



Carrera de Odontología.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de:

Odontóloga.

Tema:

Patologías bucales de tejidos blandos en la población mayor de 15 años en las parroquias Colón y 18 de octubre del cantón Portoviejo.

Autora:

Mariana Yereska Almeida García.

Director de tesis:

Dr. Miguel Arredondo López.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí - República del Ecuador.

2014.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.

Dr. Miguel Arredondo López, certifica que la tesis de investigación titulada: Patologías bucales de tejidos blandos en la población mayor de 15 años en las parroquias Colón y 18 de Octubre del cantón Portoviejo”, es trabajo original de la estudiante Mariana Yereska Almeida García. La misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Miguel Arredondo López.

Director de tesis.

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.

Tema:

Patologías bucales de tejidos blandos en la población mayor de 15 años en las parroquias Colón y 18 de Octubre del cantón Portoviejo. Tesis de grado, sometida a consideración del tribunal examinador como requisito previo a la obtención del título de odontóloga.

Tribunal:

Dra. Lucia Galarza Santana. Mg.Gs.

Directora de la carrera.

Dr. Miguel Arredondo López.

Director de tesis.

Dra. Sirced Salazar Rodríguez.

Miembro del tribunal.

Dra. Nubia Pérez Cruz.

Miembro del tribunal.

DECLARACIÓN DE AUTORIA.

Mariana Yereska Almeida García, egresada de la Universidad San Gregorio de Portoviejo de la carrera de Odontología, tengo a bien declarar que la presente investigación y posterior elaboración de tesis, cuyo tema es: Patologías bucales de tejidos blandos en la población mayor de 15 años en las parroquias Colón y 18 de Octubre del cantón Portoviejo. Previo a la obtención de título de odontóloga, así como resultados de la misma, son de mi autoría, además, cedo mis derechos de autora de la presente tesis a favor de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

Mariana Yereska Almeida García.

Autora.

AGRADECIMIENTO.

A Dios, nuestro padre y guía en el arduo camino de la vida, a la Universidad San Gregorio de Portoviejo, por darme la oportunidad de alcanzar mis metas. A cada uno de mis estimados docentes y director de tesis, por los conocimientos impartidos, orientación y desarrollo de esta investigación y de manera muy especial a la Dra. Carmita Cabrera Sánchez, fuente de admiración y respeto y quien me ha brindado su apoyo incondicional desde el génesis de este sueño.

Mariana Yereska Almeida García.

DEDICATORIA.

No hay que ser grande para empezar, pero sí empezar para ser grande. Este trabajo investigativo ha sido producto del esfuerzo y perseverancia de esa meta que me propuse cumplir, por lo que lo dedico a Dios, mi ferviente compañero, a la persona más importante en mi vida la Sra. Yuli García García, mi madre, quien ha sido mi pilar, mi mayor fuente de admiración, mi apoyo incondicional y absoluto en cada etapa de mi vida.

Mariana Yereska Almeida García.

RESUMEN.

Las patologías bucales son lesiones que pueden manifestarse en cualquier individuo, sin que éste pueda percatarse, estas, pueden presentarse de manera sintomática como asintomática, así como, de estado benigno o maligno. En la actualidad estas patologías han alcanzado un mayor porcentaje en cuanto al riesgo de malignizarse, observando cómo se ha incrementado la mortalidad a causa de este tipo de enfermedad cancerígena.

La importancia de este estudio destaca en constatar la presencia de las patologías bucales que pueden manifestarse en los habitantes encuestados de las parroquias Colón y 18 de Octubre de la ciudad de Portoviejo. Para alcanzar ese objetivo se realizó un pesquisaje en ambas parroquias aplicando un formulario de encuestas confeccionado al efecto, más una ficha de observación para la recolección de los datos, luego mediante el estudio clínico bucal de cada uno de los participantes, se logró caracterizar la presencia o no de lesiones.

El análisis de los resultados obtenidos a través la aplicación de los instrumentos seleccionados para este estudio, se realizó mediante distribución de frecuencia y tablas de contingencia del programa IBM SPSS Statistics 20. Éste permitió comprobar que sí existen patologías bucales de aspecto benigna como maligna, enfatizando la relación de las lesiones blancas y rojas con el sexo, y resaltando lesiones de mayor predominio como la leucoplasia.

ABSTRACT.

Oral pathologies are injuries that can occur in any person, without realized that it can, these can occur in asymptomatic or symptomatic way, as well as benign or malignant state. Currently these pathologies have achieved a higher percentage of malignant as a rush, watching as increased mortality from such as diseases cancerous.

The importance of this study is research to find out the presence of oral pathologies that may focus on the population surveyed parroquies like Colón and October 18 in Portoviejo city, to achieve objective. We made a research in both parroquies applying a survey, in effect more than a research plus a record of survey for data collection, then by oral clinical study of each of the participants achieving characterize the presence or absence of injury.

Analysis of the results obtained through the application of the instruments selected for this study was performed by frequency distributions and contingency tables of IBM SPSS Statistics 20 program. It allowed itself to check that there are aspect benign pathologies such as malignant emphasizing the relationship of white and red lesion with sex, and highlighting the most prevalent lesions such as leukoplakia.

ÍNDICE.

Certificación del director de tesis.....	II
Certificación de tribunal examinador.....	III
Declaración de autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Introducción.....	1
Capítulo I.	
1.1.Problematización.....	3
1.1. Tema de la investigación.....	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Planteamiento del problema.....	3
1.4. Preguntas de la investigación.....	4
1.5. Delimitación de la investigación.....	4
1.5.1. Delimitación espacial.....	4
1.5.2. Delimitación temporal.....	4
1.6. Justificación.....	5
1.7. Objetivos.....	6

1.7.1. Objetivo general.....	6
1.7.2. Objetivos específicos.....	7
Capítulo II.	
2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.....	8
2.1. Salud bucal.....	8
2.2. Variaciones normales de la mucosa.....	9
2.3. Cáncer bucal.....	9
2.3.1. Incidencia de cáncer.....	12
2.3.2. Estados premalignos.....	14
2.3.3. Lesiones premalignas y malignas.....	14
2.3.4. Lesiones blancas.....	15
2.3.5. Lesiones rojas.....	20
2.3.6. Lesiones ulceradas.....	23
2.3.7. Lesiones vesiculoampollosas.....	24
2.3.8. Lesiones mixtas.....	26
2.4. Unidad de observación de análisis.....	30
2.5. Variables.....	30
2.5.1. Variable dependiente.....	30
2.5.2. Variables independientes.....	30
2.6. Matriz de operacionalización de las variables.	31
Capítulo III.	
3. Marco Metodológico.....	32
3.1. Modalidad de la investigación.....	32

3.2. Tipo de la investigación.....	32
3.3. Métodos.....	32
3.4. Técnica.....	33
3.5. Instrumento.....	33
3.6. Recursos.....	33
3.6.1. Recursos Humanos.....	33
3.7.2. Recursos tecnológicos.....	33
3.6.3. Recursos económicos.....	34
3.7. Población y muestra.....	34
3.7.1. Población.....	34
3.7.2. Muestra.....	34
3.8. Proceso de recolección de información.....	35
3.9. Procesamiento de la información.....	35
 CAPÍTULO IV.	
4. Análisis e Interpretación de Resultados.....	36
Cuadro 1.....	36
Cuadro 2.....	38
Cuadro 3.....	40
Cuadro 4.....	42
Cuadro 5.....	45
Cuadro 6.....	50
Cuadro 7.....	53

Cuadro 8.....	55
Cuadro 9.....	58
Cuadro 10.....	61
Capítulo V.	
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	64
5.1. Conclusiones.	64
5.2. Recomendaciones.....	65
Capítulo VI.	
6. Propuesta.....	66
6.1. Identificación del proyecto.....	66
6.1.2. Tema.....	66
6.1.3. Entidad ejecutora.....	64
6.1.4. Clasificación del proyecto.....	66
6.1.5. Localización.....	67
6.2. Justificación.....	67
6.3. Marco institucional.....	67
6.4. Objetivos.....	68
6.4.1. Objetivo general.....	68
6.4.2. Objetivos específicos.....	68
6.5. Descripción del proyecto.....	69
6.6. Beneficiarios.....	69
6.7. Diseño metodológico.....	69
6.8. Presupuesto.....	70

6.9. Sostenibilidad.....	70
Bibliografía.....	71
Anexos.....	77

INTRODUCCIÓN.

Examinando los estudios de Denohué, Leyva, Ponce, Aldape, Quezada, Borgues y Aguirre¹ (2007) podemos citar que:

La cavidad bucal es asiento de una amplia diversidad de entidades que involucran variaciones anatómicas estados patológicos; continuamente se encuentra sujeta a modificaciones debido a diferentes factores irritantes que actúan sobre la mucosa; asimismo, conforme aumenta la edad también se modifican los tejidos influyendo el estado de salud-enfermedad, lo cual conlleva a que las manifestaciones locales y sistémicas sean distintas entre las etapas de la vida y que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean diferentes entre una población y otra. (¶1).

Donado² (2005) en su obra expone que “el objetivo primordial dentro del área de la salud es el mantenimiento de la propia salud y, por consiguiente, la prevención de la enfermedad”.

Podemos acotar lo que determinan Buja y Krueger³ (2006) en sus estudios “la anatomía patológica, tanto en sus aspectos macroscópicos como microscópicos, es la ciencia que identifica e interpreta los patrones morfológicos relacionándolos con las funciones fisiológicas y patológicas de un organismo vivo” (pp. 1).

De acuerdo con Stevens y Lowe⁴ (2007) podemos afirmar que:

¹ Denohué, A., Leyva, E., Ponce, S., Aldape, B., Quezada, D., Borgues, A. & Aguirre, A. (2007). Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos. [En línea]. Consultado: [12 mayo de 2014]. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000100001&script=sci_arttext

² Donado M. (2005). Cirugía Bucal. Patología y Técnica. Barcelona, Reino de España: Masson S.A.

³ Buja, M. & Krueger, G. (2006). Netter Anatomía Patológica. Reino de España: Elsevier España.

⁴ Stevens, A. & Lowe, J. (2001). Anatomía Patológica. Madrid, Reino de España: Harcourt.

Es fundamental que médicos y cirujanos comprendan en profundidad los procesos patológicos si quieren detectar, diagnosticar y tratar todas las enfermedades de un modo competente y riguroso. La anatomía patológica es, por tanto, un componente básico de la educación médica para todos los médicos, enfermeros y demás profesionales sanitarios, y sirve para aumentar grandemente la destreza y la eficiencia de todos ellos. (pp. 1).

González, Arredondo, y Vila⁵(2006) explican en su investigación que:

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

Las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal son multifactoriales, y dentro de estas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos como el tabaco, el alcohol, leucoplasia, eritroplasia, y la exposición a toxinas; y factores endógenos, como la herencia, malnutrición, factores hormonales y factores de riesgo de tipo profesional como exposición a fibras textiles, refinamiento del níquel y trabajo con madera. Una cepa particular del virus del papiloma humano (HPV 16) que es fuente común de infección de transmisión sexual, ha sido relacionada con el cáncer oral, planteándose una estrecha relación entre el sexo oral y esta patología. (¶5-6).

⁵ González A, Arredondo M, y Vila L. (2006). Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. [En línea]. Consultado: [13 mayo de 2014]. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003

CAPITULO I.

1. Problematización.

1.1. Tema de la investigación.

Patologías bucales de tejidos blandos en la población mayor de 15 años en las parroquias Colón y 18 de octubre del cantón Portoviejo.

1.2. Formulación del problema.

¿Cómo se caracterizan las patologías bucales de tejidos blandos en la población mayor de 15 años en las parroquias Colón y 18 de Octubre del cantón Portoviejo?

1.3. Planteamiento del problema.

En una investigación realizada por Casnati, Alvarez, Massa, Lorenzo, Angulo, Carzoglio, J. (2013)⁶ manifestaron que:

⁶ 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: [20 agosto de 2014]. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392013000200007&script=sci_arttext

Según el meta-análisis publicado por Andreasen y col., las enfermedades de la mucosa bucal afectan entre el 25% - 50% de las personas, dependiendo de la población estudiada, del diseño metodológico empleado así como la categorización de las lesiones que varían de un estudio a otro.

En la provincia de Manabí hasta la fecha no existe registro alguno sobre la caracterización de las patologías bucales de tejidos blandos en la población mayor de 15 años en las parroquias Colón y 18 de Octubre del cantón Portoviejo.

1.4. Pregunta de la investigación.

¿Cuáles son las patologías bucales más frecuentes que se observan en las poblaciones a estudiar?

¿Cuál es la prevalencia de patologías bucales encontradas en las poblaciones a estudiar?

1.5. Delimitación de la investigación.

1.5.1. Delimitación espacial.

La investigación se desarrolló en personas mayores de 15 años de las parroquias Colón y 18 de Octubre.

1.5.2. Delimitación temporal.

La investigación se desarrolló en el periodo desde Enero 2014 hasta Junio 2014.

1.6. Justificación.

Investigando la obra de Espinosa⁷ (2004) puedo entender que:

Las enfermedades del complejo bucal han existido a lo largo de toda la historia en todos los lugares y son especialmente frecuentes en la actualidad. Es por eso que el conocimiento del estado de salud bucal de la población resulta una premisa indispensable para el desarrollo de una correcta planificación, organización, dirección y control de la atención estomatológica, su evaluación periódica permite conocer los logros alcanzados en la aplicación de programas de atención primaria y hacer los ajustes necesarios para el cumplimiento de los objetivos y estrategias. (¶1).

García y Bascones (2009)⁸ en su escrito refiere que “la boca es un área muy accesible por lo que la detección de las lesiones o condiciones premalignas no es dificultosa” (pp. 247).

Investigando el artículo electrónico de Quintana, Fernández, y Laborde⁹ (2004) puedo citar que:

Se realizó un estudio sobre los principales factores de riesgo asociados con la aparición de lesiones malignas y premalignas bucales en nuestra área de salud con el propósito de encaminar el trabajo preventivo y para educar a nuestra población. Se encontró que el 67,7 % de los pacientes encuestados presentaron algún factor de riesgo asociado con la aparición de estas lesiones y el 4,8 % presentó algún tipo de lesión. El sexo masculino fue el más afectado, y el uso de prótesis y el hábito de fumar los factores de riesgos más frecuentes. La leucoplasia constituyó la lesión más encontrada, con el 36,7 % y las localizaciones más frecuentes la mucosa del carrillo y el labio inferior. (¶1).

⁷ Espinosa L. (2004, septiembre - diciembre) Comportamiento de las enfermedades bucales y necesidades de tratamiento en un consultorio médico del Vedado. [En línea]. Consultado: [13 mayo de 2014]. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300001

⁸ García, V. Bascones, A. (Septiembre – Octubre 2009) Cáncer Oral: Puesta al día. Avances en Odontoestomatología. 25. Consultado el 04 de mayo de 2014. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000500002

⁹ Quintana C., Fernández M., y Laborde R. (2004). Factores de riesgo de lesiones pre malignas y malignas bucales. [En línea]. Consultado: [13 de mayo 2014]. Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300007&script=sci_arttext

Según Mora, Montenegro, Pérez, y Rodríguez¹⁰ (2001) en su investigación refieren que:

Las deficiencias han estado relacionadas con baja cobertura del programa, insuficiente calidad del examen del complejo bucal y deficiencias organizativas para la recuperación de insistentes a los servicios especializados, así como también una insuficiente actividad educativa a la población y al personal de asistencia. Por lo importante del tema decidimos realizar este trabajo para identificar el impacto de dicho programa en un área de salud rural. (¶4).

