



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema:

Factores de riesgo del cáncer bucal, lesiones y estados premalignos en las personas mayores de 15 años en la parroquia Colón del cantón Portoviejo, en el año 2014.

Autora:

Andrea María Murillo Zambrano.

Directora de tesis:

Dra. Amarilis Martín Moya.

Cantón Portoviejo - Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

Dra. Luz Amarilis Martin, certifica que la tesis de investigación titulada: Factores de riesgo del cáncer bucal, lesiones y estados premalignos en las personas mayores de 15 años en la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí, República del Ecuador, en el año 2014. Es trabajo original de la estudiante Andrea María Murillo Zambrano, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dra. Luz Amarilis Martin Moya.

Directora de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Factores de riesgo del cáncer bucal, lesiones y estados premalignos en las personas mayores de 15 años en la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo, en el año 2014.

Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como la obtención del título de odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucia Galarza Santana.

Directora de la carrera.

Dra. Amarilis Martin Moya.

Directora de tesis.

Dr. Miguel Arredondo López.

Miembro del tribunal.

Dra. Sirced Salazar Rodríguez.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA.

La responsabilidad de las ideas y resultados del presente trabajo investigativo: Factores de riesgo del cáncer bucal, lesiones y estados premalignos en las personas mayores de 15 años en la parroquia Colón de la ciudad de Portoviejo, en el año 2014, pertenece exclusivamente a la autora. Además cedo mis derechos de autora de la presente tesis, a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Andrea María Murillo Zambrano.

AGRADECIMIENTO.

A mis padres y hermana que de una u otra manera me apoyaron en todo momento. A mi enamorado, ya que con su ayuda pude sobrellevar las dificultades que se presentaron en mi carrera. A los docentes que sin egoísmo alguno me brindaron sus sabios conocimientos, cumpliendo su noble tarea de educar para el futuro.

Andrea María Murillo Zambrano.

DEDICATORIA.

A mis padres Andrés y María por haber sido quienes me apoyaron incondicionalmente, en todos los momentos que nos impone esta difícil carrera. A Gustavo quien estuvo conmigo apoyándome para que no claudique, a su apoyo solidario, que con alegría y amor siempre me supo ayudar dándome ánimos. A mi hermana por haberme brindado el apoyo moral, y espiritual que todo ser humano necesita para seguir adelante, cuando emprende un camino difícil, como es esta profesión.

Andrea María Murillo Zambrano.

RESUMEN.

El cáncer bucal es un problema de salud a nivel mundial, con tasas de incidencia y mortalidad cada vez mayores. La detección precoz parece ser la clave para reducir la mortalidad y aumentar la supervivencia. La importancia del estudio radicó en caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo del cáncer bucal, lesiones y estados premalignos en las personas mayores de 15 años en la parroquia de Colón del cantón Portoviejo en el año 2014. Para lograr este objetivo se identificó los principales factores de riesgo del cáncer bucal lesiones y estados premalignos, y luego se determinó la prevalencia. Se realizó una encuesta, el universo de estudio incluyó 344 personas, el cual se caracterizó los factores de riesgos asociados a las lesiones-estados premalignos y cáncer bucal, tomando en cuenta las variables que se operacionalizan.

El análisis de los datos obtenidos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 19, las investigaciones demostraron según los factores de riesgo mayormente se registraron en el sexo femenino, en el grupo de edades predominó la de 35 -59 años, en la ocupación predominó amas de casa seguido de estudiantes, y en el nivel escolar predominó la primaria terminada. El bajo consumo de vegetales fue el factor de riesgo que más se evidenció en la población estudiada. El hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas, la mala higiene y el uso de prótesis inadecuado tuvieron resultados equivalentes entre ellos.

ABSTRACT.

Oral cancer is a health problem worldwide, with incidence rates and increasing mortality. Early detection seems to be the key to reducing mortality and increase survival. The importance of the study lay in characterizing the behavior of the risk factors for oral cancer and premalignant lesions states in people over 15 years in the parish Colón of the canton Portoviejo Year 2014. To achieve this identified the main risk factors for oral cancer and premalignant lesions states, then the prevalence was determined. A survey was conducted, the universe of study included 344 people, which risk factors associated with premalignant lesions and oral-cancer states characterized by taking into account the variables are operationalized.

The analysis of the data was performed using SPSS version 19, research has shown as risk factors were recorded mostly in females in the age group dominated over 35 -59 years, the predominant occupation housewives followed by students, and the predominance finished primary school level. The low consumption of vegetables was the risk factor most evidenced in the study population. Cigarette smoking, alcohol consumption, poor hygiene and inadequate use of prostheses had equivalent results between them.

ÍNDICE

Certificación del director de tesis.....	I
Certificación del tribunal.....	II
Declaratoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Dedicatoria.....	V
Resumen.....	VI
Abstract.....	VII
Índice.....	VIII
Introducción.....	1
Capítulo I	
1. Tema de la investigación.....	4
1.1. Formulación del problema.....	4
1.2. Planteamiento del problema.....	4
1.3. Preguntas de investigación.....	4
1.4. Delimitación del problema.....	5
1.4.1. Delimitación espacial.....	5
1.4.1. Delimitación temporal.....	5
1.5. Justificación.....	5
1.5. Objetivos.....	6
1.6.1. Objetivo general.....	6
1.6.2. Objetivos específicos.....	6
Capítulo II	
2. Marco Teórico: Referencial y Conceptual.....	8
2.1. Cáncer bucal.....	8
2.2. Factores de riesgo.....	22

2.3. Unidad de observación y análisis.....	33
2.4. Variables.....	32
2.4.1. Variable dependiente.....	32
2.4.2. Variable independiente.....	32
2.5. Matriz de operacionalización de las variables.....	32
Capítulo III	
3. Marco metodológico.....	33
3.1. Modalidad y tipo de la investigación.....	33
3.2. Tipo de la investigación.....	33
3.3. Método.....	33
3.4. Técnicas.....	33
3.5. Instrumentos.....	34
3.6. Recursos.....	34
3.6.1. Humanos.....	34
3.6.2. Materiales.....	34
3.6.3. Recursos tecnológicos.....	35
3.6.4. Recursos económicos.....	35
3.7. Población y muestra.....	35
3.7.1. Población.....	35
3.7.2. Tamaño de la muestra.....	36
3.7.3. Tipo de muestra.....	36
3.8. Proceso de recolección de información.....	36
3.9. Procesamiento de la información.....	36
Capítulo IV	
4. Análisis e interpretación de los resultados.....	37
Cuadro N° 1.....	37
Cuadro N° 2.....	38

Cuadro N° 3.....	39
Cuadro N° 4.....	40
Cuadro N°5.....	42
Cuadro N° 6.....	44
Cuadro N° 7.....	45
Cuadro N° 8.....	47
Capítulo V	
5. Conclusiones y recomendaciones.....	48
5.1. Conclusiones.....	48
5.2. Recomendaciones.....	48
Capítulo VI	
6. Propuesta.....	52
Referencias Bibliográficas.....	54
Anexos.....	62

INTRODUCCIÓN.

Observando la obra de Muñoz¹ (1997) podemos entender que “el nombre de cáncer proviene del término griego karkinoma dado por Hipócrates cuatro siglos antes de Cristo, y del equivalente latino cáncer”. (p. 7).

Analizando la revista de Seoane, González, Seoane, Diniz, & García² (2013) podemos entender que:

El cáncer oral un problema de salud a nivel mundial, con tasas de incidencia y mortalidad cada vez mayores. La detección precoz y la referencia temprana parecen ser la clave para reducir el retraso diagnóstico y por lo tanto aumentar la supervivencia. (p. 119).

Analizando la obra de Muñoz³ (1997) podemos entender que “el cáncer constituye la segunda causa de mortalidad en los países desarrollados, en los que una de cada cinco personas fallece debido a esta enfermedad”. (p. 6).

Analizando la revista de López, Diniz, Otero, Peñamaría, & Blanco⁴ (2013) podemos conocer que “el cáncer oral no solo genera una mortalidad significativa, sino que también provoca desfiguración extensa, pérdida de funcionalidad, cambios conductuales y problemas económicos y sociológicos”. (p. 73).

¹ Muñoz, A. (1997). *Cáncer: genes y nuevas terapias*. Reino de España: Editorial Hélice.

² Seoane, J. González, A. Seoane, J. Diniz, M. & García, J. (2013). Cáncer oral. Hacer biopsia o referir. Como hacerlo. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

³ Muñoz, A. (1997). *Cáncer: genes y nuevas terapias*. Reino de España: Editorial Hélice.

⁴ López, M. Diniz, M. Otero, E. Peñamaría, M. & Blanco, A. (2013). Factores de riesgo y prevención del cáncer oral. Actitud del odontólogo. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

Investigando la obra de Muñoz⁵ (1997) podemos conocer que “el cáncer es un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento excesivo y descontrolado de células que invaden y dañan tejidos y órganos, provocando finalmente la muerte del individuo”. (p. 6).

Analizando la obra de Muñoz⁶ (1997) podemos entender que:

Un cáncer es el resultado de dos procesos sucesivos: el aumento de la proliferación de un grupo de células denominado tumor o neoplasia, y la posterior adquisición por estas células de la capacidad invasiva que les permite escapar de su sitio natural en el organismo y colonizar y proliferar en otros tejidos u órganos, proceso conocido como metástasis. Ambas alteraciones son necesarias para definir un cáncer: si solo tiene lugar donde normalmente se hallan, se habla de un tumor benigno, cuya curación completa por extirpación quirúrgica no suele ser un problema. Cuando las células de un tumor son capaces de invadir los tejidos circundantes, o los distantes tras penetrar el torrente circulatorio sanguíneo o linfático, es decir, de formar metástasis se habla de un tumor maligno o cáncer. (p. 7).

Estudiando la revista de Warnakulasuriya⁷ (2013), podemos entender que “la detección precoz y el reducir los factores de riesgo constituyen la mejor política de salud encaminada a reducir la morbi-mortalidad por cáncer oral”. (p. 113).

Analizando la revista de Mignogna⁸ (2013) podemos conocer que:

La estrategia más efectiva para prevenir el cáncer oral es controlar los hábitos de riesgo, pero para aquellos ya afectados la detección precoz mediante despistaje mejorará las probabilidades de supervivencia y evitara sufrimientos y muertes

⁵ Muñoz, A. (1997). *Cáncer: genes y nuevas terapias*. Reino de España: Editorial Hélice.

⁶ Muñoz, A. (1997). *Cáncer: genes y nuevas terapias*. Reino de España: Editorial Hélice.

⁷ Warnakulasuriya, S. (2013). Diagnóstico precoz del cáncer oral. Retraso diagnóstico. Rendimiento de nuevas herramientas diagnósticas. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

⁸ Mignogna, M. (2013). Screening del cáncer oral. Cinco minutos para salvar vidas. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

prematuras. Por lo tanto es importante explorar a los pacientes para detectar precozmente los cambios malignos. (p. 115).

Examinando la revista de Rapidis⁹ (2013) podemos entender que:

La mayoría de los casos de carcinomas orales pueden ser atribuidos a ciertos estilos de vida y son, por tanto, prevenible. Lo más importantes son el consumo de tabaco y beber alcohol en exceso. El hábito de fumar cigarrillos es el factor de riesgo más importante en Europa, aunque cualquier forma de usar el tabaco implica un riesgo aumentado. La tendencia ascendente del cáncer de lengua en individuos jóvenes en países occidentales mencionada previamente se atribuye a marcados incrementos en el consumo de alcohol. En aquellos casos en los que estos hábitos no están presentes (25% de los casos en pacientes jóvenes), el virus del papiloma humano podría ser un factor de riesgo importante. Una dieta saludable puede ayudar a prevenir el cáncer oral. La presencia de vegetales frescos, amarillos y verdes y frutas en la dieta a demostrado un papel beneficioso por su capacidad antioxidante. (p. 117).

⁹ Rapidis, A. (2013). Formas clínicas de presentación del cáncer oral. Cómo reconocerlo. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

CAPÍTULO I.

1. Tema de la Investigación.

Factores de riesgo del cáncer bucal, lesiones y estados premalignos en las personas mayores de 15 años en la parroquia colón del cantón Portoviejo.

1.1. Formulación del problema.

¿Cómo se caracterizan los factores de riesgo del cáncer bucal, lesiones y estados premalignos en las personas mayores de 15 años en la parroquia de colón del cantón Portoviejo?

1.2. Planteamiento del problema.

No están caracterizados los factores de riesgo del cáncer bucal, lesiones y estados premalignos en las personas mayores de 15 años en la parroquia de colón del cantón Portoviejo.

1.3. Preguntas de la investigación.

¿Qué factores de riesgo están presentes en el cáncer bucal, de lesiones y estados premalignos en la población a estudiar?

