

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN INTEGRAL DEL  
HOMBRE**

**LESIONES PREMALIGNAS MÁS  
COMUNES EN LA CAVIDAD BUCAL DEL  
ADULTO**

**INTEGRANTES:  
Cabrera, Jabnel  
Calvo, María Graciela**

**VALENCIA, JULIO DEL 2001**

## **DEDICATORIA**

Al culminar una nueva meta de gran importancia en la búsqueda incansable del crecimiento humano y profesional dedicamos este logro con satisfacción :

- A Dios, por habernos regalado los dones más maravillosos: amor, inteligencia, fé y esperanza, humildad y paciencia, los cuales nos permitieron alcanzar el tan anhelado triunfo.
- A Nuestros Padres: Graciela y Rafael, Arelis y Néstor; que con su ejemplo y sacrificio y sus sabias palabras de impulso, motivación y amor a la dedicación, lograron crear en nuestros corazones y en nuestra mente, este espíritu de superación y llevarnos hasta donde estamos: Nuestro éxito es para ustedes.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer con estas palabras:

- A mi madre Graciela, mujer emprendedora, visionera y luchadora que con su digno ejemplo de trabajo nos aportó la ayuda necesaria con dedicación al orientarnos con ideas sabias hasta culminar nuestro trabajo.
- A mi padre Rafael, que con su espíritu optimista, honesto y recto, me ha inculcado en mi la pasión por los estudios y ha sabido llenar mis espacios cuando ha sido necesario sembrando su esperanza e ilusiones en mi; Gracias.
- A mis tíos Ines, Carmenza y Jaime quienes con su cobijo siempre han estado allí para tenderme la mano cuando más lo necesite con sus sabios consejos y criticas constructivas muy acertadas para mi .
- A mi abuela Mirtha, por estar siempre preocupada y atenta de mi desenvolvimiento académico, darme apoyo en los momentos que los necesité y confiar en mi hasta verme alcanzar mis metas.
- A mi compañera y amiga Jabnel, que aportando e interviniendo con paciencia, cariño e inteligencia logró junto a mi el desarrollo de este estudio y su termino con éxito.

- A nuestros Profesores Carlos Sierra y María Elena Labrador, los cuales nos permitieron el desenvolvimiento de este trabajo orientándonos a ser mejores académicos con la enseñanza de sus conocimientos.

## **AGRADECIMIENTO**

En este momento son muchas a las personas a quien quisiera agradecerle este mi primer gran logro. Tengo que empezar dando las gracias a Dios Todopoderoso por haberme iluminado el camino y por haberme levantado cuando quise caer.

A mis padres Néstor y Arelis por haber confiado en mi, por haberme enseñado a ser paciente y perseverante; a Ustedes se los debo todo.

A mi hermana y mejor amiga Jenny porque me apoyó en toda mis decisiones, por que me enseñó lo que es ser una verdadera amiga y por haberme dado dos lindas razones para seguir adelante: Jennifer y Oriana.

A mis hermanos Luis y Jissel porque en ustedes también encontré grandes amigos.

A mi abuela Chila porque estuvo conmigo cuando más la necesité. Ami abuela Luisa porque se que desde el cielo me protege y me guia por el buen camino.

A mis tios Izlia y Juan José, a mis primas, Adriana, Gabriela, porque fueron para mi ejemplo seguir. A Juan y Rossana por brindarme su cariño.

A mis amigas Kreila, Reimig, Zuly, Joanel, Ma. Angelica, Kathy y Ma. Graciela, por haber compartido conmigo mis mejores y mis peores momentos, por ser siempre mis grandes amigas.

Y a toda las personas que no nombro en este momento, pero las llevo en mi corazón.

## INDICE

	Pag.
- Resumen.....	i
- Introducción.....	1
- Objetivos.....	3
- Justificación.....	4
- Capitulo I.....	5
Generalidades de Lesiones Premalignas	
- Capitulo II.....	10
Clínica e Histopatologicamente la Leucoplasia como una lesión Premalignas más común en la cavidad bucal del adulto.	
- Capitulo III.....	18
Clínica e Histopatologicamente la Estomatitis Nicotínica como una Lesión premaligna más común en la cavidad bucal del adulto.	
- Capitulo IV.....	24
Investigaciones Nacionales e Internacionales relacionada con las Lesiones premalignas	
- Conclusiones.....	41
Referencia Bibliográfica.....	43

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE

**LESIONES PREMALIGNAS MÁS COMUNES EN LA CAVIDAD BUCAL  
DEL ADULTO**

Autores: Cabrera, Jabnel  
Calvo, Ma. Graciela  
Tutor: María Labrador  
Año: 2001

**RESUMEN**

La cavidad bucal del adulto está conformada por una serie de elementos que hacen posible el desarrollo de las funciones de aprensión, masticación y oclusión. Esta cavidad en alguno de los casos presenta lesiones premalignas. Entre las lesiones premalignas más frecuentes se encuentran las leucoplasias y la estomatitis nicotínica. El objetivo de esta investigación documental es indagar tanto clínica como histopatológicamente las lesiones premalignas más comunes en la cavidad bucal del adulto, orientando hacia su posible tratamiento.

En relación con la descripción de las leucoplasias se pudo concluir que es una lesión blanca anormal, plana o ligeramente elevada y de tacto algo áspero, adherida con firmeza a la mucosa causada por agentes externos como son el tabaco en todas sus formas, el alcohol, la mala oclusión, las deficiencias vitamínicas y la candidiasis. En relación a la descripción clínica e histopatológica de la estomatitis nicotínica ubicada en la cavidad bucal es causada por el uso del cigarrillo y sus componentes alcaloides, tóxicos, estimulantes y depresores del sistema ganglionar, cabe destacar que esta lesión producida en el paladar causa inflamación y enrojecimiento con notables fisuras sobre una superficie irregular y arrugada. En relación a las Investigaciones Nacionales e Internacionales sobre las lesiones premalignas se concluye que dichos estudios arrojan casos diagnosticados histopatológicamente que permiten asegurar que los factores de riesgo asociados a las enfermedades, han sido las causas de las mismas.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye uno de los principales problemas que enfrenta la humanidad no solo en el ámbito de la salud pública sino también para las ciencias en general.

En este trabajo se hace primordial referencia sobre generalidades de lesiones premalignas, conociéndose estas como cualquier tejido de morfología alterada, más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal. Entre las lesiones premalignas más frecuentes se encuentran: los nevus, las leucoplasias, las eritoplasias, el liquen plano y las fibrosis mucosa, en este tipo de lesiones los hábitos de fumar, ingerir alcohol y comer alimentos muy picantes y calientes pueden favorecer la aparición de un cáncer.

En este mismo estudio se hizo referencia sobre la clínica e histopatología de las leucoplasias y la estomatitis nicotínica como las lesiones premalignas más comunes en la cavidad bucal del adulto.

Las leucoplasias, pertenecen al grupo de las lesiones blancas y clínicamente se caracterizan por ser blancas o tener algún componente de este color, este tipo de lesiones son evidentes ya que sobresalen de la mucosa normal de color rosado siendo premalignas o malignas.

