

**Universidad de Ciencias Médicas  
Santiago de Cuba  
Facultad de Estomatología  
Hospital Clínico Quirúrgico  
Estomatología General Integral**



**Jornada Científica 2019**

# **Caracterización de adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas**

## **AUTORES:**

*Eudi Miguel Cleger Wilson*<sup>1</sup>

*Daniela Melo Rodríguez*<sup>2</sup>

*Claudia de la C. Banteurt Blanco*<sup>3</sup>

<sup>1,2y3</sup>Estudiante de 3er año de Estomatología. Alumno Ayudante en Estomatología General Integral.

## **Tutores:**

*Dr. Otto Milanés Pérez*<sup>4</sup>    *Dra. Yadira Hernández Borges*<sup>5</sup>

*Dra. Yeneiris Noa Deyá*<sup>6</sup>

<sup>4,5y6</sup>Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.  
Profesor Instructor.

<sup>5</sup>Máster en Salud Comunitaria.

**2019**

**“Año 61 de la Revolución”.**

# RESUMEN

**Introducción:** Los ancianos arriban a la vejez sometidos a un gran número de factores de riesgo y a enfermedades bucodentales prevenibles que devienen un importante problema de salud por su alta prevalencia, el fuerte impacto sobre las personas y la sociedad en términos de dolor, discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población.

**Objetivo:** Caracterizar el comportamiento de los parámetros clínicos estomatológicos de los pacientes adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas.

**Material y método:** Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en pacientes adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas, pertenecientes al área de salud del Hospital Clínico de Santiago de Cuba, durante el año 2018. El Universo estuvo constituido por 46 pacientes, según las características del estudio se trabajó con la totalidad del mismo.

**Resultados:** Predominaron los pacientes entre los 70 y 79 años (%). El sexo más representativo fue el masculino (n=28). Prevaleció el tabaquismo como factor de riesgo (90,7%). La estomatitis subprotésis fue el estado precanceroso más frecuente (45,7 %). La localización más frecuente fue el paladar duro en un 56,5%.

**Conclusiones:** En la serie predominaron los pacientes de la séptima década de la vida, con lesiones provocadas por la presencia de factores de riesgo, tales como tabaquismo, deficiente higiene bucal y prótesis desajustadas; el paladar duro como la localización anatómica más afectada, la estomatitis subprótesis como el estado precanceroso más frecuente y la no realización del autoexamen bucal.

**Palabras clave:** adulto mayor, lesión bucal premaligna y maligna, factor de riesgo, atención primaria de salud.

# INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso intrínseco, progresivo, declinante y universal; condicionado por componentes raciales, hereditarios, ambientales, higiénico-dietéticos, sanitarios; es multifactorial, uniforme y asincrónico. <sup>1</sup>

La definición de vejez es arbitraria, teniendo en cuenta que involucra factores fisiológicos, psicológicos y cronológicos. En base a este último, la Organización de las Naciones Unidas clasifica como ancianos a las personas de 60 años y más. Los países desarrollados, experimentan un proceso de envejecimiento demográfico progresivo, por el crecimiento de la expectativa de vida. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas asociadas a una pobre salud oral van en aumento en países en vías de desarrollo; se mencionan entre ellas, niveles más altos de caries dental, enfermedades periodontales y pérdidas de piezas dentarias. <sup>2</sup>

Latinoamérica, en general, exhibe ritmos de indicadores de envejecimiento cercano a los países en desarrollo. Según el índice de envejecimiento en 1995, Nicaragua tenía la estructura más joven con 6,8 y Uruguay era el país más envejecido de la región con 50,4 donde existía una persona de edad avanzada por cada dos jóvenes, antecedido por Cuba y Argentina con 38,8 y 33,9 respectivamente. <sup>3</sup>

Para el año 2025 entre los países de la región se espera que Cuba pase a ser el más envejecido, exhibiendo un índice igual a 75,6, seguido de Puerto Rico y Uruguay, la población proyectada será 1 761 200 lo que equivale al 14,9 % de la población total proyectada para ese año. <sup>3</sup>

La salud bucal es parte integrante de la salud general pues un individuo no puede considerarse completamente sano si existe presencia activa de enfermedad bucal. Las enfermedades bucodentales han existido a lo largo de la historia de la humanidad y en todas las regiones del mundo. Los ancianos arriban a la vejez sometidos a un gran número de factores de riesgo y a enfermedades bucodentales prevenibles que devienen un importante problema de salud por su alta prevalencia, su demanda pública y el fuerte impacto sobre las personas y la

sociedad en términos de dolor, malestar, limitación y discapacidad social y funcional, así como también por su efecto sobre la calidad de vida de la población.<sup>4</sup>