¿Cuáles son los factores de riesgo de mayor prevalencia del cáncer bucal lesiones y estados premalignos en la población a estudiar?

1.4. Delimitación del problema.

1.4.1. Delimitación espacial.

El estudio se realizó con los habitantes mayores de 15 años en la parroquia de colón del cantón Portoviejo.

1.4.2. Delimitación temporal.

Se ejecutó desde Marzo 2014 hasta Julio 2014.

1.5. Justificación.

Existe poco conocimiento de los factores relacionados con el cáncer bucal, además en Ecuador aún no se ha publicado un estudio investigativo que permita la caracterización de los factores de riesgo relacionados con lesiones-estados premalignos y cáncer bucal.

Analizando el artículo de Pascual, Franch, Muela, Manresa, Barluenga, Aparicio¹⁰ (2009) podemos conocer que:

Actualmente España es el tercer país del mundo con mayor mortalidad por cáncer en hombres, sin hacer distinción del tipo de cáncer u órgano afectado. El cáncer oral representa el sexto cáncer con mayor frecuencia en el mundo. Solo en Estados Unidos se diagnostican más de cuarenta mil nuevos casos de cáncer oral y

¹⁰ Pascual, A. Franch, M. Muela, R. Manresa, C. Barluenga, N. Aparicio, C. (2009). Cáncer oral. Actualidad en técnicas de detección. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://www.sepa.es/images/stories/SEPA/ESTAR_al_DIA/HIGIENE/pag267-274.pdf

orofaríngeo cada año. En España esta cifra ronda los 4000 casos anuales siendo la séptima causa de fallecimiento con unas 2000 muertes anuales. (p. 265).

Este estudio permitirá un gran aporte al campo educativo y científico ya que en la actualidad el cáncer oral es uno de las enfermedades más comunes en el mundo, y está dentro de las 10 primeras causas mundiales de mortalidad. Además esta investigación nos brinda conocimiento de los factores de riesgos que afecta en gran cantidad a la población, como los hábitos que tienen las persona, uno de ellos es el alcohol y el tabaco que son uno de los factores principales en intervenir en que cause un estado o lesión premaligno, poniendo en riesgo a que se produzca un cáncer.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Caracterizar el comportamiento de los factores de riesgo del cáncer bucal, lesiones y estados premalignos en las personas mayores de 15 años en la parroquia de colón del cantón Portoviejo.

1.6.2. Objetivos específicos.

Identificar los principales factores de riesgo del cáncer bucal lesiones y estados premalignos.

Determinar la prevalencia de los factores de riesgo del cáncer bucal, lesiones y estados premalignos de la población a estudiar.

CAPÍTULO II.

2. Marco Teórico Conceptual.

2.1. Cáncer Bucal.

Analizando ADAM Medical Encyclopedia¹¹ (2012) podemos citar que: “el cáncer es el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Las células cancerosas también se denominan células malignas”. (Sección de, Cáncer, ¶ 1).

Analizando la obra de Cortina¹² (2012) podemos conocer que:

El problema del cáncer es tan impactante, que alrededor del año 2000 se diagnosticaron cerca de 10 millones de casos al año (5.3 millones en hombres y 4.7 en mujeres), así como cerca de seis millones de muertes anuales por esa enfermedad. Se estima que para 2020 el número anual de nuevos casos alcanzara 15 millones. Este aumento proyectado el 50% en la incidencia mundial del cáncer, en las dos primeras décadas del siglo XXI, es el resultado combinado de varias tendencias, cada una de las cuales es más marcada en los países en desarrollo, particularmente como resultado del incremento en la prevalencia del consumo de tabaco y la adopción del estilo de vida occidental. (p. 36).

Examinando la obra de Núñez¹³ (2009) podemos citar que:

El cáncer bucal es un problema de salud que afecta un grupo significativo de personas en todo el mundo, capaz de producir notables secuelas anatómicas y fisiológicas en quienes lo padecen. La incidencia, la prevalencia y la severidad de esta enfermedad varían de un país a otro. (Sección de, Cáncer bucal, ¶ 2).

¹¹ ADAM Medical Encyclopedia. (2012). Cáncer. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://translate.google.com.ec/translate?hl=es-419&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0002267/&prev=/search%3Fq%3DADAM%2Bmedical%2Bencyclopedia%2Bcancer%26es_sm%3D93

¹² Cortinas, C. (2012). *Cáncer herencia y ambiente*. Estados Unidos Mexicanos: Fondo de cultura económica.

¹³ Núñez, Z. (2009). Cáncer Oral. Unidad de Cirugía y Maxilofacial. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.es/cancer-bucal-276873>

Observando la obra de Núñez¹⁴ (2009), podemos conocer que:

Numerosos estudios han demostrado que la cancerización es un fenómeno relativamente complejo en el que actúan o participan varios factores y donde probablemente ninguno de ellos por sí solo sea capaz de originar una neoplasia. Esto justifica el criterio universal de que el cáncer es una enfermedad de causa multifactorial, que depende de la acción simultánea de factores sociales o conductuales, hereditarios y ambientales. (Sección de, Cáncer bucal, ¶ 3).

Analizando la obra de Núñez¹⁵ (2009) podemos conocer que:

El cáncer de boca es un término general en medicina para cualquier crecimiento maligno localizado en la boca. Puede aparecer como una lesión primaria del mismo tejido de la cavidad oral, o por metástasis de un sitio de origen distante, o bien por extensión de estructuras anatómicas vecinas, tales como la cavidad nasal o el seno maxilar. La forma más común de cáncer en la boca es el carcinoma de células escamosas, originado en los tejidos que delimitan la boca y los labios. (Sección de, Cáncer bucal, ¶ 4).

Analizando la obra Kasper, Braunwald, & Fauci¹⁶ (2005) podemos conocer que:

Los carcinomas de la región de cabeza y cuello surgen de las superficies mucosas de estas zonas y típicamente se originan en células escamosas. Los tumores de las glándulas salivales difieren de los carcinomas más frecuentes de la región de cabeza y cuello en su etiología, histopatología, presentación clínica y tratamiento. (p. 2996).

Investigando la obra de Navarro¹⁷ (2008) podemos conocer que: “de forma global, las neoplasias malignas orales constituyen la sexta causa más frecuente de muerte relacionada o debida al cáncer a pesar de lo cual mucha gente desconoce su existencia”. (p. 523).

¹⁴ Núñez, Z. (2009). Cáncer Oral. Unidad de Cirugía y Maxilofacial. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.es/cancer-bucal-276873>

¹⁵ Núñez, Z. (2009). Cáncer Oral. Unidad de Cirugía y Maxilofacial. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.es/cancer-bucal-276873>

¹⁶ Kasper, H. Braunwald, L. & Fauci, J. (2005). *Harrison Principios de Medicina Interna*. Madrid, Reino de España: Mc Graw Hill-Interamericana.

¹⁷ Navarro, C. (2008). *Cirugía Oral*. Madrid, Reino de España: Aran Ediciones, S. L.

Analizando la revista de Rocha¹⁸ (2009) podemos conocer que: “el cáncer oral puede dividirse en tres grandes grupos: carcinomas propios de la cavidad oral, carcinomas de labio-bermellón y carcinomas de la orofaringe”. (p. 113).

Analizando el artículo de García, y Bascones¹⁹ (2009) podemos conocer que:

El pronóstico y la supervivencia del paciente cambia radicalmente ante un diagnóstico precoz. De este modo, un examen sistemático de la mucosa oral, tanto por medios visuales como mediante la palpación digital, deben formar parte de todo examen dental rutinario. A continuación expondremos una sistemática a seguir en la revisión de nuestros pacientes:

1. Examen de los labios. La superficie externa debe estar libre de grietas o úlceras.
2. Examen del aspecto interno labial.
3. Examen de las cadenas ganglionarias de forma rutinaria: submental, cadenas submandibulares, cadenas cervicales y cadenas yugulodigástricas.
4. Visión global, atendiendo especialmente al tejido gingival y al vestíbulo.
5. Examen de mucosa yugal.
6. Suelo de boca (zona de alto riesgo de malignización).
8. Examen de la superficie ventral de la lengua.
9. Examen de la superficie dorsal de la lengua.
10. Bordes laterales de la lengua (tomar la lengua con una gasa).
11. Visualización del paladar.
12. Retirar prótesis.
13. Examen velo paladar y pilares posteriores.

¹⁸ Rocha, A. (2009). Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. [En línea]. Consultado: [9, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoa/v21n1/v21n1a11.pdf>

¹⁹ García, V. & Bascones, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontostomatología. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000500002

14. Examen orofaríngeo. (Sección de, Diagnóstico del Cáncer oral, ¶ 1).

Analizando el artículo de García, y Bascones²⁰ (2009) podemos conocer que:

El diagnóstico definitivo de cáncer oral conlleva la realización de una biopsia para hacer un estudio anatomopatológico. Algunas herramientas utilizadas como coadyuvante a la biopsia son el azul de toluidina o la tinción con solución de lugol que ayudan a delimitar la zona idónea de resección, así como la citología exfoliativa o la biopsia por aspiración o por raspado. (sección de, Diagnóstico del cáncer oral, ¶ 2).

Analizando la obra de Suárez, C., Gil-Carcedo, L. Marco, J. Medina J. Ortega, P. & Trinidad, J²¹ (2009) podemos conocer que: “la localización de los carcinomas de cavidad oral incluye labio (45%), lengua (16%), suelo de boca (12%), encía inferior (12%), mucosa bucal (10%), encía superior y paladar duro (5%)”. (p. 3226).

Tipo de carcinomas.

Analizando la obra de Cawson²² (2009), podemos conocer que:

El carcinoma del labio es el lugar más frecuente de cáncer oral, pero no suele observarse en la clínica dental. El sitio más frecuente es el borde bermellón del labio inferior, a un lado de la línea media. Presentación más frecuente es un área de engrosamiento, induración, con ulceración elevada en el labio de menos 1cm de diámetro. (p. 281).

Investigando la obra de Cawson²³ (2009), podemos conocer que:

²⁰García, V. & Bascones, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontostomatología. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000500002&script=sci_arttext&tlng=pt

²¹ Suárez, C., Gil-Carcedo, L. Marco, J. Medina J. Ortega, P. & Trinidad, J.²¹ (2009). Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. [En línea]. Consultado: [9, mayo, 2014] Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=7VL4NF_jMGoC&pg=PA3227&dq=CARCINOMAS+DE+CELULAS+ESCAMOSAS&hl=es&sa=X&ei=Z4kJUrOBAuqE2QWawYBg&ved=0CE0Q6AEwBg#v=onepage&q=CARCINOMAS%20DE%20CELULAS%20ESCAMOSAS&f=false

²² Cawson, R. (2009). *Medicina y Patología oral*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. L.

El carcinoma en la lengua y en el suelo de la boca la zona anterior de la lengua, particularmente el borde lateral, y la cara ventral y el suelo de la boca se afectan con frecuencia. La presentación suele ser tardía, con una úlcera de 2 cm o más diámetro. (p. 282).

Analizando la obra de Navarro²⁴ (2008), podemos conocer que: “es conveniente recordar que en el tercio medio del borde lateral es donde, según las estadísticas, se desarrollan en mayor porcentaje el cáncer de lengua”. (p. 531).

Analizando la obra de Cawson²⁵ (2009), podemos conocer que:

El carcinoma en el reborde alveolar, la mucosa yugal y el paladar se asocia particularmente con el mascado de betel. El carcinoma del reborde alveolar y el paladar provoca una erosión de hueso ya en los estadios precoces, haciendo que el tratamiento sea más complejo. (p. 282).

Investigando la obra de Chimenos, y López²⁶ (2010), podemos conocer que: “la clasificación de tumores malignos de tejidos blandos de la cavidad oral son: carcinoma escamoso, carcinoma verrugoso, carcinoma de células fusiforme, carcinoma adenoide de células planas, carcinoma adenoepidermoide, carcinoma basaloide de células planas”. (p. 144).

Analizando la obra de Gomes, Kustner, López, Zubeldía, y Melcior²⁷ (2003), podemos entender que: “el cáncer más comúnmente encontrado en la cavidad oral es el carcinoma

²³ Cawson, R. (2009). *Medicina y Patología oral*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. L.

²⁴ Navarro, C. (2008). *Cirugía Oral*. Madrid, Reino de España: Aran Ediciones, S. L.

²⁵ Cawson, R. (2009). *Medicina y Patología oral*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. L.

²⁶ Chimenos, E. & López, J. (2010). *Esquemas de medicina bucal*. Barcelona, Reino de España: Edicions Universitat Barcelona.

²⁷ Gomes, F. Kustner, E. López, J. Zubeldía, F. y Melcior, B. (2003). Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. [En línea]. Consultado: [9, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v8i3/medoralv8i3p178.pdf>

de células escamosas o epidermoide, que constituye, aproximadamente, el 5% de todas las neoplasias”. (p. 178).

