

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS HOLGUÍN
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Mariana Grajales Coello
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DOCENTE “26 DE JULIO”. BANES



**Título: Factores de riesgo del cáncer bucal en población perteneciente al
Policlínico Darío Calzadilla. Banes. 2019.**

Autor: Dra. Elba María Caballero Isaac.

Tutor: Dra. Mirleidy Mesa Pupo.

Asesor: Dra. Grethel Rodríguez González.

**Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en
Estomatología General Integral.**

Banes. 2019

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS HOLGUÍN
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS Mariana Grajales Coello
CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DOCENTE “26 DE JULIO”. BANES**



**Título: Factores de riesgo del cáncer bucal en población perteneciente al
Policlínico Darío Calzadilla. Banes. 2019.**

Autor: Dra. Elba María Caballero Isaac.

Tutor: Dra. Mirleidy Mesa Pupo. *

Asesor: Dra. Grethel Rodríguez González. **

*Especialista de segundo grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal comunitaria. Profesor Asistente. Investigador agregado.

**Especialista de 1er grado de Bioestadística y Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal comunitaria. Profesor Asistente.

**Tesis para optar por el título de especialista de primer grado en
Estomatología General Integral.**

Banes. 2019

PENSAMIENTO:

“El secreto del éxito es dedicarse entero a un fin”

Jose Martí.

DEDICATORIA

A mi amada hija Melissa Del Carmen Betancourt Caballero, fuente de inspiración y mi más valioso tesoro.

A mis padres, que me dieron la vida y ha sabido guiarme hacia el futuro.

A mi hermana por apoyarme incondicionalmente en todo momento.

A mi esposo, por su amor y ternura.

A mis familiares y amigos, a quienes no enumero por temor a dejar alguno fuera.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos los maestros y profesores que he tenido a lo largo de mi vida estudiantil y profesional, quienes me transmitieron sus conocimientos contribuyendo a mi formación como estomatóloga.

A mis padres, mi esposo, mi hija, mi hermana, mi sobrino, demás familiares y amigos.

A mi tutora la Dra. Mirleidy y a la Dra. Grethel que me han guiado en la realización de este trabajo y que me brindaron su apoyo incondicional y sus conocimientos.

También quiero agradecer a mi querida Cuba y a la Revolución por haberme dado la oportunidad de seguirme superando.

A todos: Muchas gracias.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

OBJETIVO..... 12

MARCO TEÓRICO.....13

MÉTODO..... 20

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS..... 27

CONCLUSIONES..... 36

RECOMENDACIONES: 37

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 38

ANEXOS

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal para determinar el comportamiento de algunos factores de riesgo de cáncer bucal en la población mayor de 35 años del área urbana perteneciente a la Policlínica Darío Calzadilla del municipio Banes en el periodo 2018-2019. El universo quedó constituido por 15326 individuos y la muestra la integraron 1386 pacientes. Se estudiaron las variables grupos de edad, sexo, hábito de fumar, alcoholismo, dientes con bordes filosos, prótesis desajustadas, mordisqueo de labios, carrillos o lengua, ingestión de bebidas o comidas muy calientes y lesiones que sugirieran predisposición al cáncer bucal. El grupo de edad que más individuos aportó al estudio fue el de 65 y más años con 493 pacientes. Hubo un predominio del sexo masculino con un 64.64%. Los factores de riesgo más frecuentes fueron el tabaquismo con un 62,62% y la ingestión de comidas calientes y picantes con el 44.01%. Fueron identificadas como lesiones de la mucosa bucal predominantes la leucoplasia y el épulis con 1,73 % y 1,51% respectivamente. Se concluyó que el grupo de edad que mayor cantidad de examinados aportó a la muestra fue el de 65 años y más. Predominó el sexo masculino en la población estudiada. El tabaquismo y la ingestión de comidas calientes y picantes fueron los factores de riesgo más frecuentes. Todos los factores de riesgo estudiados predominaron en el sexo masculino con excepción de la mordedura de labios y carrillos. La leucoplasia y el épulis fueron las lesiones de la mucosa bucal más frecuentes.

Palabras clave: cáncer bucal, factor de riesgo

INTRODUCCION

El cáncer es una enfermedad multifactorial causada por alteraciones en los genes mediante una amplia gama de mecanismos que involucran también factores no genéticos. Las alteraciones genéticas son específicas de cada tipo de tumor, aunque presentan características comunes.

El cáncer bucal representa el 2 % de todos los cánceres, casi el 30 % de los tumores de cabeza y cuello y el 90 % son carcinomas de células escamosas o epidermoides; el 10 % restante lo forman tumores de glándulas salivales, melanomas, sarcomas, carcinomas basales, linfomas, tumores odontógenos y lesiones metastásicas.¹

Las más altas tasas de incidencia de cáncer de la cavidad bucal se reportan en Pakistán, Brasil, India y Francia. 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.² En 2013 murieron 723 cubanos por este tipo de cáncer.¹

El cáncer bucal ha ido en aumento. Constituye un problema mundial, de la Isla y de la provincia, donde fueron registrados tres mil 800 nuevos casos solamente en el 2013. Para Holguín, donde es primera causa de muerte con énfasis en los municipios de Gibara, Rafael Freyre, Antilla, Holguín, Cacocum, Urbano Noris, Cueto y Moa, resulta contraproducente que los tumores malignos prevenibles representen el 54 por ciento del total.³

A pesar de que el cáncer bucal se localiza en regiones asequibles a la exploración física, la mayoría de los pacientes se diagnostican en estadios avanzados cuando las posibilidades de curación son remotas, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico de los pacientes. A esto contribuyen los pocos síntomas en sus etapas iniciales y al carácter inespecífico de las lesiones. Un conocimiento más profundo sobre los factores de riesgo de cáncer bucal en médicos y estomatólogos de la atención primaria, podría repercutir favorablemente sobre estos indicadores de salud.¹

La detección temprana puede llevarse a cabo mediante la pesquisa y acciones de salud que, a través de procedimientos diagnósticos practicados a la población supuestamente sana, permiten identificar individuos con la enfermedad o con riesgos de padecerla y de esta forma, se puede actuar y reducir del 10 al 20 % la mortalidad actual por cáncer.⁴

Son relevantes en la carcinogénesis algunos factores como las radiaciones, las infecciones, la dieta, la irritación crónica, la exposición excesiva a la luz solar y los estados de inmunodepresión, aunque sus dos factores de riesgo más importantes son el hábito de fumar y el consumo de alcohol.

Con frecuencia estos factores relacionados con los estilos de vida son más importantes en la predisposición al cáncer, si bien en algunos casos, los factores genéticos o ambientales pueden jugar algún papel en grado variable. No se conocen todos los factores de riesgo y no siempre las asociaciones son de causa-efecto.¹

La mucosa oral puede estar afectada por lesiones traumáticas, infecciones virales, micóticas y bacterianas, tumores benignos y malignos, malformaciones del desarrollo y enfermedades autoinmunes, genéticas, psicosomáticas; se observan signos de deficiencias nutricionales, trastornos hematológicos y endocrinopatías. El examen sistemático de la boca facilita el diagnóstico y un tratamiento precoz con buen resultado en lesiones graves, como por ejemplo, el cáncer.¹

El riesgo de padecer cáncer bucal aumenta con la edad, especialmente a partir de los 50 años. Por otra parte, factores de riesgo tales como el consumo de tabaco y alcohol, las lesiones potencialmente malignas, los traumas (causados por hábitos para funcionales, dentaduras mal ajustadas o piezas dentales con bordes cortantes), unidos a factores genéticos y algunos tipos de virus también aumentan las probabilidades de padecerlo, por lo que su diagnóstico deberá ser precoz para mejorar el pronóstico de estos pacientes. En este sentido son responsabilidades del estomatólogo tanto la educación de los pacientes como la detección y el diagnóstico precoces del cáncer bucal. Todo examen dental rutinario debe incluir la revisión sistemática de la mucosa bucal, tanto por medios visuales como mediante la palpación digital. La remisión oportuna al especialista de los pacientes con cáncer

bucal posibilita que la tasa de supervivencia sea mayor a la vez que se reducen la morbilidad y mortalidad.²

