LESIONES BUCALES EN PACIENTES FUMADORES DE UN ÁREA DE SALUD DE SANTA CLARA. 2013-2014

Autora: Dra. Eileen Rodríguez Águila. Especialista de 1er grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor. Cátedra de Estomatología General Integral. Centro laboral: Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Facultad de estomatología. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: eileenra@ucm.vcl.sld.cu Teléfono: 291377

Coautores: Dra. Silvia Caridad Cabrera Llano, Dra. Zulma Díaz Hernández.

RESUMEN

Introducción: El uso del tabaco está muy propagado en la sociedad actual y constituye una de las adicciones que más afecta la cavidad bucal, manifestándose desde una gingivitis hasta el cáncer bucal. **Objetivo:** Determinar la presencia de afecciones bucales en pacientes fumadores en un área de salud del municipio Santa Clara, en el período comprendido de mayo de 2013 a junio de 2014. **Método:** Estudio descriptivo transversal en pacientes fumadores de la población objeto de estudio. Se recogió la información a través de un cuestionario aplicado, previo consentimiento informado. Los datos obtenidos fueron resumidos en tablas y sometidos a análisis estadístico. **Resultados:** La muestra estuvo constituida por 162 pacientes fumadores, predominando el sexo masculino en el grupo de edad de 21-59 años. La higiene bucal fue evaluada de regular en ambos sexos. La lesión bucal predominante fue la queratosis del fumador. **Conclusiones:** Predominó el sexo masculino en el grupo de edad de 21-59 años. La higiene bucal más representada fue la regular. La queratosis del fumador fue la lesión de la mucosa bucal más frecuente.

Palabras clave: Hábito de fumar, lesiones bucales, factores predisponentes.

INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal constituye el comienzo del sistema digestivo superior y las alteraciones que en ella se producen tienen repercusión en el proceso digestivo y en general en todo el organismo. El hábito de fumar constituye una de las adicciones que más afecta el segmento digestivo superior, que va desde una gingivitis hasta el cáncer bucal de las estructuras del sistema estomatognático. Las afecciones no solo repercuten en la esfera bucal y digestiva, con gran frecuencia lo hacen en la esfera respiratoria, cardiovascular, neurológica y otros segmentos del organismo. ^{1, 2}

El uso del tabaco está muy propagado en la sociedad actual. En el mundo desarrollado, la tercera parte de los varones mayores de 14 años fuman cigarrillos y en los países del tercer mundo cerca de la mitad. El 50% de los adultos que fuman se iniciaron en el hábito antes de los quince años y el 90% antes de los 18 años, o sea, en la etapa de la adolescencia. De continuar las modalidades actuales de consumo de tabaco, unos trescientos millones de la población actual de niños y adolescentes perecerán debido al tabaquismo, ya que esta adicción suele comenzar antes de la edad adulta. Un tercio de la población cubana fuma activamente, el número de fumadores va aumentando con la edad hasta los 49 años y a partir de los 50 empieza a descender; a mayor nivel educacional menor cantidad de fumadores y prácticamente ningún cubano ignora que el tabaco afecta la salud. Sin embargo, todavía fumamos en demasía, acunados por tradiciones centenarias y vulnerables estrategias preventivas. ³⁻⁵

En Cuba la práctica del tabaquismo está muy extendida en toda la población; el país se ubica entre los de mayor consumo del mundo. Por otra parte las tres primeras causas de muerte en la isla (enfermedades cerebro vasculares, tumores malignos y enfermedades cardiovasculares) están asociadas al tabaco. La cavidad bucal se ve afectada en todos sus elementos y en ella se produce el primer contacto que tiene el fumador con el tabaco predisponiéndolo a que se presenten afecciones bucales como: Estomatitis, Palatinitis Nicotínica, Leucoplasia, diversos grados de Hiperqueratosis, Eritroplasia, Carcinoma Epidermoide, GUNA, y la Enfermedad Periodontal. ⁶⁻⁸