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población en Cuba, contiene el Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB), que a su vez integra el Programa de Control de Cáncer. El Ministerio de Salud Pública cubano en 1986 dispuso con carácter oficial el PDCB, que tiene como objetivos la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. Se estableció así, que, al seguir la metodología de examen de la cavidad bucal, se examinen a todos los pacientes que acudan en la atención primaria a la consulta de Estomatología o en pesquisajes a la población en busca de alteraciones del complejo bucal. Dicho Programa norma todas las acciones a ejecutar y contempla dentro de los grupos priorizados la población de 60 años y más.<sup>5</sup>

Tanto los tumores malignos de la cavidad bucal como los de otras regiones del organismo, pueden dar al traste con la vida de los pacientes. Promedian una tasa bruta mundial de 7,9 por 100 000 nacidos vivos en el hombre y 2,2 en la mujer. Las neoplasias de la parte alta del sistema aerodigestivo aparecen sobre todo en las quinta y sexta décadas de la vida; afectan con mayor frecuencia al sexo masculino. Los grupos de mayor riesgo de padecer cáncer bucal son los fumadores y bebedores; la tasa más elevada se encuentra en el color de la piel blanco.<sup>6</sup>

El cáncer en la boca está precedido generalmente de alguna lesión precancerosa, la cual, por su morfología alterada, es más propensa a malignizarse. La lesión preneoplásica o precancerosa es una alteración morfológica de la mucosa de la boca donde existen mayores posibilidades de que haya un cáncer, que en su contrapartida normal.<sup>7</sup>

Ahora bien, existen evidencias de que el cáncer se produce principalmente como consecuencia de las condiciones de vida. Los agentes carcinogénicos que las

personas respiran, ingieren y a los que se exponen por largo tiempo determinan, en gran medida, la ocurrencia de esta enfermedad.<sup>8</sup>

Si las lesiones en la cavidad bucal son detectadas tempranamente, el tratamiento será indicado con intención curativa, pero si la población se educa para detectar los signos y síntomas tempranos de la enfermedad, entonces la atención médica será más efectiva.<sup>8</sup>

Por consiguiente, la detección temprana puede llevarse a cabo mediante la pesquisa y las acciones de salud que permiten identificar individuos con la afección o con riesgos de padecerla, de manera tal, que se reduce de 10 a 20 % la mortalidad actual por cáncer.<sup>9</sup>

De hecho, las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal son multifactoriales; entre ellas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos, tales como tabaco, alcohol, deficiente higiene bucal, irritación por prótesis, entre otros.<sup>10</sup>

La prevalencia de este mal se manifiesta de manera desigual en cada continente, por ejemplo, en la India se registran cifras cercanas a 40 %; en otros, como Filipinas, Taiwán y Malasia se muestran tasas elevadas; sin embargo, en la mayoría de los países occidentales estas tasas oscilan entre 3 y 5 %.<sup>11</sup>

Cabe destacar, que las neoplasias malignas bucales representan 4,8 % en el hombre y 1,6 % en la mujer; si se agrega la bucofaringe, en el hombre la tasa ocupa el quinto lugar en frecuencia y en la mujer asciende a 2,0 %. Estas cifras son similares a las de la mayoría de los países donde no influyen factores patogénicos específicos, entre ellos ciertas zonas de Europa donde la incidencia del carcinoma bucal es de 64 %.<sup>11</sup>

En el 2010, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la OPS notificó 17 507 muertes por cáncer, de las cuales 8835 correspondieron a hombres y 8672 a mujeres. Estas defunciones se debieron a neoplasias del labio, cavidad bucal y

orofaringe, con una cifra de 210 varones, para una tasa de 24 y 108 féminas, para 12 por cada 1000 fallecidos, aproximadamente. <sup>11</sup>

Cuba cuenta con un Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) único en el mundo, que ha logrado reducir en 8 % la mortalidad por esta causa en los últimos 20 años, fundamentado en el examen del complejo bucal al 100 % de los sujetos de 15 años y más. <sup>12</sup>

Estudios sobre este tema muestran que en la provincia de Santiago de Cuba la tasa de lesiones de este tipo en el 2012 fue de 1 985 275 casos vistos, 238 734 casos examinados en PDCB y 1 834 tumores malignos con una mortalidad de 24 pacientes. <sup>13</sup>

### **Problema Científico:**

¿Cómo se comportaron los parámetros clínicos y estomatológicos en los pacientes adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas?