El aporte del profesional odontológico es de gran importancia en la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías que puedan presentarse y desarrollarse en la cavidad bucal. Por eso que este trabajo investigativo contribuye a la población estudiada y al personal profesional brindándoles conocimientos acerca de patología bucal.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo general.

-Caracterizar las patologías bucales de tejidos blandos en la población mayor de 15 años de edad en las parroquias Colón y 18 de Octubre de Portoviejo.

¹⁰ Mora, M., Montenegro, I., Pérez, T., y Rodríguez, A (2001). Programa de pesquisaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. [En línea]. Consultado [9 de junio de 2014]. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000300006&script=sci_arttext

1.7.2. Objetivos específicos.

-Describir a la población mayor de 15 años de acuerdo a las variables socio-demográficas.

-Identificar a la población mayor de 15 años de acuerdo al consumo de tabaco y alcohol.

-Definir principales patologías bucales de tejidos blandos en la población mayor de 15 años de edad.

-Determinar la prevalencia de las principales patologías bucales en tejidos blandos en la población mayor de 15 años de edad.

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.

2.1. Salud bucal.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S)¹¹ (2007), refiere en su página electrónica que:

La salud bucodental puede definirse como la ausencia de dolor orofacial crónico, cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales (de las encías), caries dental y pérdida de dientes, y otras enfermedades y trastornos que afectan a la boca y la cavidad bucal. (¶1).

Estudiando la obra de Donado¹² (2005) puedo citar que:

El objetivo primordial dentro del área de la salud es el mantenimiento de la propia salud y, por consiguiente, la prevención de la enfermedad. Sin embargo, dentro del ámbito de la cirugía bucal como parte del amplio marco de la patología bucofacial es necesario establecer el diagnóstico de la enfermedad o proceso patológico correspondiente en saturar su tratamiento. La cirugía bucal según la Sociedad Americana de Cirujanos Orales es la parte de la práctica dental relacionada con el diagnóstico, tratamiento quirúrgico y complementario de las enfermedades, lesiones y malformación de la cavidad oral y de la región maxilofacial. El profesional de la salud bucodental, odontólogo o estomatólogo se propondrá por tanto como meta conservar la salud y prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad cuando ésta se presente. Dicho profesional debe conocer los distintos procesos patológicos (infecciones, traumatismos, tumores y deformidades) y la localización en que éstos asientan (cavidad bucal, macizo maxilofacial y regiones adyacentes), procesos que no conocen barreras o límites entre estos territorios; utilizará medios de diagnóstico adecuados, instaurará una terapéutica

¹¹ Organización Mundial de la Salud (2007). *Salud Bucodental*. Recuperado: [12, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

¹² Donado M. (2005). *Cirugía Bucal: Patología y Técnica*. Barcelona, Reino de España: Masson S.A.

–quirúrgica en este caso– orientara o remitirá el paciente al especialista oportuno cuando las entidades desborden sus competencias. (pp. 3).

2.1.2. Variaciones normales de la mucosa.

Wood, y Goaz¹³ (1999) exponen en su libro que:

La mucosa oral normal muestra una amplia variedad de colores rosados, que van de rosa oscuro (rojizo) al rosa muy pálido (casi blanco).

La mucosa masticatoria sana (sobre el paladar duro, las encías y la superficie dorsal de la lengua) tienen un color rosado claro. Estas superficies están expuestas a fuerzas y presión masticatoria, y se han adaptado: 1) una capa protectora de queratina y 2) tejido conectivo subepitelial densamente fibroso, relativamente avascular y firmemente unido al hueso o al músculo. Por el contrario, la mucosa de revestimiento (mucosa oral sobre el vestíbulo, mejillas, labios, suelo de boca y superficie ventral de lengua) queda protegida de esos intensos estímulos mecánicos y químicos, por lo que en esta zona no se produce una modificación tisular similar. Por tanto, el color de los vasos adyacentes se transmite a través del tejido más transparente que los cubre, dotando a la superficie de un color más rojizo, en comparación con el color rosado claro de la mucosa masticatoria.

Es fácil observar variaciones individuales en el color de la mucosa oral que constituyen probablemente la expresión de uno o varios factores controlados genéticamente; es decir algunas personas forman queratina con facilidad con estímulos mínimos, mientras que otras requieren estímulos importantes para producir una mínima queratinización. Además el tono rosado depende también de la concentración de hemoglobina del paciente; por ejemplo, los pacientes con policitemia tendrán mucosas más rojas que los que sufren anemia. (p. 49).

2.2. Cáncer bucal.

¹³ Wood, N., & Goaz P. (1999). Lesiones orales y maxilofaciales. Madrid, Reino de España: Harcourt Brace.

De acuerdo con Quintana, Fernández, y Laborde¹⁴ (2004) comprendo que “el cáncer constituye uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad no solo en el ámbito de la salud pública, sino también para la ciencia en general” (¶1).

Consultando a García y Basconez¹⁵ (2009) puedo citar que:

La palabra cáncer se emplea para referirse a un grupo de más de 100 enfermedades distintas con más de 1.000 variedades histopatológicas que comparten como característica común una proliferación anormal y descontrolada de células que invaden tejidos y órganos próximo y distantes y que, si no son tratadas a tiempo, ocasionan la muerte de los individuos en cuyo seno se desarrollan. El primero en hablar de cáncer fue Hipócrates y probablemente dicho término deriva del latín cangrejo, ya que el tumor se adhiere a todo lo que agarra con la misma obstinación que un cangrejo. El término carcinoma hace referencia al cáncer derivado de las células epiteliales (90% de los casos de cánceres). Hablamos de neoplasia cuando se produce una proliferación incontrolada de células somáticas producto de un cambio irreversible en las mismas. El exceso de tejido persiste aunque cese el estímulo. Las neoplasias pueden ser benignas, si son localizadas y no invaden los tejidos adyacentes ni se diseminan por el resto del cuerpo, o malignas, si invaden y destruyen tejidos y son capaces de diseminarse.

Así, entenderemos por cáncer oral aquellas neoplasias malignas desarrolladas a partir de la mucosa oral la cual comprende las siguientes áreas:

- Labio y comisura labial.
- Mejillas.
- Suelo bucal y lengua móvil.
- Paladar duro.
- Istmo de las fauces. (¶1-3).

¹⁴ Quintana C., Fernández M., y Laborde R. (2004). Factores de riesgo de lesiones pre malignas y malignas bucales. [En línea]. Consultado [13 de mayo de 2014]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300007&script=sci_arttext

¹⁵García, V. Bascones, A. (Septiembre – Octubre 2009) Cáncer Oral: Puesta al día. Avances en Odontostomatología. 25. Consultado el 13 de mayo de 2014. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000500002

Estudiando la investigación de Vila, García y Ochandiano¹⁶ (2008) puedo exponer que:

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

Estudiando la obra Beltrán, B.¹⁷ (2008) puedo citar que:

Existen una serie de lesiones que pueden ser precursoras del cáncer oral, por ello es importante localizarlas precozmente:

-Manchas blancas (leucoplasias), rojas (eritroplasias) o marrones que no desaparecen por sí mismo en dos semanas.

-Úlceras o heridas sin causa aparente que no cicatricen en dos semanas.

-Hemorragias de origen incierto.

-Engrosamientos, endurecimientos, hinchazón.

-Dolor de oídos, mandíbula o de lengua.

-Sensaciones de adormecimiento u hormigueo, pérdida de la sensibilidad.

-Sensación de que algo queda atrapado en la boca.

-Dificultad al masticar o tragar.

-Sensación de que la lengua se pone rígida o difícil de controlar.

-Sensación de que las prótesis, antes adaptadas, ahora encajan mal o resultan incómodas.

-Enronquecimiento de la voz.

Si estos problemas no desaparecen espontáneamente en dos semanas, el paciente debe acudir al oncólogo que será quien valore la realización de una biopsia para establecer un diagnóstico adecuado. (pp. 132-133).

¹⁶ Vila, C., García, F. y Ochandiano S. (2008). Cirugía Oral. Reino de España: Arán.

¹⁷ Beltrán, B. (2008). *El médico solo no basta*. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2014]. Disponible en: http://books.google.com.ec/books?id=Fx4A4B6QtHEC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Cortinas¹⁸ (2012) en su obra expone 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 de 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 (proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un periodo determinado) y la adopción del estilo de vida occidental. (pp. 36).

Fauci, Longo, Kasper, Hauser, Jameson y Loscalzo¹⁹ (2012) en su investigación refiere que:

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

2.2.1. Incidencia de cáncer.

De acuerdo con la investigación de González, Arredondo, y Vila²⁰ (2006) entiendo que “el aumento de la incidencia del cáncer bucal constituye un problema de salud mundial. Se

¹⁸ Cortinas, C. (2012). *Cáncer: herencia y ambiente*. Estados Unidos Mexicanos: Editorial la ciencia para todos.

¹⁹ Fauci, A., Longo, D., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., Loscalzo, J., (2012). *Harrison Principios de la Medicina Interna*. (16° ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

²⁰ González A, Arredondo M, y Vila L. (2006) Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. [En línea]. Consultado: [13 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003

observa en la actualidad una tendencia al incremento de la mortalidad absoluta causada por este tipo de patología” (¶4).

Analizando a González, Arredondo, y Vila²¹ (2006) puedo citar que:

En Cuba desde 1988 se pone en función el Programa Nacional de Diagnóstico del Cáncer Bucal, respaldado por el MINSAP²². Único en el mundo por su cobertura nacional, se plantea entre sus funciones la pesquisa masiva de las lesiones del complejo bucal a los sujetos mayores de 15 años, con el objetivo fundamental de su detección en etapas tempranas. (¶9).

En lo escrito por Riera P., Martínez B²³ (2005) puedo conocer que:

El cáncer oral es entre dos a cuatro veces más frecuente en hombres en la mayoría de grupos étnicos, excepto en Filipinas, donde los porcentajes son similares. La razón para estas diferencias no está claramente establecidas, se piensa que la exposición a factores de riesgo no es igual en ambos géneros, y dentro de estos, se ha demostrado que el uso de tabaco tiene un efecto carcinogénico directo sobre el epitelio de la cavidad oral; su asociación con alcohol, aumentaría el riesgo, entre 6 a 15 veces. Ha adquirido importancia en la posible etiología del cáncer oral la infección por virus, entre ellos el virus herpes simple (VHS-1), y el papilomavirus humano 16 (PVH 16). En un estudio reciente, realizado por Gillison y Cols (2004), encontraron parte del genoma viral en las células tumorales, pero aún no existe acuerdo con respecto al rol de virus en carcinoma espinocelular de la boca.

La edad también se considera un factor de riesgo, 90% son diagnosticadas en pacientes de más de 40 años, sin embargo ha aumentado el número de adultos entre 20 y 30 años que han desarrollado cáncer, especialmente en lengua. (¶1-2).

Quintana, Fernández, y Laborde²⁴ (2004) exponen en su investigación que:

²¹ González A, Arredondo M, y Vila L. (2006). Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. [En línea]. Consultado: [13 de mayo, 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003

²² MINSAP: Ministerio De Salud Pública.

²³ Riera P., Martínez B. (2005) Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. [En línea]. Consultado: [15 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500007

Cada año enferman de cáncer 9 000 000 de personas en el mundo y mueren por su causa unos 5 000 000. Se estima en la actualidad que existen alrededor de 14 000 000 de enfermos de cáncer. Las consecuencias económicas y sanitarias lo convierten en un importante problema de salud. Además, con el incremento del hábito de fumar y el envejecimiento gradual de la población, se piensa que si no se toman medidas de control, exista un incremento de su incidencia y mortalidad.

Se tienen evidencias de que el cáncer ocurre principalmente como consecuencia de las condiciones de vida. Los agentes carcinogénicos que las personas respiran, ingieren y otros, a los que se exponen por largo tiempo, determinan en gran medida la ocurrencia de esta enfermedad. De aquí que la modificación del estilo de vida representa un elemento esencial en la prevención del cáncer; se considera que el 30 % de los cánceres son prevenibles a partir del control del hábito de fumar.

Si el cáncer es detectado tempranamente, el tratamiento será indicado con intención curativa. Si la población se educa para detectar los signos y síntomas tempranos de la enfermedad, entonces la atención médica será más efectiva. (¶ 2-4).

2.2.2. Estados premalignos.

Ceccotti²⁵, et al. (2007), p.292) en su escrito refiere que “se denomina condiciones o estados precancerosos a aquellos en los que el enfermo tiene un riesgo mayor de desarrollar cáncer”.

2.2.3. Lesiones premalignas y malignas.

O.M.S, (s.f., citado en Ceccotti, Sforza, Carzoglio, Luberti, y Flichman²⁶, 2007, p.291) “las lesiones premalignas de la mucosa oral son las lesiones crónicas sobre las cuales es más frecuente el desarrollo de un cáncer”.

²⁴ Quintana C., Fernández M., y Laborde R. (2004) Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. [En línea]. Consultado: [13 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300007&script=sci_arttext

²⁵ Ceccotti, E., Sforza, R., Carzoglio, J., Luberti, R., y Flichman, J. (2007). El diagnóstico en clínica estomatológica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

²⁶ Ceccotti, E., Sforza, R., Carzoglio, J., Luberti, R., y Flichman, J. (2007). El diagnóstico en clínica estomatológica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Investigando a González, Arredondo, y Vila²⁷ (2006) puedo citar que:

Las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal son multifactoriales, y dentro de estas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos como el tabaco, el alcohol, leucoplasia, eritroplasia, y la exposición a toxinas; y factores endógenos, como la herencia, malnutrición, factores hormonales y factores de riesgo de tipo profesional como exposición a fibras textiles, refinamiento del níquel y trabajo con madera.⁷⁻⁹ Una cepa particular del virus del papiloma humano (HPV 16) que es fuente común de infección de transmisión sexual, ha sido relacionada con el cáncer oral, planteándose una estrecha relación entre el sexo oral y esta patología. (¶5).

León, Romero, Ferrer y Fatjó²⁸ (1996) “entre las lesiones premalignas más frecuentes encontramos el nevus, las leucoplasias, las eritroplasias, el liquen plano y la fibrosis submucosa, en tanto, el carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna de más alta incidencia” (¶2).

2.2.4. Lesiones blancas.

Leucoplasia.

López y Martín²⁹ (2012) en su obra exponen que:

Se define como mancha blanca que no puede caracterizarse como otra entidad clínica ni patológica. Es la lesión premaligna más frecuente que afecta a la mucosa

²⁷ González A, Arredondo M, y Vila L. (2006) Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. [En línea]. Consultado [13 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003

²⁸ León, E., Romero, M., Ferrer, I., & Fatjó, M., (1996). Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. [En línea]. Consultado: [18 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000300002&script=sci_arttext

²⁹ López, A. & Martín, R (2012). Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

orofaríngea, constituyendo el 85% de dichas lesiones (el 90% se localiza en mucosa yugal, lengua, bermellón y suelo de boca). (pp. 327).

En el artículo escrito por Aguas, y Tizeira³⁰ (2004) puedo entender:

La definición propuesta por la OMS considera como leucoplasia a toda placa blanca situada sobre la mucosa bucal que no puede ser eliminada mediante el raspado o clasificada como ninguna otra enfermedad diagnosticable.

Existe una incidencia superior en el sexo masculino y grupos de edad comprendida entre 40 y 70 años. Actualmente se ha incrementado su aparición en mujeres al generalizarse el hábito de fumar.