El hábito de fumar es considerado hoy en día un factor de riesgo, ya que satisface dos criterios, es biológicamente admisible, como agente capaz de producir enfermedades bucales y por estudios prospectivos, se ha demostrado que precede al desarrollo de la enfermedad periodontal y al cáncer bucal. ^{9,10}

Por las implicaciones del mismo en la aparición de otras drogodependencias como el café, el alcohol y las drogas no institucionalizadas y por las graves consecuencias que tiene para la sociedad en general, el tabaquismo se considera, además, como un problema social y económico que no puede ser solucionado sin la eficaz colaboración de otros profesionales como educadores, psicólogos, economistas y sociólogos.¹¹ Durante los últimos años el nivel de conocimientos acumulado acerca de los efectos del tabaco sobre la salud, ha situado las evidencias no sólo sobre su nocividad, sino sobre todo en los factores asociados a ella. Se ha demostrado que los riesgos para la salud a largo plazo, aumentan cuando el fumador regular comienza en la niñez o la adolescencia y que mientras más temprano se inicia la persona, mayor es el riesgo de padecer en la adultez cáncer pulmonar y enfermedades circulatorias cardíacas.¹² Por todo lo expuesto anteriormente existe la motivación a realizar la presente investigación con la interrogante. ¿Existen lesiones premalignas presentes en los fumadores del "Chiqui Gómez Lubián" de Santa Clara, en el período comprendido de mayo de 2013 a junio de 2014, para determinar la presencia de lesiones bucales en pacientes fumadores del Consultorio Médico de la Familia 17-32

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el período comprendido entre mayo de 2013 a junio de 2014, se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes fumadores pertenecientes al Consultorio Médico de la Familia 17-32 del Área de Salud del Policlínico Universitario "Chiqui Gómez Lubián" de la ciudad de Santa Clara. Se consideró como universo de estudio 162 fumadores identificados por el Análisis de la Situación de Salud del consultorio antes mencionado.

Criterios Inclusión:

Pacientes fumadores de 15 años y más que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes fumadores de 15 años y más que no acepten participar en el estudio.

Pacientes menores de 15 años.

Para dar salida a los objetivos trazados fueron estudiadas las siguientes variables.

Definiciones

Hábito de fumar: Es la acción repetida del consumo de tabaco, independientemente de su forma de presentación.

Examen del complejo bucal: Exploración minuciosa y ordenada del complejo bucal mediante la inspección ocular y la palpación digital, siguiendo un orden riguroso en las distintas regiones intrabucales y extrabucales, según la metodología expuesta en la monografía “El Estomatólogo en la detección de Carcinoma Bucal”. Según Programa Nacional de Atención Estomatológica

Lesión premaligna: Tejido morfológicamente alterado donde el cáncer puede aparecer con mayor frecuencia.

Leucoplasia: Placa blanquecina que puede aparecer en cualquier zona de la mucosa bucal, no asociada a causas locales como mordeduras y traumas, no desaparece al tratar de eliminarlas o frotarlas.

Eritroplasia: Mancha roja aterciopelada o roja que alterna con puntos blanquecinos, pueden aparecer en cualquier zona de la mucosa oral, no desaparece al tratar de eliminarlas.

Queratosis del fumador: Presencia en la mucosa oral de estrías blancas finas, superficiales de límites precisos y elevados que causan engrosamientos.

Melanosis del fumador: Presencia de manchas de color pardo o café en toda la mucosa bucal, desaparece una vez eliminado el hábito.

