South American Publishing

SAP Dentistry. 2025; 3:190
doi: 10.62486/dent2025190

ORIGINAL

Risk factors for premalignant lesions of the oral cavity in the Bernardo Posse Polyclinic

Factores de riesgo de lesiones premalignas de la cavidad bucal en el Policlínico Bernardo Posse

Luis Miguel Quintana Sánchez[1], Yivelin Fernández Queija[1]

[1]Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez, "Departamento de Estomatología. La Habana, Cuba.

Cite as
Quintana Sánchez LM, Fernández Queija Y. Risk factors for premalignant lesions of the oral cavity in the Bernardo Posse Polyclinic. SAP Dentistry. 2025; 3:190. https://doi.org/ 10.62486/dent2025190

Publication History
Submitted: 17-03-2024
Revised: 01-08-2024
Accepted: 07-01-2025
Published: 08-01-2025

ABSTRACT

Introduction: oral cancer represents a significant public health challenge due to its high morbidity and mortality, especially in populations with associated risk factors. This cross-sectional descriptive study was conducted with the purpose of identifying risk factors associated with premalignant lesions of the oral cavity in patients attended at the Bernardo Posse Polyclinic, Havana, between 2020 and 2024. The analysis included variables such as age, sex, anatomical location of the lesions and risk habits, such as smoking, alcoholism, inadequate diet and predisposing diseases. Early identification of these factors can contribute significantly to the prevention of oral cancer.
Method: a descriptive cross-sectional study was carried out in a sample of 25 patients of both sexes with evident premalignant lesions in the buccomaxillofacial complex. The variables studied included age, sex, anatomical location of the lesions and risk factors (smoking, alcoholism, diet and predispos-ing diseases). Data were collected through surveys and clinical records, and descriptive statistical analyses were applied to determine the absolute and relative frequencies of the variables. The sam-ple was selected from the oral cancer registry of the Bernardo Posse Polyclinic.
Results: the analysis showed that 40 % of premalignant lesions were located on the tongue, this being the most affected anatomical site. The age group with the highest prevalence was 35-59 years, with a significant incidence of smoking (50 %) and alcohol consumption (50 %) as main risk factors. A higher proportion of female patients (56 %) compared to male patients (44 %) was observed, which differs from global trends in which men tend to be more affected.
Conclusions: this study highlights the importance of identifying risk factors associated with premalignant lesions in the oral cavity, such as smoking, alcoholism and inadequate dietary habits. The results underline the need to implement educational and prevention programs aimed at at-risk populations, especially in the age groups with the highest incidence, to improve early detection and reduce the prevalence of oral cancer. Comprehensive care and the promotion of healthy habits are essential to address this problem.

Keywords: Oral Cancer; Risk Factors; Premalignant Lesions; Smoking; Oral Cavity; Prevention.

RESUMEN

Introducción: el cáncer bucal representa un desafío significativo en salud pública debido a su alta morbilidad y mortalidad, especialmente en poblaciones con factores de riesgo asociados. Este estu-dio descriptivo transversal se realizó con el propósito de identificar los factores de riesgo asociados a las lesiones premalignas de la cavidad bucal en pacientes atendidos en el Policlínico Bernardo Posse, La Habana, entre 2020 y 2024. El análisis incluyó variables como la edad, el sexo, la localización ana-tómica de las lesiones y hábitos de riesgo, como el tabaquismo, alcoholismo, dieta inadecuada y en-fermedades predisponentes. La identificación temprana de estos factores puede contribuir significa-tivamente a la prevención del cáncer bucal.
Método: se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en una muestra de 25 pacientes de ambos sexos con lesiones premalignas evidentes en el complejo bucomaxilofacial. Las variables estudiadas incluyeron edad, sexo, localización anatómica de las lesiones y factores de riesgo (tabaquismo, al-coholismo, dieta y enfermedades predisponentes). Los datos fueron recolectados a través de encues-tas y registros clínicos, y se aplicaron análisis estadísticos descriptivos para determinar las frecuen-cias absolutas y relativas de las variables. La muestra fue seleccionada del registro de cáncer oral del Policlínico Bernardo Posse.
Resultados: el análisis mostró que el 40 % de las lesiones premalignas se localizaron en la lengua, siendo este el sitio anatómico más afectado. El grupo de edad con mayor prevalencia fue el de 35-59 años, con una incidencia significativa

© 2025; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

de tabaquismo (50 %) y consumo de alcohol (50 %) como factores de riesgo principales. Se observó una mayor proporción de pacientes femeninos (56 %) en compara-ción con los masculinos (44 %), lo cual difiere de tendencias globales en las que los hombres suelen estar más afectados.

Conclusiones: este estudio resalta la importancia de identificar factores de riesgo asociados a lesio-nes premalignas en la cavidad bucal, como el tabaquismo, el alcoholismo y hábitos dietéticos inade-cuados. Los resultados subrayan la necesidad de implementar programas educativos y de prevención dirigidos a las poblaciones en riesgo, especialmente en los grupos de edad de mayor incidencia, para mejorar la detección temprana y reducir la prevalencia de cáncer bucal. La atención integral y la promoción de hábitos saludables son esenciales para abordar esta problemática.

Palabras clave: Cáncer Bucal; Factores de Riesgo; Lesiones Premalignas; Tabaquismo; Cavidad Bucal; Prevención.

INTRODUCCIÓN

El cáncer bucal representa un problema de salud pública significativo, especialmente en comunidades vulnerables donde las condiciones socioculturales y económicas pueden amplificar los factores de riesgo.[1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11] En Cuba, el Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB) se ha establecido como una herramienta clave para la identificación temprana de lesiones premalignas y malignas, permitiendo una intervención oportuna.[12,13,14,15,16] En este contexto, la investigación realizada en el Policlínico Bernardo Posse, ubicado en el municipio San Miguel del Padrón de La Habana, aporta información relevante sobre las características epidemiológicas y los factores asociados al cáncer bucal en una población específica.

El estudio se enfocó en 25 pacientes con alteraciones morfológicas evidentes en el complejo bucomaxilofacial, recolectando datos desde 2020 hasta 2024. Entre las variables estudiadas se incluyeron factores sociodemográficos, como edad y sexo, y aspectos relacionados con hábitos de vida y condiciones de salud, como tabaquismo, consumo de alcohol, dieta y exposición a irritantes locales. Este enfoque permitió analizar la prevalencia de factores de riesgo específicos y su relación con las lesiones premalignas en la cavidad bucal, aportando datos valiosos para comprender el impacto de estas variables en la salud oral.

En términos éticos, la investigación se desarrolló bajo los principios establecidos en la Declaración de Helsinki,[17,18,19] garantizando la autonomía, confidencialidad y bienestar de los participantes. Todos los pacientes seleccionados firmaron un consentimiento informado tras recibir explicaciones claras sobre el propósito y los beneficios del estudio.

El análisis estadístico descriptivo permitió identificar patrones relevantes, como la distribución anatómica de las lesiones y su relación con hábitos de vida, factores locales y nivel de educación sanitaria. Los hallazgos destacan la importancia de implementar programas educativos y preventivos en las comunidades, particularmente en grupos etarios y poblaciones más expuestas a factores de riesgo.

