



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tema:

Caracterización epidemiológica de lesiones, estados pre cáncer y cáncer de la cavidad bucal en la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita en el período comprendido entre enero y marzo del 2015.

Autor:

Luis Fernando Albán Giler.

Directora de tesis:

Dra. Luz Amarilis Martín Moya.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

Dra. Luz Amarilis Martín Moya, certifica que la tesis de investigación titulada: Caracterización epidemiológica de lesiones, estados pre cáncer y cáncer de la cavidad bucal en la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita en el período comprendido entre enero y marzo del 2015. Es trabajo original del estudiante Luis Fernando Albán Giler, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Luz Amarilis Martín Moya.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Caracterización epidemiológica de lesiones, estados pre cáncer y cáncer de la cavidad bucal en la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita en el período comprendido entre enero y marzo del 2015. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana.

Directora de la Carrera.

Dra. Luz Amarilis Martín Moya.

Directora de tesis.

Odo. Nathaly Barreiro.

Miembro del tribunal .

Dra. Marioneya Izaguirre.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo Caracterización epidemiológica de lesiones, estados pre cáncer y cáncer de la cavidad bucal en la población mayor de 15 años de la Parroquia Crucita en el período comprendido entre enero y marzo del 2015, pertenece exclusivamente al autor. Cedo los derechos de esta tesis al patrimonio intelectual de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Sr. Luis Fernando Albán Giler.

Autor de tesis.

AGRADECIMIENTO.

A mis padres Miguel Albán y Ana Giler, por haberme dado el ser, a Dios por la capacidad de otorgarme la acción positiva y poder culminar mi carrera, esta meta propuesta que con gran esfuerzo he logrado.

A mis hermanos Miguel, Cristina y Gustavo Albán Giler que me brindaron aprecio, apoyo y cariño durante la carrera.

A mi abuelo, Luis Albán Vaca, por ser mi ejemplo de superación de lucha constante para llegar al éxito.

A mis tíos y tías, porque de una u otra manera me apoyaron en este largo camino, me supieron guiar para alcanzar la meta.

Mil gracias a Silvana, por ser mi amiga, mi compañera y fuente de inspiración para salir adelante, a sus padres, maestros Vicente Caiza y Grey Moreira, por siempre tener una palabra de aliento que me incentivaron a seguir luchando para llegar al objetivo hoy alcanzado.

A mí querida y estimada directora Dra. Amarilis Martín, por su apoyo incondicional, amistad, sus enseñanzas, gratitud y cariño; porque más que mi tutora fue mi fuente de luz en mis momentos de desesperación.

Al Lcdo. Vicente Prieto, por ser mi guía en la elaboración de esta

investigación.

A la Dra. Ximena Guillén y Dra. Bernardita Navarrete, porque su profesionalismo y sencillez en su momento tuvieron las palabras adecuadas en el momento preciso y poder alcanzar este objetivo.

Agradezco mis maestros y maestras, compañeros y compañeras, que supieron darme su solidaridad motivándome para pensar en grande y alcanzar una profesión de servicio social.

Luis Fernando Albán Giler.

DEDICATORIA.

Dedico este triunfo a Dios, por darme la fuerza, la capacidad de levantarme día a día con fe y alcanzar la meta propuesta.

Dedico este triunfo con todo respeto, cariño y humildad a mis padres Miguel Albán Rodríguez y Ana Giler Giler, por su apoyo, amor, paciencia ya que sin ellos no lo hubiese logrado.

A mis hermanos Miguel, Cristina y Gustavo Albán Giler.

Luis Fernando Albán Giler.

RESUMEN.

La detección precoz del cáncer bucal es importante ya que detectando tempranamente las lesiones premalignas estamos contribuyendo a prevenir esta enfermedad antes que aparezca, el cáncer bucal presenta del 3.5 al 5 % de todos los cánceres del organismo, siendo una de las primeras localizaciones en mortalidad en el mundo, existe desconocimiento de esta situación en Ecuador, se realizó una encuesta a la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita. A cada unidad de análisis se le hizo un examen bucal exhaustivo con el propósito de identificar y diagnosticar la presencia de las lesiones, estados pre cáncer y cáncer de la cavidad bucal en la población de Crucita del cantón Portoviejo con el objetivo de caracterizar las lesiones, estados premalignas y cáncer bucal, la modalidad fue epidemiológica descriptiva de tipo exploratoria con una población mayor de 15 años y una muestra no probabilística de 282 personas. Los datos obtenidos fueron procesados por el paquete estadístico SPSS, los resultados fueron expresados en tablas. Se obtuvieron 51 lesiones para una tasa de prevalencia de 11.7 en cuanto a la población estudiada, la Queilitis fue la que mayor prevalencia tuvo producto que esta población está muy expuesta al sol que es un factor predisponente para esta patología, otras lesiones significantes fueron la leucoplasia, eritroplasia y el cáncer bucal se comportó en 0.7 por cada 100 habitantes. La prevalencia de lesiones estuvo en el sexo femenino.

ABSTRACT.

Early detection of oral cancer is important because early detecting premalignant lesions are helping to prevent the disease before it appears, oral cancer arises from 3.5 to 5% of all cancers in the body, being one of the first locations in mortality the world, there is lack of this in Ecuador, a survey of the population over 15 years of Crucita parish was performed. Each unit of analysis was made a comprehensive oral examination in order to identify and diagnose the presence of lesions, pre cancer and oral cancer in the population of Canton Portoviejo Crucita states with the aim of characterizing lesions, oral cancer and premalignant states, the mode was exploratory descriptive epidemiological study with a population over 15 years and a nonrandom sample of 282 persons .The data were processed by SPSS, the results were expressed in tables. 51 lesions for a prevalence rate of 11.7 regarding the study population were obtained, the cheilitis was the one most prevalent was the product that this population is highly exposed to the sun which is a predisposing factor for this condition, other significant injuries were leukoplakia , erythroplasia and oral cancer behaved at 0.7 per 100 inhabitants. The prevalence of injury was in the female.

ÍNDICE.

Certificación de la directora de tesis.	II
Certificación del tribunal examinador	III
Declaración de autoría.	IV
Agradecimiento	V
Dedicatoria	VI
Resumen	VIII
Abstract.....	X
Introducción.....	1
Capítulo I.....	2
1. Problematización	2
1.1. Tema.	2
1.2. Formulación del problema:.....	2
1.3. Planteamiento del problema:	2
1.4. Preguntas de investigación	3
1.5. Delimitación de la investigación	4
1.6. Justificación	4
1.7. Objetivos.....	6
1.8. Objetivo general.....	6
1.9. Objetivos específicos.....	6
Capítulo II.....	8
2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.....	8
2.1. Cáncer	8

2.1.1. Cáncer en la cavidad bucal	9
2.2. Lesiones precancerosas.....	14
2.2.1. Leucoplasia.....	15
2.2.2. Eritroplasia.....	17
2.2.3. Paladar de Fumador Invertido	19
2.2.4. Queilitis actínica	20
2.2.5. Liquen plano	20
2.2.6. Lupus eritematoso.....	20
2.2.7. Úlcera traumática crónica:.....	21
2.3. Epidemiología.....	22
Capítulo III	24
3.1. Marco Metodológico	24
3.1. Modalidad de la investigación.....	24
3.2. Tipo de investigación.....	24
3.3. Métodos.	24
3.4. Técnicas.	24
3.5. Instrumentos.	25
3.6. Población y muestra.....	25
3.7. Recolección de la información.	26
3.8. Procesamiento de la información.....	26
3.9. Ética	26
3.10. Recursos.....	27
3.10.1. Recursos humanos.	27
3.10.2. Recursos Materiales.....	27

3.10.3. Recursos Tecnológicos.....	27
3.11. Presupuesto.....	28
3.12. Cronograma.....	29
Capítulo IV.....	30
4. Análisis e interpretación de los Resultados.....	30
Capítulo V.....	61
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	61
5.1. Conclusiones.....	61
5.2. Recomendaciones.....	62
Capítulo VI.....	63
6. Propuesta.....	63
6.1. Tema de la propuesta.....	63
6.2. Período de ejecución.....	63
6.3. Descripción de los beneficiarios.....	63
6.4. Localización:.....	63
6.5. Justificación.....	63
6.6. Marco Institucional.....	64
6.7. Objetivos.....	65
6.8. Descripción de la propuesta.....	65
6.9. Diseño Metodológico.....	66
6.10. Factibilidad.....	66
6.11. Sostenibilidad.....	66
6.12. Presupuesto.....	67

Anexos 68

Bibliografía.

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro 1: Presupuesto.....	28
Cuadro 2: Cronograma	29
Cuadro 3: Distribución de la población estudiada según la presencia de lesiones.....	30
Cuadro 4: Factores de riesgo de los pacientes encuestados.. ..	32
Cuadro 5: Distribución de los pacientes con lesiones según el género.	34
Cuadro 6: Distribución de población con lesiones según grupo etario.	36
Cuadro 7: Nivel escolar de los pacientes encuestados con lesiones.....	38
Cuadro 8: Prevalencia de las lesiones encontradas en la población.	40
Cuadro 9: Distribución de las lesiones encontradas según la localización	43
Cuadro 10: Distribución del color y forma de las lesiones.	45
Cuadro 11: Distribución de queilitis según grupo etario.....	47
Cuadro 12: Distribución de leucoplasia según grupo etario.....	49
Cuadro 13: Distribución de eritroplasia según grupo etario.....	51
Cuadro 14: Distribución del uso de prótesis dentales.	53
Cuadro 15: Distribución del hábito de fumar.	55
Cuadro 16: Distribución del consumo de bebidas alcohólicas.....	57
Cuadro 17: Distribución del consumo de vegetales.	59

INTRODUCCIÓN.

La cavidad bucal es una región donde asientan a menudo tumores de diversa naturaleza, entre los cuales los carcinomas escamo celulares son los más frecuentes. Todo cambio de la mucosa bucal en lugares de alto riesgo deben ser considerados como potencialmente malignos. (Naiper de Souza, 2010).

La prevalencia de cáncer oral y su mortalidad en los países desarrollados está aumentando en los últimos años. Esto justifica la trascendencia que tiene un diagnóstico y tratamiento precoz de las lesiones premalignas orales. Lo accesible de la exploración de la cavidad oral, hace que sea muy importante que todos los médicos sean capaces de diagnosticar aquellas lesiones que sin tratamiento pueden evolucionar a un cáncer oral.

Las lesiones malignas se consideran como enfermedades cuyo origen no está bien definido y cuya terapéutica resulta parcialmente eficaz comprometiendo la salud del individuo y por ende su calidad de vida. Entre éstas se encuentra el carcinoma de células escamosas como la neoplasia maligna de más alta incidencia. (Lárez, 2005).

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Caracterización epidemiológica de lesiones, estados pre cáncer y cáncer de la cavidad bucal en la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita en el período comprendido entre enero y marzo del 2015.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es el comportamiento de los estados, lesiones precáncer y cáncer bucal en la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita?

1.3. Planteamiento del problema.

El cáncer bucal es un problema de salud mundial, con incidencia y tasas de mortalidad en aumento. La incidencia de cáncer bucal es de entre 1 y 10 casos por 100 000 habitantes en la mayoría de los países. La prevalencia es relativamente más alta en hombres y en ancianos y entre las personas de baja educación y bajos ingresos. El tabaco y el alcohol son los mayores factores de riesgo con un efecto acumulativo en el tiempo. (OMS, 2012).

Cualquier persona puede tener un cáncer bucal, pero el riesgo aumenta en los hombres mayores de 40 años que acostumbran fumar y consumir bebidas alcohólicas. La exposición frecuente al sol también se convierte en una causa importante. Esto según datos del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos

No existe una caracterización epidemiológica de las lesiones estado pre cáncer y cáncer bucal en la población mayor de 15 años de la Parroquia Crucita y por tanto, se dificulta el apropiado control de los factores de riesgo y la aplicación de un tratamiento precoz y efectivo.

Por lo tanto el presente trabajo busca determinar cómo se comporta la presencia de lesiones precáncer y sugestivas de cáncer bucal en la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita, cuáles son las de mayor presencia, dónde se localizan y cuál es su estado, distribución y frecuencia.

Los resultados de esta investigación podrían permitir sugerir soluciones generales, para que se ponga mayor atención a los requerimientos de la población respecto a la salud y especialmente a esta población cuyo principal fuente de trabajo es la pesca, puesto que la falta de conocimiento de la comunidad no permite que tengan las debidas precauciones.

1.4. Preguntas de investigación

¿Cómo se comporta la presencia de lesiones y estados precáncer y cáncer bucal en la población mayor de 15 años de la Parroquia Crucita?.

¿Cuáles son los factores que se encuentran en la población de estudio para la aparición de las lesiones precancerosas y cáncer bucal?.

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo:	Odontología.
Área:	Patología Bucal.
Aspectos:	Salud General. Lesiones, estados precáncer y cáncer bucal.
Delimitación espacial:	La presente investigación se desarrolló en la parroquia Crucita de la ciudad de Portoviejo
Delimitación temporal:	Esta investigación se desarrollará en el período comprendido entre enero y marzo del 2015.

1.6. Justificación.

El cáncer bucal en la actualidad es un problema de salud mundial, que constituye uno de los 10 cánceres más frecuentes en el mundo, en especial en los países que se encuentran en vía de desarrollo (Pascual, 2009; García & Básconez, 2009).