### **Justificación del problema:**

El cáncer bucal ha crecido en cuanto a mortalidad en nuestro territorio, haciéndose necesario la detección temprana del mismo. Se ha comprobado la alta y variada presencia de factores de riesgo en la población geriátrica y, con mayor representatividad, se encontraron problemas con la calidad del agua, los antecedentes de caries dental, el consumo de alimentos azucarados, la deficiente higiene bucal y el hábito de fumar condicionados, entre otras razones, por el modo y el estilo de vida de los adultos mayores. Por tener los ancianos características y necesidades particulares y como grupo priorizado en el modelo de atención estomatológica integral se debe conocer la prevalencia de enfermedades bucales y los factores de riesgo a que están sometidos y así planificar acciones dirigidas a mejorar su estado de salud, bienestar y calidad de vida.

# OBJETIVOS

## General:

- ❖ Caracterizar el comportamiento de los parámetros clínicos estomatológicos de los pacientes adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas. Hospital Clínico Quirúrgico de Santiago de Cuba, durante el año 2018.

## Específicos:

- ❖ Identificar los factores de riesgo predisponentes a la aparición de lesiones premalignas y malignas.
- ❖ Describir el estado de dichas lesiones.

# DISEÑO METODOLÓGICO

## ❖ Clasificación y contexto del estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en pacientes adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas, pertenecientes al área de salud del Hospital Clínico Quirúrgico de Santiago de Cuba, durante el año 2018.

## ❖ Universo

El universo estuvo constituido por 46 pacientes adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas, pertenecientes al área de salud del Hospital Clínico Quirúrgico de Santiago de Cuba, durante el año 2018. Las edades estuvieron comprendidas entre los 60 y 86 años, incluyéndose hombres y mujeres. Por las características del estudio se decidió trabajar con la totalidad del universo.

### ➤ **Criterios de Inclusión**

1. Pacientes mayores de 60 años.

### ➤ **Criterios de Exclusión**

1. Pacientes con discapacidad intelectual y motora.

## ❖ Operacionalización de las variables

Variable	Clasificación	Descripción	Escala
<b>Sexo</b>	Cualitativa nominal dicotómica	Sexo biológico al nacer	Masculino Femenino
<b>Edad</b>	Cuantitativa discreta	Edad en años cumplidos a partir del nacimiento	60-69; 70-79; >80
<b>Nivel de Escolaridad</b>	Cualitativa ordinal politómica	Cualitativa nominal politómica	Primaria Secundaria Obrero Calificado

			Técnico Medio Superior
<b>Enfermedades crónicas</b>	Cualitativa nominal politómica.	Según lo reflejado en la Historia clínica	Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Cardiopatías Digestivas Asma Bronquial Otras
<b>Factores de riesgo</b>	Cualitativa nominal politómica	Según lo reflejado en la Historia clínica	Hábito de fumar Mala higiene bucal Prótesis desajustadas Alimentos calientes Alcoholismo Alimentos muy condimentados Exceso de retención Bordes filosos
<b>Estado de la prótesis</b>	Cualitativa nominal politómica.	Según lo reflejado en la Historia clínica	Uso prolongado Desajustes Ajustadas Exceso de retención
<b>Estados o lesiones premalignas y malignas</b>	Cualitativa nominal politómica	Según lo reflejado en la Historia clínica	Estomatitis subprótesis Leucoplasia Nevus Virus del papiloma humano Queilitis Liquen plano Cáncer

<b>Localización de la lesión</b>	Cualitativa nominal politómica	Según lo reflejado en la Historia clínica	Paladar duro Carrillo Suelo de boca Reborde alveolar Otras
----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------

**Nota:** Los indicadores utilizados para cada variable fueron: Frecuencia absoluta (Fa) y porcentaje (%).

#### ❖ **Métodos e instrumentos de recolección de datos**

La recolección de la información se realizó a través de una amplia y profunda revisión bibliográfica en la biblioteca de la Facultad de Estomatología y en el centro de información la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba y de los sistemas allí instalados. Se utilizó como fuente de información electrónica el sistema Infomed, accediendo a las revistas electrónicas disponibles. Los datos fueron obtenidos a través de la recopilación de datos de la Historia Clínica individual, teniendo en cuenta que estos pacientes asistían a la consulta de PDCB, luego fueron colocados en una planilla de recolección de datos. (Ver anexo 1)

#### ❖ **Procesamiento estadístico y análisis de la información**

Para el análisis estadístico de los datos se creó una base de datos, donde fue utilizado el programa estadístico SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences. Versión 20) lo que permitió aplicarle los cálculos estadísticos descriptivos de frecuencia absoluta, porcentaje y media. Los datos obtenidos como resultado se presentan en tablas y gráficos mediante números y porcentajes. Para la redacción del informe final y la confección de los esquemas, tablas y gráficos se empleó el paquete Microsoft Office 2016, utilizándose una PC portátil modelo X453SA, fabricante ASUSTek Computer Inc.