Este estudio refuerza la necesidad de fortalecer las acciones de promoción y prevención en salud bucal, alineándose con los objetivos de los programas nacionales de salud en Cuba.[20,21,22,23,24,25,26] Los resultados obtenidos no solo aportan conocimiento sobre la epidemiología del cáncer bucal, sino que también subrayan la importancia de intervenciones integrales y sostenidas para mitigar la carga de esta enfermedad en comunidades como San Miguel del Padrón.

Objetivo

Identificar los principales factores de riesgo asociados a las lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal en pacientes atendidos en el Policlínico Bernardo Posse del municipio San Miguel del Padrón, durante el período 2020-2024, para contribuir al diseño de estrategias preventivas y educativas que favorezcan la detección temprana y la reducción de la incidencia de esta enfermedad.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal de 25 pacientes de ambos sexos, con alguna alteración morfológica evidente en el complejo bucomaxilofacial, atendidos en la consulta del PDCB del Servicio de Estomatología del Policlínico Bernardo Posse del municipio San Miguel del Padrón de la provincia Habana, desde 2020 al 2024.

Los datos fueron obtenidos del Registro de cáncer oral de la Dirección del departamento de Estomatología y de Estadística del policlínico Bernardo Posee de San Miguel del Padrón. Se estudiaron las siguientes variables: edad (agrupadas en intervalos de 15 a más de 60 años), sexo (masculino y femenino), localización anatómica de las lesiones (lengua, suelo de boca, etc.), nivel de educación sanitaria (buena, regular o mala) y factores de riesgo (tabaquismo, alcoholismo, dieta, entre otros).

Consideraciones éticas

Esta investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta las consideraciones éticas relacionadas con las personas objeto de estudio, para lo cual se siguieron las normas planteadas en la Declaración de Helsinki y lo establecido en la legislación vigente en Cuba, por tratarse de un estudio de acción directa sobre el ser humano, con repercusiones psíquicas y sociales. Se cumplieron los principios de la ética médica de beneficencia, no maleficencia, respeto y autonomía.

En tal sentido, las personas objetos de investigación deben ser informadas de su entera libertad para participar o no en el estudio, sin consecuencia alguna si decidieran abandonarlo, quedando todo ello reflejado mediante el Consentimiento Informado. El investigador no tuvo acceso a la información de pacientes que no presentaban las enfermedades de interés.

La identidad de los pacientes objetos de estudio será tratada confidencialmente y manejados solo por el investigador. La

información obtenida en el instrumento aplicado será protegida y los resultados sólo serán presentados o publicados en marcos puramente científicos, sin fines de lucro. Para lo cual se tuvo en cuenta la autorización y aprobación de la dirección del policlínico Docente Bernardo Posse.

Se les explicó a las personas en líneas generales, en qué consistirá su participación, los objetivos y la importancia del estudio; el lenguaje que se utilizó fue de fácil comprensión sin el empleo de términos técnicos, teniendo la oportunidad de esclarecer sus interrogantes y se les expresó además que se les garantizaría la discreción en el manejo de la información para de esta manera obtener de ellos su consentimiento informado.

Se diseñó una encuesta estructurada con el objetivo de recolectar información acerca de los factores de riesgo asociados con el cáncer bucal, basado en lo identificado en otros estudios.[27,28,29,30,31,32,33,34,35,36] La encuesta, anónima y confidencial, fue aplicada a los 25 pacientes seleccionados en el Policlínico Bernardo Posse. Las preguntas abarcaron aspectos demográficos y hábitos relacionados con la salud oral, dividiéndose en las siguientes secciones:

1. Información demográfica: Incluye preguntas sobre la edad y el sexo de los pacientes.
2. Hábitos de tabaco y alcohol: Se indagó sobre el consumo de cigarrillos y alcohol, la frecuencia de estos hábitos, y el uso de otros productos de tabaco.
3. Dieta y nutrición: Se preguntó a los pacientes sobre la ingesta de alimentos y bebidas calientes, así como el consumo de frutas y verduras.
4. Higiene oral y cuidados dentales: Incluye preguntas sobre la frecuencia del cepillado dental y las visitas al dentista.
5. Exposición al sol y antecedentes médicos: Se analizaron la exposición solar sin protección y antecedentes familiares de cáncer bucal.

La encuesta fue utilizada como parte del análisis para identificar la prevalencia de factores de riesgo en la muestra, facilitando la correlación de estos con la aparición de lesiones premalignas en la cavidad bucal.

Método

Teóricos. Análisis y síntesis de la bibliografía consultada, en la identificación de factores de riesgo y otros problemas relacionados, para lo cual se realizó una búsqueda bibliográfica en libros, revistas y artículos en formato digital de portales científicos tales como: BVS, SciELO, Medline y Pubmed; de autores nacionales e internacionales que permitirá la documentación y actualización sobre el tema.

Empíricos. Mediante la observación y la entrevista.

Estadísticos. Aplicación de la estadística descriptiva

Análisis Estadístico (Estadígrafo)

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos obtenidos en el estudio para describir las características de la muestra de pacientes atendidos en la consulta del PDCB del Policlínico Bernardo Posse. Se aplicaron estadígrafos descriptivos como las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para variables cualitativas (sexo, localización anatómica de las lesiones, factores de riesgo) y medidas de tendencia central (promedio) para variables cuantitativas discretas (edad).

Las principales variables estudiadas fueron:

1. Edad: Agrupada en rangos etarios (15-18, 19-34, 35-59, 60 años o más).
   - Se calcularon las frecuencias absolutas (número de pacientes por grupo de edad) y relativas (porcentaje de pacientes en cada grupo respecto al total).

2. Sexo: Clasificación en masculino y femenino.
   - Se calcularon frecuencias absolutas y relativas para analizar la distribución por género en la muestra.

3. Localización anatómica de las lesiones: Se identificaron las áreas anatómicas donde se presentaron las lesiones premalignas.
   - Se calculó la distribución de frecuencias para cada área (lengua, glándulas salivales, paladar, suelo de la boca, labio y comisura labial, encía y carrillo).

4. Factores de riesgo: Se analizaron los hábitos de riesgo como tabaquismo, consumo de alcohol, dieta, y la presencia de enfermedades.
   - Se determinaron las frecuencias absolutas y relativas de estos factores dentro de los grupos de edad.

El procesamiento de la información se realizó utilizando un sistema computacional bajo Windows 10. Los resultados se presentan en tablas de frecuencia con el objetivo de visualizar los datos y facilitar su interpretación.

Este análisis es apropiado para estudios descriptivos transversales porque permite resumir y representar visualmente los datos recolectados, facilitando la identificación de patrones como la prevalencia de factores de riesgo, la distribución por edad y sexo, y la localización anatómica de las lesiones premalignas en la cavidad bucal. Los estadígrafos utilizados (frecuencias absolutas, relativas, y porcentajes) permiten interpretar los resultados de forma clara y precisa.[37,38,39,40,41] Para darle salida a los objetivos del estudio se realizará la operacionalización de las variables teniendo en cuenta el tipo, escala e indicador.

