

*Instituto Superior de Ciencias Médicas  
Facultad de Estomatología  
Santiago de Cuba*

**Título: Factores de Riesgo de Lesiones Premaligna  
y Malignas de la Cavity Bucal.  
Hospital General Santiago.**

**AUTOR:** Dra. Eyda Arechavaleta Pérez.

**TUTOR:** Dr. Roberto Bonne Comerón

**ASESORES:** Lic. Yaimel Pérez Infante.  
Lic. Meydis Navarro Macías

***TRABAJO PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER  
GRADO EN ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL***

*2002*

*“Año de los Héroe Prisionero del Imperio”*

*INITIUM*

*La medicina  
verdadera es la  
que precave.*

*José Martí*

## *DEDICATORIA*

- ✓ A la memoria de mi padre.
- ✓ A mi madre, por su abnegación y sacrificio.
- ✓ A mi esposo y familia, quienes me brindaron ayuda en todo momento para la culminación de esta ardua tarea.

## *AGRADECIMIENTOS*

La terminación de este trabajo, se hizo posible gracias a la colaboración de muchas personas, que de una forma u otra contribuyeron a la misma.

Entre ellos de forma muy especial a mi tutor Dr. Roberto Bonne Comerón quién me brindó su ayuda oportuna, así como los conocimientos actualizados en esta materia y su vasta experiencia.

☞ A los asesores Lic. Yaimet Pérez Infante y Lic. Meydis Navarro Macias quienes con gentileza se responsabilizaron con la parte estadística.

☞ Al Dr. Gilberto Duany Stivens, Lic. Ramón Mauricet Moraguez y Lic. Juan Carlos Torres Martínez quienes con gran sentido de ayuda me sugirieron ideas y orientaciones valiosas.

☞ A los Lic. Eliza Hechavarría Risco y Osmar Alvarez Clavel por la exquisita colaboración en la corrección del estilo.

De forma particular, al colectivo del departamento de Cirugía Maxilo-Facial del Hospital General Santiago quienes contribuyeron de forma desinteresada al logro de este trabajo, en lo singular al Dr. Carlos Carreras Marturell, quien me sugirió este tema tan importante para la atención primaria.

A todo el colectivo de trabajo, estudiantes, pacientes y amistades por su colaboración.

*E.A.P.*

## *RESUMEN*

Nuestra investigación se basa en un estudio descriptivo y retrospectivo sobre los factores de riesgo de las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal, realizado en el Hospital General Santiago de Santiago de Cuba, durante el período de julio 1992 al 2000. Se procedió a describir el comportamiento de los factores de riesgo que estaban afectando a los pacientes con lesiones y a determinar el nivel de conocimiento sanitario de los afectados; así como a evaluar el nivel de competencia profesional de nuestros estomatólogos generales. Las investigaciones demostraron que el sexo femenino, las edades comprendidas en el grupo de 31 a 59 años, y el grupo sin categoría ocupacional fueron los más afectados por las lesiones, predominando las leucoplasias. Además el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas entre otros hábitos tóxicos, tuvieron una relación significativa. La estomatitis subprotésica constituyó una entidad de importancia, estando en correspondencia con el paladar como zona de mayor localización de las lesiones. El antecedente familiar de cáncer estuvo presente como factor de riesgo predominando en la estomatitis subprotésica. El conocimiento de educación sanitaria de nuestros pacientes se consideró con evaluación de mal y el nivel de competencia profesional de nuestros estomatólogos generales fue evaluado de bueno. Aspiramos a que estos resultados contribuyan al desarrollo de líneas de trabajo para un futuro inmediato.

# ÍNDICE

	Pág.
Introducción .....	1
Objetivos.....	7
Método.....	10
Análisis y Discusión de los Resultados.....	17
Conclusiones.....	26
Recomendaciones.....	27
Referencias Bibliográficas.....	28
Anexos	

# *INTRODUCCIÓN*

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

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

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

El término cáncer corresponde a un concepto puramente anatómo-patológico.

Desde el punto de vista clínico, Grispan lo define como aquellas lesiones destructivas que infiltran los tejidos vecinos que invaden los ganglios regionales y que pueden propagarse a otras zonas de la economía por vía linfática ó sanguínea, produciéndose metástasis a distancia (2).

Las neoplasias en la boca alcanzan magnitudes importantes y su prevención primaria consiste realmente en evitar el inicio del proceso cancerígeno en las células y aumentar así las posibilidades de cura, lo que solo puede lograrse cuando se identifican una ó 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 hùésped, ambiente y de agentes causales cancerígenos de la naturaleza química, física ó biológica (3).

Hay una serie de cuadros clínicos en la mucosa bucal, muchos de ellos intrascendentes en su comienzo pero que, en algunos casos pueden sufrir transformación maligna, entre ellos la queilitis actínica, úlcera traumática, liquen plano, eritroplasia y leucoplasia.

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

La leucoplasia se define como una placa blanca sobre las mucosas bucales que no puede eliminarse por raspado y no puede clasificarse clínica o microscópicamente como otra entidad patológica (5).

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

La eritroplasia la podemos definir como una placa roja, de aspecto aterciopelado en la que si bien se desconoce con certeza su origen y patogenia, casi siempre se han descrito los mismos factores irritantes exógenos del cáncer.

El liquen plano es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel y de las mucosas de etiología desconocida, representa el 10% de los problemas dermatológicos y el 5% de los estomatológicos, tiene una incidencia mayor entre los 30 - 50 años, es rara en jóvenes y excepcional en niños.

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

Existen otros estados preneoplásicos, como son las mucosas atróficas, sepsis bucal, la fibrosis submucosa bucal, la papilomatosis bucal florida y en general todas las neoplasias

benignas que aunque no son totalmente cancerizables, pueden constituir elementos promotores de esta entidad por la inquietud que provocan en las poblaciones de la mucosa bucal.

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna de más incidencia en la boca ( más del 95% de los casos), su etiología es desconocida al igual que el resto de las neoplasias malignas, se puede estudiar un grupo de factores y estados que son premonitorios o acompañantes del carcinoma bucal (4).

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

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

El concepto de riesgo ocupa un lugar central en la atención primaria de salud y figuran en él numerosas sugerencias acerca de las aplicaciones en la asistencia sanitaria. Estas ideas han surgido precisamente para la determinación de las posibilidades de predecir un acontecimiento tanto en el plano de la enfermedad como en el de la salud, lo que ofrece a la atención primaria de la salud bucal un nuevo instrumento para mejorar su eficacia y sus decisiones sobre el establecimiento de prioridades. El riesgo se relaciona con todas las acciones de promoción y prevención.

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

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

Para lograr el máximo impacto mundial habría que ejecutar programas basados en los amplios conocimientos acumulados en materia de lucha contra el cáncer.

Ya es posible prevenir nada menos que una tercera parte de los casos y curar una porción parecida. Además, en los numerosos casos en que la enfermedad es incurable, existen medios para aliviar el dolor y prestar asistencia paliativa a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La tasa de incidencia de cáncer bucal en los Estados Unidos en 1990 fue de 10.4 x 100 000, cifra que muestra pocos cambios en los últimos 5 años; la tasa de mortalidad fue de 3.0 x 100 000 , por ciento que ha disminuido ligeramente en los últimos años, siendo la tasa de incidencia de 2,5 veces superiores en los varones que en las mujeres.

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

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

En la provincia de Santiago de Cuba en los años 1998 - 2000 la mortalidad por cáncer bucal se ha comportado con 29, 43, y 57 casos respectivamente lo que muestra un aumento significativo de esta enfermedad (10).

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

En nuestra provincia se ha trabajado en este sentido y sin embargo los resultados obtenidos no han sido satisfactorios.

En un estudio preliminar sobre factores de riesgo de las lesiones que analizamos, realizado en el Hospital General Santiago de Cuba en el período 1999 - 2000, en el cual se investigaron algunas variables, se constató que las lesiones premalignas y malignas estaban en relación con variables descritas en la literatura.