De igual forma, la estomatitis nicotínica es una lesión específica del paladar que se manifiesta primero por enrojecimiento e inflamación y en poco tiempo desarrolla una apariencia multinodular engrosada de color blanco grisáceo, el principal causante es el cigarrillo.

En cuanto a las investigaciones Nacionales e Internacionales, se estudiarán algunos casos que nos llevaran al establecimiento de los factores de riesgo para el diagnostico de algunas lesiones premalignas demostradas hitopatológicamente.

MI TRIUNFO TAMBIÉN ES DE USTEDES. MIL GRACIAS.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir las lesiones premalignas más comunes en la cavidad bucal del adulto.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer generalidades de las lesiones premalignas.
  
- Describir clínica e histopatológicamente las leucoplasias como una de las lesiones premalignas más comunes de la cavidad bucal y orientar un adecuado tratamiento.
  
- Describir clínica e histopatológicamente la estomatitis nicotínica como una de las lesiones premalignas más comunes de la cavidad bucal y orientar un adecuado tratamiento.
  
- Analizar las investigaciones nacionales e internacionales relacionadas con las lesiones premalignas.

## **JUSTIFICACIÓN**

Se entiende por lesiones premalignas como cualquier tejido de morfología alterada, más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal.

Las lesiones premalignas localizadas en la cavidad bucal de algunos adultos pueden ser causa de cáncer u otra enfermedad perjudicando de esa manera la salud bucal del individuo, de allí la utilidad de este estudio, ya que la prevención y el tratamiento será la motivación más importante al localizar las lesiones premalignas más comunes, tomando en cuenta también las recomendaciones a la cual se hace referencia es este trabajo como son: dirigir campañas educativas a las comunidades a fin de establecer hábitos de salud e higiene bucal y alertar a los Odontólogos al localizar cualquier hallazgo que pueda llevar a una lesión premaligna.

En otro orden de ideas, la novedad de este estudio se basa en el hecho de que este tipo de lesiones, se ha estudiado solo como cualquier manifestación en la cavidad bucal y no como lesiones premalignas, al ser estudiada de esta manera, se le puede dar la importancia que caracteriza a una lesión cancerígena.

## **CAPITULO I**

### **GENERALIDADES DE LESIONES PREMALIGNAS**

El cáncer constituye uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad, no sólo en el ámbito de la salud pública sino también para las ciencias en general.

Las neoplasias en la boca alcanzan magnitudes importantes y su prevención primaria consiste realmente en evitar el inicio de procesos cancerígenos en las células y aumentar así las posibilidades de cura, lo que solo puede lograrse cuando se identifican una o varias de las causas desencadenantes. (Nicot,1.994).

Según la O.M.S. en 1972 se entiende como lesiones premalignas como cualquier tejido de morfología alterada, más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal. (Página web en línea: <http://www.lesionespremalinasmalignas.com>).

Según Martinez (2001) las lesiones cancerizables de la mucosa oral se pueden clasificar en :

1. Lesiones Precancerosas (clasificación clínica):

- Leucoplasia
- Eritoplasia
- Queratosis del paladar asociada con fumar al revés.

2. Lesiones Precancerosas (clasificación histológica):

- Displasia Epitelial
- Carcinoma Espinocelular

- Queratosis solar.

### 3. Condiciones Precancerosas:

- Disfagía Sideropénica.
- Liquen Plano.
- Fibrosis Submucosa Oral.
- Sífilis.
- Lupus Eritematoso Discoide.
- Xeroderma Pigmentoso.
- Epidermolisis Bulosa.

Entre las lesiones premalignas más frecuentes se encuentran los nevos, las leucoplasias, las eritoplasias, el liquen plano y la fibrosis submucosa, en tanto el carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna de más alta incidencia. (León, 1.996).

Los hábitos de fumar, ingerir alcohol y comer alimentos calientes o muy picantes pueden favorecer la aparición de un cáncer. Se distinguen tres tipos de lesiones tumorales en la boca llamadas premalignas, las malignas y las benignas. Las primeras, que se llaman leucoplasias, que quiere decir placas blancas, pueden aparecer en cualquier parte del órgano bucal. Si no son tratadas a tiempo pueden degenerar en una lesión peligrosa. (Nuñez, 1.998).

Si bien no se conoce con exactitud el origen múltiple se acepta la participación de una serie de factores dependientes del huésped, del ambiente y de agentes causales

cancerígenos de naturaleza química, física o biológica. Estos factores son características o atributos inherentes a cada persona, que le confieren un grado variable de susceptibilidad para contraer la enfermedad y se conocen como factores de riesgo.

Entre los factores de riesgos tienen:

- Biológicos {
    - Sepsis bucal
    - Herencia
  - Mecánicos {
    - Uso de Prótesis
  - De conducta {
    - Hábito de Fumar
    - Ingestión de Bebidas alcohólicas
- (Nicot, 1.994)

Las lesiones pueden ser observadas por los mismos afectados, en la lengua, en el piso de la boca, en el paladar, en la mucosa de los carrillos o en los labios. Aunque este tipo de daño está íntimamente relacionado con la existencia de fumadores empedernidos, especialmente con la costumbre de usar tabaco o pipa, existen personas que nunca han ingerido ni fumado y que desarrollan una leucoplasia. La edad también influye. Otro de riesgo lo constituyen las prótesis mal adaptadas ó dientes con restauraciones defectuosas porque el roce constante de la lengua con una superficie irregular puede provocar una lesión. (Núñez, 1.998).

El tratamiento en las etapas iniciales, es tan sencillo que hasta la misma biopsia puede curar al paciente. Pero para ello es indispensable acompañar la intervención

con la eliminación de los hábitos nocivos, como el tabaquismo y el alcoholismo. También es recomendable tomar agua en abundancia, porque desintoxica y vitaminas C y E, pues estos nutrientes favorecen la regeneración de los tejidos, especialmente del colágeno. La consulta con un especialista en cáncer es igualmente necesaria. (Nuñez, 1.998).

El aumento observado en las últimas décadas en la proporción de adultos en el país, de alteraciones de la mucosa bucal, se traduce en un incremento de las necesidades y demandas de atención estomatológica a este grupo poblacional, a la vez que hace necesario para el estomatólogo conocer con precisión los factores que determinan la especificidad de las alteraciones bucales en esta etapa de la vida. (Mosqueda,1.990).

El proceso de envejecimiento por el cual pasan los elementos de la mucosa bucal del adulto mayor, producen una serie de cambios graduales irreversibles y acumulativos, lo que origina en ella una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos. Los cambios más significativos que ocurren a nivel microscópico en los tejidos bucales del adulto incluyen:

- a) Atrofia del epitelio superficial, principalmente a nivel del dorso de la lengua.
- b) Incremento en la queratinización.
- c) Disminución en el número de células y degeneración en las fibras del tejido conectivo
- d) Agrandamiento varicoso de las venas del vientre lingual.
- e) Aumento en la cantidad de glándulas sebáceas (Gránulos de Fodyce).

- f) Atrofia progresiva de las glándulas salivales menores.
- g) Disminución en el número y densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas particularmente encía y lengua, donde se registra una disminución de los corpúsculos gustativos. (Mosqueda, 1.990).