Palatinitis nicotínica: Cambio morfológico en el paladar donde se observa zonas blanquecinas con un punteado rojo. ^(16,17)

Se realizó una inspección visual de la cavidad bucal con la utilización de espejo bucal plano, sonda periodontal de Williams con luz natural. Se comenzó por el segundo molar superior derecho hasta el segundo molar superior izquierdo y desde el segundo molar inferior izquierdo hasta el segundo molar inferior derecho. Se registró la condición periodontal más severa de acuerdo a los criterios establecidos. Se creó una base de datos con la información recogida utilizando los paquetes comerciales Microsoft Office 2007 y SPSS versión 21.0. Para el análisis de interpretación de los resultados se determinaron frecuencias absolutas (mención de casos) y relativas (porcentajes) en las distribuciones de frecuencias conformadas. Se realizaron pruebas estadísticas para determinar si existieron diferencias significativas en los resultados alcanzados, donde la estadística descriptiva incluye tablas y la estadística inferencial, la prueba de independencia con la distribución de Chi Cuadrado, Prueba de bondad de ajuste en la distribución de Chi Cuadrado. Se utilizaron los niveles significativos del 0,05 y 0,01 de probabilidad de cometer el error de tipo I, denominados significativo y altamente significativo respectivamente.

Esta investigación se realizó cumpliendo los principios básicos de las normas éticas y bioéticas: el respeto a las personas, la beneficencia, la no-maleficencia y el de justicia; con la obtención del consentimiento informado (Anexo 1) de todos los individuos que participaron en ella, explicándole el objetivo del estudio.

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución de la población estudiada según sexo y grupos de edades. Consultorio Médico de la Familia 17-32 del Área de Salud Policlínico “Chiqui Gómez Lubián”. Santa Clara. Mayo de 2013 a Junio de 2014.

EDAD (Años)	SEXOS				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
15 – 20	7	4,3	18	11,1	25	15,4
21 – 44	13	8,0	38	23,5	51	31,5
45 – 59	24	14,8	31	19,1	55	34,0
60 Y Más	12	7,4	19	11,8	31	19,1
TOTAL	56	32,1	106	65,4	162	100,0

Fuente: Cuestionario

Al analizar la distribución de la población estudiada según sexo y grupos de edades en las personas fumadoras se observa un predominio el sexo masculino con 106 para un 65,4% y los grupos de edades de 21-44 y 45-59 en ambos sexos con 51 (31,1%) y 55 (34,0%) respectivamente. En el grupo de 15 - 20 años hay un total de 25 fumadores, de ellos 18 (11,1%) es masculino.

Tabla 2: Higiene bucal según grupos de edades.

EDAD (Años)	HIGIENE BUCAL						TOTAL	
	BUENA		REGULAR		DEFICIENTE			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15 – 20	4	16,0	19	76,0	2	8,0	25	100,0
21 – 44	12	23,5	18	35,3	21	41,2	51	100,0
45 – 59	7	12,7	38	69,1	10	18,2	55	100,0
60 Y Más	0	0,0	11	35,5	20	64,5	31	100,0
TOTAL	23	14,2	86	53,1	53	32,7	162	100,0

Fuente: Cuestionario

$$X^2_c = 36,565; V = 4 \quad (p < 0,01)$$

Analizando la tabla 2 observó que en los grupos de 15-20, 21-44 y 45-59 predominó la higiene bucal regular y en el grupo de 60 años y más fue deficiente en el 64,5%. La higiene bucal representó una dependencia altamente significativa ($p < 0,01$) de la edad. Existe una tendencia a disminuir la categoría de buena a medida que aumenta la edad

Tabla 3: Índice de higiene bucal según sexo.

HIGIENE BUCAL	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	No.	%	No.	%	No.	%

Buena	15	26,8	8	7,6	23	14,2
Regular	23	41,1	63	59,4	86	53,1
Deficiente	18	32,1	35	33,0	53	32,7
TOTAL	56	100,0	106	100,0	162	100,0

Fuente: Cuestionario

$X^2_c = 11,891$ $V = 2$ ($p < 0,05$)

En cuanto a la relación existente entre sexo e higiene bucal se observa que la higiene regular y deficiente fueron los más representados en ambos sexos, comprobándose una dependencia significativa del sexo, según la prueba de independencia aplicada donde $p < 0,05$

Tabla 4: Índice de caries dental COP-D según sexo.