El presente trabajo de investigación está motivado por el interés de realizar una valoración de los factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas en las distintas áreas de salud en las que efectuamos nuestra labor preventiva- asistencial, con la finalidad de caracterizar las mismas, trabajar en su disminución o erradicación y mejorar los indicadores morbi - mortalidad del cáncer bucal y de la salud general.

# *OBJETIVOS*

## **GENERAL:**

Describir los factores de riesgo ya conocidos con las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal en el Hospital General Santiago, en el período 1992 - 2000.

## **ESPECÍFICOS:**

1. Caracterizar la población objeto de estudio según edad, sexo, color de la piel y ocupación.
2. Describir la influencia de los hábitos tóxicos y estados traumáticos con la aparición de los diferentes tipos de lesiones premalignas y malignas.
3. Evaluar el nivel de conocimiento de educación sanitaria de los pacientes afectados por las lesiones estudiadas.
4. Evaluar el nivel de competencia de los profesionales acerca de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las lesiones en estudio.

# *CONTROL SEMÁNTICO*

**RIESGO** Es la condición de un individuo ó grupo de ellos que tienen la característica que lo hacen vulnerables para desarrollar un daño a la salud.

**FACTOR DE RIESGO** Cualquier característica o circunstancia detectable de un individuo o grupos de ellos que se sabe asociado a un momento en la probabilidad de padecer un proceso mórbido.

**PRÓTESIS DESAJUSTADA** Aquella estructura artificial acrílica ó metálica que sustituye a los dientes naturales y que no se adhiere adecuadamente a los tejidos bucales de soporte.

## ***FRECUENCIA DE HABITO DE FUMAR***

**OCASIONAL** Consumo de menos de cinco cigarrillos en determinadas situaciones.

**HABITUAL** Consumo diario mayor ó menor de esta cantidad.

## ***INGESTION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS***

**OCASIONAL** Ingestión de menos de 250cc de alcohol etílico, cuatro botellas de cervezas y una de vino en momentos festivo.

**HABITUAL** Ingestión de la cantidad mencionada anteriormente en estas u otras circunstancias.

## ***INGESTIÓN DE CAFÉ***

<i>POCO</i>	Ingestión de una taza al día
<i>REGULAR</i>	Ingestión de 2 ó 3 tazas al día.
<i>MUCHO</i>	Ingestión de más de 3 tazas al día.

# MÉTODO

## ***A: Características de la investigación.***

Se realizará un tipo de estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes atendidos en la consulta para la detección precoz del cáncer bucal (P.D.C.B.) del Hospital General de Santiago de Cuba correspondientes a las Clínicas Estomatológicas de la Provincia Santiago, tales como la perteneciente al II Frente, El Caney, Vista Alegre y Hospital General Santiago, durante el período comprendido en la investigación.

El universo para los pacientes a estudiar estará constituido por los casos atendidos que representa el 100% de los mismos mayores de 15 años, con factores de riesgo de las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal y estudio histológico.

La muestra se corresponde con el 30% de los casos existentes determinado por el método estratificado por el rango de edades.

Para el estudio del nivel de competencia de los profesionales sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de las lesiones se trabajará con el 100% de los profesionales que se encuentren laborando en el centro.

## **TÉCNICA Y PROCEDIMIENTO**

### ***B: De obtención de la información.***

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica del tema en dependencia del material disponible en la biblioteca de la Clínica Estomatológica Provincial Docente, Centro de Información de Ciencias Médicas, Biblioteca del Hospital Provincial Saturnino Lora, Biblioteca Provincial Elvira Cape y Maestría del I.S.C.M.

La información se codifica por formato de encuesta y se apoya en: planilla de recolección de datos de los pacientes (**Anexo 1**), encuestas sobre el grado de conocimientos de educación para la salud de los pacientes afectados por las lesiones premalignas y malignas (**Anexo 2**). Además se evalúa el nivel de competencia profesional de los que ejercen la actividad en las diferentes clínicas estomatológicas. (**Anexo 3**).

## ***Metódica***

Para dar respuesta al objetivo # 1 en nuestra investigación se confeccionó una planilla donde se recogieron las siguientes variables:

### **1.1 Clasificación de los pacientes según sexo:**

- masculino
- femenino

### **1.2 Distribución por grupos de edades en:**

- 15 - 20 años
- 21 - 30 años
- 31 - 59 años
- Más de 60 años.

### **1.3 Determinación del color de la piel:**

- Blanca
- Negra
- Mestiza

### **1.4 Precisar la ocupación:**

- Ama de casa
- Estudiantes
- Obreros.

- Trabajador administrativo.
- Técnico medio
- Profesionales
- Sin ocupación.
- Jubilado.
- Otros .

**Nota:** En el caso de los jubilados no se recogió última ocupación.

Para dar respuesta al objetivo # 2, se analizan los demás aspectos de la planilla como son:

## **2. Los factores de riesgo y su vinculación con las lesiones se procedió a relacionar:**

### **2.1 La existencia de las mismas con:**

#### *a) Frecuencia del hábito de fumar.*

- Ocasional
- Habitual

#### *b) Forma del hábito de fumar*

- Cigarro
- Tabaco
- Pipa
- Otros

#### *c) Consumo diario*

#### ➤ **Cigarros**

- Menos de 10
- De 10 a 20
- Más de 20

#### ➤ **Tabaco**

- Menos de 3
- De 3 a 5
- Más de 5

*d) Duración del hábito en años*

- Menos de 1 año
- De 1 a 10 años
- Más de 10 años

**2.2 La ingestión de bebidas alcohólicas con la aparición de las lesiones.**

- Ocasional
- Habitual
- No existencia del hábito

**2.3 La frecuencia del hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas.**

**2.4 Influencia de la ingestión del café en:**

- Poco
- Regular
- Mucho

**2.5 El antecedente patológico familiar de cáncer en:**

- ( ) Si
- ( ) No

**2.6 Existencia de las lesiones con el trauma mecánico.**

- Prótesis desajustada.

**2.7 Vinculación de las lesiones con las diferentes localizaciones anatómicas.**

Entre las localizaciones encontramos:

- Labio superior
- Labio inferior

- Encía superior
- Encía inferior
- Lengua parte móvil
- Paladar
- Carrillos
- Suelo de la boca
- Otros

**Nota:** Según diagnóstico clínico, consideramos lesiones premalignas:

- Leucopasia
- Nevus
- Estomatitis sub-prótesis
- Papilomatosis bucal.
- Neoplasias benignas
- Otros

Consideramos entre otras lesiones:

- Liquen plano
- Úlcera traumática
- Quelitis angular
- Candidiasis

Tanto para el objetivo No. 1 como para el No. 2 los resultados tendrán como medida de resumen las frecuencias absolutas y relativas. Para valorar la posible asociación entre el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas en los pacientes con lesiones premalignas y malignas, se aplicará el test de 2 de independencia y homogeneidad teniéndose en cuenta una probabilidad del 95%.

Para dar cumplimiento al objetivo No. 3 sobre la evaluación del conocimiento sanitario de los pacientes afectados por lesiones premalignas y malignas, se formuló una encuesta con una clave de evaluación de preguntas. El rango de puntos para considerar evaluación ( Buena, Regular y Mala ).

<b>Preguntas</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Clasificación según Rango de Puntos</b>
1.	10	
2.	10	De 100 - 85 Buena
3.	10	
4.	10	
5.	10	De 84 - 70 Regular
6.	10	
7.	10	
8.	10	
9.	10	Menos de 70 Mala
10.	10	

Para dar cumplimiento al objetivo número 4, sobre la evaluación del nivel de competencia de los profesionales sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal, se trabajó con el 100% del personal que se encontraba laborando en el momento de la indagación. A este personal se le aplicó una encuesta (**Anexo 3**), con una clave de evaluación de preguntas en el rango de puntos a considerar (Buena, Regular y Mala ) en el puntaje final según el nivel de competencia, se valoró en Bueno, Regular y Malo.