El desarrollo del cáncer bucal es un proceso en múltiples etapas que implica la acumulación de alteraciones genéticas. La carcinogénesis bucal comienza como hiperplasia epitelial, progresa a displasia y culmina en un fenotipo maligno, habitualmente precedido por cambios visibles en la mucosa bucal.^{5, 6} La inestabilidad genética tiene un papel significativo de la etiología del cáncer bucal, especialmente en no fumadores ni bebedores y en adultos jóvenes, aunque se deben aclarar los mecanismos.⁵

Factor de riesgo:

Cualquier evento asociado a la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad. Es un factor de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social, que por su presencia o ausencia, o por la variabilidad de su presencia, está relacionado con la enfermedad o evento investigado, o puede ser causa contribuyente a su aparición en determinadas personas, en un determinado lugar y en un tiempo dado.⁶

No obstante, existen un grupo de factores de riesgo y enfermedades que son acompañantes del carcinoma bucal. Tabaco, Alcohol, Sífilis, Lesiones pre-malignas. Otros estados pre-cancerosos: Liquen plano, Mucosas atróficas Traumatismos, Sepsis bucal, Fibrosis submucosa bucal, Papilomatosis bucal florida, Todas las neoplasias benignas, aunque no son potencialmente malignizables, pueden constituir elementos promotores del cáncer, Exposición a elevadas radiaciones ionizantes, SIDA. Traumatismos crónicos, sobre todo los provocados por las prótesis mal adaptadas y los dientes filosos.⁷

Hábito de fumar: El consumo de tabaco constituye un importante factor de riesgo de enfermedades como la enfermedad periodontal y el cáncer bucal.¹ Cada vez que se inhala humo de un cigarro, pequeñas cantidades de estos químicos van hacia la

sangre a través de los pulmones, viajan por todas las partes del cuerpo y deterioran la salud del individuo y de quienes lo rodean.⁸

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.⁹ Otras sustancias cancerígenas como el níquel y cadmio, elementos radioactivos como carbono-14 y polonio-210, incluso residuos de pesticidas se han detectado en el humo del tabaco. Además de la acción de los carcinógenos, la exposición al calor mantenido por la combustión del tabaco puede agravar las lesiones de la mucosa bucal. ¹

Según Scully, los carcinógenos como las nitrosaminas específicas del tabaco, los hidrocarburos, algunos metales y radicales libres, bloquean a las enzimas antioxidantes glutatión-S-transferasa, el glutatión reductasa, la superóxido dismutasa y el glutatión peroxidasa.¹ 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. Por tanto, el hábito de fumar provoca cánceres, ya se utilice en forma de cigarrillos, cigarros, pipa o mascado o aspirado o por fumar invertido.¹⁰

El riesgo de desarrollar un cáncer no solo varía en función de la dosis y de la duración del consumo (el riesgo aumenta de manera significativa después de 20 años de consumo), sino también de la calidad y la técnica de consumo.¹¹

Consumo de alcohol: 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 simultáneamente¹. Se han propuesto varios mecanismos oncogénicos del alcohol: actúa como factor químico irritativo local, provoca una disminución del índice inmunitario, facilita la absorción de otras sustancias cancerígenas por su efecto

cáustico sobre la mucosa bucal y su oxidación a acetaldehído, un cancerígeno que interfiere con la síntesis y reparación del ADN.^{12,13}

Cuando es alto el consumo de alcohol, el citocromo P450 2E1, también convierte el etanol en acetaldehído con producción de especies reactivas de oxígeno y después el acetaldehído se transforma en acetato por aldehído deshidrogenasas.

Según Zygiopoulos y otros 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.¹⁴

Un estudio de Kocaelli y otros 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 este 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.¹

Tabaco y Alcohol: El alcohol potencia claramente el riesgo carcinógeno asociado con el tabaco. Se ha demostrado que existe una fuerte asociación entre el hábito de mascar tabaco y la carcinogénesis oral. Alrededor del 80 al 85 % de los pacientes con cáncer oral tienen una importante historia de alcohol y tabaco. La asociación de estos dos productos parece tener un efecto sinérgico, de manera que, en las personas que los consumen, el riesgo relativo de desarrollo de cáncer es muy elevado.⁸

Los indicadores actuales globales de alcoholismo en Cuba, al sumar la prevalencia del abuso y dependencia de alcohol, rondan el 5 % en la población mayor de 15 años, pero existen, además, patrones de consumo alcohólico no recomendables que nos esforzamos por modificar a tiempo. Somos un país que considera la salud como un derecho del pueblo y responsabilidad priorizada del estado, el que, pese a sus serias limitaciones económicas, goza de la mayor cifra proporcional de médicos al nivel mundial. Y contamos, además, con un sistema único de salud, actualmente centrado en el médico de familia y con una definida orientación preventivo promocional mantenida por 48 años, pese a lo cual, las actitudes comunitarias muestran cierta permisividad ante el alcohol.⁹

Factores dietéticos: Las deficiencias nutricionales, sobre todo de vitaminas y minerales, favorecen la aparición del cáncer de la cavidad bucal. La condición nutricional más importante asociada al cáncer bucal es la anemia ferropénica¹⁵. En el déficit de hierro se encuentra una atrofia de la mucosa, que asociada a otros factores de riesgo puede incrementar la actividad mitótica y disminuir la capacidad de reparación del epitelio. También la deficiencia nutricional de hierro se acompaña de deficiencias de micronutrientes que favorecen la carcinogénesis bucal.¹

Pacientes con déficit de vitamina A se consideran de alto riesgo de transformación maligna de la mucosa de cavidad bucal. El papel de la vitamina A es controlar la diferenciación celular y su deficiencia nutricional desencadena alteraciones celulares similares a las inducidas por carcinógenos químicos, aunque se requieren estudios concluyentes.¹⁶

La vitamina E incrementa la inmunidad, controla los trastornos asociados a los radicales libres, mantiene la integridad de las membranas e inhibe el crecimiento de las células cancerosas, aunque se requieren más estudios. Además de la vitamina A, la C y algunos elementos, como el cinc, cobre se han asociado con la carcinogénesis bucal en hombres y animales.¹⁵

El consumo de frutas y vegetales reduce el riesgo de cánceres bucales. Un solo estudio en Estados Unidos encontró una asociación inversa entre la ingesta de frutas

y vegetales y la incidencia a los 5 años de cáncer de cabeza y cuello. En Italia se demostró que el consumo durante 8 años de abundantes vegetales, frutas, cereales, aceite de oliva, vino y baja ingesta de carne y productos lácteos, protege contra el cáncer bucal y faríngeo cuando se comparaba con quienes consumían menos componentes de esta dieta mediterránea. Esto sugiere que la deficiencia dietética de antioxidantes es un factor predisponente al cáncer bucal, aunque se requieren ensayos clínicos que exploren la efectividad del suplemento dietético en la reducción de este riesgo.¹

Los polifenoles dietéticos disminuyen la incidencia de carcinomas bucales y protegen contra este cáncer por inducción de la muerte celular e inhibición del crecimiento tumoral, la invasión y la metástasis, lo que pudiera explicar parte del efecto beneficioso del consumo de frutas y vegetales. Otros estudios han encontrado una asociación entre los alimentos y nutrientes consumidos con el cáncer bucal, aunque los estudios no son concluyentes.^{1,16}

Los estados de inmunodepresión relacionados o no con los trastornos nutricionales también favorecen el desarrollo del cáncer debido a las dificultades del sistema inmune para eliminar las células cancerosas.

Sobre el papel de la alimentación en la carcinogénesis bucal se deben tener en cuenta: primero, el largo tiempo transcurrido en la aparición del cáncer dificulta la valoración precisa de los patrones alimenticios que fluctúan con el tiempo y segundo, sobre la carcinogénesis influyen numerosos factores de riesgo que aceleran este proceso. Esto dificulta la identificación y control de estos factores, que pueden actuar como variables de confusión y pudiera explicar parte de las contradicciones encontradas en la literatura publicada.¹

Infecciones bacterianas: Las infecciones bacterianas, micóticas y virales se vinculan al surgimiento y desarrollo de los cánceres bucales por diferentes mecanismos, no del todo esclarecidos.