En el Ecuador según la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA, en el período 2003-2005 reveló que el cáncer tiene una incidencia de 8.423 casos por cada 100.000 habitantes; del cual el cáncer en cavidad bucal tuvo una tasa de incidencia de 3 casos por cada 100.000 habitantes con una proporción de 3:1 de mujeres versus hombres por lo que los tumores malignos de la cavidad bucal representan el 1,4% del total de todos los diagnosticados en el 2005(Chica, 2013).

En lo que corresponde a la mortalidad según el Instituto Nacional de Cancerología en el 2007, las cifras son relativamente bajas, sin embargo son de suma

importancia por el alto grado de letalidad entre los afectados y las graves secuelas estéticas y funcionales que derivan del tratamiento. A pesar que los avances en el tratamiento no han logrado extenuar la mortalidad, cualquier medida dirigida a disminuir la incidencia deberá considerar estrategias para el diagnóstico de las lesiones precancerosas de la cavidad bucal (Chica, 2013).

Hasta el momento no se ha publicado en Ecuador ningún tipo de estudio o investigación orientado a evaluar las lesiones precancerosas de la cavidad bucal.

Generalmente existe desconocimiento de la sociedad sobre las alteraciones que pueden presentar los tejidos blandos y poco interés al acudir a la consulta odontológica cuando observan algo anormal dentro de la cavidad bucal; la presencia de las lesiones precancerosas como la leucoplasia, eritroplasia y paladar de fumador invertido se ven influenciadas por algunos factores como la edad, mala nutrición, problemas de tipo dentario, desajustes de las prótesis, radiaciones, el alcohol que conjuntamente con el tabaco ejercen un efecto sinérgico potencializando la aparición de dichas lesiones.

Cada vez es mayor la aparición de estas lesiones precancerosas y en la actualidad constituyen el origen de lesiones cancerosas como el caso del carcinoma epidermoide en el cual se han encontrado vestigios de leucoplasias (Escribano, Báscones, 2009) por ello es de suma importancia la identificación de éstas a tiempo.

El papel del odontólogo es fundamental ya que es necesario que posea conocimientos suficientes para poder identificar las lesiones precancerosas, establecer

un diagnóstico correcto y determinar el tratamiento indicado para cada tipo de lesión; es por ello que mediante el estudio a efectuar se dará un aporte a la comunidad y a los profesionales odontólogos en el área de patología bucal y a la vez se determinará la incidencia de las lesiones y cáncer en la población a estudiar.

Un pesquisaje dirigido a la población mayor de 15 años de la Parroquia Crucita en búsqueda de este tipo de lesiones, nos ayudará a caracterizar a la población de estudio y establecer políticas educativas al respecto, disminuir los costos de atención y tratamiento, mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados y aumentar la tasa de sobrevida.

El estudio es factible desde el punto de vista económico ya que cuenta con el financiamiento del autor del proyecto y el apoyo de las instituciones pertinentes.

1.7. Objetivos.

1.7.1. General.

Caracterizar epidemiológicamente las lesiones, estados précancer y cáncer de la cavidad bucal en la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita en el período comprendido entre enero y marzo del 2015.

1.7.2. Específicos.

Identificar las lesiones y estados précancer en la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita en el período comprendido entre enero y marzo del 2015.

Determinar la prevalencia de lesiones premalignas y de Cáncer bucal en la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita en el período comprendido entre enero y marzo del 2015.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Cáncer.

El cáncer actualmente constituye una de las principales causas de defunciones en todo el mundo; en el 2008 causó 7.6 millones de muertes (Organización Mundial de la Salud, febrero 2013) y se presume que en el periodo comprendido hasta el 2030 se incremente a 17 millones a nivel mundial (Massó, 2012).

Al hablar de cáncer se hace referencia a un sin número de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo (Rocha, 2009), cuya característica histopatológica consiste en la proliferación anormal y de manera descontrolada de células que van a invadir tejidos y órganos y que si no son tratadas a tiempo pueden llegar a producir la muerte del individuo (Garcia, & Bascones, 2009).

Fisiológicamente el cuerpo forma células nuevas a medida que se necesita reemplazar a las células muertas que ya han envejecido; cuando éste proceso no se da de manera correcta, crecen nuevas células que no son necesarias y provocarían lo que es el tumor, que puede presentarse de forma benigna o maligna. Cuando se presentan tumores malignos sus células pueden invadir tejidos cercanos y diseminarse a otras partes del cuerpo a lo que recibe la denominación de metástasis (Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2009).

El cáncer suele generarse en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno; alteración que es el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y agentes externos como: los carcinógenos físicos en los que constan las radiaciones ultravioletas e ionizantes; los carcinógenos químicos, tales como los asbestos, componentes del humo del tabaco, aflatoxinas o contaminantes de los alimentos y el arsénico contaminante del agua; los carcinógenos biológicos en los que destacan las infecciones ya sea por bacterias, virus o parásitos y el envejecimiento que constituye otro factor importante en la aparición del cáncer (OMS, 2013).

La detección temprana comprende 2 componentes: el diagnóstico temprano, que consiste en el conocimiento de los signos y síntomas iniciales que permitan facilitar el diagnóstico y tratamiento antes que la enfermedad entre en una etapa avanzada; y el cribado, que es una prueba de detección en una población asintomática cuya finalidad es descubrir a los pacientes con anomalías que indican una lesión precancerosa o cáncer para ser diagnosticados y tratados a tiempo (OMS, 2013).

El tratamiento depende del tipo de cáncer y de lo avanzada que se encuentre la enfermedad, pero consiste de cirugía, quimioterapia y radioterapia (Instituto Mexicano Seguridad Social, 2009) con el objetivo de curar la enfermedad y prolongar la vida del paciente (OMS, 2013).

2.1.1. Cáncer en la cavidad bucal.

El cáncer bucal constituye actualmente un problema de salud que representa el sexto cáncer más frecuente a nivel mundial (Pascual, et al. 2009) y se estima que aproximadamente 500.000 nuevos casos serán diagnosticados cada año (Massó, 2012).

El cáncer bucal se define como un crecimiento maligno localizado en la boca el cual puede aparecer por consecuencia de una lesión primaria del mismo tejido bucal o por metástasis de otro sitio alejado (Nuñez, 2009) ; en lo referente a las bases moleculares de la cancerización se puede definir como la adquisición acumulativa de una serie de trastornos genómicos que van a dar origen a la malignización tras la activación directa o inactivación de genes supresores tumorales (Gonzales, Gil, & Ruiz, 2008).

Cuando se encuentra en la etapa inicial carece de síntomas, pero cuando está más avanzado el paciente puede presentar ardor, dolor, sangrado o la presencia de algún abultamiento (Massó, 2012).

Desde el punto de vista epidemiológico el cáncer de cavidad bucal puede dividirse en tres grupos: carcinomas propios de cavidad bucal, carcinomas del bermellón de labio y carcinomas orofaríngeos (Pascual, et al. 2009; Rocha, 2009).

Metástasis de partes blandas de la cavidad bucal: poco frecuentes en mucosa oral. (Garcia, & Bascones, 2009; Dorado, & Rodríguez, 2007).

De acuerdo a su localización, el cáncer bucal se clasifica en:

Carcinoma de suelo de boca: se origina en la mucosa y se extiende hacia la cara medial ventral de la lengua y hacia afuera contra la cara interna de la mandíbula.

Carcinoma del reborde alveolar inferior: hacia atrás se dirige al suelo de la boca y cara ventral de la lengua y hacia afuera en el vestíbulo bucal inferior y mucosa del labio.

Carcinoma de la lengua: con mayor frecuencia se localiza en el borde lateral y cara ventral de la lengua (Oncocentercancun, 2011).

Entre los factores predisponentes del cáncer bucal se encuentran los exógenos o extrínsecos y endógenos o intrínsecos. (Nuñez, 2009).

Los exógenos o extrínsecos que son producidos por agentes físicos químicos y biológicos extracorporales, entre ellos se pueden citar:

El alcohol actúa de manera local produciendo una deshidratación de la mucosa (Zoilo Nuñez, 2009), aumentando la permeabilidad de la misma facilitando el paso de carcinógenos como el tabaco (Garcia, & Bascones, 2009) produciendo un efecto sinérgico (Oncocentercancun, 2011).

El tabaco constituye el riesgo más frecuente en la aparición del cáncer (Nuñez, 2009) ya que contiene sustancia como la nicotina que actúa a nivel sistémico y otras como alquitranes, nitrosaminas e hidrocarburos que van a actuar sobre la mucosa favoreciendo la absorción de sustancias carcinógenas (Garcia, & Bascones, 2009).

Las radiaciones solares o de luz ultravioleta en las personas con poca pigmentación en la piel y que están sometidas a exposición periódica del sol en tiempo

prolongado aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de labio. (Garcia, & Bascones, 2009; Bupa, 2010).

Las infecciones ya sean éstas por bacterias como el caso de la sífilis, virus como infección por virus del papiloma humano el cual se asocia con el cáncer de cabeza y cuello; y micóticas como el caso de la candidiasis (Garcia, & Bascones, 2009; Oncocentercancun, 2011).

Los endógenos o intrínsecos comprendidos por cambios endocrinos, déficit nutricional e inmunológico, incluyen a:

La nutrición en las que refieren las dietas pobres en frutas y vegetales (Pascual, et al. 2009); ya que éstos alimentos son los responsables del efecto antioxidante que impide la malignización de las células y da protección a los tejidos de sustancias tóxicas (Nuñez, 2009). Es necesario el consumo mínimo de 3 tazas diarias de vegetales.

La herencia en antecedentes de cáncer en la familia, es más probable la incidencia de neoplasias (Nuñez, 2009).

La genética en presencia de síndrome, mutaciones y alteraciones de ADN hay mayor predisposición de desarrollar neoplasias (Garcia & Bascones, 2009).

Los factores de tipo dental asociados a la irritación crónica producto de prótesis dentales, obturaciones fracturadas y dientes con una superficie áspera (MedlinePlus, 2012).

El cáncer de cavidad bucal puede ser detectado en un examen odontológico de rutina (Bupa, 2010) por lo cual es de gran importancia el diagnóstico precoz del mismo con la finalidad de obtener un mejor pronóstico y aumentar la supervivencia del paciente (Garcia, & Bascones, 2009).

Para el diagnóstico se realiza el examen físico del paciente que consta de: un examen de los labios para identificar la presencia de grietas, examen de las cadenas ganglionares, submentales, submandibulares, cervicales y yugulodigástricas, observación del tejido gingival, vestíbulo y mucosa yugal; examen del suelo de la boca el cual constituye una zona de alto grado de malignización, examen de la cara dorsal, ventral y bordes laterales de la lengua; observación del paladar, velo del paladar y orofaringe (Garcia, & Bascones, 2009).

A más del examen físico del paciente es necesaria la realización de otras técnicas para confirmar el diagnóstico entre las que figuran la tinción con azul de toluidina o lugol, fluorescencia y la biopsia o citología por cepillado (Rocha, 2009).

La tinción con azul de toluidina es metacromática y desarrolla una coloración azul indicando que hay presencia de tejido neoplásico o actividad regenerativa inflamatoria (Barbany, 2008).

La fluorescencia se basa en la emisión de una luz cuya finalidad es producir excitación sobre las células originando un color claro en los tejidos sanos y color oscuro en las zonas de displasia (Barbany, 2008; Pascual, et al. 2009).

La Biopsia o citología es considerado el método de diagnóstico más eficaz (Pascual, et al. 2009), que consiste en la toma de una muestra de la lesión que presenta el paciente para su respectivo análisis histopatológico (Barbany, 2008).

El tratamiento se basa en la cirugía cuando el tumor tiene un tamaño pequeño, no se ha dado la diseminación hacia los ganglios linfáticos y por lo general se acompaña de quimioterapia y radioterapia (Medlineplus, 2012).

2.2. Lesiones Precancerosas

La lesión precancerosa es aquella que va a poseer un tejido cuya morfología está alterada y va a estar más propenso la aparición de cáncer que un tejido que tenga apariencia normal (Martínez, Gallardo, Cobos, Caballero, & Bullón, 2008); el estado precanceroso es una condición sistémica generalizada que incita a un riesgo mayor de sufrir cáncer. La malignización de ambos está determinada por la combinación de una serie de fenómenos microscópicos que indican un desorden en la maduración epitelial y la proliferación celular, proceso que se denomina displasia epitelial (García, & Bascones Martinez, 2009).

Entre las principales lesiones precancerosas tenemos:

Leucoplasia.

Eritroplasia.

Paladar de fumador invertido.

2.2.1. Leucoplasia.

La leucoplasia es una lesión de color blanquecina que no se desprende al raspado, que no puede catalogarse como ninguna otra entidad patológica (Rico, Candal, Seijas, & Cembranos, 2012) y que tiene tendencia a transformación maligna (Escribano, Bascones, 2009). Microscópicamente se da por un proceso de queratinización, ulceraciones en el epitelio y displasia epitelial (Batista, Rodríguez, Miranda, Rengifo, Rodríguez, Fernández, 2012).

Varios autores consideran distintas formas clínicas de leucoplasia; las que se describen a continuación:

Leucoplasia homogénea.- lesión predominantemente blanca uniforme de aspecto delgado, tiene una superficie lisa y asintomática (Martínez, et al. 2008).

Leucoplasia no homogénea.- lesión de superficie irregular, puede presentar sintomatología y tienen mayor riesgo de malignización (Rico, Candal, Seijas, & Cembranos, 2012); aquí se encuentra la eritroleucoplasia en las que se alternan zonas rojas, la leucoplasia nodular que presenta gránulos o nódulos ya sean blanquecinos o rojizos, la leucoplasia moteada asociada a infección por candidas y la leucoplasia exofítica antes llamada verrugosa que posee proyecciones irregulares filiformes (Martínez, et al 2008).