Después de haber realizado este corto análisis de las lesiones premalignas en la cavidad bucal se puede decir que:

1. Las lesiones premalignas detectadas fueron, en orden de frecuencia: las leucoplasias, los nevus y las eritoplasias, mientras que las malignas correspondió al carcinoma epidermoide.
2. Las localizaciones más frecuentes corresponden a la lengua y el labio inferior.
3. Dichas lesiones predominas en los hombres ancianos.
4. Dentro de los principales factores de riesgo se identifican los exógenos como el hábito de fumar, el consumo de alimentos calientes, la ingestión de bebidas alcohólicas y el uso de prótesis desajustadas. (León, 1.996).

# CAPÍTULO II

## CLINICA E HISTOPATOLOGICAMENTE LA LEUCOPLASIA COMO UNA LESIÓN PREMALIGNA MÁS COMÚN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO

Pertenece al grupo de las lesiones blancas y que clínicamente se caracterizan por ser blancas o tener algún componente de ese color. Las lesiones blancas son muy evidentes ya que sobresalen en la mucosa normal de color rosado, siendo premalignas o malignas. Las leucoplasias pertenecen a un subtipo principal de las enfermedades queratóticas. Indica la perioncia de una placa blanca anormal adherida con limeza a la mucosa. (Glunta, 1.991)

La Leucoplasia se puede clasificar:

- Leucoplasia Homogénea: placas solitarias o múltiples o con zonas gris amarillenta.
- Leucoplasia Ulcerada: aparece a causa de un trauma, es de color rojo uniforme, pudiendo tener zonas amarillentas.
- Leucoplasia Moteada: presenta nódulos o manchas blancas sobre una base eritematosa.(Página web en línea: <http://www.lesionespremalignasymalignas.com>,2001).

Otras clasificaciones:

- Leucoplasia Grado I: queratosis difusas y focal.

- Leucoplasia Grado II: lesiones blanquecinas reversibles.
- Leucoplasia Grado III: lesiones blanquecinas irreversibles.
- Leucoplasia Grado IV: carcinoma in situ. (ob. Cit.)

El diagnóstico se basa en criterios estrictamente histológicos y con frecuencia se ha dicho diagnóstico, aunque la lesión clínicamente no aparece como parche blanco. (Shafer, 1.986)

Además han recomendado realizar:

- Diagnóstico Provisorio de Leucoplasia: se realiza cuando una lesión al examen clínico no puede ser claramente diagnosticado como alguna otra enfermedad de la mucosa oral de aspecto blanco.
- Diagnóstico Definitivo de Leucoplasia: se hace como resultado de la identificación, y si es posible eliminación de factores etiológicos sospechosos y, en el caso de lesiones persistentes, examen histopatológico. (Martinez,2001)

### **Etiología de la Leucoplasia**

La mayoría de los investigadores coinciden en que la etiología de la leucoplasia es variada. Los factores causales más frecuentes son:

- **Tabaco:** Es el agente agresor más frecuente. Muchos de los componentes químicos del tabaco, así como sus productos finales de combustión, como el alquitrán y las resinas son sustancias irritantes capaces de producir alteraciones leucoplasias de la mucosa bucal. Las fuentes importantes de

irritación de la mucosa no solo son los productos de combustión del tabaco y el calor, sino también los materiales que se extraen del tabaco cuando se masca, o como en el caso del rapé. (Shaffer, 1.986)

“Por desgracia, los datos que relacionan el uso del tabaco para fumar (en forma de cigarrillos puros y pipas) aparecen más difíciles de enlazar con la etiología de la leucoplasia en comparación con el uso del tabaco que no se fuma, es decir, el rapé y el que se mastica”. (Shaffer, 1.986, p. 94)

Esto es debido a que el humo se dispersa ampliamente en la cavidad bucal a diferencia del que se mastica el cual permanece típicamente en un solo lugar.

- **Alcohol:** Este puede ser irritante para la mucosa bucal. Pero las personas que habitualmente consumen grandes cantidades de alcohol son por lo general fumadores de tal manera que es difícil establecer el efecto del alcohol solo. (ob. Cit.)
- **Irritación crónica:** La mal oclusión que produce una mordedura crónica del carrillo, las dentaduras mal ajustadas, o los dientes fracturados con filos agudos que constantemente irritan la mucosa, así como comida muy condimentada o calientes. (ob. cit.)
- **Deficiencia vitamínica:** Se reconoce que una deficiencia de Vitamina A inducirá la meloplasia y la queratinización de ciertas estructuras epiteliales, en

particular de la glándulas y de la mucosa respiratoria. Es por esto que se ha sugerido que una deficiencia de vitamina A está relacionada con el desarrollo de leucoplasia. (ob. cit.)

- **Candidiasis:** La presencia de *Candida Albicans* ocurre con mucha frecuencia concomitante a la leucoplasia. (Shaffer, 1.986)

### **Características Clínicas de la Leucoplasia**

Por lo regular se asocia a personas mayores de 40 años, los sitios de prevalencia son la lengua, el paladar, reborde maxilar y labio inferior. (Regezi, 1.995)

Al examen visual varía desde una simple visión vaga y blanquecina sobre una base de tejido normal, hasta una blanca, engrosada, fisurada o verrugosa. A la palpación puede ser suave, lisa o de textura granular fina o bien rugosa, nodular o indurada. (Regezi, 1.995)

Se describe tres (3) etapas en la leucoplasia, siendo la lesión más temprana como una mancha blanca, no palpable, bastante translúcida. Más tarde se desarrollan placas ligeramente elevadas con delimitación irregular que están localizadas o difusas; presentan un color blanco opaco y presentan textura granular fina. En ocasiones las lesiones evolucionan hasta ser blancas, engrosadas, duras y puede haber fisuramiento y formación de úlceras. (Shaffer, 1.986)

## **Histopatología de la Leucoplasia**

Los cambios histológicos van desde hiperqueratosis, acantosis, displasia y carcinoma in situ a un carcinoma de células escamosas invasivo. Por definición el término de displasia se refiere al crecimiento desordenado, mientras el término atipia se refiere a las características celulares anormales” (Regezi 1.995, p. 111)

A lo largo del tiempo se han dado diversas definiciones de lo que significa el término displasia, pero hoy en día este concepto más preciso de lo que esto significa.

Las características específicas de displasias incluyen:

1. Bordes epiteliales en forma de gotas
2. Hiperplasia de la capa basal
3. Estratificación irregular
4. Mitosis aumentada y anormal
5. Queratinización individual o de grupos celulares en la capa espinosa
6. Pleomorfismo celular
7. Hiperchromatismo celular
8. Alteración de la proporción núcleo – citoplasma
9. Núcleos agrandados
10. Pérdidas de la adherencia intercelular (ob. cit.)

Cuando todo el epitelio presenta estos cambios de arriba hacia abajo se denomina Carcinoma in situ. (ob. cit.)

