



CARRERA DE ODONTOLOGÍA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tema.

Caracterización de lesiones precancerosas y cáncer de cavidad bucal en población mayor de 15 años en la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Autor.

Alex Gabriel Daza Cedeño.

Directora de tesis:

Dra. Luz Amarilis Martin Moya.

Cantón de Portoviejo – Manabí – República del Ecuador.

2015.

CERTIFICACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS.

En condición de directora de tesis, certifico que el trabajo de investigación titulado: Caracterización de lesiones precancerosas y cáncer de cavidad bucal en población mayor de 15 años en la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Realizado por el estudiante Alex Gabriel Daza Cedeño, se ajusta a los requerimientos técnicos, metodológicos y legales establecidos por la Universidad San Gregorio de Portoviejo, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Luz Amarilis Martin Moya.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Caracterización de lesiones precancerosas y cáncer en cavidad bucal en población mayor de 15 años en la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontólogo.

Tribunal:

Dra. Lucía Galarza Santana Mg. Sp.

Directora de la carrera.

Dra. Luz Amarilis Martin Moya.

Directora de tesis.

Miembro del tribunal.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

Caracterización de lesiones precancerosas y cáncer de cavidad bucal en población mayor de 15 años en la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo. Son en su totalidad de absoluta responsabilidad del autor, además cedo mi derecho de autor de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Alex Gabriel Daza Cedeño.

AGRADECIMIENTO.

Agradezco a Dios por darme salud y la oportunidad de lograr mi objetivo porque sin Él nada es posible; agradezco a mi madre pilar fundamental en toda mi vida quien ha estado conmigo en todo momento dándome apoyo y ánimo para continuar. A mi esposa que siempre me recalca lo importante de obtener una profesión y su infinita acción de apoyarme en toda mi etapa de estudio; a los docentes que me impartieron su conocimiento; los administradores de las clínicas, los señores de limpieza y a todo aquel que me brindo su mano para continuar llegar a este logro.

Un agradecimiento muy especial al Arquitecto Jaime Alarcón Zambrano y al Economista Ricardo Alarcón Cobeña, quienes me apoyaron en una etapa muy difícil y gracias a ellos hoy estoy aquí. En general agradecido con la Universidad San Gregorio de Portoviejo y todos sus colaboradores por esta meta alcanzada.

Alex Gabriel Daza Cedeño.

DEDICATORIA.

Este título se lo dedico a toda mi familia en especial a mi madre Edita Cedeño Muñoz que siempre estuvo conmigo para esperar este momento, a mis hijos Mathias Daza Vélez, Mathew Daza Vélez y mi esposa Linda Vélez Nevárez, que son mi alegría día a día; y se lo dedico a todos aquellos que confiaron en mí teniendo la certeza que lo lograría.

Alex Gabriel Daza Cedeño.

RESUMEN.

El cáncer bucal es uno de los más comunes del mundo, está dentro de los 10 primeros tipos de cáncer; esto se debe principalmente a la falta de conocimiento de las manifestaciones clínicas del mismo y sus síntomas. Debido a este desconocimiento muchas veces se lo descubren etapas avanzadas por lo que es inevitable recurrir a la radioterapia y quimioterapia, haciendo esto que las probabilidades de vida en esta etapa avanzada sea del 50%.

Es más común en el sexo masculino que el femenino; esto en base a los factores de riesgo como tabaco y alcohol.

Nuestro objetivo principal es identificar epidemiológicamente las lesiones precancerosas y cáncer de cavidad bucal en la población mayor de 15 años de la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el periodo abril 2014 hasta marzo 2015.

La modalidad fue un estudio de campo epidemiológico de tipo transversal; se aplicó un cuestionario a la población de estudio en el cual se identificó epidemiológicamente las lesiones precancerosas y cáncer en cavidad bucal.

La población fueron todos los pacientes de las clínicas odontológicas de los cuales un total de 64 accedieron a formar parte de la población por medio de un consentimiento informado; y, las principales conclusiones fueron que hay un índice de lesiones premalignas donde la que más se observó fue la leucoplasia.

ABSTRACT.

Oral cancer is one of the most common in the world, it is within the top 10 cancers; this is mainly due to lack of knowledge of the clinical manifestations of the same and its symptoms. Because of this ignorance often discover what stages so it is inevitably subject to radiotherapy and chemotherapy, making this the chances of life on this late stage is 50%.

It is more common in males than female; this based on risk factors such as snuff and alcohol.

Our main goal is epidemiologically identify precancerous lesions and cancer of oral cavity in the population over 15 years of specialized consulting oral pathology at the University San Gregorio de Portoviejo in the period April 2014 to March 2015.

The modality was an epidemiological study transversal field; A questionnaire study population in which precancerous lesions and cancer in oral cavity was applied epidemiologically identified.

The people were all patients of dental clinics which a total of 64 agreed to be part of the population through an informed consent; and the main conclusions were that there is an index of premalignant lesions where most observed was leukoplakia.

ÍNDICE.

Portada.	
Certificación de la directora de tesis.....	II
Certificación de tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Introducción.....	1

Capítulo I.

1. Problematización.....	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Planteamiento del problema.....	2
1.3.1. Pregunta de investigación.....	2
1.4. Delimitación de la investigación.....	3
1.4.1. Delimitación espacial.....	3
1.4.2. Delimitación temporal.....	3
1.4. Justificación.....	3
1.6. Objetivo.....	4

1.6.2. Objetivo general.....	4
1.6.2. Objetivos específicos.....	4

Capítulo II.

2. Marco Conceptual.....	5
2.1. Categorías fundamentales.....	5
2.2. Cáncer bucal.....	5
2.3. Etiología.....	8
2.4. Epidemiología del cáncer bucal.....	9
2.5. Etiopatogenia.....	10
2.6. Manifestaciones del cáncer bucal.....	11
2.7. Localizaciones más frecuentes.....	11
2.8. Factores pronostico y predictivos.....	11
2.8.1. Factores predisponentes.....	12
2.8.2. Factores de riesgo.....	12
2.9. Causas.....	13
2.10. Prevención de cáncer bucal.....	14
2.11. Signos y síntomas.....	14
2.11.1. Síntomas.....	15
2.12. Señales de alarma.....	15
2.13. Estados premalignos.....	16
2.14. Lesiones premalignas y malignas.....	16
2.15. Lesiones blancas.....	17
2.15.1. Leucoplasia.....	17
2.15.2. Leucoedema.....	18

2.15.3. Liquen plano.....	19
2.15.4. Nevus esponjoso blanco.....	19
2.16. Lesiones rojas.....	21
2.16.1. Eritema multiforme.....	21
2.16.2. Liquen plano erosivo.....	21
2.16.3. Estomatitis de contacto.....	22
2.16.4. Eritroplasia.....	22
2.17. Lesiones ulceradas.....	23
2.17.1. Ulceras traumáticas.....	23
2.18. Lesiones vesiculoampollosas.....	23
2.18.1. Liquen plano ampollar.....	23
2.19. Lesiones mixtas.....	24
2.19.1. Candidosis oral.....	24
2.19.2. Carcinomas epidermoide.....	24
2.19.3. Carcinoma verrugoso.....	25
2.2. Unidades de observación y análisis.....	25
2.3. Variables.....	25
2.3.1. Variable dependiente.....	25
2.3.2. Variable independiente.....	26
2.4. Matriz operacional de las variables.....	26

Capítulo III.

3. Marco Metodológico.....	27
3.1. Modalidad de la investigación.....	27
3.2. Nivel o tipo de investigación.....	27

3.3. Método.....	27
3.4. Técnica.....	27
3.5. Instrumentos.....	28
3.6. Recursos.....	28
3.6.1. Humanos.....	28
3.6.2. Materiales.....	28
3.6.3. Técnicos.....	28
3.6.4. Económicos.....	29
3.7. Población.....	29
3.8. Recolección de la información.....	29
3.9. Procesamiento de la información.....	29
3.10. Ética.....	30

Capítulo IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.....	31
---	----

Capítulo V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.....	40
5.1. Conclusiones.....	40
5.2. Recomendaciones.....	40

Capítulo VI.

6. Propuesta.....	41
6.1. Datos informativos.....	41
6.1.1. Titulación de la propuesta.....	41

6.1.2. Periodo de ejecución.....	41
6.1.3. Descripción de los beneficiarios.....	42
6.1.4. Ubicación sectorial y física.....	42
6.2. Introducción.....	42
6.3. Justificación.....	43
6.4. Objetivos.....	43
6.4. Objetivo general.....	43
6.4. Objetivos específicos.....	43
6.5. Fundamentación teórica.....	43
6.6. Actividades.....	44
6.7. Recursos.....	44
6.7.1. Humanos.....	44
6.7.2. Técnicos.....	44
6.7.3. Materiales.....	44
6.7.4. Financieros.....	44
6.8. Presupuesto.....	45
Anexos.....	46

Bibliografía

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.

Cuadro y gráfico 1.	
Sexo del paciente.....	31
Análisis e interpretación.....	31
Cuadro y gráfico 2.	
Edad del paciente.....	32
Análisis e interpretación.....	32
Cuadro y gráfico 3.	
Profesión.....	33
Análisis e interpretación.....	33
Cuadro y gráfico 4.	
Nivel de educación.....	34
Análisis e interpretación.....	34
Cuadro y gráfico 5.	
Factor de riesgo.....	35
Análisis e interpretación.....	35
Cuadro y gráfico 6.	
Prótesis dental.....	36
Análisis e interpretación.....	36
Cuadro y gráfico 7.	
Lesiones malignas.....	37

Análisis e interpretación.....	37
Cuadro y gráfico 8.	
Lesiones.....	38
Análisis e interpretación.....	38

INTRODUCCIÓN.

Analizando la obra de Shors¹ (2009) podemos citar que “Aproximadamente, 1 en 10.000 personas por año experimenta un cáncer bucal. En el 90% de los casos, la causa es atribuida al tabaquismo, la dieta inadecuada, la higiene bucal deficiente y el consumo de alcohol”. (Cap. 10 p. 262).

Examinando la obra de Castilla² (2002) podemos conocer que:

Cáncer de boca: aparece con relación al tabaco, alcohol, cirrosis hepática, sífilis, exposición solar (labios) y factores dentales. Los fumadores varones incrementan el riesgo de adquirir cáncer bucal en 23 veces y las fumadoras en 35. Generalmente, es predicha de una Leucoplasia. Se localiza preferentemente en labios, lengua o suelo de la boca. Mayor frecuencia en varones entre 50 y 60 años. (p. 59).

Además, señala los resultados de nuestra investigación presentados en cuadros y gráficos estadísticos, para la comprensión y entendimiento de los resultados. Se realizaron las conclusiones y recomendaciones una vez que se obtuvieron los resultados de la investigación finalmente hace mención a la propuesta, planteando sus objetivos a cumplir de acuerdo a los resultados de la investigación.

¹Shors, Teri. (2009). Virus Estudio Molecular con Orientación Clínica. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

²Castilla, Juana. (2002). Tabaquismo. Programa para dejar de fumar. Reino de España. (2 ed.). Publicaciones Ediciones Díaz de Santos S.A.

CAPÍTULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema.

Caracterización de lesiones precancerosas y cáncer de cavidad bucal en población mayor de 15 años en la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

1.2. Formulación del problema.

¿Cuál es la caracterización epidemiológica de las lesiones precancerosas y cáncer de cavidad bucal en la población mayor de 15 años en la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo periodo abril 2014 - marzo 2015.

1.3. Planteamiento del problema.

No existe una caracterización epidemiológica de las lesiones precancerosas y cáncer de cavidad bucal en la población mayor de 15 años de la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo periodo abril 2014 - marzo 2015.

1.3.1. Pregunta de investigación.

¿Cuáles serán las lesiones precancerosas más frecuentes?

¿Qué factores predisponentes están en la población de estudio para la aparición de lesiones precancerosas y cáncer de cavidad bucal?

¿Cuáles serán las variantes de las lesiones precancerosas y cáncer de cavidad bucal?

1.5. Delimitación de la investigación.

Campo: Odontología.

Área: Patología bucal.

Aspectos: Lesiones precancerosas y cáncer.

1.5.1. Delimitación espacial.

El estudio se efectuó en la población mayor de 15 años en la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

1.5.2. Delimitación temporal.

El estudio se efectuó en el periodo abril 2014- marzo 2015.

1.6. Justificación.

El cáncer de cavidad bucal es uno de los más comunes en el mundo entero, se encuentra asociado a la calidad de vida, a lo laboral, a lo alimentario, a muchos vicios como el tabaco y el alcohol principalmente. Debemos considerar que entre los riesgos principales encontramos la higiene bucal, que es responsable de muchos orígenes cancerígenos en la cavidad bucal.

En el origen del cáncer bucal, se han definido algunos elementos propios de cada procedencia. En el caso de las comunidades rurales, abundan las actividades laborales a cielo abierto, como la agricultura, ganadería, la pesca y otras que exponen las radiaciones solares de ahí que el cáncer de labio sea el más frecuente en estas poblaciones.