Dentro de los factores locales que condicionan la aparición de una leucoplasia bucal podemos citar al tabaco, fumado o mascado, ejerce tres tipos de acciones: mecánica, física y química; esto es debido a la acción directa del cigarrillo sobre una misma área mucosa, por el calor y por sus componentes químicos. Las leucoplasias pueden remitir en un 60% en un año si el hábito de fumar cesa. El alcohol y el trauma dentario y/o protésico son otros factores predisponentes. (pp. 21-22).

Liquen plano.

Cawson, y Odell³¹ (2009) “el liquen plano es una enfermedad inflamatoria crónica, frecuente en la piel y las membranas mucosas. Principalmente afecta a pacientes de mediana edad o mayores. Las lesiones orales tienen aspecto y distribución característicos” (pp. 225).

Indagando la obra Wood y Goaz³² (1999) puedo citar que:

³⁰ Aguas, S. C., & Lanfranchi Tizeira, H. E. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*,19(47), 24-6. Extraído el 13 de mayo de 2014 desde <http://www.odon.uba.ar/revista/2004vol19num47/docs/desglose/AGUAS.pdf>

³¹ Cawson, R., & Odell E. (2009). *Cawson fundamentos de medicina y patología oral*. Barcelona, Reino de España: Elsevier España.

³² Wood N., y Goaz P. (1999). *Lesiones orales y maxilofaciales*. Reino de España: Harcourt Brace.

La prevalencia aproximada del LP oral es del 0,1-2,2%. La mayoría (70-80%) se produce en mujeres, por lo general mayores de 40 años. Las lesiones, rara vez solitarias, suelen ser bilaterales. La localización más frecuente es la mucosa bucal (incluyendo vestíbulos), seguida de lengua y encías, aunque las lesiones pueden localizarse en casi cualquier punto.

Existen dos tipos básicos de lesión: 1) lesiones totalmente blancas (queratósicas), y 2) lesiones blancas (queratósicas) y rojas (atróficas, erosivas, ampollas). (pp. 106-107).

Aguas, y Tizeira³³ (2004) en su artículo exponen que:

Existen formas típicas, no precancerosas, con formas clínicas de aspecto variado, que muestran dibujos de color blanquecino con diversas disposiciones: arboriforme, puntiforme, red y dendrítica.

La localización preferencial es la mucosa yugal, en el tercio posterior y de forma simétrica. Pero pueden extenderse a cualquier localización oral, así como en la periferia de las formas clínicas atípicas

También existen formas atípicas del liquen bucal que son consideradas cancerizables.

Podemos mencionar:

- el liquen erosivo (pseudovegetante),
- el liquen ampollar,
- el liquen atrófico, y
- el liquen queratósico. (pp. 25).

Según la investigación de Bermejo y López³⁴ (2004) puedo conocer que:

Las formas de predominio blanco (papulo-reticulares), no suelen dar sintomatología y a menudo pasan desapercibidas. A lo sumo el paciente nota con la lengua una rugosidad si las lesiones reticulares se establecen de forma manifiesta en las mucosas yugales.

Las formas de predominio rojo (eritematoso-descamativas) suelen ser sintomáticas, produciendo escozor o ardor especialmente al contacto con alimentos ácidos o saldos.

³³ Aguas, S. C., & Lanfranchi Tizeira, H. E. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*, 19(47), 24-6. Extraído el 13 de mayo de 2014 desde <http://www.odon.uba.ar/revista/2004vol19num47/docs/desglose/AGUAS.pdf>

³⁴ Bermejo, F., & López, P. (2004). Liquen plano oral. Naturaleza, aspectos clínicos y tratamiento. [En línea]. Consultado: [26 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123X2004000400003&script=sci_arttext

Estos síntomas harán que el paciente demande consulta, lo que explicaría que en medicina bucal veamos más enfermos de LPO de predominio rojo. La enfermedad cursa brotes de mayor actividad inflamatoria. (Sección características generales ¶2).

Leucoedema.

Leyendo la obra Sapp, Eversole y Wysocki,³⁵ (2005) puedo citar que:

El leucoedema es una alteración del epitelio oral caracterizada por la acumulación intracelular de líquido (edema) en la capa de células espinosas. La etiología de esta afección es actualmente desconocida. Es tan frecuente en algunos grupos raciales que no se considera como enfermedad, sino más bien una variante de la normalidad.

De forma atípica, el leucoedema afecta la mucosa yugal de ambos lados, aunque también pueden estar afectados los bordes laterales de la lengua, se encuentra en un 85 a 95% de individuos afroamericanos, pero solo en un 40 a 45% de sujetos de raza blanca. La mucosa afectada es asintomática y presenta un aspecto membranoso difuso y translúcido, y de color blanco grisáceo. (pp. 30).

Nevus esponjoso blanco.

Sapp, Evesole y Wysocki³⁶ (2005) señalo que “el nevus esponjoso blanco, denominado también gingivoestomatitis de pliegues blancos, nevo oral epitelial o enfermedad de Cannon, es un trastorno hereditario autosómico dominante relativamente raro, que se manifiesta como una lesión blanca de la mucosa oral” (pp. 30).

³⁵ Sapp, J., Eversole, L., y Wysocki, G. (2005). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Madrid, Reino de España: Elsevier España.

³⁶ Sapp, P., Evesole, L. & Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona, Reino de España: Elsevier España.

Andrade, Mimura, Trierweiler, Ventiades y Miranda³⁷ (2010) en su investigación refieren que:

El nevus blanco esponjoso (NBE) es una rara condición autosómica. Fue primeramente descrita por Hyde en 1909 y nombrada por Canon en 1935. Clínicamente se caracteriza por la presencia de placas blancas bilaterales en la mucosa bucal, de aspecto esponjoso, blandas a la palpación y que pueden descamarse. De forma menos frecuente puede envolver la mucosa nasal, esofágica, rectal y vulvo-vaginal. El NBE no muestra predilección por género; se manifiesta generalmente en la primera década de vida, y como el grado de penetración es irregular, los relatos familiares no son comunes. (¶1).

Cawson y Odell³⁸ (2009) “la situación suele ser bilateral, pero solo ocasionalmente afecta a toda la mucosa. No existen bordes definidos, y los márgenes se pierden imperceptiblemente en el tejido sano” (pp. 256).

Queilitis.

Investigando lo escrito por Aguas, y Tizeira³⁹ (2004) puedo exponer que:

Existen alteraciones de la mucosa y la semimucosa labial que también responden al concepto de lesión precancerosa; es decir que constituyen lesiones que presentan una mayor probabilidad estadística o riesgo mayor para transformarse en cáncer.

La bibliografía habla sobre el carcinoma de labio como el de mayor frecuencia representado por un porcentaje que va desde 25% al 30% de los cánceres bucales.

³⁷ Andrade, M., Mimura, M., Trierweiler, M., Ventiades, J. y Miranda, F. (2010). Nevus blanco esponjosos familiar. [En línea]. Consultado: [19 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000200015&script=sci_arttext&tlng=pt

³⁸ Cawson R., y Odell E. (2009). Cawson fundamentos de medicina y patología oral. Barcelona, Reino de España. Elsevier España S.L.

³⁹ Aguas, S. C., & Lanfranchi Tizeira, H. E. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*,19(47), 24-6. Extraído el 19 de mayo de 2014 desde <http://www.odon.uba.ar/revista/2004vol19num47/docs/desglose/AGUAS.pdf>

También es indiscutible que el más afectado es el labio inferior y de éste la zona la semimucosa.

Es importante reconocer los factores irritativos directos y crónicos que ejercen su acción. Entre ellos deberemos nombrar: la luz solar (radiación ultravioleta) y el hábito de fumar, ya sea cigarrillos o pipas. Hay que considerar también traumatismos reiterados por mordisqueos o “tics” de arrancamiento, quemaduras y permanente exposición a todo agente climático por razones laborales y/o deportivas.

Las carencias nutricionales, las enfermedades sistémicas, el alcoholismo y el avance de la edad facilitan cambios en los tejidos (elastosis senil), y todos en conjunto favorecen la aparición del carcinoma. (pp. 26-27).

2.2.5. Lesiones rojas.

Estomatitis de contacto.

Sapp, Evesole & Wysocki⁴⁰ (2005) en su escrito refieren que:

La hipersensibilidad a los alérgenos es frecuente en la cavidad oral. Dado que algunos de los alérgenos más frecuentes son alimentos, los pacientes sensibilizados ante ciertos alimentos presentaran reacciones mucosas poco después del contacto.

La reacción habitual de la mucosa oral ante la presencia de un alérgeno sensibilizante es el eritema y el edema. Si resulta afectada la encía, el tejido adquiere un color rojo intenso uniforme en todos los cuadrantes. (pp.278).

Eritema multiforme.

Analizando la obra de Cawson & Odell⁴¹ (2009) puedo citar que:

⁴⁰ Sapp, P., Evesole, L. & Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona, Reino de España: Elsevier España S.L.

⁴¹ Cawson, R., & Odell, E. (2009). Cawson fundamentos de medicina y patología oral. Barcelona, Reino de España: Elsevier España S.L.

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

Indagando la obra de Sapp, Evesole & Wysocki⁴² (2005) pude entender que:

El EM⁴³ se manifiesta en tres formas clínicas: 1) EM menor, 2) EM menor crónico y 3) EM mayor. Esta última tiene una forma rara de presentación aguda en pacientes jóvenes que recibe el nombre de síndrome de Stevens-Johnson (SSJ). Otro trastorno, la necrolisis epidérmica tóxica (NET), es considerada por los investigadores como un forma grave de EM mayor, asociada con una elevada mortalidad estas dos manifestaciones de la enfermedad se caracterizan por la formación de grandes ampollas y la esfacelación de la epidermis.

El EM menor es una enfermedad que afecta fundamentalmente a la piel; la mucosa oral resulta afectada en el 25% de los casos. Las lesiones afectan a la piel o a las mucosas. Antes de aparecer las lesiones existe un periodo prodrómico de 3 a 7 días durante el cual los pacientes sufren cefaleas, fiebre y malestar general. El periodo prodrómico es seguido por la aparición de la clásica lesión cutánea, descrita como diana, ojo de toro o iris. (pp.271).

Liquen plano erosivo.

Aguas, & Tizeira⁴⁴ (2004) indican que:

⁴² Sapp, P., Evesole, L. & Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona, Reino de España: Elsevier España S.L.

⁴³ EM. Eritema multiforme.

⁴⁴ Aguas, S. C., & Lanfranchi Tizeira, H. E. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*,19(47), 24-6. Extraído el 13 de mayo de 2014 desde <http://www.odon.uba.ar/revista/2004vol19num47/docs/desglose/AGUAS.pdf>

En esta lesión se observan áreas erosivas por la existencia de soluciones de continuidad en el epitelio. Su color es rojo intenso y está rodeado de formar reticulares blancas. Es muy doloroso y dificulta la ingesta de alimentos.

Es importante también detectar traumas agregados por mala posición dentaria, bordes filosos o prótesis mal adaptadas, sobre todo en momentos de funcionalidad, como por ejemplo en la apertura/cierre y los momentos deglutorios.

En forma atípica puede ser erosiva primitiva o producto de una complicación de un liquen típico. En general, evoluciona en forma crónica. Con brotes de reagudización. (pp. 25).

Eritroplasia.

López y Martín⁴⁵ (2012) “se trata de placas rojizas sobre la mucosa oral que no pueden ser clínica ni histológicamente catalogadas como otra patología” (pp. 328).

Según López y Martín⁴⁶ (2012) “se presenta como una mácula eritematosa de bordes bien delimitados y superficie aterciopelada al tacto, casi siempre asintomática” (pp. 328).

Según Cawson y Odell⁴⁷ (2009) “la eritroplasia es frecuente en la cavidad oral, pero conlleva el riesgo más alto de transformación maligna y casi la mitad de las lesiones son ya malignas en la primera biopsia” (pp. 262).

Estrada, Zayas, González, González y Castellanos⁴⁸ (2010) en su investigación exponen que:

⁴⁵ López, A. & Martín, R (2012). Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁶ López, A. & Martín, R (2012). Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

⁴⁷ Cawson, R., & Odell, E. (2009). Cawson fundamentos de medicina y patología oral. Barcelona, Reino de España: Elsevier España.

⁴⁸ Estrada Pereira, G. A., Zayas Simón, O. P., González Heredia, E., González Alonso, C., & Castellanos Sierra, G. (2010). Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. *Medisan*, 14(4), 0-0. Extraído el 20 de mayo de 2014 desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000400003&script=sci_arttext&tlng=pt

Esta afección tiende a situarse profundamente en las superficies epiteliales, en cualquier sitio de la mucosa oral, y posee bordes bien circunscritos o definidos, con una extensión que varían desde milímetros a varios centímetros. Las lesiones aparecen en ambos sexos, pero muestran mayor incidencia en los hombres y en las edades comprendidas entre 40 y 60 años. (Sección introducción ¶4).

Sapp, Evesole y Wysocki⁴⁹ (2005) “la eritroplasia de la boca suele ser una lesión asintomática que aparece principalmente en hombres mayores que fuman cigarrillos. Pueden encontrarse en el suelo de la boca, superficie lateral y ventral de la lengua, paladar blando y mucosa yugal” (pp. 183).

2.2.6. Lesiones ulceradas.

Ulceras traumáticas.

Aguas, y Tizeira⁵⁰ (2004) refiere que:

Se considera ulceración traumática crónica (UT) a una pérdida de sustancia que comienza de afuera hacia adentro, de profundidad y tamaño variable y de forma redondeada u oval.

Su causa obedece a cualquier agente mecánico que actué de forma continua. Por ejemplo: los bordes dentarios y/o las obturaciones o elementos protésicos agresivos capaces de producir una ulceración dolorosa. Esta puede reparar en varias horas si la causa es inmediatamente suprimida. Pero si la noxa o la causa persisten, en forma

⁴⁹ Sapp, P., Evesole, L. & Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona, Reino de España: Elsevier España, S.L.

⁵⁰ Aguas, S. C., & Lanfranchi Tizeira, H. E. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*,19(47), 24-6. Extraído el 19 de mayo de 2014 desde <http://www.odon.uba.ar/revista/2004vol19num47/docs/desglose/AGUAS.pdf>

crónica, las características de la lesión se modifican. Así es posible observar bordes edematosos que pueden convertirse en queratósicos. En el fondo de la lesión es amarillento por la necrosis, y su profundidad va en aumento.

Las localizaciones preferentes de las ulceraciones crónicas son:

- los bordes linguales,
- la cara ventral de la lengua,
- el piso de la boca, y
- la mucosa yugal. (pp. 28).

Estomatitis aftosa redivante.

Sapp, Evesole y Wysocki⁵¹ (2005) exponen en su obra que:

La estomatitis aftosa recidivante (EAR) es una enfermedad frecuente en humanos. Dentro de la cavidad oral, la EAR es la afección más frecuente de los tejidos blandos de las mucosas. El pico de edad de aparición esta entre los 10 y los 19 años en algunos pacientes tras la infancia y la adolescencia, las lesiones continúan para toda la vida.

La estomatitis aftosa menor es la forma clínica de casi todas las lesiones de la EAR. Las otras formas, estomatitis aftosa mayor y herpetiforme, se manifiestan en conjunto en menos del 5% de las ocasiones.