Leucoplasia nodular.- Pueden considerarse como una combinación de leucoplasia y una eritroplasia. La leucoplasia nodular muestra displasia con mayor frecuencia que las lesiones de superficie homogénea. (Cawson y Odell, 2009).

Leucoplasia maculosa.- Es una forma especial de queratosis, donde las placas blancas se alternan con fondo eritematoso; se llama también leucoplasia moteada eritematosa o erosiva. (Santana, 2010).

Dentro de los factores más predisponentes a la aparición de leucoplasia está el tabaco, que conjuntamente con el alcohol ejercen un efecto sinérgico (Berasategi, octubre 2011); la irritación ya sea por asperezas de los dientes, prótesis dentales mal adaptadas, obturaciones y coronas (Medline Plus, 2011); el virus del papiloma humano en sus variedades 16 y 18, infecciones por *Candida albicans*, deficiencia nutricional y en algunas ocasiones suele ser desconocida la etiología de la leucoplasia (Escribano, & Bascones, 2009).

La interpretación del término leucoplasia es estrictamente clínica (sin connotaciones histológicas), y su diagnóstico se realiza respetando esta premisa, empezando por establecer una aproximación diagnóstica (diagnóstico provisional) basada en las características morfológicas de la lesión (lesión elemental, localización, extensión, sintomatología acompañante, etc.). El diagnóstico definitivo se obtendrá después de establecer unas pautas de comportamiento que conllevan la identificación y eliminación de los posibles factores etiológicos (traumáticos, micóticos, etc.), y en el control evolutivo de la lesión. En el caso de persistir ésta pasado un período de 2-4

semanas tras el cese de los posibles factores etiológicos se hará necesario el estudio histopatológico. (Escribano, & Báscones, 2009).

Primeramente se realiza un diagnóstico provisional el cual implica tener en cuenta las características morfológicas de la lesión; y el definitivo que incluye la identificación y eliminación de los posibles factores etiológicos y control evolutivo de la lesión (Berasategi, octubre 2011); en lesiones extensas es necesaria la realización de la biopsia (Escribano, & Bascones, 2009).

El diagnóstico diferencial se debe realizar con la candidiasis oral, el liquen plano y lupus eritematoso, lesiones traumáticas, lesiones blancas de tipo hereditario y con la leucoplasia vellosa (Escribano, & Bascones, 2009); con el nevus esponjoso y el leucoedema (Martínez, et al. 2008).

El tratamiento se basa en la modificación de los hábitos tóxicos del paciente, como el consumo de bebidas alcohólicas y el cigarrillo, así como la eliminación de factores mecánicos en lesiones producidas por éstos; hasta la cirugía con control de los márgenes de la lesión y un seguimiento y control del paciente con leucoplasia no displásica mínimo cada 6 meses y en leucoplasia con displasia cada 2 o 3 meses. (Escribano, & Bascones, 2009; Berasategi, octubre 2011).

2.2.2. Eritroplasia.

La eritroplasia es una lesión de la mucosa que se presenta de manera aterciopelada de color rojo y que no se la asigna a ningún otro estado, sin poderla caracterizar ni clínica ni patológicamente (Rico, Candal, Seijas, & Cembranos, 2012),

se la considera la primera señal de aparición del carcinoma de células escamosas asintomático de la cavidad oral (Díaz, Gallego, López, Ferreras, & Antón, 2009), y puede aparecer en cualquier parte de la cavidad bucal y orofaringe (Carrión, Otero, Peñamaría, & Blanco, 2013).

La Eritroplasia se clasifica en:

Eritroplasia homogénea.- se da como una lesión de color rojo brillante de aspecto aterciopelado, suave y va a presentar bordes bien definidos.

Eritroplasia no homogénea.- las lesiones son rojas suaves, elevadas, de superficie granular y se va a encontrar alternadas con zonas de leucoplasia (Rodríguez, Pérez, Rodríguez, Mesa, s/f).

La aparición de eritroplasia se debe a la acción del tabaco, ya sea por el calor causado durante su combustión o por las sustancias químicas que posee (Estrada, Zayas, González, González, & Castellanos, 2010).

El diagnóstico se basa fundamentalmente en el examen físico del paciente, el interrogatorio y el examen histopatológico a través de la biopsia.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con la candidiasis eritematosa, el lupus eritematoso, liquen plano (Carrión, Otero, Peñamaría, & Blanco, 2013) y con los traumatismos ya sean mecánicos, químicos y térmicos (Oncocentercancun, 2011).

El tratamiento se basa en la eliminación de los factores irritativos locales, la extirpación de la lesión mediante la cirugía, radioterapia y quimioterapia en casos que lo requiera y la ingesta de vitaminas (Rodríguez, Pérez, Rodríguez, Mesa, s/f).

2.2.3. Paladar de Fumador Invertido:

El paladar de fumador invertido es una lesión en la que se presentan pequeños puntos rojos con fisuras y formaciones papilares en el paladar duro (Medina, Gómez, & Alvarez, 2013) hay decoloración de la mucosa del paladar, y suelen haber áreas de queratinización difusa y ulceraciones superficiales; la queratinización suele afectar en menor proporción la parte posterior de la lengua (Rodríguez, Pérez, Rodríguez, Mesa, s/f).

La aparición del paladar de fumador invertido es atribuida al calor y exposición al humo del tabaco, que con su elemento oncogénico produce una hiperqueratosis del tejido del paladar (Herrera, 2011).

El diagnóstico se basa en la clínica característica de esta manifestación y el antecedente de tabaquismo del paciente, especialmente si es fumador de pipa. La biopsia se la realiza para descartar otras patologías, cuando existe duda diagnóstica (Medina, Gómez, & Álvarez, 2013).

El diagnóstico diferencial se realiza con lesiones blanquecinas orales como candidiasis, lesiones por fricción, lesiones galvánicas, liquen plano, papilomatosis oral florida, nevo blanco esponjoso, leucoedema (Herrera, 2011).

El tratamiento se basa en eliminar el hábito tabáquico y evitar comidas calientes; es fundamental el control periódico de la lesión ya que tiene un alto potencial de sufrir transformación carcinomatosa (Medina, Gómez, & Álvarez, 2013).

2.2.4. Queilitis crónica.

Varios estudios demuestran la relación existente entre el carcinoma espinocelular y la queilitis actínica crónica (QAC). Clínicamente, la QAC ocurre predominantemente en individuos que superan los cuarenta años, del sexo masculino y que se exponen continuamente a rayos solares, como pueden ser agricultores, marineros, pescadores, cuida-coches, obreros de construcción y otros. Su ubicación es más frecuente en el labio inferior, ya que éste permanece anatómicamente más expuesto a la acción dañina de los rayos solares. Clínicamente el labio con QAC puede presentar las siguientes alteraciones: descamaciones, resecaimiento, fisuras, adelgazamiento del labio inferior, eritemas, edema, zonas blanquecinas, ausencia de límite en la línea de transmisión entre el labio inferior y la piel, costras, pérdida de elasticidad, ulceraciones y sangrado. La radiación solar es el agente etiológico importante de la QAC y del cáncer de labio, a pesar de que se conoce que la probabilidad de malignización puede ser más elevada cuando está asociada a otros factores carcinogénicos. (Savage, Mckay, & Faulkner, 2010).

2.2.5. Liquen plano.

El liquen plano es una dermatosis muy frecuente de etiología desconocida que se caracteriza por la aparición de pápulas poligonales pruriginosas de color violáceo y superficie brillante. El 75% de los pacientes con liquen plano muestran un reticulado blanquecino asintomático afectando a la mucosa yugal o lingual. En un 25% de los

pacientes esta afectación de la mucosa bucal puede ser la única manifestación de liquen plano. Menos frecuente pero mucho más grave y resistente al tratamiento, es el liquen plano erosivo de mucosa oral, caracterizado por la aparición de lesiones erosivas muy dolorosas, que dificultan la deglución y que a la larga tiene potencial de evolucionar hacia un carcinoma espinocelular en un pequeño porcentaje de pacientes. (Cerero Lapiedra, 2008).

2.2.6. Lupus eritematoso.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria, lo que significa que el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error al tejido sano. Esto lleva a que se presente inflamación prolongada (crónica). La causa subyacente de las enfermedades autoinmunitarias no se conoce completamente. El lupus eritematoso sistémico puede ser leve o tan grave como para causar la muerte. La enfermedad es mucho más común en mujeres que en hombres y puede presentarse a cualquier edad, pero aparece con mayor frecuencia en personas cuyas edades están comprendidas entre los 10 y 50 años. Las personas de raza negra y las asiáticas resultan afectadas con más frecuencia que las personas de otras razas. (MedlinePlus, 2013).

2.2.7. Úlcera traumática crónica.

Es una de las lesiones en la mucosa bucal que sobresale con frecuencia en la clínica dental. Los estudios realizados en niños y adolescentes han encontrado valores que van desde 7,39% a 19,6% en niños.

Es ocasionada por un daño agudo, súbito a la aplicación de una sustancia lesiva a la superficie externa del epitelio bucal. Estas lesiones pueden ocurrir en individuos

de cualquier edad o sexo. Su forma puede ser oval, redondeada o irregular, su superficie puede ser llana o ligeramente deprimida.

Suelen desaparecer en un plazo de una a dos semanas. Aunque la mayor parte de veces la curación de estas lesiones es rápida y sin contratiempo.

Uno de los descubrimientos más notables en el campo de la medicina alternativa, en los últimos años es el empleo del ozono como agente terapéutico.

2.3. Epidemiología.

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. (OMS, 2015).

2.4. Morbilidad.

Se refiere a las enfermedades y dolencias en una población. El brote de una enfermedad puede tener consecuencias graves sobre otros aspectos de la población. Los datos sobre la frecuencia y la distribución de una enfermedad pueden ayudar a controlar su propagación y, en algunos casos, conducir a la identificación de su causa. (Ecured, 2015).

2.5. Unidades de observación y análisis.

Pacientes odontológicos con precáncer o cáncer bucal de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

2.6. Variables.

2.6.1. Matriz de Operacionalización de las variables.

(Anexo 1).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Estudio descriptivo.

3.2. Tipo de investigación.

De corte transversal. Los datos se recogerán una sola vez por caso.

3.3. Métodos.

Se realizó una encuesta (Anexo 2) a la población en estudio, con la que se determinó las lesiones precancerosas y cancerosas en la cavidad bucal. Se practicó a nuestra población en estudio un examen exhaustivo con el propósito de detectar las lesiones bucales. Se evaluaron los factores de riesgo predisponentes para la aparición de lesiones precancerosas y cáncer. Se ejecutó una planilla de recolección de datos (Anexo 3) en caso de encontrar alguna presunta lesión para caracterizarla epidemiológicamente como precancerosa y cancerosa en la cavidad bucal. Se caracterizaron las lesiones y se realizó un diagnóstico histopatológico de las mismas en el caso que lo amerite. La prevalencia fue expresada como una tasa por cada 100 habitantes.

3.4. Técnicas.

Para el diagnóstico se empleó un examen clínico odontológico, interrogatorio al universo de trabajo (Anexo 3) y aquellos que presentaron lesión se remitieron al

centro de Patología Bucal de La Universidad San Gregorio de Portoviejo para el diagnóstico definitivo Portoviejo.

3.5. Instrumentos.

Cuestionario se evaluaron planillas de recolección de datos generales y factores de riesgo seleccionados fue validada por un grupo de expertos, profesores de la universidad San Gregorio de Porto Viejo. (Anexo 3).

Planilla de recolección de datos de las lesiones. (Anexo 4).

3.6. Población y muestra.

3.6.1. Población.

La población estuvo constituida por los 282 personas mayores de 15 años que viven en la parroquia Crucita del cantón Portoviejo que accedieron a participar en el estudio, se identificaron las lesiones premalignas y cáncer.

3.6.2. Muestra.

La muestra fue no probabilística intencional y consto de todos aquellos miembros de la población que cumplan con los criterios de inclusión y puedan ser captados para participar en el estudio.

Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 15 años que habitan en la parroquia Crucita de la ciudad Portoviejo, que estén de acuerdo con el estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes menores de 15 años que habitan en la parroquia Crucita de la ciudad Portoviejo. Personas que no estuvieron de acuerdo en realizar la encuesta.

3.7. Recolección de la información.

La recolección de la información se realizó a través de la planilla o ficha de recolección de datos. (Ver Anexo 2).

3.8. Procesamiento de la información.

La información se vació en una base de datos y se procesó mediante el paquete estadístico SPSS. Los resultados fueron representados mediante tablas y gráficos. Las variables de estudio se procesaron de acuerdo a cálculo de media, desviación estándar distribución de frecuencias y percentiles si son de tipo cuantitativo y mediante tablas de frecuencia absolutas y relativas (en escala de porcentaje) si son cualitativas.

3.9. Ética.

A todos los pacientes incluidos en la investigación se les ofreció información precisa sobre los objetivos de la misma. Se contó con el consentimiento oral y escrito del paciente o de las personas responsabilizadas con estos, para lo cual se confeccionará una planilla. Los resultados de esta investigación se utilizarán únicamente con fines científicos y se manejarán con absoluta discreción y confidencialidad. (Ver Anexo 2).

3.10. Recursos.

3.10.1. Recursos humanos.

Autor.

Directora de tesis.

3.10.2. Recursos materiales.

Instrumentos de diagnóstico odontológico.

Fotocopias.

Fotografías.

Suministros de oficina.

Suministros de impresión.

3.10.3. Recursos tecnológicos.

Cámara fotográfica.

Computadora.

Flash memory.

Impresora.

Internet.

3.11. Presupuesto.

Cuadro 1.