Analizando la obra de Norton²⁸ (2012) podemos entender que: “el carcinoma de células escamosas es el que constituye la mayoría de los cánceres de la cavidad bucal”. (p. 399).

Carcinoma Verrugoso.

Investigando la obra de Cawson²⁹ (2009) podemos conocer que:

El carcinoma verrugoso esta variante de carcinoma de células escamosas es una neoplasia de bajo grado. Tiene un aspecto característico blanco, de aspecto papilar, que forma masas bien circunscritas por encima del nivel de la mucosa adyacente. Esta particularmente asociado con el hábito de consumir tabaco en polvo. (p. 289).

Investigando la obra de Sapp, Eversole, y Wysocki³⁰ (2005) podemos conocer que: “la lesión suele estar ulcerada, con células malignas que penetran desde los extremos de las crestas epiteliales puntiagudas y alargadas adyacentes a la zona ulcerada”. (p. 195).

Lesiones y estados premalignos.

Analizando la revista de Blanco, Otero, Peñamaría, & Blanco³¹ (2013) podemos conocer que: “los términos precanceroso y premaligno han sido usados indistintamente en la

²⁸ Norton, N. (2012). *Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. A.

²⁹ Cawson, R. (2009). *Medicina y Patología oral*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. L.

³⁰ Sapp, J. Eversole, L. & Wysocki, G. (2005). *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier España. S. L.

³¹ Blanco, A. Otero, E. Peñamaría, M. & Blanco, A. (2013). Revista del ilustre consejo general de colegios y estomatólogos de España. Desordenes orales potencialmente malignos. Manifestaciones clínicas. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodontistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

literatura para describir presentaciones clínicas que pueden tener potencial para convertirse en cáncer; o, lo que es lo mismo, toda aquella situación patológica que precede a una situación maligna”. (p. 101).

Según la revista de Blanco, Otero, Peñamaría, & Blanco³² (2013) nos indica que: “la OMS en 1978 divide el precáncer oral en lesiones y estados precancerosos, ambos con un incremento del riesgo de desarrollo de cáncer, aunque conllevan connotaciones clínicas diferenciales”. (p. 101).

Analizando la obra de Bruzzone³³ (2007) podemos entender que: “un estado precanceroso implica una situación de riesgo mayor de desarrollar un cáncer, en especial en aquellas personas que están expuestas a agentes cancerígenos como el tabaco y el alcohol”. (p. 302).

Analizando la obra de Cawson³⁴ (2009) podemos conocer que: “las condiciones premalignas se asocian con un riesgo de carcinoma en alguna localización dentro de la cavidad oral, no necesariamente sobre una lesión preexistente”. (p. 262).

Liquen plano.

Investigando la revista de Blanco, Otero, Peñamaría, & Blanco³⁵ (2013) podemos conocer que: “el liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria crónica, recidivante,

³² Blanco, A. Otero, E. Peñamaría, M. & Blanco, A. (2013). Revista del ilustre consejo general de colegios y estomatólogos de España. Desordenes orales potencialmente malignos. Manifestaciones clínicas. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

³³ Bruzzone, R. (2007). *El diagnóstico en Clínica Estomatológica*. Buenos Aires, República de Argentina: Medica Panamericana.

³⁴ Cawson, R. (2009). *Medicina y Patología oral*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. L.

cambiante, de naturaleza autoinmune, psicomática, con manifestaciones orales frecuentes, diagnóstico clínico e histopatológico y se considera un trastorno potencialmente maligno”. (p. 104).

Analizando la obra de Plaza, y Silvestre³⁶ (2007) podemos conocer que: “dentro del liquen plano su prevalencia difiere considerablemente de un país a otro; es muy alta en Japón y en España (0.2 a 2%) y muy pequeña en Estados Unidos (0,4%)”. (p. 108).

Analizando la obra de Bruzzone³⁷ (2007) podemos conocer que:

Histológicamente, el liquen plano se caracteriza por:

1. Hiperqueratosis (paraqueratina u ortoqueratina).
2. Acantosis, a veces hiperplasia en “dientes de sierra”.
3. Degeneración hidrópica en el estrato basal.
4. Borramiento de la membrana basal.
5. Infiltrado linfocitario en banda neta.
6. Cuerpos de Civatte). (p. 303).

Fibrosis submucosa.

Analizando la obra de Santana³⁸ (2010) podemos entender que: “la fibrosis submucosa bucal (FSB) es una alteración de la mucosa de la boca que se halla caracterizada por una

³⁵ Blanco, A. Otero, E. Peñamaría, M. & Blanco, A. (2013). Revista del ilustre consejo general de colegios y estomatólogos de España. Desordenes orales potencialmente malignos. Manifestaciones clínicas. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

³⁶ Plaza, A. & Silvestre, F. (2007). Odontología en pacientes especiales. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=hzY7qIw3-RoC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q=liquen%20plano&f=false>

³⁷ Bruzzone, R. (2007). *El diagnóstico en Clínica Estomatológica*. Buenos Aires, República de Argentina: Medica Panamericana.

³⁸ Santana, J. (2010). *Atlas de patología del complejo bucal*. Ciudad de la Habana, República de Cuba: Ciencias Médicas.

atrofia epitelial acompañada de una dureza o rigidez de la submucosa y de una decoloración peculiar”. (p. 301).

Investigando la obra de Santana³⁹ (2010), podemos conocer que:

La fibrosis submucosa bucal “suele comenzar por un brote de vesículas y con posterioridad, como un signo fundamental, se encuentra un blanqueamiento de la mucosa. La característica de la enfermedad es una alteración fibroelástica de la submucosa que causa una rigidez acentuada”. (p. 301).

Analizando la obra de Cawson⁴⁰ (2009) podemos conocer que: “el lupus eritematoso es una enfermedad del tejido conjuntivo. Existe un pequeño riesgo de malignización en el lupus cutáneo, especialmente en el labio inferior”. (p. 270).

Analizando la obra de Callen, Jorizzo, Bologna, Piette, & Zone⁴¹ (2011) podemos conocer que: “el lupus eritematoso es un trastorno multisistémico cuyo espectro avanza desde una erupción cutánea relativamente benigna y limitada hasta un cuadro sistémico grave y en muchos casos mortal”. (p. 1).

Lupus eritematoso.

Investigando la obra de Bruzzone⁴² (2007) podemos conocer que: “lupus eritematoso crónico se trata de lesiones que clínicamente se presentan con un aspecto

³⁹ Santana, J. (2010). *Atlas de patología del complejo bucal*. Ciudad de la Habana, República de Cuba: Ciencias Médicas.

⁴⁰ Cawson, R. (2009). *Medicina y Patología oral*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España, S. L.

⁴¹ Callen, J. Jorizzo, J. Bologna, J. Piette, W. & Zone, J. (2011). *Signos cutáneos de las enfermedades sistémicas*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España, S.L.

⁴² Bruzzone, R. (2007). *El diagnóstico en Clínica Estomatológica*. Buenos Aires, República de Argentina: Medica Panamericana.

liquenoide. El paciente padece de la enfermedad en la piel, son poco frecuentes y deben ser vigiladas con regularidad (cada tres meses)”. (p. 307).

Queilitis Actínica.

Analizando la revista de Blanco, Otero, Peñamaría, & Blanco⁴³ (2013) podemos conocer que:

La queilitis actínica es una degeneración acelerada del tejido labial con mayor incidencia en el labio inferior. La causa es la exposición a los rayos ultravioleta. Por ello, los campesinos y pescadores, más expuestos a la radiación solar, serán más propensos a desarrollar esta lesión. (p. 109).

Investigando la revista de Blanco, Otero, Peñamaría, & Blanco⁴⁴ (2013) podemos conocer que:

El cuadro clínico suele iniciarse de forma aguda, como una insolación. El labio se torna tumefacto, edematoso, doloroso, tenso y se afecta especialmente el borde rojo, que posteriormente se fisura. En personas cuyo trabajo se desarrolla siempre al aire libre, puede presentar un cuadro clínico banal y con la continua y repetida exposición solar, llegan a la fase crónica, conocida como queilitis actínica y queratósica, que se caracteriza por la siguiente triada sintomática.

- Borramiento del límite cutáneo-mucoso labial.
- Pérdida de la turgencia labial.
- Descamación labial. (p. 109).

Lesiones premalignas.

Analizando la revista de Blanco, Otero, Peñamaría, & Blanco⁴⁵ (2013) podemos conocer que: “se comprueba cómo lesiones precancerosas durante su evolución desarrollan cambios hacia la malignización”. (p. 101).

⁴³ Blanco, A. Otero, E. Peñamaría, M. & Blanco, A. (2013). Revista del ilustre consejo general de colegios y estomatólogos de España. Desordenes orales potencialmente malignos. Manifestaciones clínicas. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

⁴⁴ Blanco, A. Otero, E. Peñamaría, M. & Blanco, A. (2013). Revista del ilustre consejo general de colegios y estomatólogos de España. Desordenes orales potencialmente malignos. Manifestaciones clínicas. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

Analizando la revista de Blanco, Otero, Peñamaría, & Blanco⁴⁶ (2013) podemos conocer que: “en el Congreso Internacional de Cáncer Oral en Londres en 1997 se ha considerado que las lesiones con mayor potencial de malignización son la leucoplasia verrugosa proliferativa, la palatitis nicotínica asociada al hábito de fumar invertido y la Eritroplasia”. (p. 102).

Analizando la obra de Norton⁴⁷ (2012) podemos conocer que: “las lesiones premalignas, como Eritroplasia y leucoplasia, deben identificarse, ya que el diagnóstico y tratamiento precoces aumentan la supervivencia a largo plazo”. (p.399).

Investigando la obra de Norton⁴⁸ (2012) podemos conocer que: “tratamiento escisión o radioterapia, o posiblemente una combinación con quimioterapia, Si la lesión se detecta precozmente, puede ser suficiente la extirpación quirúrgica”. (p. 399).

Leucoplasia.

Analizando la obra de Bermejo, y Martínez⁴⁹ (2009) podemos conocer que:

La leucoplasia es la lesión premaligna más frecuente de la cavidad oral. La Organización Mundial de la Salud la define clínicamente como una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no puede caracterizarse como

⁴⁵ Blanco, A. Otero, E. Peñamaría, M. & Blanco, A. (2013). Revista del ilustre consejo general de colegios y estomatólogos de España. Desordenes orales potencialmente malignos. Manifestaciones clínicas. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

⁴⁶ Blanco, A. Otero, E. Peñamaría, M. & Blanco, A. (2013). Desordenes orales potencialmente malignos. Manifestaciones clínicas. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

⁴⁷ Norton, N. (2012). *Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. A.

⁴⁸ Norton, N. (2012). *Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. A.

⁴⁹ Bermejo, E. y Martínez, B. (2009). Leucoplasia oral: Conceptos actuales. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n2/original3.pdf>

ninguna otra lesión conocida y con una elevada tendencia a convertirse en un cáncer oral. (p. 83).

Investigando la obra de Bermejo, y Martínez⁵⁰ (2009) podemos conocer que:

Existen dos tipos fundamentales de leucoplasias: las homogéneas y las no homogéneas, que se subdividen a su vez en eritroleucoplasia, nodulares y exofíticas. La leucoplasia homogénea es una lesión predominante blanca de la mucosa oral, uniformemente plana, con una fina apariencia que puede presentar grietas o hendiduras poco profundas y de consistencia no indurada. Por el contrario una leucoplasia no homogénea es una lesión predominante blanca o rojo (eritroleucoplasia) con una superficie irregular, nodular o exofítica. Las leucoplasias homogéneas suelen ser asintomáticas el paciente a lo sumo suele referir rugosidad. El descubrimiento suele ser casual, por lo que el tiempo de evolución de la lesión en muchos casos es incierto. Las formas homogéneas pueden cursar, por el contrario, con escozor y ardor. (p. 85).

Observando la obra de Bermejo, y Martínez⁵¹ (2009) podemos conocer que: “el tratamiento de la leucoplasia tiene tres niveles de actuación, que deben adecuarse en función de los hábitos del paciente, de las sobreinfecciones asociadas, del tipo clínico, de la localización y de las características histopatológicas de la lesión”. (p. 91).

Eritroplasia.

Analizando la obra de Norton⁵² (2012) podemos conocer que: “el término Eritroplasia se define a cualquier placa o mancha de mucosa de color rojo intenso, de aspecto aterciopelado, y cuyas características clínicas e histopatológicas no permiten su atribución a otro proceso patológico”. (p. 400).

⁵⁰ Bermejo, E. y Martínez, B. (2009). Leucoplasia oral: Conceptos actuales. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n2/original3.pdf>

⁵¹ Bermejo, E. y Martínez, B. (2009). Leucoplasia oral: Conceptos actuales. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n2/original3.pdf>

⁵² Norton, N. (2012). *Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. A.