Por otro lado, la mayoría de los pacientes que llegan a la consulta de la universidad San Gregorio de Portoviejo son procedentes de zonas rurales. En las que hay poblaciones que se encuentran con áreas grandes de agricultura y sus pobladores

son más propicios a exponerse a los rayos de sol; como puede ser por su labor de estar horas enteras dedicadas a la tierra y sus cosechas. Hay que considerar que estas personas realizan sus actividades sin saber las consecuencias de exponerse por muchas horas al sol, además no reciben capacitación sobre los riesgos de su salud tanto en la cavidad bucal como en su organismo general.

La labor del odontólogo es claramente primordial para el estudio del cáncer en la cavidad bucal; es por eso que en este estudio, se conocerá las lesiones de la cavidad bucal así como también nos será de ayuda para nuestro laboratorio de patología bucal y su aporte a la comunidad manabita.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

Identificar epidemiológicamente las lesiones precancerosas y cáncer de cavidad bucal en la población mayor de 15 años de la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el periodo abril 2014 hasta marzo 2015.

1.6.2. Objetivos específicos.

Determinar la presencia de las lesiones precancerosas y cáncer de cavidad bucal.

Identificar las variantes de las lesiones precancerosas y cáncer en la cavidad bucal.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Conceptual.

2.1. Categorías fundamentales.

2.2. Cáncer bucal.

Analizando la obra de Ceccotti et al.³ (2007) se puede citar que:

El cáncer bucal constituye una enfermedad con implicaciones no solo físicas, sino también psicológicas y sociales. Con un diagnóstico habitualmente realizado en etapas avanzadas según las estadísticas, y con un todavía incomprensible desconocimiento por parte de la población y de algunos profesionales en cuanto a la prevención y al diagnóstico diferencial, respectivamente, los servicios especializados siguen recibiendo enfermos con pronósticos inciertos. El papel del profesional en el diagnóstico precoz es fundamental, ya que está demostrado que la detección de tumores de menos de 2cm, así como el conocimiento y el diagnóstico de las lesiones cancerizables impide la progresión de la enfermedad hacia etapas más avanzadas que puede llevar a la muerte del paciente. (p. 318).

Examinando la obra de Chímenos y López⁴ (2010) se puede conocer que:

Se considera cáncer todas aquellas lesiones destructivas que infiltran los tejidos vecinos, que invaden los ganglios regionales y que pueden propagarse a otras zonas por vía linfática o sanguínea produciendo metástasis a distancia. El término cáncer oral engloba a todas las neoformaciones que afecten a las estructuras anatómicas de la cavidad oral. La cavidad oral incluye los labios, la lengua, suelo de la boca, mucosa yugal, encía alveolar, trígono retromolar y el paladar duro. Se consideran factores etiológico en el cáncer oral: el tabaco, el alcohol, diferentes agentes infecciosos, la deficiencia nutricional, los factores dentarios, la luz solar. (p. 143).

³Ceccotti, Eduardo et al. (2007). El Diagnostico en Clínica Estomatológica. (1 ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

⁴Chímenos, Eduardo y López, José. (2010). Esquemas de Medicina Bucal. Reino de España: Publicaciones Ediciones de la Universitat de Barcelona.

Estudiando la obra de Fauci et al.⁵ (2012) se puede referenciar que:

El consumo de tabaco (fumado y masticado) es la causa más importante de la mayor mortalidad por cánceres de pulmón y boca. A diferencia de muchos países desarrollados en los que ha disminuido el consumo del tabaco, el número de fumadores va en aumento en países en desarrollo, en particular mujeres y personas jóvenes. (p. 16).

Considerando la obra de Hannah⁶ (2013) se puede citar que:

El cáncer bucal aunque es relativamente poco común, el cáncer bucal mata a más de 8000 personas al año, el doble de muertes que el cáncer cervicouterino. Debes estar atento a las señales: Manchas rojas o blancas en la boca. Si las detectas, informa a tu dentista de inmediato y muy probablemente te recomendará a un oncólogo oral. El tabaco y el abuso del alcohol son los principales sospechosos que causan el cáncer bucal, aunque también se ha establecido una relación entre el cáncer de boca y el VPH (Virus del Papiloma Humano), el mismo que provoca la mayoría de casos de cáncer cervicouterino.

Observando la obra de Andraka⁷ (2011) se puede conocer que:

Los tumores cancerosos y no cancerosos se pueden originar en cualquier tipo de tejido en la boca y alrededor de la misma, incluyendo huesos, músculos y nervios. Al cáncer que se origina en el revestimiento interno de la boca o en los tejidos superficiales se llama carcinoma; el cáncer originado en los tejidos más profundos se llama sarcoma. Solo en raras ocasiones las formas de cáncer de la región bucal son consecuencia de la propagación de un cáncer desde otras partes del organismo, siendo los pulmones, las mamas y la próstata las más comunes. Los problemas más comunes causados en la boca son los siguientes: manchas en los dientes, caries, disminución de las sensaciones de gusto y olfato, halitosis, enfermedad periodontal, palatinitis nicotínica, leucoplasia, cáncer de la cavidad oral, cáncer de labio (p. 28).

Consultando la información disponible del sitio web de Quintana et al.⁸ (2004) podemos referenciar que: “el cáncer constituye uno de los mayores problemas que

⁵Fauci, A et al. (2012). Harrison Principios de la Medicina Interna. (16 ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

⁶Hannah, Barbara. (2013). Lo mejor después de los 50: estilo, sexo, salud, dinero, y más para mujeres. Reino de España: Océano.

⁷Andraka, Paulo. (2011). Trampas al Cigarro: Método nuevo, práctico, inteligente, y efectivo para dejar de fumar para siempre. Estados Unidos: Palibrio.

⁸Quintana, Juan et al. (2004). Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300007

enfrenta la humanidad no solo en el ámbito de la salud pública, sino también para la ciencia en general” (párr. 2).

Comparando la obra de Medina y Martínez⁹ (2009) se puede citar que:

La cavidad oral comprende fines prácticos y estudio de la cronología, el área desde el borde bermellón de los labios a un plano imaginario dibujado entre la unión del paladar duro y blando y las papilas circunvaladas inferiormente. Comprende siete subsitios anatómicos. Labio, dos tercios de la parte anterior de la lengua, mucosa bucal, piso bucal, encía inferior, trígono retromolar, encía superior y paladar duro. El drenaje linfático de la superficie mucosa de cabeza y cuello ocurre por un camino relativamente constante y predecible. Lindberg demostró que los ganglios de la cadena yugular profunda y submaxilares son los más frecuentemente afectados en el cáncer de cavidad oral. (p. 128).

Investigando la obra de Sanchez y Palma¹⁰ (2013) se puede conocer que:

El cáncer, que puede ser definido como el crecimiento de un conjunto de células anormales, mal controladas y con capacidad de invadir el tejido sano y dar metástasis a distancia constituye uno de los grandes problemas sanitarios. El 80% de los tumores malignos tienen su origen en el estilo de vida, tabaco, alcohol, alimentación, por la exposición a agentes ambientales, por lo que, teóricamente, se podría disminuir el porcentaje si se disminuyera la exposición a los factores de riesgo. Durante los últimos años, la mortalidad por cáncer oral ha aumentado significativamente en España, y aunque estos tumores afectaban con mayor frecuencia el sexo masculino ha producido un aumento en las mujeres, por el aumento proporcional de mujeres fumadoras. (p. 280).

Razonando la obra de Vila et al.¹¹ (2008) se puede referenciar que:

El cáncer oral en su estadio temprano es asintomático con muy pocas excepciones, si es que ellas existen. Si la lesión primaria se origina en un área de glositis, en un papiloma preexistente o en un área de leucoplasia, el proceso puede tener un arrastre de años. Si el foco inicial se origina en una mucosa aparentemente normal, nadie sabe hasta ahora cuanto tiempo esa célula o ese grupo de células necesita para comenzar a desarrollar el nódulo, generalmente no ulcerado, asintomático, hasta adquirir un volumen en masa que lo haga detectable o conspicuo ya sea en el paciente o al profesional que lo examina. (pp. 555 y 556).

⁹Martínez, Rogelio y Medina, Efraín. (2009). Fundamentos de Oncología. (1 ed.). Estados Unidos Mexicanos: Elsevier.

¹⁰Sánchez, Fátima y Palma, Ascensión. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. (2a ed.). Reino de España: Paraninfo.

¹¹Vila, Carlos et al. (2008). Cirugía oral. Reino de España: Aran.

Analizando la obra de Rodríguez¹² (2000) se puede citar que:

El tabaco como factor carcinogénico en el desarrollo del cáncer bucal y laríngeo, está fuera de duda. Las estadísticas demuestran que, en USA, uno de cada 10 pacientes con cáncer de cavidad bucal, es fumador. También se ha demostrado que pacientes tratados y curados de una lesión maligna de esta parte anatómica, pero que persistieron en el uso del tabaco, volvieron a desarrollar un nuevo cáncer. (p. 16).

Consultando la información disponible del sitio web de Riera et al.¹³ (2004) se puede conocer que:

El cáncer oral es entre dos a cuatro veces más frecuente en hombres en la mayoría de los grupos étnicos, excepto en Filipinas, donde los porcentajes son similares. La razón para estas diferencias no están claramente establecidas, se piensa que la exposición a factores de riesgo no es igual en ambos géneros, y dentro de éstos, se ha demostrado que el uso de tabaco tiene un efecto carcinogénico directo sobre el epitelio de la cavidad oral; su asociación con alcohol, aumentaría el riesgo, entre 6 a 15 veces. Ha adquirido importancia en la posible etiología del cáncer oral la infección por virus, entre ellos el virus herpes simple (VHS-1), y el papiloma virus humano 16 (PVH 16). En un estudio reciente, realizado por Gillison y Cols (2004), encontraron parte del genoma viral en las células tumorales, pero aún no existe acuerdo con respecto al rol de virus en carcinoma espinocelular de la boca. La edad también se considera un factor de riesgo, 90% son diagnosticados en pacientes de más de 45 años, sin embargo ha aumentado el número de adultos entre 20 y 30 años que han desarrollado cáncer, especialmente en lengua. (párr. 1 y 2).

2.3. Etiología del cáncer bucal.

Examinando la obra de Suarez et al.¹⁴ (2008) se puede referenciar que:

El tabaquismo es el factor de riesgo individual más importante para el desarrollo de un carcinoma epidermoide de la cavidad bucal. El riesgo relativo es unas seis veces más alto en los fumadores que en los no fumadores. En la actualidad hay una gran preocupación por el aumento del uso del tabaco de mascar, especialmente entre los adolescentes, ya que se asocia con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de la cavidad bucal. Aunque los intentos por eliminar el uso del tabaco a menudo son frustrantes, los médicos no deben cejar

¹²Rodríguez, Walter. (2000). Neoplasias Malignas de Cabeza y Cuello. República del Perú: Editorial de la universidad mayor de San Marcos.

¹³Riera, Paula et al. (2008). Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2015] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500007

¹⁴Suarez, Carlos. (2008). Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello: Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello y de la Base del Cráneo. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

en sus esfuerzos por educar a los pacientes sobre la asociación entre el tabaco y dicho cáncer. (p. 3253).

Estudiando la obra de Medina y Martínez¹⁵ (2009) se puede citar que:

La primera y más importante causa de cáncer de cavidad oral es el hábito tabáquico. Se estima que entre el 85% y 90% de los casos son explicados por la exposición al tabaco y el riesgo es proporcional a la intensidad de la exposición; así los fumadores intensos tienen un riesgo superior respecto a los fumadores sociales. El consumo de alcohol es otro de los factores más importantes asociados al cáncer, la ingesta de alcohol tiene un efecto sinérgico con el tabaquismo, beber y fumar tiene un efecto multiplicador más que adictivo, varias teorías de los mecanismos de esta relación invocan los efectos solventes del alcohol en las membranas mucosas. (p. 128 y 129).

2.4. Epidemiología del cáncer bucal.

Considerando la obra de Suarez et al.¹⁶ (2008) se puede conocer que:

Los tumores de la cavidad suponen el 5% de todas las neoplasias en varones y el 2% en mujeres, representando aproximadamente el 30% de los cánceres de cabeza y cuello. A pesar de la estrecha relación entre los tumores de la cavidad oral y el abuso en la ingesta de alcohol y tabaco, hay variaciones significativas en la incidencia en función del género, localización geográfica y diferentes etnias. Lo que sí es constante es que el 95% de los tumores malignos de la cavidad oral son carcinomas epidermoide. La tasa de incidencia del cáncer oral varía entre 7 y 20 casos por cada 100. 000 habitantes al año según las etnias, siendo más frecuente en la India debido a ciertas prácticas locales como mascar betel. (p. 3241).

Observando la obra de Medina y Martínez¹⁷ (2009) se puede referenciar que:

El cáncer de la cavidad oral es el sexto cáncer más común en el mundo, en los Estados Unidos y Australia va del 5 al 15 % de todo el cáncer, pero en la India es el 30% del total de cáncer, la incidencia es más alta en hombres que en mujeres. (p. 128).

¹⁵Martínez, Rogelio y Medina, Efraín. (2009). Fundamentos de Oncología. (1 ed.). Estados Unidos Mexicanos: Elsevier.

¹⁶Suarez, Carlos. (2008). Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello: Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello y de la Base del Cráneo. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

¹⁷Martínez, Rogelio y Medina, Efraín. (2009). Fundamentos de Oncología. (1 ed.). Estados Unidos Mexicanos: Elsevier.

