Total n=288	
	No	%	No	%	No	%
Si	10	10.41	6	3.12	16	5.55
No	86	89.58	186	96.87	272	94.44

0.0109 asociación

El riesgo de presentar enfermedades infecciosas en la boca es ocasionado en su mayoría por una higiene bucal deficiente y es muy común en los pacientes con cáncer bucal. Con una higiene bucal pobre se permite el crecimiento de colonias de microorganismos que generan daño crónico en los tejidos bucales y con el tiempo conduce a la pérdida dentaria. (30)

La tabla 9 nos muestra el bajo porcentaje de pacientes con sepsis oral con un 10.41% en la población estudiada, estableciendo relación con el grupo control solo reportándose con sepsis bucal un 3.12%. Estos datos nos llevan a reflexionar que con una higiene bucal pobre se permite el crecimiento de colonias de microorganismos que generan daño crónico en los tejidos bucales y con el tiempo conduce a la pérdida dentaria.

Aunque se conoce que la sepsis bucal por sí sola no es capaz de generar una neoplasia, se supone que sobre las lesiones neoplásicas pueden haber microorganismos patógenos activos y se ha insistido que las infecciones crónicas producidas por algunos gérmenes como la *Cándida albicans* son capaces de producir cambios hiperplásicos en la mucosa bucal según la investigación realizada por el doctor Maikel Hermidas. (19)

La investigación de factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma del complejo bucal en los pacientes de la zona norte de la provincia de Ciego de Ávila, nos ayuda a afirmar que la higiene bucal deficiente que estimula la aparición de caries y parodontopatías produce una alteración crónica de los tejidos blandos orales y con menor frecuencia se ha reportado un grupo de medicamentos que produce irritación química de la mucosa bucal. (19)

## **CONCLUSIONES**

La mayoría de los pacientes del grupo estudio correspondieron a las edades de 60 años y mas, observándose un incremento de los caso con la edad de los pacientes, del sexo masculino predominó a pesar que en la actualidad no se considera el sexo biológico como un factor de riesgo y sí el comportamiento de los individuos, predominó un nivel socioeconómico inadecuado, lo que no pudo ser contrastado con otros estudios

El tabaquismo, el alcoholismo y la combinación de ambos se presentaron como factores de riesgo de gran presencia en el grupo estudio, la mayoría de los investigadores le atribuyen un papel preponderante a estos de forma aislada o con acción sinérgica lo que se considera un efecto potenciador.

En el análisis de los factores de riesgo, fricción crónica o daño a la mucosa, exposición al sol y sepsis oral no se encontró un predominio marcado en los pacientes del grupo estudio, otras investigaciones si los consideran de gran significación.

## **RECOMENDACIONES**

Que sean divulgados los resultados de la presente investigación en el policlínico Docente Majagua así como en el seno del gremio estomatológico.

Emplear sus resultados como base para implementar intervenciones educativas con el fin de disminuir la prevalencia del cáncer bucal por la magnitud y trascendencia del problema de salud que representa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castañeda Molerio R. Desempeño docente de los tutores de las especialidades de Estomatología y Odontología General Integral en el desarrollo de las acciones de la educación en el trabajo. Estado Sucre. Curso 2006-[tesis]. Caracas: ENSAP; 2008
2. MINSAP. EGI en dos años definitiva [CD-ROM]. Plan de Estudios de La Especialidad en Estomatología General Integral. Caracas. 2004.
3. Colectivo de Autores. Programa Nacional de Atención estomatológica integral de la población. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2002.
4. Escuela de Estomatología de la Habana. Memoria del congreso Estomatología 2005. [CD-ROM]. Palacio de las Convenciones 2005
- 5.- Nolla Cao Nidia. Los planes de estudio y programas de las especialidades médicas. Rev. Cubana Educ Méd Super. 2001;15 (2):1 – 4.
- 6.- Misión Barrio Adentro. República Bolivariana de Venezuela. Bibliografía del Módulo No. 3 (1er año) de la Especialidad de EGI [CD-ROM]. Caracas .2004.
- 7.- García Jordán Mariela, Lence Anta Juan José, Sosa Rosales Maritza, Martín Moya Luz Amarilys, Fernández Garrote Leticia. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987-1996). Rev Cubana Oncol. 1999; 15(2):114-18.
- 8.- Santana Garay Julio, Delgado Méndez Luis, Miranda Tarrago Josefa, Sánchez Tabrane Mayda. Programa Nacional de detección del cáncer bucal: resultados en 5 años de aplicación. Rev Cubana Estomat [Internet]. 1999 [Citado 12 Feb 2014]; 28(2):83-92. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=101015&indexSearch=ID>
- 9- Sapp PJ, Eversole LR, Wysocki GP. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Editorial Harcourt Brace- España: 1998; 277-318
- 10- López Arraz, J.S. Cirugía Oral. Ed: Interamericana Mc Graw Hill, 1999