Investigando la obra de Norton⁵³ (2012) podemos conocer que: “se consideran implicados los mismos factores que intervienen en la génesis del cáncer oral. Así se ha descrito el tabaco, el alcohol, defectos nutricionales y la irritación crónica de la mucosa”. (p. 400).

Analizando la obra de Norton⁵⁴ (2012) podemos conocer que:

La lesión inicial es una mancha plana (no hace relieve). Pero en su evolución, de carácter invasivo, puede progresar hacia el desarrollo de una lesión indurada. Carece de sintomatología clínica. La localización más frecuente es la mucosa yugal, seguida de la localización lingual. Sin embargo en el sexo masculino predomina la localización en el suelo de la boca. Esta lesión no presenta predilección sexual y suele diagnosticarse entre sexta y séptima décadas de la vida. (p. 400).

Investigando la obra de Norton⁵⁵ (2012) podemos conocer que:

Shafer basándose en las formas clínicas descritas previamente por Shear confecciono una clasificación compuesta por tres variedades clínicas.

- Forma homogénea. Lesión roja, de bordes delimitados y superficie aterciopelada.
- Forma eritro-leucoplásica. Alternancia de áreas rojas irregulares y áreas blancas.
- Forma de Eritroplasia moteada. Lesiones rojas ligeramente elevadas y de superficie finamente nodular. (p. 400).

Analizando la obra de Norton⁵⁶ (2012) podemos conocer que:

Se acepta que las lesiones eritroplásicas que histológicamente son displasias graves, sin el tratamiento oportuno se convierten en carcinomas invasivos en un plazo que oscila de meses a años. Se deben eliminar los factores patogénicos asociados. El tratamiento quirúrgico se considera en función del grado de displasia, aunque en estadios iniciales la simple escisión puede resultar curativa. (p. 400).

⁵³ Norton, N. (2012). *Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. A.

⁵⁴ Norton, N. (2012). *Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. A.

⁵⁵ Norton, N. (2012). *Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. A.

⁵⁶ Norton, N. (2012). *Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. A.

Paladar de fumador invertido.

Analizando la obra de Bruzzone⁵⁷ (2007) podemos conocer que: “queratosis del paladar asociada con fumar al revés se asocian con el hábito de fumar el cigarrillo al revés, que suele verse en el área del Caribe, la India, Filipinas y las Antillas”. (p. 299).

Analizando la obra de Bruzzone⁵⁸ (2007) podemos conocer que: “es una enfermedad del adulto y el hábito resulta esencial para el desarrollo de la enfermedad, clínicamente se observan áreas leucoplasiformes y rojas”. (p. 299).

2.2. Factores de riesgo.

Navegando en la página de American Cancer Society⁵⁹ (2013) podemos conocer que: “un factor de riesgo es cualquier cosa que cambie las probabilidades de que una persona padezca alguna enfermedad como el cáncer”. (Sección de, ¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer de orofaringe y de cavidad oral?, ¶ 1).

Analizando la obra de Cuevas⁶⁰ (2008) conocemos que:

Un factor de riesgo, es una característica, aspecto de la conducta o una exposición ambiental, asociado con la enfermedad, en donde su presencia hace que la probabilidad de padecer la enfermedad aumente y su eliminación la disminuye.

⁵⁷ Bruzzone, R. (2007). *El diagnóstico en Clínica Estomatológica*. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

⁵⁸ Bruzzone, R. (2007). *El diagnóstico en Clínica Estomatológica*. Buenos Aires, República de Argentina: Médica Panamericana.

⁵⁹ American Cancer Society. (2013). Cáncer de orofaringe y cavidad oral. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeorofaringeydecavidadoral/guiadetallada/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer1-causes-risk-factors>

⁶⁰ Cuevas, B. (2008). Identificación de factores y marcadores moleculares de riesgo para cáncer oral. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.uv.mx/msp/files/2012/11/BETZAIDACUEVASCORDOBA.pdf>

Dentro de estos, aquellos factores de riesgo que no pueden ser modificados como la edad, sexo, raza o genética y se utilizan para identificar grupos de riesgo, a este tipo de factores se les denomina determinantes de riesgo. (p. 14).

Navegando en la página oficial de la Organización Mundial de la Salud⁶¹ (OMS) (2014) conocemos que: “entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene”. (¶ 1).

Analizando la obra de Núñez⁶² (2009) podemos conocer que:

Clásicamente, los agentes causales del cáncer bucal han sido divididos según su mecanismo de acción sobre el cuerpo humano en dos grandes grupos: exógenos: actúan por vías extracorporales, generalmente conocidas y dadas por daños físicos, químicos o biológicos a nivel tisular. Endógenos: actúan por vías intracorporales, poco esclarecidas y justificados por bases genéticas, cambios endocrinos, déficit inmunológico y desordenes nutricionales que afectan a los tejidos. (Sección de, Desarrollo, ¶ 2).

Examinando la revista de Gonzáles, Herrera, Osorio, y Madrazo⁶³ (2010) podemos conocer que:

Es importante conocer y controlar los factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de lesiones de la cavidad bucal. Es un deber de los estomatólogos identificarlas, prevenirlas y eliminarlas, porque al yugular su proceso evolutivo, están realizando la detección o la prevención de un cáncer. (Sección de, Introducción, ¶ 1).

⁶¹ Organización Mundial de la Salud. (2014). Factores de riesgo. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

⁶² Núñez, Z. (2009). Cáncer Oral. Unidad de Cirugía y Maxilofacial. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.es/cancer-bucal-276873>

⁶³ Gonzáles, R. Herrera, I. Osorio, M. & Madrazo, D. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Revista Cubana de Estomatología. [En línea]. Consultado: [6, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000100009&script=sci_arttext&tlng=en

Tabaco.

Analizando la obra de Navarro⁶⁴ (2008) podemos entender que: “el 90% del riesgo del cáncer bucal se atribuye al tabaco y el riesgo relativo para los fumadores es siete veces mayor que para los no fumadores”. (p. 531).

Investigando la obra de Bermudo⁶⁵ (2001) podemos conocer que:

El mecanismo de acción del tabaco como factor carcinógeno se realiza mediante 3 acciones:

- Física (Calor).
- Química (Productos-derivados de la combustión).
- Mecánica (Roce). (p. 147).

Estudiando la obra de Navarro⁶⁶ (2008) podemos conocer que:

Es evidente que el uso inmoderado del tabaco produce cambios en la mucosa oral, caracterizados por engrosamiento, sequedad, coloración grisácea y, finalmente con el transcurso de los años, cambios de aspecto leucoplásico. La suspensión del uso del tabaco en muchos casos hace a estos reversibles, volviendo la mucosa a readquirir su aspecto normal. (p.531).

Analizando la obra de Núñez⁶⁷ (2009) podemos conocer que:

Todos los autores coinciden en que el factor de riesgo más frecuente en la aparición del cáncer bucal es el tabaquismo, pues muchas investigaciones han demostrado que más del 95% de los pacientes con carcinoma epidermoide han sido fumadores. Como consecuencia del tabaquismo, hay varias sustancias cancerígenas que actúan a nivel sistémico (nicotina) y localmente (alquitranes, nitrosaminas e hidrocarburos aromáticos policíclicos) sobre los tejidos bucales, causando cambios físicos, químicos y biológicos que conducen a la aparición de neoplasias. Así se producen en la boca, las llamadas lesiones tabáquicas cuya severidad depende del tiempo y la forma en que se fume, pues no se ocasionan

⁶⁴ Navarro, C. (2008). *Cirugía Oral*. Madrid, Reino de España: Aran Ediciones, S. L.

⁶⁵ Bermudo, L. (2001). *Atlas de cirugía oral*. Barcelona, Reino de España: Instituto Lacer de Salud Buco- Dental.

⁶⁶ Navarro, C. (2008). *Cirugía Oral*. Madrid, Reino de España: Aran Ediciones, S. L.

⁶⁷ Núñez, Z. (2009). Cáncer Oral. Unidad de Cirugía y Maxilofacial. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.es/cancer-bucal-276873>

iguales daños cuando se fuman cigarrillos, cigarros o tabacos, pipas, o se practique con la candela hacia dentro (fumador invertido). (Sección de, Consideraciones de los factores de riesgo, ¶ 1).

Alcohol.

Analizando la obra de Núñez⁶⁸ (2008) podemos conocer que:

Se ha demostrado una correlación positiva entre el consumo excesivo de alcohol y el cáncer bucal, de manera que los grandes bebedores corren un riesgo 10 veces mayor de adquirir cáncer bucal. El alcohol actúa localmente produciendo deshidratación de las mucosas y facilita la acción de otros carcinógeno. (Sección de, Consideraciones de los factores de riesgo, ¶ 2).

Analizando la revista de Ruíz, Herrera, y Puldón⁶⁹ (2012) podemos conocer que:

Se ha planteado que en los alcohólicos existe un riesgo doble de padecer enfermedades bucales, pues en estos pacientes se encuentra, en muchas ocasiones, una higiene bucal deficiente asociada con una disminución del flujo salival o xerostomía como consecuencia de la alteración morfológica y funcional de las glándulas salivales. Por otra parte, se plantea que el alcohol produce atrofia epitelial de la mucosa bucal, con aumento de la permeabilidad y con incremento de la solubilidad de las sustancias tóxicas, como las derivadas del tabaquismo, cuando ambas adicciones coexisten. (Sección de, Alteraciones provocadas por el consumo de alcohol, ¶ 6).

Analizando la revista de Ruíz, Herrera, y Puldón⁷⁰ (2012) podemos entender que:

Según otros autores, el consumo de bebidas alcohólicas constituye un fuerte factor de riesgo para el cáncer de cavidad oral y faringe, puesto que el producto de la degradación del etanol por la aldehidodeshidrogena produce acetaldehído, el cual es un fuerte cancerígeno. (Sección de, Alteraciones provocadas por el consumo de alcohol, ¶ 11).

⁶⁸ Núñez, Z. (2009). Cáncer Oral. Unidad de Cirugía y Maxilofacial. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.es/cancer-bucal-276873>

⁶⁹ Ruíz, H. Herrera, A. & Puldón, G. (2012). Enfermedades médicas y estomatológicas provocadas por el alcoholismo en adultos y adolescentes. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002012000100003

⁷⁰ Ruíz, H. Herrera, A. & Puldón, G. (2012). Enfermedades médicas y estomatológicas provocadas por el alcoholismo en adultos y adolescentes. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002012000100003

Analizando el artículo de García, y Bascones⁷¹ (2009) podemos conocer que:

El etanol puro, por sí mismo, no es una sustancia carcinogénica, sin embargo, se asocia a sustancias carcinógenas que actúan como desencadenantes de la acción tóxica del alcohol. Así, el alcohol ejercería un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa oral y permitiendo el paso de otros carcinógenos como el tabaco. Entre las lesiones ocasionadas por el alcohol se encuentran:

- Desprendimiento del epitelio.
- Ulceraciones en la mucosa.
- Gingivitis.
- Petequias.
- Lesiones blancas. (sección de, Alcohol de etiología del cáncer oral, ¶ 1).

Analizando la revista de Ruíz, Herrera, y Puldón⁷² (2012) podemos entender que:

El alcohol es una sustancia soluble en agua que circula libremente por todo el organismo afectando a células y tejidos. Comienza un proceso de cambios metabólicos, que en su primera etapa da lugar al acetaldehído, que es más tóxico que el propio alcohol. La oxidación del alcohol en los tejidos (principalmente en el hígado) determina una importante utilización de sustancias que existen en forma limitada e indispensable para el metabolismo adecuado. Cuando el consumo del alcohol es excesivo, el malgasto de estas sustancias provoca graves alteraciones en el metabolismo de las grasas, lo que trae como resultado esteatosis hepática, que de no ser controlada con la supresión del consumo del tóxico, llevaría a la hepatitis alcohólica y posteriormente a la cirrosis hepática, una de las complicaciones orgánicas más serias y frecuentes de los alcohólicos. (Sección de, Alteraciones provocadas por el consumo de alcohol, ¶ 1).

Investigando la obra de Navarro⁷³ (2008) podemos entender que: “la asociación del tabaco y el alcohol aumentan el riesgo que dicho factores tienen por separado (efecto cocarcinógeno y sinérgico)”. (p. 531).

⁷¹ García, V. & Bascones, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontología. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000500002&script=sci_arttext&tlng=pt

⁷² Ruíz, H. Herrera, A. y Puldón, G. (2012). Enfermedades médicas y estomatológicas provocadas por el alcoholismo en adultos y adolescentes. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002012000100003

⁷³ Navarro, C. (2008). *Cirugía Oral*. Madrid, Reino de España: Aran Ediciones, S. L.