2.5. Etiopatogenia del cáncer bucal.

Comparando la obra de Suarez et al.¹⁸ (2008) se puede citar que:

Entre los factores implicados en la etiopatogenia de estas neoplasias se encuentran:

Tabaco: el 85-90% de los pacientes con cáncer oral son fumadores. El riesgo aumenta significativamente tras 20 años de exposición en los fumadores de más de 20 cigarrillos/día. Se precisan 15 años de abstinencia tabaquina para que presente la misma probabilidad de desarrollar un tumor en la cavidad oral que un no fumador. El 75% de los carcinomas epidermoides de la cavidad oral afectan únicamente al 10 % de la superficie mucosa de la boca.

Alcohol: su efecto sumamente nocivo se encuentra en todas las series de la bibliografía. Aisladamente no es carcinógeno, pero el carácter sinérgico de la asociación alcohol-tabaco multiplica el riesgo de neoplasias por cuatro. Dado que el alcohol es un factor irritante, el contacto repetido con la mucosa oral causa una quemadura química que incrementa la permeabilidad celular y permite aumento de la absorción de los carcinógenos disueltos en el alcohol.

Dieta: diversos estudios tratan de buscar la relación entre la dieta y el desarrollo del cáncer oral. La ingesta de fruta fresca, dieta vegetariana, pasta y vitaminas (sobre todo la vitamina E) protegen contra esta neoplasia.

Factores irritativos crónicos: gingivitis crónica, obturaciones desbordantes, prótesis mal ajustadas, enfermedad periodontal, etc. Una mala higiene dental aumenta el riesgo de aparición de un tumor de la mucosa oral en el individuo alcohólico y fumador.

Lesiones precancerosas: según la OMS, una lesión precancerosa es una alteración tisular en el seno de la cual un cáncer aparece de manera más frecuente que al mismo nivel anatómico normal. La prevalencia de estas displasias es muy variable, y entre ellas se encuentran leucoplasias, eritroplasias, liquen atípico, úlceras traumáticas.

Inmunosupresión: es un agente que se ha sugerido al aparecer casos de cáncer de cavidad oral en pacientes con déficit inmunitario adquirido.

Infecciosos: el 80% de los pacientes con carcinoma oral presenta una higiene bucodental deficiente, asociándose este hecho a sobreinfecciones bacterianas y micóticas frecuentes, como la *Cándida albicans*, aunque concentrado difícilmente si esta es la causa o la consecuencia de la lesión mucosa aislada.

Exposición profesional: existe una incidencia mayor en trabajadores de la siderurgia, pinturas, mecánica y soldadura. Algunos estudios han demostrado también la mayor prevalencia de tumores de la cavidad oral en trabajadores expuestos al percloroetileno, a la nitrosaminas y a los pesticidas.

Otras: la anemia de fanconi y la diabetes han sido relacionadas con una mayor predisposición a las neoplasias epidermoide de la cavidad oral. (pp. 3241 y 3242).

¹⁸Suarez, Carlos. (2008). Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello: Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello y de la Base del Cráneo. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

2.6. Manifestaciones clínicas del cáncer bucal.

Investigando la obra de Chímenos y López¹⁹ (2010) se puede conocer que:

El tipo histológico más frecuente en el cáncer oral es el carcinoma escamoso (95% del cáncer oral), es un cáncer de estirpe histológica de tipo epitelial. Otros tipos de tumores mucho menos frecuentes son sarcomas, linfomas, metástasis de tumores del resto del organismo. La presentación más frecuente del carcinoma escamoso es la aparición de una lesión ulcero vegetante infiltrativa, de bordes redondos y elevados, contorno irregular, superficie rugosa, base indurada a la palpación y con tendencia al sangrado espontáneo o al roce. En estadios iniciales se presenta como una pequeña úlcera indolora, de la lesión primaria y su estadio evolutivo: dificultad para la deglución, dificultad para el habla, trismo (dificultad para abrir la boca), dolores irradiados, hipoestésias o disestésias, movilidad o pérdida dentarias, presencias de adenopatías cervicales metastásicas. (p. 143).

2.7. Localizaciones más frecuentes del cáncer oral.

Razonando la obra de Sanchez y Palma²⁰ (2013) se puede referenciar que:

Las localizaciones más frecuentes del cáncer oral son:

Con mayor capacidad de producir metástasis la lengua, el suelo de la boca, el triángulo retromolar y el paladar blando.

Con menor capacidad de metástasis: la encía, el paladar duro la mucosa yugal o el labio. (p. 280).

2.8. Factores pronósticos y predictivos.

Analizando la obra de Suarez et al.²¹ (2008) se puede citar que:

Se han identificado varios factores relacionados con el tumor que sirven de indicadores pronósticos, el sitio anatómico desempeña un papel importante, y algunos autores han confirmado tasas de mortalidad más altas en los pacientes que tienen cáncer de lengua que en los que lo tienen en el labio. Se han asociado con una menor supervivencia los siguientes factores enfermedad avanzada, presencia de metástasis ganglionares cervicales, diámetro tumoral mayor de 4-5mm, diseminación extracapsular, tumor histológicamente mal diferenciado, presencia de invasión perineural y márgenes quirúrgicos positivos. (p. 3254).

¹⁹Chímenos, Eduardo y López, José. (2010). Esquemas de Medicina Bucal. Reino de España: Publicacions Edicions de la Universitat de Barcelona.

²⁰Sánchez, Fátima y Palma, Ascensión. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. (2a ed.). Reino de España: Paraninfo.

²¹Suarez, Carlos. (2008). Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello: Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello y de la Base del Cráneo. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

2.8.1. Factores predisponentes.

Examinando la obra de Sanchez y Palma²² (2013) se puede conocer que:

Están relacionados con factores genéticos e inmunológicos, como la presencia de lesiones precancerosas como leucoplasia, eritroplasia, liquen plano, queratosis platina, que son lesiones que facilitan la instauración de cáncer en las zonas de tejido lesionadas. Aunque se desconoce el mecanismo por el que se desarrolla una neoplasia, se sabe que la mayor parte de ellas son debidas a la acción de agentes irritantes que provocan determinadas alteraciones en los tejidos de forma irreversible, que en condiciones favorables (como en inmunodeprimidos y en personas con predisposición genética) favorecen la instauración del cáncer. (p. 280).

2.8.2. Factores de riesgo.

Estudiando la obra de Sanchez y Palma²³ (2013) se puede citar que:

Los factores de riesgo más importantes en el cáncer oral son:

Tabaco y el alcohol, y sobre todo la asociación entre ambos. El tabaco ejerce un efecto físico (térmico y mecánico) y en efecto tóxico por las toxinas que contiene (nicotina, alquitrán y monóxido de carbono.)

La luz solar constituye otro de los factores de riesgo a nivel labial, debido a su componente ultravioleta.

Irritaciones crónicas, bien por prótesis mal ajustadas, dientes rotos o restauraciones desbordantes que provocan lesiones ulcerosas. (p. 280).

Consultando la información disponible del sitio web de Nicot et al.²⁴ (1995) se puede referenciar que: “Entre los factores de riesgo de las lesiones malignas y premalignas de la cavidad bucal están: biológicas: sepsis bucal, herencia, mecánicas: uso de prótesis y de conducta: hábito de fumar e ingestión de bebidas alcohólicas. (párr. 6).

²²Sánchez, Fátima y Palma, Ascensión. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. (2a ed.). Reino de España: Paraninfo.

²³Sánchez, Fátima y Palma, Ascensión. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. (2a ed.). Reino de España: Paraninfo.

²⁴Nicot, Roberto et al. (1995). Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol32_2_95/est03295.htm

2.9. Causas.

Consultando la información disponible del sitio web de Medline plus²⁵ (2014) se puede citar que:

El cáncer oral o bucal compromete con mayor frecuencia los labios o la lengua y también puede ocurrir en: el revestimiento de las mejillas, el piso de la boca, las encías (gingiva), el paladar (bóveda del paladar), la mayoría de los cánceres orales son del tipo denominado carcinomas escamo celulares, los cuales tienden a diseminarse rápidamente, el hecho de fumar y otros usos del tabaco están asociados con la mayoría de los casos de cáncer oral, el consumo de alcohol en exceso también incrementa el riesgo de cáncer oral.

Otros factores que pueden incrementar el riesgo de cáncer oral son, entre otros: la irritación crónica (a causa, por ejemplo, de dientes ásperos, dentaduras postizas u obturaciones), infección con el virus del papiloma humano (VPH), el mismo virus que causa las verrugas genitales, tomar medicamentos que debilitan el sistema inmunitario (inmunodepresores), higiene oral y dental deficientes, algunos casos de cáncer oral se inician como una placa blanca (leucoplasia) o como una úlcera bucal, los hombres adquieren este tipo de cáncer con una frecuencia dos veces mayor que las mujeres, en particular aquellos mayores de 40 años. (párr. 1 – 5).

2.10. Prevención del cáncer bucal.

Considerando la obra de Sanchez y Palma²⁶ (2013) se puede citar que:

En la prevención del cáncer bucal, igual que en la de cualquier otra enfermedad multifactorial, hay que tener en cuenta los factores de riesgo y los factores predisponentes y después, en lo posible, un diagnóstico precoz, que se basará en la educación para detectar los primeros signos y síntomas del cáncer bucal. (p. 280).

Consultando la información disponible del sitio web de Hospital Universitario²⁷ (2012) se puede conocer que:

²⁵Mediplus. (2014). Cáncer oral [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2015] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001035.htm>

²⁶Sánchez, Fátima y Palma, Ascensión. (2013). Técnicas de ayuda Odontológica y Estomatológica. (2a ed.). Reino de España: Paraninfo.

²⁷Grispan, David. (2012). Prevención del Cáncer de boca "Dr. David Grispan". [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: <http://www.hospital.uncu.edu.ar/novedades/index/prevencion-del-cancer-de-boca-dr-david-grispan>

Usted puede reducir el riesgo, evitando los factores que han demostrado estar fuertemente asociados al cáncer bucal: tabaco en todas sus formas, alcohol en exceso, exposición al sol sin protección (labio inferior), dieta pobre en frutas y verduras, dientes y encías en mal estado. (párr. 4).

2.11. Signos y síntomas del cáncer bucal.

Observando la obra de Ceccotti y Sforza²⁸ (2007) se puede referenciar que:

Signos más comunes: ulceración o erosión: hay destrucción del epitelio debido a las diferencias en la maduración celular, pérdida de unión intracelular y ruptura de la lámina basal.

Eritema: la atrofia del epitelio y la falta de queratinización permiten visualizar el enrojecimiento por la inflamación de la dermis.

En diferentes estudios sobre la coloración de los carcinomas espinocelulares en etapas tempranas se encontró que predominan el rojo, y blanco moteado y el blanco solo. La superficie de aspecto granular como factores de ayuda en el diagnóstico se detectó en el 60% de los casos.

Induración: la induración de la base del tumor se debe a la infiltración subepitelial del carcinoma, que junto con la inflamación existente, presenta una consistencia dura a la palpación.

Fijación: es un crecimiento, las células neoplásicas pueden invadir áreas profundas, sobre todo músculo y hueso.

Cronicidad: no cicatriza en forma espontánea ni es una lesión reversible. No desaparece sin tratamiento específico. Sin embargo, en la bibliografía se encuentran casos de remisión espontánea.

Adenopatías: el compromiso ganglionar puede estar presente según el estado evolutivo en que se realiza la consulta.

Leucoplasias y eritroplasias: lesiones cancerizables. (p. 318).

2.11.1. Síntomas.

Consultando la información disponible del artículo de Colgate²⁹ (2015) se cita que:

Usted, no siempre, podrá identificar los primeros signos de alerta, de allí la importancia de las revisiones odontológicas y médicas regulares. Su odontólogo cuenta con la capacitación necesaria para identificar las señales de alerta del cáncer bucal. No obstante, además de los controles regulares, usted debe visitar a su odontólogo si observa alguna de las siguientes anomalías:

Una llaga en los labios, en las encías o dentro de su boca que sangra con facilidad y no cicatriza.

Un bulto o engrosamiento en la mejilla que usted puede percibir con la lengua.

Pérdida de sensaciones o adormecimiento en alguna parte de la boca.

²⁸Ceccotti, Luis y Sforza, Ricardo. (2007). El Diagnóstico en Clínica Estomatológica. (1 ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

²⁹Colgate. (2015). Cáncer Bucal: Signos y Síntomas. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2015] Disponible en: <http://www.colgate.cl/app/Colgate/CL/OC/Information/OralHealthBasics/MedCondOralHealth/CancerOralHealth/OralCancerSignsSymptoms.cvsp>

Manchas blancas o rojas en las encías, la lengua o dentro de la boca.
Dificultad para masticar o deglutir los alimentos.
Dolor, sin explicación alguna, en la boca o sensación de atoramiento en la garganta.
Una hinchazón tal en la mandíbula causando que la prótesis ajuste apropiadamente.
Cambio en la voz. (párr. 3).