Tabla 1. Operacionalización de variables

Variable	Operacionalización			Indicador
	Tipo	Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa Discreta	15 -18 19 - 34 35 - 59 60 y más	Según escala de Intervalo de clase cerrado (edad que refiera el paciente en el momento de la entrevista y/o examen clínico	Frecuencia absoluta y relativa
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Según condición biológica.	Frecuencia absoluta y relativa
Localización Anatómica	Cualitativa nominal politómica	• Lengua • Glándulas Salivales • Paladar • Suelo de Boca • Labio y comisura labial • Encía • Carrillo	Según región anatómica	Frecuencias absoluta (No.) y relativa (%)
Factores de riesgo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Tabaquismo	Si - No: Atendiendo a la práctica o no de este habito	Frecuencias absoluta (No.) y relativa (%)
	Cualitativa Nominal Dicotómica	Alcoholismo	Si - no: Atendiendo a la práctica o no de este habito	Frecuencias absoluta (No.) y relativa (%)
	Cualitativas Nominal Dicotómica	Dieta	* Si -alimentos fuertemente condimentados y calientes -consumo excesivo de grasas animales, alimentos ahumados y curados * No -consumo de fibras vegetales y frutas en la dieta -consumo de alimentos ricos en vitaminas A y C	Frecuencias absoluta (No.) y relativa (%)
	Cualitativa Nominal Dicotómica	Enfermedades de riesgo	Si - No Atendiendo a la presencia de enfermedades tales como • VIH • Virus del papiloma humano	Frecuencias absoluta (No.) y relativa (%)
	Cualitativa Nominal Dicotómica	Factores locales	Si - No Atendiendo a la presencia de irritantes locales como: -cuspides filosas y dientes fracturados. -restos radiculares. -prótesis mal diseñadas y ajustadas. -obturaciones deficientes. -mala higiene bucal. -dientes retenidos.	
Nivel de Educación Sanitaria	Cualitativa Ordinal Polítomica	Bien =15 - 23 Regular= 8 – 15 Mal = 0 - 7	Según rango en que responda correctamente:	Frecuencias absoluta (No.) y relativa (%)

Caracterización de la comunidad

Los pacientes objeto de estudio pertenecen al área de salud del policlínico Bernardo Posse municipio San Miguel del Padrón.

El área de salud tiene comunicación por calles y aceras en la mayor parte de las zonas, existen áreas donde se encuentran en mal estado o son caminos de tierra creando en días lluviosos acumuló de agua que son un factor de riesgo potencial para el criadero de insectos y vectores. Tiene como medio de transporte autos, ómnibus, motos y bicicletas. En su perímetro existen escuelas primarias, secundarias, consultorios médicos, un policlínico, y lugares de recreo y entretenimiento para niños y adultos. Existe buena interrelación entre el médico de la familia, la enfermera y la comunidad.

El poder popular como órgano rector regula, controla y evalúa el trabajo de los organismos que de forma conjunta son los encargados de elevar la calidad y el nivel de vida de la población. La empresa de acueducto y alcantarillado garantiza un abasto de agua en cantidades necesarias y con buena calidad para su consumo aunque en ocasiones se dificulta el abasto de agua trayendo como consecuencia afectaciones en la atención estomatológica a la población, existen zonas en las que hay presentes salideros tanto de agua potable como albañales creando contaminación dificultando las condiciones de vida de la población.[42,43,44,45,46,47] La empresa de comunales se encarga de la eliminación de los desechos sólidos y limpieza de las calles. La empresa eléctrica brinda la energía para la iluminación y elaboración de los alimentos de todos los hogares.[48,49,50] La mayor parte de la población de esta área vive en casas en buen estado, con servicios sanitarios y evacuación sanitaria de las excretas y de todos los productos de desechos; aunque

no todas las viviendas cumplen estas condiciones, existen casas en mal estado con caminos de tierra donde se vive en hacinamiento.

El nivel de vida que predomina en nuestra población y el educacional es el medio, posibilitando la asimilación de los mensajes de salud. El reparto limita al Norte con los municipios de Regla y La Habana Vieja; al Este el municipio de Guanabacoa; al Sur el municipio de Cotorro; al Oeste los municipios de Diez de Octubre y Arroyo Naranjo.

El clima se caracteriza por una temperatura 15 a 32 grados Celsius y una humedad relativa de moderada a alta. El área está constituida por consejos populares, los que están constituidos por circunscripciones. Dichas circunscripciones están formadas por diferentes CDR, bloques de la FMC, núcleos zonales, asociación de combatientes y sectores de la PNR. Los mismos visitan sistemáticamente los consultorios y recogen opiniones de la población, además de contribuir al mejoramiento de los mismos, participan en reuniones del Policlínico e invitan a las reuniones del consejo a un representante de Salud, además tienen una Comisión de Prevención social que evalúan la problemática social y contribuyen a su solución, formado por representantes de la PNR, CDR, FMC, Asistencia Social, Atención a menores, Salud, Educación, Cultura, y Deporte. Todo esto contribuye a la solución de los problemas con la participación conjunta con Salud garantizando la intersectorialidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 18	2	8%	1	4%	3	12%
19 - 34	3	12%	4	16%	7	28%
35 - 59	5	20%	3	12%	8	32%
60 y más	4	16%	3	12%	7	28%
Total	14	56%	11	44%	25	100%

Figura 1. Distribución de la población según grupo de edad y sexo

En la figura 1, se observa la distribución de los 25 pacientes diagnosticados con cáncer bucal en una comunidad del municipio de San Miguel del Padrón, en la provincia de La Habana, según grupos de edad y sexo. Los datos muestran una ligera predominancia de pacientes femeninos (56 %) frente a los masculinos (44 %), lo que contrasta con la tendencia global donde el cáncer bucal suele ser más común en hombres que en mujeres. Un estudio realizado por González-Pérez de (2020) en México mostró una prevalencia de cáncer bucal en hombres (63 %) mayor que en mujeres (37 %), lo que refleja una discrepancia con nuestros resultados, posiblemente explicada por factores geográficos o socioculturales específicos de la comunidad cubana.[51] En cuanto a la distribución por edad, se observa que el grupo más afectado es el de 35-59 años, con el 32 % del total de los pacientes, seguido por los grupos de 19-34 años y 60 años o más, cada uno representando el 28 %. Estos resultados sugieren que la población de mediana edad (35-59 años) tiene mayor prevalencia de cáncer bucal en esta comunidad. Sin embargo, estudios recientes, como el de Martínez-Campayo de (2021) en España, indican que el cáncer bucal se diagnostica con mayor frecuencia en personas mayores de 60 años, especialmente en hombres.[52] Esto podría deberse a factores de riesgo acumulativos como el consumo de tabaco y alcohol a lo largo del tiempo, hábitos que en la población cubana también están presentes, pero pueden estar distribuidos de forma diferente entre los grupos etarios.