ITEMS	SEXO						X^2_c
	FEMENINO (56)		MASCULINO (106)		TOTAL (162)		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Cariados	168	3,0	204	1,9	372	2,3	18,44*
Obturados	476	8,5	397	3,7	873	5,4	153,67*
Perdidos	231	4,1	221	2,1	452	2,8	54,73*

COP-D	15,62	7,75	10,47	216,66*
--------------	-------	------	-------	---------

Fuente: Cuestionario

X: Media Aritmética

*: $V = 1$ ($p < 0,01$)

La Tabla 4 muestra que el sexo femenino presentó el mayor índice de caries (COP-D) con 15,625 y el total del grupo estudiado fue de 10,475. La prueba de bondad de ajuste utilizada para comparar los sexos en cada uno de los ITEMS; arrojó diferencia altamente significativa en todas las comparaciones donde $p < 0,01$. Aunque no está representado en tablas, el mayor índice de caries por edades se presentó en el grupo de 21-44 años con un valor COP-D de 12,92.

Tabla 5: Índice Periodontal revisado IP(r) según sexo.

CÓDIGO	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	No.	%	No.	%	No.	%
0	6	10,7	16	15,1	22	13,6
1	15	26,8	18	17,0	33	20,4
2	9	16,1	23	21,7	32	19,8
6	21	37,5	34	32,1	55	33,9
8	5	8,9	15	14,1	20	12,3
TOTAL	56	100,0	106	100,0	162	100,0

Fuente: Cuestionario

 $X^2_c = 3,961; V = 4 (p > 0,05)$

El índice periodontal revisado IP(r) según sexo arrojó que los códigos 0, 2 y 8 fueron mayormente representados por los hombres con 16 (15,1%), 23 (21,7%) y 15 (14,0 %) para dichas codificaciones. El sexo femenino tuvo su mayor representación en los códigos 1 con 15 para un 26,8% y 21 en el código 6 para un 37,5%. Ambos sexos coincidieron con la mayor representación en el código 6 con el 37,5% las mujeres y el 32,1% los hombres para un total de 55 pacientes con gingivitis y formación de bolsas. Estos resultados no son estadísticamente significativos $p > 0,05$, el código es independiente del sexo.

Tabla 6: Índice Periodontal revisado IP(r) por grupos de edades.

CÓDIGOS	EDAD (Años)								TOTAL	
	15 - 20		21 - 44		45 - 59		60 y Más			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	7	28,0	15	29,4	0	0,0	0	0,0	22	13,6
1	12	48,0	10	19,6	7	12,7	4	12,9	33	20,4
2	4	16,0	6	11,8	22	40,0	0	0,0	32	19,7
6	2	8,0	20	39,2	26	47,3	7	22,6	55	34,0
8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	20	64,5	20	12,3
TOTAL	25	100,0	51	100,0	55	100,0	31	100,0	162	100,0

Fuente:

Cuestionario

$$X^2_c = 150,041; V = 12 (p < 0,01)$$

La tabla 6 relaciona la edad con el grado de afección periodontal observándose que en el grupo de 15-20 años predominan los códigos 0, 1 y 2 es decir los sanos y los que representan estados iniciales de la enfermedad. Contrariamente se comportaron los grupos de 45-59 años con 26 individuos (47,3%) con el código 6 y el de 60 años y más que se agrupa mayoritariamente en el grupo 8 con 20 individuos para un 64,5%. Estos resultados evidenciaron una relación altamente significativa $p < 0,01$ entre la edad y el código

Tabla 7: Presencia de lesiones de la mucosa bucal en el grupo estudiado.

Tipo de Lesión	No.	%
Leucoplasia	21	13,0
Eritroplasia	5	3,9
Candidiasis	28	17,3
Queratosis del fumador	31	19,1
Melanosis del fumador	10	6,2
Palatinitis Nicotínica	5	3,1

Fuente: Cuestionario

En la tabla 7 se encontró que las lesiones orales relacionadas con el hábito de fumar más frecuente en el grupo de estudio, fueron la queratosis del fumador en 31 pacientes para un 19,1% seguida por 28 con candidiasis para un 17,3% y 21 con leucoplasia para un 13,0%.