- 11- Varela Centelles PI, Romero Méndez A. Riesgo de Cáncer Oral atribuible al consumo de alcohol y tabaco en la zona de Burela. Rev Coleg Odontól y Estomat de España. 2000; 12(3): 77-81.
12. Alpízar Mora M C, Valera Montenegro I, Martell Pérez T, Hernández Rodríguez L A. Programa de pesquisaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2001[citado 14Feb 2013]; 17 (3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000300006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000300006&script=sci_arttext)
- 13- Quintana Díaz J C, Amate Ceja C, Delgado Gardón L. Importancia de la incorporación del médico de la familia al plan de detección precoz del cáncer bucal en artemisa. Rev Cubana Estomatol. 1999; 36 (3): 93-9.
14. Quintana Díaz J C, Rodríguez Llénez R, Castillo A, Alvarez Campos L. Comportamiento del plan de detección precoz del cáncer bucal en Artemisa (1990-1994). Rev Cubana Estomatol. 1996; 33 (3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75071996000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75071996000300002&script=sci_arttext)
15. Miranda Naranjo M, Jiménez Uley L, Mejías Peralta M. Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la Población adulta. Clín Estomatol Ismael Clark y Macará [Internet]. 2014 [citado 1 Marz 2013]; 10 (6): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v10n6/amc080610.pdf>
16. Varela Centelles P I, Romero Méndez A, Varela Centelles A, Rodríguez González V. Riesgo de cáncer oral atribuible al consumo de alcohol y tabaco en la Zona de Salud de Burela (Lugo) Rev Coleg Odontól y Estomat de España [Internet]. 2010 [citado 20 Jul 2012]; 21(3):Disponible en <http://www.odontologia-online.com/casos/part/JMP/JMP01/jmp01.htm>
17. [Peña González A](#), [Arredondo López M](#), [Vila Martínez L](#). Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cubana Estomat [Internet]. 2010 [citado 14Feb 2013]; 43(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072006000100003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072006000100003&script=sci_arttext&tlng=pt)
18. Laskin DM. Cirugía bucal y maxilo facial. Buenos Aires: Panamericana; 1987:405.
19. Hermidas Rojas M. Escala de Riesgo para Predecir el Cáncer Bucal [tesis]. Ciego de Ávila: Universidad José Aseff Yara de Ciego de Ávila; 2007.
20. Rodríguez Rodríguez N, Álvarez Blanco Y, Cárdenas Pérez E, Cruz Betancourt M C, Morales Pardo M I, Cepero Franco F. Caracterización de las remisiones del

Programa de Detección Precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila [Internet]. 2012 [citado 14Feb 2013]; 18(1): Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2012/mdcs121m.pdf>

21. López Cruz E, Marrero Fuente A, Castells Zayas Bazán S. Evaluación del programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal en siete años. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2006 [citado 10 Jun 2011]; 7(5): Disponible en: <http://shin.cmw.sld.cu/amc/v7.sup/1/770.htm>

22. León Martínez E, Romero Sánchez M C, Ferrer Herrera I, Fatjó Cruz M. Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 1996 [citado 25 feb 2012]; 13(2): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

23. Royak Simpsom K, Lancaster J. Cambios psicosociales en el adulto mayor. Rev Panam Adult May [Internet]. 2007 [Citado 4 Nov 2011]. Disponible en: <http://www.redadultomayor.com.or/salud.htm>

24. Quintana Díaz JC, Fernández Fregio M, Laborde Ramos R. Factores de riesgo de de lesiones premalignas y malignas bucales. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2004 [citado 7 Dic 2013]: Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sciartte>

25. Miranda Tarragó JD, Fernández Ramírez L, García Heredia GL, Rodríguez Pérez I, Trujillo Miranda E. Pacientes remitidos por el programa de Detección de Cáncer Bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 [citado 18 Abr 2015]; 47(4): Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/104552841/ABSTRACT?CRETRY=1&SRETRY=0>

26. Martín J, Medina LD, Márquez E, Concepción JJ, Pérez MM. Comportamiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en la clínica estomatológica "Celia Sánchez Manduley" [Internet]. 2009 [citado 25 Sept 2014]. Disponible en: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/JMP/JMP01/jmp01.htm>

27. Mosqueda AA, Ibañez N, Díaz MA, Irigoyen ME, Sida E. Frecuencia de neoplasias malignas de la región bucal y maxilofacial en dos servicios de patología bucal de la ciudad de México. Rev Cienc Clín [Internet]. 2008 [citado 27 feb 2012]; 1(1): Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/index3.html>