El grupo más joven, de 15-18 años, representa solo el 12 % de los casos, lo que es congruente con estudios internacionales, ya que el cáncer bucal es raro en adolescentes y jóvenes adultos. Sin embargo, la identificación de casos en este grupo etario indica la importancia de programas de prevención y diagnóstico temprano, incluso en pacientes más jóvenes. Comparando estos datos con los del estudio de Soto-Ávila de (2019) en Colombia, donde los pacientes mayores de 60 años representaban el 45 % de los casos.[53]

Tabla 2. Distribución anatómica de las lesiones en la cavidad bucal

Localización Anatómica	No.	%
Lengua	10	40 %
Glándulas Salivales	3	12 %
Paladar	2	8 %
Suelo de Boca	4	16 %
Labio y Comisura Labial	3	12 %
Encía	2	8 %
Carrillo	1	4 %
Total	25	100 %

Los resultados de este estudio cubano parecen tener una mayor proporción de casos en grupos etarios más jóvenes, lo que sugiere posibles diferencias en los factores de riesgo locales, tales como la exposición a carcinógenos o estilos de vida en la comunidad estudiada. En resumen, los datos obtenidos en esta investigación reflejan una distribución por edad y sexo particular en la comunidad de San Miguel del Padrón que, aunque comparte algunas características con estudios previos, también presenta variaciones significativas, lo que subraya la necesidad de realizar más estudios regionales para comprender los factores específicos que pueden estar influyendo en la epidemiología del cáncer bucal en esta población.

La tabla muestra la distribución anatómica de las lesiones de cáncer bucal en los 25 pacientes del estudio. Los resultados indican que la lengua es la localización más afectada, con el 40 % de los casos, lo cual coincide con la literatura internacional. Estudios como el de Rodríguez-Serrano de (2020) en Argentina también reportan que la lengua es la localización más frecuente del cáncer bucal, representando un 45 % de los casos en su cohorte de estudio.[54] Esto sugiere que, tanto a nivel local como internacional, la lengua sigue siendo una de las áreas más vulnerables para el desarrollo de neoplasias malignas en la cavidad bucal. La segunda localización más común en este estudio es el suelo de la boca, con un 16 % de los casos. Comparando estos datos con los resultados de López-Jiménez de (2021) en un estudio realizado en Brasil, el suelo de la boca también se reporta como una de las áreas más afectadas, aunque con una menor prevalencia (12 %).[55] Esta concordancia entre estudios podría estar relacionada con factores de riesgo comunes como el consumo de tabaco, alcohol y la mala higiene bucal, los cuales tienen una relación bien establecida con el desarrollo de cáncer en esta región anatómica. Las lesiones en las glándulas salivales y el labio/comisura labial representan el 12 % de los casos cada una en este estudio.

Los tumores de las glándulas salivales, aunque menos comunes en la cavidad bucal, siguen siendo de relevancia. Silva-Freitas (2020), en un estudio de prevalencia de tumores malignos de las glándulas salivales en Portugal, observaron una incidencia del 9 % en comparación con otros sitios de la cavidad bucal, un dato que está en línea con nuestros hallazgos.[56] En cuanto a las lesiones labiales, estudios como el de Pérez-Gómez de (2019) en España reportan una prevalencia similar de lesiones labiales (10 %), lo que indica que esta localización sigue siendo común, especialmente en poblaciones expuestas a la radiación solar, como sucede en regiones tropicales.[57] El paladar y las encías representaron un 8 % de los casos cada uno, lo que es consistente con estudios previos, como el de Ruiz-Valero de (2020) en México, donde las lesiones en estas áreas no suelen ser las más prevalentes, pero siguen siendo relevantes en el análisis de distribución anatómica.[58] Por último, el carrillo es la localización menos común en esta muestra, con solo el 4 % de los casos. Esto es similar a lo encontrado en otros estudios, como el de Fernández-Cavada de (2021), quienes reportan una incidencia del 3 % en esta zona de la cavidad bucal, siendo una de las áreas menos afectadas.[59] En resumen, los resultados de esta investigación muestran una distribución anatómica de las lesiones de cáncer bucal que sigue las tendencias globales, especialmente en la lengua y el suelo de la boca como localizaciones principales.

Tabla 3. Distribución de la población según grupo de edades y factores de riesgo

Grupo de Edad	Dieta cariogénica		Hábito de fumar		Alcoholismo		Enfermedades de riesgo		Factores locales	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15-18	2	66 %	1	33 %	1	33 %	0	0 %	0	0 %
19-34	3	43 %	4	57 %	5	71 %	0	0 %	3	43 %
35-59	5	62 %	4	50 %	4	50 %	1	12 %	4	50 %
60 y más	4	57 %	3	42 %	2	28 %	1	14 %	2	28 %

La tabla 3 muestra la distribución de factores de riesgo para el desarrollo de cáncer bucal en la muestra de 25 pacientes, categorizados por grupo de edad. Los principales factores de riesgo considerados incluyen dieta cariogénica, hábito de fumar, consumo de alcohol, presencia de enfermedades de riesgo y factores locales.

1. Dieta Cariogénica La dieta cariogénica, que se refiere a una dieta rica en azúcares y carbohidratos que puede aumentar el riesgo de caries y otros problemas bucales, se presenta en todos los grupos etarios, pero con mayor prevalencia en los grupos más jóvenes. El 66 % de los pacientes de entre 15 y 18 años reportaron una dieta cariogénica, lo que es preocupante dado que los hábitos dietéticos no saludables pueden predisponer a futuras complicaciones orales, incluso cáncer. Estudios recientes, como el de García-Rodríguez de (2020) en Venezuela, también muestran una alta prevalencia de dietas cariogénicas en adolescentes y adultos jóvenes (68 %), lo que coincide con nuestros resultados.[60] En los pacientes de 35-59 años, el 62 % reportó este factor, lo que podría estar relacionado con un estilo de vida en transición, donde la dieta sigue siendo un riesgo significativo.

2. Hábito de Fumar El hábito de fumar está presente en todos los grupos de edad, con la mayor prevalencia en el grupo de 19-34 años (57 %), seguido por el grupo de 35-59 años (50 %). Este hallazgo concuerda con el estudio de Martínez-Suárez de (2019) en México, que reporta una prevalencia similar en fumadores jóvenes y de mediana edad (55 %).[61] El tabaco es un factor de riesgo bien establecido para el cáncer bucal y su relación con el cáncer oral ha sido confirmada en múltiples investigaciones a nivel global. En el grupo de 15-18 años, el 33 % ya ha desarrollado este hábito, lo que es alarmante y subraya la necesidad de campañas de concienciación sobre los riesgos del tabaco desde edades tempranas.

3. Alcoholismo El alcoholismo también está presente de manera significativa, sobre todo en el grupo de 19-34 años, con un 71 %, lo que lo convierte en el factor de riesgo más prevalente en este rango etario. Este dato es concordante con estudios como el de Silva de (2021) en Brasil, donde el consumo de alcohol en jóvenes y adultos jóvenes está relacionado con una mayor incidencia de cáncer bucal.[62] En el grupo de 35-59 años, el 50 % reporta consumo de alcohol, mientras que en los pacientes mayores de 60 años,

el porcentaje disminuye al 28 %. Esto podría reflejar cambios en los hábitos de vida en las personas mayores, quienes pueden reducir el consumo de alcohol debido a problemas de salud asociados a la edad.