Las lesiones orales de la EAR aparecen en episodios, con presencia de menos de cinco úlceras a la vez. Durante un ataque pueden seguir apareciendo lesiones durante un periodo de 3 a 4 semanas, durante cada una de ellas entre 10 y 14 días las úlceras se localizan en la mucosa glandular, habitualmente las encías, el paladar duro y el dorso de la lengua.

La estomatitis aftosa mayor es rara, aunque representa la segunda forma más frecuente de EAR.

Las lesiones son grandes, en comparación con las aftas menores, oscilando entre 5 y 20 mm o más de tamaño. Su número es escaso, generalmente en dos localizaciones: mucosa labial y área del paladar blando posterior/pilares anteriores. (pp. 253-255).

2.2.7. Lesiones vesiculoampollosas.

Liquen plano ampollar.

⁵¹ Sapp, P., Evesole, L. y Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona, Reino de España: Elsevier España, S.L.

Indagando en la investigación de Aguas, y Tizeira⁵² (2004) puedo exponer que:

En ocasiones el liquen ampollar puede preceder al erosivo. Su forma de aparición es brusca, caracterizada por ampollas que se rompen rápidamente dejando zonas erosivas muy dolorosas, que pueden interesar mucosas yugales, lengua, labio, encías, pilares. La presencia de restos de techos ampollares le da un aspecto penfigoide. Las ampollas son de ubicación subepitelial. (pp. 25).

Penfigoide benigno de la mucosa.

Estudiando la obra de Sapp, Evesole y Wysocki⁵³ (2005) puedo comprender que:

El termino penfigoide suele utilizarse para designar una enfermedad descamativa o ampollosa en la que se produce la separación epitelial a nivel de la membrana basal. Dentro de la cavidad oral, las lesiones del PMO aparecen primero en las encías fijas y libres, en forma de áreas irregulares de eritema, asociadas a pérdida de punteado visible. Con menor frecuencia, aparecen en la lengua y las mucosas bucal y labial. Si no se diagnostican y tratan pueden permanecer limitadas a las encías durante largo tiempo, antes de extenderse a tejidos adyacentes. (pp. 262-264).

Pénfigo vulgar.

Analizando la obra de Cawson y Odell⁵⁴ (2009) puedo entender que:

⁵² Aguas, S. y Tizeira, L. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. Revista de la facultad de odontología (UBA). Vol. 19. No. 47, Consultado el 19 mayo, 2014. Disponible en <http://www.odon.uba.ar/revista/2004vol19num47/docs/desglose/AGUAS.pdf>

⁵³ Sapp, P., Evesole, L. & Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona, Reino de España: Elsevier España.

⁵⁴ Cawson, R., & Odell, E. (2009). Cawson fundamentos de medicina y patología oral. Barcelona, Reino de España: Elsevier España.

El pénfigo es una enfermedad auto inmunitaria infrecuente que produce vesículas o ampollas en la piel y en las membranas mucosas. Suele ser mortal sino se trata. Las mujeres en torno a los 40-60 años son las que están más afectadas. Las lesiones suelen aparecer primero en la cavidad oral, pero se diseminan extensamente por la piel. Las vesículas son frágiles, y raramente se encuentran intactas en la cavidad oral. Las erosiones residuales suelen tener bordes irregulares y son superficiales, dolorosas y blandas. (pp. 232).

2.2.8. Lesiones mixtas.

Lupus eritematoso.

Cawson, y Odell⁵⁵ (2009) exponen en su obra que “el lupus eritematoso es una enfermedad del tejido conjuntivo con dos formas principales que se denominan sistémica y cutánea (discoide). Ambas pueden provocar lesiones orales que pueden parecer muy similares a las del liquen plano oral”. (pp. 230).

López⁵⁶ (2009) en su investigación refiere que:

El lupus eritematoso (EL) es una enfermedad del sistema inmunológico, crónica, que afecta principalmente a mujeres, su etiología es desconocida, sin embargo se reconoce que debe existir una predisposición genética a su desarrollo, aunada a factores desencadenantes como ambientales, hormonales e infecciosos entre otros. El paciente puede manifestar solo lesiones en piel y mucosas que incluyen la bucal o concomitantemente tener afectados otros sistemas como el renal, cardiovascular y nervioso central entre los más importantes. (¶1).

⁵⁵ Cawson R., y Odell E. (2009). Cawson fundamentos de medicina y patología oral. Barcelona, Reino de España: Elsevier España.

⁵⁶ López, J. (2009). Manejo odontológico del paciente con lupus eritematoso. [En línea]. Consultado: [19. mayo, 2014] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/art23.asp>

Sapp, Eversole y Wysocki⁵⁷ (2005) en su obra expone que “la patogenia del LE no ha sido totalmente aclarada, pero se considera multifactorial y desencadenada por una combinación de factores genéticos, ambientales y hormonales” (pp. 274).

Candidosis oral.

Cawson, y Odell⁵⁸ (2009) “la infección por *Candida* puede provocar un espectro amplio de lesiones, en concreto; candidosis oral (muguet), placas blancas crónicas (candidosis hiperplásica crónica, *Candida* leucoplasia) y áreas eritematosas como la estomatitis por prótesis” (pp. 213).

Rodríguez., Miranda, Morejón y Santana⁵⁹ (2002) en su artículo refieren que:

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

Eritroleucoplasia.

⁵⁷ Sapp, P., Evesole, L. y Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona, Reino de España: Elsevier España.

⁵⁸ Cawson R., y Odell E. (2009). Cawson fundamentos de medicina y patología oral. Barcelona, Reino de España: Elsevier España.

⁵⁹ Rodríguez, J., Miranda, J., Morejón, H., & Santana, J (2002). Candidiasis de la mucosa bucal. Revisión bibliográfica. [En línea]. Consultado [26 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072002000200007&script=sci_arttext

Estrada, Márquez y González⁶⁰ (2012) exponen que:

Las leucoplasias no homogéneas muestran una superficie irregular, ocasionalmente son sintomáticas y provocan ardor; además tiene un riesgo 4-7 veces mayor de transformación maligna que las homogéneas. Dentro de estas últimas se incluye la eritroplasia que es una lesión preneoplásica, la cual aparece como mancha o placa blanca que alterna con zonas fuertemente eritematosas (rojizas), de superficie lisa o aplanada y se asocia a infección por *Candida albicans*. Las lesiones aparecen en cualquier región de la mucosa bucal, entre la quinta y sexta década de la vida, así como en ambos sexos con mayor incidencia en los hombres. (Sección introducción ¶.3).

Carcinoma epidermoide.

González, Arredondo, y Vila⁶¹ (2006) “el carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más frecuente de los cánceres de la cavidad bucal, se localiza mayoritariamente en la porción libre de la lengua y el suelo de la boca” (¶.6).

Investigando la obra de López y Martín⁶² (2012) puedo conocer que:

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

⁶⁰ Estrada, G., Márquez, M., & González, E (2012). Incidencia de la Eritroleucoplasia en la cavidad oral. [En línea]. Consultado [26 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012001100008&script=sci_arttext

⁶¹ González A, Arredondo M, & Vila L. (2006). Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. [En línea]. Consultado [13 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003

⁶² López, A. y Martín, R. (2012). Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid, Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Aronés, Dávalos, Guerrero, Mora y Alva⁶³ (2007) “el carcinoma epidermoide tiende a desarrollarse sobre piel lesionada o crónicamente enferma por úlceras de larga evolución, tractos sinuosos, osteomielitis crónica o predisponer al desarrollo de tumores, entre estas lupus discoide, liquen plano, lupus vulgaris (tuberculosis cutánea)” (Sección introducción ¶ 2).

En el artículo de Estrada, Márquez y González⁶⁴ (2012) puedo citar que:

Las lesiones aparecen en cualquier región de la mucosa bucal, entre la quinta y sexta décadas de la vida, así como en ambos sexos, pero con mayor incidencia en los hombres.

Actualmente se conoce que el tabaco es el factor etiológico principal para el surgimiento de la afección, puesto que origina cambios en el epitelio mucoso debido al calor causado por la combustión de los mecanismos químico (alquitranes y fenoles), físicos (calor), y mecánico (toniático); es asintomático, aunque en los fumadores puede acompañarse de síntomas subjetivos, tales como: ardor en las mucosas y sensación de sequedad bucal. (Sección introducción ¶ 3-4).

Papiloma.

Sapp, Eversole y Wysocki⁶⁵ (2005) “el papiloma plano denominado con frecuencia papiloma, es una lesión benigna cuya etiología no ha sido aclarada totalmente. Se ha demostrado que el virus del papiloma humano (VPH) origina muchos crecimientos papilares benignos de la mucosa oral” (pp. 165).

⁶³ Aronés, B., Dávalos, L., Guerrero, W., Mora, P y Alva, J. (2007). Carcinoma epidermoide postraumático de rápida evolución. Reporte de un caso. [En línea]. Consultado: [18 de mayo de 2014]. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1028-71752007000300009&script=sci_arttext

⁶⁴ Estrada, G., Márquez, M. y González, E. (2012). Incidencia de la Eritroleucoplasia en la cavidad oral. [En línea]. Consultado: [18 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012001100008&script=sci_arttext

⁶⁵ Sapp, P., Evesole, L. y Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona, Reino de España: Elsevier España S.L.

Leyendo la obra de Sapp, Eversole y Wysocki⁶⁶ (2005) puedo entender que:

Los papilomas planos son las neoplasias benignas más frecuentes del epitelio oral. Se presentan en cualquier localización de la boca en pacientes de todas las edades. No obstante, la incidencia es más alta en el paladar blando, en los pilares faríngeos y en la vulva. Suelen ser lesiones solitarias, aunque a veces pueden presentarse lesiones múltiples en pacientes jóvenes. En el epitelio, los coilocitos pueden ser evidentes o no. Aunque estas lesiones no parecen contener material genómico del VPH, la investigación mediante hibridación in situ del ADN señala que suelen ser detectables los subtipos 6 y 11 del VPH. (pp. 223).

Carcinoma verrugoso.

Wood & Goaz⁶⁷ (1999) en su obra puedo resaltar que:

EL CV es un tipo de carcinoma de bajo grado y crecimiento lento de la cavidad oral y del tracto aereodigestivo superior.

El CV suele afectar a la mucosa bucal, cresta alveolar y encías, lengua, suelo de la boca y paladar de pacientes ancianos.

El CV suele aparecer en fumadores o consumidores de tabaco en polvo o de mascar. (pp. 113).

2.3. Unidad de observación de análisis.

Habitantes de las parroquias Colon y 18 de Octubre.

2.4. Variables.

⁶⁶ Sapp, P., Eversole, L. y Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona, Reino de España: Elsevier España S.L.

⁶⁷ Wood N., y Goaz P. (1999). Lesiones orales y maxilofaciales. Madrid, Reino de España: Harcourt Brace

2.4.1. Variable dependiente.

Patologías bucales de tejidos blandos.

2.4.2. Variables independientes.

-Edad.

-Sexo.

-Nivel educacional.

-Ocupación.

-Tipo de patología.

-Alcoholismo.

-Tabaquismo.

2.5. Matriz de operacionalización de las variables.

Anexo 1.

CAPÍTULO III

3. Marco metodológico.

3.1. Modalidad de la investigación.

Estudio descriptivo de corte transversal.

3.2. Tipo de la investigación.

Exploratorio.

3.3. Métodos.

Se realizó un estudio descriptivo sobre las patologías bucales de tejidos blandos, en pacientes mayores de 15 años de las parroquias Colón y 18 de Octubre, la selección de pacientes fue al azar, y bajo el consentimiento de cada participante.

El pesquisaje se efectuó en los habitantes de las parroquias ya mencionadas, realizando un formulario de encuestas confeccionado al efecto y posteriormente una ficha de observación para la recolección de los datos, los cuales permitieron caracterizar las diferentes patologías atendiendo las variables correspondientes y determinando la prevalencia de las principales lesiones. (Anexo 3).

3.4. Técnica.

-Observación.

-Encuestas.

3.5. Instrumento.

-Matriz de recolección de datos.

-Formulario de encuesta.

3.6. Recursos.

3.6.1. Humanos.

-Investigadora.

-Tutor/a de tesis.

-Grupos de expertos.

3.6.2. Recursos tecnológicos.

-Computadora.

-Cámara fotográfica.

3.6.3. Recursos económicos.

La elaboración de esta investigación tuvo un costo de \$826.10 dólares. (Anexo 2).

3.7. Población y muestra.

3.7.1. Población.

El universo de estudio estuvo formado por las personas mayores de 15 años, de las parroquias Colón y 18 de Octubre de Portoviejo, a las cuales se les consultó su participación, informándoles sobre el trabajo a realizar, firmando como constancia el documento de consentimiento de su participación.(Anexo 3).

3.7.2. Muestra.

La muestra coincide con el universo por tratarse de un estudio descriptivo, este se realizó en parroquias Colón y 18 de Octubre, se consiguió encuestar a 782 personas, de las cuales 140 se diagnosticaron con algún tipo de patología en la cavidad bucal.

3.8. Proceso de recolección de información.

La información fue recolectada mediante el cuestionario aplicado al efecto, y una ficha de observación que permitió la recolección de datos del estudio bucal. (Anexo 3 y 4).

3.9. Procesamiento de la información.

La información recolectada fue ingresada a la bases de datos, mediante el paquete estadístico SPSS v. 20. para Windows el cual permitió obtener los valores de frecuencia de las variables de estudio así como los porcentajes, y los resultados que están expresados mediante tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV.

4. Análisis e interpretación de los resultados.

Cuadro 1.

Distribución de la población estudiada por grupos de edades y sexo. Parroquias Colón y 18 de Octubre, cantón Portoviejo, provincia Manabí. Período 2014.

	Edad.				Total:
	15 - 18	19 - 34	35 - 59	60 y más.	
Masculino.	25	90	102	65	282
	3,2%	11,5%	13,0%	8,3%	36,1%
Femenino.	45	154	207	94	500
	5,8%	19,7%	26,5%	12,0%	63,9%
Total:	70	244	309	159	782

Nota: Encuesta realizada a los habitantes de las parroquias Colón y 18 de Octubre.

Fuente: Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Anexos, p.80 - 81.

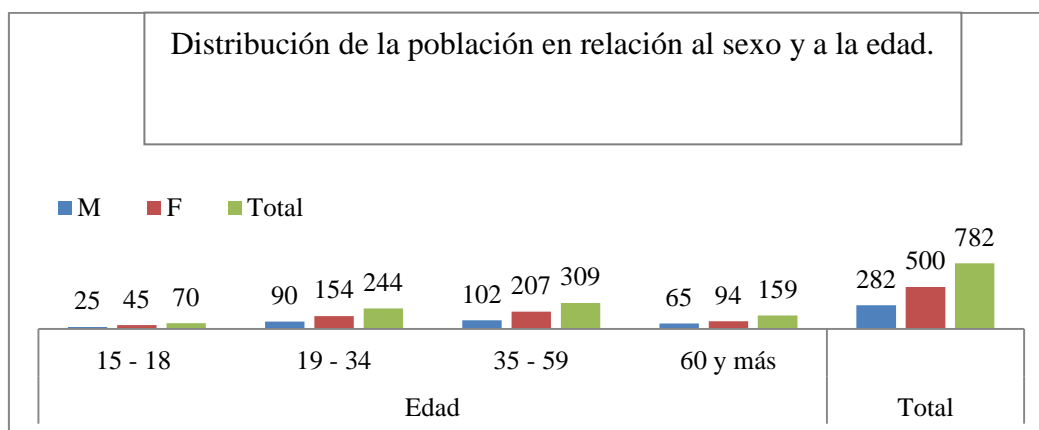


Gráfico N° 1. Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 36.