<b>Preguntas</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Clasificación según Rango de Puntos</b>
1.	10	
2.	10	De 100 - 85 Buena
3.	10	
4.	10	
5.	10	De 84 - 70 Regular
6.	10	
7.	10	
8.	10	
9.	10	Menos de 70 Mala
10.	10	

Finalmente se recogió el porcentaje que clasificó en la categoría de la escala para cada encuesta.

## *ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS*

En la **Tabla 1** que relaciona la distribución según edad y sexo, se observó en las mujeres el más alto índice, 62.6 % contra el 37.4 % en los hombres. El grupo más afectado es el de 31 a 59 años para un 61.8 %.

Al comparar estos resultados con otros autores coinciden con los de Fernández (14) quién plantea en su trabajo de tesis que las lesiones aumentan con la edad ya que existe una mayor exposición de los factores de riesgo como son muchas sustancias cancerígenas, hecho asociado a un sistema inmunológico debilitado. También la mujer tiende a preocuparse más por la salud bucal, por lo cual asiste con mayor frecuencia a las clínicas estomatológicas. Esta apreciación coincide con la de Fernández (24).

Muchos autores plantean que el sexo más afectado es el masculino, sin embargo Pinborg (17) expresa que pueden existir variaciones en este sentido.

En la actualidad, afirma Ceballos (2) y (14), que hay un aumento en las mujeres por la tendencia a igualarse con los hombres lo que implica un mayor consumo de alcohol y tabaco.

En la **Tabla 2** observamos la distribución de pacientes según tipo de lesiones y sexo predominando la leucoplasia con 79 (29.3 %) seguida de la estomatitis subprótesis con 66 (24.4 %) y otras lesiones con 57 (21.1 %).

Al obtener estos resultados constatamos que nuestro criterio coincide con el de autores como Bascones (2), (14), (20), (24), (27). Nos referimos al criterio relacionado con la leucoplasia como lesión más frecuente en la cavidad bucal, seguida de la estomatitis subprótesis, muy frecuente en nuestro medio, correspondiendo en esta investigación en gran medida con el uso de la prótesis desajustada. Así también lo consideran Nicot (3) y otros autores, a pesar de la existencia de otras teorías que explican la etiopatogenia de esta entidad.

Con relación al sexo podemos apreciar que la leucoplasia prevalece de forma significativa en el masculino, correspondiéndose con criterios de Robbins (5) y Santana (18). Pueden existir variaciones en este sentido y así lo expresa Pinborg (17) y Ceballos (4) considera, como apuntamos, que hay una tendencia al incremento en la mujer debido a la presencia de agentes tóxicos como el tabaco y alcohol .

En la **Tabla 3** sobre la distribución de pacientes según tipo de lesión y color de la piel se pone de manifiesto que las cifras más altas corresponden a las del grupo de piel mestiza con 132 (48.9 %) seguido de los de piel blanca con 102 (37.8 %) y por último los de piel negra con 36 (13.3 %).

De acuerdo con las lesiones el mayor por ciento corresponde a la leucoplasia en los mestizos con 36 (13.3 %).

Estos resultados coinciden con los de otros autores, como Fernández (14) y (24) quienes afirman que son propias de la heterogeneidad de nuestra población.

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

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

En la **Tabla 4** sobre la relación entre las lesiones y la ocupación se refleja que el grupo sin categoría ocupacional que se corresponde con 76 (28.1 %) fue el mayor, siguiéndole los obreros con 53 (19.6 %) y los jubilados con 46 (17.0 %)

Fernández (24) considera que esta variable no constituye un agente etiológico en la aparición de las lesiones. En el caso de los jubilados pudo influir la coincidencia de diferentes

factores de riesgo como edad, hábitos tóxicos, trauma, etc; los cuales pueden desarrollar el comienzo de las mismas independientemente de la ocupación que desarrollarán.

Se tiene en cuenta que antes de que se produzca la enfermedad cancerosa existe una lesión ó estado precancerosos que en nuestro trabajo representa un total de 266 casos.

Murphy (8), Bascones (2) y (4) plantean que la ocupación tiene un riesgo en el proceso de desarrollar estas enfermedades, correspondiendo el mayor riesgo a los obreros, debido a la exposición al sol y a la contaminación ambiental por productos químicos; estos criterios se corresponden con nuestros resultados.

En la **Tabla 5** se muestra la correspondencia de pacientes fumadores según tipo de lesión y frecuencia del hábito correspondiendo a 131. De ellos lo realizaban de forma habitual 129 (98.5 %) y sólo 2 (1,5 %) de forma ocasional. Corresponde a la leucoplasia el 42.7 %, seguido de la estomatitis subprótesis con 19.1 % y otras lesiones con 16.7 %.

Ello refleja lo arraigado que está el hábito de fumar en nuestra población lo que ha sido confirmado por diversos autores entre ellos: Santana (18) también Fernández (24) y (14) en su trabajo de tesis, comprobamos el papel importante del hábito de fumar como factor de riesgo desencadenante de las lesiones principalmente la leucoplasia planteado por diversas bibliografías como Bascones (2), (3), (13), (14), (16), los cuales consideran que este hábito aumenta cada día más el riesgo de padecer un cáncer bucal entre los que lo practican.

En la **Tabla 6** sobre la relación de pacientes fumadores según tipo de lesión y consumo diario se puede apreciar que el grupo de ( menos de 10 cigarros ó 3 tabacos diarios) fue el que predominó con un 37.4 %, siendo menor los consumidores del grupo de mas de 20 cigarros para un 30.5 %.

Bascones (2) señala que la dosis es proporcional a la acción cancerígena, aunque da gran importancia a la forma.

La lesión más relevante fue la leucoplasia con 56 casos para un 42.7 % ya que se ha hecho referencia a la importante relación que hay entre el hábito de fumar y la aparición de esta lesión premaligna. Santana (9) plantea que por cada cigarrillo prendido, se desprenden unas 4 mil 500 sustancias tóxicas, la mayoría de ellas con efecto cancerígeno, téngase esto en cuenta para los grandes consumidores.

En la **Tabla 7** que representa a los pacientes fumadores según tipo de lesión y formas del hábito podemos observar que fumaban cigarros un 90,1 % siendo la forma predominante, el tabaco y la forma mixta fueron muy inferiores con 7.6 % y 2,3 % respectivamente. La lesión más notoria fue la leucoplasia con un 42.7 %, ya que la misma está muy relacionada con este factor de riesgo, por tener acción irritativa sobre la mucosa bucal.

Este hábito en cualquiera de sus formas o condición es siempre un factor desencadenante de estas lesiones como ya hemos hecho referencia con anterioridad coincidiendo con autores como Bascones (2), Santana (18), (3), (24), (26), (27), etc.

En la **Tabla 8** donde se muestra la relación de los pacientes fumadores según tipo de lesión y duración del hábito en años, se evidenció que en este sentido el grupo que muestra mayor por ciento es el de (más 10 años) 80.9 %. Observamos que la leucoplasia se mantiene como la lesión predominante y en este grupo hay 56 ( 42.7 %).

Según numerosas bibliografías; Bascones (2), (14), (18), (24), (32) y otros autores aceptan que la aparición de las lesiones, está en mayor relación con el tiempo de duración del vicio que al tipo de hábito que se tenga.

En la **Tabla 9** se distribuyen los pacientes según tipo de lesión y la ingestión de bebidas alcohólicas, infiriendo que la misma muestra mayores cifras en la de consumo habitual con 69 (70.4 %) y el ocasional solamente 29 (29.6 %). Esto indica que, entre los que practican el hábito hay un gran consumo (3), (23), (26).

En cuanto al tipo de lesión la leucoplasia es significativa con 36 (36.7 %) ya que este hábito tiene una gran relación con la misma. Le siguen otras lesiones con 20 (20.4 %) y por último la estomatitis subprótesis con 17 (17.3 %).

La mayoría de los autores plantean que el aumento de la ingestión de alcohol se asocia con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad precancerosa, frecuentemente asociada al hábito de fumar produciéndose un potencial sinérgico significativo, así lo consideran (14), (24), (32), (33), y Robbins (5) da gran importancia a los productos químicos en la génesis de estas lesiones.