## **Transformación Maligna de la Leucoplasia**

La leucoplasia es la lesión precancerosa más frecuente. Es considerada así tanto porque es frecuente encontrarla asociada a Carcinoma epidermoides, como por la objetivación de que lesiones leucoplásicas se han malignizado con el paso del tiempo. (Revista Cubana, 2.000)

Algunas características parecen asociarse al incremento del riesgo:

- Ausencia de reconocidos factores etiológicos (leucoplasia idiopática)
- Localización en el suelo de la boca y/o lengua, que llegan a alcanzar cifras de malignización del 16 al 39%
- Tipo clínico no homogéneo
- Presencia de displasia epitelial (ob. cit.)

Las leucoplasias en las que existe displasia, muestran una mayor tendencia a la malignización que aquellas en las que no existe y que este es el factor más importante para el pronóstico (ob. cit.)

A pesar de que puede haber displasia en cualquier leucoplasia, cada forma clínica tiene diferencia potencial de transformación maligna. Así las leucoplasias homogéneas de poco grosor rara vez sufren malignización sin antes evidenciar algún cambio clínica, las más gruesas pueden tener transformación maligna. (ob. cit.)

Entre los criterios clínicos para calcular el riesgo de malignización de una leucoplasia tenemos: sexo, edad, alcohol, tabaco, irritación mecánica, higiene oral, tipo clínico, tamaño, localización, tiempo de evolución, sintomatología, fracaso de tratamientos anteriores, presencia de candidiasis, positividad de la prueba del azul de toluidina, Misceláneas (ob. cit.)

### **Tratamiento de la Leucoplasia**

El manejo de las lesiones orales potencialmente malignas es muy variable y todavía nos encontramos muy lejos de establecer un consenso general de las pautas terapéuticas de este tipo de lesiones. En un primer lugar se debería llevar a cabo un tratamiento preventivo y actuar sobre los factores etiológicos como el consumo del alcohol y tabaco, salud e higiene oral, etc. (Revista Cubana, 2.000)

Esta terapia preventiva que se está desarrollando es la quimioprevención, consistente en tratar el primer tumor y posteriormente, iniciar la terapia preventiva para lo que se administra quimioterapia durante un año. Entre los fármacos empleados tenemos el Tacoferol, ácido etinoico, modulador de la inmunidad cuyo efecto consiste en evitar que los cambios cromosómicos progresen hacia el carcinoma. (Ortega, 1.999)

En segundo lugar se debe hacer biopsia siempre, para establecer un diagnóstico definido y para establecer la existencia de displasia epitelial (Revista Cubana, 2.000)

Si no existe displasia algunos autores proponen medidas conservadoras como tratar los posibles factores etiológicos y revisar cada seis (6) meses. Otros prefieren la extirpación completa con laser de CO2, cirugía convencional, electrocauterio o criocirugía. (ob, cit.)

Si existe displasia debe extirparse completamente. Algunos autores opinan que este se debe eliminar con cirugía convencional para obtener una pieza susceptible a ser analizada histológicamente. (ob. cit.)

Respecto a los tratamientos médicos se puede utilizar la aplicación de Vitamina A y sus derivados (retinoides, carótenos). Los retinoides son efectivos pero bastante tóxicos a altas dosis y poseen numerosos efectos colaterales. Los carótenos son menos tóxicos pero menos efectivos y en ambos casos se han evidenciado recurrencial al abandonar el tratamiento. (ob. cit.)

**CAPITULO III**

**CLINICA E HISTOPATOLOGICAMENTE LA ESTOMATITIS**

**NICOTÍNICA COMO LESIÓN PREMALIGNANA MÁS COMÚN EN LA**

**CAVIDAD BUCAL EN ADULTOS**

## Etiología de la Estomatitis Nicotínica

El principal causante de este tipo de lesión en cavidad bucal es el cigarrillo. “En el humo del cigarrillo se han identificado más de 4.000 sustancias, incluyendo algunas que son farmacológicamente activas, antigénicas, citotóxicas, mutágenas y carcinógenas, estos diversos efectos biológicos proporcionan un marco para comprender las consecuencias adversas del fumar”. (Braunwald, 1.989, P. 1.046)

El humo del cigarrillo es un aerosol heterogéneo producido por combustión incompleta de la hoja de tabaco. Está compuesto de gases y vapores no condensados en los cuales hay gotitas de dispersión. La composición del humo está influida por varios factores, incluyendo tipo de tabaco, temperatura de combustión, longitud del cigarrillo, porosidad del papel, aditivos y filtros. Los componentes principales de la hoja del tabaco son carbohidratos, ácidos orgánicos no grasos, compuestos nitrogenados y resinas. (Braunwald, 1.989)

El humo del cigarrillo está compuesto por:

- Nicotina: El componente más característico del tabaco, es un alcaloide muy tóxico, estimulante y depresor ganglionar. Muchos de sus efectos complejos

están mediados por liberación de catecolaminas. La nicotina desempeña un papel importante, aunque no exclusivo para conservar el hábito del tabaco.

- Monóxido de Carbono: Es un gas tóxico que interfiere con el transporte y la utilización del oxígeno.(ob. cit.)

Los principales carcinógenos identificados en el humo del cigarrillo son hidrocarburos aromáticos policíclicos, aminas aromáticas y nitrosaminas. Los carcinógenos presentes en el humo del cigarrillo, como catecol, aumentan bastante su carcinogénesis. (ob.cit.)

Entre los efectos que el uso del tabaco puede tener en los tejidos bucales, podemos ver desde una susceptibilidad aumentada para la enfermedad periodontal y retraso cicatrizal, pigmentación de la mucosa, hasta la aparición de procesos premalignos y malignos en la cavidad bucal. La nicotina afecta la circulación periférica causando una vasoconstricción gingival importante, por lo cual se disminuye el aporte de elementos de reparación por parte de la sangre al tejido gingival y por consiguiente se debilita la capacidad de cicatrización de este tejido. También puede estar suprimiendo el sistema inmune, esto a causa de una reducción de la quimiotaxis y fagocitosis por parte de los leucocitos. Además la nicotina causa daños a la matriz extracelular de fibroblastos gingivales. Una concentración menor de 0,075 % causa muerte celular, una de 0,075 % causa una vacuolización de los fibroblastos y una del 0,05 inhibe la producción de fibronectina y colágeno tipo II por lo que se produce una ruptura de la matriz extracelular gingival por consiguiente

aumenta la gravedad de la enfermedad periodontal. Con lo anterior se puede pensar que un efecto similar se puede dar en cualquier otro sitio de la mucosa oral y no solo en el peiodonto. El fumar se asocia clínicamente a bolsas profundas, formación de cálculo, pérdida de hueso alveolar, gingivitis ulceronecrozante aguda grave y osteoporosis.(página web en línea : <http://www.influenciadeltabacoenlostejidos.com>. 2001).

Un hallazgo muy común entre los usuarios del tabaco, es la llamada melanosis del fumador. Se cree que el tabaco contiene una sustancia la cual induce un aumento en la producción de melanina. Algunas hormonas en mujeres fumadoras, hacen que esta pigmentación sea más intensa. Esta se localiza principalmente en la encía labial. La intensidad de esta entidad esta en relación con la cantidad de tabaco que se acostumbra a utilizar y con el tiempo que se tenga con el hábito. Esta tiende a remitir cuando el hábito del tabaco a desaparecido, lo cual tarda unos pocos meses, si no desaparece se recomienda tomar una biopsia. (ob. Cit.)