#### ❖ **Aspectos éticos**

La investigación fue realizada de acuerdo con los cuatro principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y el de justicia. Se pusieron en práctica los dos pilares fundamentales: la autonomía, que es el

respeto al derecho de autodeterminación de todo aquel capaz de hacerlo, y la protección de personas con autonomía disminuida o afectada, que exige la protección de aquellos con esas características.

Se tuvieron en cuenta los ***principales factores de investigación ética***:

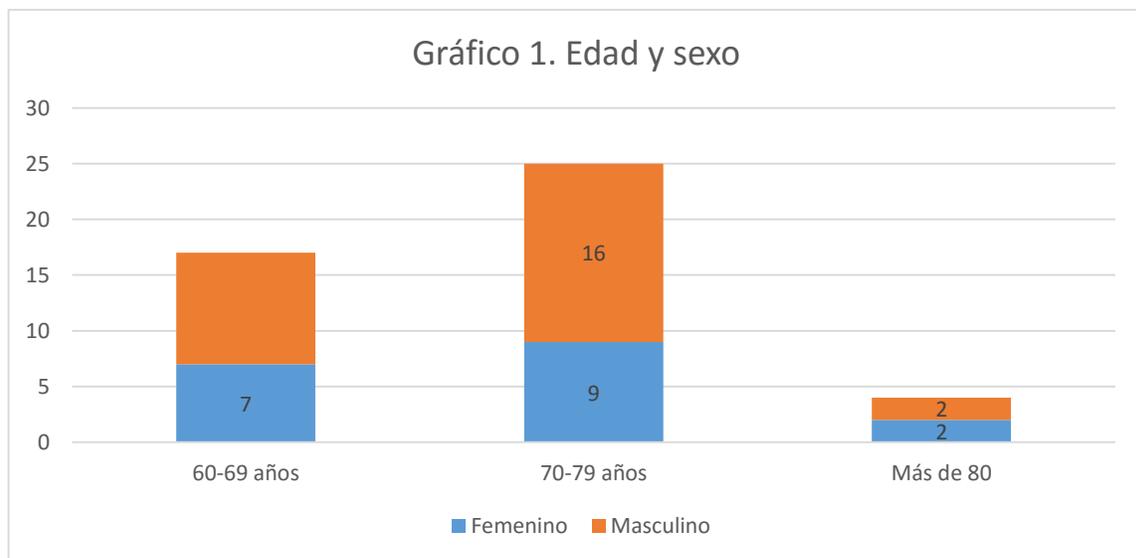
- **Valor:** la investigación debe buscar mejorar la salud o el conocimiento.
- **Validez científica:** la investigación debe ser metodológicamente sensata, de manera que los autores de la investigación no empleen su tiempo con investigaciones que deben repetirse.
- **La selección de seres humanos o sujetos debe ser justa:** los participantes en las investigaciones deben ser seleccionados en forma justa y equitativa y sin prejuicios personales o preferencias.
- **Proporción favorable de riesgo/ beneficio:** los riesgos a los participantes de la investigación deben ser mínimos y los beneficios potenciales deben ser aumentados, los beneficios potenciales para los individuos y los conocimientos ganados para la sociedad deben sobrepasar los riesgos.
- **Consentimiento informado:** los individuos deben ser informados acerca de la investigación y dar su consentimiento voluntario antes de convertirse en participantes de la investigación.
  
- **Respeto para los seres humanos participantes:** los participantes en la investigación deben mantener protegida su privacidad, tener la opción de dejar la investigación y tener un monitoreo de su bienestar.

# RESULTADOS

**Tabla 1.** Adultos mayores según edad y sexo. Hospital Clínico Quirúrgico de Santiago de Cuba, durante el año 2018.

Sexo Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>60-69</b>	7	15,2	10	21,7	17	36,9
<b>70-79</b>	9	19,6	16	34,8	<b>25</b>	<b>54,4</b>
<b>80 y más</b>	2	4,3	2	4,3	4	8,6
<b>Total</b>	18	39,1	<b>28</b>	<b>60,9</b>	46	100,0

Fuente: Historia Clínica



Fuente: Tabla1

La tabla 1 y Gráfico 1 muestran un predominio de los adultos mayores de 70-79 años (54,4%) y del sexo masculino (60,9 %).

**Tabla 2.** Adultos mayores según Nivel de escolaridad

<b>Nivel de escolaridad</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Primaria</b>	8	17,3
<b>Secundaria</b>	3	6,5
<b>Obrero Calificado</b>	7	15,2
<b>Técnico Medio</b>	18	39,1
<b>Superior</b>	10	21,7
<b>Total</b>	46	100

Fuente: Historia Clínica

Según la tabla 2 predominó el nivel Técnico medio para un 39,1% (n=18), seguido del nivel superior (21,7%).