4.1. Análisis e Interpretación.

En el estudio realizado a 782 personas con relación a las patologías bucales de tejidos blandos de la cavidad bucal, se presentaron 282 (36.1%) personas de sexo masculino y 500 (63.9%) personas de sexo femenino. Resulto el grupo etario de 35 a 59 años en ambos sexos el más representativo con 102 (13%) personas correspondientes al género masculino y 207 (26.5%) personas correspondientes al género femenino.

Cuadro 2.

Distribución de la población estudiada por sexo y nivel escolar. Parroquias Colón y 18 de Octubre, cantón Portoviejo, provincia Manabí. Período 2014.

Nivel educacional.	Sexo.		Total.
	Masculino.	Femenino.	
Analfabeto.	14	11	25
	1,80%	1,40%	3.2%
Primaria no terminada.	33	50	83
	4,30%	6,40%	10.7%
Primaria terminada.	57	105	162
	7,30%	13,40%	20.7%
Secundaria no terminada.	48	101	149
	6,10%	12,90%	19%
Bachiller.	34	86	120
	4,30%	11,00%	15.3%
Técnico.	4	3	7
	0,50%	0,40%	0.9%
Universitario.	92	144	236
	11,80%	18,40%	30.2%
Total.	282	500	782
	36,10%	63,90%	100%

Nota: Encuesta realizada a los habitantes de las parroquias Colón y 18 de Octubre.

Fuente: Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Anexos, p.80 - 81.

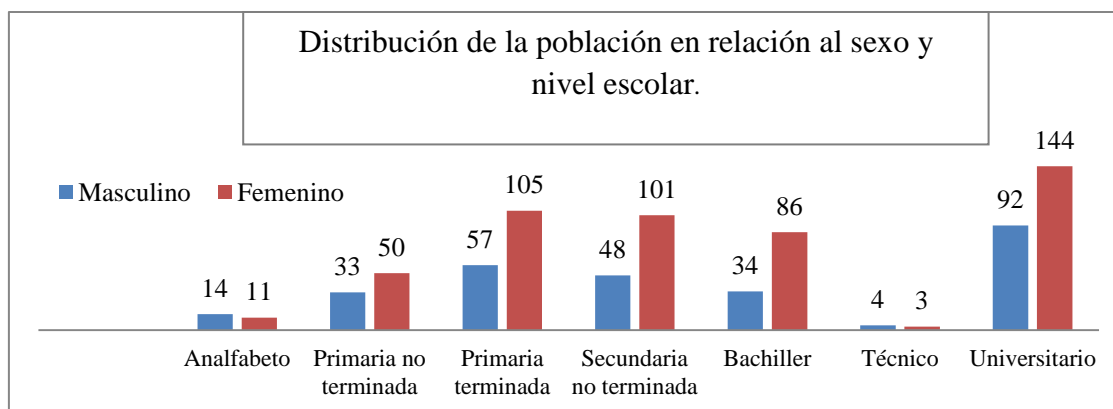


Gráfico N° 2. Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 38.

Análisis e interpretación.

Como se puede observar en el cuadro N 2 de las 782 personas encuestadas respecto a las patologías bucales de tejidos blandos de la cavidad bucal, en relación al nivel educacional y sexo. Se comprobó que el mayor porcentaje es en estudios universitarios correspondiente al género femenino con 144 (18.4%) personas que cursan una carrera universitaria, mientras que el menor porcentaje concierne al grupo técnico 3 (0.4%) en el mismo género.

Cuadro 3.

Distribución de la población estudiada por sexo y nivel ocupacional. Parroquias Colón y 18 de Octubre, cantón Portoviejo, provincia Manabí. Período 2014.

Ocupación.	Sexo.		Total.
	Masculino.	Femenino.	
Profesional.	29 3.7%	22 2.8%	51 6.5%
Obrero.	34 4.3%	3 0.4%	37 4.7%
Trabajador privado.	67 8.6%	51 6.5%	118 15.1%
Estudiante.	68 8.7%	107 13.7%	175 22.4%
Ama de casa.	3 0.4%	287 36.7%	290 37.1%
Sin vínculo.	30 3.8%	7 0.9%	37 4.7%
Otra.	51 6.5%	23 2.9%	74 9.5%
Total.	282 6.1%	500 63.9%	782 100%

Nota: Encuesta realizada a los habitantes de las parroquias Colón y 18 de Octubre.

Fuente: Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Anexos, p.80 - 81.

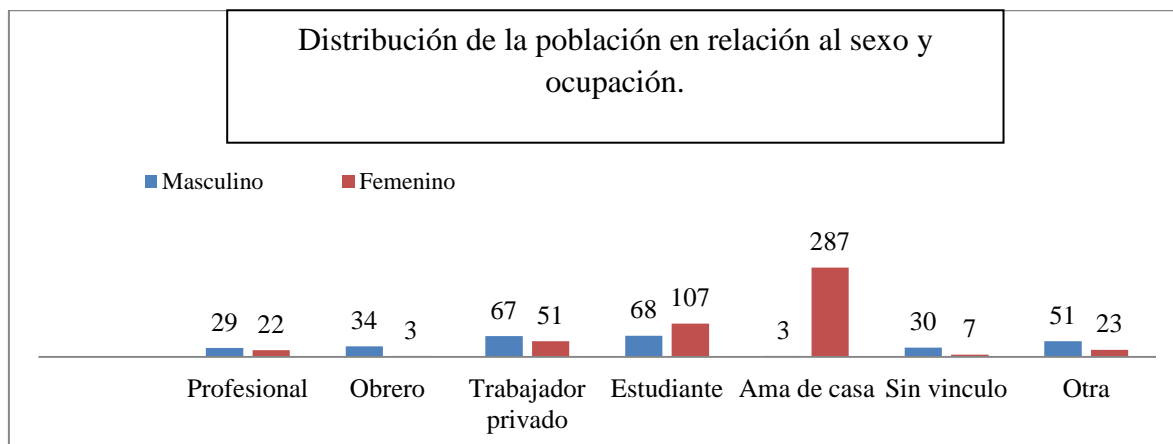


Gráfico N° 3. Encuesta realizada por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 40.

Análisis e interpretación.

Como se muestra el cuadro N 3, del total de las personas encuestadas en relación al nivel laboral y sexo se encontró que, 287 (36.7%) personas del sexo femenino son amas de casa, mientras que 67 (8.6%) sujetos masculino cuentan con un trabajo privado. Se puede mencionar que la diferencia entre los sexos se debe a que las encuestas se realizaron en días laborables, por lo que las mujeres sobre todo amas de casa fueron las mayores colaboradoras.

Cuadro 4.

Patologías bucales encontradas en la población estudiada. Parroquias Colón y 18 de Octubre, cantón Portoviejo, provincia Manabí. Período 2014.

Patologías bucales.	N° de casos.	%
Leucoplasia.	30	21.4%
Eritroplasia.	13	9.2%
Queilitis.	15	10.7%
Nevus.	17	12.1%
Ulceras traumáticas.	22	15.7%
Fibroma.	2	1.4%
Estomatitis.	10	7.4%
Hiperqueratosis.	8	5.7%
Hiperplasia fibrosa.	17	12.1%
Candidiasis.	2	1.4%
Otras.	4	2.8%
Total.	140	100%

Nota: Encuesta y ficha de recolección de datos realizada a los habitantes de las parroquias Colón y 18 de Octubre.

Fuente: Encuesta y ficha de recolección de datos. Realizada por la autora de esta tesis. Anexos, p.80 - 83.

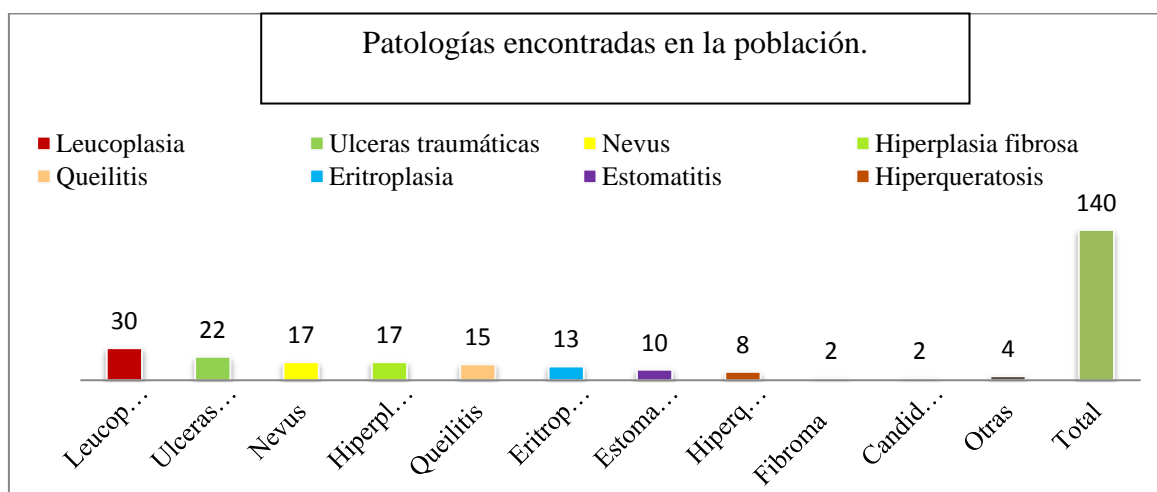


Gráfico N° 4. Encuesta y planilla de recolección de datos realizada por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 42.

Análisis e interpretación.

De acuerdo con las 782 encuestas efectuadas en esta investigación, respecto a las patologías bucales de tejidos blandos se demostró que 30 (21.4%) sujetos padecen leucoplasia.

Los resultados de esta investigación coinciden con la mayoría de los autores consultados en donde la leucoplasia es la lesión premaligna más frecuente, la cual tiene un gran poder de transformación maligna y que tiene una relación muy directa con los pacientes fumadores. (Quintana, Fernández, y Laborde⁶⁸ 2004, ¶7).

13 (9.2%) de las personas encuestadas manifiestan eritroplasia.

Existen 15 (10.7%) personas que padecen queilitis, en estudios relacionados se puede mencionar que la queilitis actínica, de un total de 100 casos, 64% de ellos afectó a hombres, estableciendo una relación hombre-mujer de 1,77:1. según los estudios de (Ochsenius, Ormeño, Godoy, y Rojas⁶⁹, 2003).

17 (12.1%) de los casos estudiados en esta investigación corresponden a nevus, coincidiendo con el trabajo de (Andrade, Mimura, Trierveiler, Ventiades, Miranda⁷⁰, 2010). El

⁶⁸ Quintana C., Fernández M., & Laborde R. (.2004). Factores de riesgo de lesiones pre malignas y malignas bucales. [En línea]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300007&script=sci_arttext

⁶⁹ Ochsenius, G., Ormeño, A., Godoy, L., & Rojas, R. (2003). Estudio retrospectivo de 232 casos de cáncer y precáncer en pacientes chilenos. Correlación clínico-histopatológica. [En línea]. Consultado: [2 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100009

⁷⁰ Andrade, M., Mimura, M., Trierveiler, M., Ventiades, J., & Miranda, C. (2010).nevus blanco esponjosos familiar. [En línea]. Consultado: [2 de julio de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000200015&script=sci_arttext&tlng=pt

nevus blanco esponjoso es una condición genética rara que debe ser diferenciada de otras patologías localizadas y sistémicas importantes que sí tienen repercusiones serias para el individuo. Como no hay un tratamiento curativo para el NBE, el papel del cirujano dentista es diagnosticar esta lesión, aclarar al paciente sobre la naturaleza benigna y autolimitante del NBE.

Se manifestaron 22 (15.7%) sujetos con úlceras traumáticas, mientras que 2 (1.4%) personas presentan casos de fibroma (comprobado histológicamente), 10 (7.4%) de los casos estudiados corresponden a estomatitis. Mientras que 8 (5.7%) son casos de hiperqueratosis, 17 (12.1%) pertenecen a casos con hiperplasia fibrosa, 2 (1.4%) personas presentan candidiasis, 4 (2.8%) corresponden a 1 caso de ránula, 1 caso de lipoma presuntivo, y 2 casos por PVH.

Cuadro 5.

Patologías bucales encontradas en la población estudiada distribuidas por sexo. Parroquias Colón y 18 de Octubre, cantón Portoviejo, provincia Manabí. Período 2014.

Patologías bucales.	Sexo.		Total.
	M.	F.	
Leucoplasia.	12	18	30
Eritroplasia.		13	13
Queilitis.	11	4	15
Nevus.	11	6	17
Ulceras traumáticas.	7	15	22
Fibroma.		2	2
Estomatitis.	1	9	10
Hiperqueratosis.	1	7	8
Hiperplasia fibrosa.	9	8	17
Candidiasis.		2	2
Otras.	1	3	4
Total.	53	87	140

Nota: Encuesta y ficha de recolección de datos realizada a los habitantes de las parroquias Colón y 18 de Octubre.

Fuente: Encuesta y ficha de recolección de datos. Realizada por la autora de esta tesis. Anexos, p.80 - 83.

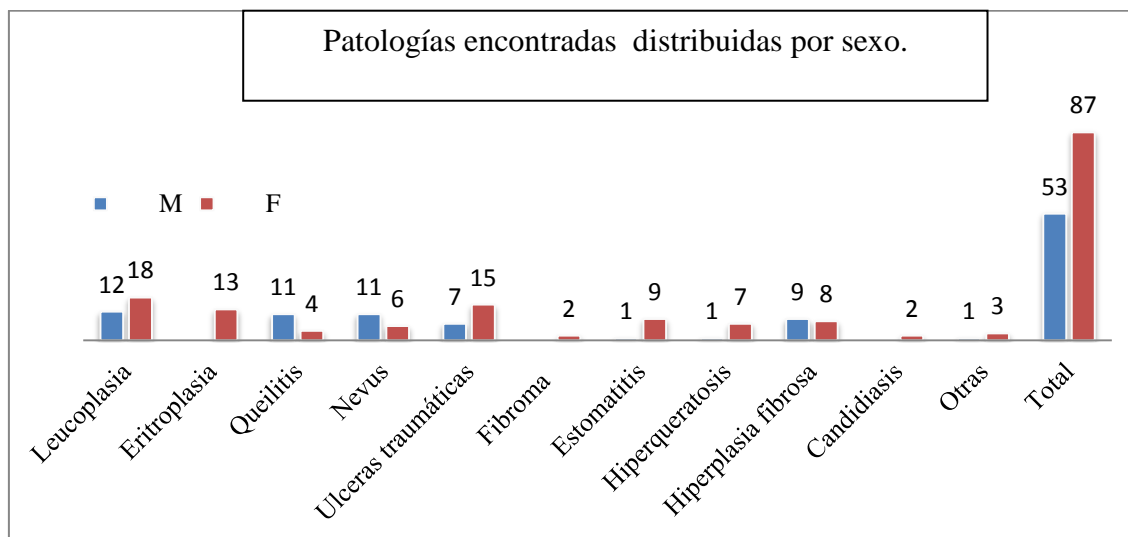


Gráfico N° 5. Encuesta y planilla de recolección de datos realizada por la autora de esta tesis. Cap. IV, p. 45.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N° 5 se demuestra que de acuerdo a la caracterización de las patologías bucales en la población estudiada en relación al sexo se encontró que 30 personas padecen leucoplasia de las cuales 12 pertenecen al sexo masculino y 18 casos con leucoplasia al sexo femenino.