Braunwald (1989) expresa que las características de los fumadores son las siguientes:

- Beben más alcohol y café que los no fumadores.
- Peso y presión arterial ligeramente menores.
- En las mujeres la menopausia aparece más pronto.
- Tienen trastornos de ejecución de ejercicio máximo y del sistema inmunitario.
- Hay aumento del número de macrólagos alveolares pulmonares.

- Muestran pequeños aumentos del número total de leucocitos y de las concentraciones de IgE en suero.

Después de haber hecho un pequeño resumen sobre el tabaco, se hablará sobre estomatitis nicotínica. Esta forma de queratosis relacionado con el tabaco es uno de los trastornos que ocurren con mayor frecuencia en la boca y solo se presentan en individuos fumadores. Puede apreciarse la importancia del efecto superficial del humo cuando se cubre el paladar duro con una prótesis móvil pues la mucosa que se localiza debajo del dispositivo no presenta alteraciones y se encuentra hiperqueratosis en las zonas expuestas. (Regezi, 1.995)

### **Características Clínicas de la Estomatitis Nicotínica**

Es una lesión específica del paladar. Primero se manifiesta por enrojecimiento e inflamación del paladar. En poco tiempo este desarrolla una apariencia multinodular o papular, engrosada, de color blanco - grisáceo, difusa con una pequeña mancha roja en el centro de cada nódulo pequeño que representa al dilatado y algunas veces, parcialmente ocluido orificio de un conducto de la glándula salival palatina accesoria, alrededor del cual es notable observar fisuras y grietas y producir una superficie irregular y arrugada. (Shaffer, 1.986)

### **Histopatología de la Estomatitis Nicotínica**

En la biopsia del tejido afectado se observa engrosamiento del epitelio con acantosis moderada y aumento en el grosor de la capa de ortoqueratina. Las glándulas

salivales accesorias de la zona presentan grados moderados de inflamación. Los conductos excretores pueden mostrar metaplasia escamosa, el tejido glandular contiene células inflamatorias crónicas y algunas cicatrices. (Regezi, 1.995)

### **Tratamiento de la Estomatitis Nicotínica**

La estomatitis nicotínica posee poca importancia si se compara con la queratosis de otras zonas de la cavidad bucal. Hay prevalencia de transformación maligna en personas que fuman al revés. Este hábito frecuente en algunos países, intensifica el efecto carcinógeno y el humo sobre el paladar, lo que aumenta de manera considerable el riesgo de cáncer.

El tratamiento debe dirigirse a la reducción o eliminación del consumo de tabaco. Debe conocerse que la intensidad del consumo del tabaco necesaria para producir estomatitis nicotínica como efectos similares en el aparato respiratorio, por lo que aumenta de modo importante el riesgo de cáncer en estas regiones. (Regezi, 1.995)

Los médicos pueden ayudar a sus pacientes fumadores de la siguiente manera:

- 1.- Obtener antecedentes cuantitativos sobre tabaquismo.
- 2.- Explicar los riesgos para la salud de manera personal y detallada.
- 3.- Recalcar los beneficios que coinciden con dejar de fumar.
- 4.- Aconsejar y ayudar al paciente para que deje de fumar.
- 5.- Considerar remitir al paciente a un programa formal de tratamiento.
- 6.- Proporcionar materiales de lectura que lo ayuden.

7.- Apoyar al paciente en un programa de mantenimiento. (Braunwald, 1.989)

En programas supervisados por médicos, puede ser útil como auxiliar una goma de mascar que contiene nicotina y ayuda a aliviar los síntomas de supresión. Los pacientes que no pueden o no desean dejar de fumar, se aconsejará para que reduzcan la exposición fumando menos, tomando menos bocanadas y dejando el cabo final más largo. (Braunwald, 1.989)

“Fuerzas políticas, sociales y culturales desempeñan un papel crítico en la decisión individual para fumar o dejar de hacerlo. Por esta razón los médicos encabezarán y apoyarán los esfuerzos para aumentar impuestos sobre el consumo de tabaco, eliminar toda propaganda y actividades promocionales de tabaco y prohibición de fumar en lugares públicos”. (Braunwald, 1.989, P. 1.050)

Esta quizás es una de las maneras de hacer presión para evitar el tan proliferado consumo del cigarrillo siempre y cuando se cumpla de manera estricta, cosa que no es así.

Finalmente, el programa más eficaz podrá ser la prevención primaria en grupos pediátricos y adolescente. Los jóvenes entrenados para resistir presiones sociales, que comprenden las consecuencias que el fumar tiene para su salud y que aprecian la dificultad para dejar el hábito, es menos probable que comiencen a fumar. “El humo del tabaco es un contaminante omnipresente personal y ambiental”. (Braunwald, 1.989, P. 1.046)

## **Capítulo iv**

### **INVESTIGACIONES nacionales e INTERNACIONALES relacionados con las lesiones premalignas**

Factores de riesgo de las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal.

Nicot (1994) realizó un estudio analítico y observacional de caso control no pareado que abarcó 400 personas; 100 de ellas con lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal (casos) diagnosticados histopatológicamente en periodo comprendido desde Enero hasta Junio de 1994, y las 300 restantes sin lesiones (controles). A todas se les aplicó un cuestionario mediante entrevista individual para identificar si hubo algunos factores de riesgo asociados.

Material y método.

Se estudiaron 400 personas mayores de 15 años, de las cuales 100 presentaron lesiones premalignas o malignas de la cavidad bucal (casos) y 300 que no mostraban estas lesiones (controles) constituyen un requisito indispensable para los controles del examen del complejo bucal.

Por cada caso se seleccionaron 3 controles mediante un muestreo por conglomerado trietápico, en función de lo cual se escogieron 5 áreas de salud y de cada uno 5 consultorios médicos de familia mediante una tabla de números aleatorios; se obtuvieron 15 controles por cada consultorio, con la aplicación del mismo método.

La información se trajo de un cuestionario confeccionado al efecto, que se llenó a cada sujeto incluido en la población objeto de estudio (casos y controles); en las consultas correspondientes o en su domicilio. Las variables utilizadas fueron sepsis, edad, sexo, hábito de fumar, antecedentes natológicos, familiares, ingestión de bebidas alcohólicas y el uso de prótesis dental. El cuestionario se codificó y depuró para verificar la calidad de la información.

Para efectuar el análisis se realizó una base de datos en la computadora mediante el sistema Epiinfo 5 (procesador de encuestas). Los resultados se muestran por medio de tablas de contingencia de 2x2 con un intervalo de confianza del 95%.

Una tabla 2x2 es una tabulación de los datos según los valores binarios de 2 variables = el factor de riesgo y la enfermedad.

La razón de los productos cruzados (RPC) indica cuán más grande es la probabilidad de observar la enfermedad en los expuestos al factor riesgo, que en los no expuestos; indica si hay asociación causal.

El intervalo de confianza (IC) al 95% señala que si repitiéramos el estudio 100 veces, en el 95% de ellos observaríamos valores que estarían comprendidos en este intervalo.