28. Conceição M, Tostes D, Landman G, Kowalski LP. Histologic Subtypes of Oral Squamous Cell Carcinoma: Prognostic Relevante. J Canadian Dent Assocat [Internet] 2007 [Citado 25 feb 2011]; 73(4): Disponible en: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-4/339.html>

29. Bernardo Fuentes MG, García Galán EV, Pomares Bory E. El vínculo ecuación comunicación en la formación integral de los profesionales de la salud. Educ Méd Sup [internet]. 2006 [citado 25 feb 2011]; 18 (4): Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18\\_4\\_04/ems03404.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_4_04/ems03404.htm)
30. Nair Tardó M. Efectos de las intervenciones educativas a partir del rol docente. Univ de La Plata. Argentina [Internet]. 2007 [citado 25 Ago 2011]: Disponible en: <http://www.redadultomayor.com.or/salud.htm>
31. Peña Hernández M. Intervención educativa sobre factores de riesgo del cáncer bucal. Corr Cient Méd [Internet]. 2013 [citado 25 Ago 2011]; 1(1): Disponible en: [revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/download/1247/288](http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/download/1247/288)
32. Casnati B, Álvarez R, Massa, F, Lorenzo, S Angulo M. Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay. Odontoestomatol [Internet]. 2013 [citado 14 Feb 2013]; 15: Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-93392013000200007](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200007)
33. Mendoza Fernández A, Ordaz González M, Abreu Noroña A C, Romero Pérez O, García Mena M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores Rev Cienc Méd [Internet]. 2013 [citado 14 Feb 2013]; 17(4):24-32. <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/1234>
34. Verdecia Jiménez A I, Álvarez Infantes E, Parra Lahens J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. Corr Científ Méd [Internet]. 2014 [citado 12 Ene 2013]; 18(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100007)
35. Puentes J, Omaña C, León M, Rangel J, Rodríguez J. Valoración del nivel de conocimiento sobre las patologías labiales por parte del odontólogo que labora en el sector privado de salud de Mérida, Venezuela. Rev Venez Invest Odont [Internet]. 2015 [citado 1 Oct 2013]; 3 (1): 4-14. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/6597/6412>
36. Morales Navarro D, Rodríguez Lay L, García Jordán M. Importancia del Programa de Detección Temprana del cáncer bucal en Cuba. Rev haban cienc méd [Internet]. 2009 [citado 15 jul 2011]; 8(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
37. Espeso Nápoles N, Rivacoba Novoa E, Fernández Franch N, Mulet García M. Intervención educativo curativa en salud bucal para el adulto mayor institucionalizado en casas de abuelos. II Congreso Internacional «Estrategias y Tecnologías en

Estomatología [Internet]. 2009 [citado 20 May 2011]; 10(1): Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/est/supl\\_01\\_10/02%20\(Estomatol%20Gral%20Integ\).htm#eqi05](http://bvs.sld.cu/revistas/est/supl_01_10/02%20(Estomatol%20Gral%20Integ).htm#eqi05)

38. Gonzáles Ramos RM, Herrera López I B, Osorio Núñez M, Madrazo Ordaz D. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 [citado 2 Abr 2014]; 47(1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072010000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100009&lng=es).

39. Ruiz Candina H J, Herrera Batista A. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2009 Sep [citado 19 Feb 2013]; 28(3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002009000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000300007&lng=es)