Comparando la obra de Ceccotti y Sforza³⁰ (2007) se puede conocer que:

Los síntomas estuvieron presentes durante cuatro a cinco meses, con una variación de algunas semanas a un año. Algunos crecen en forma lenta y otros tienen un comportamiento agresivo y duplican su tamaño en días o semanas.
Dolor: en algunos pacientes, el dolor está ausente, sobre todo en los primeros estadíos. Otros refieren en la consulta un dolor intenso, en particular en la localización lingual, que se extiende hacia el oído. Puede haber ligera molestia, irritación, ardor y tumefacción. (p. 319).

2.12. Señales de alarma.

Investigando la obra de Beltrán³¹ (2008) se puede referenciar que:

Existe una serie de lesiones que pueden ser precursoras del cáncer oral, por ello es importante localizarlas precozmente. Son:
Manchas blancas (leucoplasias), rojas (eritroplasias) o marrones que no desaparecen por sí mismas en dos semanas.
Úlceras o heridas sin causa aparente que no cicatricen en dos semanas.
Hemorragias de origen incierto.
Engrosamientos, endurecimientos, hinchazón.
Dolor de oídos, de mandíbula o de lengua.
Sensaciones de adormecimiento u hormigueo, pérdida de la sensibilidad.
Sensación de que algo queda atrapado en la boca.
Dificultad al masticar o tragar.
Sensación de que la lengua se pone rígida o difícil de controlar.
Sensación de que las prótesis, antes adaptadas, ahora encajan mal o resultan incómodas.
Enronquecimiento de la voz. Si estos problemas no desaparecen espontáneamente en dos semanas, el paciente debe acudir al oncólogo que será quien valore la realización de una biopsia para establecer un diagnóstico adecuado. (pp. 132 y 133).

³⁰Ceccotti, Luis y Sforza, Ricardo. (2007). El Diagnóstico en Clínica Estomatológica. (1 ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

³¹Beltrán, Bartolomé. (2008). El Médico solo no Basta: Todo lo que Debes Saber Antes y Después de la Receta Médica. Reino de España: Ediciones Aran S.L.

2.13. Estados premalignos.

Razonando la obra de Ceccotti y Sforza³² (2007) se puede citar que: “Se denomina condiciones o estados precancerosos a aquellos en los que el enfermo tiene un riesgo mayor de desarrollar cáncer”. (p. 292).

2.14. Lesiones premalignas o malignas.

Consultando la información disponible de la revista Scielo³³ (1996) se puede conocer que: “Entre las lesiones premalignas más frecuentes encontramos los nevus, las leucoplasias, las eritroplasias, el líquen plano y la fibrosis submucosa, en tanto, el carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna de más alta incidencia”. (p. 3).

Analizando la obra de Ceccotti y Sforza³⁴ (2007) se puede referenciar que: “según la OMS, las lesiones premalignas de la mucosa oral son las lesiones crónicas sobre las cuales es más frecuente en desarrollo de un cáncer”. (p. 291).

Consultando la información disponible de la revista Scielo³⁵ (2006) se cita que:

Las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal son multifactoriales, y dentro de estas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos como el tabaco, el alcohol, leucoplasia, eritroplasia, y la exposición a toxinas; y factores endógenos, como la herencia, malnutrición, factores hormonales y factores de riesgo de tipo profesional como exposición a fibras textiles, refinamiento del níquel y trabajo con madera. Una cepa particular del virus del papiloma humano (HPV 16) que es fuente común de infección de transmisión sexual, ha sido relacionada con el cáncer oral, planteándose una estrecha relación entre el sexo oral y esta patología. (párr. 6).

³²Ceccotti, Luis y Sforza, Ricardo. (2007). El Diagnostico en Clínica Estomatológica. (1 ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

³³León, E. et al. (1996). Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000300002&script=sci_arttext

³⁴Ceccotti, Luis y Sforza, Ricardo. (2007). El Diagnostico en Clínica Estomatológica. (1 ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

³⁵Gonzales, Alexis et al. (2006). Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003

2.15. Lesiones blancas.

2.15.1. Leucoplasia.

Examinando la obra de Raspall³⁶ (2000) se puede conocer que:

La leucoplasia es la lesión precancerosa oral más frecuente. El término leucoplasia es un concepto no histológico y se define como una lesión blanca de la mucosa oral, que no se puede identificar con cualquier otra lesión bien definida. Leucoplasia oral normalmente aparece después de los 40 años, y tiene una licencia mayor alrededor de los 50 años con un predominio en el sexo masculino”. (p. 24).

Estudiando la obra de López y Martín³⁷ (2012) se puede referenciar que:

Se define como mancha blanca que no puede caracterizarse como otra entidad clínica ni patológica. Es la lesión premaligna más frecuente que afecta a la mucosa orofaríngea, constituyendo el 85% de dichas lesiones (el 90% se localiza en mucosa yugal, lengua, bermellón y suelo de boca). (p. 327).

Considerando la obra de Medina y Martínez³⁸ (2009) se puede citar que: “La leucoplaquia oral es definida como una placa queratósica que no se quita al frotar, se considera una lesión premaligna que surge de la irritación crónica de la mucosa oral y se relaciona entre 4-18% con cáncer de cavidad oral”. (p. 129).

2.15.2. Leucoedema.

Observando la obra de Wolff et al.³⁹ (2005) se puede referenciar que: “El leucoedema es la apariencia opalescente de la mucosa bucal y labial que desaparece al estirarse la mucosa. Esta variante normal puede encontrarse hasta un 90% de los adultos de raza negra”. (Cap. 47) (p. 641).

³⁶Raspall, Guillermo. (2000). Tumores de cara, boca, cabeza y cuello: atlas clínico.(2 ed.). Reino de España: Editorial Masson, S.A.

³⁷López, A y Martín, R. (2012). Cirugía oral y maxilofacial. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

³⁸Martínez, Rogelio y Medina, Efraín. (2009). Fundamentos de Oncología. (1 ed.). Estados Unidos Mexicanos: Elsevier.

³⁹Wolff et al. (2005). Dermatología en medicina general. (7 ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Comparando la obra de Snapp et al.⁴⁰ (2005) se puede citar que:

El leucoedema es una alteración del epitelio oral caracterizada por la acumulación intracelular del líquido (edema) en la capa de células espinosas. La etiología de esta afección es actualmente desconocida. Es tan frecuente en algunos grupos raciales que no se considera como enfermedad, sino más bien una variante de la normalidad. De forma atípica, el leucoedema afecta la mucosa yugal de ambos lados, aunque también pueden estar afectados los bordes laterales de la lengua, se encuentra en un 85% a 95% de individuos afroamericanos, pero en un solo 40 a 45% de sujetos de raza blanca. La mucosa afectada es asintomática y presenta un aspecto membranoso difuso y translúcido, y de color blanco grisáceo. (p. 30).

2.15.3. Liquen plano

Investigando la obra de Lindhe⁴¹ (2009) se puede conocer que:

El liquen plano es la enfermedad mucocutánea que se manifiesta con mayor frecuencia en la encía. En algunos pacientes puede afectar la piel, la mucosa bucal y también otras mucosas mientras que en otros compromete la piel o la mucosa bucal solamente. Es común el compromiso bucal solo y se ha verificado que en el 5-44% de los casos hay lesiones cutáneas coexistentes con las lesiones bucales. (p. 384).

Consultando la información disponible de Bermejo y López⁴² (2004) se puede referenciar que:

Las formas de predominio blanco (papulo-reticulares), no suelen dar sintomatología y a menudo pasan desapercibidas. A lo sumo el paciente nota con la lengua una rugosidad si las lesiones reticulares se establecen de forma manifiesta en las mucosas yúgales. Las formas de predominio rojo (eritemato-descamativas) suelen ser sintomáticas, produciendo escozor o ardor especialmente al contacto con alimentos ácidos o salados. Estos síntomas harán que el paciente demande consulta, lo que explicaría que en Medicina Bucal veamos más enfermos de LPO de predominio rojo. La enfermedad cursa a brotes de mayor actividad inflamatoria. (párr. 22).

⁴⁰Sapp, J et al. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Reino de España: Elsevier España.

⁴¹Lindhe, L et al. (2009) Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. (5 ed.). Buenos Aires, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

⁴²Bermejo, F. y López, P. (2004). Liquen plano oral. Naturaleza, aspectos clínicos y tratamiento. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000400003

2.15.4. Nevus esponjoso blanco.

Consultando la información disponible del Artículo IntraMed⁴³ (2012) se puede citar que:

El nevo blanco esponja (WSN) es una enfermedad poco común primero descrita por Hyde en 1909, y Cannon le dió el nombre en 1935. Esta entidad se conoce con otros nombres como enfermedad de Cannon, leucoqueratosis hereditaria, gingivoestomatitis blanca, y leucoedema exfoliativo.

La enfermedad puede detectarse en la infancia temprana. Las lesiones son asintomáticas y se descubren incidentalmente. La mucosa involucrada es blanca o grisácea, engrosada, plegada y esponjosa. Las lesiones generalmente son sub diagnosticadas como candidiasis en niños, y la verdadera naturaleza de la enfermedad se descubre cuando falla la terapia antimicótica.

Debería establecerse el diagnóstico correcto de WSN, una condición benigna, porque otras lesiones “blancas” pueden tener potencial maligno. Se presenta el caso de un WSN de la cavidad oral en un paciente sin antecedentes familiares y se revisa la literatura. (Párr. 1-3)

Razonando la obra de Snapp et al.⁴⁴ (2005) se puede conocer que: “El nevus esponjoso blanco, denominado también gingivoestomatitis de pliegue blanco, nevo oral epitelial o enfermedad de cannon, es un trastorno hereditario autosómico dominante relativamente raro, que se manifiesta con una lesión blanca de la mucosa oral”. (p. 30).

Consultando la información disponible de Andrade et al.⁴⁵ (2010) se indica que:

El nevus blanco esponjoso (NBE) es una rara condición autosómica dominante, caracterizada por placas blancas bilaterales en la mucosa, de aspecto esponjoso, blandas a la palpación y que pueden escamarse. Los tratamientos son paliativos; y el uso de antibióticos, en especial la tetraciclina, ha demostrado buenos resultados en su control. Este trabajo presenta tres casos clínicos de una familia afectada por NBE, donde se discuten los posibles diagnósticos diferenciales y conductas terapéuticas indicadas. Un paciente masculino de 52 años de edad acudió a la clínica aquejado de lesiones blancas bilaterales. El paciente notó las lesiones 30 años antes, sin lograr un diagnóstico final de las mismas. Después de la anamnesis y del examen clínico fue realizada una

⁴³Murat, Dres et al. (2012). Nevo blanco esponja. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenidoID=77126>

⁴⁴Sapp, J et al. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Reino de España: Elsevier España.

⁴⁵Andrade, Mónica et al. (2010). Nevus blanco esponjoso familiar. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000200015&script=sci_arttext

biopsia incisional. La reunión de los datos clínicos e histopatológicos llevó al diagnóstico de NBE. Se le solicitó al paciente que indagase entre sus familiares con respecto a lesiones semejantes. Se detectó que el hijo de 19 años y la hija de 25 eran portadores de placas blancas en la mucosa yugal. Como no había afectación estética, se optó por no intervenir en las lesiones. El nevus blanco esponjoso es una lesión genética que debe ser diferenciada de otras patologías localizadas y sistémicas importantes, que tienen repercusiones serias para el individuo. Como no hay un tratamiento curativo para el NBE, el papel del cirujano dentista es diagnosticar esta lesión, aclarar al paciente sobre la naturaleza benigna y autolimitante del NBE y si fuera necesario desde el punto de vista estético, aplicar diferentes modalidades terapéuticas. (párr. 1).

2.16. Lesiones rojas.

2.16.1. Eritema multiforme.

Consultando la información disponible de la revista Scielo Gavalda et al.⁴⁶ (2004) se puede citar que:

El eritema multiforme (EM) o eritema polimorfo es una enfermedad aguda de la piel y/o de las mucosas de naturaleza inmunológica, que puede comportarse como crónica recurrente, y que se caracteriza por presentar lesiones cutáneas eritemato-bullosas de varios tipos y/o lesiones mucosas pluriorificiales de tipo vesículo-ampollar. En cuanto a la clínica, clásicamente se distingue entre una forma menor o recurrente y las formas mayores que incluyen el síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y el síndrome de Lyell o necrólisis epidérmica tóxica (NET), aunque hay autores que las consideran entidades diferentes.(p. 2).

Analizando la obra de Cawson y Odell⁴⁷ (2009) se puede conocer que:

Esta es una enfermedad mucocutánea, pero en los pacientes odontológicos, las lesiones orales son las más importantes o incluso las únicas presentes. Las lesiones características son maculas rojas de un centímetro o más de diámetro, con un centro azulado cianótico. La crisis suele aparecer tras unas 3 o 4 semanas con nuevos grupos de lesiones que aparecen tras un periodo de unos 10 días. Las recurrencias suelen producirse a intervalos de varios meses, durante un año o dos y en ocasiones con una gravedad en aumento. (pp. 235 y 236).

⁴⁶Gavalda, Esteve et al. (2004). Eritema multiforme. Revisión y puesta al día. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n4/puesta2.pdf>

⁴⁷Cawson, R y Odell, E. (2009). Fundamentos de Medicina y Patología Oral. Reino de España: Elsevier España.

