



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

**“LESIONES BUCODENTALES OCASIONADAS POR CONSUMO
DE CIGARRILLO. GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS
CHIMBORAZO, 2019”**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Odontóloga

Autora: Carmita Valeria Sánchez Rodríguez

Tutor: Dr. Cristian David Guzmán Carrasco

Riobamba – Ecuador

2020

PÁGINA DE REVISIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de revisión del proyecto de investigación: “Lesiones bucodentales ocasionadas por consumo de cigarrillo. Grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo, 2019”, presentado por la **Srta. Carmita Valeria Sánchez Rodríguez** y dirigida por el **Dr. Cristian David Guzmán Carrasco**, una vez revisado el proyecto de investigación con fines de graduación, escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, se procede a la calificación del informe del proyecto de investigación.

Por lo expuesto:

Firma:

Dr. Cristian David Guzmán Carrasco

Tutor



Firma

Dra. Xavier Guillermo Salazar Martínez

Miembro del Tribunal



Firma

Dra. Kathy Marilou Llori Otero

Miembro del Tribunal



Firma

CERTIFICADO DEL TUTOR

El suscrito docente-tutor de la Carrera de Odontología, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Chimborazo, Dr. Cristian David Guzmán Carrasco CERTIFICA, que la señorita Carmita Valeria Sánchez Rodríguez con C.I: 0603941022, se encuentra apto para la presentación del proyecto de investigación: “Lesiones bucodentales ocasionadas por consumo de cigarrillo. Grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo, 2019” y para que conste a los efectos oportunos, expido el presente certificado, a petición de la persona interesada, el 29 de julio en la ciudad de Riobamba del año 2020.

Atentamente,



Dr. Cristian David Guzmán Carrasco

DOCENTE – TUTOR DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA

AUTORÍA

Yo, Carmita Valeria Sánchez Rodríguez, portadora de la cédula de ciudadanía número 06039410222, por medio del presente documento certifico que el contenido de este proyecto de investigación es de mi autoría, por lo que eximo expresamente a la Universidad Nacional de Chimborazo y a sus representantes jurídicos de posibles acciones legales por el contenido de esta. De igual manera, autorizo a la Universidad Nacional de Chimborazo para que realice la digitalización y difusión pública de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Carmita Valeria Sánchez Rodríguez

C.I. 0603941022

ESTUDIANTE UNACH

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer de manera especial a mi tutor, Dr. Cristian Guzmán Carrasco por impartirme su sabiduría, guiarme en este proceso trascendental en mi carrera.

A todos mis docentes durante toda la carrera que supieron brindarme sus conocimientos de la mejor manera.

Y a mi querida Universidad Nacional de Chimborazo por permitirme haber estudiado y ahora cumplir mi gran sueño que tuve desde niña ser odontóloga.

Carmita Valeria Sánchez Rodríguez

DEDICATORIA

Sobre todas las cosas a un Poder Superior por hacer un gran cambio en mí, darme sabiduría, salud, manifestarse en cada momento de mi vida y más cuando lo he necesitado. A mi mamá Cesibel que con tanto amor y estar pendiente de mí ha sido y será mi pilar fundamental darme ánimos cuando ya he querido derrotarme, a mi padre Gonzalo por siempre darme todo lo necesario y aún más para poder desarrollarme en mis estudios universitarios, a toda mi familia que durante el transcurso de mis estudios cuidaron de mi hijo mientras yo estudiaba sin ellos no hubiese sido lo mismo mi desempeño en la Universidad, al Grupo AA Chimborazo por abrirme sus puertas y en especial quiero dedicar mi esfuerzo, mis triunfos a mi amado hijo Mateo Sebastián.