Las bacterias participan en la carcinogénesis bucal mediante la inducción de inflamación crónica, por interferencia directa o indirecta con el ciclo celular eucariótico y las vías de señalización o por el metabolismo de sustancias potencialmente cancerígenas como acetaldehído que causa mutaciones, daño del ADN y proliferación secundaria del epitelio. Las bacterias también secretan tóxicos celulares como actinomicina D que provoca cambios del cariotipo que llevan a la malignización. Ciertas infecciones bacterianas pueden evadir el sistema inmune o estimular la respuesta inmune que contribuyen a los cambios cancerígenos mediante los efectos mutagénicos y estimulantes de las citocinas liberadas por las células inflamatorias como especies reactivas de oxígeno, interleucina-8 (IL-8), ciclooxigenasa-2 (COX-2) y óxido nítrico.¹

Las toxinas bacterianas destruyen células o, a concentraciones reducidas, alteran los procesos celulares que controlan la proliferación, apoptosis y diferenciación.⁴⁻⁵ Estas alteraciones se asocian con carcinogénesis y pueden estimular aberraciones celulares o inhibir los controles normales de las células.¹

En relación con las infecciones virales, se ha detectado ADN del virus del papiloma humano (VPH) hasta en el 30-50 % de los casos de cáncer bucal. Existe una correlación inversa entre la prevalencia de infección por el VPH y la edad de los pacientes con cáncer bucal, que resulta rara por encima de los 60 años. Inicialmente, ambos afectan a la región genital y son transmitidos por contacto sexual. Se cree que la infección es un evento oncogénico precoz, seguido de un largo período de latencia antes de la aparición del carcinoma de células escamosas.¹

La identificación de los genes transformantes del VPH como E6 y E7, antígenos de cápside de VPH, en el carcinoma bucal epidermoide refuerza el papel oncogénico para el VPH. Además, estudios serológicos han confirmado que VPH-16 es un factor de riesgo para este tumor, ya que se han encontrado anticuerpos frente a E6 y E7 (considerados como indicadores de tumores transformados por la invasión de VPH-16) en carcinomas orofaríngeos.¹²

En el caso del carcinoma escamoso celular, el mecanismo de infección del VPH es iniciada y mantenida por las oncoproteínas E6 y E7 de alto riesgo, las cuales inducen desregulación de los mecanismos de control del ciclo celular, produciendo inestabilidad genómica¹⁷. Ambas proteínas promueven la degradación del producto de genes supresores de tumores, la E6 modifica el gen p53, mientras la E7 modifica el pRB, inhibiendo la actividad del factor de crecimiento tumoral TGF- β 2, los cuales participan en el punto de control de la fase G1 del ciclo celular. De esta forma las células son más propensas a dividirse y a producir mutaciones que causan malignidad. El VPH también tiene un efecto sinérgico con sustancias químicas del humo de tabaco que contribuye a la carcinogénesis bucal por este virus.¹

El virus herpes simple también se ha asociado con la carcinogénesis. Los ácidos nucleicos de estos virus se han encontrado en el cáncer de labio, los niveles de anticuerpos al tipo 1 y 2 son más altos en pacientes con cáncer bucal y la seropositividad al virus herpes simple, junto al hábito de fumar, parece incrementar el riesgo de cáncer. Otro virus, Epstein-Barr, también está implicado en el cáncer bucal, aunque las pruebas son controversiales.¹

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. También es más probable que los pacientes con periodontitis presenten carcinomas bucales de células escamosas más indiferenciados.¹

Lesiones y condiciones precancerosas: Casi la mitad de los carcinomas epidermoides se desarrollan sobre un epitelio dañado. Una lesión precancerosa es un tejido con alteraciones morfológicas y probabilidades mayores de aparición de cáncer que su homólogo normal. La clasificación clínica divide a las lesiones

precancerosas en leucoplasia, eritroplasia, queilitis actínica y palatitis nicotínica y según la clasificación histológica en displasia epitelial y carcinoma in situ.¹

Por su parte, una condición precancerosa es un estado sistémico generalizado que predispone a un riesgo mayor de padecer cáncer como el liquen plano, la sífilis, el xeroderma pigmentoso, el lupus eritematoso discoide y los estados de inmunodepresión. Goel y otros en la India identificaron la leucoplasia como la lesión precancerosa más frecuente, asociada a otros factores de riesgo. La identificación de este tipo de lesiones y estados premalignos es importante para el diagnóstico precoz del cáncer.¹ La lesión más frecuentemente encontrada fue la leucoplasia, los Factores Locales y los Papilomas.¹⁸

Prevención

El papel del odontólogo es fundamental en la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer bucal. La mayoría de los cánceres bucales se previenen con la eliminación de estilos de vida como el hábito de fumar y el consumo de alcohol. El abandono del tabaco contribuye a una reducción del 35 % de 1 a 4 años y del 80 % a los 20 años, en que se alcanza el nivel de los no fumadores.¹ La protección contra la radiación solar podría reducir la incidencia de cáncer de labio. La vacunación de los jóvenes contra el virus de papiloma podría disminuir los cánceres orofaríngeos y bucales, así como el uso de condones.

Algunos autores recomiendan consumir antioxidantes como la vitamina E para la prevención del cáncer bucal, aunque los resultados no son concluyentes.¹

En Cuba se han aplicado estrategias de intervención educativa exitosas para la prevención del cáncer bucal en sectores de la población¹. Para ampliar sobre el diagnóstico y la prevención del cáncer bucal y el Programa de Detección del Cáncer Bucal en Cuba se recomienda la monografía del investigador cubano Santana Garay¹⁹ y otros investigadores.²⁰

Teniendo en cuenta la importancia del tema, la frecuencia de esta enfermedad y la presencia de factores de riesgo, en su mayoría modificables como principal etiología

de este problema de salud, se decidió realizar la presente investigación, para identificar factores de riesgo asociados al cáncer bucal.

Problema Científico: En el municipio de Banes a pesar de contar con el programa de PDCB no se ha realizado un estudio sobre el comportamiento de los factores de riesgo que influyen en la aparición del cáncer bucal por lo que se realizó la presente investigación para dar respuesta a la siguiente interrogante. ¿Cuál será el comportamiento de los factores de riesgo de cáncer bucal en la población mayor de 35 años del área urbana perteneciente a la Policlínica Darío Calzadilla de Banes?

OBJETIVO

Determinar el comportamiento de algunos factores de riesgo del cáncer bucal en la población mayor de 35 años del área urbana perteneciente a la Policlínica Darío Calzadilla del municipio Banes.

MARCO TEÓRICO

El desarrollo del cáncer bucal es un proceso en múltiples etapas que implica la acumulación de alteraciones genéticas en genes regulatorios clave. La carcinogénesis bucal comienza como hiperplasia epitelial, progresa a displasia y culmina en un fenotipo maligno, habitualmente precedido por cambios visibles en la mucosa bucal.¹

Los genes implicados en la carcinogénesis son los oncogenes y los genes supresores tumorales. Los mecanismos genéticos básicos en el cáncer son la sobreexpresión de oncogenes y el silenciamiento de genes supresores tumorales. La compleja interacción entre los genes y los factores ambientales, dificulta el estudio preciso de estos factores, por lo que existen aspectos controversiales y polémicos que requieren aclaración en investigaciones posteriores.¹⁶

El cáncer bucal representa un significativo reto a nivel mundial con un promedio de 300 000 nuevos casos identificados cada año. El rango de supervivencia a los cinco años es del 50 % pero cuando las lesiones son tratadas precozmente, el rango de supervivencia a los cinco años se incrementa al 80% y mejora la calidad de vida del enfermo ya que pueden llevarse a cabo tratamientos menos agresivos y complejos. Muchos carcinomas se desarrollan sobre lesiones cancerizables tales como leucoplasias y eritroplasias. Por ello, el diagnóstico y tratamiento precoz de las mismas constituye la llave para reducir la morbilidad, mortalidad y costo del tratamiento. Además, se conoce que los pacientes mayores de 45 años, fumadores y bebedores++ presentan un riesgo mayor por lo que se deben tener presente y examinarlos con mayor detenimiento.²¹

En los últimos años, el incremento en la mortalidad por cáncer bucal ha sido notorio y se ha podido apreciar el ascenso de su incidencia en los adultos de todos los grupos de edades durante las últimas décadas, especialmente en hombres jóvenes del este europeo. El aumento del riesgo ha sido reportado en 19 de 24 países de Europa, en el que aparece un incremento de tres a diez veces, dentro de una generación y en el

sur de la India, donde el cáncer bucal, debido al consumo de nuez de betel, es la forma de cáncer más frecuente entre los hombres.²²