**Tabla 3.** Adultos mayores según enfermedades crónicas

<b>Enfermedades crónicas</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
<b>Hipertensión Arterial</b>	28	60,9
<b>Cardiopatías</b>	23	50
<b>Diabetes Mellitus</b>	17	36,9
<b>Digestivas</b>	12	26,1
<b>Asma Bronquial</b>	9	19,6
<b>Otras</b>	7	15,2

Fuente: Historia Clínica

Las enfermedades crónicas que predominaron en los adultos mayores estudiados fueron la Hipertensión Arterial, cardiopatías y Diabetes Mellitus, 60,9%, 50%, 36,9% respectivamente.

**Tabla 4.** Adultos mayores según factores de riesgo

<b>Factores de riesgo</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Hábito de fumar</b>	39	<b>90,7</b>
<b>Mala higiene bucal</b>	38	<b>88,4</b>
<b>Prótesis desajustadas</b>	22	<b>51,1</b>
<b>Alimentos calientes</b>	20	<b>46,5</b>
<b>Alcoholismo</b>	17	<b>39,5</b>
<b>Alimentos muy condimentados</b>	15	<b>34,9</b>
<b>Exceso de retención</b>	5	<b>11,6</b>
<b>Bordes filosos</b>	<b>2</b>	<b>4,7</b>

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 4 se observa que el factor de riesgo predominante fue el hábito de fumar (90,7 %), seguido de la mala higiene bucal (88,4 %), aspectos que pudieron facilitar la aparición de las lesiones bucales en los ancianos.

**Tabla 6.** Adultos mayores según estado de la prótesis

<b>Estado de la prótesis</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Uso prolongado</b>	25	<b>58,0</b>
<b>Desajustes</b>	20	<b>46,5</b>
<b>Ajustadas</b>	6	<b>13,9</b>
<b>Exceso de retención</b>	<b>5</b>	<b>11,6</b>

Fuente: Historia Clínica

Al analizar los adultos mayores según estado de la prótesis (tabla 6), se halló una primacía de los pacientes que la usaban de manera prolongada (58,0 %); sin embargo, este número de ancianos correspondió a 83,7 % de los que tenían algún tipo de prótesis.

**Tabla 7.** Adultos mayores según estados o lesiones premalignas y malignas

<b>Estados o lesiones premalignas y malignas</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Estomatitis subprótesis</b>	21	<b>45,7</b>
<b>Leucoplasia</b>	9	<b>19,6</b>
<b>Nevus</b>	5	<b>10,9</b>
<b>Virus del papiloma humano</b>	4	<b>8,7</b>
<b>Cáncer</b>	3	<b>6,5</b>
<b>Liquen plano</b>	2	<b>4,3</b>
<b>Queilitis</b>	2	<b>4,3</b>
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Historia Clínica

Los resultados de la tabla 7 muestran que la estomatitis subprótesis fue el estado precanceroso más frecuente (45,7 %), seguido de la leucoplasia (19,6 %) y el nevus (10,9 %).

**Tabla 8.** Adultos mayores según localización de la lesión

<b>Localización</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Paladar duro</b>	26	<b>56,5</b>
<b>Carrillo</b>	9	<b>19,6</b>
<b>Suelo de boca</b>	6	<b>13</b>
<b>Reborde alveolar</b>	3	<b>6,5</b>
<b>Otras</b>	2	<b>4,3</b>
<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

Fuente: Historia Clínica

Como se observa en la tabla 8, la localización anatómica más afectada fue el paladar duro (56,5 %), seguido del carrillo (19,6 %) y suelo de boca (13 %).

# ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Como es sabido, la incidencia de enfermedades en la cavidad bucal es relativamente alta y va desde simples procesos inflamatorios hasta importantes alteraciones neoplásicas. Es una de esas regiones del organismo que puede ser directamente examinada, observada y estudiada; por tanto, el estomatólogo y el médico pueden, fácilmente, diagnosticar y ejecutar un tratamiento en las etapas iniciales de cualquier enfermedad que pueda aparecer principalmente en los adultos mayores.<sup>14</sup>

Los resultados de esta serie coinciden con los de Mallo *et al*,<sup>15</sup> quienes encontraron un predominio de los hombres con respecto a las mujeres, con una relación de 5 a 1 en edades a partir de la quinta década de vida, teniendo en cuenta que el sexo femenino es más cuidadoso en la observancia de las medidas relacionadas con su salud y, por ende, en la mayoría de los casos se detecta a tiempo cualquier alteración anormal en la mucosa bucal, a diferencia de los hombres que promueven en menor medida estilos de vida saludables y se descuidan de su salud.