Presupuesto de tesis.

Nombre de rubro	Cantidad	Unidad de medida	Precio por unidad	Precio total
Resmas de papel HP	1	Resmas	\$5.00	\$5.00
Fotocopias	600	hojas	\$00.2	\$12.00
Anillados	3	unidad	\$1.00	\$3.00
Guantes	2	cajas	\$10.00	\$20.00
Mascarillas	1	cajas	\$5.00	\$5.00
Bajalenguas	150	unidad	\$0.10	\$15.00
Instrumental de diagnóstico odontológico	2	juegos	\$14.00	\$28.00
Transporte	100	viajes	\$3.00	\$300.00
Total				\$388.00

Cuadro 1.- Realizado por el autor de la tesis.

3.12. Cronograma.

Cuadro 2.

Cronograma de tesis.

ACTIVIDADES	may-14				jun-14				jul-14				ago-14				sep-14				oct-14				nov-14				dic-14				ene-15				feb-15				mar-15				abr-15											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3													
ELABORACION DE PROYECTO	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█																																				
CORRECCION DE PROYECTOS																	█	█	█	█																																				
APROBACION DE PROYECTOS																					█	█	█	█																																
PREPARACION DE INSTRUMENTOS RECOLECTORES DE INFORMACION																					█																																			
APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION																									█	█	█	█																												
SISTEMATIZACION DE LA INFORMACION																													█	█																										
ANALISIS E INTERPRETACION																																	█																							
ELABORACION DE CONCLUSIONES																																					█																			
ELABORACION DE PROPUESTA																																									█															
REDACCION DEL BORRADOR																																													█											
REVISION DEL BORRADOR																																																	█	█	█	█				
PRESENTACION DE INFORME FINAL																																																					█	█		

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e interpretación de los Resultados.

Cuadro 3.

Distribución de la población estudiada según la presencia de lesiones.

Pacientes encuestados	Frecuencia	Porcentaje
Con lesión	51	11,7
Sin lesión	231	88,3
Total	282	100,0

Nota: Distribución de la población estudiada según la presencia de lesiones.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2.

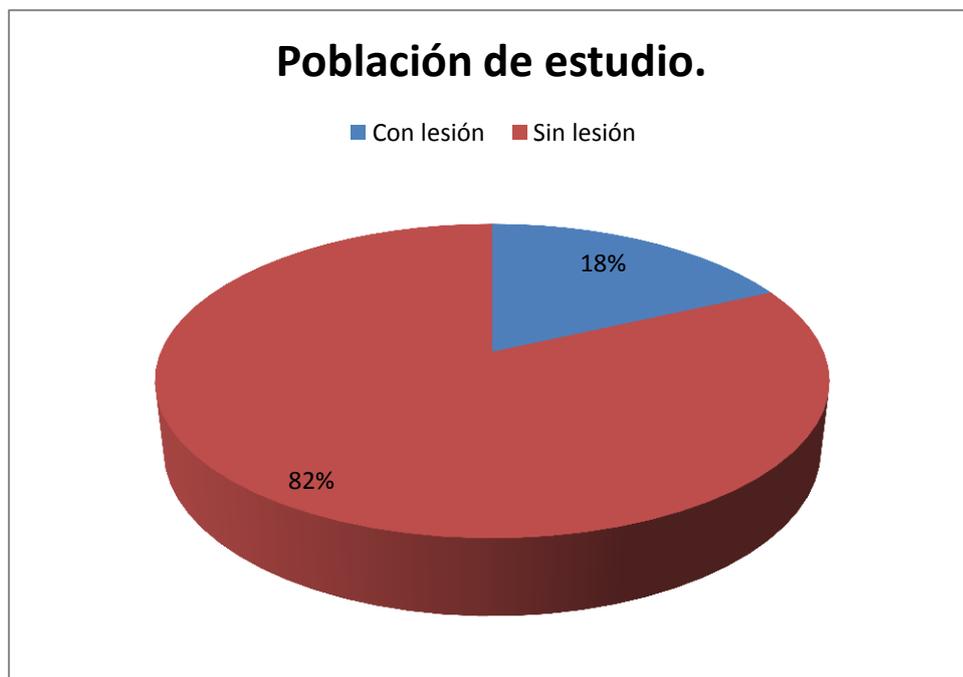


Gráfico N°1: Distribución de la población estudiada según la presencia de lesiones.
Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En cuanto a la presencia de lesión el 11.7 % de la población tuvo alguna lesión en la mucosa de la boca es un significativo resultado.

Cuadro 4.

Factores de riesgo de los pacientes encuestados.

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Portadores de prótesis	57	20
Ingesta de bebidas alcohólicas	51	18
Consumo de vegetales	259	92
Fuman	10	3.5

Nota: Factores de Riesgo de los pacientes encuestados.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2.

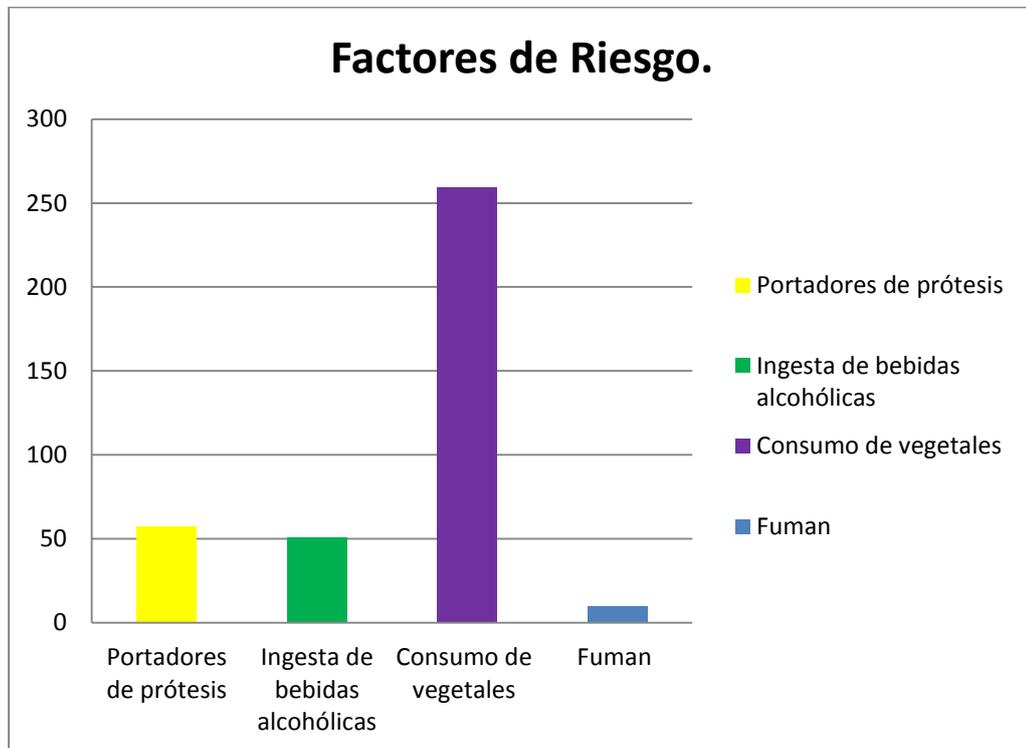


Gráfico N°2: Factores de riesgo de los pacientes encuestados.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En cuanto a los factores de riesgo para las lesiones premalignas y cáncer bucal se comportó: el porcentaje de factores de riesgo solo el 3.5 % no fuman y el 20 % tenían prótesis, el 18 % bebían bebidas alcohólicas correspondiendo con los que tenían lesiones y el factor protector de la mucosa ingesta de vegetales fue del 92 %.

La nutrición en las que refieren las dietas pobres en frutas y vegetales (Pascual, et al. 2009); ya que éstos alimentos son los responsables del efecto antioxidante que impide la malignización de las células y da protección a los tejidos de sustancias tóxicas (Nuñez, 2009). Es necesario el consumo mínimo de 3 tazas diarias de vegetales.

El tabaco constituye el riesgo más frecuente en la aparición del cáncer (Nuñez, 2009) ya que contiene sustancia como la nicotina que actúa a nivel sistémico y otras como alquitranes, nitrosaminas e hidrocarburos que van a actuar sobre la mucosa favoreciendo la absorción de sustancias carcinógenas (García, & Bascones, 2009) Dentro de los factores más predisponentes a la aparición de leucoplasia está el tabaco, que conjuntamente con el alcohol ejercen un efecto sinérgico (Berasategi, octubre 2011); la irritación ya sea por asperezas de los dientes, prótesis dentales mal adaptadas, obturaciones y coronas (Medline Plus, 2011); el virus del papiloma humano en sus variedades 16 y 18, infecciones por *Candida albicans*, deficiencia nutricional y en algunas ocasiones suele ser desconocida la etiología de la leucoplasia (Escribano, & Bascones, 2009).

Cuadro 5.

Distribución de los pacientes con lesiones según el género.

Género	Frecuencia.	Porcentaje.
Masculino	19	37
Femenino	32	63
Total	51	100

Nota: Distribución de los pacientes según el género.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2

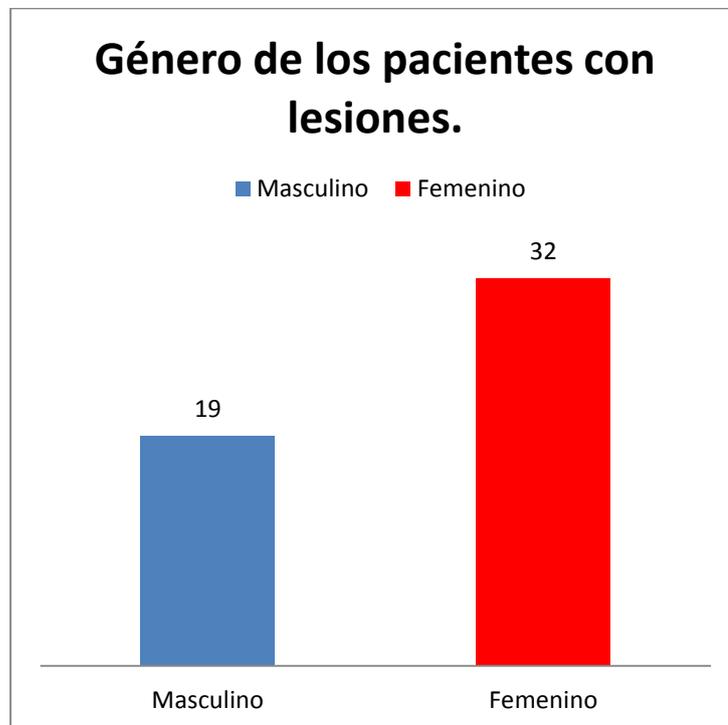


Gráfico N°3: Distribución de los pacientes según el género
Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV,

Análisis e interpretación.

La población encuestada fue mayor en el género femenino el 66 % y el 33 % masculino ya que las pacientes femeninas se ocupan más de su salud con respecto a los hombres.

Cuadro 6.

Distribución de población con lesiones según grupo etario N=51.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
15-24 años	1	2
25-34 años	8	15
35-44 años	9	17
45-54 años	13	26
55-64 años	14	28
65-74 años	3	6
75 y más años	3	6
Total	51	100

Nota: Distribución de población con lesiones según grupo etario.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 2

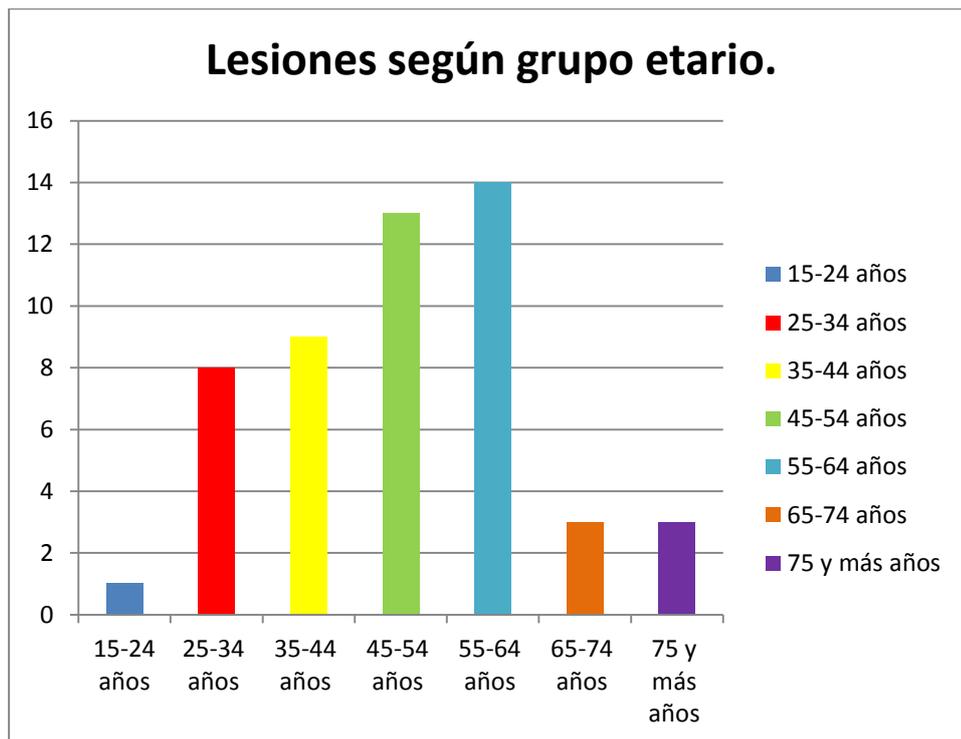


Gráfico N°4: Distribución de población con lesiones según grupo etario.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

La edad que predominó en las lesiones fue la de 55- 64 años se comporta con tendencia a disminuir el rango de edad en que aparecen estas lesiones, la edad en el caso de las lesiones y estados premalignos se considera un factor de riesgo para la aparición del cáncer bucal.