El cáncer es un factor importante de la carga mundial de morbilidad y lo será cada vez más en los decenios venideros. Se estima que el número anual de casos nuevos pasará de los 10 millones registrados en 2000 a 15 millones antes de 2020. Cerca de 60 % de estos casos nuevos se presentarán en las regiones menos desarrolladas del planeta. De los 10 millones anuales de casos nuevos de cáncer, 4,7 millones se registran en los países más desarrollados y casi 5,5 millones en los menos desarrollados. 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. En Cuba, el cáncer bucal se mantiene entre las diez primeras localizaciones de tumores, desde el año 1970 ocupa entre el séptimo y décimo lugar⁴. Al comparar el año 2011 con 1970, la tasa de mortalidad ha sufrido un incremento del 23,8%, a razón de tres hombres por cada mujer; hoy representa la octava causa de muerte en nuestro país.²³

En el cáncer bucal por ser un prolongado proceso que dura años, originado habitualmente sobre lesiones y condiciones premalignas, su carácter multifactorial en el que están implicados múltiples factores de riesgo y la variación en la susceptibilidad individual al cáncer, se dificulta precisar las relaciones de causa-efecto, por lo que esta enfermedad y sus factores de riesgo asociados se están investigando intensamente a nivel mundial, con muchos aspectos polémicos y controversiales que requerirán aclaración en investigaciones futuras.¹

El cáncer oral es un problema creciente de salud pública. En España es el sexto tumor más frecuente en los hombres. Aunque se han identificado varios factores de riesgo importantes (tabaco, alcohol, betel y dietas pobres en frutas y verduras), los Virus del Papiloma Humano (VPH), considerados en la actualidad como potentes carcinógenos humanos, podrían estar implicados en la etiología de una fracción de estos tumores.²¹

El cáncer bucal (CB) es una neoplasia de comportamiento agresivo, que comprende entre 4 y 5 % de todos los tumores que afectan al ser humano. En Colombia, el cáncer es la tercera causa de muerte, su presencia en la población menor de 40 años. Comúnmente se encuentra asociado a factores de riesgo como el tabaco, predisposición genética y el consumo de alcohol.²⁴

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.¹ El cáncer bucal produce una gran inquietud a causa del riesgo de producir incapacidad, y eventualmente, la muerte. 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.²²

En nuestro país, el cáncer bucal se encuentra entre las 10 primeras causas de incidencia de esta enfermedad en los hombres, representa el 4 % de todas las neoplasias malignas reportadas en este sexo, y según datos del Registro Nacional de Cáncer, ocupó en el año 2002 el décimo lugar como causa de muerte, con un total de 283 fallecidos, para el 4,92 %, alcanzando su mayor tasa en pacientes por encima de los 60 años de edad.²⁵

El aumento de la incidencia del cáncer bucal constituye un problema de salud mundial. Se observa en la actualidad una tendencia al incremento de la mortalidad absoluta causada por este tipo de patología.²⁶

Franco y colaboradores 20 aseguran que el cáncer de la boca tiene una de las tasas más altas del mundo en algunas áreas metropolitanas del Brasil, al estudiar un grupo de factores de riesgo del cáncer de lengua, suelo de la boca, encía, paladar duro y

mucosa del carrillo; eligieron para su investigación 232 pacientes y 464 sujetos como control y las principales conclusiones fueron que el riesgo de los no fumadores frente a los fumadores fue de 6,3; 13,9 y 7,0, de acuerdo con el uso de cigarrillo de manufactura industrial, pipa y cigarro enrollado a mano; el riesgo de los bebedores de vino resultó más evidente en el cáncer de la lengua y el de los bebedores de bebidas fuertes caseras incidieron en todas las localizaciones bucales estudiadas. Por último, se encontró asociación entre el cáncer de cavidad bucal y la mala higiene bucal, además del efecto protector de la dieta rica en cítricos y vegetales.²⁴

Las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal son multifactoriales, y dentro de estas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos como el tabaco, el alcohol, leucoplasia, eritroplasia, y la exposición a toxinas; y factores endógenos, como la herencia, malnutrición, factores hormonales y factores de riesgo de tipo profesional como exposición a fibras textiles, refinamiento del níquel y trabajo con madera.⁷⁻⁹ Una cepa particular del virus del papiloma humano (HPV 16) que es fuente común de infección de transmisión sexual, ha sido relacionada con el cáncer oral, planteándose una estrecha relación entre el sexo oral y esta patología.²⁵

La frecuencia del carcinoma de cavidad bucal varía enormemente de un país a otro. 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.³ 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.²⁴

En el siglo XX, las investigaciones y descubrimientos relacionados con el cáncer experimentaron avances muy significativos debido a la prevalencia y la incidencia progresiva de esta enfermedad; pero no fue hasta el año 1964, que se reforzó la importancia de los factores de riesgo de los tumores malignos, luego de aparecer un documento del gobierno norteamericano denominado Smoking and Health.

En un artículo del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos²³, se mostró la relación directa del tabaco con varios tipos de cáncer, lo que causó una reacción de miedo o terror en todo el mundo, pues por primera vez, una institución gubernamental de alto nivel, con estupenda notoriedad científica, oficializó la correspondencia entre el tabaquismo y varias enfermedades fatales. Las causas múltiples de morbilidad y mortalidad en Cuba se han reducido de forma significativa para muchas enfermedades, y la población ha alcanzado una expectativa de vida al nacer cercana a los 77 años de edad, algo similar a los países desarrollados del mundo. Esa reducción tiene un alto impacto humanista, siempre capaz de perfeccionarse, lo que demuestra la eficacia del carácter preventivo y el monto asignado de recursos humanos y materiales que proporciona la política de la Revolución Cubana en materia de salud. Sin embargo, la existencia de factores relacionados con el estilo de vida, como los hábitos tóxicos, la dieta y la exposición a diversos agentes exógenos, afectan de forma negativa los índices de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas como las neoplasias. Esto ha contribuido a que la incidencia de tumores malignos haya aumentado en Cuba, al punto que en muchas provincias el cáncer constituye la primera causa de muerte, por encima de las enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares.²²

Las diferencias en la morbilidad según el sexo no se deben a causas hereditarias o metabólicas que predisponen, sino al estilo de vida en los hombres; a esto se suma el efecto temporal que aumenta con la edad y la combinación de varias condicionantes de riesgo. Esta situación de salud bucal ocurre en Cuba y en el resto del mundo, lo que refuerza la importancia de desarrollar investigaciones educativas para promover salud e introducir las estrategias preventivas del daño bucal como herramientas para la reducción de la morbilidad del cáncer. La cifra ascendente de cáncer bucal se advirtió al evaluar los datos registrados en las tasas desde 2001 (año en que se inició el estudio) en este municipio, que era de 5.1 por 100 mil habitantes.²²

En Cuba desde 1988 se pone en función el Programa Nacional de Diagnóstico del Cáncer Bucal, respaldado por el MINSAP. Único en el mundo por su cobertura

nacional, se plantea entre sus funciones la pesquisa masiva de las lesiones del complejo bucal a los sujetos mayores de 15 años, con el objetivo fundamental de su detección en etapas tempranas.²³

El cáncer, en cualquiera de sus variantes y localizaciones, constituye un problema de salud para el hombre moderno, sobre todo porque es una enfermedad crónica. Sin embargo, la existencia de factores relacionados con el estilo de vida, como los hábitos tóxicos, la dieta y la exposición a diversos agentes exógenos, afectan de forma negativa los índices de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas como las neoplasias.²⁷

Factores relacionados con los estilos de vida son más importantes en la predisposición al cáncer, si bien en algunos casos, los factores genéticos o ambientales pueden jugar algún papel en grado variable.²⁵

