

Caracterización de adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas

Characterization of aged adults with premalignant and malignant oral lesions

Dra. Ruth Ramón Jiménez,¹ Lic. Maritza Montoya Rey,¹ Dra. Bárbara Olaydis Hechavarría Martínez,¹ Dra. Aimé Norate Plumier¹ y Est. Camila Valverde Ramón¹¹

¹ Policlínico Universitario "Julián Grimau García", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Facultad No. 1 de Medicina, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 43 adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario "Julián Grimau García" de Santiago de Cuba, durante el 2013, con vistas a caracterizarles según variables seleccionadas. Predominaron los afectados de la séptima década de la vida con lesiones provocadas por la presencia de factores de riesgo, tales como tabaquismo, higiene bucal deficiente y prótesis desajustadas; el paladar duro como la localización anatómica más afectada y la no realización del autoexamen bucal. El uso prolongado de la prótesis influyó negativamente en la aparición de escasas lesiones y la estomatitis subprótesis fue el estado precanceroso más frecuente. Estos resultados mostraron la ineficacia de las acciones de promoción de salud, puesto que no se logró la elevación de la calidad de vida de los ancianos.

Palabras clave: adulto mayor, autoexamen bucal, lesión bucal, factor de riesgo, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive and cross sectional study of 43 aged adults with premalignant and malignant oral lesions, belonging to the area of "Julián Grimau García" University Polyclinic in Santiago de Cuba was carried out during the 2013, aimed at characterizing them according to selected variables. Those affected of the seventh decade of life with lesions caused by the presence of risk factors, such as tabaquism, scarce oral hygiene and maladjusted prosthesis, the hard palate as the affected anatomical site and the no practice of the oral self-exam prevailed. The prolonged use of prosthesis influenced negatively in the emergence of scarce lesions and the subprosthesis was the most frequent premalignant state. These results showed the inefficacy of the health promotion actions, since the increase of the patients life quality was not achieved.

Key words: aged adult, oral self-exam, oral lesion, risk factor, primary health care.

INTRODUCCIÓN

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.¹ 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.^{2,3}

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.^{4,5}

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.

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.⁶⁻⁸

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.¹⁻⁴

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 %.⁹

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 %.⁹

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.⁹

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.¹⁰

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.¹¹

Por la importancia que tiene el conocimiento de las lesiones bucales premalignas y malignas, así como los factores de riesgo del cáncer bucal y su prevención, se decidió realizar este estudio para caracterizar los ancianos con estas lesiones.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 43 adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario "Julián Grimau García" de Santiago de Cuba, durante el 2013, con vistas a caracterizarles según variables seleccionadas.

La recolección de la información se realizó mediante la anamnesis y el examen físico, teniendo en cuenta que estos pacientes asistían a la consulta de PDCB.

Se confeccionó una encuesta que incluía las siguientes variables: edad, sexo, estado de la prótesis, factores de riesgo, localización de la lesión, lesiones premalignas y malignas, así como autoexamen bucal. La información obtenida se procesó de forma computarizada mediante el paquete estadístico SPSS-11.5.1 y se utilizó el porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra un predominio de los adultos mayores de 70-79 años (53,5 %) y del sexo masculino (58,0 %).

Tabla 1. Adultos mayores según edad y sexo

Grupos etarios	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
60-69	7	16,3	10	23,3	17	39,5
70-79	10	23,3	13	30,2	23	53,5
80 y más	1	2,3	2	4,7	3	7,0
Total	18	41,9	25	58,0	43	100,0

Al analizar los adultos mayores según estado de la prótesis (tabla 2), 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 2. Adultos mayores según estado de la prótesis

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

En la tabla 3 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 3. Adultos mayores según factores de riesgo

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

Los resultados de la tabla 4 muestran que la estomatitis subprótesis fue el estado precanceroso más frecuente (46,5 %), seguido de la leucoplasia (18,6 %) y el nevus (11,5 %).

Tabla 4. Adultos mayores según estados o lesiones premalignas y malignas

Estados o lesiones premalignas y malignas	No.	%
Estomatitis subprótesis	20	46,5
Leucoplasia	8	18,6
Nevus	5	11,5
Virus del papiloma humano	4	9,3
Queilitis	2	4,7
Liquen plano	2	4,7
Cáncer	2	4,7
Total	43	100,0

Como se observa en la tabla 5, la localización anatómica más afectada fue el paladar duro (58,0 %), seguido del carrillo (18,6 %) y suelo de boca (11,6 %).