Los cambios biológicos y psicológicos que se producen con el envejecimiento, junto con la frecuente coexistencia de pluripatologías, favorece que los ancianos sean más susceptibles a una evolución tórpida de la enfermedad, con repercusiones lentas o provocando situaciones de incapacidad. Los problemas de salud en la vejez afectan todas las esferas de las personas, con una interrelación causal circular intensa: lo biológico influye en lo psicológico y en lo social, y lo social y psicológico en lo biológico.<sup>16</sup>

Estas enfermedades, tienen una gran repercusión sobre la salud bucal, puesto que constituyen un riesgo quirúrgico y al mismo tiempo las afecciones estomatológicas pueden ser un agravante de su patología de base.<sup>16</sup>

Es difícil hacer una descripción completa de las condiciones y enfermedades sistémicas que afectan la cavidad oral, ya que la población geriátrica tiene la

pluripatología, el número de enfermedades es muy extenso, existen otros factores como el mayor consumo de medicamentos, y faltan estudios que cuantifiquen de forma detallada los efectos de las patologías en la cavidad oral. Pero se señalan enfermedades como las cardíacas, cerebrovasculares, neoplasias, diabetes mellitus y otras, donde se hacen referencia a los daños que producen como por ejemplo enfermedad periodontal, déficit sensorial o motor de la cavidad oral y otras.<sup>16</sup>

Por otra parte, en este estudio se comprobó la existencia de factores de riesgo, entre los cuales predominaron el hábito de fumar y la deficiente higiene bucal. Lugones<sup>17</sup> concuerda con estos resultados y asocia estas condiciones predisponentes a factores irritantes, hábitos tóxicos o inadecuados, traumatismos, infecciones, agentes tóxicos y de origen idiopático.

El tabaco es el factor local más importante a tener en cuenta para que se produzcan las principales lesiones premalignas y el cáncer bucal; al igual que el alcohol tiene un efecto sinérgico, pero ambos desempeñan un papel independiente. Algunos autores han sugerido que el alcohol es un promotor y no un complejo carcinógeno, otros lo consideran como un solvente para los carcinógenos del tabaco.<sup>18</sup>

Un cigarro contiene cerca de 4 000 químicos, muchos de ellos venenosos en altas dosis. Algunos de los peores son: la nicotina, el arsénico, el metanol, el amonio, el cadmio, el monóxido de carbono, el formaldehído, el butano y el cianuro de hidrógeno. Cada vez que se inhala humo de un cigarro, pequeñas cantidades de estos químicos van hacia la sangre a través de los pulmones, viajan por todas las partes del cuerpo y deterioran la salud del individuo y de quienes lo rodean.<sup>19</sup>

La higiene bucal ocupa un lugar importante en el aseo personal y, por tanto, en la preservación de la salud del individuo; sin embargo, aunque la población conoce su importancia, carece de voluntad para mantenerla. El estudio realizado Seijo *et al*<sup>20</sup> muestran que la insuficiente higiene de la boca es un factor significativo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal.

La mala higiene bucal y la dieta rica en azúcares refinados contribuyen al incremento de las caries dentales; lo que se agrava por la xerostomía o sequedad de la boca, común en los ancianos; que con frecuencia se trata de un efecto secundario de los medicamentos que contribuyen al deterioro de la dentadura al disminuir el flujo salival. <sup>21</sup>

Pese a ser prevenibles las enfermedades de los dientes y las encías, provocan una elevada morbilidad en los ancianos. La enfermedad periodontal es la causa más importante de pérdida de los dientes.

El uso prolongado de la prótesis trae consigo la aparición de lesiones premalignas y malignas; los resultados obtenidos al respecto coinciden con otras investigaciones realizadas sobre el tema. <sup>22</sup>

Por otra parte, las lesiones encontradas con mayor frecuencia en los ancianos fueron la estomatitis subprotésica, seguida de la leucoplasia. Estos resultados coinciden con los hallados en la bibliografía médica consultada, donde se refiere que en las edades más avanzadas existe una alta incidencia de la estomatitis subprótesis por el mal uso de las prótesis y poca higiene bucal por descuido. <sup>23</sup>

La leucoplasia siempre ha predominado en el hombre, excepto en regiones donde la mujer tiene el hábito o usa, con mayor frecuencia, el tabaco. Al respecto, se notifican relaciones de 3 a 1 y 6 a 1. <sup>23</sup>

Rodríguez *et al*, <sup>19</sup> coinciden con estos resultados y señalan, además, que la prevalencia de la leucoplasia bucal varía considerablemente de 0,4 a 17 %, cuando son comparados varios países. Así, por ejemplo, en Europa se han informado prevalencias elevadas, mayores de 54 %, esto se explica por las grandes diferencias en los hábitos.