4. Enfermedades de Riesgo La presencia de enfermedades de riesgo, como la diabetes o hipertensión, solo se detecta en los grupos de mayor edad, con un 12 % en el grupo de 35-59 años y un 14 % en el de 60 años o más. Esto es consistente con lo reportado por Gómez-Moreno de (2020) en un estudio sobre factores de riesgo sistémicos para el cáncer bucal en personas mayores en Colombia, donde las enfermedades crónicas aumentan el riesgo de desarrollar cáncer oral.[63] La baja prevalencia de estas enfermedades en los grupos más jóvenes es esperable, ya que suelen aparecer a edades más avanzadas.

5. Factores Locales Los factores locales, como prótesis mal ajustadas, dentaduras defectuosas, o lesiones traumáticas crónicas, tienen una prevalencia mayor en los grupos de mediana y avanzada edad. El 50 % de los pacientes entre 35 y 59 años presentan factores locales, mientras que el 28 % de los mayores de 60 años también los padecen. Este resultado coincide con el estudio de Fernández-Solano de (2019) en Chile, que encontró que los factores locales son un desencadenante importante de cáncer bucal en pacientes de mayor edad debido a la mayor necesidad de prótesis dentales o intervenciones odontológicas incorrectas en estas etapas de la vida.[64] En resumen, los resultados muestran que los factores de riesgo más significativos en esta comunidad están asociados con el tabaquismo, el consumo de alcohol y la dieta cariogénica, especialmente en los grupos más jóvenes. El envejecimiento parece estar relacionado con la aparición de enfermedades sistémicas y factores locales que también contribuyen al riesgo de cáncer bucal.

Tabla 4. Distribución de la población según grupo de edades y nivel de educación sanitaria

Grupo de edad	Educación Sanitaria						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
15-18	2	66 %	1	33 %	0	0 %	3	12 %
19-34	4	57 %	2	29 %	1	14 %	7	28 %
35-59	4	50 %	3	37 %	1	12 %	8	32 %
60 y más	3	42 %	2	28 %	2	28 %	7	28 %
Total	13	52 %	8	32 %	4	16 %	25	100 %

En esta tabla se observa que a medida que la edad de los pacientes aumenta, el nivel de educación sanitaria tiende a disminuir, con un mayor porcentaje de pacientes con niveles de educación "buena" en los grupos más jóvenes y una disminución progresiva en los grupos de mayor edad.

1. Grupo de edad 15-18: este grupo muestra un nivel predominante de educación sanitaria "buena" (66 %), lo cual es positivo dado que la intervención en la prevención y conocimiento sobre el cáncer bucal en edades tempranas es fundamental para reducir el riesgo de comportamientos nocivos, como el consumo de tabaco o alcohol, que son factores de riesgo conocidos para esta enfermedad. El 33 % de los pacientes de este grupo tiene un nivel de educación "regular", y no se reportan casos de educación "mala", lo que indica que los esfuerzos educativos en esta franja etaria parecen estar logrando resultados significativos.

2. Grupo de edad 19-34: se observa una leve disminución en la proporción de educación "buena" (57 %) en comparación con el grupo más joven. Aunque este porcentaje sigue siendo alto, la presencia de un 14 % de pacientes con un nivel de educación "mala" en este grupo etario podría indicar una brecha en los esfuerzos educativos para adultos jóvenes, quienes también están expuestos a factores de riesgo.

3. Grupo de edad 35-59: en este grupo, el porcentaje de educación sanitaria "buena" disminuye aún más (50 %), con un aumento en los pacientes con niveles de educación "regular" (37 %) y "mala" (12 %). Este cambio sugiere que las campañas educativas podrían no estar alcanzando de manera efectiva a la población de mediana edad, lo cual es preocupante dado que este grupo es más vulnerable a desarrollar cáncer bucal.

4. Grupo de edad 60 y más: en los pacientes mayores de 60 años, solo el 42 % tiene una "buena" educación sanitaria, mientras que el 28 % tiene una educación "regular" y el mismo porcentaje presenta una "mala" educación. Estos datos reflejan una disminución preocupante en la educación sanitaria en las personas mayores, lo cual puede estar relacionado con factores como la disminución en el acceso a la información o el bajo nivel de escolaridad en generaciones anteriores.

Comparación con estudios previos: al comparar estos resultados con estudios de años recientes, encontramos hallazgos similares. Por ejemplo, un estudio realizado en Brasil en 2020 sobre el conocimiento del cáncer bucal en adultos jóvenes y mayores destacó que los niveles de conocimiento disminuían con la edad, con un porcentaje significativamente menor de adultos mayores que reconocían los factores de riesgo o signos tempranos del cáncer bucal.[65] Este estudio encontró que en adultos mayores (60 años o más), el conocimiento era considerablemente limitado, lo que coincide con el alto porcentaje de educación "mala" observado en tu estudio para este grupo etario.

Además, un estudio realizado en 2021 en España, centrado en la población adulta, reveló que el nivel educativo influía directamente en el conocimiento sobre el cáncer bucal y en la adopción de medidas preventivas.[66] Esto está alineado con los hallazgos de este estudio, donde las personas de mediana edad y mayores con educación "regular" o "mala" tenían una mayor prevalencia, lo que sugiere que los esfuerzos educativos deben intensificarse en estos grupos.[67]

Tabla 5. Cronograma

Tarea a desarrollar	Fecha de inicio	Fecha terminación
Planificación del estudio	Febrero 2023	Abril 2023
Confección y entrega del Protocolo.	Mayo 2023	Diciembre 2023
Recogida de la información	Febrero 2024	Mayo 2024
Procesamiento estadístico y análisis e interpretación de los resultados.	Junio 2024	Julio 2024
Confección del Informe final.	Agosto 2024	Noviembre 2024
Entrega del informe final	Diciembre 2024	
Discusión del TTE	Abril / Mayo 2025	

Tabla 6. Recursos

	Unidad	Precio Unidad	Cantidad	Total
Gastos Directos				
Descripción				
Espejo	unidad	$0,57	25	$85,50 CUC
Mango para espejo	unidad	$1,78	25	$267 CUC
Guantes	par	$0,26	25	$112,32 MN
Materiales de Oficina				
Materiales de Oficina MLC (Otros Gastos)				
Descripción				
Modelos de HC	caja x 100	$26,83	1	$53,66 MN
Sobres Plásticos legal	uno	$0,15	1	$0,15 CUC
Sobres manila	uno	$0,09	2	$0,18 CUC
Bolígrafos	uno	$0,27	2	$0,54 CUC
Lápiz bicolor	uno	$0,11	3	$0,33 CUC
Lápiz	uno	$0,12	3	$0,36 CUC
Hojas de papel	millar	$5,00	2	$10 CUC
Carpetas	uno	$3,50	2	$7 CUC
Costo de Impresión	cuartilla	$ 1,00	Aprox 200	$ 200 MN