La distribución por sexo varía según la diferente distribución del hábito tabáquico, aunque puede unificarse en un 3:1 más frecuente en hombres que en mujeres. (Escribano y Basconez⁷¹, 2009). Discrepando con este autor se puede observar en el cuadro N° 5 que los resultados obtenidos en esta investigación indican que las mujeres prevalecieron en casos con presencia de leucoplasia.

En este estudio se puede diferenciar el predominio del sexo femenino con presencia de casos con eritroplasia, discrepando del estudio de (Estrada, Zayas, González, González, y Castellanos⁷², 2010). En los 15 pacientes con esta eritroplasia bucal, predominaron en el sexo masculino, con 10 afectados, para el 66,7%. Mediante los resultados de la investigación se diagnosticaron 13 personas que presentan eritroplasia perteneciendo en su totalidad al sexo femenino.

⁷¹ Escribano, M., y Bacones, A., (2009). Leucoplasia oral: Conceptos actuales. Avances en Odontostomatología. [En línea]. Consultado: [3 de julio, 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n2/original3.pdf>

⁷² Estrada Pereira, G. A., Zayas Simón, O. P., González Heredia, E., González Alonso, C., & Castellanos Sierra, G. (2010). Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. *Medisan*, 14(4), 0-0. Extraído el 26 de mayo de 2014 desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000400003&script=sci_arttext&tlng=pt

Según los resultados que se obtuvieron en esta investigación se comprobó que 15 individuos manifiestan queilitis actínica, perteneciendo 11 casos al sexo masculino y 4 al sexo femenino.

En cuanto a la queilitis actínica, la relación hombre-mujer fue 1,7:1 siendo estos valores más bajos que en otros estudios donde el hombre supera a la mujer en más de 4 veces. (Ochsenius, Ormeño, Godoy, y Rojas⁷³, 2003). Se puede mostrar que la relación obtenida según los resultados de esta investigación señala el predominio del género masculino representando la mayor parte de casos de queilitis actínica en relación al género femenino, y concordando con otros estudios realizados en donde el género masculino prevalece.

Se comprobó que 17 casos pertenecen al nevus, distribuyéndose en 11 casos encontrados en el sexo masculino y 6 en el sexo femenino.

El NBE no muestra predilección por género; se manifiesta generalmente en la primera década de vida, y como el grado de penetración es irregular, los relatos familiares no son comunes. (Andrade, Mímura, Trierveiler, Ventiades, Miranda⁷⁴, 2010).

En este estudio la presencia del nevus prevaleció en el sexo masculino, no concordándose con otros autores que mencionan que las manifestaciones del nevus no tienen predilección de género.

⁷³ Ochsenius, G., Ormeño, A., Godoy, L., & Rojas, R. (2003). Estudio retrospectivo de 232 casos de cáncer y precáncer en pacientes chilenos. Correlación clínico-histopatológica. [En línea]. Consultado [2 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100009

⁷⁴ Andrade, M., Mímura, M., Trierveiler, M., Ventiades, J., & Miranda, C. (2010). Nevus blanco esponjosos familiar. [En línea]. Consultado [2 de julio de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000200015&script=sci_arttext&lng=pt

Se diagnosticaron 22 úlceras traumáticas de las cuales 7 son en el sexo masculino y 15 en el sexo femenino, se puede diferenciar claramente el predominio de las lesiones bucales en las mujeres. Aunque se debe mencionar que el sexo femenino fue más colaborador en el momento de realizar las encuestas, por lo que los resultados señalan a las mujeres con mayor prevalencia de patologías bucales.

La investigación señaló 2 casos de fibromas que fueron comprobados histológicamente y que se diagnosticaron en el sexo femenino.

Los resultados de esta investigación determinó que existieron 10 estomatitis de las cuales 1 concierne al sexo masculino y 9 al sexo femenino.

Se encontraron 8 hiperqueratosis en este estudio, distribuyéndose en 1 caso en el sexo masculino y 7 en el sexo femenino.

Con respecto a la hiperqueratosis labial, esta se encontró preferentemente en mujeres con una relación de 1,3:1. (Ochsenius, Ormeño, Godoy, y Rojas⁷⁵, 2003). Según esta investigación y enfatizando los resultados obtenidos se coincide con otros autores quienes mencionan la prevalencia de la hiperqueratosis en el género femenino.

⁷⁵ Ochsenius, G., Ormeño, A., Godoy, L., & Rojas, R. (2003). Estudio retrospectivo de 232 casos de cáncer y precáncer en pacientes chilenos. Correlación clínico-histopatológica. [En línea]. Consultado: [2 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100009

También se encontraron 17 hiperplasias fibrosas de las cuales 9 corresponden al sexo masculino y 8 al sexo femenino, evidenciándose así que no existe preferencia de género en la manifestación y desarrollo de esta patología.

Se pudieron diagnosticar 2 candidiasis pertenecientes al sexo femenino y 4 casos representando al menor porcentaje de patologías bucales que se distribuyen en 1 lipoma presuntivo y 2 casos por PVH en el sexo femenino y 1 caso de ránula en el sexo masculino.

Cuadro 6.

Patologías bucales encontradas en la población estudiada distribuidas por grupo etario.
Parroquias Colón y 18 de Octubre, cantón Portoviejo, provincia Manabí. Período 2014.

Patologías bucales.	Edad.				Total.
	15-18	19-34	35-59	60 y más.	
Leucoplasia.		1	19	10	30
Eritroplasia.			5	8	13
Queilitis.	1	1	7	6	15
Nevus.		2	11	4	17
Ulceras traumáticas.	7	7	4	4	22
Fibroma.				2	2
Estomatitis.	1	5	4		10
Hiperqueratosis.	2	5	1		8
Hiperplasia fibrosa.		4	7	6	17
Candidiasis.			2		2
Otras.	1		2	1	4
Total.	12	25	62	41	140

Nota: Encuesta y ficha de recolección de datos realizada a los habitantes de las parroquias Colón y 18 de Octubre.

Fuente: Encuesta y ficha de recolección de datos. Realizada por la autora de esta tesis. Anexos, p.80 - 83.

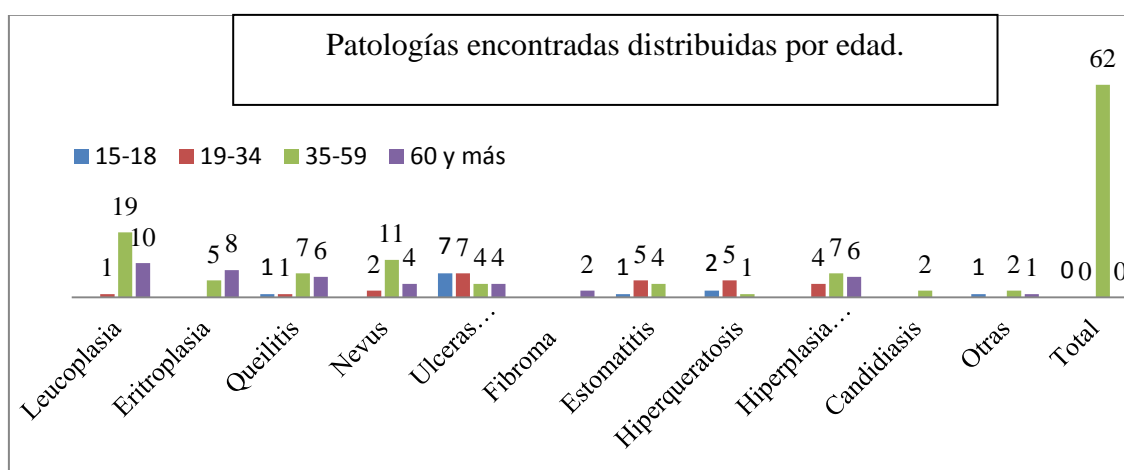


Grafico N° 6. Encuesta y planilla de recolección de datos realizada por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

Según las 782 encuestas realizadas observamos las patologías bucales que se encontraron en la población estudiada en relación al grupo etario. De acuerdo con las encuestas ejecutadas se demostró que el grupo más representativo en cuanto a la presencia de patologías fue el grupo de edad correspondiente entre 35 y 59 años de edad, que padecen de leucoplasia, y el grupo menos representativo pertenece a las personas que se encuentran entre 15 y 18 años.

Según Mora, Montenegro, Pérez, y Rodríguez⁷⁶ (2001) refiere que:

El grupo de edades más afectado resultó ser el de 65 años y más, con 3 pacientes para el 37,5 %, y se encontró una proporción de acuerdo con el sexo, de 2 hombres por cada mujer, en una población pesquisada donde el 51,10 % eran mujeres (Sección discusión ¶1).

En los pacientes con eritroplasia bucal, predominaron en el sexo masculino, con 10 afectados, para 66.7% y el grupo etario de 50-59, con 53.3%, seguido en continuidad descendente, por el de 60 años y más, con 20.2%. (Estrada, Zayas, González, González y Castellanos⁷⁷, 2010).

⁷⁶ Mora, M., Montenegro, I., Pérez, T., y Rodríguez, A (2001). Programa de pesquiasaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. [En línea]. Consultado [9 de junio de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000300006&script=sci_arttext

⁷⁷ Estrada Pereira, G. A., Zayas Simón, O. P., González Heredia, E., González Alonso, C., & Castellanos Sierra, G. (2010). Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. *Medisan*, 14(4), 0-0. Extraído el 20 de mayo de 2014 desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000400003&script=sci_arttext&tlng=pt

Se puede observar que el grupo etáreo más predominante en cuanto a la presencia de patologías bucales corresponde al grupo entre 35-59 años de edad, seguido por el grupo de 60 años y más, según los resultados que he obtenido en este estudio; esto coincide con otros autores que manifiestan la prevalencia del mismo grupo etáreo en sus estudios. Cabe mencionar que estas manifestaciones podrían darse debido al estilo de vida que opta llevar este grupo etáreo de personas, en los cuales pueden influir los hábitos que suelen tener favoreciendo a la aparición y desarrollo de patologías en la cavidad oral.

Cuadro 7.

Patologías bucales encontradas en la población estudiada en relación a la ocupación.
Parroquias Colón y 18 de Octubre, cantón Portoviejo, provincia Manabí. Período 2014.

Patologías Bucleas.	Profesional.	Obrero.	Trabajador .Privado.	Estudiante.	Ama de Casa.	Sin Vínculo laboral.	Otra.	Total.
Leucoplasia.	2	4	11	5	1		7	30
Eritroplasia.	1	4	2	3	1	2		13
Queilitis.	1	3	6	2	2	1		15
Nevus.	1	2	6	2	3		3	17
Ulceras traumáticas.	1	3	2	11			5	22
Fibroma.			2					2
Estomatitis.	1	4	3	1			1	10
Hiperqueratosis.		2	4	1	1			8
Hiperplasia Fibrosa.		4	2	4	6		1	17
Candidiasis.				1	1			2
Otras.			2		2			4
Total.	7	26	40	30	17	3	17	140

Nota: Encuesta y ficha de recolección de datos realizada a los habitantes de las parroquias Colón y 18 de Octubre.

Fuente: Encuesta y ficha de recolección de datos. Realizada por la autora de esta tesis. Anexos, p.80 - 83.

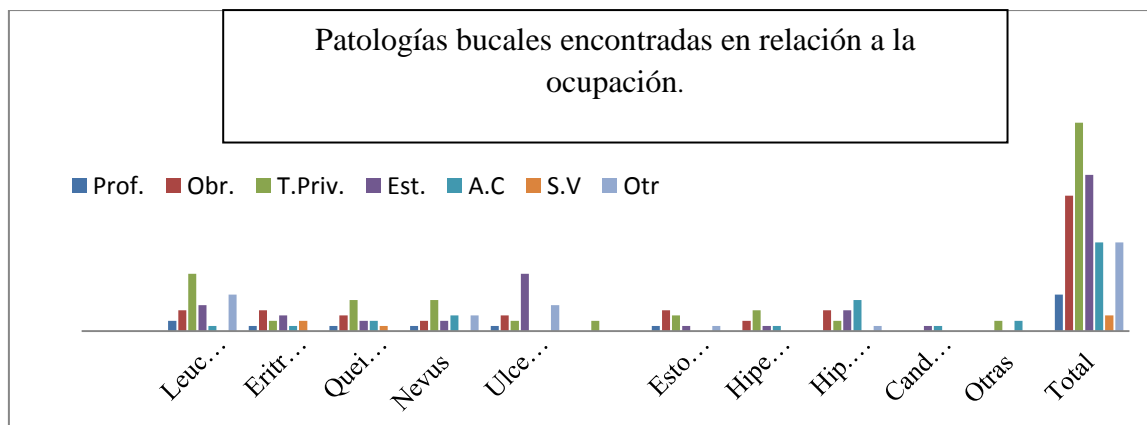


Gráfico N° 7. Encuesta y planilla de recolección de datos realizada por la autora de esta tesis.

Análisis e interpretación.

En el cuadro 7 caracterizando las patologías bucales en relación a la ocupación, se puede observar que el grupo más representativo es el que corresponde al grupo de trabajadores privados con 40 casos de patologías bucales. Esto puede ser debido al estilo y calidad de vida que estos tengan, el siguiente el grupo es el de los estudiantes que está representado por 30 sujetos que presentan úlceras traumáticas, de las cuales la mayoría ha sido por hábitos nocivos, y entre los grupos menos representativo está el grupo de profesionales, seguido por las personas sin ningún vínculo laboral.

Cuadro 8.

Prevalencia de las principales patologías bucales encontradas en la población estudiada. Parroquias Colón y 18 de Octubre, cantón Portoviejo, provincia Manabí. Período 2014.

Patologías Bucleas.		Tasa de Prevalencia.
Leucoplasia.	30	3.83
Nevus.	17	2.17
Queilitis.	15	1.91
Eritroplasia.	13	1.66
Fibroma.	2	0.25

Nota: Encuesta y ficha de recolección de datos realizada a los habitantes de las parroquias Colón y 18 de Octubre.

Fuente: Encuesta y ficha de recolección de datos. Realizada por la autora de esta tesis. Anexos, p.80 - 83.

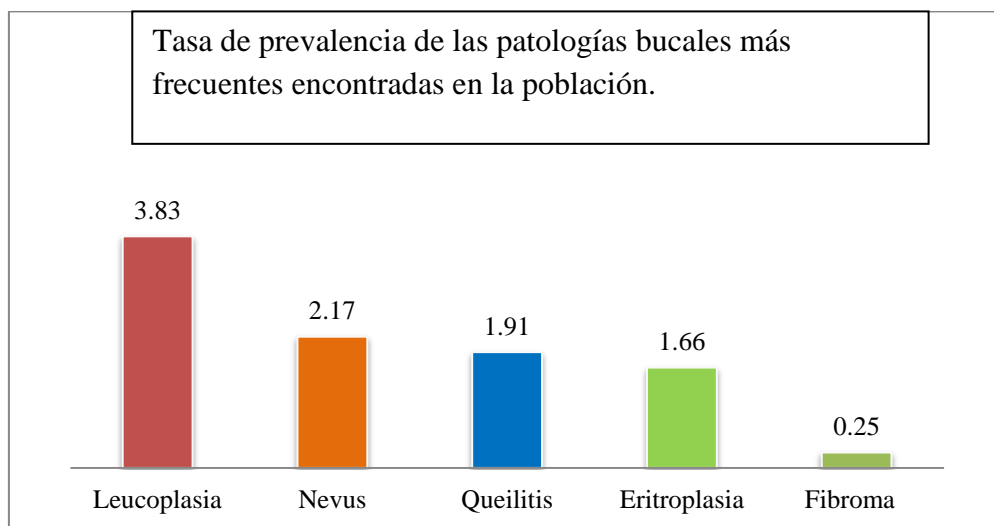


Gráfico N° 8. Encuesta y planilla de recolección de datos. Realizada por la autora de esta tesis.