Carmita Valeria Sánchez Rodríguez

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
3. JUSTIFICACIÓN	5
4. OBJETIVOS	6
4.1. Objetivo general.....	6
4.2. Objetivos específicos.....	6
5. MARCO TEÓRICO.....	7
5.1. Salud Oral	7
5.2. Epitelio Bucal	7
5.2.1. Epitelio plano estratificado queratinizado.	7
5.2.1.1. Población intrínseca:	7
5.2.1.2. Población extrínseca permanente	9
5.2.1.3. Población extrínseca transitoria	9
5.2.1.4. Epitelio plano estratificado paraqueratinizado.....	9
5.2.1.5. Epitelio plano estratificado no queratinizado.....	9
5.3. Hábitos de consumo de sustancias	10
5.4. Tabaquismo.....	10
5.4.1. Componentes del cigarrillo	11
5.4.1.1. Nicotina.....	11
5.4.1.1.1. Acción de la Nicotina	12
5.5. El consumo de cigarrillo y su influencia en la aparición de lesiones orales.	12
5.6. Fumador.....	12
5.7. Lesiones bucodentales.....	13
5.7.1. Lesiones Elementales de la mucosa oral	13
5.7.1.1. Estudio clínico de la lesión elemental.	14
5.7.1.2. Clasificación de las Lesiones Elementales de la Mucosa.....	14
5.7.1.2.1. Lesiones primarias.....	14

5.7.1.2.2. Lesiones Secundarias	15
5.7.2. Efecto del cigarrillo en la salud de la mucosa oral	17
5.7.1.3. Influencia del cigarrillo en la Inmunidad y la Microflora Oral.....	17
5.7.1.4. Saliva	19
5.7.1.5. Melanosis del fumador	19
5.7.1.6 Estomatitis Nicotínica	19
5.7.1.7. Lengua vellosa negra	20
5.7.1.8. Leucoplasia Oral	20
5.7.1.9. Cáncer Oral	21
5.7.2. Lesiones No Cariosas.....	21
5.7.2.1. Erosión Dental.....	22
5.7.2.2. Abrasión.....	22
5.7.2.3. Atrición	23
5.7.2.4. Abfracción.....	24
6. METODOLOGÍA	25
6.1. Tipo de investigación	25
6.2. Diseño de la investigación	25
6.3. Población de estudio.....	25
6.4. Muestra.....	25
6.5. Técnicas e instrumentos	25
6.6. Criterios de Inclusión	26
6.7. Criterios de exclusión.....	26
6.8. Cuestiones éticas	27
6.9. Intervenciones	27
6.10. Operacionalización de variables	30
6.10.1. VI: Consumo de cigarrillo	30
6.10.2. VD: Lesiones bucodentales	30

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS	31
8. DISCUSIÓN	53
9. CONCLUSIONES	56
9. RECOMENDACIONES	58
10. ANEXOS	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nro. 1. Lesión en función del hábito de consumo de cigarrillo	32
---	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 1. Alfa de Cronbach.....	26
Tabla Nro. 2. Lesión en función del hábito de consumo de cigarrillo	31
Tabla Nro. 3. Presencia del lesiones primarias y secundarias de acuerdo con el hábito de fumar por grupos de edad.....	33
Tabla Nro. 4. Prevalencias por lesiones en la mucosa.....	34
Tabla Nro. 5. Edad de primeros contactos con el cigarrillo y su aparición de lesiones en la mucosa oral.....	35
Tabla Nro. 6. Aparición de lesiones en mucosa oral de acuerdo con la edad de comienzo del consumo por grupos de edad.	36
Tabla Nro. 7. Cantidad de cigarrillos consumidos al día y aparición de lesiones primarias y secundarias de la mucosa oral.	37
Tabla Nro. 8. Número de cigarrillos consumidos diarios y aparición de lesiones en mucosa oral por grupos de edad.	38
Tabla Nro. 9. Aparición de lesiones en mucosa oral de acuerdo a la frecuencia de consumo por sexo.	39
Tabla Nro. 10. Aparición de lesiones en mucosa oral de acuerdo con la frecuencia de consumo de cigarrillo por grupos de edad.	40
Tabla Nro. 11. Antecedentes personales y familiares de cáncer y aparición de lesiones en mucosa oral por sexo.....	41
Tabla Nro. 12. Antecedentes personales y familiares de cáncer y aparición de lesiones en mucosa oral de acuerdo con los grupos etarios.	43
Tabla Nro. 13. Lesiones en mucosa oral relacionados con tabaco y presencia de morbilidades según el sexo.....	44
Tabla Nro. 14. Lesiones en mucosa oral y presencia de otra enfermedad a causa del tabaco de acuerdo a grupos de edad.....	45
Tabla Nro. 15. Lesiones no cariosas por sexo, grupos de edad fumando.	46
Tabla Nro. 16. Lesiones no cariosas por sexo y tiempo de hábito de fumar.....	48
Tabla Nro. 17. Cantidad de cigarrillos al día y lesiones no cariosas por sexo.	50