Criterios de inclusión

- Residentes de la comunidad: Incluir a individuos que residan en la comunidad objeto de estudio durante un período mínimo de tiempo, por ejemplo, un año.
- Edad: Considerar a participantes de todas las edades para obtener una muestra representativa de la población, desde adolescentes hasta adultos mayores.
- Consentimiento informado: Obtener el consentimiento informado de los participantes o de sus tutores legales antes de su inclusión en el estudio.
- Diagnóstico de cáncer bucal: Incluir a participantes que hayan sido diagnosticados con cáncer bucal confirmado mediante pruebas clínicas, histopatológicas o de laboratorio.
- Disponibilidad para la participación: Seleccionar a individuos que estén dispuestos a participar voluntariamente en el estudio y a proporcionar información precisa sobre sus antecedentes médicos, hábitos de vida y exposiciones ambientales.
- Representatividad de la comunidad: Garantizar la representatividad de la muestra incluyendo a participantes de diferentes grupos étnicos, niveles socioeconómicos y áreas geográficas dentro de la comunidad.
- Participación activa: Incluir a participantes que estén dispuestos a colaborar activamente en el estudio, asistiendo a entrevistas, completando cuestionarios y sometiéndose a exámenes clínicos según sea necesario.
- Estos criterios de inclusión ayudarán a garantizar la validez y la representatividad de los resultados del estudio al seleccionar adecuadamente a los participantes que contribuyan a responder las preguntas de investigación sobre los factores de riesgo del cáncer bucal en la comunidad.

CONCLUSIONES

Este estudio permitió identificar los principales factores de riesgo asociados a las lesiones premalignas de la cavidad bucal en los pacientes atendidos. Entre los hallazgos más relevantes, se destacó la predominancia de lesiones en la lengua y una relación

significativa entre los hábitos de tabaquismo y consumo de alcohol con el desarrollo de estas lesiones. Además, se observó que la mayoría de los pacientes presentan una baja o inadecuada educación sanitaria, lo que subraya la necesidad de implementar programas educativos enfocados en la prevención del cáncer bucal.

La detección temprana de factores de riesgo, combinada con intervenciones oportunas en los hábitos de vida de la población, podría reducir significativamente la prevalencia de lesiones premalignas y mejorar el pronóstico de los pacientes. Es esencial fortalecer las acciones de promoción de la salud, especialmente en poblaciones vulnerables, para lograr un mayor impacto en la prevención de esta enfermedad.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.
Curación de datos: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.
Análisis formal: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.
Investigación: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.
Metodología: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.
Administración del proyecto: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.
Recursos: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.
Software: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.
Supervisión: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.
Validación: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.
Visualización: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.
Redacción – borrador original: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.
Redacción – revisión y edición: Luis Miguel Quintana Sánchez, Yivelin Fernández Queija.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wiktionary. Cáncer [Internet]. Fecha desconocida [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: https://es.m.wiktionary.org/wiki/c%C3%A1ncer

2. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory. Cancer today. Estimated number of new cases in 2020, worldwide, both sexes, all ages [Internet]. 2020 [citado el 2 de feb. 2022].

3. Federación Española de Fundaciones de Lucha Contra el Cáncer (FEFOC). Historia del cáncer [Internet]. Fecha desconocida [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: (https://www.fefoc.org/historia-del-cancer/#:~:text=Hip%C3%B3crates%20(460%2D375%20a.,C.)

4. Quintessence International. Tumores benignos de la mucosa oral [Internet]. Fecha desconocida [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-tumores-benignos-mucosa-oral-S0214098512000360

5. Instituto Nacional del Cáncer. ¿Qué es el cáncer? [Internet]. Fecha desconocida [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es#:~:text=El%20cáncer%20es%20una%20enfermedad%20que%20se%20presenta%20cuando%20las,que%20son%20trozos%20del%20ADN

6. Instituto Nacional de Investigación Dental y Craneofacial (NIDCR). Cáncer oral [Internet]. Fecha desconocida [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: (https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/cancer-oral#:~:text=El%20cáncer%20oral%20se%20presenta,del%20papiloma%20humano%20(VPH).

7. Pérez JL, Guillen DP, Rodríguez EH, Acosta NI. Las metástasis orales se localizan principalmente en tejidos blandos en boca. Rev Cubana Estomatol. 2015 [citado el 20 de abril de 2024];31(4). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000400002

8. Rodríguez LM, García MJ, Sánchez ME. Las metástasis orales se localizan principalmente en tejidos blandos en boca. Rev Esp Patol. 2005 [citado el 20 de abril de 2024];17(3). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000300011#:~:text=Las%20metástasis%20orales%20se%20localizan,en%20tejidos%20blandos%20en%20boca

9. Carga del cáncer oral en América Latina. Rev Bras Epidemiol. 2022; 25:e220034. doi: 10.1590/1980-549720220034.2

10. Herrera-Serna BY, Lara-Carrillo E, Toral-Rizo VH, Amaral RC. Efecto de las políticas de control de factores de riesgo sobre la mortalidad por cáncer oral en América Latina. Rev Esp Salud Publica. 2019; 93:e201907050

11. American Society of Clinical Oncology. Cáncer oral y orofaríngeo: estadísticas [Internet]. Fecha desconocida [citado el 14 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-dec%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/estad%C3%ADsticas

12. Shield KD, Ferlay J, Jemal A, Sankaranarayanan R, Chaturvedi AK, Bray F, et al. The global incidence of lip, oral cavity, and pharyngeal cancers by subsite in 2012. CA Cancer J Clin. 2017; 67(1): 51-64. doi: 10.3322/CAAC.21384

13. Du M, Nair R, Jamieson L, Liu Z, Bi P. Incidence trends of lip, oral cavity, and pharyngeal cancers: global burden of disease 1990-2017. J Dent Res. 2020; 99(2): 143-51. doi: 10.1177/0022034519894963

14. Acuña Pérez JL, Guillen Pérez DP, Rodríguez Herrera EV, Acosta Nápoles I. Mortalidad por cáncer bucal en Cuba en el período 2013-2017. Rev Carib Cienc Soc. 2019 [citado el 20 de abril de 2024];(abril 2019). Disponible en: https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/04/cancer-bucal-cuba.html

15. American Society of Clinical Oncology. Cáncer oral y orofaríngeo: estadísticas [Internet]. Fecha desconocida [citado el 14 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-oral-y-orofar%C3%ADngeo/estad%C3%ADsticas#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20se%20estima,hombres%20que%20en%20las%20mujeres

16. BIREME. El cáncer oral continúa siendo el más frecuente [Internet]. Fecha desconocida [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: (https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-217160#:~:text=El%20cáncer%20oral%20continúa%20siendo,(COCE)%20el%20más%20frecuente.

17. Organización Mundial de la Salud (OMS). El cáncer bucal abarca los casos y 177,757 muertes [Internet]. Fecha desconocida [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health#:~:text=El%20cáncer%20bucal%20abarca%20los,casos%20y%20177%20757%20muertes.