Cuadro 7.

Nivel escolar de los pacientes encuestados con lesiones.

Nivel Escolar.	Frecuencia	Porcentaje.
Primaria sin terminar	12	24
Primaria terminar	25	49
Secundaria	5	10
Bachiller	6	12
Universitario	2	5
Total	51	100

Nota: Nivel Escolar de los pacientes encuestados con lesiones.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

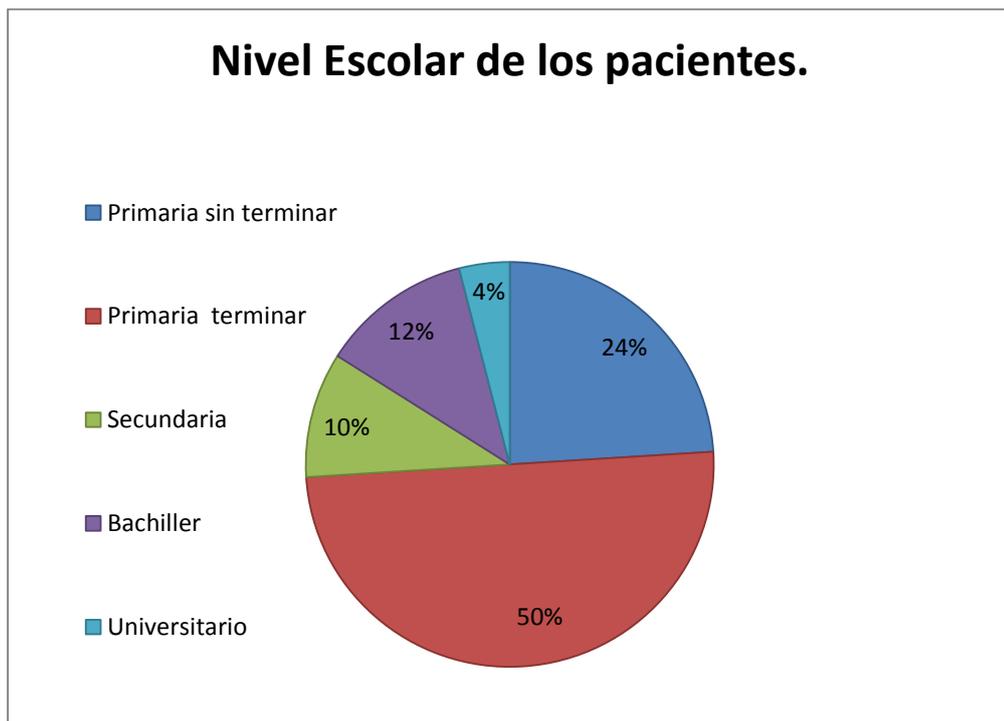


Gráfico N°5: Nivel escolar de los pacientes encuestados con lesiones.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

El nivel de escolaridad que predominó fue la primaria sin terminar y la terminada es decir que hay un bajo nivel de la población encuestada el 73% de los pacientes con lesiones que tienen este nivel.

Cuadro 8.

Prevalencia de las lesiones encontradas en la población de estudio.

Lesiones	Frecuencia	Porcentaje	Prevalencia
Estomatitis	5	9,8	1,8
Queilitis	22	43,1	7,8
Leucoplasia	10	19,6	3,5
Eritroplasia	4	7,8	1,4
Nevus	2	3,9	0,7
Fibroma	2	3,9	0,7
Granuloma piógeno	1	2,0	0,4
Ulcera traumática	1	2,0	0,4
Eritema lineal	1	2,0	0,4
Carcinoma epidermoide	2	3,9	0,7
Sin diagnostico	1	2,0	0,4
Total Población=282	51	100	18,1

Nota: Prevalencia de las lesiones encontradas en la población de estudio.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

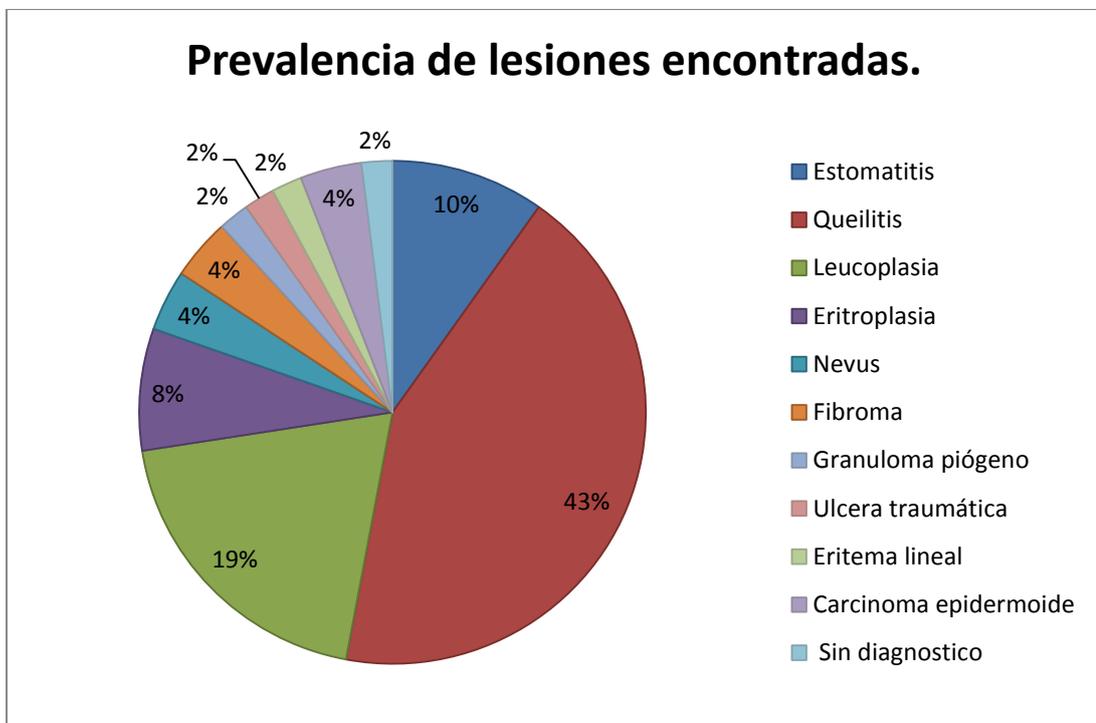


Gráfico N°6: Prevalencia de las lesiones encontradas en la población de estudio.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

Varios estudios demuestran la relación existente entre el carcinoma espinocelular y la queilitis actínica crónica (QAC). Clínicamente, la QAC ocurre predominantemente en individuos que superan los cuarenta años, del sexo masculino y que se exponen continuamente a rayos solares, como pueden ser agricultores, marineros, pescadores, cuida-coches, obreros de construcción y otros. Su ubicación es más frecuente en el labio inferior, ya que éste permanece anatómicamente más expuesto a la acción dañina de los rayos solares. Nuestro estudio se realizó en los pescadores y agricultores de la parroquia Crucita por tanto los resultados están dados porque esta población está expuesta al sol.

La queilitis fue la más prevalente con un 43%; la leucoplasia fue de 19.7 %; la estomatitis 1.4% y la úlcera traumática y la eritroplasia 1% al igual que el líquen plano; el carcinoma epidermoide el 0.7%; el granuloma, eritroleucoplasia y eritema lineal 0.3%. Nuestro estudio de leucoplasia se comportó similar al del mundo que fue 2.6, en cuanto a la eritroplasia la frecuencia es baja. Es significativo el carcinoma epidermoide con 0.7 ya que tiende a incrementarse.

Según estudios en Cuba en el 2004 en Artemisa, se constató que la leucoplasia es la lesión más frecuente con 7 casos, para el 36,7 %, las neoplasias benignas con el 21,1 % y los nevus y el líquen plano con el 10,5 %. Importante la detección temprana de las lesiones premalignas. (Rev Cubana Estomatol v.41 n.3 Ciudad de La Habana sep.-dic. 2004.

La prevalencia de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal en la población pesquisada fue de 8 pacientes para el 1,47%. De ellos, 7 presentaron lesiones premalignas, 4 (50%) leucoplasias, 2 (25%) nevus y 1 (12,5%) eritroplasia. (León, 1996).

En cuanto a los datos de prevalencia de leucoplasia oral, referida a los casos identificados en una población en un momento determinado, existe un acuerdo mundial en cuanto a las cifras. Estos datos oscilan entre 1%-5% dependiendo del país a estudio, del tipo de población, del tipo de hábito tabáquico y de la definición clínica de leucoplasia utilizada. En una revisión sistemática de 2003, Petti y cols. agruparon datos de 17 países en los que se realizaron estudios de prevalencia entre 1986-2002. A pesar de la gran heterogeneidad de los estudios, las técnicas estadísticas utilizadas arrojaron una prevalencia mundial unificada de un 2,6%. En nuestro caso la prevalencia de leucoplasia fue de 3.5 semejante a los estudios mundiales. (Escribano-Bermej, 2009).

Cuadro 9.

Distribución de las lesiones encontradas en la población de Crucita según la localización.

Localización.	Frecuencia.	Porcentaje.
Labio	22	43,1
Espacio retromolar	4	7,8
Carrillo	10	19,6
Paladar duro	6	11,8
Encia	5	9,8
Lengua	6	11,8
Total	51	100

Nota: Distribución de las lesiones encontradas en la población de crucitas según la localización
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

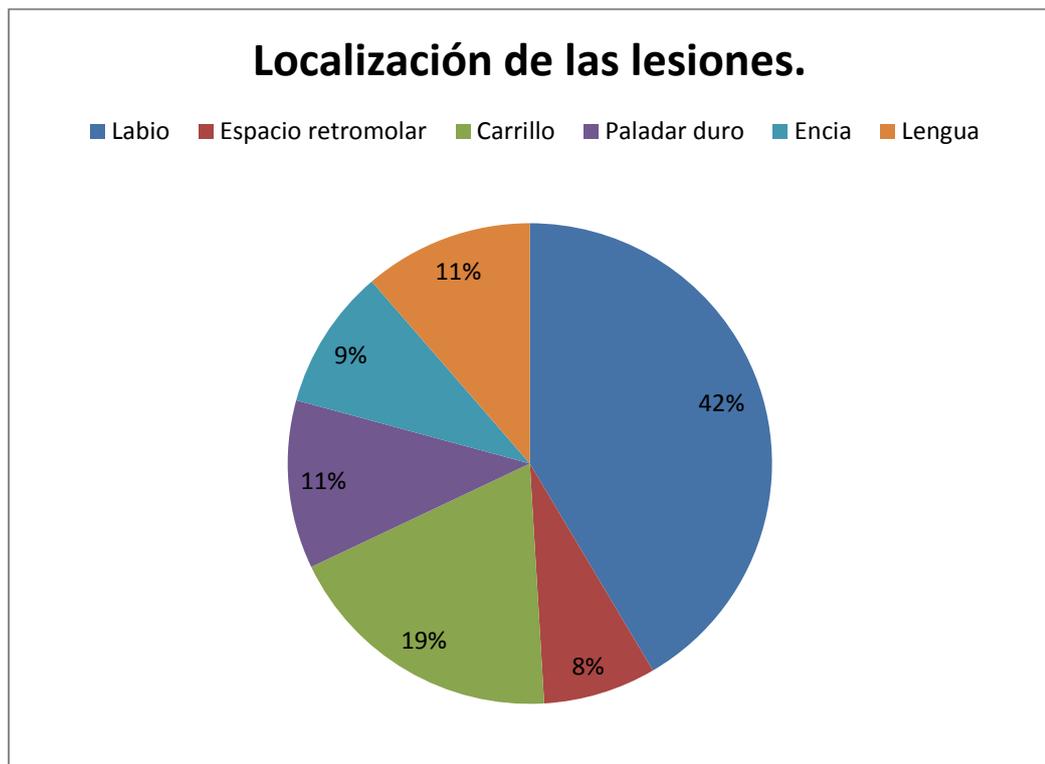


Gráfico N°7: Distribución de las lesiones encontradas en la población de Crucita según la localización.
Realizado por: autor de la tesis. Cap.IV.

Análisis e interpretación.

La localización más frecuente es el labio con 43.6 le sigue la lengua con 18.18 al igual que el paladar duro, la encía con 15 %, el espacio retromolar 12 % en el caso de la queilitis es siempre en el labio.

La localización más frecuente de la leucoplasia es la mucosa retrocomisural y luego la mucosa yugal. Otras localizaciones frecuentes son el paladar duro, los rebordes alveolares desdentados, sobre todo en la zona molar de los inferiores, la lengua y el labio, particularmente el inferior. La encía, el paladar blando, la cara ventral de la lengua y el suelo de la boca son localizaciones menos frecuentes. (Estrada, 2010).

Debe considerarse que la eritroplasia bucal se ubica en las regiones anatómicas más expuestas a los perjuicios de agentes irritantes (tabaco en cualquiera de sus formas) por un mecanismo triple.

Cuadro 10.

Distribución del color y forma de las lesiones.