Tabla Nro. 18. Prueba Chi-cuadrado Hipótesis 1	51
Tabla Nro. 19. Prueba Chi-cuadrado Hipótesis 2	52

ÍNDICE DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía Nro. 1.	Muestreo.....	28
Fotografía Nro. 2.	Historia clínica.....	28
Fotografía Nro. 3.	Encuesta	29
Fotografía Nro. 4.	Tabulación.....	29

RESUMEN

El consumo de cigarrillo se considera un problema de salud pública presentando varias repercusiones a nivel oral, ante ello se plantea el presente estudio para identificar las lesiones bucodentales en relación con el consumo de cigarrillo en los pacientes del Grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo. Este proyecto de investigación fue de tipo descriptivo, de cohorte transversal y de tipo observacional. La muestra estuvo conformada por 43 personas mediante los criterios de exclusión de pacientes con enfermedades inmunes y apartando las lesiones cariosas puesto que se limitó a observar las historias clínicas resultando imposible saber la ubicación y dimensión de estas, así también incluyendo a todos aquellos pacientes que reportaron tener un hábito de consumo mínimo de 3 años y contaban con un seguimiento del odontólogo tratante. Como técnica para el muestreo se realizó la observación y encuesta; y como instrumento se empleó una lista de cotejo (Historia Clínica) y el cuestionario. Los resultados mostraron estadísticamente que la lesión primaria más encontrada fue mácula (11,60%), seguida de pápula (9,30%), masa (7%), placa (4,70%) y vesícula (2,30%). Referente a las lesiones secundaria la más diagnosticada fue la costra (16,30%) la erosión se evidenció (4,70%) y la úlcera (2,30%). La lesión no cariosa más recurrente fue la atrición (14%), seguido de erosión (9,30%) y abrasión (4,70%). Se concluyó que en este determinado grupo de personas no existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones en la mucosa oral, las lesiones no cariosas y el consumo de cigarrillo ($p=0,293$; $p=0,563$).

Palabras clave: Lesiones no cariosas, Lesiones mucosa oral, Patologías orales, Consumo de cigarrillo.

ABSTRACT

Cigarette consumption is considered a public health problem that has several repercussions at the oral level. This study was conducted to identify oral lesions related to cigarette consumption in patients at Alcoholic Anonymous Group Chimborazo. This research was a descriptive type, transversal with an observational type. The sample was made up of 43 people using the criteria of exclusion of patients with immune diseases and setting aside carious lesions. Nonetheless, the research focused on observing the clinical histories, making it impossible to know the location and size of these, as well as including all those patients who reported having a minimum 3-year consumption habit. Also, they had been receiving dental care treatment. The employed research techniques were sampling, observation and survey. The instrument was a checklist (Clinical History) including a questionnaire. The results showed statistically that the most common found primary lesion was macula (11.60%), followed by papule (9.30%), mass (7%), plaque (4.70%) and vesicle (2.30%). Regarding secondary lesions, the most diagnosed was scab (16.30%), erosion was evident (4.70%) and ulcer (2.30%). The most recurrent non-carious lesion was the attrition (14%), erosion (9.30%) and abrasion (4.70%). We concluded that in this group of people there is no statistically significant association between the presence of lesions in the oral mucosa, non-carious lesions and cigarette consumption ($p=0.293$; $p=0.563$).