Leyendo el artículo de García, y Bascones⁷⁴ (2009) podemos conocer que:

Se ha investigado la asociación entre el cáncer oral y el uso de enjuagues orales con alto contenido en alcohol basándose en la hipótesis de que la permanencia del alcohol en contacto con la mucosa oral durante un mayor tiempo que al ingerir una bebida alcohólica podría hacer pensar en un posible efecto nocivo a partir de un mecanismo local. Sin embargo, no se ha podido confirmar una relación causal entre el uso de colutorios y el desarrollo de cáncer oral, pero, por otro lado, no se justificaría el empleo de alcohol en los colutorios orales. (Sección de, Alcohol de etiología del cáncer oral, ¶ 2).

Trauma crónico.

Investigando la obra de Navarro⁷⁵ (2008) podemos conocer que:

El factor traumático crónico es digno de tener en cuenta en la etiología del cáncer oral. Este puede deberse a la presencia de piezas dentarias en mal estado o a la existencia de dentaduras o prótesis mal adaptadas y defectuosas; ambos elementos pueden ser causa de trauma local en la superficie de la mucosa oral. Esta asociación constituye un hecho de observación conocido desde hace mucho tiempo, ya que solamente Burtlin la describía en 1885, sino que Hipócrates (460-377 a.C.) también la mencionaba. (p. 531).

Navegando en la página de América Cáncer Society⁷⁶ (2013) podemos conocer que:

Las dentaduras postizas mal adaptadas pueden tener tendencia a atrapar agentes que se ha demostrado que causan cáncer oral, como partículas de alcohol y tabaco, y por lo tanto quienes usan dentaduras postizas deberían asegurarse de que el dentista las examine con regularidad para garantizar una buena adaptación. Las personas que usan dentaduras postizas deben quitarse las dentaduras en la noche, lavarlas y enjuagarlas por completo todos los días. (Sección de, Factores de riesgo inciertos, no demostrados o controvertidos, ¶ 3).

⁷⁴ García, V. & Bascones, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontoestomatología. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000500002&script=sci_arttext&tlng=pt

⁷⁵ Navarro, C. (2008). *Cirugía Oral*. Madrid, Reino de España: Aran Ediciones, S. L.

⁷⁶ American Cancer Society. (2013). Cáncer de orofaringe y cavidad oral. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeorofaringeydecavidadoral/guiadetallada/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer1-causes-risk-factors>

Radiación ultravioleta.

Analizando el artículo de García, y Bascones⁷⁷ (2009) podemos entender que:

Las personas con poca pigmentación en la piel que estén sometidas a una exposición solar ocupacional y prolongada presentan mayor riesgo de desarrollar un carcinoma epidermoide de labio. El labio pasa por una serie de cambios preneoplásicos que progresan más intensamente cuando la dosis de radiación actínica se acumula y cuando se va envejeciendo. A estos cambios se les denomina queilitis actínica. Si continuara la exposición se podría acabar desarrollando un carcinoma epidermoide. (Sección de, Radiaciones de etiología del cáncer oral, ¶ 1).

Analizando el artículo de García, y Bascones⁷⁸ (2009) podemos entender que: “por otro lado, se ha visto relación entre las radiaciones ionizantes y un aumento del riesgo de neoplasias de glándulas salivares”. (Sección de, Radiaciones de etiología del cáncer oral, ¶ 2).

Hábitos alimenticios.

Examinando la obra de Núñez⁷⁹ (2009) podemos conocer que:

El consumo de café, té y otras bebidas estimulantes puede favorecer la aparición del cáncer en las vías digestivas. En la boca, el daño es proporcional a la temperatura de estos líquidos. Vale señalar que la mayoría de los fumadores ingieren café y esto puede agravar la evolución malignizante de cualquier lesión oral existente. Del mismo modo, las comidas calientes, picantes o muy condimentadas constituyen un factor etiológico significativo en todo el tubo digestivo. Aunque el tiempo que actúan sobre los tejidos bucales depende del modo de masticación y la cantidad de alimentos que se ingieren, está demostrado que este tipo de dieta irritante puede alterar a las células bucales. (Sección de, Consideraciones de los factores de riesgo, ¶ 3).

⁷⁷ García, V. & Bascones, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontoestomatología. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000500002&script=sci_arttext&tlng=pt

⁷⁸ García, V. & Bascones, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontoestomatología. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000500002&script=sci_arttext&tlng=pt

⁷⁹ Núñez, Z. (2009). Cáncer Oral. Unidad de Cirugía y Maxilofacial. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.es/cancer-bucal-276873>

Analizando el artículo de García, y Bascones⁸⁰ (2009) podemos entender que: “el consumo excesivo de carnes rojas fritas o cocinadas con condimentos picantes favorece el desarrollo del cáncer oral, ya que desprenden sustancias carcinógenas como las aminas heterocíclicas”. (Sección de, Dieta de etiología del cáncer oral, ¶ 4).

Examinando la obra de Núñez⁸¹ (2009) podemos entender que:

La poca o irregular ingestión de alimentos ricos en vitaminas y minerales (Vitaminas A, C, E, complejo B y minerales como el hierro) favorece a la aparición del cáncer bucal. Las frutas y los vegetales frescos son los protectores por excelencia, pues tienen un efecto antioxidante que impide la malignización celular y protegen a los tejidos vitales de las sustancias tóxicas. (Sección de, Consideraciones de los factores de riesgo, ¶ 7).

Sistema inmune.

Investigando la obra de Bermudo⁸² (2001) podemos conocer que: “desde hace años se ha relacionado al virus del herpes simple (y más concretamente el VHS tipo I) con el cáncer bucal. Otros virus implicados en la aparición de cánceres bucales son los papilomavirus humanos (PVH-16)”. (p. 148).

Analizando la obra de Romero⁸³ (2007) podemos conocer que la transmisión del virus papiloma humano: “es por contacto directo de piel y mucosas, por actividad sexual y de forma vertical de la madre al hijo”. (p. 329).

⁸⁰ García, V. & Bascones, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontoestomatología. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000500002&script=sci_arttext&tlng=pt

⁸¹ Núñez, Z. (2009). Cáncer Oral. Unidad de Cirugía y Maxilofacial. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.es/cancer-bucal-276873>

⁸² Bermudo, L. (2001). *Atlas de cirugía oral*. Barcelona, Reino de España: Instituto Lacer de Salud Buco- Dental.

⁸³ Romero, R. (2007). *Microbiología y Parasitología Humana: bases etiológicas de las enfermedades infecciosas y parasitarias*. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana S.A.

Analizando la obra de Bermudo⁸⁴ (2001) podemos conocer que: “estudios realizados con levaduras corroboran que poseen la capacidad (sobre todo las especies de *Candida albicans*) para catalizar la reacción de transformación del N-nitroso-benzilmetilamina y de esta manera participar en procesos de carcinogénesis bucal. (p. 148).

Investigando el artículo de García, y Bascones⁸⁵ (2009) podemos entender que: “en relación a las infecciones bacterianas se ha visto relación con sífilis o glositis sífilítica pero más bien debido a los fármacos empleados en el tratamiento de estas entidades como las sales de arsénico u otros metales pesados”.(sección de, infecciones de etiología del cáncer oral, ¶ 2).

Higiene oral.

Investigando el artículo de Gallegos⁸⁶ (2006) podemos conocer que:

La higiene oral deficiente se ha asociado a cáncer de la cavidad oral, pero en realidad no existe una causa-efecto; la gingivitis, restos radiculares, pérdida de órganos dentarios y el cepillado dental menos de una vez al día se encuentran más en pacientes con cáncer de la cavidad oral. (p. 289).

Analizando la obra de Núñez⁸⁷ (2009) podemos conocer que:

La actitud inapropiada del paciente hacia su salud bucal es otro factor importante en la aparición del cáncer bucal, pues si no se domina el autoexamen bucal, se mantiene un correcto cepillado y no se acude a consulta estomatológica

⁸⁴ American Cancer Society. (2013). Cáncer de orofaringe y cavidad oral. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeorofaringeydecavidadoral/guiadetallada/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer1-causes-risk-factors>

⁸⁵ García, V. & Bascones, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontoestomatología. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000500002&script=sci_arttext&tlng=pt

⁸⁶ Gallegos, J. (2006). El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc064m.pdf>

⁸⁷ Núñez, Z. (2009). Cáncer Oral. Unidad de Cirugía y Maxilofacial. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.es/cancer-bucal-276873>

periódicamente, se crean barreras subjetivas que descuidan la detección precoz de cualquier lesión bucal. (Sección de, Consideraciones de los factores de riesgo, ¶ 4).

Investigando la obra de Aguilar, Cañamas, Ibañez y Gil⁸⁸ (2003) podemos entender que:
para la tabulación de datos del índice de higiene oral tenemos:

Escala de valoración 0,0-1,2 Buena higiene oral.

1,3-3,0 Higiene oral regular.

3,1-6,0 Mala higiene oral. (p. 236).

Herencia.

Investigando la obra de Núñez⁸⁹ (2009) podemos entender que:

Los antecedentes patológicos que reflejan el papel de la herencia tanto por los antecedentes familiares como por los antecedentes personales. Cuando existen antecedentes de cáncer en los familiares inmediatos como padres y hermanos, hay un riesgo mayor a padecer neoplasias. Se han encontrado ramas de algunos cromosomas como el 1 y el 11, donde se repiten alteraciones genéticas cuando hay cáncer bucal. En el caso de los pacientes que han padecido algún tipo de neoplasia, siempre hay que llevar un seguimiento estricto, pues si se formó un cáncer en algún órgano, existen grandes posibilidades de que reaparezca en el mismo sitio o en otra región anatómica. Tal es el caso de los pacientes con cáncer de piel en la cara, pues un tercio de ellos llega a padecer cáncer de labio cuando mantiene el mismo estilo de vida. (Sección de, Consideraciones de los factores de riesgo, ¶ 11).

2.3. Unidad de observación y análisis.

2.4. Variables.

⁸⁸ Aguilar, M., Cañamas, M., Ibañez, P., Gil, F. (2003). Periodoncia para el higienista dental. [en línea]. Consultado: [22, mayo, 2014] Disponible en: http://www.uv.es/periodoncia/media/IndicesMariaJose_1.pdf

⁸⁹ Núñez, Z. (2009). Cáncer Oral. Unidad de Cirugía y Maxilofacial. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.es/cancer-bucal-276873>

2.4.1. Variables Dependientes:

-Lesiones.

-Estados premalignos.

-Cáncer bucal.

2.4.2. Variables Independientes:

-Edad.

-Sexo.

-Ocupación.

-Tabaquismo.

-Alcoholismo.

-Trauma crónico.

-Hábitos alimenticios.

2.5. Matriz de Operacionalización de las variables.

Anexo 1.

CAPÍTULO III.

3. Marco Metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Estudio epidemiológico de corte transversal.

3.2. Tipo de Investigación.

Exploratorio.

3.3. Método.

Se realizó una encuesta el universo de estudio incluyó 344 personas, en la cual se caracterizó los factores de riesgos asociados a las lesiones-estados premalignos y cáncer bucal, tomando en cuenta las variables que se operacionalizan (anexo 1). Para la encuesta se empleó un cuestionario confeccionado al efecto, el cual incluye variables socio demográfico. Se evaluó los factores de riesgos de mayor relevancia por su presencia en la población a estudiar.

3.4. Técnicas.

Se desarrolló una encuesta mediante un cuestionario aplicado, para identificar los factores de riesgo, las encuestas fueron dirigidas por el autor, se realizaron con

consentimiento informado, lo constituyo 18 preguntas sobre diferentes factores de riesgo asociados a lesiones - estados premalignas y cáncer bucal (anexo 3). Se les realizó a los encuestados que presentaron lesiones un índice de higiene bucal simplificado. (Anexo 4).

3.5. Instrumentos.

El instrumento a utilizar fue un cuestionario realizado al efecto (Anexo 3) en el cual se exploraron variables generales sociodemográficas y aquellas que están relacionadas con los factores de riesgo vinculados a lesiones-estados premalignos y cáncer bucal. Antes de su aplicación, el cuestionario fue validado en forma y contenido por un grupo de 6 expertos, constituidos por profesores de la Universidad San Gregorio de Portoviejo con más de 5 años de experiencia en la docencia. Una vez realizadas las correcciones necesarias al instrumento se sometió a un estudio piloto, el cual consistió en su aplicación a 15 personas de otra parroquia de Portoviejo con una composición demográfica y social similar al universo de estudio. La finalidad del estudio piloto fue poner a punto el instrumento en cuanto a su comprensión.

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

-Investigadora.

-Tutora de tesis.

-Pacientes encuestados.

3.6.2. Materiales.

- Materiales de oficina.
- Materiales de diagnóstico.

3.6.3. Recursos tecnológicos.

- Internet.
- Computadora.
- Impresora.
- Cámara.