La presencia de estos factores de riesgo antes del diagnóstico ensombrece el pronóstico, además del papel que juega el mantenimiento de esta conducta después del diagnóstico, especialmente, en los consumidores de alcohol más moderados. La prevención del cáncer consiste en reducir al mínimo o eliminar los carcinógenos, e implica la aminoración de la susceptibilidad individual a los efectos de esos agentes. Las modalidades principales para la prevención del cáncer incluyen cambios de los hábitos nocivos antes mencionados. Entre los factores que hacen que el paciente tenga un riesgo mayor de desarrollar un cáncer, pueden mencionarse algunos como el envejecimiento, hábito de fumar, el alcohol, algún tipo de anemia, alimentación, alteraciones del medio ambiente y estados de inmunosupresión.²²

El hábito de fumar y el alcoholismo se consideran como factores de riesgo en la carcinogénesis bucal, oscilando ambos en un 75 %. En la literatura consultada se reporta una alta asociación del cáncer con el hábito de fumar y el mascar tabaco, así como el alcoholismo en los pacientes con estas afecciones. El uso de pipa y la ingestión de café explican su aparición por su acción irritante local. Así mismo las

comidas muy condimentadas o muy calientes también actúan como irritantes locales de la mucosa.²⁵

En Cuba, según reporta García Jordán, existe un Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal que propone la pesquisa masiva de lesiones de la cavidad oral, y en un estudio que abarcó el período desde 1988 hasta 1994, se observó que más de la mitad de los casos reportados al Registro Nacional de Cáncer se encontraron en etapas clínicas 0 y I.²⁴

En el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB)²⁰ se orienta a todas las personas que acuden a los servicios e instituciones de salud sobre la prevención de esa enfermedad y realiza la promoción a través de los diferentes medios de difusión. Uno de los objetivos de este programa está orientado a disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer bucal. Para ello, se definen diferentes actividades como el examen anual del complejo bucal, el cual permite el diagnóstico precoz de lesiones malignas, premalignas o potencialmente malignas en la población de 15 o más años de edad, así como la detección y eliminación de todo elemento que pueda causar alteración de la mucosa bucal.²¹

La prevención primaria debe estar encaminada principalmente a modificar los hábitos y conductas de riesgo, para evitar el inicio del proceso cancerígeno a largo plazo, lo que solo puede lograrse si se identifican uno o varios de los factores desencadenantes y de esta forma elevar la percepción de riesgo, definida por el autor como “un proceso nervioso superior, que le permite al organismo a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar una información que indique la probabilidad de sufrir un daño, enfermedad o muerte en presencia de determinadas circunstancias”, lo cual orienta la educación para la salud y brinda una referencia en el cumplimiento de acciones de protección y control del riesgo, que incluye elevar los conocimientos profilácticos y cambiar el comportamiento.²⁸

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la población mayor de 35 años de la zona urbana del Área de Salud Darío Calzadilla del municipio Banes, con el propósito de determinar el comportamiento de algunos factores de riesgo del cáncer bucal en la población estudiada según grupos de edad y sexo. El universo quedó constituido por 15326 personas que constituyeron la totalidad de la población atendida en los consultorios del área urbana que suman 12. A través de un muestreo aleatorio simple se escogieron 8 consultorios. Luego en los consultorios seleccionados se confeccionaron listados de dichos pacientes y por un muestreo sistemático con intervalo de selección de 5 se seleccionaron aquellas personas que integraron finalmente la muestra de 1386 pacientes, los que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y ofrecieron su consentimiento para ser incluidos en el estudio.

Criterios de inclusión:

- Estar dispuesto a formar parte de la investigación.

Criterios de exclusión:

- Población ausente durante el periodo que dure la investigación.
- Personas discapacitadas mentalmente.

Técnicas y Procedimientos:

Se utilizaron los siguientes métodos:

Analítico – sintético: Se empleó para hacer consultas bibliográficas sobre temas relacionados con la investigación.

Inductivo – deductivo: Se utilizó al tener en cuenta el contenido particular a tratar y se llegó a conclusiones haciendo un análisis de todo el contenido que utilizó en la propuesta de actividades.

Matemáticos: Se utilizó el método del nivel matemático para el análisis porcentual y para una mejor interpretación y cuantificación en el procesamiento de los resultados obtenidos.

La información fue recogida por la autora a través del interrogatorio y del examen bucal el cual se realizó en condiciones de luz natural y auxiliados de depresores y espejos bucales. Luego fue vaciada en un formulario diseñado al efecto. (Anexo 1)

Operacionalización de variables.

Variables	Tipo de Variable	Clasificación	Definición
Grupo de edades	Cuantitativa continua	Según años cumplidos	35-44 45-54 55-64 65 y más
Sexo	Cualitativa Nominal dicotómica	Según sexo genérico	Masculino Femenino
Tabaquismo	Cualitativa Nominal dicotómica	Si NO	Se consideró cuando el encuestado refirió practicar este hábito, sin tomar en cuenta cantidad de cigarrillos al día.

Alcoholismo	Cualitativa Nominal dicotómica	Si NO	<p>La categoría de alcohólico se utiliza para los bebedores abusivos y dependientes.⁸</p> <p>Se consideró el criterio del médico de la familia el cual lo define como Bebedor abusivo: ingiere grandes cantidades de bebidas y en estadios avanzados requiere de menos cantidad de alcohol para lograr la embriaguez, estado que experimenta en múltiples ocasiones.</p> <p>Presencia de síndrome de abstinencia secundario de la dependencia.</p> <p>No logra interrumpir la acción de beber. Presenta complicaciones biológicas y psicológicas relacionadas con el alcohol. Aún conserva su integración social y familiar.⁸</p>
Dientes con bordes filosos	Cualitativa Nominal dicotómica	Presenta No presenta	<p>Cuando a través del examen bucal se detectaron dientes con bordes filosos o con restauraciones filosas que puedan constituir una franca agresión a la mucosa bucal.</p>

Prótesis Desajustadas	Cualitativa Nominal dicotómica	Presenta No presenta	Se consideró cuando el encuestado portó prótesis parcial o total desajustada, con bordes filosos, fracturadas o reparadas en mal estado y que representen una agresión a la mucosa bucal.
Mordisqueo de labios, carrillos o lengua	Cualitativa Nominal dicotómica	Si NO	Se consideró cuando el encuestado refirió practicar este hábito.
Ingestión de bebidas o comidas muy calientes.	Cualitativa Nominal dicotómica	Si NO	Se consideró cuando el encuestado refirió presentar este hábito.
Presencia de lesiones que sugieran predisposición al cáncer bucal.	Cualitativa Nominal dicotómica	Presenta No presenta	Se consideraron las lesiones detectadas a través del examen bucal teniendo en cuenta las siguientes: neoplasias benignas de origen epitelial o mesenquimatoso: Fibroma: se presenta como una proliferación exofística, con una superficie lisa, puede ser sésil o pediculada, de color normal. La consistencia puede ser firme y

			<p>resilente o blanda, para la cual se emplean los términos de "fibroma blando" y "fibroma duro".</p> <p>Papiloma: Es una proliferación exofística, de superficie irregular, en coliflor, siempre se trata de un tumor pediculado de base, en ocasiones sésil. Se encuentra más comúnmente en lengua, labios, mucosa vestibular, encía y paladar. El tamaño puede ser de pocos milímetros, pero puede alcanzar centímetros.</p> <p>Épulis: Lesiones seudotumorales de la mucosa y encía, con crecimiento celular que causa aumento de volumen, se trata de crecimientos exagerados con intensidad reparativa, o respuesta tisular a irritaciones crónicas de larga duración.</p> <p>Nevus: tumor benigno congénito o adquirido, de melanocito o células névicas, que puede aparecer en cualquier parte de la cavidad bucal. Su color va del gris al negro, pasando por el marrón claro y el azul.</p> <p>Lesiones premalignas: Leucoplasia: Lesión fundamentalmente blanca de la mucosa oral, y que no puede caracterizarse con otra lesión.</p>
--	--	--	--

			<p>Eritroplasia: Santana la define como placas aisladas, bien definidas, de superficie roja y aterciopelada. Lesiones de la mucosa oral que presentan áreas rojas y que no pueden ser diagnosticadas como ninguna otra lesión definible.^{14,15,16}</p> <p>Estados premalignos:</p> <p>Liquen plano: Es una enfermedad inflamatoria y eruptiva de la piel, pruriginosa de marcha crónica o subaguda que puede involucrar las mucosas, sobre todo en la boca en forma de red o encaje.</p> <p>Mucosas atróficas: se considera un estado preneoplásico por constituir un terreno predisponente a la carcinogénesis.</p> <p>Papilomatosis bucal florida: es una rara afección de la mucosa bucal que se halla constituida por múltiples formaciones confluentes que se proyectan en forma exuberante, con una ancha base de implantación, tienen el aspecto de una coliflor.¹⁶</p>
--	--	--	--

La información recolectada fue introducida en una base de datos, siendo procesada de forma automatizada. Se determinaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) en la distribución de frecuencias conformadas.