La **Tabla 10**, donde se muestra la distribución de los pacientes según hábito de fumar e ingestión de bebidas alcohólicas, nos permite afirmar que  $\text{Chi}^2 = 8.1$   $P = 0.0003$   $p < 0.05$ ; de donde puede admitirse que existe relación significativa entre el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas en aquellos pacientes con lesiones premalignas y malignas teniendo una confiabilidad del 95 %.

Fernández (24) en su trabajo de tesis plantea un marcado sinergismo entre el hábito de fumar y la ingestión de bebidas alcohólicas.

Santana (18) considera que en estos casos el riesgo es mucho mayor, sobre todo cuando esto ocurre desde edades muy tempranas.

Bascones (2) expone que en el consumo de alcohol, más el tabaco y la pérdida dentaria constituyen un potente marcador de riesgo para estas lesiones.

De los resultados de la **Tabla 11** relacionado con los pacientes según tipo de lesión y antecedente familiar de cáncer podemos comentar que en 78 (28.9 %) de ellos existe una correspondencia.

Según lesiones, la más relevante es la estomatitis subprótesis con 9.3 %, seguida de las leucoplasias y otras lesiones con 7.4 % y 5.9 % respectivamente.

Fernández (24), (3), (14) plantea que en estas afecciones interviene el factor genético, aunque existen agentes modificadores; por lo que la herencia no tiene participación absoluta. Rodríguez (31) expone que hay un grado de sensibilidad genética al desarrollar una enfermedad cancerosa que varía de una persona a otra. Robbins (5) expresa que hoy se sabe, que la mayoría de los cánceres son consecuencia de la acumulación de mutaciones en las células somáticas, jugando un papel importante en la génesis de estas enfermedades.

En la **Tabla 12** se analizaron los pacientes que ingieren café y los tipos de lesión, así comprobamos que de un total de 202, el grupo de los que ingieren mayor cantidad se corresponde con el 43.1 %.

Atendiendo a las lesiones, coincide con la leucoplasia un mayor por ciento 34.7 %, seguido de la estomatitis subprótesis y otras lesiones para un 21.8 % en ambas.

La mucosa bucal es sumamente resistente a las agresiones y posee muchas defensas entre las que figuran los efectos diluyentes e irritantes de los alimentos y bebidas, cualquier descenso de estas defensas favorece la inflamación o alteración de la misma (5).

El café contiene el alcaloide xantina (cafeína) en dosis considerable siendo una droga que produce en los tejidos alteraciones significativas como estimulación, excitación, trastornos cardíovasculares; se ha comprobado acción mutágena y teratógena; por lo que asociado al hábito de fumar, que generalmente esta presente, produce una irritación crónica de los tejidos, es por ello que la leucoplasia prevalece en nuestros resultados , concordando con lo expuesto por Pinborg (21), Robbins (5), (32), entre otros.

Según la distribución de la **Tabla 13** de los pacientes y la existencia de trauma mecánico consideramos que en el protésico, fue el más frecuentemente encontrado. De 114 portadores 97 (85,1 %) la usaban desajustada y sólo (17) (14.9 %) la mantenían de forma adecuada.

Es significativo que la lesión con mayor predominio fue la estomatitis subprótesis con 62 (54.4 %), de ellas desajustadas 50 (43.9 %).

Esto revela la significativa relación del trauma protésico como factor de riesgo con la aparición de la estomatitis subprótesis. Numerosos autores, por ejemplo Nicot (3), plantean que hay 12 veces más riesgo con el uso de la prótesis. Rodríguez señala en un estudio que la misma actúa como un cuerpo extraño, y con el transcurso del tiempo, si no se revisa va causando daño en los tejidos lo que favorece la génesis de estas lesiones; se corresponde con Bascones (2), (14), (20), (24), (27) entre otros.

Con referencia a la **Tabla 14** relacionado con la localización anatómica de las lesiones se observa que la mayor localización es en el paladar con un 41.9 %, seguida de los carrillos con 23.7 % y la encía inferior para un 12.6 %. Esto lo justifica la cantidad de pacientes con estomatitis subprotésica pues según muchos autores relacionan la zona de contacto con la misma como lo referimos anteriormente.

Destacamos en nuestro trabajo que, por suerte, las lesiones no coinciden con zona de más alto riesgo de transformación.

Fernández (24) en su trabajo de tesis relacionado con estas lesiones comenta, que hay autores que no admiten el trauma mecánico ó químico de las dentaduras, otros describen casos, asociados a las cámaras de succión de las mismas; él considera que sí se producen cambios microscópicos de premalignidad y , por tanto, hay un riesgo de conversión de un proceso neoplásico.

Bascones (2) expresa que el trauma protésico agrava o acelera las malignidades existentes por tanto el paladar hay que mantenerlo como una zona de importancia.

En relación con la **Tabla 15** sobre la evaluación del conocimiento de educación sanitaria en los pacientes estudiados podemos destacar que según clave de evaluación, solamente 84 (31.1 %) de ellos fue buena, 141 (52.2 %) resultó ser regular y 45 (16.7 %) se corresponde con la de mala.

Esto manifiesta que la educación sanitaria de nuestra población es deficiente, corroborado por Sagué (19), (33), (34) que considera insuficiente la cantidad y calidad de las actividades educativas en la comunidad, factor que se une a la problemática del desempeño profesional.

En la **Tabla 16** que se refiere a la evaluación del nivel de conocimiento profesional de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las lesiones en estudio, resaltamos que del total de estomatólogos encuestados, según clave de evaluación 46 (82.1 %) se corresponde con la de buena y sólo 10 (17.9 %) con la de regular. Los resultados obtenidos coinciden con la de otros autores como Sagué (19), (33), (34) quien señala la inadecuada asistencia estomatológica en algunos casos, conjuntamente con dificultades en la no identificación de las actividades que se deben desarrollar en la comunidad para lograr una atención integral.

## *CONCLUSIONES*

- El sexo femenino, las edades comprendidas entre 31 - 59 años y el grupo sin categoría ocupacional fueron los más afectados por lesiones premalignas; y malignas siendo la leucoplasia la más frecuente.
- Los fumadores prefirieron el cigarro; siendo consumidores habituales de más de 10 años de evolución.
- El hábito de fumar, asociado a la ingestión de bebidas alcohólicas, tuvo un papel relevante en la aparición de las lesiones con predominio de la leucoplasia, comportamiento similar lo refirió la ingestión de café.
- La prótesis desajustada constituyó un factor de riesgo significativo en la aparición de la estomatitis subprotésica, la localización anatómica más frecuente es el paladar; correspondiéndose con el mayor por ciento de antecedente familiar de cáncer.
- El nivel de conocimiento de educación sanitaria de los pacientes portadores de lesiones en la cavidad bucal fue inadecuado debido al poco dominio del programa.
- El nivel de competencia profesional fue bueno aunque hubo dificultad en la identificación de los factores de riesgo de las lesiones, así como del tratamiento de las mismas en atención primaria.

## *RECOMENDACIONES*

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

## *REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA*

1. Robbins S.L., Cotran M.D, Patología Estructural y Funcional, 3ra Ed. T II. La Habana. Edicion Revolucionaria: 1987. 759.
2. Bascones M.A, Bagan S.J.V, Bermejo F.A, Ceballos S.A. Lesiones precancerosas de la mucosa Bucal. 1ra Ed. T III. Madrid Comité Editorial; 1998. 3073 - 3085.
3. Nicot C. R, Delgado A. Y, Soto M. G. Factores de riesgo de las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. Revista Cubana de Estom. 1995; 32 (2): 60 - 63.
4. Ceballos S.A. Procesos bucales que con mayor frecuencia pueden sufrir transformaciones malignas. Madrid. Editorial Jarpyo; 1995. 7 - 34.
5. Robbins S.L.; Patología Estructural y Funcional. 6ta De. Madrid. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana; 1999 - 792.
6. Ministerio de Salud Pública. Determinantes psico - sociales de la salud. Cuba. Ciencias Médicas; 1999.1.
7. Rodríguez C. A. Enfoque de Riesgo en la atención estomatológica. Revista Cubana de Estom. 1997; 34(1) : 40 -41.
8. Murply G. P, Laurence W Lewhard P. E. Oncología Clínica. Manual de la American Cáncer Society. 2da Ed. Estados Unidos. 1996. 45 - 70.
9. Santana G.I. C. "Prevención frente al espejo". Cuba.Periódico Trabajadores. Artículo 21-5-2000 : 15.
10. Dpto. de Estadísticas Provincial. MINSAP. Santiago de Cuba. 2000.
- 11.Dpto. de Estadísticas de Estomatología. Hospital General Santiago. Santiago de Cuba. 2000.
- 12.Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de diagnóstico del cáncer bucal. La Habana, MINSAP. 1986. 3 - 5.