Cap. IV, p. 55.

Análisis e interpretación.

La tasa de prevalencia de la leucoplasia por cada 100 habitantes encuestados representa el 3.83.

La tasa de prevalencia de la eritroplasia por cada 100 habitantes encuestados corresponde a 1.66.

La tasa de prevalencia de la queilitis por cada 100 habitantes encuestados fue de 1.91.

La tasa de prevalencia del nevus por cada 100 habitantes encuestados resulto de 2.17.

La tasa de prevalencia de fibroma por cada 100 habitantes fue de 0.25.

Se puede observar que según los resultados obtenidos, que los datos concuerdan con las investigaciones realizadas por León, Romero, Ferrer, y Fatjo⁷⁸ (1996) “entre las lesiones premalignas más frecuentes encontramos los nevus, las leucoplasias, las eritroplasias, el liquen plano y la fibrosis submucosa, 2,5 en tanto, el carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna de más alta incidencia” (Sección de resultados ¶4). Excluyéndose a la queilitis que en esta investigación alcanzo un predominio de gran importancia, debido al estilo de vida que llevan las personas que colaboraron en este trabajo.

⁷⁸ León, E., Romero, M., Ferrer, I., & Fatjo, M., (1996). Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. [En línea]. Consultado [9 de junio de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000300002&script=sci_arttext

El nevus que no tiene predilección de género ni agente externo causal ya que es de naturaleza genética por lo que sus manifestaciones incluyen otros factores.

Cuadro 9.

Principales patologías bucales encontradas en la población estudiada que presentan hábito de fumar. Parroquias Colón y 18 de Octubre, cantón Portoviejo, provincia Manabí. Período 2014.

Patologías bucales.	Fuma.		Total.
	Si	No	
Leucoplasia.	11	19	30
Eritroplasia.	1	12	13
Queilitis.	1	14	15
Nevus.	5	17	22
Fibroma.	2		2
Total:	20	62	82

Nota: Encuesta y ficha de recolección de datos realizada a los habitantes de las parroquias Colón y 18 de Octubre.

Fuente: Encuesta y ficha de recolección de datos. Realizada por la autora de esta tesis. Anexos, p.80 - 83.

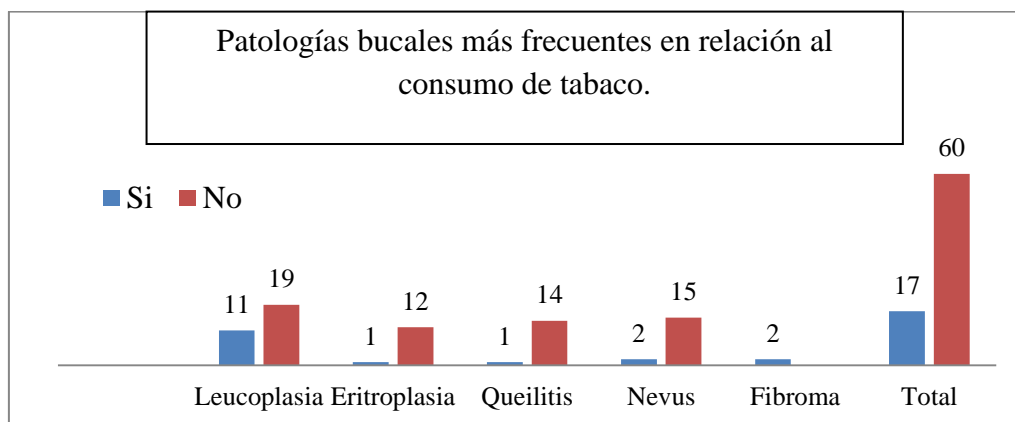


Gráfico N° 9. Encuesta y planilla de recolección de datos. Realizado por la autora de esta tesis.

Cap. IV, p. 58.

Análisis e interpretación.

En el cuadro N 9, podemos describir las principales patologías encontradas relacionadas con las personas que tienen el hábito de fumar. Siendo así el grupo con mayor número de personas fumadores aquellas que presentan leucoplasia (30), seguido de las personas que manifestaron nevus (22), luego se muestra las personas que padecen queilitis (15), seguidas por las personas que presentan eritroplasia (13) y por último se muestran (2) casos de fibroma, comprobados histológicamente.

De acuerdo con Escribano, M, y Bascones, A⁷⁹ (2009) en su obra refiere que:

En los países desarrollados, la importancia del tabaco en la aparición de leucoplasias orales es también muy importante, observando como los grandes fumadores tienen hasta 7 veces más riesgo de tener leucoplasia oral que los no fumadores. La importancia del tabaco en la etiología de la leucoplasia oral se ve confirmada por la mejoría y en muchos casos la desaparición de las lesiones con el cese del hábito tabáquico. En general, según estudios realizados en Dinamarca y Estados Unidos, entre un 50% y un 78% de las lesiones desaparecen tras 12 meses del cese del hábito de fumar. (Sección de etiología ¶ 1).

⁷⁹ Escribano, M, & Bascones, A. (2009). Leucoplasia oral. Avances en Odontoestomatología. [En línea]. Consultado: [8 de junio de 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000200004&script=sci_arttext

Podemos diferenciar los criterios de ciertos autores en los cuales manifiestan la relación que existe entre la leucoplasia y el hábito de fumar, ya que en esta investigación prevalecieron los casos de leucoplasia en pacientes no fumadores.

Se puede mencionar que en esta investigación que la eritroplasia no está asociada con el hábito de fumar según los resultados obtenidos, discrepando con otros autores que afirman dicha relación. La eritroplasia de la boca suele ser una lesión asintomática que aparece principalmente en hombres mayores que fuman cigarrillos. (Sapp, Evesole y Wysocki⁸⁰, 2005).

Según los resultados obtenidos en esta investigación correspondientes a la queilitis se puede afirmar que no existe una relación entre la persona que fuma con la persona que padece la lesión. Debido a que las lesiones de queilitis encontradas se debían al estilo de vida que llevan las personas encuestadas, que correspondían a una caminata de cuarenta minutos, muchas eran cuatro veces al día, bajo días muy soleados para llegar a sus lugares de trabajo, ya se conoce que los rayos ultravioletas son uno de los principales causales de esta lesión.

Con respecto al nevus se ha mencionado que es una condición genética en la cual los agentes externos son influyentes más no causales.

⁸⁰ Sapp, P., Evesole, L. & Wysocki, G. (2005). Patología oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona, Reino de España: Elsevier España.

Cuadro 10.

Principales patologías bucales encontradas en la población estudiada que presentan hábito de beber. Parroquias Colón y 18 de Octubre, cantón Portoviejo, provincia Manabí. Período 2014.

Patologías bucales.	Bebe.		Total:
	Sí.	No.	
Leucoplasia.	13	17	30
Eritroplasia.	1	12	13
Queilitis.	3	12	15
Nevus.	7	15	22
Fibroma.	2		2
Total:	26	56	82

Nota: Encuesta y ficha de recolección de datos realizada a los habitantes de las parroquias Colón y 18 de Octubre.

Fuente: Encuesta y ficha de recolección de datos. Realizada por la autora de esta tesis. Anexos, p.80 - 83.

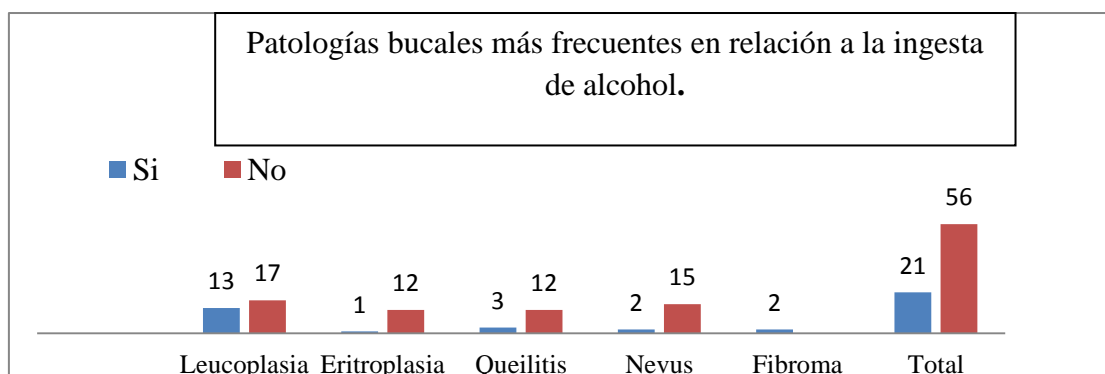


Gráfico N° 10. Encuesta y planilla de recolección de datos. Realizada por la autora de esta tesis.

Cap. IV, p. 61.

Análisis e interpretación.

De acuerdo con las 782 encuestas efectuadas de las patologías bucales en relación al hábito de ingerir alcohol. Se puede concluir que el grupo más representativo es el de leucoplasia en el cual existen 13 personas que ingieren alcohol, luego encontramos el grupo de personas que manifiestan nevus existen de las cuales 7 personas ingieren alcohol, seguido por el grupo de eritroplasia que corresponde a 1 persona bebedora, mientras que en el grupo de fibroma los dos casos comprobados histológicamente corresponden al grupo que ingiere alcohol.

Analizando la obra de Gonzáles, Herrera, Osorio, y Madrazo⁸¹ (2010) puedo entender que:

El hábito de fumar y la ingestión de alcohol son dos factores de alto riesgo de padecer cáncer bucal, se plantea que los fumadores y alcohólicos tienen 3 veces más riesgo de padecer cáncer bucal. Actualmente se considera que tiene mucho mayor riesgo respecto al cáncer bucal, el aumento del consumo de alcohol que el de cigarrillos, el 25 % de la población adulta tiene este hábito. (Sección discusión ¶4).

Según los resultados de esta investigación se demuestra que sí existe un riesgo en que las personas que consumen alcohol favoreciendo a la aparición y desarrollo de la leucoplasia,

⁸¹ 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: [8 de junio de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000100009&script=sci_arttext&tlng=en

esto se puede comparar con los resultados de otros estudios que manifiestan dicha relación. (Aguas, y Tizeira⁸² 2004). Se determinó que el consumo de alcohol en pacientes con leucoplasia fue superior al resto de la población, y se sospecha que existe un riesgo mayor cuando se combina tabaco y alcohol. El alcohol tiene la capacidad de irritar la mucosa y de actuar como solvente de carcinógenos.

En los resultados de este estudio no se demostró una relación entre la eritroplasia y el alcohol, concluyendo con otros autores que no mencionan en sus investigaciones al alcohol como agente causal o influyente.

Se demostró que el alcohol no tiene mayor relación en la manifestación de la queilitis, ya que en las personas diagnosticadas con esta lesión se pudo comprobar que se debía a exposición solar.

En cuanto al nevus se puede mencionar que es una enfermedad genética, por lo cual no se ha demostrado que el alcohol sea una agente causal, no descartándolo como factor influyente.

⁸²Aguas, S. C., & Lanfranchi Tizeira, H. E. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. *Revista de la Facultad de Odontología (UBA)*,19(47), 24-6. Extraído el 16 de mayo de 2014 desde <http://www.odon.uba.ar/revista/2004vol19num47/docs/desglose/AGUAS.pdf>

CAPITULO V.

5. Conclusiones y Recomendaciones.

5.1. Conclusiones.

-Las patologías más frecuentes según los resultados obtenidos en esta investigación corresponden a leucoplasia, nevus, eritroplasia y queilitis.

-Los casos de leucoplasia encontrados en su mayoría predominaron en las mujeres, diferenciándose con los hombres que alcanzaron un mínimo porcentaje en cuanto a lesión blanca.

-El grupo etario más afectado según los resultados de esta investigación fue el grupo de 34 a 59 años.

-De las principales patologías bucales se demostró que la de mayor prevalencia fue la leucoplasia, seguida del nevus, queilitis y eritroplasia.

-El mayor número de patologías bucales de tejidos blandos encontradas no estuvieron relacionadas con el hábito de fumar ni la ingestión de bebidas alcohólicas.

5.2. Recomendaciones.

-Realizar una campaña informativa y educativa acerca de las patologías bucales que se presentan en las parroquias Colón y 18 de Octubre.

-Promover la salud bucal, diagnóstico clínico y temprano para la prevención de patologías bucales.

-Continuar un estudio con la caracterización de las lesiones patológicas que se encontraron en las parroquias Colón y 18 de Octubre.

CAPITULO VI

6. Propuesta.

6.1. Identificación del proyecto.

6.1.1. Tema de la propuesta.

Elaboración de una campaña informativa sobre las manifestaciones bucales en tejidos blandos, dirigidos a los pacientes que asisten al subcentro de salud de la parroquia Colón.

6.1.2. Periodo de ejecución.

Julio - Agosto de 2014.

6.1.3. Entidad ejecutora:

Subcentro de Colón: Departamento de Odontología.

6.1.4. Clasificación del proyecto:

De tipo educativo y orden social.

6.1.5. Localización:

Parroquia Colón del cantón Portoviejo, de la provincia de Manabí, República del Ecuador.

6.2. Justificación.

En base a las encuestas realizadas y los resultados obtenidos en las parroquias Colón y 18 de Octubre, se pudo comprobar que los habitantes de dichas parroquias desconocen sobre las manifestaciones que pueden presentar las patologías bucales de los tejidos blandos. La finalidad de esta propuesta es contribuir mediante una campaña informativa que permitirá a los pacientes que asisten al subcentro tener mayores conocimientos sobre las lesiones bucales de tejidos blandos, e incentivar el diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado.

6.3. Marco institucional.

Almeida⁸³ et al. (2010) refieren que:

⁸³ Almeida, Y., Chávez, K., Macías, Y., Ruíz, 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 Colón del cantón Portoviejo de la provincia de Manabí. [En línea]. Consultado el 13 de junio, 2014. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/1143/1/COMUNIDAD%20DE%20LOS%20ANGELES%20DE%20COLON%20DEL%20CANTON%20PORTOVIEJO..pdf>

Los primeros habitantes llegan a la comunidad en el año de 1986, posteriormente fueron llegando poco a poco más personas las cuales se dedicaban a la agricultura y sus productos se trasladaban en balsas de caña por el río Portoviejo para poderlos comercializar en la ciudad, pero esto solo se lograba en época de invierno ya que el encauce del río era más beneficioso para trasladarse en las balsas hasta la ciudad. (pp.22).

Según Almeida⁸⁴ et al. (2010) refiere que: “n la actualidad la parroquia cuenta con un Centro de Salud amplio y equipado adecuadamente para brindar sus servicios a los habitantes que lo necesiten ya sean estas de la misma comunidad o de otros aledaños”. (pp.23).

6.4. Objetivos.

6.4.1. Objetivo General.

-Disminuir la incidencia de patologías bucales de tejidos blandos en los habitantes de la parroquia Colón mediante la prevención y el diagnóstico temprano.

6.4.2. Objetivo Específico.

-Brindar información a los habitantes de las parroquias Colón sobre la existencia de las patologías bucales de tejidos blandos y sus consecuencias.