Los datos así obtenidos se plasmaron en tablas para una mejor comprensión de los resultados del estudio. El informe final se redactó en Word para Windows.

Bioética

Se informó a la Dirección de la Clínica y su comité de ética de las investigaciones los objetivos del estudio, solicitando de ellos su autorización para su ejecución. Se les explicó que la información obtenida sería utilizada con fines investigativos y docentes, respetando los cuatro principios básicos de la ética como son: el respeto a las personas, la beneficencia, la no-maleficencia y la justicia.

Se les informó a los pacientes que su participación sería de forma voluntaria y que no contraerían ningún compromiso teniendo total libertad de aceptarlo o no, se les explicó además que los datos obtenidos solo serían utilizados con fines investigativos, para ello se les entregó a firmar el acta de consentimiento informado, que aparece como Anexo 2.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de la población estudiada según grupo edades y sexo. Área urbana. Policlínico "Darío Calzadilla Angulo. Banes 2018-2019.

SEXO	GRUPO DE EDADES									
	35-44		45-54		55-64		65 Y +		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	76	5.48	202	14.35	274	19.76	344	24.81	896	64.64
Femenino	96	6.92	110	7.93	135	9.74	149	10.75	490	35.35
Total	172	12.40	312	22.51	409	29.50	493	35.56	1386	100

La tabla 1 recoge la distribución de la población estudiada grupo edades y sexo. Se examinaron 1386 personas, de las cuales el 64.64% fueron hombres.

El grupo de edades que más individuos aportó fue el de 65 y más años con 493 pacientes para un 35.56 %, seguido del grupo de edad de 55-64 años.

Nótese que en esta población hay más hombres que mujeres para una relación de 1,83:1 la que no se corresponde con la tendencia demográfica de la población cubana más el sexo femenino.

La literatura revisada coincide con los resultados obtenidos donde se evidencia el envejecimiento poblacional.²⁹

Tabla 2. Comportamiento de los factores de riesgo en la población estudiada.

FACTORES DE RIESGO	TOTAL	
	No.	%
Tabaquismo	863	62.62
Alcoholismo	62	4.7
Prótesis Desajustadas	233	16.81
Dientes con bordes filosos	393	28.35
Ingestión de comidas calientes y picantes.	610	44.01
Mordedura de labios y carrillos	232	16.73
Presencia de Lesiones	110	7.93

En la tabla 2 se muestra de forma general el comportamiento de los factores de riesgo, el más frecuente fue el tabaquismo que estuvo presente en 863 individuos para un 62.62% seguido de la ingestión de comidas calientes y picantes con el 44.01%.

Cuba, es uno de los países que consumen mayor cantidad de cigarrillos en América, aumenta la incidencia de este hábito desde la adolescencia y se ha demostrado una fuerte asociación con el cáncer de forma general.³⁰

Más de 50 enfermedades están asociadas al tabaquismo, entre ellas el cáncer oral.

En Cuba, más de 13 mil personas mueren cada año por enfermedades asociadas al tabaquismo, siendo el cáncer bucal una de las más frecuentes.³¹

Esta investigación coincide con investigaciones realizadas en nuestro país en el que el tabaco es un factor de riesgo fuertemente asociado a la presencia de lesiones premalignas y cáncer bucal.^{32, 10}

Estudios realizados han encontrado una asociación entre la calidad de los alimentos y nutrientes consumidos con el cáncer bucal, lo cual coincide con los obtenidos en la presente investigación.³³

Investigadores cubanos refieren en conjunto, en distintos lugares del país, que existen un aumento en los factores de riesgo.^{3, 35,23}

El efecto dañino del tabaco sobre la mucosa bucal, se debe a que contiene unas 300 sustancias cancerígenas, las cuales se convierten en metabolitos activos, capaces de interactuar con el ADN, por la acción de enzimas oxidativas. Además de la acción de estas sustancias, la exposición al calor mantenido por la combustión del tabaco, puede agravar las lesiones de la mucosa bucal.

Según Batista Marrero, existe una asociación directa entre los hábitos tóxicos y las neoplasias malignas, y estas se encuentran en más del 90% de las investigaciones sobre el tema.^{23, 13,36}

Tabla 3. Comportamiento de los factores de riesgo en la población estudiada según sexo.

FACTORES DE RIESGO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Tabaquismo	163	11.76	700	50.50	863	62.62
Alcoholismo	7	0.50	55	3.96	62	4.47
Prótesis Desajustadas	83	5.98	150	10.82	233	16.81
Dientes con bordes filosos	72	5.19	321	23.16	393	28.35
Ingestión de comidas calientes y picantes.	221	15.94	389	28.06	610	44.01
Mordedura de labios y carrillos	163	11.76	67	3.75	232	16.73
Presencia de Lesiones	20	1.44	90	6.49	110	7.93

La tabla 3 permite analizar algunos de los factores de riesgo de la población objeto de estudio según el sexo, el más frecuente fue el tabaquismo en los hombres con 700 (50.50%) seguido de la ingestión de comidas calientes con un 28.06% en este mismo sexo.

En el sexo femenino predominó la ingestión de comidas calientes con 221 mujeres (15.94%) seguido por la mordedura de labios y carrillos y el tabaquismo en ambos casos con 163 sujetos para un 11.76 %.

Al analizar los factores de forma comparativa podemos apreciar que solo la mordedura de labios y carrillos es el riesgo que predominó en las mujeres con 163 (11.76%) en comparación con los hombres. El resto de los factores fueron más frecuentes en los hombres.

El sexo masculino es el más afectado por los factores de riesgo del cáncer bucal, relacionados con los hábitos que por lo general práctica. La mayoría de los estudios consultados reportan similares resultados.

Estos resultados coinciden con la literatura revisada en los que reportan una mayor distribución de enfermos masculinos con lesiones bucales.³⁷

En estudios sobre el comportamiento de factores de riesgo coincide que el tabaquismo es el factor que más incide en la aparición del cáncer bucal.³⁸

En Cuba la prevalencia del alcoholismo oscila entre el 7 y el 10 % de la población, uno de los más bajos de Latinoamérica, aunque se ha observado con preocupación que el consumo de alcohol ha aumentado en los últimos años y en el sexo femenino.^{39,40}

Aunque este factor de riesgo fue el menos frecuente si se evidenció el predominio del sexo masculino entre los alcohólicos, dato que coincide plenamente con los resultados presentados por otros autores, al representar el alcohol la droga modelo y portero por su carácter legal y evidenciarse su consumo social en hombres de todas las latitudes; sin embargo, se debe señalar como en los últimos años se reconoce el incremento progresivo del consumo abusivo de alcohol entre las mujeres.³⁷

Tabla 4. Comportamiento de los factores de riesgo en la población estudiada según grupos de edad.

FACTORES DE RIESGO	GRUPOS DE EDAD									
	35-44		45-54		55-64		65Y +		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tabaquismo	104	7.50	199	14.35	278	20.05	282	20.34	863	62.62
Alcoholismo	8	0.57	23	1.65	20	1.44	11	0.79	62	4.47
Prótesis Desajustadas	4	0.28	39	2.81	78	5.62	112	8.08	233	16,81
Dientes y bordes filosos	76	5.48	115	8.29	120	8.65	82	5.91	393	28.35
Ingestión de comidas calientes y picantes.	100	7.21	170	12.26	210	15.15	130	9.37	610	44.01
Mordedura de labios y carrillos	60	4.32	61	4.40	85	6.13	26	1.87	232	16.73
Presencia de Lesiones	3	0.21	28	2.02	35	2.52	44	3.17	110	7.93

En la tabla 4 podemos apreciar el comportamiento de los factores de riesgo del cáncer bucal por grupos de edad, el factor que más incidió en todos los grupos de

edad fue el tabaquismo con 823 individuos para un 62.62 %. Predominó este hábito en el grupo de 65 y más años con 282 pacientes para un 20.34 % seguido del grupo de 55-64 con 278 que representa el 20.05 %.