13. Berkow. R. Manual Merck de Información Médica para el hogar. Madrid. Edición P.A.H.O. 1997. 841 - 849.
14. Fernández P.F. Análisis Clínico-epidermiológico de lesiones pre-malignas de la cavidad bucal en el área de salud. Trabajo para optar por el título de Especialista de primer Grado en Medicina General Integral. Policlínico del Reparto Municipal. Santiago de Cuba. 1997: 32
15. Soriano G.J.L; Galan A.Y; Luaces A.P, Martín G.A; Arrebola S.J.A. Incidencia en Cuba del cáncer en la tercera edad. Revista Cubana de Oncol. 1998; 14 (2): 121.
16. Ruiz P. A. Factores de riesgo de lesiones premalignas de la cavidad bucal en el municipio de Santiago de Cuba. Trabajo para optar por el título de Master en Atención Primaria. Santiago de Cuba; 1998: 16.
17. Pinborg J. I. Cáncer y pre-cáncer bucal. Habana. Editorial Científica Técnica; 1984. 48 - 71.
18. Santana G.I.C. Atlas de patología del Complejo Bucal. Habana. Editorial Científico Técnico; 1985. 163 - 202.
19. Sagué S. G. A Evaluación de la Calidad del Programa Nacional del diagnóstico precoz del cáncer bucal. Trabajo para optar por el título de Master en Atención Primaria de Salud. Santiago de Cuba; 1998: 34 - 35.
20. Marley-JJ; Linden- GJ; Cowan- CG; Lamey-PJ; Johnson-NW; Warnakulasuriya-KA; Scully- C. A comparison of the management of potentially malignant oral mucosal lesions oral medicine practitioners and oral. N.Ireland. UK. 1998 27(10): 489 - 95.
21. D Costa-J; Saranath- D; Dedhia- P; Sanghvi- V; Mehta- AR. Detection of HPV-16 genome in human oral cancers and potentially malignant lesions from India. India. 1998. 34(5): 413 - 20.
22. Girod-SC; Pfeiffer-P; Ries-J; Pape-HD. Proliferative activity and Loss of function of tumor suppressor genes as biomarkers in diagnosis and prognosis of benign and preneoplastic oral lesions and oral squamous cell carcinoma. Germany. 1998. 36(4): 252 - 60.

23. García J.M, Lence A.J.J, Sosa R.M, Martín M.L.A, Fernández G.L. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba ( 1987 - 1996 ) Revista Cubana de Oncol. 1999; 15 (2): 114 - 18.
24. Fernández P. F. S. Seguimiento Clínico y caracterización histopatológica de las lesiones de la cavidad bucal. Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilo-Facial. Santiago de Cuba; 1993: 30 - 35.
25. Grob-N, Schmid. Grendelmeier-P. Topical photodynamic therapy in dermatology. Dermatologisches ambulatorium des stadspitals triemli, Zurich. Ther - UMSCH. 1998 ang; 55 (8): 529.
26. Kuo-My, Cheng- SJ, Chen-HM, Kok-SH, Hahn-LJ, Chiang-CP. Expression of CD44, CD 44V5, CD44V6 and CD44V7-8 in betel quid Chewing - associated oral premalignant lesions and squamous cell carcinoma in taiwan. J-oral-Pathol-Med. 1998 oct; 27 (9): 428 - 33.
27. Tosios-KI, Kapranos-N, Papanicolaou - SI. Loss of basement membrane components laminin and type IV collagen parallels the progression of oral epithelial neoplasia. Greece 1998 sep; 33(3): 261 - 8.
28. Quintana D.J.C, Ceja A.C. Gardón D.L. Importancia de la incorporación del médico de la familia al plan de detección precoz del cáncer bucal en Artemisa. Revista Cubana de Estom. 1999.36(3): 230 - 34.
29. García J.M. Sosa R.M Lence A.J , Fernández G.L, Martín M.L.A. Distribución del Cáncer Bucal por etapas clínicas. Cuba (1988 - 1994). Rev Cubana Oncol. 1999. 15(3): 170 - 5.
30. Chávez M.F.J, Romero P.T, Gonzalez M.S; Lence A.J.J, Santos M.T. Riesgo de morir por cáncer en Cuba. Revista Cubana de Oncol. 1997. 13(1): 5 - 11
31. Rodríguez C.A, Delgado M.L. Diagnóstico de Salud Bucal. Revista Cubana de Estom. 1996; 33(1): 5 - 11.
32. Bowman. W.C. , RAND M.J., Farmacología. Bases Bioquímicas y patológicas. Aplicaciones químicas. 2da Ed. t III. La Habana. Editorial Científico-Técnica. 1984. 46.

- 33.Castañeda D.M. El estomatólogo en la atención primaria de salud y su interrelación con el médico de la familia. Trabajo para Optar por el Título de Master en Atención Primaria. Santiago de Cuba; 1998: 34.
- 34.Márquez F.M. Calidad de la operatoria dental en la Clínica Estomatológica "Camilo Torres" Enero - Mayo 2000. Trabajo para optar por el título de Master en Atención Primaria de Salud. Santiago de Cuba; 2000: 88.
- 35.Chiu N.V. Temas de Medicina General Integral. V II. Habana. Editorial Ciencias Médicas; 2001. 636.

**Tabla 1: Pacientes según grupo de edades y sexo. Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago. Santiago de Cuba. Julio 1992-2000**

<i>GRUPOS DE EDADES</i>	<i>MASCULINO</i>		<i>FEMENINO</i>		<i>TOTAL</i>	
	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>
De 15 a 20 años	3	1.1	5	1.9	8	3.0
De 21 a 30 años	10	3.7	20	7.4	30	11.1
De 31 a 59 años	59	21.9	108	40.0	167	61.8
Más de 60 años	29	10.7	36	13.3	67	24.1
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>37.4</b>	<b>169</b>	<b>62.6</b>	<b>270</b>	<b>100</b>

Fuente: Planilla.

**Tabla 2: Pacientes según lesiones y sexo. Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago. Santiago de Cuba. Julio 1992-2000**

<i>LESIONES</i>	<i>SEXO</i>				<i>TOTAL</i>	
	<i>MASCULINO</i>		<i>FEMENINO</i>		<i>No.</i>	<i>%</i>
	<i>No.</i>	<i>%</i>	<i>No.</i>	<i>%</i>		
Leucoplasia	45	16.7	34	12.6	<b>79</b>	<b>29.3</b>
Nevus	9	3.3	16	5.9	<b>25</b>	<b>9.3</b>
Estomatitis Subprótesis	15	5.6	51	18.9	<b>66</b>	<b>24.4</b>
Papilomatosis Bucal	5	1.9	21	7.8	<b>26</b>	<b>9.6</b>
Neoplasias Benignas	6	2.2	7	2.6	<b>13</b>	<b>4.8</b>
Carcinoma Epidermoide	2	0.7	2	0.7	<b>4</b>	<b>1.5</b>
Otras	19	7.0	38	14.0	<b>57</b>	<b>21.1</b>
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>37.4</b>	<b>169</b>	<b>62.6</b>	<b>270</b>	<b>100</b>

Fuente: Planilla.