Tabla 5. Adultos mayores según localización de la lesión

Localización	No.	%
Paladar duro	25	58,0
Carrillo	8	18,6
Suelo de boca	5	11,6
Reborde alveolar	3	7,0
Otras	2	4,7
Total	43	100,0

En la casuística se encontró una prevalencia de los pacientes que no realizaban el autoexamen bucal (93,0 %), lo cual resultó negativo para la lucha contra las lesiones bucales en estadio primario.

DISCUSIÓN

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.²

Los resultados de esta serie coinciden con los de Mallo *et al*,¹¹ 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.

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.^{9,10,12,13}

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. Lugones¹⁴ 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.^{2,15,16}

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. Estudios realizados por Díaz *et al*⁹ y Seijo *et al*¹⁷ muestran que la insuficiente higiene de la boca es un factor significativo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal.

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.^{1,2,6}

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 por 100 000 habitantes.¹¹ Rodríguez *et al*,⁷ 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*,¹⁶ donde la mucosa del carrillo fue la más afectada, seguida de la mucosa del labio inferior.

Por su parte, Sotomayor *et al*,¹⁸ 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 se diagnostique certeramente para lograr una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad, e incrementar la curación y supervivencia. Claro (Claro Pupo J. Modificación de conocimientos sobre cuidados estomatológicos en adultos mayores de un consultorio médico de la familia [trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral]. 2012. Policlínico Docente "26 de julio", La Habana, Cuba) coincide y muestra resultados similares a los de este trabajo, pues encontró un predominio de 3 a 1 en los afectados 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.

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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Garay JC. Atlas de patología del complejo bucal. 2ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.
2. Shafer WG, Levy BM, Tomich CE. Tratado de patología bucal. 4 ed. México D.F: Nueva Editorial Interamericana; 2009.p. 97-110.
3. Marsh D. Families and mental retardation. New York: Prager; 1992. p.4.
4. 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 23 Abr 2013]; 14(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000500019
5. Corona Carpio MH, Arias Arañó Z, González Rodríguez W, Núñez Antúnez L, Miniet Díaz E. Eficacia del enjuagatorio con té de Vimang en la estomatitis subprótesis. Rev Cubana Estomatol. 2006 [citado 2 Mar 2013]; 43(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072006000400003&script=sci_arttext

6. Cerero Lapiedra R, Baladé Martínez D, Moreno López LA, Esparza Gómez G, Bagán Sebastián JV. Leucoplasia verrugosa proliferativa: propuesta de criterios diagnósticos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010; 15(5): 276-82.
7. 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>
8. Carnesoltas Lázaro D, Domínguez Odio A, Frías Vázquez AI, Dutok-Sánchez CM, García Heredia G. Alteraciones citogenéticas bucoepiteliales en pacientes portadores de leucoplasia. *Rev Mex Patol Clin*. 2007; 54(3):104-11.
9. Díaz Martell Y, Martell Forte IC, Zamora Díaz JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. *Rev Cubana Estomatol*. 2007 [citado 22 Mar 2013]; 43(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002
10. Curado Morger P, Hashibe M. Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer. *Curr Opin Oncol*. 2009; 21(3):194-200.
11. Mallo Pérez L, Rodríguez Baciero G, Lafuente Urdinguio P. Lesiones orales precancerosas en los ancianos. Situación en España. RCOE. 2002 [citado 22 Mar 2013]; 7(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1138-123x2002000300002&script=sci_arttext
12. Lemus Cruz LM, Triana K, Del Valle Selenenko O, Fuertes Rufín L, Sáez Carriera R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. *Rev Cubana Estomatol*. 2009 [citado 22 Mar 2013]; 46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072009000100003&script=sci_arttext
13. Marsh D. Families and mental retardation. New York: Prager; 1992. p.4.
14. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M, Pichs García A, Miyar Pieiga E. Las consecuencias del tabaquismo. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2006 [citado 22 Mar 2013]; 44(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol44_3_06/hie07306.htm
15. Sosa M, Mojáiber A, Barciela MC, García M, Rojo M, Morgado DE, et al. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. La Habana: MINSAP; 2009. p.9.
16. 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
17. 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>

18. 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>

Recibido: 13 de mayo del 2015.

Aprobado: 24 de mayo del 2015.

Ruth Ramón Jiménez. Policlínico Universitario "Julián Grimau García", avenida Libertadores y Paseo Martí, Santiago de Cuba, Cuba.
Correo electrónico: ruth.ramon@medired.scu.sld.cu