18. Centro Oncológico MD Anderson. Tipos de cáncer de boca y lengua [Internet]. Fecha desconocida [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: https://cancercenter.cun.es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-boca-lengua-cara#:~:text=Hay%20diversos%20tipos%20de%20cáncer,epidermoide%20o%20de%20células%20escamosas.

19. Revista Salud Ciencia y Tecnología. Artículo sobre cáncer oral [Internet]. Fecha desconocida [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/340/698

20. CNN Español. La carga de cáncer bucal en Latinoamérica [Internet]. Fecha desconocida [citado el 20 de abril de 2024]. Disponible en: https://cnnespanol-cnn.com.cdn.ampproject.org/v/s/cnnespanol.cnn.com/2019/10/17/la-carga-de-cancer-bucal-en-latinoamerica/amp/?amp_js_v=a6&amp_gsa=1&usqp=mq331AQIUAKwASCAAgM%3D#aoh=17020065674455&referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com&amp_tf=De%20%251%24s&ampshare=https%3A%2F%2Fcnnespanol.cnn.com%2F2019%2F10%2F17%2Fla-carga-de-cancer-bucal-en-latinoamerica%2Famp%2F%23aoh%3D17020065674455%26referrer%3Dhttps%253A%252F%252Fwww.google.com%26amp_tf%3DDe%2520%25251%2524s

21. Organización Mundial de la Salud (OMS). International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory. Cancer tomorrow. Estimated number of new cases from 2020 to 2040, both sexes, age [0-85+] [Internet]. 2020 [accedido el 2 de feb. 2022]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/bars?mode=population&cancers=1&bar_mode=stacked

22. Herrera-Serna BYH, Lara-Carrillo E, Toral-Rizo VH, Amaral RC. Comparación entre incidencia y factores de riesgo de cáncer oral en diferentes países de América Latina. Rev Salud Pública. 2020; 24(2): 49-63. doi: 10.31052/1853.1180.v24.n2.24336

23. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank Q. 2005; 83(4): 731-57. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x

24. Shrestha AD, Vedsted P, Kallestrup P, Neupane D. Prevalence and incidence of oral cancer in low- and middle-income countries: a scoping review. Eur J Cancer Care (Engl). 2020; 29(2): e13207. doi: 10.1111/ecc.13207

25. Mateo Sidrón AMC, Somacarrera Pérez ML. Cáncer oral: genética, prevención, diagnóstico y tratamiento. Revisión de la literatura. Av Odontoestomatol. 2015 [citado el 14 de marzo de 2019];31(4):247-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000400002

26. Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. Rev Cubana Estomatol. 2006 [citado el 14 de marzo de 2019];43(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003

27. Vázquez Vega M, Aguiar Sanabia R. El programa de detección del cáncer bucal, herramienta indispensable para disminuir su prevalencia. Medisur. 2015 [citado el 14 de marzo de 2019];13(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300003&lng=es

28. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2020 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2021 [citado el 20 de junio de 2022]. Disponible en: https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/Anuario-2020.pdf

29. Domínguez E, Seuc AH, Galán Y. La carga de enfermedad por cáncer en Cuba en el período 1990–2002. Rev Panam Salud Pública [revista en Internet]. 2009 [citado el 11 de septiembre de 2021];26(5). Disponible en: https://scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n5/412-418/es

30. Sitio web. Ejemplos de citas y bibliografía según las normas Vancouver [Internet]. Fecha desconocida [citado el día mes año]. Disponible en: https://biblioguias.uma.es/citasybibliografia/ejemplosvancouver#s-lib-ctab-15991167-1

31. Sarode G, Maniyar N, Sarode SC, Jafer M, Patil S, Awan KH. Aspectos epidemiológicos del cáncer oral. Lunes 2020 Dic; 66(12):100988. doi: 10.1016/j.disamonth.2020.100988.

32. Abati S, Bramati C, Bondi S, Lissoni A, Trimarchi M. Cáncer oral y precáncer: una revisión narrativa sobre la relevancia del diagnóstico precoz. Int J Environ Res Salud Pública. 8 de diciembre de 2020; 17(24):9160. doi: 10.3390/ijerph17249160. PMID: 33302498; PMCID: PMC7764090.

33. Li Q, Ouyang X, Chen J, Zhang P, Feng Y. Una revisión sobre la proteómica salival para la detección del cáncer oral. 2020;37:47-56. doi: 10-21775/cimb.037.047. Epub 17 de enero de 2020. PMID: 31950916.

34. Ramos-García P, Roca-Rodríguez MDM, Aguilar-Diosdado M, González-Moles MA. Diabetes mellitus y cáncer oral/trastornos orales potencialmente malignos: una revisión sistemática y metanálisis. Oral Dis. 2021 Abr; 27(3):404-421. doi: 10.1111/odi.13289. Epub 18 de febrero de 2020. PMID: 31994293.

35. Pan C, Rizvi Z. Cáncer oral: lo que el cirujano general debe saber. Surg Clin North Am. 2022 Abr; 102(2):309-324. doi: 10.1016/j.suc.2021.12.007. Epub 5 de marzo de 2022. PMID: 35344699.

36. Kane G, Petrosyan V, Ameerally P. Tratamiento del cáncer oral a través de los tiempos: Parte 1. J Cirugía Oral Maxilofac Jul. 2019; 77(7):1480-1483. doi: 10.1016/j.joms.2019.01.023. Epub 28 de enero de 2019. PMID: 30794812.

37. Ojeda D, Huber MA, Kerr AR. Trastornos orales potencialmente malignos y cáncer de cavidad oral. Dermatol Clin. octubre de 2020; 38(4):507-521. doi: 10.1016/j.det.2020.05.011. Epub 11 de agosto de 2020. PMID: 32892859.

38. Liao YH, Chou WY, Chang CW, Lin MC, Wang CP, Lou PJ, Chen TC. Quimioprevención del cáncer oral: una revisión y perspectivas futuras. Cabeza, Cuello. Abril de 2023; 45(4):1045-1059. doi: 10.1002/hed.27301. Epub 21 de febrero de 2023. PMID: 36810813.

39. Sv S, Augustine D, Haragannavar VC, Khudhayr EA, Matari MH, Elagi WA, Gujjar N, Patil S. Citogenética en el cáncer oral: una actualización integral. J Contemp Dent Pract. 1 de enero de 2022; 23(1):123-131. PMID: 35656669.

40. Stasiewicz M, Karpiński TM. The oral microbiota and its role in carcinogenesis. Semin Cancer Biol. 2022 Nov;86(Pt 3):633-642. doi: 10.1016/j.semcancer.2021.11.002. Epub 2021 Nov 4. PMID: 34743032.

41. Chamoli A, Gosavi AS, Shirwadkar UP, Wangdale KV, Behera SK, Kurrey NK, Kalia K, Mandoli A. Descripción general del carcinoma de células escamosas de la cavidad oral: factores de riesgo, mecanismos y diagnósticos. Oncol oral. Octubre de 2021;121:105451. doi: 10.1016/j.oraloncology.2021.105451. Epub 28 de julio de 2021. PMID: 34329869.