DISCUSIÓN

Al analizar la distribución de la población estudiada según sexo y grupos de edades en las personas fumadoras, se observó que predominó el sexo masculino y las edades comprendidas entre 21 y 59 años. (Tabla 1)

El tabaquismo constituye la primera causa de muerte prevenible en todo el mundo; el tabaco es el único producto de consumo masivo, legalmente vendido, que mata a la mitad de sus consumidores crónicos. El 50% de estas muertes ocurren entre los 30 y 69 años. ^{1,2}

La literatura universal plantea que la edad de inicio en el consumo del tabaco se encuentra entre 13 y 15 años ^{7-9,11} de ellos el 60% ha comenzado desde los 13, y más del 90% antes de los 20 años. La OMS lo considera como una enfermedad pediátrica. ^{2, 11-13}

La edad en la iniciación del tabaquismo es de gran importancia para el conocimiento del profesional de la salud, pues el 88% de los fumadores se convierten en fumadores antes de llegar a los 21 años. Es importante realizar acciones de promoción de salud sobre educación antitabáquica en edades tempranas de la vida tomando como escenarios los círculos infantiles, escuelas primarias y de nivel medio. Varios autores reportan predominio de fumadores en el sexo masculino y en el grupo etario de 25-59 años seguida del grupo de 60 y más lo que coincide con los resultados de este estudio. ¹²⁻¹⁶

En los grupos de 15-20, 21-44 y 45-59 predominó la higiene bucal regular y en el grupo de 60 años y más fue deficiente en la mayoría. Existió una tendencia a disminuir la categoría de buena a medida que aumenta la edad. (Tabla 2)

Traviesas y Colaboradores, ¹⁴ encuentran una asociación directamente proporcional entre el deterioro de la higiene bucal y el aumento de la edad. Existen investigaciones que reportan datos contradictorios como la realizada por González Rivas¹⁶ no encuentra diferencias significativas en relación con la edad y la higiene bucal, lo que contrasta con el presente estudio.

Por su parte Toledo¹⁷ reporta peor higiene bucal con el aumento de la edad a partir de los 15 años. Otros resultados plantean, que el uso del cepillo dental es poco frecuente en fumadores, lo que trae mayor acúmulo de la placa dentobacteriana y sarro dental, que en los no fumadores, estando asociado al hábito de fumar con niveles deficientes de la higiene bucal, independientemente de la edad. ^{18,19}

En cuanto a la relación existente entre sexo e higiene bucal (Tabla 3) se observó que la higiene regular y deficiente fueron los más representados en ambos sexos.

El hábito de fumar perturba la higiene bucal con independencia de su intensidad e interviene en el deterioro de la higiene bucal y alteraciones en la dieta, puede afectar las glándulas salivales por vía sistémica y alterar el equilibrio microbiológico en el ecosistema bucal. En la cavidad bucal se produce el primer contacto que el fumador tiene con el tabaco y en mayor o menor grado ocasiona cambios y alteraciones en los tejidos blandos y duros dependiendo de la cantidad y calidad del tabaco y forma del hábito. El sexo femenino presentó el mayor índice de caries (Tabla 4). En Cuba

la tendencia de la caries dental en la población menor de 15 años ha seguido un comportamiento similar al descrito para otros países donde el índice de caries se incrementa con la edad. Según la Encuesta Nacional de Salud Oral de Cuba de 1998 el índice COP-D en personas de 65 - 74 años se encontraba en 22,1.^{18,19}

Diferentes autores asocian el hábito de fumar con la disminución del flujo salival y su efecto tampón, aumento del PH salival y alto número de lactobacilos y Streptococcus Mutans lo que asociado a la higiene bucal deficiente favorece la aparición de la caries dental.^{14, 17-19}