Color y Forma	Frecuencia	Porcentaje
Blanca	20	39,2
Roja	12	23,5
Obscura	2	3,9
Nodular	1	2,0
Ulcerada	9	17,6
Aumento de volumen	2	3,9
Mixta	5	9,8
Total	51	100

Nota: Distribución del color y forma de las lesiones.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

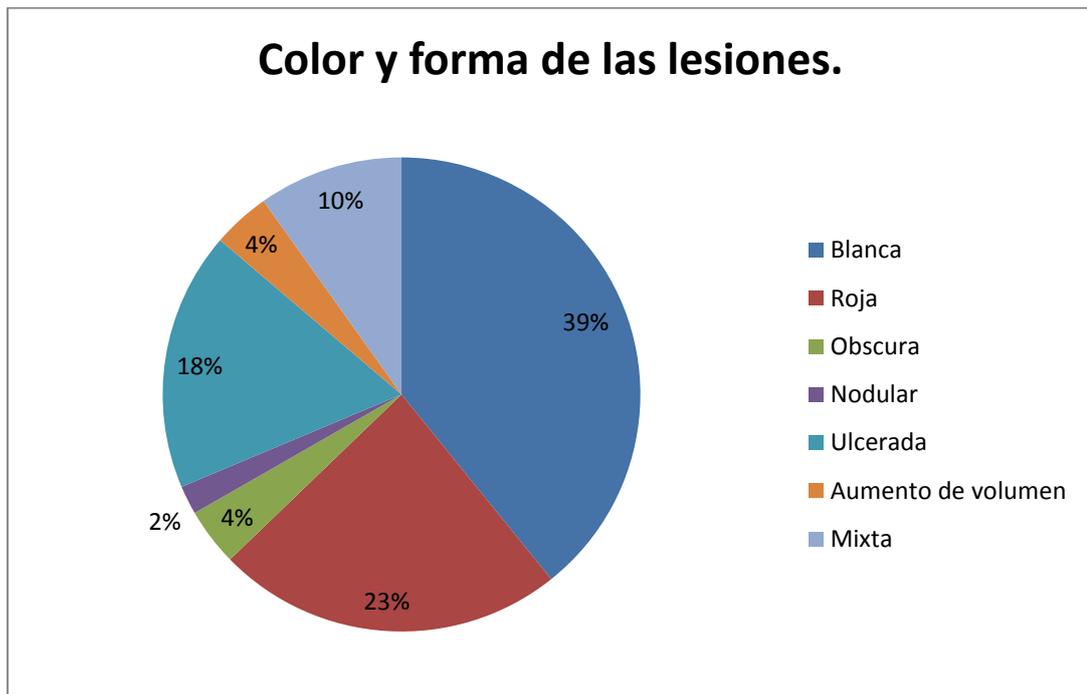


Gráfico N°8: Distribución del color y forma de las lesiones.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En cuanto a la forma y color la mayor frecuencia fue la blanca par aun 39 % y le sigue la roja con 23 % y la ulcerada con 18%.

Cuadro 11.

Distribución de queilitis según grupo etario.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
15-24 años	1	4,5
25-34 años	11	50,0
35-44 años	4	18,2
45-54 años	3	13,6
55-64 años	3	13,6
65-74 años	0	0,0
75 y más años	0	0,0
Total	22	100

Nota: Distribución de queilitis según grupo etario.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

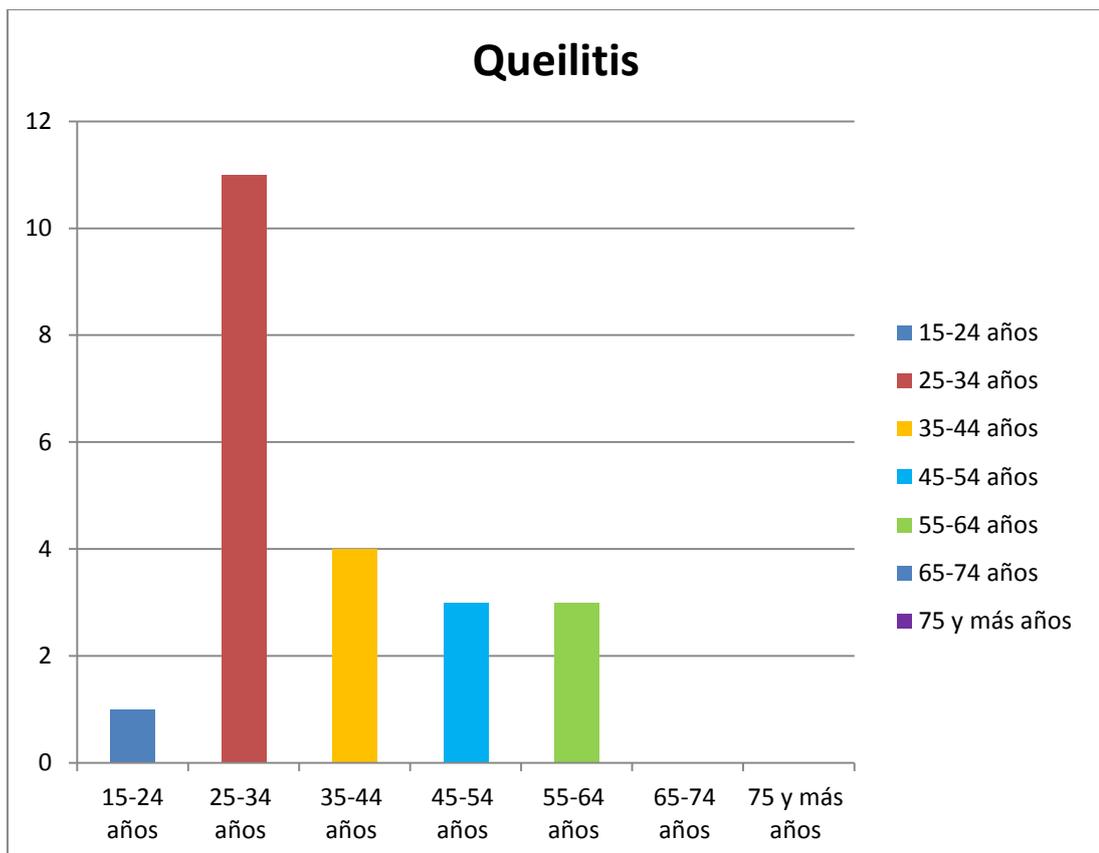


Gráfico N°9: Distribución de queilitis según grupo etario.
Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

La queilitis fue la de mayor frecuencia, encontrándose entre los 23 y 34 años de edad el 50% de los casos; mientras que en las edades más avanzadas de más de 65 años no se encontraron casos; esta patología está dada por la exposición al sol de la población.

Cuadro 12.

Distribución de leucoplasia según grupo etario.

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
15-24 años	0	0
25-34 años	0	0
35-44 años	2	20
45-54 años	2	20
55-64 años	2	20
65-74 años	4	40
75 y más años	0	0
Total	10	100

Nota: Distribución de leucoplasia según grupo etario.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

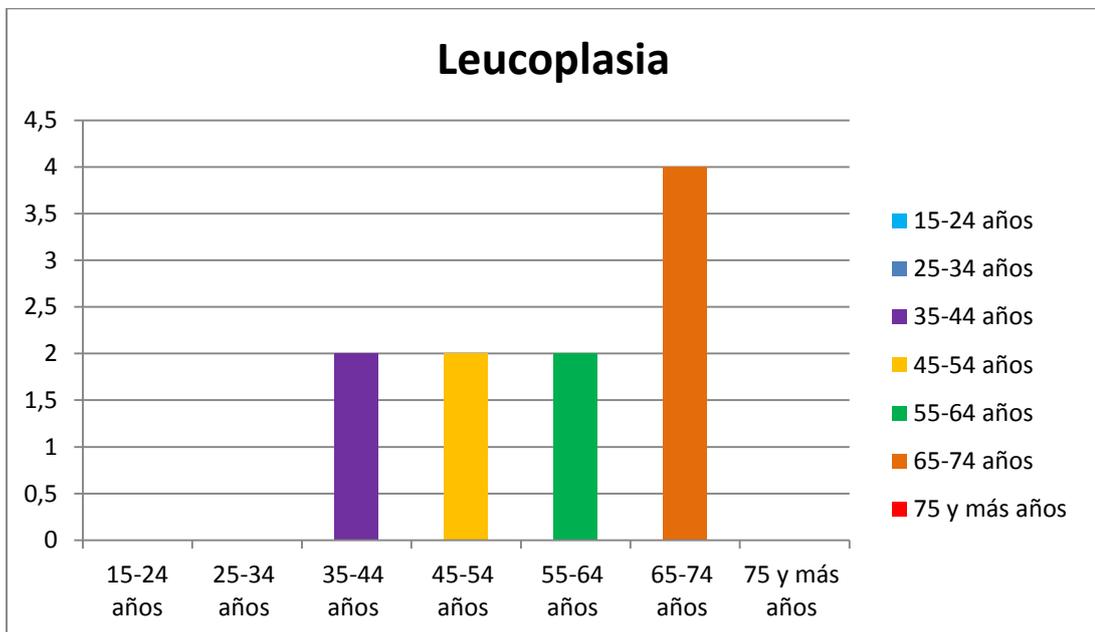


Gráfico N°10: Distribución de leucoplasia según grupo etario.
Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

La leucoplasia fue 40% en el grupo etario de 65-74 años hecho este que es importante y a que en la literatura se habla que las edades tienen tendencia a disminuir o sea más joven la persona.

Cuadro 13.

Distribución según eritroplasia según grupo etario

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
15-24 años	0	0
25-34 años	0	0
35-44 años	0	0
45-54 años	1	25
55-64 años	2	50
65-74 años	1	25
75 y más años	0	0
Total	4	100

Nota: Distribución de eritroplasia según grupo etario.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

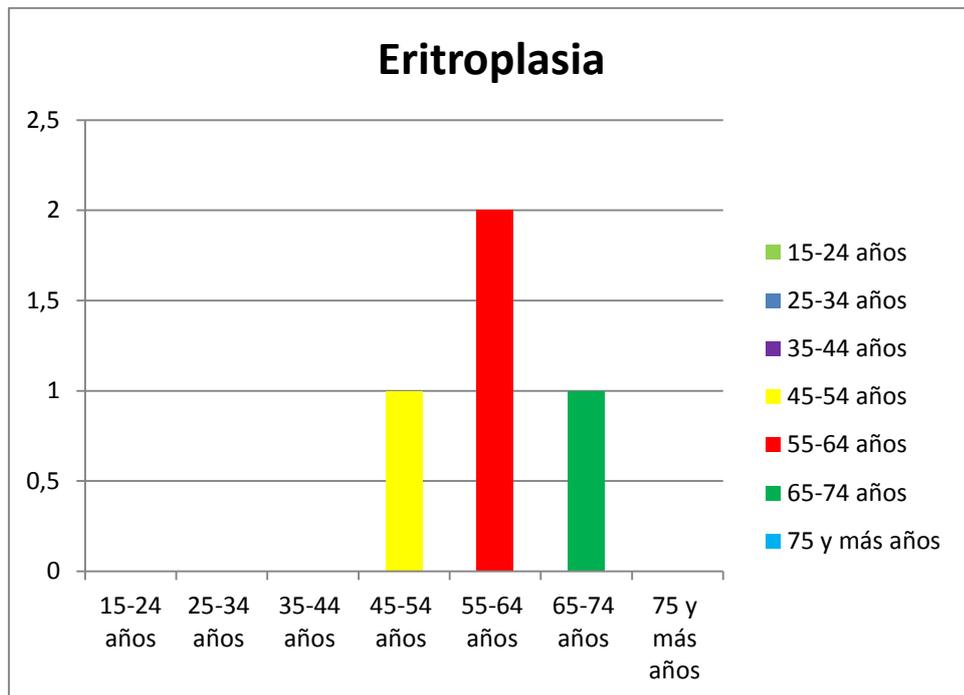


Gráfico N°11: Distribución de eritroplasia según grupo etario.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

El 66 % estuvo dado en la edad de 40- 59 años, es decir la mayor parte de personas afectadas por eritroplasia están en este rango de edad.

Cuadro 14.

Distribución por uso de prótesis dental de más de 10 años de la población encuestada.