3.6.4. Recursos económicos.

La elaboración de esta investigación tuvo un costo de \$1.004 dólares americanos que serán financiados por la investigadora. (p. 75).

3.7. Población y muestra.

3.7.1. Población.

La población de estudio es de 15 años en adelante, en la parroquia “Colon” del cantón Portoviejo. De esta población se obtuvo una muestra de 344 personas. A todas las personas que intervinieron en este estudio se les consultó su participación, la que fue voluntaria. Para ello se les informó en que consistió el trabajo que se realizó, así como, que la información que ellos proveyeron fue anónima y con fines científicos. Como

prueba de su participación voluntaria firmaron el documento de consentimiento de su participación (Anexo 2).

3.7.2. Tamaño de la muestra.

La muestra fue de 344 personas, de la parroquia “Colón”.

3.7.3. Tipo de muestra.

El muestreo fue por designación de expertos.

3.8. Proceso de Recolección de la información.

La información se recolectó a través de una encuesta, para la cual se realizó un cuestionario, la cual fue puesta a punto para su procesamiento (Anexo 3).

3.9. Procesamiento de la información.

Con las variables de estudio se obtuvieron valores de tendencia central, de dispersión, así como sus frecuencias. Todo el procesamiento se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 19. Una vez puesta a punto se procesaron los resultados y se expresaron en tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e interpretación de los resultados.

En el grupo de personas encuestadas con respecto a las lesiones y estados premalignos de la cavidad bucal, se presentaron 8 (2.3 %) encuestados que padecen leucoplasia (lesión), 4 (1.2 %) encuestados que padecen eritroplasia (lesión), 2 (0.6 %) personas con eritroleucoplasia (lesión), y 13 (3.8 %) de los casos estudiados padecen queilitis actínica (estado). Existen 45 (13.1%) de encuestados que padecen otras lesiones que nos son precancerosas, dentro de ellas se encuentran: el nevus, hiperqueratosis, estomatitis, úlceras por mordeduras y fibromas. Como podemos observar en el cuadro N°1.

Cuadro N° 1.
Clasificación de lesiones y estados precancerosos.

Lesiones y Estados Precancerosos.		
Lesiones.	Frecuencia.	%
Leucoplasia.	8	2,3
Eritroplasia.	4	1,2
Eritroleucoplasia.	2	0,6
Queilitis.	13	3,8
Otras.	45	13,1
Total.	72	20,93

Nota: Encuesta aplicada a la población de la parroquia Colón.

Fuente: Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Anexos. p. 64.

Como se observa en el cuadro N° 2, del total de 344 personas encuestadas podemos diferenciar que 123 (35,8%) encuestados corresponden al sexo masculino, y 221 (64,2%) encuestados corresponden al sexo femenino, y en el grupo de edades prevaleciendo la edad de 35-59 años.

Cuadro N° 2.
Distribución de los grupos de edades y del sexo.

Edad.	Sexo.		Total.
	Masculino.	Femenino.	
15-18	10 2,9%	23 6,7%	33 9,6%
19-34	35 10,2%	67 19,5%	102 29,7%
35-59	44 12,8%	89 25,9%	133 38,7%
60 y más.	34 9,9%	42 12,2%	76 22,1%
Total.	123 35,8%	221 64,2%	344 100%

Nota: Encuesta aplicada a la población de la parroquia Colón.

Fuente: Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Anexos. p. 64.

De acuerdo con las encuestas realizadas a los individuos en esta investigación y considerando la ocupación laboral con el sexo de cada uno de los encuestados como se describe en el cuadro N°3. Podemos observar que el mayor porcentaje de los encuestados son amas de casa, prevaleciendo en el sexo el sexo femenino, posiblemente porque en las horas que asistíamos se encontraban en sus hogares mayor cantidad de mujeres.

Cuadro N° 3.
Distribución del sexo y la ocupación.

Ocupación.	Sexo.		Total.
	Masculino.	Femenino.	
Profesional.	13 3,8%	9 2,6%	22 6,4%
Obrero.	17 4,9%	1 0,3%	18 5,2%
Trabajador Privado.	14 4,1%	9 2,6%	23 6,7%
Estudiante.	27 7,8%	47 13,7%	74 21,5%
Ama de casa.	2 0,6%	149 43,3%	151 43,9%
Sin vínculo laboral.	18 5,2%	2 0,6%	20 5,8%
Otra.	32 9,3%	4 1,2%	36 10,5%
Total.	123 35,8%	221 64,2%	344 100,0%

Nota: Encuesta aplicada a la población de la parroquia Colón.

Fuente: Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Anexos. p. 64.

De acuerdo con las encuestas realizadas a los individuos en esta investigación y considerando la ocupación laboral con la edad podemos notar que el mayor porcentaje de los encuestados son amas de casa y en relación con la edad prevaleció las edades de 35-59, los resultados son parecidos a los del cuadro N° 3.

Cuadro N° 4.
Distribución del sexo y la ocupación.

Ocupación.	Edad.				Total.
	15-18	19-34	35-59	60 y más.	
Profesional.	1 0,3%	4 1,2%	16 4,7%	1 0,3%	22 6,4%
Obrero.	0 0,0%	5 1,5%	7 2,0%	6 1,7%	18 5,2%
Trabajador Privado.	0 0,0%	7 2,0%	10 2,9%	6 1,7%	23 6,7%
Estudiante.	32 9,3%	42 12,2%	0 0,0%	0 0,0%	74 21,5%
Ama de casa.	0 0,0%	36 10,5%	77 22,4%	38 11,0%	151 43,9%
Sin vínculo laboral.	0 0,0%	5 1,5%	3 0,9%	12 3,5%	20 5,8%
Otra.	32 9,3%	3 0,9%	20 5,8%	13 3,8%	36 10,5%
Total.	33 9,6%	102 29,7%	133 38,7%	76 22,1%	344 100,0%

Nota: Encuesta aplicada a la población de la parroquia Colón.

Fuente: Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Anexos. p. 64.

Dentro del cuadro N° 5, la tasa de prevalencia de la población encuestada de las personas que consume alcohol en el sexo masculino fue de 67.8 casos por cada 100 habitantes, mientras que la tasa de prevalencia en las mujeres fue de 32.2 casos por cada 100 habitantes.

Los resultados obtenidos de nuestra investigación indican que prevalece el sexo masculino al igual que las cifras obtenidas según Gonzáles, Herrera, Osorio, Madrazo⁹⁰ (2010)

⁹⁰ Gonzáles, R. Herrera, I. Osorio, M. Madrazo, D. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. [En línea]. Consultado: [3, junio, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000100009&script=sci_arttext&tlng=en#tab2

podemos entender que: “sexo masculino fue el que más factores de riesgo presentó con un 58,2 %”. (Sección de resultados ¶ 3).

La tasa de prevalencia de la población encuestada tenemos que en el grupo de 19-34 se encontró que 40.67 casos por cada 100 habitantes corresponden a las personas que consumen alcohol, en el grupo de 35-59 fue de 33.90 casos por cada 100 habitantes corresponden a las personas que consumen alcohol, en el grupo de 60 y más años se encontró que 13.55 casos por cada 100 habitantes corresponden a las personas que consumen alcohol. Y en el grupo de 15-18 fue de 11.86 casos por cada 100 habitantes corresponden a las personas que consumen alcohol.

Los resultados obtenidos de nuestra investigación muestran que prevalece en las edades de 19-34 años.

Las cifras obtenidas según Muracén, Martínez, Aguilar, González⁹¹ (2001) podemos entender que: “prevaleció el grupo de 25 a 34 años de edad”. (Sección de resultados ¶ 1).

⁹¹ Muracén, I. Martínez, A. Aguilar, J. González, M. (2013). Pesquizaje de Alcoholismo en un Área de Salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. [En línea]. Consultado: [24, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000100009&script=sci_arttext&tlng=en

Cuadro N° 5.

Distribución de la población estudiada por grupos de edades y sexo según el alcohol.

Edad.	Sexo.		Total.
	Masculino.	Femenino.	
15-18	2 3,3%	5 8,3%	7 11,7%
19-34	15 25,0%	9 15,0%	24 40,0%
35-59	16 26,7%	4 26,7%	20 33,3%
60 y más.	7 11,7%	2 3,3%	9 15,0%
Total.	40 66,7%	20 33,3%	60 100%

Nota: Encuesta aplicada a la población de la parroquia Colón.

Fuente: Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Anexos. p. 64.

En el cuadro N° 6, la tasa de prevalencia en el sexo masculino es 66.66 casos por cada 100 individuos, y en el sexo femenino 33.33 casos por cada 100 individuos.

Los datos obtenidos en nuestra investigación de los encuestados tenemos que prevalece el sexo masculino.

Analizando las cifras de Casnati, Alvarez, Massa, Lorenzo, Angulo, Carzoglio⁹² (2013) podemos entender que: “el consumo de tabaco fue dos veces más frecuente en hombres que en mujeres”. (Sección de Cuadro 3. Prevalencia del tipo de lesiones de mucosa (Datos Expandidos) ¶ 2).

La tasa de prevalencia de los habitantes que fuman en profesional y sin vínculo laboral es de 6.06 casos por cada 100 individuos, en obrero y ama de casa es de 12.12

⁹² Casnati, B. Alvarez, R. Massa, F. Lorenzo, S. Angulo, M. Carzoglio, J. (2013). Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014] Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392013000200007&script=sci_arttext

casos por cada 100 individuos, en trabajador privado es de 15.15 casos por cada 100 individuos, estudiante es de 27.27 casos por cada 100 individuos y finalmente en otra ocupación es de 21.21 casos por cada 100 individuos. De acuerdo a la investigación de las personas encuestadas pudimos obtener que según la ocupación los que más fuman son los estudiantes y los que menos fuman son los profesionales y sin vínculo laboral. Podemos observar los resultados obtenidos según la distribución de pacientes fumadores donde prevalecen aquellos que fuman 2 cigarrillos al día.

Analizando los datos obtenidos según Erazo, Marcia, Amigo, Hugo, Oyarzún, Manuel, Peruga & Armando⁹³ (2008) podemos entender que:

El fumar un cigarrillo al día es motivo suficiente para obtener un alto riesgo de presentar lesiones, estados premalignos y cáncer bucal, por lo tanto los pacientes fumadores de la parroquia Colón son altamente predisponentes a sufrir de alguna lesión o estado premaligno.

⁹³Erazo B, Marcia, Amigo C, Hugo, Oyarzún G, Manuel, & Peruga U, Armando. (2008). Tabaquismo activo y cáncer pulmonar: Determinación de fracciones atribuibles por sexo. Revista médica de Chile. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001000006

Cuadro N° 6.

Distribución de la población estudiada por ocupación y sexo según los encuestados que fuman.

Ocupación.	Sexo.		Total.
	Masculino.	Femenino.	
Profesional.	2 6,2%	0 0,0%	2 6,2%
Obrero.	4 12,5%	0 0,0%	4 12,5%
Trabajador Privado.	4 12,5%	1 3,1%	5 15,6%
Estudiante.	4 12,5%	4 12,5%	8 25,0%
Ama de casa.	0 0,0%	4 12,5%	4 12,5%
Sin vínculo laboral.	2 6,2%	0 0,0%	2 6,2%
Otra.	6 18,8%	1 3,1%	7 21,9%
Total	22 68,8%	10 31,2%	32 100,0%

Nota: Encuesta aplicada a la población de la parroquia Colón.

Fuente: Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Anexos. p. 64.

En el cuadro N° 7, la tasa de prevalencia del consumo de vegetales de los pacientes encuestados se presentó: en el sexo femenino 65.63 casos por cada 100 individuos y en el sexo masculino 34.36 casos por cada 100 individuos. Donde pudimos observar que las mujeres son las que más consumían vegetales, aun siendo ellas las que más consumen vegetales, consumen una cantidad insuficiente. La tasa de prevalencia de la población encuestada según los pacientes que consumen vegetales tenemos que en el grupo de 35-59 años se encontró 39.62 casos por cada 100 habitantes corresponden a las personas que consumen vegetales, en el grupo de 19-34 fue de 28.79 casos por cada 100 habitantes corresponden a las personas que consumen vegetales, en el grupo de 60 y más

21.98 casos por cada 100 habitantes y en el grupo de 15-18 años se encontró 9,59 casos por cada 100 habitantes corresponden a las personas que consumen alcohol.

De acuerdo a los resultados obtenidos tenemos que dentro de los encuestados prevalece el grupo de 35-59 años y en menor cantidad los de 15-18 años. Podemos observar los resultados de los encuestados según la cantidad de vegetales que consumen a la semana donde muestra que diariamente las personas consumen una cantidad insuficiente de vegetales, el consumo adecuado de vegetales mínimo diario es de tres tazas como menciona la Junta de Asesores Médicos de Babycenter, 2012 nos indica que la manera ideal de consumir vegetales diariamente, es de 3 tazas al día, ya que se consideran que los vegetales son un factor protector para prevenir el cáncer.