**Tabla 3: Pacientes según lesiones y color de la piel. Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago. Santiago de Cuba. Julio 1992-2000**

LESIONES	COLOR DE LA PIEL							
	BLANCA		NEGRA		MESTIZA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Leucoplasia	31	11,5	12	4,4	36	13,3	<b>79</b>	<b>29,3</b>
Nevus	6	2,2	4	1,5	15	5,6	<b>25</b>	<b>9,3</b>
Estomatitis Subprótesis	25	9,3	9	3,3	32	11,9	<b>66</b>	<b>24,4</b>
Papilomatosis Bucal	8	3,0	2	0,7	16	5,9	<b>26</b>	<b>9,6</b>
Neoplasias Benignas	5	1,9	2	0,7	6	2,2	<b>13</b>	<b>4,8</b>
Carcinoma Epidermoide	2	0,7	1	0,4	1	0,4	<b>4</b>	<b>1,5</b>
Otras	25	9,3	6	2,2	26	9,6	<b>57</b>	<b>21,1</b>
<b>Total</b>	<b>102</b>	<b>37,8</b>	<b>36</b>	<b>13,3</b>	<b>132</b>	<b>48,9</b>	<b>270</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Planilla.



**Tabla 5: Pacientes fumadores según lesiones y frecuencias del hábito. Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago. Santiago de Cuba. Julio 1992-2000.**

LESIONES	HABITO DE FUMAR					
	OCASIONAL		HABITUAL		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Leucoplasia	1	0,8	55	42,0	56	42,7
Nevus	1	0,8	7	5,3	8	6,1
Estomatitis Subprótesis	-	-	25	19,1	25	19,1
Papilomatosis Bucal	-	-	13	9,9	13	9,9
Neoplasias Benignas	-	-	5	3,8	5	3,8
Carcinoma Epidermoide	-	-	2	1,5	2	1,5
Otras	-	-	22	16,7	22	16,7
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1,5</b>	<b>129</b>	<b>98,5</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Fuente: Planilla.

**Tabla 6: Pacientes fumadores según lesiones y consumo diario. Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago. Santiago de Cuba Julio 1992 - 2000**

LESIONES	CONSUMO DIARIO							
	Menos de 10 cigarros o 3 tabacos		De 10 a 20 cigarros		Más de 20 cigarros		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Leucoplasia	13	9,9	16	12,2	27	20,6	56	42,7
Nevus	4	3,1	1	0,8	3	2,3	8	6,1
Estomatitis Subprótesis	13	9,9	7	5,3	5	3,8	25	19,1
Papilomatosis Bucal	4	3,1	8	6,1	1	0,8	13	9,9
Neoplasias Benignas	1	0,8	2	1,5	2	1,5	5	3,8
Carcinoma Epidermoide	2	1,5	-	-	-	-	2	1,5
Otras	12	9,2	8	6,1	2	1,5	22	16,8
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>37,4</b>	<b>42</b>	<b>32,1</b>	<b>40</b>	<b>30,5</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Fuente: Planilla

**Tabla 7: Pacientes fumadores según lesiones y formas del hábito.**  
**Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago.**  
**Santiago de Cuba Julio 1992 -2000**

LESIONES	FORMAS DEL HABITO DE FUMAR							
	CIGARROS		TABACOS		MIXTOS		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Leucoplasia	52	39.7	3	2.3	1	0.8	56	42.7
Nevus	7	5.3	1	0.8	--	--	8	6.1
Estomatitis Subprótesis	23	17.6	1	0.8	1	0.8	25	19.1
Papilomatosis Bucal	13	9.9	--	--	--	--	13	9.9
Neoplasias Benignas	4	3.1	1	0.8	--	--	5	3.8
Carcinoma Epidermoide	1	0.8	1	0.8	--	--	2	1.5
Otras	18	13.7	3	2.3	1	0.8	22	16.8
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>90.1</b>	<b>10</b>	<b>7.6</b>	<b>3</b>	<b>2.3</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Fuente: Planilla.

**Tabla 8: Pacientes fumadores según lesiones y duración en años.**  
**Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago.**  
**Santiago de Cuba. Julio 1992 - 2000**

LESIONES	DURACIÓN EN AÑOS							
	Menos de 1 año		De 1 a 10 años		Más de 10 años		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Leucoplasia	--	--	10	7.6	46	35.1	56	42.7
Nevus	1	0.8	4	3.1	3	2.3	8	6.1
Estomatitis Subprótesis	--	--	6	4.6	19	14.5	25	16.1
Papilomatosis Bucal	--	--	2	1.5	11	8.4	13	9.9
Neoplasias Benignas	--	--	--	--	5	3.8	5	3.8
Carcinoma Epidermoide	--	--	--	--	2	1.5	2	1.5
Otras	--	--	2	1.5	20	15.3	22	16.8
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0.8</b>	<b>24</b>	<b>18.3</b>	<b>106</b>	<b>80.9</b>	<b>131</b>	<b>100</b>

Fuente: Planilla.

**Tabla 9: Pacientes según lesiones e ingestión de bebidas alcohólicas.**

**Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago.  
Santiago de Cuba Julio 1992-2000**

LESIONES	INGESTIÓN DE BEBIDAS ALCOHOLICAS					
	OCASIONAL		HABITUAL		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Leucoplasia	14	14,3	22	22,4	36	36,7
Nevus	4	4,1	7	7,1	11	11,2
Estomatitis Subprótesis	4	4,1	13	13,3	17	17,3
Papilomatosis Bucal	2	2,0	8	8,2	10	10,2
Neoplasias Benignas	2	2,0	2	2,0	4	4,1
Carcinoma Epidermoide	-	-	-	-	-	-
Otras	3	3,1	17	17,3	20	20,4
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>29,6</b>	<b>69</b>	<b>70,4</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fuente: Planilla.

**Tabla 10: Pacientes según hábito de fumar e ingestión de bebidas alcohólicas.**

**Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago.  
Santiago de Cuba Julio 1992 - 2000**

FUMADORES	BEBEDORES		TOTAL
	SI	NO	
SI	59	72	131
NO	39	100	139
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>172</b>	<b>270</b>

Fuente: Planilla

**Tabla 11: Pacientes según lesiones y antecedentes familiar de cáncer.**

**Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago.  
Santiago de Cuba Julio 1992 - 2000**

LESIONES	ANTECEDENTES FAMILIAR DE CANCER					
	EXISTE		NO EXISTE		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Leucoplasia	20	7,4	59	21,9	79	29,3
Nevus	5	1,9	20	7,4	25	9,3
Estomatitis Subprótesis	25	9,3	41	15,2	66	24,4
Papilomatosis Bucal	8	3,0	18	6,7	26	9,6
Neoplasias Benignas	3	1,1	10	3,7	13	4,8
Carcinoma Epidermoide	1	0,4	3	1,1	4	1,5
Otras	16	5,9	41	15,2	57	20,4
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>28,9</b>	<b>192</b>	<b>71,1</b>	<b>270</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Planilla

**Tabla 12: Pacientes según lesiones e ingestión de café. Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago. Santiago de Cuba. Julio 1992 - 2000**

LESIONES	INGESTIÓN DE CAFE							
	POCO		REGULAR		MUCHO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Leucoplasia	12	5.9	13	6.4	45	22.3	70	34.7
Nevus	7	3.5	3	1.5	5	2.5	15	7.4
Estomatitis Subprótesis	11	5.4	20	9.9	13	6.4	44	21.8
Papilomatosis Bucal	9	4.5	6	3.0	5	2.5	20	9.9
Neoplasias Benignas	5	2.5	--	--	3	1.5	8	4.6
Carcinoma Epidermoide	--	--	--	--	1	0.5	1	0.5
Otras	11	5.4	18	8.9	15	7.4	44	21.8
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>27.2</b>	<b>60</b>	<b>29.7</b>	<b>87</b>	<b>43.1</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Planilla.