Uso de Prótesis.	Frecuencia	Porcentaje.
Si de más de 5 años.	23	45,1
Menos de 5 años.	28	54,9
Total.	51	100

Nota: Distribución por uso de prótesis dental de más de 10 años de la población encuestada.
Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

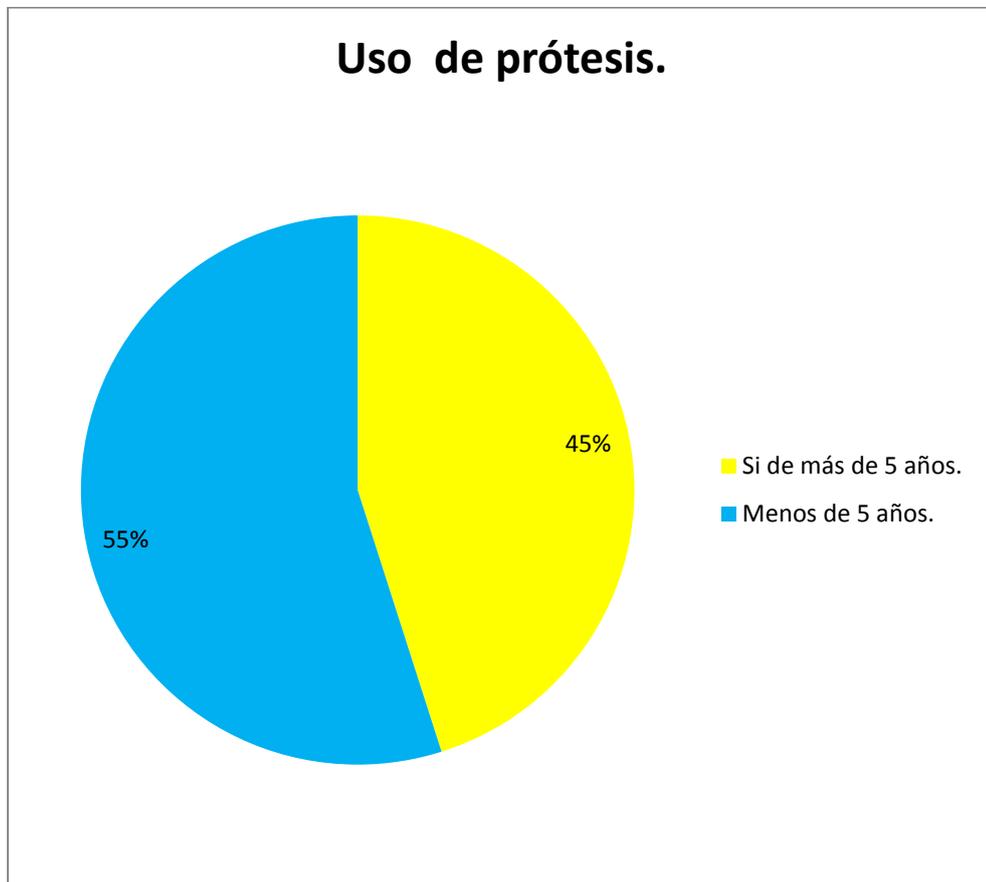


Gráfico N°12: Distribución por uso de prótesis dental de más de 10 años de la población encuestada.
Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

El 39.3 % de los pacientes con lesión usan prótesis dental, de más de 5 años este factor es importante en la aparición de lesiones premalignas.

En estudios realizados en Cienfuegos en el año 2010 el riesgo de lesiones fue aumentando en correspondencia con el tiempo de uso de la prótesis. De esa manera, el porcentaje de las lesiones creció de un 23 %, en los individuos con menos de 5 años de uso a más del 50 %, cuando el tiempo de uso superó los 15 años. En ese mismo intervalo el riesgo de lesiones creció en más de dos veces.

Cuadro 15.

Distribución por hábito de fumar de la población encuestada.

Fuma	Frecuencia.	Porcentaje.
Si	17	33,3
No	34	66,7
Total	51	100

Nota: Distribución por hábito de fumar de la población encuestada.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

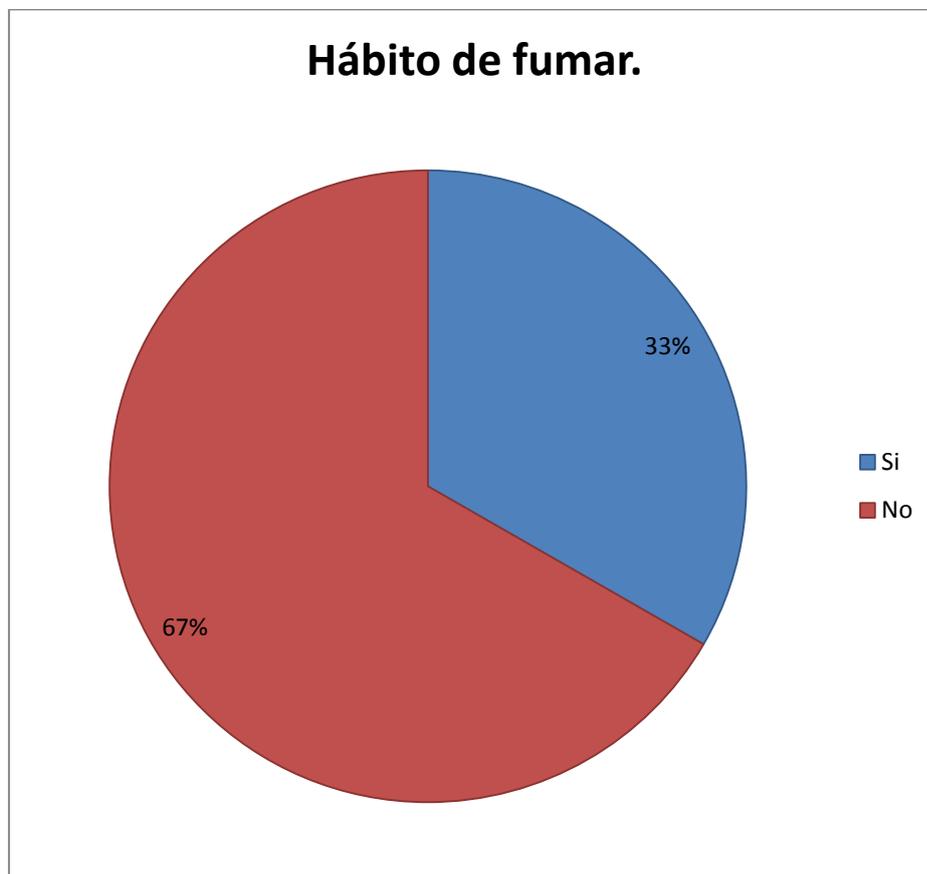


Gráfico N°13: Distribución por hábito de fumar de la población encuestada.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En cuanto al hábito de fumar la población con lesión presento el 33.3 % significativo ya que el hábito de fumar es un factor probado en la aparición de lesiones premalignas, y en esta población hay un alto índice de leucoplasia.

Cuadro 16.

Distribución por consumo de bebidas alcohólicas.

Alcohol	Frecuencia	Porcentaje.
Si	21	41,2
No	33	64,7
Total	51	100,0

Nota: Distribución por consumo de bebidas alcohólicas.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.



Gráfico N°14: Distribución por consumo de bebidas alcohólicas.
Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En cuanto a beber alcohol el 33,33 % refieren tener hábitos de beber algún tipo de bebidas alcohólicas y la tasa de bebedores por cada 100 fue de 3.9 ,un tercio de la población encuestada bebe alcohol no es significativo pero en el caso de los que tienen lesiones si fue de significancia.

Cuadro 17.

Distribución por consumo de vegetales.

Vegetales	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	72,5
No	14	27,5
Total	51	100

Nota: Distribución por consumo de vegetales.

Fuente: Realizado por el autor de esta tesis. Anexo 3.

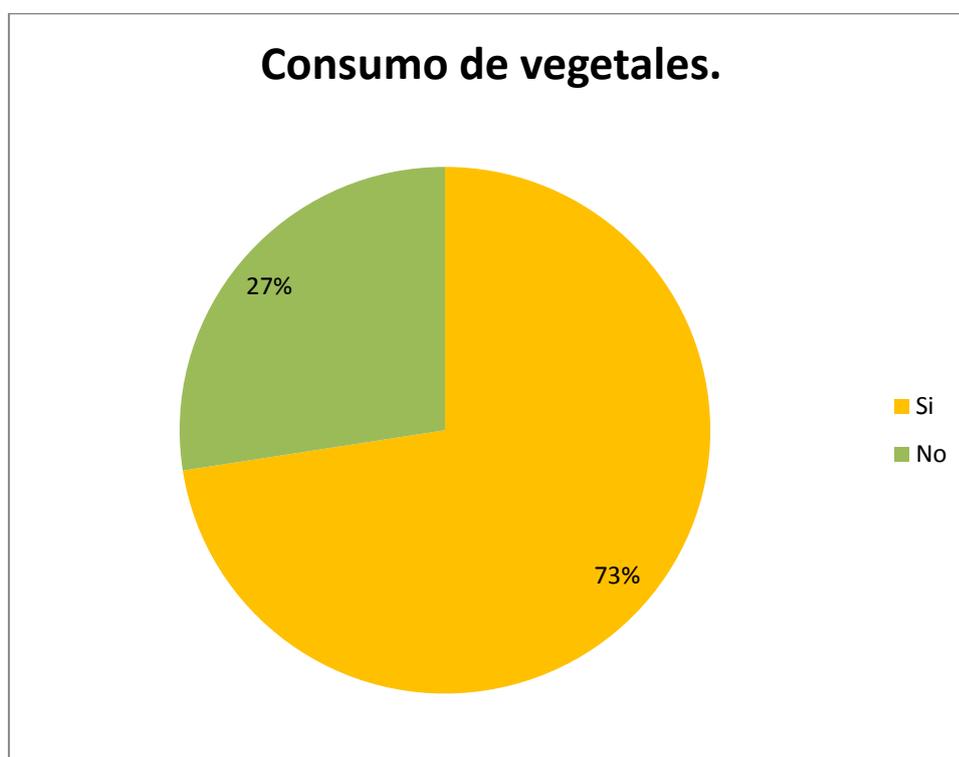


Gráfico N°15: Distribución por consumo de vegetales.

Realizado por: autor de la tesis. Cap. IV.

Análisis e interpretación.

En cuanto a consumir vegetales es un factor protector de la mucosa oral y comprobada que previene el cáncer bucal, el 84 % consumía vegetales.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

El color que predominó fue el blanco y rojo correspondiendo con la lesión más prevalente. En cuanto a las variables sociodemográficas el sexo más afectado fue el femenino.

El nivel escolar de los pacientes con lesiones fue primaria sin terminar y primaria, la mayoría desconocen sobre esta patología.

El factor de riesgo predominante fue el tabaquismo y el alcoholismo con significancia correspondiendo con los portadores de lesiones premalignas y cáncer bucal.

Las lesiones identificadas fueron queilitis, leucoplasia, eritroplasia y otras lesiones.

La lesión prevalente fue la queilitis actínica, le sigue la leucoplasia y la localización más frecuente fue labio, carrillo siguiendo la lengua y encía.

La prevalencia de cáncer bucal es alta con respecto a la población estudiada.

5.2. Recomendaciones.

Extender esta investigación por parte del Ministerio de Salud Pública a todo el país.

Concientizar a los odontólogos de los subcentros, centros de salud y privados con la necesidad de prevenir el cáncer bucal.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Tema de la propuesta.

Charlas educativas sobre prevención de cáncer bucal y lesiones precancerosas a la población mayor de 15 años de la parroquia Crucita, con el objetivo de disminuir el índice de lesiones.

6.2. Período de ejecución.

Enero a marzo del 2015.

6.3. Descripción de los beneficiarios.

Directos: Estudiantes de odontología.

Indirectos: Pacientes.

6.4. Localización.

Parroquia Crucita.

6.5. Justificación.

A través de las charlas educativas podemos lograr la concientización en la comunidad, para el conocimiento de los factores de riesgo de presentar cáncer y lesiones precancerosas.

El resultado de esta investigación en concordancia con el previsto del autor muestra la existencia de cáncer bucal confirmados y el alto índice lesiones precancerosas. Por tanto es necesario capacitar a dicha comunidad en cuanto a los factores de riesgo que existen, debido a que en esta población su principal fuente de ingresos es la pesca y la agricultura.

En cuantos a su capacitación, ésta consiste en las distintas formas de prevención entre las que podemos mencionar: protección solar, ya sea con cremas o vestimentas; hábitos alimenticios, evitar el alcohol y cigarrillo.

6.6. Marco institucional.

Crucita es parroquia urbana de Portoviejo desde el 25 de Mayo de 1978, tiene actualmente 12 mil habitantes y su población se dedica al turismo, pesca artesanal y la agricultura. Está a tan solo 27 km de Portoviejo.

Pueblo de pescadores ha desarrollado parte de su cotidianidad entorno a los vuelos del parapente y alas delta. A crucita se la considera como el destino principal en Ecuador y uno de los tres mejores lugares de América del Norte y del Sur.

Su nombre se dice que lo lleva porque hace muchísimos años era un sitio en donde se velaba a la Virgen María y a la Santa Cruz en el mes de mayo, para los católicos el mes de María. Pedro Schumacher el Obispo a su llegada colocó una cruz en donde actualmente está el templo y desde ese momento se la llama Crucita.

6.7. Objetivos.

6.7.1. Objetivo general.

Instruir a la población de Crucita para evitar en un futuro un alto índice de Cáncer Bucal.

6.7.2. Objetivos específicos.

Informar a la comunidad de Crucita acerca de los factores de riesgo del Cáncer y las Lesiones precancerosas.

Concientizar a la comunidad de Crucita sobre la importancia de la prevención del Cáncer Bucal, mediante protectores solares, hábitos alimenticios.

6.8. Descripción de la propuesta.

En la investigación realizada se observó que en la comunidad de Crucita, hay desconocimiento acerca del Cáncer Bucal y sus consecuencias en la salud, por ende es necesario informar a dicha comunidad para crear conciencia en ellos sobre las maneras de prevención de éste mal que los acecha, debido a que por encontrarse en el perfil costanero tiene un alto impacto de los rayos solares.

Debido a esto es necesario difundir la información acerca de los factores de riesgo los cuales una vez conocidos son los que nos van a lograr una población saludable y libre de Cáncer bucal.

6.9. Diseño metodológico.

Se realizaron las siguientes actividades para el cumplimiento de los objetivos planteados:

Socialización de los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a la comunidad de Crucita. Elaboración de material de apoyo posterior a las charlas para fortalecer la información transmitida. Entrega de trípticos a los participantes de las charlas de información acerca de la prevención de Cáncer.

6.10. Factibilidad.

La propuesta es factible porque se cuenta con el apoyo del Personal encargado del Centro de Patología Bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo y predisposición de la población de Crucita, lo cual permitirá proporcionar la información acerca de Cáncer Bucal, lesiones y estados precancerosos mediante charlas por parte del autor de ésta tesis.

6.11. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible y factible porque los datos obtenidos como resultado de la investigación indican la urgente necesidad de instruir a la comunidad de Crucita acerca de medidas de prevención del Cáncer bucal y lesiones precancerosas, ya que hay alto índice de desconocimiento acerca del mismo.