Si analizamos el resto de los factores de riesgo puede apreciarse que en todos los grupos de edades el segundo factor de riesgo en importancia que afecta la población objeto de estudio fue la ingestión de comidas calientes y picantes.

El riesgo de padecer cáncer bucal aumenta con la edad, especialmente a partir de los 50 años. Por otra parte, factores de riesgo tales como el consumo de tabaco y alcohol, las lesiones potencialmente malignas, los traumas (causados por hábitos parafuncionales, dentaduras mal ajustadas o piezas dentales con bordes cortantes), unidos a factores genéticos y algunos tipos de virus también aumentan las probabilidades de padecerlo, por lo que su diagnóstico deberá ser precoz para mejorar el pronóstico de estos pacientes.^{33,39,40}

El uso de prótesis desajustadas, provoca lesiones que pueden ser asintomáticas o pasar inadvertidas durante años. En la presente investigación se evidenció que este factor de riesgo incidió mayormente en el grupo de edad de 65 y más años con 112 pacientes para un 8,08%. Esto puede estar dado por la mayor pérdida de dientes y/o mayor tiempo de uso de las mismas. Estudios realizados coinciden con los resultados de esta investigación.²

En la presencia de lesiones como factor de riesgo se pudo observar que el grupo que más incide es el de 65 y más con 44 personas para un 3,17 %. Estos resultados son similares a los encontrados por De Quesada .¹⁹

Si con la edad aumentan las lesiones bucales como resultado de mayor tiempo expuesto a irritantes y las cifras de personas de 60 años y más en nuestro país cada vez son mayores, es de esperar un mayor número de pacientes remitidos en este rango de edad. Estas cifras concuerdan con las obtenidas por Zaldívar Pupo y colaboradores.³⁷En nuestra provincia, el estudio realizado por Batista y otros especialistas muestra resultado similar al de esta investigación.¹³

Los resultados del presente análisis concuerdan con varias investigaciones y constituyen un signo de alarma que debe utilizarse para sensibilizar a pacientes y personal de salud, acerca de la importancia de intensificar el trabajo a partir de los factores de riesgo y factores pronósticos; y la aplicación de otras medidas establecidas para intentar reducir el incremento de casos y mejorar el pronóstico.^{34, 10,41}

Tabla 5: Tipos de lesiones en la población estudiada.

Tipo de Lesión	No	%
Fibroma	14	1.01
Nevus	16	1.15
Papiloma	17	1.22
Epulis	21	1.51
Liquen Plano	7	0.50
Papilomatosis bucal florida	3	0.21
Mucosas Atróficas	4	0.28
Leucoplasia	24	1.73
Eritroplasia	4	0.28
Total	110	7.93

En la tabla 5 se muestran los tipos de lesiones en la población encuestada. Predominó la leucoplasia con 24 pacientes con un 1.73 %, seguida del épulis con 1.51%, el papiloma para un 1.22% y el nevus con 1.15 % pacientes respectivamente.

La mayoría de los estudios realizados consideran a la leucoplasia como la lesión con mayor prevalencia, coincidiendo con los resultados obtenidos en el presente estudio.⁴²

Los resultados de Driggs difieren de los encontrados por la autora al reportar al nevus como la lesión más frecuente.³⁸

La responsabilidad es enorme, pues cuando en el diagnóstico se confunden las alteraciones precancerosas con otras de aspecto similar, se habrá causado un daño irreparable al paciente, quitándole oportunidades de curación y de salvar su vida. La realización de exámenes bucales de forma minuciosa y sistemática es de vital importancia para la detección precoz de las lesiones que pueden presentarse en la cavidad bucal y en caso de ser necesario realizar la remisión de pacientes al segundo nivel de atención, según el programa del PDCB, correspondiéndole al estomatólogo realizar el tratamiento preventivo y actuar sobre los factores etiológicos y así contribuir a la prevención del cáncer bucal.^{35, 21,37}

CONCLUSIONES

- ✓ El grupo de edades que mayor cantidad de examinados aportó a la muestra fue el de 65 años y más.
- ✓ Predominó el sexo masculino en la población estudiada.
- ✓ El tabaquismo y la ingestión de comidas calientes y picantes fueron los factores de riesgo más frecuentes.
- ✓ Todos los factores de riesgo estudiados predominaron en el sexo masculino con excepción de la mordedura de labios y carrillos.
- ✓ El tabaquismo, las prótesis desajustadas y la presencia de lesiones de la mucosa bucal aumentaron con la edad.
- ✓ La leucoplasia y el épulis fueron las lesiones de la mucosa bucal más frecuentemente identificadas.

RECOMENDACIONES

Realizar estudios de intervención en la población estudiada para lograr cambios de estilo de vida y modificar factores de riesgo de cáncer bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miguel Cruz Pedro A, Niño Peña A, Batista Marrero K, Miguel-Soca P. Factores de riesgo de cáncer bucal. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Sep [citado 2016 Nov 20]; 53(3): 128-145. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000300006&lng=es.
2. Rodríguez Martín O, Betancourt Valladares M, García Ranero A, Giance Paz L. Pronóstico de incidencia y mortalidad del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 Sep [citado 2018 Ene 02]; 54(3)Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000300005&lng=es.
3. Laplace Pérez BN, Legrá Matos SM, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suárez L, Castellanos Almestoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM [revista en la Internet]. 2013 [citado 24 agosto 2015];17(4):477-488. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es
- 4-Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2013 [base de datos en Internet]. [Citado 20 agosto 2015]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticas>
- 5-Ferrer-Vilches D, Hernández-Millan A, Medina-Quintero D, García-González O, Martínez-de-la-Cotera R. Algunas consideraciones sobre el Programa de Detección del Cáncer Bucal, desde una perspectiva de ciencia, tecnología y sociedad. **Medisur** [revista en Internet]. 2016 [citado 2016 Sep 1]; 14(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3232>
- 6-Acosta Y, Capote-Leyva E, Hechavarría-Suclar M, Mora-González S, Quintana-Díaz J, Arencibia-Galán I. Lesiones cervicofaciales precancerosas y cánceres cutáneos no melanomas del paciente geronte. Revista Cubana de Estomatología

[revista en Internet]. 2015 [citado 2015 May 11]; 52(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/410>

7- Colectivo de Autores. Capítulo 8 Indicadores epidemiológicos. En: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2006: 521-522

8. Olivera Carmenates C, Reselló Fomber A, Maques Granado M, Lugo López A. Prevalencia del alcoholismo en pacientes de dos consultorios del médico de familia. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2015 [citado 2018 Jun 18];9(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3017>

9. González Menéndez Ricardo. La atención integral al alcoholismo: experiencia cubana. Rev cubana med [Internet]. 2008 Jun [citado 2018 Jun 18] ; 47(2) : . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232008000200012&lng=es.

10. Rodríguez Ricardo E, Santana Fernández KA, Fong González Y, Rey Ferrales Y, Jacas Gómez MJ, Quevedo Peillón K. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. AMC [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Ago 30];18(6):642-655. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000600007&lng=e

11. Mateo-Sidrón Antón MC, Somacarrera Pérez ML. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. revisión de la literatura. Av Odontoestomatol [revista en la Internet]. 2015 [citado 2016 Mar 31];31(4):247-259. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000400002&lng=es

12. García Kass AI, Domínguez Gordillo AA, García Núñez JA, Cancela Rivas G, Torres Salcines J, Esparza Gómez GC. Revisión y puesta al día en cáncer de lengua. Av Odontoestomatol [revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Ago 30];29(5):255-269. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000500005&lng=es

13. Batista Marrero K, Niño Peña A, Martínez Cañete M. Rol de los factores ambientales en la aparición del cáncer bucal. CCM [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Ago 24];18(3):516-521. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300014&lng=
14. Colectivo de Autores. Capítulo 6. Guías Prácticas Clínicas de afecciones clínico quirúrgicas bucofaciales. En: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2006:341.
15. Santana Garay JC. Enfermedades que afectan el complejo mucocutáneo. En: Atlas de Patología del Complejo Bucal. 2^{da} ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.p.131-154.
16. Santana Garay JC. Lesiones preneoplásicas y Queratósicas de la mucosa bucal. En Atlas de patología del Complejo Bucal. 2^{da} ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010p.288-302.
17. Martínez A, Baldiris Ávila R, Díaz Caballero A. Infección por papiloma virus humano y carcinoma escamocelular bucal: diversas técnicas moleculares para detectar su presencia. Av Odontoestomatol [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Ago 30];30(2):69-78. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000200003&lng=es
18. De Quesada Suarez L, De Quesada Iraizoz LA. Lesiones y estados pre malignos bucales en población geriátrica. Archivos del Hospital Universitario "General Calixto García" [revista en Internet]. 2018 [citado 2019 May 29];6(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/210>
19. Santana Garay JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
20. 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. Facultad de Estomatología de La Habana. 1999-2006. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2010 [citado 28 agosto 2015];47(4):[aprox. 10 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000400001&script=sci_arttext

21. Albornoz López del Castillo Carlos, Rivero Pérez Oscar, Bastian Manso Luis. Avances en el diagnóstico de las lesiones cancerizables y malignas del complejo bucal. AMC [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2018 Dic 07] ; 14(5): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500019&lng=es.