En la casuística, las localizaciones anatómicas más frecuentes de las lesiones encontradas fueron el paladar duro, el carrillo y suelo de boca. Estos resultados

no concuerdan con el estudio de Quintana *et al*,<sup>24</sup> donde la mucosa del carrillo fue la más afectada, seguida de la mucosa del labio inferior.

Por su parte, Sotomayor *et al*,<sup>25</sup> a pesar de coincidir con los resultados de esta serie en cuanto a las localizaciones encontradas, señalan que no existe una opinión coincidente al respecto por parte de muchos especialistas y plantean que las 2 localizaciones principales de las lesiones premalignas y del cáncer intrabucal son (por orden) la lengua y el suelo de la boca.

La detección temprana de las lesiones del complejo bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo, y la enfermedad certeramente diagnosticada para lograr una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad, e incrementar la curación y supervivencia. *Claro Pupo* <sup>26</sup> quién coincide y muestra resultados similares a los encontrados en este trabajo, encontró un predominio de 3 a 1 de los pacientes que no realizaban el autoexamen bucal.

Se evidenció un insuficiente trabajo de promoción y prevención por parte del equipo de salud, debido a que además de todos aquellos factores que convierten a cualquier paciente en un individuo propenso a sufrir alteraciones en su salud, subyacen en el anciano una serie de factores predisponentes secundarios a su deterioro biológico, que aumentan este riesgo y, con frecuencia, dificultan que todas las medidas preventivas y terapéuticas disponibles puedan llevarse a cabo satisfactoriamente.

# **CONCLUSIONES**

En la serie predominaron los pacientes de la séptima década de la vida, con lesiones provocadas por la presencia de factores de riesgo, tales como tabaquismo, deficiente higiene bucal y prótesis desajustadas; el paladar duro como la localización anatómica más afectada y la estomatitis subprótesis como el estado precanceroso más frecuente.

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Millán Calenti J. Principios de geriatría y gerontología. Madrid: McGraw-Hill Interamerican. 2016. p. 650.
2. Almirón Pereira PA, Denis S, Morales A, Britez E, Macchi A, Maidana JA, et al. Condiciones de salud oral en ancianos del club geriátrico "Abue-Club", Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2016;14(1):33-39.
3. Oficina Nacional de Estadística e Información. Anuario Estadístico de Cuba 2014. Población [Internet]. La Habana: ONEI; 2015 [citado 6 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.onei.cu/aec2014/03%20Poblacion.pdf>
4. Rodríguez Aguila E, Mena Cardoso A, Cabrera Llano S. Salud bucal en el adulto mayor. Acta Médica del Centro / Vol. 10 No. 4 2016
5. Miranda Tarragó JD, Fernández Ramírez L, García Heredia GL, Rodríguez Pérez I, Trujillo Miranda E. Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana. 1999-2006. Rev Cubana Estomatol [Internet]. Dic 2010 [citado 2 Sep 2018];47(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072010000400001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000400001&lng=es).
6. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
7. González Ramos RM, Madrazo Ordaz DE, Osorio Núñez M. Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2013[citado 20 oct 2018]; 50(3): 217. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/138>
8. Albornoz López del Castillo C, Rivero Pérez O, Bastian Manso L. Avances en el diagnóstico de las lesiones cancerizables y malignas del complejo bucal. AMC. 2010 [citado 20 Oct 2018];14(5). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552010000500019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500019)
9. Rodríguez Lorenzo E, Osorio Núñez M, Morales Díaz R. Comportamiento de las lesiones bucales y sus factores de riesgo. Revista Habanera de

- Ciencias Médicas. 2004 [citado 22 Mar 2013]; 3(10). Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/rhab/articulorev10/elenita.htm>
10. Vega García E, Menéndez Jiménez J, Rodríguez Rivera L, Ojeda Hernández M, Cardoso Lunar N, Cascudo Barral N, et al. Atención al adulto mayor [Internet]. En: Álvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD. Medicina General Integral. 3 ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2014. p.488-517 [citado 6 Mar 2015]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/mgi\\_tomo2\\_3raedicion/cap55.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomo2_3raedicion/cap55.pdf)
  11. Gericuba [Internet]. Ciudad de La Habana: Red Cubana de Gerontología y Geriatría; c1999-2015 [actualizado 24 Jun 2015; citado 15 Ago 2018]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=6836>
  12. González Ramos RM, Madrazo Ordaz DE, Osorio Núñez M. Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2013 [citado 23 ene 2014]; 50(3): 217. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/138>
  13. Morales Navarro D, Rodríguez Lay L, García Jordán M. Importancia del Programa de Detección Temprana del cáncer bucal en Cuba. Rev haban cienc méd [Internet]. Nov 2009 [citado 11 Ene 2014]; 8(4): [aprox. 12 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000400012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400012&lng=es).
  14. Fernández M, Medina C, Márquez M, Vera S, Ascencio A, Minaya M et al. Edentulismo en adultos de Pachuca, México: aspectos sociodemográficos y socioeconómicos. Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral. 2016; 9(1):59-65.
  15. Mallo Pérez L, Rodríguez Baciero G, Lafuente Urdinguio P. Lesiones orales precancerosas en los ancianos. Situación en España. RCOE. 2002 [citado 22 Oct 2018]; 7(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2002000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1138-123x2002000300002&script=sci_arttext)
  16. González Heredia E. Aspectos principales de la salud bucal del adulto mayor en el consejo popular “Guillermón Moncada” Municipio Santiago de