**Tabla 13: Pacientes según lesiones y trauma mecánico. Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago. Santiago de Cuba. Julio 1992 - 2000**

LESIONES	NORMAL		PRÓTESIS DESAJUSTADA		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Leucoplasia	1	0,9	11	9,6	12	10,5
Nevus	-	-	2	1,8	2	1,8
Estomatitis Subprótesis	12	10,5	50	43,9	62	54,4
Papilomatosis Bucal	2	1,8	18	15,8	20	17,5
Neoplasias Benignas	1	0,9	4	3,5	5	4,4
Carcinoma Epidermoide	-	-	1	0,9	1	0,9
Otras	1	0,9	11	9,6	12	10,5
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>14,9</b>	<b>97</b>	<b>85,1</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Planilla.

**Tabla 14: Distribución de pacientes según lesiones y localización anatómica. Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago. Santiago de Cuba. Julio 1992 - 2000**

LESIONES	LOCALIZACIÓN ANATOMICA												
	Labio Superior		Labio Inferior		Encía Superior		Encía Inferior		Lengua		Paladar		Carr
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	
Leucoplasia	1	0,4	13	4,8	2	0,7	14	5,2	3	1,1	6	2,2	37
Nevus	2	0,7	4	1,5	3	1,1	6	2,2	-	-	2	0,7	7
Estomatitis Subprótesis.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66	24,4	-
Papilomatosis Bucal.	-	-	-	-	-	-	1	0,4	1	0,4	23	8,5	1
Neoplasias Benignas	1	0,4	3	1,1	-	-	2	0,7	1	0,4	2	0,7	4
Carcinoma Epidermoide	-	-	2	0,7	-	-	-	-	1	0,4	1	0,4	-
Otras	2	0,7	8	3,0	4	1,5	11	4,0	2	0,7	13	4,8	15
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>2,2</b>	<b>30</b>	<b>11,1</b>	<b>9</b>	<b>3,3</b>	<b>34</b>	<b>12,6</b>	<b>8</b>	<b>3,0</b>	<b>113</b>	<b>41,9</b>	<b>64</b>

**Fuente:** Planilla

**Tabla 15: Evaluación del nivel de conocimiento de educación sanitaria en los pacientes estudiados. Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago. Santiago de Cuba Julio 1992 - 2000**

	NIVEL DE CONOCIMIENTO SANITARIO							
	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
PACIENTES ESTUDIADOS	84	31,1	141	52,2	45	16,7	270	100

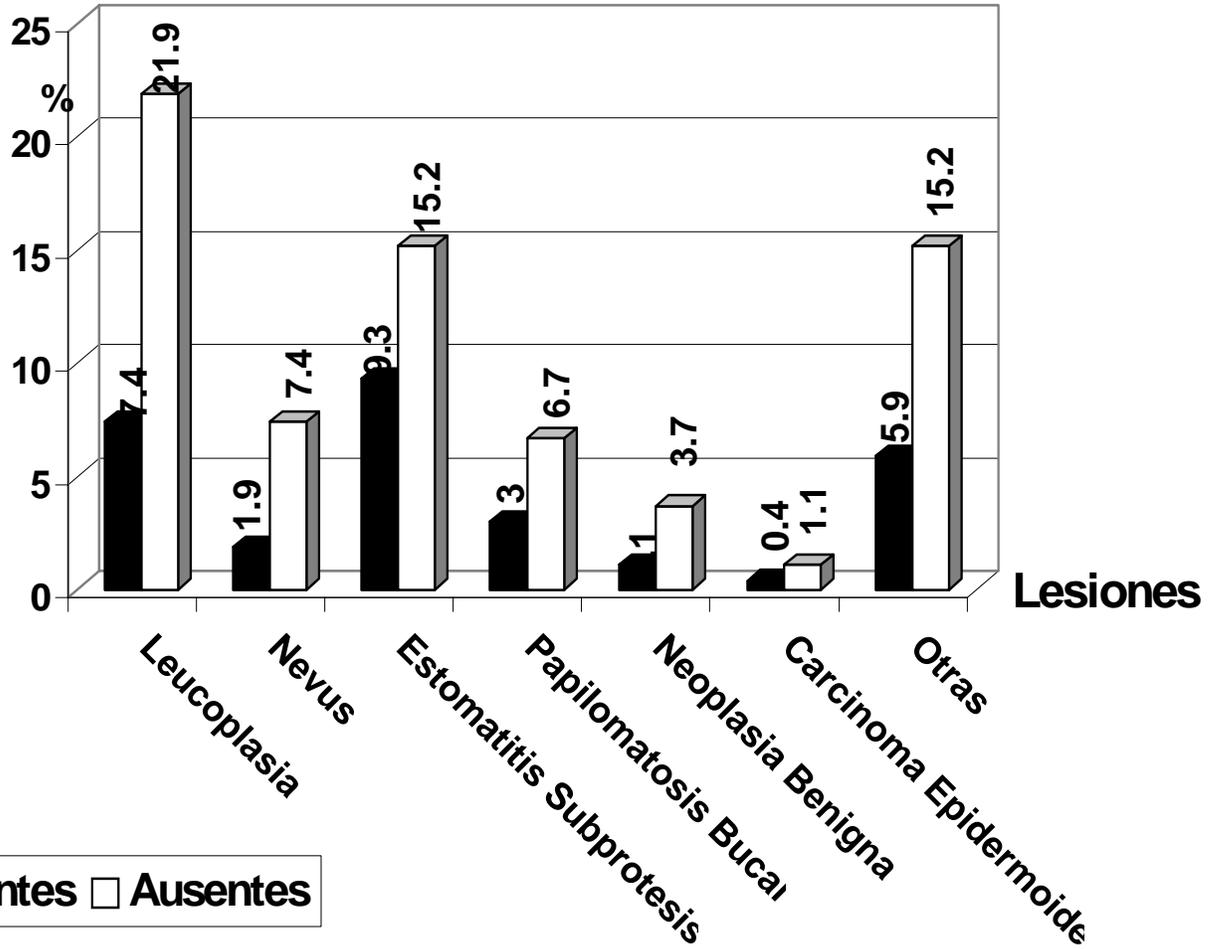
**Fuente:** Encuesta Anexo II.

**Tabla 16: Evaluación del nivel de conocimiento profesional en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las lesiones en estudio. Clínica Estomatológica. Hospital General Santiago de Cuba Julio 1992 - 2000**

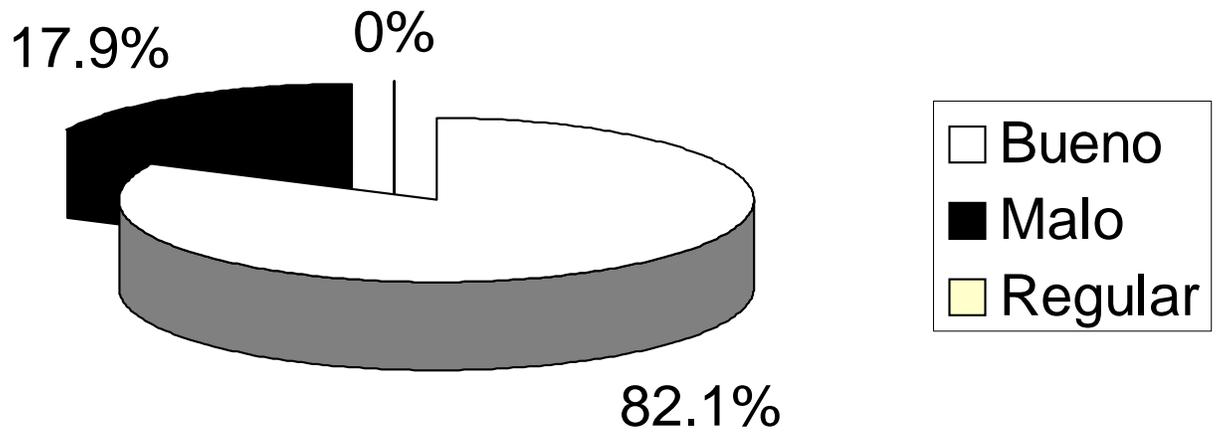
	NIVEL DE CONOCIMIENTO PROFESIONAL							
	BUENO		REGULAR		MALO		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
ESTOMATOLOGOS	46	82,1	10	17,9	--	--	56	100