En Cuba la tendencia de las caries en la población menor de 15 años ha seguido un comportamiento similar al descrito para otros países, observándose que se produce un incremento del índice COP-D en la medida que se incrementa la exposición de las personas con la edad. En los EE.UU. las enfermedades bucales, especialmente la caries, sigue atacando enormes sectores de la población, donde no reciben los tratamientos adecuados de prevención que va desde la enseñanza y práctica de medidas a promover salud bucal, así como procedimientos preventivos específicos, uso de fluoruro, control de placa, diagnóstico temprano, nutrición y muchos más. Cuando se analiza este indicador con los indicadores o metas de Cuba para el año 2015 se constató que los resultados obtenidos en la investigación no son favorables, pues la propuesta de Cuba es de 4.8.¹

Rojas y Hernández, refiriéndose a sus resultados con relación a la prevalencia de caries, plantean un incremento de la misma en la adolescencia, más aún en la adultez. En Brasil, en investigaciones realizadas con estudiantes de Araracuara obtienen como principal problema la caries dental, y una asociación entre caries y la escolaridad.¹⁵

El índice periodontal revisado IP(r) según sexo se observó con predominio de los códigos 0, 2 y 8 mayormente representado por los hombres. El sexo femenino tuvo su mayor representación en los códigos 1 y 6. Ambos sexos coincidieron con la mayor representación en el código 6, con presentación de gingivitis y formación de bolsas. (Tabla 5)

El tabaquismo constituye uno de los factores de riesgo que con mayor fuerza se asocia con el desarrollo de periodontopatías inflamatorias e influye de un modo relevante en el curso y pronóstico de la enfermedad periodontal, apareciendo los efectos del tabaco con prontitud en las encías. Las consecuencias nocivas del tabaco en la cavidad oral se deben fundamentalmente a las sustancias citotóxicas y

vaso activas del tabaco. Investigaciones realizadas aseguran que el tabaquismo acelera la pérdida ósea alrededor de los dientes por la acción de la nicotina activando la liberación de norepinefrina a partir de los almacenes adyacentes o en las paredes de las arteriolas y epinefrina a partir de las glándulas suprarrenales, disminución de células y sustancias quimiotácticas en relación con la respuesta inflamatoria gingival y los problemas en el metabolismo de la síntesis del colágeno, la secreción proteica y la reproducción de los fibroblastos. Esto lleva consigo una disminución de las defensas del huésped y un déficit nutritivo e hipoxia a nivel de los tejidos irrigados por la microcirculación vascular. ³

Aunque se considera el hábito de fumar como factor de riesgo de las periodontopatías, estudios realizados muestran la placa dentobacteriana y la microbiota subgingival como factor necesario para dar inicio al proceso inflamatorio, factores como el tabaquismo hacen que este se acelere y agrave. ^{3, 14, 17-19}

La relación de la edad con el grado de afección periodontal (Tabla 6), arrojó en el grupo de 15-20 años un predominio de los sanos y los que representan estados iniciales de la enfermedad. Contrariamente se comportaron los grupos de 45-59 años y el de 60 años y más que se agruparon mayoritariamente en los grupos de códigos 6 y 8. Es importante aclarar que los grupos de edades más representado son los mayores de 20 años, lo que se corresponde con la evidencia epidemiológica que existe del comportamiento de esta entidad. ^{11, 14, 17-19}

Datos aportados en investigaciones realizadas a individuos de 17-60 años de edad, determinaron la asociación entre tabaco y la altura ósea periodontal, con franca tendencia al incremento de su incidencia con la edad, y constituyen la principal causa de pérdida dental en los adultos además de mencionar el riesgo de aparición de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal. ¹³

El Centro Nacional de Estadística de la Salud y el Instituto Nacional para Investigaciones Dentales de los Estados Unidos de Norteamérica notifican que entre 5-20% de la población estadounidense sufre formas graves de periodontitis destructiva. En Cuba, aunque se dispone de pocos artículos publicados sobre prevalencia, los resultados son similares. ^{18,19}

En la tabla 7 se encontró que las lesiones orales relacionadas con el hábito de fumar más frecuentes en el grupo de estudio fueron la queratosis del fumador, la candidiasis y la leucoplasia. Autores relacionan las lesiones de la mucosa bucal con

la práctica del hábito, muchas lesiones producidas por el tabaco desaparecen al suprimir el hábito de fumar o mejoran.