⁸⁴ Almeida, Y., Chávez, K., Macías, Y., Ruíz, 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 Colón del cantón Portoviejo de la provincia de Manabí. [En línea]. Consultado el 13 de junio, 2014. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/1143/1/COMUNIDAD%20DE%20LOS%20ANGELES%20DE%20COLON%20DEL%20CANTON%20PORTOVIEJO..pdf>

-Incentivar a la población a la prevención de las manifestaciones de patologías bucales de tejidos blandos en los habitantes de las parroquias Colón.

6.5. Descripción del proyecto.

La propuesta está destinada a culturizar a los pacientes de las parroquias Colón, que asistan al subcentro, ofreciéndoles una charla educativa sobre aparición y manifestaciones de las patologías bucales de tejidos blandos. Mediante la donación de una gigantografía con material educativo sobre el tema, que será entregada a los directivos del subcentro, y con ello lograr que cada paciente que asista pueda informarse por sí mismo a través del instructivo sobre las manifestaciones de pueden indicar algún tipo de patología bucal en tejido blando.

6.6. Beneficiario.

Los beneficiarios serán los directivos del subcentro Colón, y todos los pacientes que acudan al lugar.

6.7. Diseño metodológico.

Se presentara los resultados de la investigación a los directivos del subcentro, en la socialización previa al desarrollo de la propuesta. Así se lograra obtener su colaboración y poder realizarla, posteriormente se infundieran charlas informativas, en las cuales se tratara de

brindar los mayores conocimientos a los pacientes y a su vez se entregará el material didáctico (gigantografía) que será donado por la autora de tesis.

6.8. Presupuesto de la propuesta.

La propuesta tendrá un costo \$115.00 dólares americanos.

Rubros	Cantidad	Unidad de medida	Costo unitario	Costo total	Autogestión	Aporte externo
Gigantografía	2	Unidad	30.00	60.00	60.00	-
Diseñador gráfico	1	Diseño	35.00	35.00	35.00	-
Viáticos	20.00			20.00	20.00	
Total					115.00	-

Nota: Presupuesto de la elaboración del proyecto de esta tesis.

Fuente: Presupuesto realizado por la autora de esta tesis. Cap. VI, p. 83.

6.9. Sostenibilidad.

Esta propuesta es sostenible porque cuenta con los recursos y la aprobación de los directivos del subcentro.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

1-Sapp, J., Eversole, L., y Wysocki, G. (2005). Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Madrid, Reino de España: Elsevier España.

2-Stevens, A. & Lowe, J. (2001). Anatomía Patológica. Madrid. Reino de España: Harcourt.

3-Vila, C., García, F. y Ochandiano S. (2008). Cirugía Oral. Reino de España: Arán.

4-Wood, N., & Goaz P. (1999). Lesiones orales y maxilofaciales. Madrid, Reino de España: Harcourt Brace.

5-Buja., M. & Krueger., G. (2006). Netter Anatomía Patológica. Reino de España: Elsevier España.

6-Cawson R., y Odell E. (2009). Cawson fundamentos de medicina y patología oral. Barcelona, Reino de España: Elsevier España S.L.

7-Ceccotti, E., Sforza, R., Carzoglio, J., Luberti, R., y Flichman, J. (2007). El diagnóstico en clínica estomatológica. República de Argentina: Editorial Médica Panamericana.

8-Cortinas, C. (2012). Cáncer: herencia y ambiente. Estados Unidos Mexicanos: Editorial la ciencia para todos.

9-Donado M. (2005). Cirugía Bucal. Patología y Técnica. Barcelona, Reino de España: Masson S.A.

10-Fauci, A., Longo, D., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., Loscalzo, J., (2012). Harrison Principios de la Medicina Interna. (16° ed.). Reino de España: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

11-López, A. & Martín, R (2012). Cirugía Oral y Maxilofacial. Madrid. Reino de España: Editorial Médica Panamericana.

Sitios web consultados.

12-Aguas, S. C., & Lanfranchi Tizeira, H. E. (2004). Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. Revista de la Facultad de Odontología (UBA),19(47), 24-6. Extraído el 13 de mayo de 2014 desde <http://www.odon.uba.ar/revista/2004vol19num47/docs/desglose/AGUAS.pdf>

13-Almeida, Y., Chávez, K., Macías, Y., Ruíz, 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 Colón del cantón Portoviejo de la provincia de Manabí. [En línea]. Consultado el 13 de junio, 2014. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/1143/1/COMUNIDAD%20DE%20LOS%20ANGELES%20DE%20COLON%20DEL%20CANTON%20PORTOVIEJO..pdf>

14-Andrade, M., Mimura, M., Trierweiler, M., Ventiades, J. y Miranda, F. (2010). Nevus blanco esponjosos familiar. [En línea]. Consultado: [19 de mayo de 2014]. Disponible en:

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

15-Aronés, B., Dávalos, L., Guerrero, W., Mora, P y Alva, J. (2007). Carcinoma epidermoide postraumático de rápida evolución. Reporte de un caso. [En línea]. Consultado: [18 de mayo

de 2014]. Disponible en: [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1028-](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1028-71752007000300009&script=sci_arttext)

[71752007000300009&script=sci_arttext](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1028-71752007000300009&script=sci_arttext)

16-Beltrán, B. (2008). El médico solo no basta. [En línea]. Consultado: [13, mayo, 2014].

Disponible en:

http://books.google.com.ec/books?id=Fx4A4B6QtHEC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

17-Bermejo, F., & López, P. (2004). Liquen plano oral. Naturaleza, aspectos clínicos y tratamiento. [En línea]. Consultado: [26 de mayo de 2014]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2004000400003&script=sci_arttext

18-Denuhué, A., Leyva, E., Ponce, S., Aldape, B., Quezada, D., Borgues, A. & Aguirre, A. (2007). Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos

mexicanos. [En línea]. Consultado: [12 mayo de 2014]. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072007000100001&script=sci_arttext

19-Escribano, M, & Bascones, A. (2009). Leucoplasia oral. Avances en Odontoestomatología. [En línea]. Consultado: [8 de junio de 2014]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-12852009000200004&script=sci_arttext

20-Espinosa L. (2004, septiembre - diciembre). Comportamiento de las enfermedades bucales y necesidades de tratamiento en un consultorio médico del Vedado. [En línea]. Consultado: [13 mayo de 2014]. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300001

21-Estrada Pereira, G. A., Zayas Simón, O. P., González Heredia, E., González Alonso, C., & Castellanos Sierra, G. (2010). Diagnóstico clínico e histopatológico de la eritroplasia bucal. Medisan, 14(4), 0-0. Extraído el 20 de mayo de 2014 desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000400003&script=sci_arttext&tlng=pt

22-Estrada, G., Márquez, M. y González, E. (2012). Incidencia de la Eritroleucoplasia en la cavidad oral. [En línea]. Consultado: [18 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012001100008&script=sci_arttext

23-García, V. Bascones, A. (Septiembre – Octubre 2009) Cáncer Oral: Puesta al día. Avances en Odontoestomatología. 25. Consultado el 04 de mayo de 2014. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000500002

24-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: [8 de junio de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072010000100009&script=sci_arttext&lng=en

25-González A, Arredondo M, & Vila L. (2006). Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. [En línea]. Consultado [13 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003

26-León, E., Romero, M., Ferrer, I., & Fatjo, M., (1996). Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. [En línea]. Consultado [9 de junio de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251996000300002&script=sci_arttext

27-López, J. (2009). Manejo odontológico del paciente con lupus eritematoso. [En línea]. Consultado: [19. mayo, 2014] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/art23.asp>

28-Mora, M., Montenegro, I., Pérez, T., y Rodríguez, A (2001). Programa de pesquisaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. [En línea]. Consultado [9 de junio de 2014]. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252001000300006&script=sci_arttext

29-Ochsenius, G., Ormeño, A., Godoy, L., & Rojas, R. (2003). Estudio retrospectivo de 232 casos de cáncer y precáncer en pacientes chilenos. Correlación clínico-histopatológica. [En línea]. Consultado: [2 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100009

30-Organización Mundial de la Salud (2007). Salud Bucodental. Recuperado: [12, mayo, 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>

31-Quintana C., Fernández M., & Laborde R. (.2004). Factores de riesgo de lesiones pre malignas y malignas bucales. [En línea]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000300007&script=sci_arttext

32-Riera P., Martínez B. (2005) Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. [En línea]. Consultado: [15 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005000500007

33-Rodríguez, J., Miranda, J., Morejón, H., & Santana, J (2002). Candidiasis de la mucosa bucal. Revisión bibliográfica. [En línea]. Consultado [26 de mayo de 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072002000200007&script=sci_arttext

Anexos

Anexos 1.

Cuadro 11.

Operacionalización de variables.

Variables	Tipo de Variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa Discreta	15 años y más	Según años Cumplidos hasta el momento del estudio.	Número absoluto y porcentaje
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico de pertenencia.	Número absoluto y porcentaje
Nivel educacional	Cualitativa nominal dicotómica	Analfabeto Primaria no terminada Primaria no terminada Secundaria no terminada Bachillere Técnico Universitario	Según ultimo año vencido	Número absoluto y porcentaje
Nivel ocupacional	Cualitativa nominal dicotómica	Profesional Obrero Trabajador privado Ama de casa		

		Sin vinculo Otra		
Tipo de patologías bucales	Cualitativa nominal dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leucoplasia 2. Eritroplasia 3. Queilitis 4. Nevus 5. Ulceras traum. 6. Fibroma 7. Estomatitis 8. Hiperqueratosis 9. Hiperplasia fibrosa 10. Candidiasis 	<p>Si: paciente con lesión.</p> <p>No: paciente sin lesión.</p>	Número absoluto y porcentaje
Tabaquismo	Cualitativa nominal dicotómica	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>Si: Paciente fumador. Abandono del hábito menos de 5 años.</p> <p>No: No presenta el hábito de tabaquismo. Abandono del hábito 5 años o más</p>	Número absoluto y porcentaje
Alcoholismo	Cualitativa nominal dicotómica	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>Si: Ingiere bebidas alcohólicas.</p> <p>No: No ingiere bebidas alcohólicas.</p>	Número absoluto y porcentaje

Anexo 2.

Cuadro 12.

Presupuesto de esta tesis.

Rubros	Unidad de medida	Costo unitario	Cantidad	Costo total	Fuentes de financiamiento	
					Autogestión	Aporte externo
Copias	Unidad	0.02	5.000	100.00	X	
Tinta negra	Toner	37.00	1	37.00	X	
Tinta color	Toner	40.00	1	40.00	X	
Papel	Resma	4.50	4	18.00	X	
Depresores de lengua	Paquete	8.00	10	80.00	X	
Mascarillas	Caja	5.00	10	50.00	X	
Guantes	Caja	8.50	10	85.00	X	
Anillados	Unidad	1.00	3	3.00	X	
Empastados	Unidad	10.00	4	40.00	X	
Viáticos	Dólar			300.00	X	
Subtotal:				\$751.00	X	
Imprevistos 10%				\$75.10		
Total general:				\$826.10		

Anexo 3.

Cuestionario.

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 Las patologías bucales de tejidos blandos. Agradecemos mucho su colaboración y le pedimos que los datos que brinde sean veraces para garantizar que los resultados de la investigación sean válidos. Esta encuesta es anónima y la información obtenida solo tendrá como finalidad alcanzar los objetivos científicos propuestos. ¡Muchas gracias!

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

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 4 e. Bachiller 5 f. Técnico 6

g. Universitario 7

5. ¿Fuma?

a. ¿Qué tiempo hace que fuma cigarrillos o cigarros (años promedio)? años

6. ¿Consume bebidas alcohólicas? Si 1 No 2

a. Cuánto tiempo hace que bebe (años): años

7. ¿Ha presentado alguna lesión o daño en su boca? Si 1 No 2 No recuerdo 3

8. En caso afirmativo, ¿dónde se ha situado?

a. Lengua 1 b. Encías 2 c. labio 3
d. 4 e. 5 f. 6 g. 7

9. ¿Ha recibido tratamiento para la lesión por parte del odontólogo?

10. Al recibir tratamiento del odontólogo la lesión:

a. Desapareció totalmente 1 b. Desapareció y reapareció en el mismo lugar de la boca 2

c. Desapareció y reapareció el otro lugar de la boca 3

Anexo 4.

Planilla de recolección de datos.

DATOS A LLENAR POR EL FACULTATIVO QUE REMITE					
Nombre del facultativo:					
Teléfonos del facultativo:		Correo electrónico:			
Unidad remitente:		Cantón:	Día: Mes:	Año:	
DATOS DEL PACIENTE					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Dirección del Paciente:			Ocupación:		
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Edad:		Raza:	
CARACTERISTICAS CLINICAS				LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN:	
Descripción	X	Dolorosa	Indolora		
Lesión Blanca				1. Labio Superior	
Lesión Roja				2. Labio Inferior	
Lesión Ulcerosa				3. Base de la lengua	
Lesión Mixta				4. Dorso de la lengua	
Lesión Ulcerosa Hemorrágica				5. Lateral de la lengua	
Lesión de Coloración Oscura				6. Vértice de la lengua	
Nódulo				7. Encía Superior	
Nódulo Ulcerado				8. Encía Inferior	
Crecimiento Verrugoso				9. Paladar duro	
Aumento de volumen de tejido				10. Paladar blando	
Diagnostico Presuntivo			X	11. Suelo de la boca	
Leucoplasia				12. Mucosa del carrillo	
Eritroplasia				13. Trígono Retromolar	
Eritroleucoplasia				14. Glándula Parótida	
Carcinoma				15. Amígdalas	
Tumor				16. Pared lateral de faringe	
Otra lesión				17. Nódulo del cuello	
(Especifique):				18. Glánd.salivales	
				19. Otra localización	
EVOLUCION					
Menos de 3 semanas		<input type="checkbox"/>	Más de 3 semanas		<input type="checkbox"/>
Laboratorio de Patología Bucal Universidad San Gregorio de Portoviejo Dirección: Av. Metropolitana / Av. Olímpica Fonos: 2935002 ext. 120					

Datos a llenar por el Cirujano Odontologo		
Diagnostico		
Condiciones Histopatológicas.	Fecha D/M/A	
Liquen Plano <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES:	
Sifilis <input type="checkbox"/>		
Lupus Eritematoso Discoide <input type="checkbox"/>		
Fibrosis Oral Submucosa <input type="checkbox"/>		
Otras <input type="checkbox"/>		
Especifique <input type="checkbox"/>		
Lesiones		
Leucoplasia <input type="checkbox"/>		
Eritroplasia <input type="checkbox"/>		
Mixta <input type="checkbox"/>		
Queilitis Actinica <input type="checkbox"/>		
Otras <input type="checkbox"/>		
Especifique <input type="checkbox"/>		
Neoplasias		
Carcinoma insitu <input type="checkbox"/>	Informe al Registrar Cancer	
Carcinoma Epidermoide (CE) <input type="checkbox"/>		
(CE) Bien Diferenciado <input type="checkbox"/>		
(CE) Moderadamente Diferenciado <input type="checkbox"/>		
(CE) Pobremente Diferenciado <input type="checkbox"/>		
Adenocarcinoma <input type="checkbox"/>		
Otras <input type="checkbox"/>	Si	
Especifique <input type="checkbox"/>	No	
Nombres y Apellidos Cirujano Odontologo		Firma



Gráfico N° 11. Foto realizada por la autora de esta tesis.



Gráfico N° 12. Foto realizada por la autora de esta tesis.