Cuba Enero- Junio 2000. Trabajo para optar por el título de Máster en Atención Primaria de Salud.

17. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M, Pichs García A, Miyar Pieiga E. Las consecuencias del tabaquismo. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2006 [citado 22 Oct 2018]; 44(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44\\_3\\_06/hie07306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_3_06/hie07306.htm)
18. Quintana Díaz JC, Fernández Fregio MJ, Laborde Ramos R. Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. Rev Cubana Estomatol. 2004 [citado 22 Mar 2013]; 41(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300007)
19. Rodríguez Ricardo E, Santana Fernández KA, Fong González Y, Rey Ferrales Y, Jacas Gómez MJ, Quevedo Peillón K. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. Rev. Arch Med Camagüey Vol18 (6) 2014
20. Seijo Machado M, Bosch Pons MM, Castillo Betancourt EM, Espino Otero S, Quiñones Betancourt A. Higiene bucal y tabaquismo como factores de riesgo de enfermedad periodontal. MEDISUR. 2009 [citado 22 mar 2013]; 7(1). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/625/823>
21. Sotres Vásquez J, García López E, Blanco Ruiz AO, Rodríguez García LO, Reyes Fundora D. Estudio de la enfermedad periodontal y la higiene bucal en dientes en desoclusión. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2005 [citado 12 Sep 2018];42(3). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v42n3/est03305.pdf>
22. Verdecia Jiménez Ana Iris, Álvarez Infantes Elisa, Parra Lahens Julita. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. CCM [Internet]. Mar 2014 [citado 15 Sep 2018];18(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100007&lng=es)

23. Cardentey García J, Trujillo Otero PE, Silva Contreras AM, Sixto Iglesias M, Crespo Palacios CL. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica Ormani Arenado. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2011[citado 11 oct 2018]; 15(2):76-86 Pinar del Río abr.-jun. 2011: 76-86. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v15n2/rpr08211.pdf>
24. Quintana Díaz JC, Fernández Fregio MJ, Laborde Ramos R. Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. Rev Cubana Estomatol. 2004 [citado 22 Oct 2018]; 41(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300007)
25. Sotomayor Tamayo J, Pineda Mejía ME, Gálvez Calla L, De la Cruz Castellón A. Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales. Odontología Sanmarquina. 2002; 1(10). Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/odont/article/view/3591>
26. Claro Pupo J. Modificación de conocimientos sobre cuidados estomatológicos en adultos mayores de un consultorio médico de la familia. [tesis]. Policlínico Docente “26 de julio”. La Habana. 2013

# ANEXO

## Anexo 1: Planilla de recolección de datos

1. Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_
2. Historia clínica: \_\_\_\_\_
3. Sexo:  Femenino  Masculino
4. Edad:
5. Nivel de Escolaridad:  Primaria  Secundaria  
 Obrero calificado  Técnico Medio  Superior
6. Enfermedades crónicas:  Hipertensión arterial  
 Cardiopatías  Asma Bronquial  
 Diabetes Mellitus  Otras
7. Factores de riesgo:  
 Hábito de fumar  Alimentos muy condimentados  
 Mala higiene bucal  Alcoholismo  
 Prótesis desajustadas  Exceso de retención  
 Alimentos calientes  Bordes filosos
9. Estado de la prótesis:  Uso prolongado  
 Desajustada  Ajustada  
 Exceso de retención
10. Higiene bucal:  
 Buena  Deficiente
11. Estados o lesiones premalignas y malignas  
 Estomatitis subprótesis

- Leucoplasia
- Nevus
- Virus del papiloma humano
- Queilitis
- Liquen plano
- Cáncer

11. Localización de la lesión:

- Paladar duro
- Carrillo
- Suelo de boca
- Reborde alveolar
- Otras