## BIBLIOGRAFIA DE CONSULTA

- Accortt NA, Waterbor JW, Beall C, Howard G. Cancer incidence among a cohort of smokeless tobacco users (United States). *Cancer Causes Control*;16(9):1107-15.
- Achiong Estupiñán F, Morales Rigau JM, Dueñas Herrera A, Acebo Figueroa F, Bermúdez González CL, Garrote Rodríguez I. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. *Rev Cubana Hig Epidemiol [serie en Internet]*. [citado 24 Septiembre 2007]; 44(1); [aprox. 5 p.]. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032006000100001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032006000100001&lng=es&nrm=iso)
- Asakage T, Yokoyama A, Haneda T, Yamazaki M, Muto M, Yokoyama T, et al. Genetic polymorphisms of alcohol and aldehyde dehydrogenases, and drinking, smoking and diet in Japanese men with oral and pharyngeal squamous cell carcinoma. *Carcinogenesis* 2007;28(4):865-74.
- Chang WC, Hsiao CF, Chang HY, Lan TY, Hsiung CA, Shih YT, Tai TY. Betel nut chewing and other risk factors associated with obesity among Taiwanese male adults. *Int J Obes (Lond)*;30(2):359-63.
- Hermida Rojas M, Santana Garay JC, González Docando YE, Borroto Alcorta DC. Factores de riesgo del cáncer bucal. *Rev MEDICIEGO [serie en Internet]* [citado 08 Septiembre 2007]; 13(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en:[http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13\\_01\\_07/articulos/a12\\_v13\\_0107htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a12_v13_0107htm)
- Hashibe M, Morgenstern H, Cui Y, Tashkin DP, Zhang ZF, Cozen W, Mack TM, Greenland S. Marijuana use and the risk of lung and upper aerodigestive tract cancers: results of a population-based case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*;15(10):1829-34.
- Lemus Cruz LM. Factores de riesgo en la aparición de lesiones de la mucosa bucal en el adulto mayor portador de prótesis estomatológica. [Tesis] Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2007.
- Lescaille, D. Ernenwein, R. Toledo. Cánceres de la cavidad bucal: detección y factores de riesgo. [citado 22 febrero 2012] Disponible en:<https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=51-s2.0-S1636541011710273>
- Rafael Francol. Café y cáncer DIBAPS. Institut d'Investigació August Pi i Sunyer. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Universidad de Barcelona. Barcelona. España. [citado 18 marzo 2010] Disponible en:<https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=1-s2.0-S0025775308754502>

**Anexo 1**

## **Modelo de consentimiento informado a pacientes para formar parte de la investigación**

Yo, \_\_\_\_\_ como paciente \_\_\_\_\_ he sido informado/a por \_\_\_\_\_ sobre los siguientes aspectos de la investigación:

Se trata de un estudio ambulatorio de la población mayor de 15 años del municipio para lo cual se requerirá mi cooperación brindando informaciones necesarias para una mejor investigación acerca de las lesiones que aparecen en la cavidad bucal.

En caso que decida abandonar el estudio puedo hacerlo en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones y con esto no se afecta nuestra relación con los estomatólogos y la institución.

Toda la información aportada para esta investigación tendrá carácter confidencial y será utilizada sólo con fines científicos, de diagnóstico y tratamiento.

En correspondencia con lo anteriormente expuesto, me encuentro totalmente conforme.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del encuestador: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Estudio de factores de riesgo asociados a las lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal en el Área de Salud Majagua

#### Datos generales.

- ❖ Nombre: \_\_\_\_\_
- ❖ Sexo: M\_\_\_F\_\_\_
- ❖ Edad:\_\_\_
  
- ❖ Marcar con una X si es caso o control
- ❖ Caso: \_\_\_\_\_
- ❖ Control: \_\_\_\_\_
- ❖ **Nivel socioeconómico.**
  - ❖ \_\_\_\_\_Adecuado ( $\geq$  a 250 pesos).
  - ❖ \_\_\_\_\_Inadecuado ( $\leq$  a 250 pesos).

#### Factores de Riesgo relacionados con el componente Estilos de Vida del Campo de Salud.

En caso afirmativo responda marque con una X teniendo en cuenta los siguientes acápite:

##### a) Alcoholismo.

\_\_\_\_\_ **Abstinentes total:** persona que refiere que nunca ha bebido alcohol.

\_\_\_\_\_ **Bebedor excepcional u ocasional:** persona que refiere beber cantidades moderadas de alcohol (menos de 20 ml de etanol o sus equivalentes) en situaciones muy especiales, no más de 5 veces al año.

\_\_\_\_\_ **Bebedor moderado:** persona que refiere beber cantidades de alcohol menores de 100 ml con periodicidad no mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente menos de 12 estados de embriaguez en un año. Grupo de riesgo para convertirse en bebedores excesivos.

\_\_\_\_\_ **Bebedor excesivo:** persona que refiere beber cantidades de alcohol iguales o mayores de 100 ml, con periodicidad mayor de 3 veces a la semana (300 ml de etanol semanal o sus equivalentes) o experimente 12 o más estados de embriaguez en un año.

\_\_\_\_\_ **Bebedor patológico o alcohólico:** persona bebedora de alcohol (independientemente de la cantidad y frecuencia) que presente regularmente síntomas y signos de dependencia del alcohol, ya sean físicos o psíquicos.

**b) Tabaquismo**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

En caso de ser afirmativa la respuesta marcar

10 cigarrillos o menos \_\_\_\_\_

Entre 10 y 20 cigarrillos \_\_\_\_\_

Más de 20 cigarrillos \_\_\_\_\_

**c) Fuma y bebe alcohol**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**d) Fricción crónica o daño mecánico a la mucosa**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**e) Exposición al sol**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**f) Sepsis oral**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

ANEXOS