2.16.2. Liquen plano erosivo.

Consultando la información disponible de Aguas y Tizeria⁴⁸ (2004) se puede referenciar que:

En esta lesión se observan áreas erosivas por la existencia de soluciones de continuidad en el epitelio. Su color es rojo intenso y está rodeado de formar reticulares blancas. Es muy doloroso y dificulta la ingesta de alimentos. Es importante también detectar traumas agregados por mala posición dentaria, bordes filosos o prótesis mal adaptadas, sobre todo en momentos de funcionalidad, como por ejemplo en la apertura/cierre y los momentos deglutorios. En forma atípica puede ser erosiva primitiva o producto de una complicación de un liquen típico. En general, evoluciona en forma crónica con brotes de reagudización. (p. 25).

2.16.3. Estomatitis de contacto.

Examinando la obra de Snapp et al.⁴⁹ (2005) se puede citar que:

La hipersensibilidad a los alérgenos es frecuente en la cavidad oral. Dado que algunos de los alérgenos más frecuentes son alimentos, los pacientes sensibilizados ante ciertos alimentos presentarán reacciones mucosas poco después del contacto. La reacción habitual de la mucosa oral ante la presencia de un alérgeno sensibilizante es el eritema y el edema. Si resulta la encía, el tejido adquiere un color rojo intenso uniforme en todos los cuadrantes. (p. 278).

2.16.4. Eritroplasia.

Estudiando la obra de Medina y Martínez⁵⁰ (2009) se puede referenciar que:

La eritroplasia está relacionada con el cáncer de la cavidad oral, pero es mucho menos frecuente. Se presenta como un área roja, aterciopelada, posiblemente erosionada, dentro de la cavidad oral, que suele permanecer al nivel de la mucosa adyacente o ligeramente deprimida en relación con ella. Se asocia con mayor riesgo de transformación maligna que la leucoplasia y tiene 7 veces mayor riesgo de transformación maligna. (p. 129).

⁴⁸Aguas, S. y Lanfranchi Tizeria, H. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. Revista de la facultad de odontología (UBA), 19(47), 24-6. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: <http://www.odon.uba.ar/revista/pdf/fouba2004completa-2.pdf>

⁴⁹Sapp, J et al. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Reino de España: Elsevier España.

⁵⁰Martínez, Rogelio y Medina, Efraín. (2009). Fundamentos de oncología. (1 ed.). Estados Unidos Mexicanos: Elsevier.

Considerando la obra de López y Martín⁵¹ (2012) se puede citar que: “Se trata de placas rojizas sobre la mucosa oral que no pueden ser clínica ni histológicamente catalogadas como otra patología se presenta como una macula eritematosa de bordes bien delimitados y superficies aterciopelada al tacto, casi siempre asintomática”. (p. 328).

2.17. Lesiones ulceradas.

2.17.1. Ulceras traumáticas.

Consultando la información disponible de Aguas y Tizeria⁵² (2004) se cita que:

Se considera ulceración traumática crónica (UT) a una pérdida de sustancias que comienza de afuera hacia adentro, de profundidad y tamaño variable y de forma redondeada u oval. Su causa obedece a cualquier agente mecánico que actúe de forma continua. Por ejemplo: los bordes dentarios y las obturaciones o elementos protésicos agresivos capaces de producir una alteración dolorosa. Esta puede reparar en varias horas si la causa es inmediatamente suprimida. Pero si la noxa o la causa persisten, en forma crónica, las características de la lesión se modifican. Así es posible observar bordes edematosos que pueden convertirse en queratósicos. En el fondo de la lesión es amarillento por la necrosis, y su profundidad va en aumento. Las localizaciones preferentes de las ulceraciones crónicas son los bordes linguales, la cara ventral de la lengua, el piso de la boca y la mucosa yugal. (p. 28).

2.18. Lesiones vesiculoampollosas.

2.18.1. Liquen plano ampollar.

Consultando la información disponible de Aguas y Tizeria⁵³ (2004) se puede referenciar que:

En ocasiones el liquen ampollar puede proceder erosivo. Su forma de aparición es brusca, caracterizada por ampollas que se rompen rápidamente dejando

⁵¹López, A y Martín, R. (2012). Cirugía oral y maxilofacial. Reino de España: Editorial médica Panamericana.

⁵²Aguas, S. y Lanfranchi Tizeria, H. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. Revista de la facultad de odontología (UBA), 19(47), 24-6. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: <http://www.odon.uba.ar/revista/pdf/fouba2004completa-2.pdf>

⁵³Aguas, S. y Lanfranchi Tizeria, H. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. Revista de la facultad de odontología (UBA), 19(47), 24-6. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: <http://www.odon.uba.ar/revista/pdf/fouba2004completa-2.pdf>

zonas erosivas muy dolorosas, que pueden interesar mucosas yúgales, lengua, labio, encía, pilares. La presencia de techos ampollares le da un aspecto penfigoide. Las ampollas son de ubicación subepitelial. (p. 25).

2.19. Lesiones mixtas.

2.19.1. Candidiasis oral.

Consultando la información del sitio web de Rodríguez et al.⁵⁴ (2002) se puede citar que:

La moniliasis o candidiasis de la mucosa bucal (CMB) es una de las enfermedades más frecuentes de la mucosa bucal, y sin dudas, la afección micótica más común en esta localización. La magnitud de la infección micótica depende fundamentalmente de las condiciones del hospedero, pues el establecimiento del padecimiento ocurre cuando se perturban los parámetros de equilibrio fisiológico que mantienen la homeostasia del medio bucal. (p. 2).

Observando la obra de Cawson y Odell⁵⁵ (2009) se puede conocer que: “la infección por *Candida* puede provocar un espectro amplio de lesiones, en concreto; candidiasis oral (muguet), placas blancas crónicas (candidiasis hiperplásica crónica, *Candida* leucoplasia) y áreas eritematosas como la estomatitis por prótesis. (p. 213).

2.19.2. Carcinoma epidermoide.

Consultando la información del sitio web de González et al.⁵⁶ (2006) se puede referenciar que: “el carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente de los cánceres de la cavidad bucal, se localiza mayoritariamente en la porción libre de la lengua y suelo de la boca. (p. 6).

⁵⁴Rodríguez, J et al. (2002). Candidiasis de la mucosa bucal. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_2_02/Est07202.htm

⁵⁵Cawson, R y Odell, E. (2009). Fundamentos de Medicina y Patología Oral. Reino de España: Elsevier España.

⁵⁶Gonzales, A et al. (2006). Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_1_06/est03106.htm

Comparando la obra de López y Martín⁵⁷ (2012) se puede citar que:

La apariencia clínica del carcinoma epidermoide es muy variable. Las lesiones tempranas pueden aparecer como una mácula, pápula o placa hiperqueratósica, descamativa y muy bien delimitada. Pueden ser lesiones solitarias o múltiples, y a menudo tienen un color rosado o rojo; su superficie puede presentar una descamación ligera con erosiones pequeñas y costras. (p. 472).

2.19.3. Carcinoma verrugoso.

Investigando la obra de Medina y Martínez⁵⁸ (2009) se puede conocer que: “se refiere a un tumor mucoso exolítico escamoso, es una variante del carcinoma de células escamosas, representa menos del 5% de todas las neoplasias de la cavidad oral”. (p. 130).

Razonando la obra de Wood y Goaz⁵⁹ (1999) se puede referenciar que:

El CV es un tipo de carcinoma de bajo grado y crecimiento lento de la cavidad oral y del tracto aereodigestivo superior. El CV suele afectar a la mucosa bucal, cresta alveolar y encías, lengua, suelo de la boca y paladar del paciente ancianos. El CV suele aparecer en fumadores o consumidores de tabaco en polvo o de mascar. (p. 113).

2.2. Unidades de observación y análisis.

La población mayor de 15 años que pertenecen a la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

2.3. Variables.

2.3.1. Variable dependiente.

Lesiones precancerosas, cáncer bucal.

⁵⁷López, A y Martín, R. (2012). Cirugía Oral y Maxilofacial. Reino de España: Editorial Medica Panamericana.

⁵⁸Martínez, Rogelio y Medina, Efraín. (2009). Fundamentos de Oncología. (1 ed.). Estados Unidos Mexicanos: Elsevier.

⁵⁹Wood, N y Goaz, P. (1999). Lesiones orales y maxilofaciales. Reino de España: HarcourtBrace.

2.3.2. Variable independiente.

Edad de los pacientes.

Sexo.

Nivel de educación.

Ocupación.

Tabaquismo.

Alcoholismo.

Prótesis mal adaptadas.

Deficiencia de las vitaminas.

Predisposición hereditaria.

2.4. Matriz operacionalización de las variables.

(Ver anexo 1).

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Estudio de campo epidemiológico.

3.2. Nivel o tipo de investigación.

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.3. Métodos.

Se aplicó cuestionario a la población de estudio, en la cual se caracterizó epidemiológicamente las lesiones precancerosas y cáncer en cavidad bucal; atendiendo al tipo de población, edad, sexo, hábitos tóxicos, antecedentes patológicos familiares.

A cada unidad de análisis se le realizó un examen bucal exhaustivo con la finalidad de identificar y diagnosticar la presencia de las lesiones precancerosas obteniendo la caracterización epidemiológica el cuestionario se empleó mediante un cuestionario confeccionado al efecto, en el cual se incluye variables sociodemográficas y aquellas relacionadas a las lesiones precancerosas y cáncer en la cavidad bucal. Se evaluó las lesiones precancerosas más frecuentes, los factores preexistentes para la aparición de las lesiones precancerosas y cáncer en la cavidad bucal en la población a estudiar. (Ver anexo 2 y 3).

3.4. Técnicas.

Para el desarrollo de la encuesta se empleó un cuestionario el cual fue aplicado al universo de trabajo. Para el diagnóstico de las lesiones se realizó un examen bucal y físico al universo de trabajo y en caso de una lesión sospechosa sea premaligna o

maligna se realizó una biopsia incisional para enviar al centro de estudios patológicos de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

3.5. Instrumentos.

Planilla y cuestionario para la recolección de datos.

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

Tutor/a de tesis.

Investigador.

Grupo de expertos.

3.6.2. Materiales.

Caja de mascarillas.

Caja de guantes mentolados.

Espejos bucales.

3.6.3. Técnicos.

Bolígrafos.

Papel.

Anillados.

Empastados.

Cd membretados.

Lápices.

Borradores.

Computadora.

Impresora.

Copias.

Internet.

3.6.4. Económicos.

La investigación tuvo un costo aproximado de \$ 724.41 dólares (Ver anexo 4).

3.7. Población.

Para el estudio se tomó una muestra no probabilística de la población mayor de 15 años de la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo en el periodo comprendido de abril 2014 – marzo 2015. La muestra será de 64 pacientes.

3.8. Recolección de la información.

La información se recopiló a través del cuestionario aplicado, con el cual se creó una base de datos software de cálculo “Microsoft office Excel 2010” del paquete informático “Microsoft office 2010”, el cual será puesta a punto para su posterior procesamiento. En las personas con presencia o sospecha de lesión precanceroso se llenó una planilla de recolección de datos.

3.9. Procesamiento de la información.

Con las variables de estudio se obtuvieron valores de tendencia central de dispersión, así como sus frecuencias. La información estadística se la procesó con el software de cálculo microsoft office Excel 2010 del paquete informático microsoft office 2010. Los resultados se representaron mediante tablas y gráficos. Se utilizó las funciones de: frecuencias y tablas.

3.10. Ética.

A todas las personas que intervinieron en este estudio, se les consultó su participación voluntaria, se les informó en qué consiste el trabajo y la naturaleza anónima de la información que brinden; la que solo se empló con fines científicos.

Se les hizo firmar un documento de consentimiento de su participación, como muestra en su aceptación de ser incluidos en el estudio. (Anexo 5).

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e Interpretación de los Resultados.

Cuadro 1.

Distribución según el sexo de los pacientes.

Sexo.	Frecuencia.	Porcentaje.
Femenino.	35	54%
Masculino.	29	46%
Total.	64	100%

Nota: Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad San Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

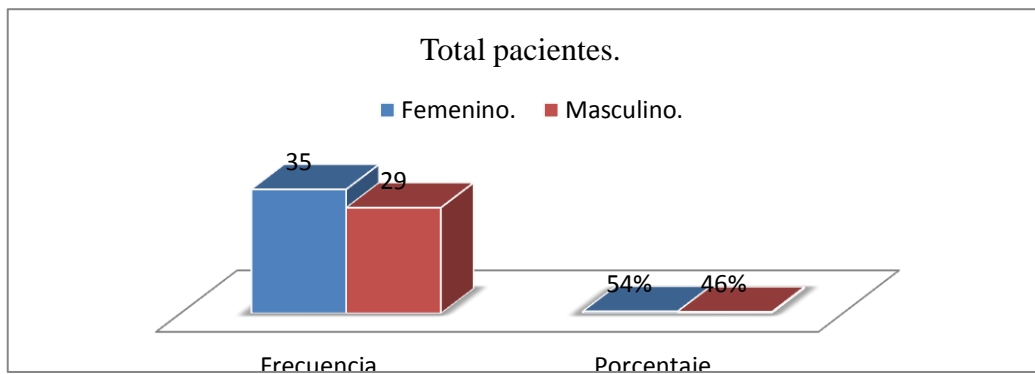


Gráfico No.1. Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad San Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro y gráfico No 1 sobre el sexo de los pacientes examinados, 29 de ellos son de sexo masculino que corresponde al 45%, 34 de ellos son de sexo femenino que corresponde el 53%.