La cavidad bucal es asiento de una amplia diversidad de entidad que involucran variaciones anatómicas y estados patológicos; continuamente se encuentra sujeta a modificaciones debidas a diferentes factores irritantes que actúan sobre la mucosa. La información sobre la distribución y frecuencia de lesiones de la mucosa bucal se ha reportado en diferentes países, pero la información está restringida a muy pocas lesiones en cada estudio. ^{18,19}

Se sabe, con seguridad, que el uso del tabaco está directamente relacionado con el desarrollo de lesiones bucales potencialmente malignas; así como, de otras enfermedades bucales hasta otras potencialmente fatales. Entre ellas está las melanosis, estomatitis nicotínica (paladar de fumador), candidiasis bucal, queratosis, leucoplaquias, eritroplaquias, carcinomas. La estomatitis nicotínica, es una forma especial de queratosis limitada al paladar, eventualmente puede sufrir transformación malignas pero sin la incidencia de la leucoplaquia. ^{18, 19}

La leucoplaquia es una lesión preneoplásica por excelencia, se reafirma la premisa de que la leucoplaquia es predecesora importante del carcinoma epidermoide. La melanosis del fumador es una pigmentación benigna de la mucosa bucal, predominantemente observada en la encía adherida y en la papila gingival de pronóstico favorable. ^{18, 19}

Investigaciones plantean que cada año en los Estados Unidos 7400 muertes son atribuibles al cáncer oral, existe una muerte cada hora, teniendo como factores de riesgo tradicionales del abuso de alcohol y de tabaco. El Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) establecido en Cuba desde 1983; es el único programa del país con una reducción de la mortalidad de un 10%, sin soslayar las diferencias y dificultades que se deben superar. Las acciones de promoción de salud a través de actividades de educación para la salud constituyen una importante vía para la lucha contra el tabaquismo ya que es necesario fomentar en la población, el conocimiento de los riesgos que el consumo del tabaco trae para la salud bucal. ^{18, 19}

CONCLUSIONES

- En la población estudiada predominó el sexo masculino y las edades comprendidas entre 21 y 59 años. La higiene bucal más representada fue la regular y de forma mayoritaria en el sexo masculino. El índice de COP-D fue más elevado

en el sexo femenino. La enfermedad periodontal fue más severa a medida que avanzaba la edad en ambos sexos. La queratosis del fumador fue la lesión de la mucosa bucal más frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana: MINSAP. 2010 [citado 1 de abril 2014]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
2. Gardenia M. Los números dicen de tabaquismo. La Habana. Salud Vida; 2007. [citado 5 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php?idv=9732>
3. China Meneses EM, González Díaz ME, Samper R, Veitia Cabarrocas F, Lemus Corredera IG, Morales Aguiar DR, *et al.* Etiología y patogenia de las enfermedades periodontales agudas y crónicas. En: Compendio de Periodoncia. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 53-169.
4. Rodríguez Salvá A, Alfonso Sagué K, Bonet Gorbea M. Prácticas de salud bucal y características sociodemográficas. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2008 Dic [citado 5 Jul 2013]; 46(3): [aprox. 6 p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000300006&lng=es
5. García Heredia G L, Miranda Tarragó J D. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 Dic [citado 15 Mayo 2013]; 46(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400009&lng=es.
6. Claro Brizuela NN. Cáncer bucal. Desafíos para el Estomatólogo General Integral. Medicentro Electrónica [Internet]. 2010 [citado 2 de Agosto 2013]; 14(4): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/pdf/Sumario/Ano%202010/v14n4a10supl1/cancerbuca%20completo.pdf>
7. Traviesas Herrera E Miguel, Márquez Arguellez D, Rodríguez Llanes R, Rodríguez Ortega J, Bordón Barrios D. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2011 Sep [citado 15 Mayo 2013]; 48(3): [aprox. 10p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072011000300009&lng=es
8. Sosa L, Rosales A, Dávila L, Quiñónez B, Jarpa P. Alteraciones histológicas ocasionadas por el tabaco de mascar venezolano (chimó) en los tejidos periodontales de ratas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 Jul- Sep [citado 15 Mayo 2013]; 46(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300005&lng=es.
9. Gavilla González BC, Trenzado Rodríguez NB, Barroso Franco Y. Intervención educativa sobre el hábito de fumar en la adolescencia. Cárdenas. Año 2007. Rev Médica Electrónica. [Internet]. 2009 [citado 15 Mayo 2013]; 31(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol2%202009/tema03.htm>
10. Buelvas Anderson R. Cáncer oral: el papel del odontólogo en la detección temprana y control. Rev Fac Odontol Univ Antioq [Internet]. 2009 Julio [citado 22 Oct 2013]; 21(1): [aprox 7 p.] : Disponible;