El riesgo atribuible en los expuestos (RAe%) expresa la proporción de casos que se atribuye a una determinada exposición a factor de riesgo.

## Resultados.

- La sepsis bucal estuvo presente en el 13% de los casos y el 3% de los controles, por ende, el primer grupo tenía 4,8 veces más probabilidades de desarrollar las lesiones que el segundo, y se aprecia de que eliminarse este factor de riesgo se reducirán los daños en el 79% de los expuestos.
- De las 400 personas estudiadas, el 91% de los casos y el 45,7% de los controles utilizaban prótesis dental, de los cual se infiere que el uso de ésta representa para el individuo 12 veces más riesgo de presentar lesiones, el que disminuiría el 91,6% si los que la usan dejan de hacerlo.
- El 64% de los casos y el 35,4% de los controles practican el hábito de fumar, por tanto, estos presenta 3 veces más probabilidades de lesionar sus tejidos. Se aprecia que si se logra erradicar esta adicción se reducirían en el 62% las alteraciones morbosas.
- En relación con la ingestión de bebidas alcohólicas son adictos 275 del universo estudiado (84% de los casos) los cuales tenían 3 veces más riesgos de contraer daños en la cavidad bucal, los que disminuiría en el 6,6% si se lograra disminuir este hábito.
- En cuanto a los antecedentes familiares de lesión bucal estuvo presente en 33% de los casos y 21% de los controles.

Análisis.

La prótesis es un elemento que actúa como un cuerpo extraño que, en la medida que pasa el tiempo y no se revisa va causando lesiones en la cavidad bucal, lo cual se corrobora en el estudio, ya que el factor de riesgo predominante en todos los casos. Los fumadores presentan 3 veces más probabilidad de contraer estas lesiones por lo tanto se considera un factor muy importante en la génesis de los procesos premalignos y malignos de la cavidad bucal.

En cuanto al factor ingesta de bebidas alcohólicas, por lo general los bebedores son grandes fumadores y que ambos factores coinciden en la boca, lo cual contribuye a que aparezcan alteraciones premalignas y malignas en esta cavidad.

También se encontró que los descendientes de familias en una incidencia alta de un tipo determinado de tumor, pueden haber heredado un gen que aplique la información de uno de los cambios requeridos del tumor y, además, que el grado de sensibilidad del desarrollo de un cáncer varía de una persona a otra y que la predisposición genética es más importante para el desarrollo de algunos tipos de tumores que para otros.

“A pesar de que la terapéutica oncológica se ha desarrollado notablemente en las últimas décadas, no es más cierto que aun (en el mejor de los casos) solamente el 50% del total de los tumores malignos son controlados, y por tanto, hay un criterio bien firme de que la lucha contra el cáncer debe, además de utilizar los tratamientos modernos, insistir en la prevención primaria o profilaxis y en la prevención secundaria o detección precoz”. (Marinello, 1990, P22).

Se debe fomentar campañas de prevención y detección precoz de cáncer bucal para tratarlo y controlarlo durante sus primeras y etapas, y no como viene realizando ya en etapas terminales.

### **Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en cavidad bucal.**

Así mismo León Martínez (1.993) realizó un estudio transversal para conocer la procedencia de las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal en la población adulta perteneciente a un consultorio urbano del médico de la familia mediante el pesquisaje que incluye el examen físico y la aplicación de una encuesta confeccionada al efecto.

#### **Material y método.**

Se realizó un estudio transversal en la población adulta (15 años y más) que incluyo a 544 sujetos del consultorio urbano N° 19 del médico de la familia, perteneciente a policlínico comunitario Docente “Ignacio Agramonte” del municipio Camaquey, durante el año 1993. Se realizó un pesquisaje de cáncer y lesiones premalignas de la cavidad bucal, mediante el examen físico del complejo bucal y el cuello, con la ayuda del estomatólogo correspondiente al consultorio, según la metodología planteada en el PDCB7 y la aplicación de una encuesta confeccionada al efecto, que se rige por criterios de expertos.

Se contemplaron en las encuestas las variables edad, sexo, Hábitos tóxicos, factores dietéticos, uso de prótesis, sepsis oral, tipo de lesión, localización del PDCB. Una vez aplicada esta, se convirtió en el registro primario de la investigación.

Los datos se procesan en forma computarizada, se obtuvieron estadísticas descriptivas y se aplicaron test para determinar la relación estadística significativa, para valores de probabilidad (P) iguales o menores que 0,05.

#### Resultados.

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

Las localizaciones fueron las siguientes: 2 en la lengua (25%) 1 (12%) en cada uno de los demás lugares (labio inferior, carillos, comisura labial, espacio retromolar y paladar).

La lesión maligna detectada fue un carcinoma epidermoide de labio inferior.

El grupo de edades más afectado resulto ser el de 65 años y más con tres pacientes para el 37,5%, y se encontró una proporción de acuerdo con el sexo, de dos hombres por cada mujeres, en una población pesquisada donde el 51,1% eran mujeres.

En cuanto a los hábitos tóxicos, los 8 pacientes detectados (para el 100%) fumaban o ingerían café, en tanto que 6 (para el 75%) ingerían bebidas alcohólicas; dichos hábitos en la población pesquisada se encontraron en el 33,46%, el 70,4% y 55,5% respectivamente, lo que demostró una relación estadística significativa ( $P < 0,05$ ). Los pacientes fumadores llevaban más de 30 años fumando, consumían más de 1 cajetilla al día, 2 fumaban tabaco y 1 fumaba pipa; este el último era el que padecía el carcinoma epidermoide del labio inferior.

Al analizar los hábitos dietéticos se demostró que los 8 pacientes (para el 100%) acostumbraban a ingerir comidas calientes y 5 (para el 62,5%) comidas hipercondimentadas, mientras que dichos hábitos estuvieren presentes en la población pesquisada en el 54,59 y 22,43% respectivamente.

Utilizaban prótesis desajustadas 4 pacientes para el 50% mientras que dicha situación sólo se encontró en el 1,29% de la población estudiada, lo que resultó estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

Sólo 1 de los pacientes detectados, para el 12,5%, acudía periódicamente a la consulta estomatológica, contra el 44,3% en la población pesquisada. A consulta eventual no asistió ninguno de los enfermos encuestados, mientras que un 17,83% de la población pesquisada lo hizo en alguna ocasión. Al momento del estudio no se conocía ningún caso (morbilidad oculta).

### Análisis.

La leucoplasia es la lesión premaligna más frecuente, al igual que el carcinoma epidermoide como lesión maligna de mayor incidencia .

En relación con la localización más frecuentes aunque existe algunas contradicciones en si se trata de la lengua o el labio inferior encontramos la mayor prevalencia en ambas por igual, si consideramos la lesiones premalignas en conjunto.

El hábito de fumar se puede considerar como un factor de peso en las carcinogénesis bucal así como la ingestión del alcohol.

El exceso de calor y la irritación provocadas por las comidas hipercondimentadas, así como las toxinas que pueden contener este tipo de alimentos, actúan como irritantes locales de la mucosa oral.

El uso de prótesis puede provocar lesiones que permanecen asintomáticas durante años.

**Prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal en el adulto mayor.  
Estudio en dos grupos del Sur de la Ciudad de México.**

Por su parte Mosqueda Taylor (1.990) llevo a cabo un estudio de prevalencias de las alteraciones de la mucosa bucal en el adulto mayor con el propósito de presentar los resultados de un estudio de prevalencia de enfermedades patológicas y no patológicas detectadas en 100 adultos mayores de 50 años residentes del Sur de la Ciudad de México. El grupo de estudio quedó conformado por 50 pacientes de las clínicas de la UAM-X que solicitaban algún tipo de atención y 50 individuos que acudían al momento del estudio al INSEN Delegación TNAHUAC.

Pacientes métodos.

Este es un estudio de tipo descriptivo, transversal, observacional y prospectivo, el cual tiene por objeto conocer la prevalencia de diversas alteraciones de la mucosa bucal en adultos mayores de 50 años, residentes de el área Sur de la ciudad de México.

A.- Población en estudio:

La población en estudio quedó conformada por dos grupos de personas de ambos sexos, mayores de 50 años que residen, en la zona Sur de la Ciudad de México, distribuidos de la siguiente manera: 5 pacientes que solicitaron atención estomatológica en forma consecutiva en las clínicas estomatológicas Tepepan San Lorenzo, y Tlahuac de la UAM-X durante 1.996 y 5 Personas que asistían al

Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) en la sucursal de la delegación Tlahuac durante 1.996.

Selección de la muestra:

En este trabajo la población de estudio se obtuvo mediante muestreo por convivencia, tomando en cuenta la población asistente a los centros mencionados, previa autorización de la autoridades de ambos.

B.- Procedimiento de exploración:

Para la revisión bucal se utilizarán, espejos bucales planos num.5, sin aumento, abatelenguas, gasas, lámparas dentales (para los pacientes de las clínicas), lámpara de mano (para paciente del INSEN) y en los casos necesarios materiales para la toma de frotis citológico (porta objetos, abatelenguas, fijador citológico en aerosol y lápiz de diamante).

A cada individuo se le aplicó una encuesta que recogía la siguiente información:

-Nombre.

-Edad y Sexo.

-Ocupación.

-Consumo de Tabaco, tipo de hábito (pipa y cigarrillo), duración del mismo (años), cantidad por día y frecuencia (diario, ocasional ó previo).

- Enfermedades sistemáticas presentes al momento del examen y tratamientos actuales.

-Condición protésico-dental (presencia ó ausencia de prótesis, estado funcional, necesidad de prótesis).

Entidades seleccionadas:

Se determinó estudiar la prevalencia de 29 entidades cuyo criterios diagnósticos se encuentran descritos previamente la Guía de Epidemiología y Diagnóstico de Enfermedades de la Mucosa Bucal de la OMS( 1.980) y en el estudio epidemiológico de las lesiones de la Mucosa Oral.

Ante la presencia de lesiones rojas, blancas o combinadas, con sospechas de infección por candida albicans y en úlceras sin causa aparente, se realizaron frotis citológicos los cuales fueron transportados el mismo día de su recolección hasta el laboratorio de histopatología de la UAM-X para su tinción con los métodos de pas ó papanicolau, para así descartar la presencia de pseudohifas ó células epiteliales atípicas respectivamente.

## Resultados.

Se examinaron un total de 100 sujetos mayores de 50 años, de los cuales 14 fueron hombres y 86 mujeres. En edades comprendidas de 50 a 86 años con una media de 68 años.

Con respecto a consumo de tabaco, encontramos que 15 sujetos eran fumadores activos al momento de realizarse el estudio 17 habían dejado de fumar y 68 negaron haber consumido esa sustancia, lo que representa un total del 32% de la muestra con antecedentes de tabaquismo.

Se tomó en consideración las principales enfermedades sistémicas presentes, los principales medicamentos consumidos y la condición protésica de la población de estudio resultando lo siguiente:

En enfermedades sistémicas resultó la hipertensión arterial y Diabetes Mellitus con mayor número de afectados.

En cuanto a los medicamentos con mayor consumo están los antihipertensivos y los hipoglucemiantes orales.

Se pudo observar que la gran mayoría de los sujetos observados eran portadores de uno o más aparatos protésicos pero destaca el hecho que la mayoría de éstos se encontraban desajustados.

### Discusión.

Los datos presentados en este trabajo, a pesar de sufrir las limitaciones de provenir de un estudio transversal y con muestreo por conveniencia, demuestran que la prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal es alta en población estudiada si se compara con lo observado en estudios similares realizados en otras poblaciones de adultos y ancianos.

Sin embargo es importante mencionar que las entidades que fueron detectadas con mayor frecuencia son, en su mayoría, variaciones de la normalidad, seguida por cambios debido a procesos de adaptación de la mucosa ante estímulos locales tales como: pérdida de dientes, irritación mecánica y química por aparatos protésicos, tabaco, etc.

Entre las lesiones producidas por mecanismos de adaptación y respuestas a la agresión crónica o aguda de la mucosa se detectaron hiperplasia fibrosa (18%), ulcera traumática (6%), queratosis friccional (4%), epulis fisurado (1%). En la gran mayoría estas condiciones se identificó como agente causal a prótesis desajustadas, las que a menudo presentaban sobre extensión y trama sobre los tejidos móviles del fondo del surco o piso de boca. La elevada prevalencia de estas condiciones resalta la necesidad de valorar periódicamente al portador de prótesis a fin de evitarlas y prevenirlas.

Algunos estudios sugieren que la prevalencia de esta lesión en diversas poblaciones occidentales oscila entre 0.5 y 3.6% y el riesgo de transformación maligno entre 0.1 a 6%.

Finalmente, es importante mencionar que los hallazgos obtenidos en este tipo de trabajo proporciona información valiosa para definir la orientación de futuras investigaciones en el área, las cuales tendrán por objetivo determinar el perfil de morbilidad bucal en el adulto de mayor edad, y en consecuencia, orientar los programas de atención estomológica para este grupo poblacional que se incrementa de forma irreversible en los primeros años.

### **Detección del cáncer oral**

Por otra parte en la página web en línea : <http://www.odontología-online.com> (2001) dice que el cáncer oral y faríngeo puede ser diagnosticado en aproximadamente 30.000 americanos y causará aproximadamente 8.000 muertes. En promedio, solo la mitad de aquellos con la enfermedad sobrevivirán más de cinco años.

Con la detección temprana y un tratamiento a tiempo, las muertes por cáncer oral pueden ser reducidas.

El promedio de supervivencia de cinco años para aquellos con la enfermedad localizada en el diagnóstico son el 76% en comparación con el 19% de aquellos cuyo cáncer ha avanzado por otras partes del cuerpo. La detección temprana del cáncer oral es a menudo posible. Los cambios en los tejidos de la boca pueden indicar el comienzo del cáncer y pueden a menudo ser vistos y percibidos fácilmente.