Cuadro 2.

Distribución según la edad de los pacientes.

Edades.	Total.	Porcentaje.
15-20	1	2%
21-35	33	52%
36-45	5	8%
46-55	18	28%
56-60	4	6%
> 60	3	5%
Total.	64	100%

Nota: Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad San Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

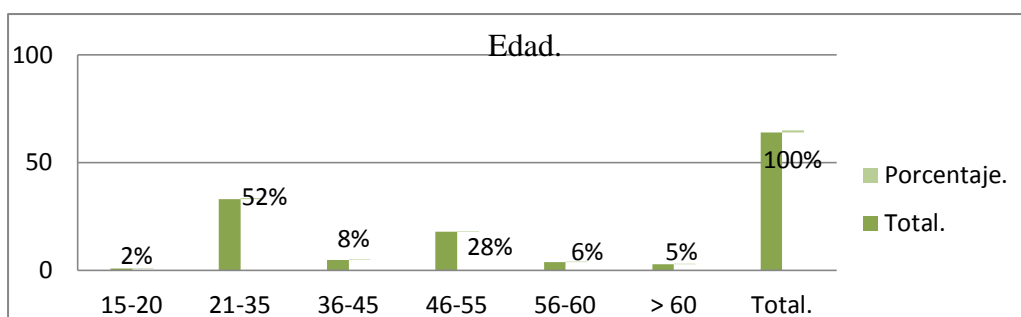


Gráfico No. 2. Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad San Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro y gráfico No 2 sobre las edades de los pacientes 15-20 se obtuvo 1 paciente que corresponde al 2%, de 21-35 con un total de 33 pacientes equivale a un 52%, en la edad de 36-45 con 5 pacientes obteniendo un 8%, los pacientes de 46-55 son 18 con un 28% los pacientes con la edad de 56-60 con 4 obteniendo como resultado un 6%, los pacientes mayores de > 60 se obtuvieron 3 que tiene como resultado un 5%.

Cuadro 3.

Distribución según la profesión de los pacientes.

	Total.	Porcentaje.
Profesional.	12	19%
Estudiante.	8	13%
Obrero.	5	8%
Ama de casa.	7	11%
Trabajador privado.	22	34%
Sin vínculo laboral.	4	6%
Otro.	6	9%
Total.	64	100%

Nota: Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad San Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

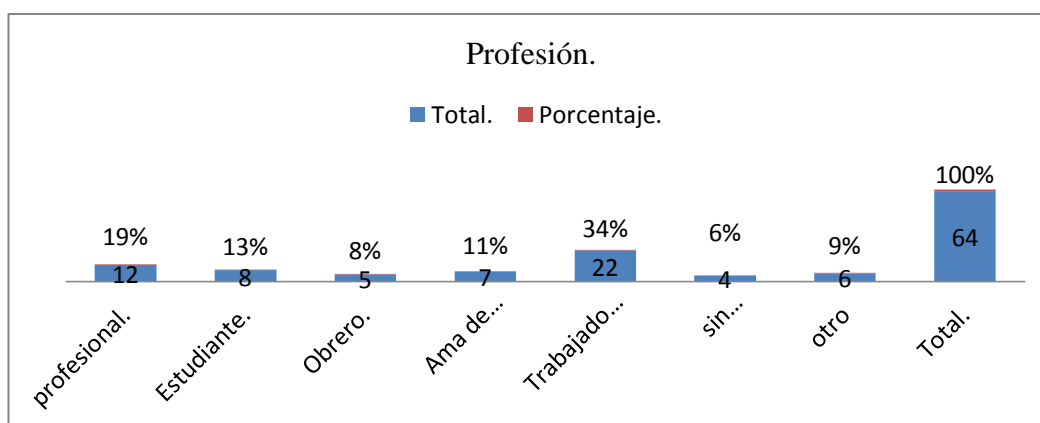


Gráfico No. 3. Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad San Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro y gráfico No 3 sobre la profesión que tiene cada paciente se obtuvo que los que son profesionales se obtuvieron 12 con un porcentaje de 19%, estudiante 8 con un 13%, los obrero son 5 con un 8%, las ama de casa con 7 corresponde el 11%, trabajador privado 22 con un 34%, sin vínculo laboral se obtuvo 4 pacientes con un 6% y los que tuvieron otra profesión son 6 pacientes con un 9%.

Cuadro 4.

Distribución según el nivel de educación de los pacientes.

	Total.	Porcentaje.
No sabe leer.	1	2%
Primera no terminada.	3	5%
Primera terminada.	7	11%
Secundaria.	11	17%
Bachiller.	15	23%
Técnico.	0	0%
Universitario.	27	42%
Total.	64	100%

Nota: Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad San Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

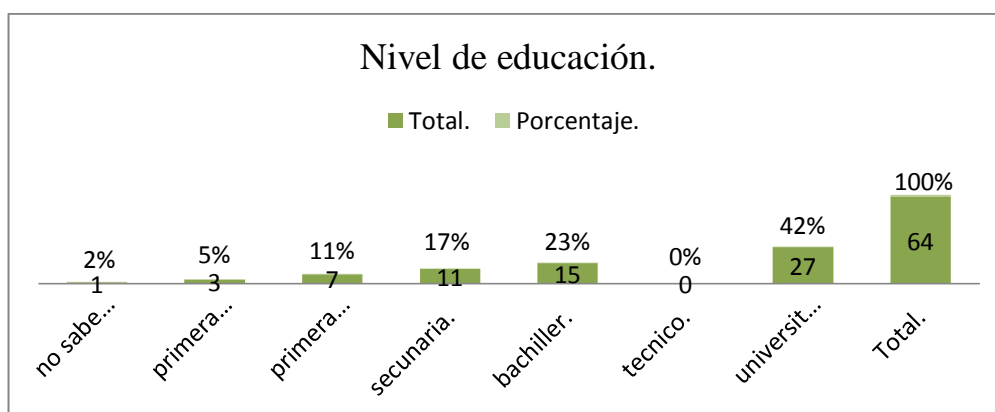


Grafico No. 4. Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad San Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro y gráfico No 4 observamos los resultados obtenidos de los pacientes entrevistados obteniendo que 1 de ellos no sabe leer con un 2%, primaria no terminada 3 con un 5%, primaria terminada son 7 con un 11%, los de secundaria con 11 pacientes con un 17%, bachiller con un total de 15 pacientes con un 23%, universitario con 27 pacientes correspondiente a un 42%.

Cuadro 5.

Distribución según el factor de riesgo.

Factor de riesgo.	Frecuencia.	Porcentaje.
Sí.	22	34%
No.	42	66%
Total.	64	100%

Nota: Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad san Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

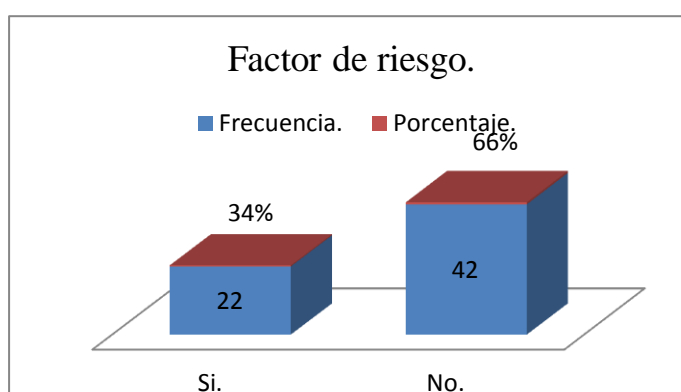


Gráfico No. 5. Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad san Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico No 5 observamos en los pacientes examinados que 22 de ellos corresponde al 34% tienen factor de riesgo, 42 de ellos que corresponde a 66% no presenta ningún factor de riesgo.

Investigando la obra de Sanchez y Palma⁶⁰ (2013) podemos conocer que:

Los factores de riesgo más importantes en el cáncer oral son: Tabaco y el alcohol, y sobre todo la asociación entre ambos. El tabaco ejerce un efecto físico (térmico y mecánico) y en efecto tóxico por las toxinas que contiene (nicotina, alquitrán y monóxido de carbono). (P. 12).

⁶⁰Sánchez, Fátima y Palma, Ascensión. (2013). Técnicas de ayuda odontológica y estomatológica. (2a ed.). Reino de España: Paraninfo.

Cuadro 6.

Distribución según el uso de prótesis dental.

	Frecuencia.	Porcentaje.
Pacientes con prótesis.	12	19%
Pacientes sin prótesis.	52	81%
Total.	64	100%

Nota: Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad san Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66..

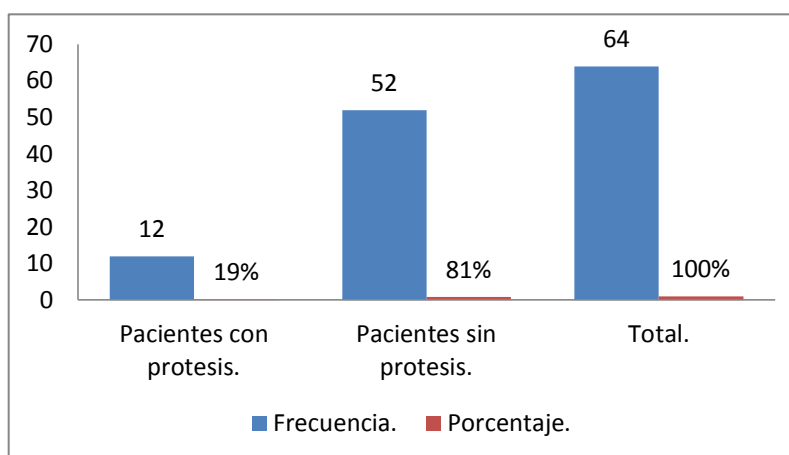


Gráfico No. 6. Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad san Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66..

Análisis e interpretación.

En el cuadro y gráfico No 6 observamos los resultados obtenidos de los pacientes atendidos, 12 de ellos que corresponde un 19% presentaron prótesis, 52 de ellos que corresponde 81 % no presentaron prótesis.

Observando la obra de Suarez et al.⁶¹ (2008) se puede citar que:

Factores irritativos crónicos: gingivitis crónica, obturaciones desbordantes, prótesis mal ajustadas, enfermedad periodontal, etc. Una mala higiene dental aumenta el riesgo de aparición de un tumor de la mucosa oral en el individuo alcohólico y fumador. (p. 10).

⁶¹Suarez, Carlos. (2008). Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello: Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello y de la Base del Cráneo. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Cuadro 7.

Distribución de las lesiones premalignas.

	Frecuencia.	Porcentaje.
Sí.	6	9%
No.	58	91%
Total.	64	100%

Nota: Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad san Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

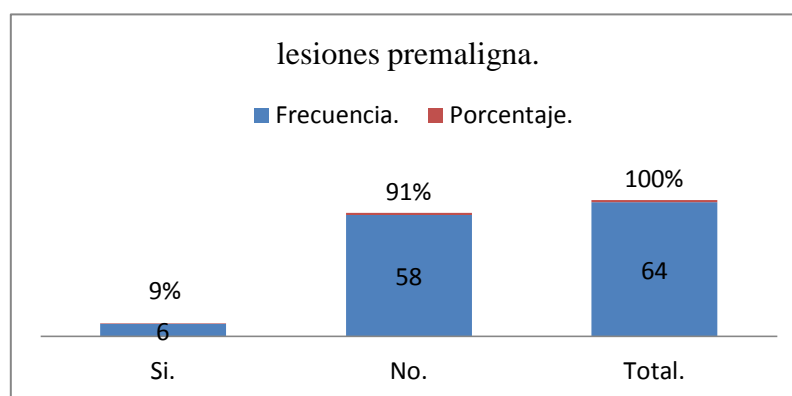


Gráfico No 7. Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad san Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro y gráfico No 7 observamos los resultados obtenidos de los pacientes encuestados 12 de los pacientes examinados corresponde al 9% mientras que 52 de ellos que corresponde el 81% no presentan lesiones malignas.

Consultando la información disponible de la revista Scielo⁶² (1996) podemos referenciar que: “Entre las lesiones premalignas más frecuentes encontramos los nevus, las leucoplasias, las eritroplasias, el líquen plano y la fibrosis submucosa, en tanto, el carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna de más alta incidencia”. (p. 16).

⁶²León, E. et al. (1996). Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000300002&script=sci_arttext

Cuadro 8.

Distribución de las lesiones.