**Fuente:** Encuesta Anexo III.

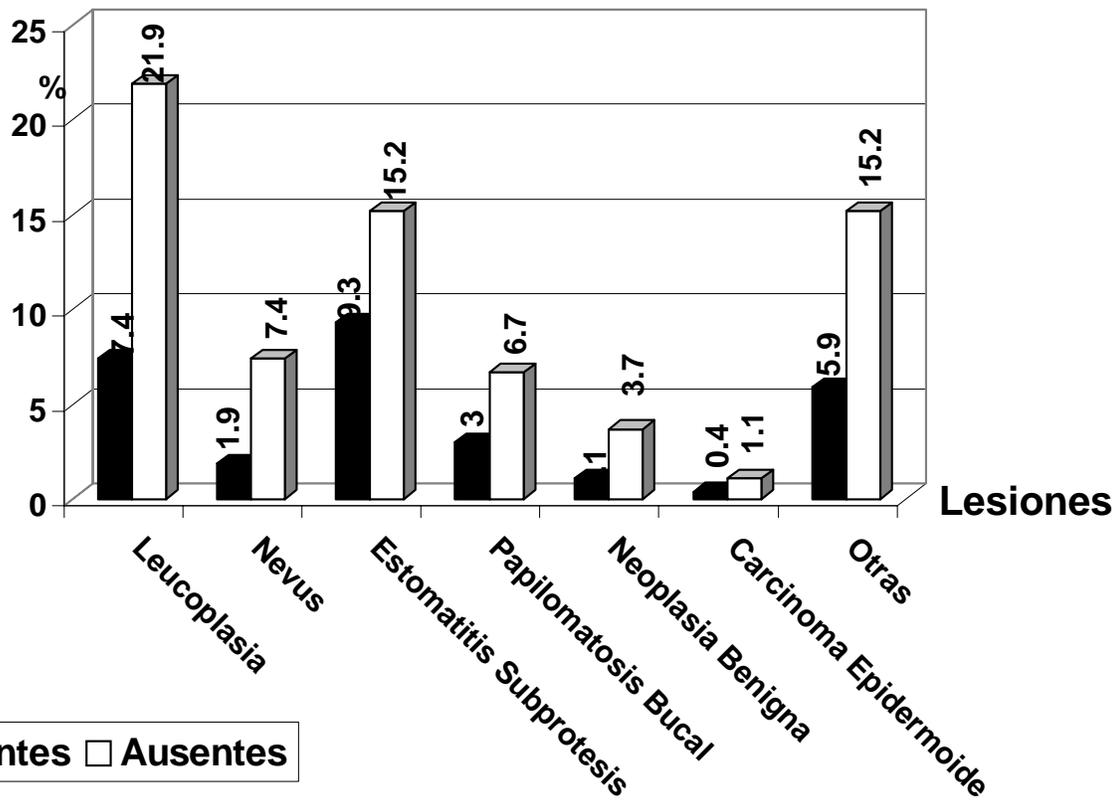
**Grafico III Pacientes según lesiones y antecedentes familiar de cáncer**



**Gráfico II. Estomatólogos según Nivel de Conocimiento**



**Grafico III Pacientes según lesiones y antecedentes familiar de cáncer**



## *Anexo I*

### **I.- Número de orden**

### **II.- Grupo de edades**

De 15 - 20 años

De 21 - 30 años

De 31 - 59 años

Más de 60 años

### **III.- Sexo**

( 1 ) M

( 2 ) F

### **IV.- Color de la piel**

( 1 ) B

( 2 ) N

( 3 ) M

### **V.- Ocupación**

( 1 ) Ama de casa

( 6 ) Profesionales

( 2 ) Estudiante

( 7 ) Sin ocupación

( 3 ) Obreros

( 8 ) Jubilado

( 4 ) Trabajador administrativo

( 9 ) Otros

( 5 ) Técnico Medio

**Nota:** En los jubilados no se recogió última ocupación.

### **VI.- Factores de Riesgo**

(a) Fuma ( ) Si ( ) No

( ) Ocasional

( ) Habitual

(b) Alcohol ( ) Si ( ) No

( ) Ocasional

( ) Habitual

- (c) Café       Si  No  
                   Poco  
                   Regular  
                   Mucho

- (d) Antecedente patológico  
      Familiar de cáncer  
           Si  No

- (e) Uso de prótesis  
           Si  No  
           Ajustada  
           Desajustada

**VII.- Localización**

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) Labio Superior     | (6) Paladar          |
| (2) Labio Inferior     | (7) Carrillos        |
| (3) Encía Superior     | (8) Suelo de la boca |
| (4) Encía Inferior     | (9) Otras            |
| (5) Lengua parte móvil |                      |

**VIII.- Diagnóstico clínico**

- Leucoplasia  
 Nevus  
 Estomatitis Sub prótesis  
 Papilomatosis bucal  
 Neoplasias benignas  
 Otras

## *Anexo II*

Estimado (a) paciente:

Con el objetivo de conocer sus conocimientos sobre educación sanitaria le sugerimos lea con cuidado los siguientes enunciados y conteste.

Gracias

### **Escriba verdadero o falso ( V ) ó ( F ) según lo expresado**

1.  El autoexamen bucal es un método preventivo.
2.  La salud bucal es solamente responsabilidad del estomatólogo.
3.  El examen estomatológico debe efectuarse cada 2 años.
4.  Los factores de riesgo son características que puedan causar un daño de salud.
5.  Las lesiones de la cavidad bucal pueden ser prevenidas.
6.  La prótesis desajustada puede constituir un factor de riesgo.
7.  La ingestión de alimentos azucarados de forma excesiva puede causar lesiones de la mucosa bucal
8.  La higiene bucal es responsabilidad de cada individuo, familia y/o comunidad.
9.  La herencia es un factor de riesgo de cáncer.
10.  Después de tratado en consulta usted no necesita de seguimiento para ver su evolución .

## *Anexo III*

Estimado (a) colega:

Con el propósito de conocer sus conocimientos acerca de la prevención , diagnóstico y tratamiento de las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal le presentamos unas preguntas que le pedimos lea con detenimiento y conteste.

Gracias.

**Escriba verdadero o falso ( V ) ó ( F ) según corresponda.**

1. \_\_\_ La educación sanitaria influye de forma directa en el estado de salud de la población.
2. \_\_\_ El correcto examen bucal debe efectuarse de forma minuciosa y ordenada.
3. \_\_\_ El auto examen bucal puede detectar alteraciones en el complejo bucal.
4. \_\_\_ Un factor de riesgo es la condición vulnerable para producir un daño a la salud.
5. \_\_\_ El habito de fumar está clasificado como biológico.
6. \_\_\_ La edad y sexo son condiciones de riesgo biológico modificable.
7. \_\_\_ Modificando los factores de riesgo logramos la mejor prevención en la atención primaria.
8. \_\_\_ El diagnóstico definitivo de las lesiones lo da el interrogatorio y el examen clínico.
9. \_\_\_ Ante cualquier lesión debe realizarse la exéresis quirúrgica.
10. \_\_\_ Una vez tratados los pacientes en la consulta de (P.D.C.B.) no necesitan de seguimiento por parte del equipo de salud.

*AUTORA: DRA. EYDA ARECHAVALA PÉREZ*

**C.I: 55032207455**

**DIRECCIÓN PARTICULAR: BRAVO CORREOSO No. 106 % 5 Y 6. REPARTO  
SANTA BARBARA. SANTIAGO DE CUBA. C.P  
90300**

**CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL GENERAL SANTIAGO  
ESPECIALISTA DE 1ER GRADO EN  
ESTOMATOLOGÍA GENERAL INTEGRAL.**

**CATEGORÍA DOCENTE: INSTRUCTORA**