La propuesta es sustentable ya que se utilizarán recursos adecuados, los cuales no influyen negativamente en ningún entorno, al contrario, aumenta la calidad de vida de la población de Crucita en general.

6.12. Presupuesto.

Herramientas.	Unidad de medida.	Precio unitario.	Cantidad necesaria.	Subtotal.
Trípticos.	Resma	5,00	Una	20,00
Transporte.	-	-	-	30,00
Total		5,00		50,00

ANEXOS.

ANEXO 1: Operacionalización de las variables

VARIABLES	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	15 años o más	Según años cumplidos hasta el momento del estudio.	Número absoluto y porcentaje
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.	Número absoluto y porcentaje
Nivel educativo	Cualitativa nominal Politómica	No sabe leer Primaria sin terminar Primaria Secundaria Bachiller Universitario	Según último año vencido	Número absoluto y porcentaje
Tabaquismo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: Paciente Fumador. No: No presenta el hábito de tabaquismo.	Número Absoluto y porcentaje
Alcoholismo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: Ingiere bebidas alcohólicas. No: No ingiere bebidas alcohólicas.	Número Absoluto y porcentaje
Cantidad de vegetales consumidas diariamente	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según refiera el paciente	Número Absoluto y porcentaje
Leucoplasia	Cualitativa nominal politómica	No tiene Homogénea No homogénea	Mancha o placa blanca que no se retira al raspado que no se caracteriza ni clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad. Indispensable realizar biopsia.	Número absoluto y porcentaje

Eritroplasia	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Mancha roja, aterciopelada, brillante, bien limitada a algunas zonas de la mucosa bucal, que no se corresponde clínica ni patológicamente con otra enfermedad. Indispensable realizar biopsia.	Número absoluto y porcentaje
Queilitis	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Presencia de lesión roja, blanca costrosa o ulcerada en labio	Número absoluto y porcentaje
Ulcera traumática	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Al examen físico de la boca se aprecia: pérdida de sustancia de afuera hacia adentro, de profundidad y tamaño variable y de forma redondeada u oval.	Número Absoluto y porcentaje
Carcinoma epidermoide bucal	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según Diagnóstico histopatológico. Indispensable realizar biopsia.	Número absoluta y porcentaje
Localización de las Lesiones	Cualitativa nominal politómica	Labio Superior Labio Inferior Base de la lengua Dorso de la lengua Lateral de la lengua Vértice de la lengua Encía superior Encía inferior Paladar duro Paladar blando Suelo de la boca Mucosa del carrillo Trígono retromolar	Según la localización de la lesión anatómica en la cavidad bucal	Número absoluta y porcentaje

		Glándula parótida Pared lateral de la faringe Nódulo del cuello Glándulas salivales Otra localización		
Características clínicas de la lesión	Cualitativa nominal politómica	Lesión Blanca Lesión Roja Lesión Ulcerosa Lesión Mixta Lesión Ulcerosa Hemorrágica Lesión de coloración oscura Nódulo Nódulo ulcerado Crecimiento verrugoso Aumento de volumen de tejido	Según las características clínicas al momento del examen.	Número absoluto y porcentaje

ANEXO 2.

Consentimiento informado.

La Universidad San Gregorio de Portoviejo se encuentra realizando la investigación **Implementación de un programa de prevención y control de cáncer bucal en Manabí**, para la cual desarrolla un pesquisaje en la población que incluye un examen bucal para identificar la presencia de lesiones o manifestaciones de interés relacionadas con esta enfermedad y una encuesta sobre sus factores de riesgo. Agradecemos su participación en el presente estudio donde la información que brinde y los resultados del examen bucal tienen una gran importancia. Si se detectara alguna alteración la investigación diagnóstica, el seguimiento y tratamiento serán gratuitos para Ud. La información que usted brinde será confidencial y solamente usada con fines de esta investigación, en la cual tiene los siguientes derechos:

- Obtener información de todo lo relacionado con este estudio previo a la firma del consentimiento u durante el desarrollo del estudio.
- Decidir si desea participar en el estudio.
- Ser libre de rechazar, interrumpir o abandonar el estudio cuando lo desee sin consecuencia alguna para sus relaciones con el centro y equipo de salud que lo atiende.
- Obtener los beneficios de atención odontológica especializada en el tema de estudio.

Para cualquier información puede comunicarse con el centro de investigación de Patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado y en conocimiento de los propósitos del estudio, Yo, _____ doy mi consentimiento de participación en el mismo el día ____ del mes de _____ del año _____.

Firma del encuestado: _____

Nombre y firma del encuestador: _____

ANEXO 3

Estimado paciente, el cuestionario que tiene en sus manos forma parte de una investigación científica que realiza la Universidad San Gregorio de Portoviejo relacionada con la salud bucal. En el mismo se recogen aspectos relacionados con las patologías bucales de tejidos blandos. Agradecemos mucho su colaboración y le pedimos que los datos que brinde sean veraces para garantizar que los resultados de la investigación sean válidos. Esta encuesta es anónima y la información obtenida solo tendrá como finalidad alcanzar los objetivos científicos propuestos. ¡Muchas gracias!

(Escriba el dato que se le solicite o haga una “X” en el cuadro, según corresponda)

Edad (años cumplidos):		Sexo:	M <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2
Ocupación			
Profesional <input type="checkbox"/> 1	Obrero <input type="checkbox"/> 2	Trabajador privado <input type="checkbox"/> 3	
Estudiante <input type="checkbox"/> 4	Ama de casa <input type="checkbox"/> 5	Sin vínculo laboral <input type="checkbox"/> 6	
Otra <input type="checkbox"/> 7, ¿cuál?			
Nivel escolar (último nivel terminado)			
No sabe leer ni escribir <input type="checkbox"/> 1	Primaria no terminada <input type="checkbox"/> 2	Primaria terminada <input type="checkbox"/> 3	
Secundaria <input type="checkbox"/> 4	Bachiller <input type="checkbox"/> 5	Técnico <input type="checkbox"/> 6	
Universitario <input type="checkbox"/> 7	Otro <input type="checkbox"/> 8, ¿cuál?		
¿Utiliza prótesis dental? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
¿Desde cuándo utiliza prótesis dental (años de uso)?			
Atendiendo a sus hábitos alimenticios diga:			
¿Consume vegetales en su dieta?		Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
Fuma Si			
no			
¿Consume bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			

ANEXO 5



Gráfico N° 15: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis.



Gráfico N° 16: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis.



Gráfico N° 17: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis.



Gráfico N° 18: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis.



Gráfico N° 19: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis.



Gráfico N° 20: foto realizada por el auxiliar del autor de tesis.



Gráfico N° 21: foto realizada por el auxiliar de la autor de tesis.

Bibliografía.

Barbany, J. R. (2008). Cáncer oral: Métodos de diagnóstico (screening) rápido en la consulta odontológica. *Avances en Odontoestomatología*, 24(1), 123-128. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852008000100013&script=sci_arttext&tlng=pt.

Batista, Z., Rodríguez, I., Miranda, J., Rengifo, E., Rodríguez, T., Fernández, M.E (2012, August). Relación histopatológica de la displasia epitelial con la oncoproteína p53 en la leucoplasia bucal. *Primer Congreso Virtual de Ciencias Morfológicas*. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:S8-KFCB2yMIJ:scholar.google.com/+globocan+cancer+bucal&hl=es&lr=lang_es&as_sdt=0,5

Berasategi Lertxundi, A., (octubre, 2011). Lesiones Blancas de la Mucosa Oral. *Clínica Dental Donnay*. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.clinicadonnay.com/media/pdf/lesiones%20blancas.pdf>

Bupasalud (2010). Cáncer Bucal. Recuperado de <http://www.bupasalud.com/es/salud-bienestar/vida-bupa/c%C3%A1ncer-bucal>

Carrión, B., Otero Rey, E. M., Peñamaría-Mallón, M., & Blanco-Carrión, A. (2013). Desórdenes orales potencialmente malignos. Manifestaciones clínicas. *Campaña de Prevención del Cáncer Oral 2013*, 18(2), 101-110. Consultado el 28 de noviembre del

2014.

Disponible

en:

<http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

Cawson, R., Odell, E. (2009). *Medicina y Patología Oral (Octava Edición)* Barcelona, Reino de España: Elsevier S.L.

Chica, M. A. (2013). Evaluación clínica-epidemiológica de las lesiones premalignas de la cavidad bucal en la población atendida en el subcentro de salud de la parroquia montalvo en el periodo noviembre 2012-enero2014. *Universidad Técnica de Ambato*. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/3641>.

Díaz Prado, S., Gallego Guadalupe, A., López-Cedrún, J. L., Ferreras Granado, J., & Antón Aparicio, L. (2009). La ciclooxigenasa-2 (COX-2) y el factor de crecimiento epidérmico (EGF) en lesiones epiteliales orales premalignas. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 31(3), 170-181. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-05582009000300005&script=sci_arttext.

Dorado, F.F., & Rodríguez, L.M. (2006-2007). Estado actual de las lesiones epiteliales de la cavidad oral: revisión. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2006-2007_G4.pdf.

Ecured (2015.) Conocimientos con todos y para todos. Consultado el 25 de Febrero del 2015. Disponible en: <http://www.ecured.cu/index.php/Morbilidad>

Escribano-Bermejo, M., & Bascones-Martínez, A. (2009). Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Avances en Odontoestomatología*, 25(2), 83-97. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000200004&script=sci_arttext.

Estrada Pereira, G. A., Zayas Simón, O. P., González Heredia, E., González Alonso, C., & Castellanos Sierra, G. (2010). Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. *Medisan*, 14(4), 0-0. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000400003&script=sci_arttext&tlng=pt.

García-García, V., & Bascones Martínez, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. *Avances en Odontoestomatología*, 25(5), 239-248. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000500002&script=sci_arttext&tlng=pt.

González-Moles, M. A., Gil-Montoya, J. A., & Ruiz-Ávila, I. (2008). Bases moleculares de la cancerización de cavidad oral. *Avances en Odontoestomatología*, 24(1), 55-60. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852008000100005&script=sci_arttext.

Herrera Mendoza Claudia Iraiz (2011). Estomatitis nicotínica. *Slideshare*. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.slideshare.net/CDCLAUDIA/estomatitis-nicotinica>

Instituto Mexicano de Seguridad Social (2009). Cáncer. *México Gobierno de la Republica*. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud/Cancer/Pages/quescancer.aspx>

Martínez-Sahuquillo Márquez, A., Gallardo Castillo, I., Cobos Fuentes, M. J., Caballero Aguilar, J., & Bullón Fernández, P. (2008). La leucoplasia oral: Su implicación como lesión precancerosa. *Avances en Odontoestomatología*, 24(1), 33-44. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852008000100003&script=sci_arttext

Massó, A. M. P. (2012). El cáncer oral como problema de salud. *Correo Científico Médico*, 16(1). Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/81/21>

Medina, C. M. A., Gómez, R. J., & Alvarez, E. (2013). Efectos del hábito de fumar invertido sobre la mucosa oral. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 17(3), 336-346. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/1078/441>

Medline plus (2011). Leucoplasia. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001046.htm>

Medline plus (2012). Cáncer Oral. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001035.htm>.

Monserrat, A. C., Morera, G. P. B., Espinosa, E. L., & Legón, Y. P.(2012) La influencia del tabaquismo en la enfermedad periodontal. *Facultad de Ciencias Médicas "Arley Hernández Moreira" Morón*. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noesp_2012/rev/t-44.html

Núñez Gil Zoilo. (2009). Cáncer Bucal. *Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial*. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.com/cancer-bucal-276873>

Oncocentercancun (2011). Cáncer bucal y lesiones premalignas. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://oncocentercancun.com/wp-content/uploads/2013/05/CANCER-BUCAL-Y-LESIONES-PREMALIGNAS.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (febrero 2013). Cáncer. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es>

Organización Mundial de la Salud (2015). Epidemiología. Consultado el 25 de febrero del 2015. Disponible en: Organización Mundial de la Salud (febrero 2013). Cáncer. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es>

Pascual, A., Franch, M., Muela, R., Manresa, C., Barluenga, N., & Aparicio, C. (2009). Cáncer oral. Actualidad en técnicas de detección. *Periodoncia: Revista Oficial*

de la Sociedad Española de Periodoncia, 19(4), 267-274. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://ww.sepa.es/images/stories/SEPA/ESTAR_al_DIA/HIGIENE/pag267-274.pdf.

Rico, A. O., Candal, E. I., Seijas, B. P., & Cembranos, J. L. L. C. (2012). Patología de la mucosa oral. *ABCDE en Urgencias Extrahospitalarias*. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://www.mircoruna.es/mediapool/118/1189559/data/72_PATOLOGIA_MUCOSA_ORAL_02_FINAL.pdf.

Rocha Buelvas, A. (2009). Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. *Revista Facultad Odontología Universidad Antioquia*, 112-121. Consultado el 28 de noviembre del 2014. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-246X2009000200011&script=sci_arttext&tlng=es

Rodríguez Cazadilla, O., Pérez Pérez, O., Rodríguez Aparicio, A., Mesa Reinaldo, B. (s/f) Lesiones premalignas o preneoplásicas. *Facultad de ciencias Médicas del Este de las Hahana*. Consultado el 26 de noviembre del 2014. Disponible en: <http://www.cpicmha.sld.cu/bvs/monografias/Lesiones%20premalinas.pdf>

Santana, J. (2010). Atlas de Patología del Complejo Bucal (segunda edición). La Habana, República de Cuba: Editorial Ciencias Médicas.