	Frecuencia.	Porcentaje.
Leucoplasia.	3	5%
Eritroplasia.	2	3%
Otra lesión.	1	2%
Ninguna.	58	91%
Total.	64	100%

Nota: Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad san Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

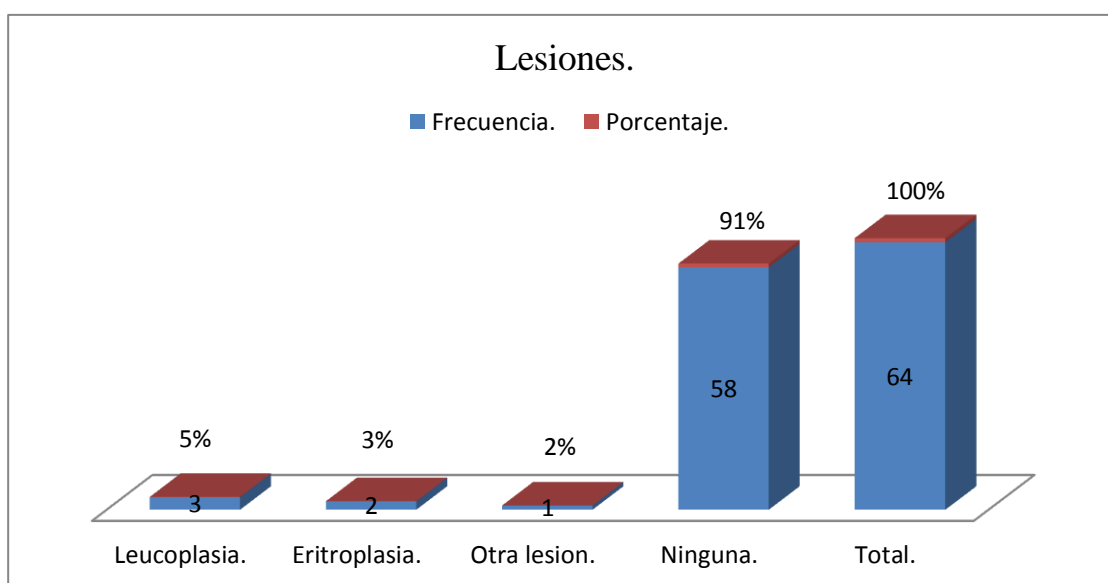


Gráfico No. 8. Planilla de recolección de datos a los pacientes de la universidad san Gregorio de Portoviejo. Realizada por autor de esta tesis. Cap. IV, p. 63 - 66.

Análisis e interpretación.

Según el cuadro y gráfico No 8 observamos los resultados obtenidos, 3 de ellos, corresponde a un 5% presentaron Leucoplasia, 2 de ellos que corresponde a 3% con Eritroplasia, 1 de ellos que corresponde a 2% otras lesiones y 59 de ellos que corresponde al 92% no presentan ninguna lesión.

Observando la obra de Raspall⁶³ (2000) se puede citar que:

La Leucoplasia es la lesión precancerosa oral más frecuente. El término Leucoplasia es un concepto no histológico y se define como una lesión blanca de la mucosa oral, que no se puede identificar con cualquier otra lesión bien definida. Leucoplasia oral normalmente aparece después de los 40 años, y tiene una incidencia mayor alrededor de los 50 años con un predominio en el sexo masculino”. (p. 24).

⁶³Raspall, Guillermo. (2000). Tumores de cara, boca, cabeza y cuello: atlas clínico.(2 ed.). Reino de España: Editorial Masson, S.A.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

En los pacientes estudiados la leucoplasia fue la de mayor incidencia.

Las lesiones precancerosas que obtuvimos fueron leucoplasia, eritroplasia y otras lesiones.

El resultado que obtuvimos fue un alto porcentaje de leucoplasia.

Los pacientes presentaron un bajo índice de factores de riesgos.

5.2. Recomendaciones.

Orientar a los pacientes sobre el cuidado y evitar hábitos que pueden ser un factor de riesgo para desencadenar un cáncer bucal.

Elaborar un cronograma de charlas sobre el cáncer bucal y otras posibles lesiones que pueden llevar a desencadenar grandes complicaciones y la muerte.

Instruir a los pacientes que utilizan prótesis en que tiempo deben cambiar la aparatología y los métodos de higiene bucal.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Datos informativos.

6.1.1. Título de la propuesta.

Charlas educativa sobre las manifestaciones bucales en tejidos blandos dirigida a los pacientes de la Universidad san Gregorio de Portoviejo.

6.1.2. Periodo de ejecución.

Cuadro 11.

Actividades para realizar la propuesta.

Actividad.	Marzo.		
	2	3	4
Socialización de la propuesta con los directivos de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.	x		
Socialización de la propuesta con los estudiantes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.		X	
charlas educativas con la participación de estudiantes, docentes y entrega de Cd educativo y entrega de trípticos a los pacientes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.			X

Nota: Actividades para realizar la propuesta.

Fuente: Realizada por autor de esta tesis.

6.1.3. Descripción de los beneficiarios.

La propuesta consta con dos tipos de beneficiarios los directos y los indirectos. Los beneficiarios directos están constituidos por los pacientes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Los beneficiarios indirectos lo conforman las autoridades, docentes y alumnos de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

6.1.4. Ubicación sectorial y física.

La Universidad San Gregorio de Portoviejo se ubica en la Av. Metropolitana #2005 y Av. Olímpica, Portoviejo.

6.2. Introducción.

El cáncer bucal se produce en los labios (generalmente, en el inferior), dentro de la boca, en la parte posterior de la garganta, en las amígdalas o en las glándulas salivales. Afecta con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres, y principalmente lo padecen personas mayores de 40 años. El tabaquismo en combinación con la ingesta fuerte de alcohol constituye factores claves de riesgo.

La detección tardía del cáncer bucal puede implicar cirugía, terapia radiante y quimioterapia. También, puede resultar fatal con un porcentaje de supervivencia de cinco años para aproximadamente el 50% de los casos. Ese pronóstico negativo se debe en parte a la falta de identificación de los primeros síntomas de la enfermedad, por lo tanto, la detección temprana del cáncer bucal es fundamental para el éxito del tratamiento.

6.3. Justificación.

En base a las encuestas realizadas y los resultados obtenidos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, se pudo comprobar que hay un bajo nivel que presentan lesiones pero a su vez desconocen sobre las manifestaciones bucales. La finalidad de la propuesta es que mediante charlas, educar a los pacientes que asisten a la universidad sobre las lesiones bucales y sus posibles consecuencias para que hagan conciencia y sea un incentivo para el diagnóstico temprano en caso de que llegaran a presentarla.

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo general.

Reducir las lesiones malignas y benignas que llevan al cáncer bucal.

6.4.2. Objetivos específicos.

Socializar el tema a tratar con los estudiantes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Concientizar sobre la importancia de las lesiones bucales y sus consecuencias.

Incentivar a los pacientes de la Universidad San Gregorio de Portoviejo ir al médico u odontólogo para controles periódicos.

6.5. Fundamentación teórica.

Durante la investigación se observó que los estudiantes presentaron enfermedades bucodentales como la caries y la placa bacteria en un porcentaje mayor que enfermedades bucodentales como la gingivitis, calculo, mal oclusión y fluorosis. Se realizó esta propuesta, la cual está encaminada a informar sobre importancia de la

higiene oral, técnicas de cepillado y métodos para mejorar la higiene oral para disminuir y prevenir las enfermedades bucodentales como caries y placa bacteriana.

6.6. Actividades.

Se realizó una charla educativa sobre las lesiones bucales y sus consecuencias. En dicha charla consta la entrega gigantografía y Cd compacto informativo a las autoridades de la Universidad san Gregorio de Portoviejo, además a los pacientes se les obsequio trípticos.

6.7. Recursos.

6.7.1. Humanos.

Pacientes de la USGP.

Directora de la tesis.

Investigador.

6.7.2. Técnicos.

Cámara fotográfica.

6.7.3. Materiales.

Gigantografía.

Cd.

Trípticos.

6.7.4. Financieros.

Esta propuesta está financiada en su totalidad por el autor de la misma.

6.8. Presupuesto.

Cuadro 9.

Presupuesto de la propuesta.

Actividad.	Recursos.	cantidad	v unit	v. total	Financiar
Diseño tríptico.	Diseñador gráfico.	1	5.00	5.00	Autor.
Impresiones trípticos.	Blanco y negro.	100	0.10	10.00	Autor.
Diseño y elaboración del banner.	Diseñador gráfico.	1	1.00	20.00	Autor.
Viáticos.				20.00	Autor.
Total.				55.80	Autor.

Nota: Presupuesto de la propuesta.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis.

Anexo 1.

Cuadro 10.

Matriz de operacionalización de las variables.

No.	Variable.	Tipo.	Escala.	Definición.	Indicadores.
1	Edad.	Cualitativa politómico.	15 años o más.	Según años cumplidos hasta el momento del estudio.	Frecuencia absoluta y por ciento.
2	Sexo.	Cualitativa nominal dicotómica.	F. M.	Según su biológico de pertenencia.	Frecuencia absoluta. Por ciento.
3	Nivel de Educación.	Cualitativa Politómica.	Primaria. Secundaria. Nivel medio. Universitario.	Según último año vencido.	Frecuencia absoluta.
4	Factores de riesgo.	Cualitativa Ordinal.	Sí. No.	Sí: ingiere bebidas alcohólicas. No: ingiere bebidas alcohólicas. Según criterios del autor.	Frecuencia Absoluta. Porcentaje.
5	Prótesis.	Cualitativo Dicotómico.	Sí. No.	Mal ajustada: prótesis balanceante, utilizada por más de 6 años. Buen ajuste: prótesis en correcto estado.	Frecuencia Absoluta. Porcentaje.

6	Lesiones premalignas.	Cualitativo Politómica.	Sí. No.	Diagnóstico realizado según clasificación OMS.	Frecuencia Absoluta. Porcentaje.
7	Leucoplasia.	Cualitativo dicotómico.	Sí. No.	Mancha o placa que no se retira al raspado que no se caracteriza clínica ni patológicamente con ninguna otra enfermedad.	Frecuencia Absoluta. Porcentaje.
8	Eritroplasia.	Cualitativo dicotómico.	Sí. No.	Manchas rojas aterciopelada, brillante bien limitada algunas zonas de la mucosa bucal que no se corresponde clínica ni patológicamente con ninguna otra enfermedad.	Frecuencia Absoluta. Porcentaje.

Nota: Cuadro de matriz de las variables.
Fuente: Realizado por este autor.

Anexo 2.

Cuadro 11.

Cuestionario Aplicado.

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 sus hábitos y costumbres. 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 solicite o haga una “x” en el cuadro, según corresponda.

1.Edad: (años cumplidos)		2. Sexo: M <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2	
3. Ocupación			
a. Profesional. <input type="checkbox"/> 1		b. Obrero. <input type="checkbox"/> 2	
c. Trabajador Privado. <input type="checkbox"/> 3		d. Estudiante. <input type="checkbox"/> 4	
e. Ama de casa. <input type="checkbox"/> 5		f. Sin Vínculo Laboral. <input type="checkbox"/> 6	
g. Otra. <input type="checkbox"/> 7 ¿Cuál?			
4.Nivel escolar. (Último nivel terminado)			
a. No sabe leer ni escribir. <input type="checkbox"/> 1		b. Primaria no terminada. <input type="checkbox"/> 2	
c. Primaria no terminada. <input type="checkbox"/> 3		d. Secundaria. <input type="checkbox"/> 4	
e. Bachiller. <input type="checkbox"/> 5		f. Técnico. <input type="checkbox"/> 6	
g. Universitario. <input type="checkbox"/> 7		h. Otro. ¿Cuál?	
5. ¿Conoce sobre la existencia del cáncer bucal? Sí. <input type="checkbox"/> 1 No. <input type="checkbox"/> 2			
6. ¿Si conoce sobre existencia cáncer bucal, marque con una “x” con que piensa Ud, se relacione. (puede marcas más de una respuesta)			
a. Ingestión de bebidas alcohólicas. <input type="checkbox"/> 1		b. Caries dentales. <input type="checkbox"/> 2	
c. Consumo de carnes. <input type="checkbox"/> 3		d. Consumo escaso de vegetales. <input type="checkbox"/> 4	
e. Hábito de fumar. <input type="checkbox"/> 5		f. Otro. <input type="checkbox"/> 5, ¿Cuál?	
7. ¿Utiliza prótesis dental? Sí <input type="checkbox"/> 1 No. <input type="checkbox"/> 2		8. Si utiliza prótesis esta es: Parcial <input type="checkbox"/> 1 Total. <input type="checkbox"/> 2	
9. Desde cuando utiliza prótesis dental. (años)? Años.			
Atendiendo a sus hábitos alimenticios diga:			
10. ¿Consume vegetales en su dieta.? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
11.Si consume vegetales en su dieta, piense en una semana común y diga si los consume:			
a. Diariamente. <input type="checkbox"/> 1		b. 3 o 4 veces a la semana. <input type="checkbox"/> 2	
c. Menos de 3 veces a la semana. <input type="checkbox"/> 3			
12. Cuando consume vegetales, la cantidad total de vegetales que consume en un día(tome como medida en el volumen de una taza de café con leche) es de: tazas			