Dos lesiones que pueden ser precursoras de cáncer oral: la leucoplasia (lesiones blancas) y la eritoplasia (lesiones rojas). Aunque menos comunes que la leucoplasia, la eritoplasia y las lesiones con componentes eritoplásicos tienen un potencial mucho mayor de convertirse en cancerígenos. Cualquier lesión blanca o roja que no se recupera por sí misma en dos semanas, debería ser reevaluada y tenida en cuenta para una biopsia y así obtener un diagnóstico definitivo.

Entre los posibles síntomas y señales de cáncer oral que sus pacientes pueden reportar se incluyen : engrosamiento de los tejidos suaves de la boca; sensación que algo quedó atrapado en la boca, dificultad al masticar o tragar; dolor de oídos; dificultad al mover la mandíbula o la lengua; ronquedad; adormecimiento de la lengua u otra áreas de la boca ; hinchazón en la mandíbula, que hace que la prótesis encajen mal o resulten incómodas.

Entre los factores de riesgo se nombran:

- Tabaco / alcohol : el consumo de tabaco y alcohol excesivo puede incrementar el riesgo de cáncer oral. Consumir tabaco y alcohol implica un riesgo mucho mayor que el consumo de cada uno de forma independiente.
- Luz solar: la exposición a la luz del sol es un factor de riesgo para el cáncer de labios.
- Edad: el cáncer oral es típicamente una enfermedad de la gente de edad, usualmente debido a su mayor exposición a los factores de riesgo. La incidencia del cáncer oral se aumenta en mayor medida con la edad, alcanzando un pico en las personas de 65 a 74 años de edad. Para los afroamericanos, la incidencia llega a su punto mayor 10 años antes.
- Sexo: el cáncer oral ataca dos veces más a los hombres que a las mujeres.
- Raza: el cáncer oral es más frecuente en individuos afroamericanos que en blancos.

#### Revisión de la examinación

Un examen de cabeza y cuello debería ser parte rutinaria de la visita dental de cada paciente y el examen médico general. Los médicos clínicos deberían prestar

atención particularmente en el chequeo de aquellos que consumen tabaco o cantidades excesivas de alcohol.

Se debe:

- Tener una historia de consumo de tabaco y alcohol.
- Realizar un seguimiento para asegurar la obtención de un diagnóstico definitivo de algún síntoma posible o síntomas de cáncer oral.

Herramientas y tiempo

Este examen es un extracto del método estandarizado de examinación oral recomendada por la Organización Mundial de la Salud. El método es consistente con aquellos utilizados por los centros de control de enfermedades y prevención del Instituto Nacional de Salud. El examen requiere una iluminación adecuada, un espejo dental, dos gasas cuadradas de 2x2 pulgadas y guantes, debería llevar no más de cinco minutos.

El examen es llevado a cabo con el paciente sentado. Toda prótesis intraoral es quitada antes de comenzar: Los tejidos extra y periorales son examinados primero, continuando con los tejidos intraorales.

## CONCLUSIONES

Luego del análisis del contexto de la investigación realizada se llegó a las siguientes conclusiones:

- En relación con las lesiones premalignas existentes en la cavidad bucal de algunos adultos se comprobó que se producen a través de ciertos factores de riesgo como son: biológicos, mecánicos y de conducta, causados por sepsis bucal, herencia, uso de prótesis, hábitos de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas, etc.
- En relación con la descripción de las leucoplasias se establece que esta es una lesión blanca anormal adherida con firmeza a la mucosa causada por agentes externos como son el tabaco en todas sus formas, el alcohol, la mala oclusión, las deficiencias vitamínicas y la candidiasis. Cabe destacar que esta lesión afecta la mucosa bucal y frecuentemente se asocia a Carcinoma Epidermoide.
- En relación a la descripción clínica e histopatológica de la Estomatitis Nicotínica se concluye que esta lesión ubicada en la cavidad bucal es causada por el uso del cigarrillo y sus componentes alcaloide, tóxicos, estimulantes y depresor del sistema ganglionar, cabe destacar que esta lesión es producida en

el paladar causando inflamación y envejecimiento con notables fisuras y grietas sobre una superficie irregular y arrugada.

- En relación a las investigaciones Nacionales e Internacionales de las lesiones premalignas se concluye que dichos estudios arrojan casos diagnosticados histopatologicamente que permiten asegurar que los factores de riesgo asociados a las enfermedades han sido las causas de las mismas.

Después de haber hecho dichas conclusiones se recomienda:

- Campañas educativas dirigidas a la comunidad desde muy temprana edad a fin de establecer hábitos de salud e higiene bucal. De igual manera alertar sobre el uso nocivo del cigarrillo y dar información sobre otros agentes causantes de lesiones premalignas en la cavidad bucal.
- Educar a los individuos niños, jóvenes y adultos a acudir a la consulta odontológica periódicamente a fin de prevenir o detectar de manera precoz la existencia de posibles lesiones en cavidad bucal.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Braunwald, E.; Isselbacher, K.; Peterdorf, R.; Wilson, J.; Martin, J.; Fauci, A. (1989). **Principios de Medicina Interna**. Editorial Interamericana. Vol 1.
- Giunta, J. (1991). **Patología bucal**. Editorial Interamericana. 3era Edición.
- León, M.; Romero, M.; Ferrer, I.; Fatjó, M. (1996). **Revista Cubana Medica General Integral**. 12(3)
- Marinello Z. (1990). **El diagnostico del cáncer Bucal**. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- Martínez, Benjamín. 2001. **“Lesiones blancas y premalignas de la mucosa oral”**. [ Página web en línea ]. Disponible: <http://www.lesionesblancasyancerizables>
- Mosqueda, A.; Díaz, M.; Velásquez, M.; Irigoyen, M.; Caballero, S.; Sida, E. (1990). **“Prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal en el adulto mayor”** [ Pagina web en línea ] Disponible: <http://www.lesionespremaliganas.htm>

- Nicot, R., Delgado, I.; Soto, G. (1994). **“Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal”**. Revista Cubana Medica General Integral . 8 (3).
  
- Núñez,M. (1998). **“En lengua, paladar y labios”**. [Pagina web en línea]. Disponible: <http://www.enlengua,paladarylabios.htm>
  
- Ortega,A. (1999). **“La quimiopreención en Cáncer oral evita la aparición de un nuevo proceso tumoral”**. [Pagina web en línea] Disponible: <http://www.diariomedico.htm>
  
- Regezi,J.; Sciubba, J. (1995) **Patología Bucal**. Editorial Interamericana. 2da Edición.
  
- Shaffer,W.; Hine,M.; Tomich, Ch. (1986). **Tratado de Patología Bucal**. Editorial Interamericana. 4ta Edición.
  
- S.N. **“Transformación maligna y tratamiento”**. (2000). Revista de Medicina Oral. Vol. 2.

- S.N. **“Lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal”**. (2001)  
[Página web en línea]. Disponible:  
<http://www.lesionesprealignasymalignas.com>.
  
- S.N. **“Influencia del tabaco en los tejidos bucales y su efecto en la cicatrización”**. (2001) [Página web en línea]. Disponible:  
<http://www.influenciadeltabacoenlostejidos.com>.
  
- S.N. **“Detección del cáncer oral”**. (2001) [Página web en línea]. Disponible:  
<http://www.odontología-online.com>