22. Rodríguez González G M, Valentin González F, Conde Suarez H F, Vilas Morales D. Nivel de conocimiento sobre cáncer bucal en el sector de la población. Rev. Med. Electron [Internet] 2017 Abr Oct [citado 2019 Mayo 20] ; 39(2):233-234 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51729-182420170002000009&lng=es

23. Lima Arrais Ribeiro I, Pinho Veloso H H, Correia de Souza K. Caracterización da salud bucal de ancianos en una institución beneficiaria de larga permanencia de João Pessoa-PB, Brasil. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2013 Sep [citado 2018 Jul 12] ; 49(3): 193-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000300002&lng=es

24. Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2006 Mar [citado 2019 Mayo 27] ; 43(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003&lng=es.

25. Mendoza Fernández M, Ordaz González AM, Abreu Noroña AC, García Mena M. Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. Rev. Ciencias Médicas. 2013 Jul-ago [citado 1 Jun 2018]; 17(4):24-32. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n4/rpr04413.pdf>

26. Martínez A, Carmona Lorduy M, Díaz Caballero. Behavior of oral cancer at a hospital in Cartagena de Indias, Colombia. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Jun [citado 2019 Mayo 29] ; 53(2): 24-28. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000200005&lng=es.
27. Ros Lluch N, Chimenos Küstner E, López López J. Alimentos contra el cáncer oral. Av Odontoestomatol [Internet]. Jun 2009 [citado 15 Jul 2013];25(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
28. Mora Alpízar M del C, Montenegro Valera I, Pérez Martell T, Rodríguez Hernández AL. Programa de pesquiasaje del cáncer bucal: Su impacto en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. Jun 2001 [citado 10 Abr 2014];17(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300006&lng=es
29. Secchi DG, Aballay LR, Galíndez MF, Piccini D, Lanfranchi H, Brunotto M. Red meat, micronutrients and oral squamous cell carcinoma of argentine adult patients. Nutr Hosp [revista en Internet]. 2015 [citado 24 agosto 2015];32(3):1214-1221. Disponible en: www.aulamedica.es/gdcr/index.php/nh/article/download/9277/pdf_8342
31. Acosta Reynoso I M, Remón Rodríguez L, Segura Peña R, Ramírez Ramírez G, Carralero Rivas Ángel. Factores de riesgo en el cáncer de pulmón. ccm [Internet]. 2016 Mar [citado 2019 Jun 07] ; 20(1): 42-55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100005&lng=es.
32. Legrá Matos S M, Laplace Pérez B N, Martínez Pérez M L, Marrero Rivas R, López Rodríguez Y. Seguimiento de cinco años de la leucoplasia de la mucosa bucal en pacientes de Holguín. ccm [Internet]. 2017 Sep [citado 2019 Jun 07] ; 21(3):

776-785. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300014&lng=es.

33. Vázquez MJ, Aguiar R. El programa de detección del cáncer bucal, herramienta indispensable para disminuir su prevalencia. Medisur [Internet]. 2015 may-jun [citado 21 Mar 2016];13(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300003

34. González RM, Hernández Y, Vázquez JA, et al. Pasatiempo sin Humo: Propuesta de programa educativo contra el hábito de fumar en adolescentes. Rev Habanera de Ciencias Méd [Internet]. 2016 [citado 20 Ene 2016];15(5):782-93. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000500012

35 Castillo Santiesteban Y C, Zaldívar Pupo O L, Leyva Infante M, Páez González Y. Comportamiento del cáncer bucal en pacientes adultos Zayas Sánchez E, Casanova Sales K, Hidalgo Torres YA, Paz Quiñones L, Fonseca Suárez Y. Comportamiento epidemiológico del Programa de Detección del Cáncer Bucal en Puerto Padre. Rev Electr Marinello. 2014 [citado 16 abr 2016]; 39(10). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/144/254>

36. Driggs Zayas A, Caballero Arderí EM, Núñez Quevedo A. Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal, Moa, enero 2011 a diciembre 2014: Impacto y desarrollo. (Congreso Internacional de Estomatología 2015) 2-6 noviembre 2015; La Habana: Palacio de las Convenciones; 2015. Disponible en: <http://estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewPaper/990>

37. Zaldívar Pupo O L, Leyva Infante M, Castillo Santiesteban Y, Machado Cuayo M, del Toro Chang K C. Comportamiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en la Clínica Artemio Mastrapa. Holguín, 2015. ccm [Internet]. 2017 Sep [citado 2019 Jun 07] ; 21(3): 786-797. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812017000300015&lng=es.

38. Montanet Avendaño A, Bravo Cruz C M, Díaz Valdés M M, Pérez Calzada M. Seguimiento ambulatorio de pacientes alcohólicos. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2015 Abr [citado 2018 Nov 27] ; 19(2): 244-252. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000200009&lng=es.
39. Howard Mora M. El trauma: ¿un factor de riesgo del cáncer bucal? Rev Cient Odontol. [Internet] 2015 Jul [citado 12 Jul 2016];11(1):38-45. Disponible en: <http://revista.colegiodontistas.org/index.php/revistaodontologica/article/viewFile/253/365>
40. 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>
41. Cento López JA, Báez Silva A, Ureña Espinosa M, Rodríguez González Y. Comportamiento epidemiológico del cáncer bucal en la clínica Héroes de Bolivia en Las Tunas. (Congreso Internacional de Estomatología 2015) 2-6 noviembre 2015; La Habana: Palacio de las Convenciones; 2015. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/viewPaper/1119>

Anexo 1.

Formulario

Edad _____ Sexo _____

1. ¿Practicas el hábito de fumar? Si _____ No _____

2. Alcoholismo Si _____ No _____

3- Prótesis desajustadas Si _____ No _____

4. Dientes con bordes filosos Si _____ No _____

5. ¿Ingieres bebidas y comidas calientes y picantes? Si _____ No _____

6. ¿Te muerdes los labios o carrillos? Si _____ No _____

7. Presencia de lesiones Presenta _____ No presenta _____

8. Tipos de lesiones

Fibroma	Si _____	No _____
---------	----------	----------

Nevus	Si _____	No _____
-------	----------	----------

Papiloma	Si _____	No _____
----------	----------	----------

Epulis	Si _____	No _____
--------	----------	----------

Liquen Plano	Si _____	No _____
--------------	----------	----------

Papilomatosis bucal florida	Si _____	No _____
-----------------------------	----------	----------

Mucosas Atróficas	Si _____	No _____
-------------------	----------	----------

Leucoplasia	Si _____	No _____
-------------	----------	----------

Eritroplasia	Si _____	No _____
--------------	----------	----------

Anexo 2. Consentimiento informado.

Nº. _____

Por este medio yo, _____
con CI _____, he sido invitado a participar en la investigación sobre los factores de riesgo que inciden en la aparición del cáncer bucal, en la población mayor de 35 años del Área de salud de la Policlínica Darío Calzadilla del municipio Banes, la responsansable la Dra. Elba María Caballero Isaac.

Se me ha informado ampliamente y de manera comprensible que no se realizará ningún proceder diagnóstico o terapéutico que no esté implementado de manera generalizado en humanos y que no correré ningún riesgo para mi salud.