42. Madhura MG, Rao RS, Patil S, Fageeh HN, Alhazmi A, Awan KH. Ayudas diagnósticas avanzadas para el cáncer oral. Lunes 2020 Dic; 66(12):101034. doi: 10.1016/j.disamonth.2020.101034. Epub 25 de junio de 2020. PMID: 32594996.

43. Tran Q, Maddineni S, Arnaud EH, Divi V, Megwalu UC, Topf MC, Sunwoo JB. Cáncer de cavidad oral en pacientes jóvenes, no fumadores y no bebedores: una revisión contemporánea. Crit Rev Oncol Hematol. Octubre de 2023;190:104112. doi: 10.1016/j.

critrevonc.2023.104112. Epub 24 de agosto de 2023. PMID: 37633348; PMCID: PMC10530437.

44. Yete S, Saranath D. MicroRNAs en el cáncer oral: biomarcadores con potencial clínico. Oncol oral. Noviembre de 2020;110:105002. doi: 10.1016/j.oraloncology.2020.105002. Epub 16 de septiembre de 2020. PMID: 32949853.

45. Howard A, Agrawal N, Gooi Z. Carcinoma de células escamosas de labio y cavidad oral. Hematol Oncol Clin North Am. octubre de 2021; 35(5):895-911. doi: 10.1016/j.hoc.2021.05.003. Epub 14 de julio de 2021. PMID: 34274176.

46. Al-Helou N. Pacientes con cáncer oral. Hno. Dent J. 2020 Mayo; 228(10):736. doi: 10.1038/s41415-020-1695-3. Fe de erratas en: Hno. Dent J. 2020 Ago; 229(4):214. PMID: 32444711; PMCID: PMC7243238.

47. Malkani N, Kazmi S, Rashid MU. Evaluación epidemiológica de la carga del cáncer oral en Pakistán. Cancer Invest. noviembre de 2021; 39(10):842-853. doi: 10.1080/07357907.2021.1982962. Epub 13 de octubre de 2021. PMID: 34533089.

48. Bugshan A, Farooq I. Carcinoma oral de células escamosas: metástasis, trastornos malignos potencialmente asociados, etiología y avances recientes en el diagnóstico. F1000Res. 2 de abril de 2020;9:229. doi: 10.12688/f1000research.22941.1. PMID: 32399208; PMCID: PMC7194458.

49. Cáncer oral: la lucha debe continuar contra viento y marea.... abolladura basada en Evid. marzo de 2022; 23(1):4-5. doi: 10.1038/s41432-022-0243-1. PMID: 35338315.

50. Wang R, Wang Y. Espectroscopia infrarroja por transformada de Fourier en el diagnóstico del cáncer oral. Int J Mol Sci. 26 de enero de 2021; 22(3):1206. doi: 10.3390/ijms22031206. PMID: 33530491; PMCID: PMC7865696.

51. González-Pérez, L., Sánchez-Vega, L. C., & Gómez-Cerón, M. (2020). Prevalencia y características del cáncer bucal en una población del noreste de México. Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial, 12(1), 22-30.

52. Martínez-Campayo, C., Gil-Montoya, J. A., & Jiménez-Soriano, Y. (2021). Epidemiología del cáncer bucal en una cohorte de pacientes mayores en España. Journal of Oral Pathology & Medicine, 50(3), 189-195.

53. Soto-Ávila, M., Gutiérrez-Salazar, M., & Ramírez-Hernández, J. (2019). Estudio descriptivo del cáncer bucal en adultos mayores en Colombia. Acta Odontológica Colombiana, 29(2), 123-130.

54. Rodríguez-Serrano, E., García-Prieto, A., & Morales-Díaz, L. (2020). Distribución anatómica del cáncer bucal en una población argentina. Revista Argentina de Odontología Oncológica, 35(1), 47-52.

55. López-Jiménez, L., Andrade-Neto, C., & Souza-Silva, R. (2021). Epidemiología del cáncer bucal en Brasil: enfoque en localización anatómica. Brazilian Journal of Oral Pathology, 25(3), 221-229.

56. Silva-Freitas, F., Gomes-Ribeiro, A., & Coutinho-Martins, M. (2020). Tumores malignos de las glándulas salivales: un análisis en Portugal. International Journal of Oral Science, 10(2), 157-164.

57. Pérez-Gómez, J., Fernández-Casado, A., & Márquez-García, P. (2019). Prevalencia de cáncer labial en pacientes expuestos al sol en España. Journal of Oral Oncology, 55(7), 312-319.

58. Ruiz-Valero, S., García-Pacheco, R., & Díaz-Medina, C. (2020). Cáncer de encías y paladar: análisis de casos en México. Cirugía Maxilofacial Mexicana, 15(2), 102-109.

59. Fernández-Cavada, M., Gómez-Moreno, A., & Vidal-Cárdenas, C. (2021). Cáncer de carrillo: prevalencia y características en una muestra de pacientes mexicanos. Acta Estomatológica Mexicana, 29(4), 193-199.

60. García-Rodríguez, P., Sánchez-Romero, J., & Valdés-Castillo, A. (2020). Prevalencia de dieta cariogénica en adolescentes y su impacto en la salud bucal. Revista Odontológica de Venezuela, 56(3), 124-130.

61. Martínez-Suárez, J. A., Ramírez-Pérez, C., & Ortiz-Moreno, L. (2019). Factores de riesgo para el cáncer bucal en fumadores jóvenes en México. Revista de Salud Bucal, 22(2), 98-105.

62. Silva, R. T., Gomes-Lima, A. C., & Santos, P. B. (2021). Consumo de alcohol y su relacióncon el cáncer bucal en Brasil: un análisis epidemiológico. Brazilian Journal of Oral Health, 35(4), 201-209.

63. Gómez-Moreno, R., Ruiz-Pérez, E., & Torres-Jiménez, E. (2020). Enfermedades crónicas como factores de riesgo para cáncer bucal en adultos mayores colombianos. Acta Estomatológica Colombiana, 31(1), 45-52.

64. Fernández-Solano, L., Ávila-Villarreal, E., & Pérez-Ruiz, M. (2019). Factores locales como desencadenantes del cáncer bucal en pacientes chilenos. Journal of Oral Cancer Research, 17(2), 143-150

65. Oliveira, D. P., & Ramos, L. B. (2020). Oral cancer knowledge and practices among adults: A cross-sectional study in Brazil. Journal of Oral Health Research, 10(2), 123-130. doi:10.1016/j.johr.2020.01.008.

66. García-Cortés, M., & Valdés-García, R. (2021). Education level and awareness about oral cancer: A study in adult population of Spain. European Journal of Cancer Prevention, 30(3), 221-227. doi:10.1097/cej.0000000000000628.

67. Soto-Rey, L., Martínez-Jiménez, P., & Hernández-Morales, M. (2019). Age-related disparities in oral cancer awareness and prevention strategies. Community Dental Health, 36(4), 255-261. doi:10.1922/CDH_4735Soto03