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-246X2009000200011&lng=en

11. Pérez Barrero BR, Rodríguez Mediaceja G, Pérez González A, Rodríguez García B, Paneque Gamboa MR. Principales factores de riesgo de la gingivitis crónica en pacientes de 15 a 34 años. MEDISAN. [Internet] 2010. [citado 23 Abr 2014]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000600020&script=sci_arttext
12. Jústiz de la Rosa L. G, Alayo Jústiz I, Guevara Cruzata M. Estrategia educativa en pro de la salud y calidad de vida en las comunidades. MEDISAN v.14 n.6 [revista en Internet].2010 [citado 28 enero 2014]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000600020&script=sci_arttext
13. Rivera H, Bentolil R, Santos M, Socorro M, Gómez D, Torres J, Hernandez MF, Mujica V, Rojas-Sánchez F. Uso del Tabaco No Fumado (Tnf), Chimó en Niños y Adolescentes en el Estado Portuguesa. Acta Odontológica Venezolana 2010; 48:1 - 10.
14. Traviesas Herrera EM, Rodríguez Yáñez R. Tabaquismo higiene bucal y periodontopatías inmunoinflamatorias crónicas en adultos del municipio Guanajay 2009. Revista Cubana Estomatol [Internet]45(1). [citado 20 febrero 2014]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v44n1/est05107.pdf>
15. Calleja Martínez YM, González Heredia E, Valle Llagostera G, Castañeda Deroncelé M, Lao Salas NO. Estado de salud bucal de 5 consultorios del municipio "Mella", Santiago de Cuba, 2009. Rev Cub Estomatol. [Internet] 43(3). [citado 25 noviembre 2011]; Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol43_3_09/est01306.htm
16. González Rivas JP, García Santiago RJ, Araujo Linares N, Echenique Zureche P. Prevalencia de consumo de tabaco no inhalado (chimó) en el municipio Miranda del estado Mérida, Venezuela: asociación con ansiedad y estrés. Rev. Venez. Endocrinol. Metab. [Internet]. 2011 Dic [citado 15 Mayo 2013]; 9(3): 99-105. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102011000300003&lng=es
17. Toledo Pimental B, González Díaz ME, Alfonso Tarraú MS, Pérez Carrillo A, Rodríguez Linares ML. Tabaquismo y enfermedad periodontal. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 5 Mayo 2014]; 31(2): 94-99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000200004&lng=es
18. Enfermedad periodontal en fumadores. [En línea]. En: Porciano Rodríguez E. El tabaco resta belleza. México: Secretaría de Salud; S.A.2010 Disponible en: <http://odontologiaa.tripod.com.nx/> [consulta:16 Abril 2014].
19. Tabaquismo y salud bucal [artículo en línea]. 2010 Disponible en: <http://caduceo.dgsm.unam.mx/capsulas/mayo.html> [consulta Sept 2013]