13. ¿Fuma? Sí. <input type="checkbox"/> 1 No. <input type="checkbox"/> 2	a. Si fuma cigarrillos, ¿Cuántos como promedio fuma al día?		
	b. Si fuma cigarros, ¿Cuántos como promedio fuma al día?		
c. Qué tiempo hace que fuma cigarrillos o cigarros (años promedio)?			Años.
d. ¿Masca cigarros? Si. <input type="checkbox"/> 1 No. <input type="checkbox"/> 2	e. ¿Hace cuánto tiempo masca cigarros (años promedio)?		
14. ¿Consume bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
Si consume bebidas alcohólicas, lo hace:		a. Diariamente. <input type="checkbox"/> 1	
b. 3 o 4 veces a la semana. <input type="checkbox"/> 2		c. Menos de 3 veces a la semana. <input type="checkbox"/> 3	
d. Cuánto tiempo hace que bebe. (años):		años.	
15. Cuando bebe, la bebida que consume es preferentemente:		a. cerveza. <input type="checkbox"/> 1	b. Vino. <input type="checkbox"/> 2
e. ron. <input type="checkbox"/> 3	d. Aguardiente. <input type="checkbox"/> 4	e. Whisky. <input type="checkbox"/> 5	f. Otra. <input type="checkbox"/> 5, ¿Cuál?
16. Teniendo en cuenta la frecuencia con que bebe, ¿qué cantidad total promedio ingiere en un día de los que acostumbra hacerlo? (diga la cantidad promedio de medidas según aparece debajo.)			
a. Botellas pequeñas de cerveza:		b. Vasos de Vino:	c. Líneas de ron:
c. Líneas de aguardiente:		d. Líneas de whiskey:	f. Otra:
17. ¿Ha presentado algún daño o lesión en su boca? Sí. <input type="checkbox"/> 1 No. <input type="checkbox"/> 2 No recuerdo. <input type="checkbox"/> 3			
18. En caso afirmativo, ¿Dónde se ha situado?			
a. Lengua. <input type="checkbox"/> 1	b. Encías. <input type="checkbox"/> 2	c. Labios.	c.
d.	e.	f.	g.
19. Ha recibido tratamiento para la lesión por parte del odontólogo?			
20. Al recibir tratamiento del odontólogo la lesión:			
		b. Desapareció y reapareció en el mismo lugar de la boca. <input type="checkbox"/> 2	
c. Desapareció y reapareció en otro lugar de la boca. <input type="checkbox"/> 3			
Relacionado con la salud familiar, conteste las siguientes preguntas:			

21. ¿Tiene o ha tenido algún familiar o familiares que ha (n) parecido de cáncer? Sí. <input type="checkbox"/> 1 No. <input type="checkbox"/> 2 No sé. <input type="checkbox"/> 3			
22. ¿Qué parentesco tiene (n) o han tenido con Ud.?:			
a. Padre. <input type="checkbox"/> 1	b. Madre. <input type="checkbox"/> 2	c. Hermano.(a) <input type="checkbox"/> 3	d. Tío. <input type="checkbox"/> 4
e. Abuelo. (a) <input type="checkbox"/> 5	f. Primo.(a) <input type="checkbox"/> 6	g. Otro. <input type="checkbox"/> 7 ¿Cuál?	
23. Considerando solo a los padres, hermanos, tíos, abuelos, primos, ¿Cuántos en total han padecido de cáncer?			
24. ¿En qué partes del cuerpo ha estado localizado el cáncer en estos familiares?			
a. Boca. <input type="checkbox"/> 1	b. Mama. <input type="checkbox"/> 2	c. Pulmón. <input type="checkbox"/> 3	d. Garganta. <input type="checkbox"/> 4
e. Cuello uterino. <input type="checkbox"/> 5	f. Estómago. <input type="checkbox"/> 6	g. Otras. <input type="checkbox"/> 7	h. No sé. <input type="checkbox"/> 8
25. ¿Conoce si existe algún programa para la prevención de cáncer bucal en Manabí? Sí. <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
26. Si lo conoce, ¿por qué medio le ha llegado la información?			
a. Radio. <input type="checkbox"/> 1	b. Televisión. <input type="checkbox"/> 2	c. Personal de salud. <input type="checkbox"/> 3	e. Otro. <input type="checkbox"/> 4
27. ¿Le gustaría que Ud. y su familia recibieran información sobre el cáncer bucal y las medidas para su prevención? Sí. <input type="checkbox"/> 1 No. <input type="checkbox"/> 2 No sé. <input type="checkbox"/> 3			

Elaborado por: Autor de tesis.

Fuente: Investigación de campo.

Anexo 3.

Cuadro 15.

Planilla de recolección de datos

MODELO DE ATENCION AL PACIENTE					Tipo de pesquisa.	Activa. <input type="checkbox"/> 1	Pasiva. <input type="checkbox"/> 2	N o .																	
Primer apellido.		Segundo apellido.		Nombres.		C I		Sexo. .	M <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2																
E d a d.	Ocupación.		Color de piel.	Blanco. <input type="checkbox"/> 1	Negro. <input type="checkbox"/> 2	Mestizo. <input type="checkbox"/> 3	Amarillo. <input type="checkbox"/> 4																		
CARACTERISTICAS CLINICAS																									
DESCRIPCIÓN		Dolor.		Localización.																					
		S í .	N o .	Labio Superior	Labio inferior	Base de lengua	Dorso de lengua	Lateral lengua	Vértice lengua	Encía superior	Encía inferior	Paladar duro	Paladar blando	Suelo de boca	Mucosa carrillo	Trígono retromolar	Glándula parótida	Amígdala	Pared lateral	Glándula salival	Nódulo cuello	Otra	¿Cuál?		
a.	Lesión blanca. <input type="checkbox"/> 1																								
b.	Lesión roja. <input type="checkbox"/> 2																								
c.	Lesión ulcerosa. <input type="checkbox"/> 3																								
d.	Lesión mixta. <input type="checkbox"/> 4																								
e.	Lesión ulcerosa hemorrágica. <input type="checkbox"/> 5																								
f.	Lesión de coloración oscura. <input type="checkbox"/> 6																								
g.	Nódulo. <input type="checkbox"/> 7																								
h.	Nódulo ulcerado. <input type="checkbox"/> 8																								
i.	Crecimiento verrugoso. <input type="checkbox"/> 9																								
j.	Aumento de volumen de tejido. <input type="checkbox"/> 10																								
k.																									
l.																									
m.																									
Diagnóstico presuntivo.																									
a.	Leucoplasia . <input type="checkbox"/> 1	b.	Eritroplasia. <input type="checkbox"/> 2	c.	Eritroleucoplasi a. <input type="checkbox"/> 3	d.	Carcinoma. <input type="checkbox"/> 4	e.	Queilitis. <input type="checkbox"/> 5																
f.	Tumor <input type="checkbox"/> 6	g.	Otra <input type="checkbox"/> 7	h.	¿Cuál?																				
Tratamiento indicado.																									
Fecha de atención.	Día.	Mes.	Año.	Atendido por.	Nombre.			Firma.																	

Elaborado por: Autor de tesis.

Fuente: Investigación de campo.

Anexo 4

Cuadro 11.

Presupuesto.

Rubros	Cantidad	Unidad de Medida	Costo Unitario	Costo Total	Autogestion
Memoria USB	1	Unidad	\$10.00	\$10.00	\$10.00
Copias	800	Unidad	\$ 0.03	\$2.40	\$2.40
Mascarillas	7	Caja	\$ 4.00	\$ 28.00	\$ 28.00
Guantes estériles	7	Caja	\$ 8.00	\$56.00	\$56.00
Esferos	2	Caja	\$ 3.00	\$6.00	\$6.00
Tinta Negra	4	Cartuchos	\$ 30.00	\$120.00	\$120.00
Campos estériles	160	Unidad	\$ 1.00	\$160.00	\$160.00
Encuadernado de la tesis	4	Espiralado	\$3.00	\$12.00	\$12.00
Transporte	Mensual	Unidad	\$10.00	\$ 10.00	\$ 10.00
Varios			\$ 300	\$ 300	\$ 300
				Subtotal	\$726.40
				Total	\$724.41

Nota: Presupuesto de la tesis.

Fuente: Realizado por autor de esta tesis.

Anexo 6.

Planilla de consentimiento informado.

Yo, el abajo firmante,

Con residencia en:

Acepto tomar parte en este estudio titulado: Caracterización etimológica de las lesiones precancerosas y cáncer en cavidad bucal en la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo periodo abril 2014 marzo 2015.

El egresado Alex Gabriel Daza Cedeño investigador del presente estudio me ha informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio y que puedo retirarme libremente.

Accedo a cooperar con el investigador y accedo a que mis datos pasen a formar parte del registro.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Nombre y Firma del investigador.

Nombre y Firma del participante.

Elaborado por: Autor de tesis.

Fuente: Investigación de campo.

Anexo 7.

Cuadro 12.

Cronograma de actividades de proceso titulación.

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	4				
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																																																

Nota: Cuadro de cronograma de titulación.
 Fuente: Realizado por autora de esta tesis.

Bibliografías.

American Cancer Society. (2014). ¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer de orofaringe y de cavidad oral?. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en:

<http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeorofaringeydecavidadoral/guiadetallada/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer1-causes-risk-factors>.

Andrade, Mónica et al. (2010). Nevus blanco esponjoso familiar. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000200015&script=sci_arttext.

Andraka, Paulo. (2011). Trampas al Cigarro: Método Nuevo, Práctico, Inteligente, y Efectivo para dejar de fumar para Siempre. Estados Unidos: Palibrio.

Aguas, S. y Lanfranchi Tizeria, H. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. Revista de la facultad de Odontología (UBA), 19(47), 24-6. [En línea].

Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en:

<http://www.odon.uba.ar/revista/pdf/fouba2004completa-2.pdf>.

Bermejo, F. y López, P. (2004). Liquen plano oral. Naturaleza, aspectos clínicos y tratamiento. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000400003.

Beltrán, Bartolomé. (2008). El Médico solo no Basta: Todo lo que Debes Saber Antes y Después de la Receta Médica. Reino de España: Ediciones Aran S.L.

Castilla, Juana. (2002). Tabaquismo. Programa para dejar de Fumar. Reino de España. (2 ed.). Publicacions Ediciones Dias de Santos S.A.

Cawson, R y Odell, E. (2009). Fundamentos de Medicina y Patología Oral. Reino de España: Elsevier España.

Ceccotti, Eduardo et al. (2007). El Diagnostico en Clínica Estomatológica. (1 ed.). República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Colgate. (2015). Cáncer Bucal: Signos y Síntomas. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2015] Disponible en: <http://www.colgate.cl/app/Colgate/CL/OC/Information/OralHealthBasics/MedCondOralHealth/CancerOralHealth/OralCancerSignsSymptoms.cvsp>.

Chímenos, Eduardo y López, José. (2010). Esquemas de Medicina Bucal. Reino de España: Publicacions Edicions de la Universitat de Barcelona.

Estrada, G y Zayas, S. (2010). Diagnóstico clínico e histopatológico de la Eritroplasia bucal. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_4_10/san03410.pdf

Fauci, A et al. (2012). Harrison Principios de la Medicina Interna. (16 ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Gavalda, Esteve et al. (2004). Eritema multiforme. Revisión y puesta al día. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n4/puesta2.pdf>.

Gonzales, A et al. (2006). Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_1_06/est03106.htm.

Grispan, David. (2012). Prevención del Cáncer de boca "Dr. David Grispan". [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: <http://www.hospital.uncu.edu.ar/novedades/index/prevencion-del-cancer-de-boca-dr-david-grispan>.

Hannah, Barbara. (2013). Lo mejor Después de los 50: Estilo, Sexo, Salud, Dinero, y más para Mujeres. Reino de España: Océano.

León, E. et al. (1996). Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000300002&script=sci_arttext.

Lindhe, L et al. (2009) Periodontología Clínica e Implantología Odontológica. (5 ed.). Buenos Aires, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

López, A y Martin, R. (2012). Cirugía Oral y Maxilofacial. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Martínez, Rogelio y Medina, Efraín. (2009). Fundamentos de Oncología. (1 ed.). Estados Unidos Mexicanos: Elsevier.

Mediplus. (2014). Cáncer oral [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2015] Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001035.htm>.

Murat, Dres et al. (2012). Nevo blanco esponja. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=77126>.

Nicot, Roberto et al. (1995). Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol32_2_95/est03295.htm.

Quintana, Juan et al. (2004). Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300007.

Raspall, Guillermo. (2000). Tumores de cara, boca, cabeza y cuello: atlas clinico.(2 ed.). Reino de España: Editorial Masson, S.A.

Riera, Paula et al. (2008). Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2015] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500007-

Rodríguez, J et al. (2002). Candidiasis de la mucosa bucal. [En línea]. Consultado: [31, Enero, 2014] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_2_02/Est07202.htm.

Rodríguez, Walter. (2000). Neoplasias Malignas de Cabeza y Cuello. República del Perú: Editorial de la universidad mayor de San Marcos.

Sánchez, Fátima y Palma, Ascensión. (2013). Técnicas de Ayuda Odontológica y Estomatológica. (2a ed.). Reino de España: Paraninfo.

Sapp, J et al. (2005). Patología Oral y Maxilofacial contemporánea. Reino de España: Elsevier España.

Suarez, Carlos. (2008). Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello: Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello y de la Base del Cráneo. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Shors, Teri. (2009). Virus Estudio Molecular con Orientación Clínica. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Vila, Carlos et al. (2008). Cirugía oral. Reino de España: Aran.

Wolff et al. (2005). Dermatología en Medicina General. (7 ed.). Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Wood, N y Goaz, P. (1999). Lesiones orales y maxilofaciales. Reino de España: HarcourtBrace.