Cuadro N° 7.

Distribución de la población estudiada por grupos de edad y sexo según los encuestados que consumen vegetales.

Edad.	Sexo.		Total.
	Masculino.	Femenino.	
15-18	9 2,8%	22 6,8%	31 9,6%
19-34	29 9,0%	64 19,8%	93 28,8%
35-59	41 12,7%	87 26,9%	128 39,6%
60 y más.	32 9,9%	39 12,1%	71 22,0%
Total.	111 34,4%	212 65,7%	323 100%

Nota: Encuesta aplicada a la población de la parroquia Colón.

Fuente: Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Anexos. p. 64.

Según los resultados obtenidos prevalece el sexo femenino, al igual que las cifras obtenidas según González⁹⁴ (2009), en donde se muestra que: “la mayor parte de los casos eran féminas”. (Sección de Discusión ¶ 2).

Según los datos obtenidos en la investigación que hemos realizado prevalece el grupo de 60 y más años.

Analizando la revista de Nápoles, Díaz, Puig, Casanova⁹⁵ (2009), podemos entender que: “en donde apareció más en el grupo de edades de 45 a 54 años”. (Sección resultados ¶ 2).

La tasa de prevalencia de la población encuestada de las personas que tienen un ajuste de placa inadecuada en el sexo masculino fue de 33.96 casos por cada 100 habitantes, mientras que la tasa de prevalencia en las mujeres fue de 66.03 casos por cada 100 habitantes.

⁹⁴ González, R. (2009). Repercusión de la calidad de la prótesis en la aparición de lesiones bucales en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100015

⁹⁵ Nápoles, I. Díaz, S. Puig, E. Casanova, Y. (2009). Prevalencia de la estomatitis subprótesis. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100015

Cuadro N° 8.

Distribución de la población estudiada por ocupación y sexo según los encuestados que tienen ajuste protésico inadecuado.

Edad.	Sexo.		Total.
	Masculino.	Femenino.	
19-34	0 0,0%	3 12,0%	3 12,0%
35-59	3 12,0%	6 24,0%	9 36,0%
60 y más.	4 16,0%	9 36,0%	13 52,0%
Total.	7 28,0%	18 72,0%	25 100,0%

Nota: Encuesta aplicada a la población de la parroquia Colón.

Fuente: Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Anexos. p. 64.

CAPÍTULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

- Los factores de riesgo mayormente se registraron en el sexo femenino, en las edades prevaleció la de 35-59 años, en la ocupación predominó amas de casa seguido de estudiantes, y en el nivel escolar predominó la primaria terminada.
- El bajo consumo de vegetales fue el factor de riesgo que más se evidenció en la población estudiada. El hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas, la mala higiene y el uso de prótesis inadecuado tuvieron resultados equivalentes entre ellos.
- La proporción de lesiones premalignas predominaron con respecto a las benignas, la queilitis actínica predominó y le siguió la leucoplasia significativamente.

5.2. Recomendaciones.

- Realizar un programa de promoción, y prevención acerca de los factores de riesgo del cáncer oral, lesiones y estados premalignos de la parroquia “Colón”.
- Planificar un programa educativo para las personas de esta parroquia, para promover medidas preventivas del cáncer oral, lesiones y estados premalignos.

CAPÍTULO VI.

6. Propuesta.

6.1. Tema.

Acciones de salud encaminadas a prevenir los factores de riesgo del cáncer oral, lesiones y estados premalignos en las personas mayores de 15 años en la parroquia Colón.

6.2. Entidad ejecutora:

Comunidad de la parroquia Colón.

6.3. Clasificación del Proyecto:

De orden social y de tipo educativo.

6.4. Localización geográfica.

La Parroquia “Colón” está ubicada en el suroeste de la ciudad de Portoviejo, limitando al norte con la parroquia Francisco Pacheco, al sur con el cantón Santa Ana, al oeste con la parroquia Abdón Calderón y al este con la parroquia Simón Bolívar.

6.5. Justificación.

Debido a los problemas encontrados en el Subcentro de Salud Colón, se pudo comprobar que la población atendida en esta entidad no tenía conocimiento acerca del cáncer bucal, cómo prevenirlo y los factores de riesgo que lo pueden causar; lo cual se quiere mejorar brindando un material educativo mediante trípticos ilustrados, buscando la

mejor forma de llegar a la población, además de brindar charlas educativas respecto al tema.

6.6. Marco Institucional.

Almeida⁹⁶ et al. (2010) manifiestan:

Los primeros habitantes llegan a la comunidad en el año de 1986 en la que se llamó a este sector como la Mocora de Colon (en ese entonces Tierras Amarillas). Entre sus primeros habitantes están los Señores Segundo y Felipe Sornoza, posteriormente fueron llegando poco a poco más personas la cual se dedicaban a la agricultura en al que sus productos los trasladaban en balsas de cañas por el río Portoviejo agua bajo para poderlos comercializar en la ciudad, pero esto solo lo podían hacer en el invierno porque era cuando el encause del río era más beneficioso para trasladarse en las pequeñas balsas hasta la ciudad. (p. 21 y 22).

Almeida⁹⁷ et al. (2010) declaran:

Los habitantes para hacer sus compras lo hacían a través de los caballos y para poder acceder a estas mercaderías para su consumo, estas personas tenían que salir en sus caballos los sábados en la madrugada para regresar el domingo y así satisfacer una de sus necesidades primarias.

Comenzó el desarrollo de este pueblo con personas que comenzaron a poner sus pequeños negocios, teniendo aquí como principal comerciante al señor Pastor Tuares quien traía desde Guayaquil a través de caballos, el zinc, las galletas en latas que los comercializaba en los alrededores de la ciudad y también era el que traía el correo desde Guayaquil y luego lo distribuía en la ciudad.

En el año 1901 comenzaron a llegar nuevos habitantes, se conoció a este pueblo como un sector divertido y hospitalario, llegando desde diferentes sectores de la provincia muchas personas, cada fin de semana, a tejer sombreros de paja toquilla en las casas más recocidas de la comunidad, y una de estas casas fue la de la señora Herminia Aguayo. (p. 22).

⁹⁶ Almeida, Y., Chávez, K., Macías, Y., Ruiz, J. (2010). Adecuación de un ambiente pedagógico e implementación de un plan de capacitación para elaborar proyecto de micro empresas Comerciales dirigido a los miembros y comunidad de los ángeles

de la parroquia colon del cantón Portoviejo de la provincia de Manabí. [En línea]. Consultado: [08, junio de 2014]

Disponible en:

<http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/1143/1/COMUNIDAD%20DE%20LOS%20ANGELES%20DE%20COLON%20DEL%20CANTON%20PORTOVIEJO..pdf>

⁹⁷ IDEM.

6.7. Objetivos.

6.7.1. Objetivo General.

Promover acciones de salud encaminadas a prevenir los factores de riesgo del cáncer oral, lesiones y estados premalignos en las personas mayores de 15 años en la parroquia Colón.

6.7.2. Objetivos Específicos.

Realizar charlas educativas sobre la importancia de eliminar los factores de riesgo del cáncer oral.

Diseñar un tríptico con elementos que influyan en la prevención de factores de riesgo para cáncer oral

6.8. Descripción de la propuesta.

La campaña fue realizada en la parroquia Colón del cantón Portoviejo con el fin de que concientice a las personas mayores de 15 años y puedan ser guías en lo que se refiere a los factores de riesgo del cáncer oral, lesiones y estados premalignos.

La propuesta consistió en visitar a las personas de la parroquia de Colón, brindándoles de manera gratuita charlas y un tríptico didáctico, donde se explica los factores de riesgo del cáncer oral, todos estos temas fueron detallados de manera ilustrativa siendo de fácil interpretación para las personas que pertenecen a la comunidad; el tríptico fue entregado por la autora de la tesis a las personas que se reunieron en las diferentes comunidades de la parroquia Colón y se entregó también a los directivos de las

comunas para que se encarguen de difundir el tríptico a las demás personas que no asistieron dicho día, comprometiéndolos a realizar una reproducción del trabajo continuando con dicha ayuda en el transcurso del tiempo.

6.9. Beneficiarios.

Los beneficiarios son las personas mayores de 15 años de la parroquia Colón.

7. Diseño metodológico.

Para la aplicación de la propuesta se necesitó la colaboración de los directivos de la comuna de la parroquia Colón, para que de forma organizada y eficaz se entregaran los trípticos.

8. Presupuesto de la propuesta.

El proyecto tuvo un costo de \$ 81.70 dólares americanos financiados por la autora de la tesis.

Cuadro 9.
Presupuesto de la propuesta.

Rubros.	Cantidad.	Unidad de medida.	Costo unitario.	Costo total.	Autogestión.	Aporte externo.
Impresión.	400	Unidad.	0.04	16.0	16.0	-
Viáticos.	17	Galones.	2.10	35.70	35.70	-
Diseñador.	1	Diseño.	30.00	30.00	30.00	-
Gráfico.						
Total.					81.70	-

Nota: presupuesto de la propuesta.

Fuente: realizada por la autora de esta tesis. p. 53.

9. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible y factible porque los resultados que ofrece la investigación realizada indican la necesidad de tener conocimientos para prevenir y tratar los factores de riesgo del cáncer oral. La propuesta es sustentable pues se contó con la ayuda de la comunidad y de los directivos de la comunidad de la parroquia Colón.

Referencias Bibliográficas.

- 1-ADAM Medical Encyclopedia. (2012). Cáncer. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014]
Disponible en: http://translate.google.com.ec/translate?hl=es-419&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0002267/&prev=/search%3Fq%3DADAM%2Bmedical%2Bencyclopedia%2Bcancer%26es_sm%3D93
- 2-Aguilar, M., Cañamas, M., Ibañez, P., Gil, F. (2003). Periodoncia para el higienista dental. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014] Disponible en: http://www.uv.es/periodoncia/media/IndicesMariaJose_1.pdf
- 3-Almeida, Y., Chávez, K., Macías, Y., Ruiz, J. (2010). Adecuación de un ambiente pedagógico e implementación de un plan de capacitación para elaborar proyecto de micro empresas Comerciales dirigido a los miembros y comunidad de los ángeles de la parroquia colon del cantón Portoviejo de la provincia de Manabí. [En línea]. Consultado: [08, junio de 2014] Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/1143/1/COMUNIDAD%20DE%20LOS%20ANGELES%20DE%20COLON%20DEL%20CANTON%20PORTOVIEJO..pdf>
- 4-American Cancer Society. (2013). Cáncer de orofaringe y cavidad oral. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeorofaringeydecavidadoral/guiadetallada/oral-cavity-and-oropharyngeal-cancer1-causes-risk-factors>
- 5-Bermejo, E. & Martínez, B. (2009). Leucoplasia oral: Conceptos actuales. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n2/original3.pdf>

- 6-Bermudo, L. (2001). *Atlas de cirugía oral*. Barcelona, Reino de España: Instituto Lacer de Salud Buco- Dental.
- 7-Blanco, A. Otero, E. Peñamaría, M. & Blanco, A. (2013). Revista del ilustre consejo general de colegios y estomatólogos de España. Desordenes orales potencialmente malignos. Manifestaciones clínicas. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodontistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>
- 8-Bruzzone, R. (2007). *El diagnóstico en Clínica Estomatológica*. Buenos Aires, República de Argentina: Medica Panamericana.
- 9-Callen, J. Jorizzo, J. Bologna, J. Piette, W. & Zone, J. (2011). *Signos cutáneos de las enfermedades sistémicas*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España, S.L.
- 10-Casnati, B. Alvarez, R. Massa, F. Lorenzo, S. Angulo, M. Carzoglio, J. (2013). Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014] Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392013000200007&script=sci_arttext
- 11-Cawson, R. (2009). *Medicina y Patología oral*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España. S. L.
- 12-Chimenos, E. & López, J. (2010). *Esquemas de medicina bucal*. Barcelona, Reino de España: Edicions Universitat Barcelona.
- 13-Cortinas, C. (2012). *Cáncer herencia y ambiente*. Estados Unidos Mexicanos: Fondo de cultura económica.
- 14-Cuevas, B. (2008). Identificación de factores y marcadores moleculares de riesgo para cáncer oral. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.uv.mx/msp/files/2012/11/BETZACUEVASCORDOBA.pdf>

- 15-Eraza B, Marcia, Amigo C, Hugo, Oyarzún G, Manuel, & Peruga U, Armando. (2008). Tabaquismo activo y cáncer pulmonar: Determinación de fracciones atribuibles por sexo. *Revista médica de Chile*. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001000006
- 16-Gallegos, J. (2006). El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc064m.pdf>
- 17-García, V. & Bascones, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontología. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000500002
- 18-García, V. & Bascones, A. (2009). Cáncer oral: Puesta al día. Avances en Odontología. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000500002&script=sci_arttext&tlng=pt
- 19-Gomes, F. Kustner, E. López, J. Zubeldía, F. y Melcior, B. (2003). Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia y quimioterapia en el cáncer oral. [En línea]. Consultado: [9, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v8i3/medoralv8i3p178.pdf>
- 20-González, R. Herrera, I. Osorio, M. & Madrazo, D. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. *Revista Cubana de Estomatología*. [En línea]. Consultado: [6, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000100009&script=sci_arttext&tlng=en

21-González, R. Herrera, I. Osorio, M. Madrazo, D. (2010). Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. [En línea]. Consultado: [3, junio, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000100009&script=sci_arttext&tlng=en#tab2

22-González, R. (2009). Repercusión de la calidad de la prótesis en la aparición de lesiones bucales en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100015

23-Kasper, H. Braunwald, L. & Fauci, J. (2005). *Harrison Principios de Medicina Interna*. Madrid, Reino de España: Mc Graw Hill-Interamericana.

24-López, M. Diniz, M. Otero, E. Peñamaría, M. & Blanco, A. (2013). Factores de riesgo y prevención del cáncer oral. Actitud del odontólogo. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodontistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

25-Lugones M, Bermúdez M, Pichs LA, Miyar E. (2006). Las consecuencias del tabaquismo. Policlínico "26 de Julio", Ciudad de La Habana. Rev Cubana Hig Epidemiol. [En línea]. Consultado: [5, junio, 2014] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol144_3_06/hie07306.htm

26-Mignogna, M. (2012). Screening del cáncer oral. Cinco minutos para salvar vidas. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodontistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

27-Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). Manual de uso del formulario 033. Higiene Oral Simplificada. Normatización del sistema nacional de salud: área de salud bucal. [En línea]. Consultado: [22, mayo, 2014] Disponible en:

<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/HISTORIA%20CL%C3%8DNICA%20%C3%9ANICA%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>

28-Montes, A. Pérez, M. Gestal, J. (2004). Impacto del tabaquismo sobre mortalidad en España. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/tabaco.pdf#page=76>

29-Mora, J. Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. [En línea]. Consultado: [24, mayo, 2014] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342001000200002&script=sci_arttext

30-Muñoz, A. (1997). *Cáncer: genes y nuevas terapias*. Reino de España: Editorial Hélice.

31-Muracén, I. Martínez, A. Aguilar, J. González, M. (2013). Pesquizaje de Alcoholismo en un Área de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. [En línea]. Consultado: [24, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000100009&script=sci_arttext&tlng=en

32-Nápoles, I. Díaz, S. Puig, E. Casanova, Y. (2009). Prevalencia de la estomatitis subprótesis. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100015

33-Navarro, C. (2008). *Cirugía Oral*. Madrid, Reino de España: Aran Ediciones, S. L.

34-Norton, N. (2012). *Anatomía de cabeza y cuello para odontólogos*. Barcelona, Reino de

- 35-Núñez, Z. (2009). Cáncer Oral. Unidad de Cirugía y Maxilofacial. [En línea]. Consultado: [8, mayo, 2014] Disponible en: <http://maxilofacialsanvicente.obolog.es/cancer-bucal-276873>
- 36-Organización Mundial de la Salud. (2014). Factores de riesgo. [En línea]. Consultado: [5, mayo, 2014] Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- 37-Peña, A. Arredondo, M. Vila L. (2006). Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad bucal. [En línea]. Consultado: [7, junio, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003
- 38-Plaza, A. & Silvestre, F. (2007). Odontología en pacientes especiales. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://books.google.com.ec/books?id=hzY7qIw3-RoC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q=liquen%20plano&f=false>
- 39-Rapidis, A. (2013). Formas clínicas de presentación del cáncer oral. Cómo reconocerlo. [En línea]. Consultado: [12, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodontistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>
- 40-Rocha, A. (2009). Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. [En línea]. Consultado: [9, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfoua/v21n1/v21n1a11.pdf>
- 41-Romero, R. (2007). *Microbiología y Parasitología Humana: bases etiológicas de las enfermedades infecciosas y parasitarias*. Estados Unidos Mexicanos: Editorial Médica Panamericana S.A.
- 42-Ruíz, H. Herrera, A. & Puldón, G. (2012). Enfermedades médicas y estomatológicas provocadas por el alcoholismo en adultos y adolescentes. [En línea]. Consultado: [8,

mayo, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002012000100003

43-Santana, J. (2010). *Atlas de patología del complejo bucal*. Ciudad de la Habana, República de Cuba: Ciencias Médicas.

44-Sapp, J. Eversole, L. & Wysocki, G. (2005). *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. Barcelona, Reino de España: Editorial Elsevier España. S. L.

45-Seoane, J. González, A. Seoane, J. Diniz, M. & García, J. (2013). Cáncer oral. Hacer biopsia o referir. Como hacerlo. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

46-Suárez, C., Gil-Carcedo, L. Marco, J. Medina J. Ortega, P. & Trinidad, J. (2009). Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. [En línea]. Consultado: [9, mayo, 2014] Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=7VL4NF_jMGoC&pg=PA3227&dq=CARCINOMAS+DE+CELULAS+ESCAMOSAS&hl=es&sa=X&ei=Z4kJUrOBAuqE2QWawYBg&ved=0CE0Q6AEwBg#v=onepage&q=CARCINOMAS%20DE%20CELULAS%20ESCAMOSAS&f=false

47-Suárez, N. Campos, E. (2010). Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo en el área de salud del policlínico “Dr. Jorge Ruiz Ramírez”. [En línea]. Consultado: [5, junio, 2014] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200005

48-Warnakulasuriya, S. (2013). Diagnóstico precoz del cáncer oral. Retraso diagnóstico. Rendimiento de nuevas herramientas diagnósticas. [En línea]. Consultado: [10, mayo, 2014] Disponible en: <http://www.consejodentistas.es/pdf/RCOE8/RCOE8.pdf#page=41>

Anexos.

Anexo 1.

Cuadro 10.
Operacionalización de variables:

	VARIABLES.	ESCALA.	DESCRIPCIÓN.	INDICADOR.
	Edad.	15 años y más.	Según años. Cumplidos hasta el momento del estudio.	Número absoluto y porcentaje.
	Sexo.	Masculino. Femenino.	Según sexo biológico de pertenencia.	Número absoluto y porcentaje.
	Nivel educacional.	Primaria. Secundaria. Nivel Medio. Universitario.	Según último año vencido.	Número absoluto y porcentaje.
Factores de riesgo.	Tabaquismo.	Sí. No.	Sí: Paciente fumador. Abandono del hábito menos de 5 años. No: No presenta el hábito de tabaquismo. Abandono del hábito 5 años o más.	Número absoluto y porcentaje.
	Alcoholismo.	Sí. No.	Sí: Ingiere bebidas alcohólicas. No: No ingiere bebidas alcohólicas. Según criterios de autor	
	Higiene Bucal.	Buena. Deficiente.	Buena: Ausencia de PDB, sarro y/o manchas visibles en dientes. Prótesis sin manchas, sarro. Deficiente: Presencia de PDB, sarro y/o manchas visibles en dientes. Lengua saburral. Prótesis con manchas, sarro.	
	Prótesis desajustadas.	Sí. No.	Mal ajuste: Prótesis balanceante, utilizada por más de 6 años. Buen ajuste: Prótesis en correcto estado.	

Nota: Operacionalización de las variables
Fuente: realizada por la autora de esta tesis. p. 62.

Anexo 2.

PLANILLA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, el abajo firmante,

Con residencia

en _____

Acepto formar parte en este estudio titulado: "Factores de riesgo del cáncer bucal, lesiones y estados premalignos en población mayor de 15 años en la parroquia "Colón" del cantón Portoviejo"

La egresada Andrea Murillo investigadora del presente estudio, me han informado exhaustivamente acerca de las características, objetivos y duración del estudio y que puedo retirarme libremente. He tenido la oportunidad de hacer al investigador preguntas acerca de todos los aspectos del estudio.

Accedo a cooperar con la investigadora y estoy de acuerdo con que mis datos personales y médicos, que se deriven de esta investigación, pasen a formar parte de los registros computadorizados de la autora de la investigación.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada conmigo será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada por los investigadores participantes. Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

.....

Nombre y firma del investigador:

Andrea Murillo

Nombre y firma del participante:

Anexo 3.

Encuesta.

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 le solicite o haga una "X" en el cuadro, según corresponda:

Cuadro 11.
Cuestionarios para encuesta.

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 terminada <input type="checkbox"/> 3	
d. Secundaria no terminada <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? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
6. Si conoce sobre existencia de cáncer bucal, marque con una "X" con qué piensa Ud. se relacione: (puede marcar 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? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		8. Si utiliza prótesis, ésta es: Parcial <input type="checkbox"/> 1 Total <input type="checkbox"/> 2	
9. ¿Desde cuándo utiliza prótesis dental (años)? años.			
Atendiendo a sus hábitos alimenticios diga:			
10. ¿Consumo 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? Si <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	
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 tres 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
c. Ron <input type="checkbox"/> 3	d. Aguardiente <input type="checkbox"/> 4	e. Whiskey <input type="checkbox"/> 5	f. Otra <input type="checkbox"/> 5, ¿cuál?
16. ¿Conoce si existe algún programa para la prevención del cáncer bucal en Manabí? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2			
17. 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	Otro <input type="checkbox"/> 4, ¿cuál?
18. ¿Le gustaría que Ud. y su familia recibieran información son información sobre el cáncer bucal y las medidas para su prevención? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 No sé <input type="checkbox"/> 3			

Nota: cuestionario de la encuesta.

Fuente: realizada por la autora de esta tesis. p. 65.

Anexo 5.

Cuadro 12.
Presupuesto de la tesis.

Rubros.	Unidad de medida.	Costo unitario.	Cantida d.	Costo total.	Fuentes de financiamiento.	
					Autogesti ón.	Aporte externo.
Fotocopias.	Unidad.	0.05	1000	50.00	X	
Especies valoradas.	Unidad.	2.00	100	200.00	X	
Internet.	Mes.	22,00	5	110.00	X	
Tinta negra.	Tóner.	40.00	2	80.00	X	
Material de oficina.	Paquete hojas bond.	6.00	3	18.00	X	
Pen drive.	Unidad.	20.00	1	20.00	X	
Viáticos.	Dólar.	3.00		100.00	X	
Anillados.	Unidad.	2.00	3	6.00	X	
Empastados.	Unidad.	10.00	2	20.00	X	
Tinta a color.	Tóner.	50	2	100.00	X	
Gastos varios.				300.00	X	
Total general:				\$1.004	X	

Nota: Presupuesto de la tesis.

Fuente: realizada por la autora de esta tesis. p. 66.

Anexo 6.

HIGIENE ORAL



Es uno de los factores principales en el cáncer bucal y en enfermedades infecciosas, ya que si hay una higiene bucal deficiente el resultado va hacer el crecimiento de colonias de microorganismos que van a causar daños en los tejidos bucales y con el tiempo la pérdida de la pieza dental



¿ Qué es un factor de riesgo?



Un factor de riesgo es cualquier cosa que cambie las probabilidades de que una persona padezca alguna enfermedad como el cáncer.

Es importante conocer y controlar los factores de riesgo que pueden desencadenar la aparición de lesiones de la cavidad bucal. Entre estos tenemos:

CONSUMO DE VEGETALES



La escasa ingestión de alimentos ricos en vitaminas y minerales como vitamina A, C, E, complejo B y minerales como el hierro y el selenio conllevan al cáncer bucal



TABACO

El uso inmoderado del tabaco produce cambios en la mucosa oral, caracterizados por engrosamiento, sequedad, coloración grisácea y, finalmente con el transcurso de los años, se pueden presentar lesiones que desarrollen el cáncer.



ALCOHOL



El alcohol actúa localmente produciendo deshidratación de las mucosas y facilita la acción de que se produzca el cáncer oral.

UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

FACTORES DE RIESGO DEL

CÁNCER BUCAL



ANDREA MURILLO

TRAUMA CRÓNICO

Se manifiestan en pacientes que tienen prótesis mal ajustadas, por exceso de uso, los dientes o restos radiculares con bordes filosos, introducción de objetos a la boca, obturaciones defectuosas, mordisqueo de labios, lengua, masticación incorrecta .



Gráfico N°4: realizada por la autora de la tesis.

Anexo 7.



Gráfico N°5: foto realizada por la autora de la tesis.



Gráfico N°6: foto realizada por la autora de la tesis.



Gráfico N°7: foto realizada por la autora de la tesis.



Gráfico N°8: foto realizada por la autora de la tesis.



Gráfico N°9: foto realizada por la autora de la tesis.



Gráfico N°10: foto realizada por la autora de la tesis.