Key words: Non-carious lesions, Oral mucosa lesions, Oral pathologies, Cigarette consumption.

Reviewed and corrected by: Amijos Monar Jacqueline



1. INTRODUCCIÓN

La investigación que se presenta aborda la problemática del hábito de fumar en relación a la aparición de las lesiones bucodentales, el tabaquismo constituye un problema de salud pública, según la OMS en personas mayores de 14 años en el año 2000 el porcentaje de consumo en hombres fue del 35.1% y mujeres el 22% en el mundo, considerando que la misma produce adicción por la presencia de componentes como la nicotina; su consumo conlleva como efecto un sinnúmero de patologías que se manifiestan en el aparato estomatognático.⁽¹⁾⁽²⁾

El tabaquismo constituye una importante predisposición para el desarrollo del cáncer, aproximadamente el 50% en hombres y un 20% en mujeres, también se ha relacionado con la aparición de cardiopatía coronaria, enfermedad pulmonar, entre otras.⁽³⁾ Por consiguiente la cavidad bucal se encuentra asociada a un sinnúmero de lesiones de la mucosa dental y oral al encontrarse expuesta directamente al humo del cigarrillo.⁽⁴⁾

Para analizar esta problemática es necesario conocer que la boca está estrechamente ligada al consumo del cigarrillo al ser éste el punto de entrada al organismo, sitio donde se evidencia lesiones bucodentales que pueden llegar a desarrollar diferentes enfermedades entre ellas el cáncer oral, por otra parte entre las lesiones dentales se presenta las del tipo no carioso que se describen como el desgaste dental cuyo proceso conlleva a la destrucción del esmalte y la dentina entre las que se puede citar: Abfracción, Abrasión, Atrición, y Erosión.⁽⁵⁾

Son varios los efectos adversos que se han evidenciado como resultado de los componentes del cigarrillo en la salud, los mismos que tienen relación con la edad de inicio de consumo, frecuencia, entre otros.⁽⁶⁾ Los componentes tóxicos que posee el cigarrillo son principalmente la nicotina, el dióxido de carbono, el monóxido de carbono, gases irritantes como son el formaldehído, cetaldehído, ácido cianhídrico, acroleína; sustancias cancerígenas en la que se destacan hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP), derivados fenólicos y radicales libres, las nitrosaminas, óxido nítrico, peróxido, y el hidroxilo, entre otros componentes.⁽⁷⁾

El interés del presente estudio se orienta al aspecto profesional porque a través de su difusión busca dar a conocer a potenciales grupos de riesgo como alcohólicos, fumadores y posibles consumidores jóvenes sobre las principales consecuencias que tiene el hábito de fumar en su salud oral. El presente trabajo a nivel académico deja nuevas líneas de investigación

acerca del tema para posteriores estudios. En el ámbito de la formación profesional el futuro odontólogo debe conocer las lesiones orales que presentan los fumadores y así poder diagnosticar de manera eficaz y oportuna lesiones pre malignas que desarrollan diferentes patologías.

En la metodología se realizó una investigación de campo de tipo descriptivo, fue factible mediante la colaboración por parte del odontólogo tratante que donó las historias clínicas del Grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo con un total de 43 historias odontológicas, con la aplicación de un cuestionario validado mediante el Alfa de Cronbach, con su base de fundamentación teórica.

El principal objetivo de este estudio es identificar las lesiones bucodentales ocasionadas por consumo de cigarrillo en pacientes del Grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo de la ciudad de Riobamba.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a una investigación realizada por Andreasen y colaboradores las lesiones de mucosa oral afectan entre el 25% al 50% de las personas, dependiendo del diseño metodológico empleado y la población estudiada, así como la categorización de las lesiones que varían de un estudio a otro.⁽⁸⁾ Los Estudios epidemiológicos permiten entender los contextos de incidencia, prevalencia y gravedad de las lesiones orales en poblaciones específicas pero su frecuencia de publicación resulta carente respecto a este problema.⁽⁹⁾ Siendo las lesiones más frecuentes en la mucosa yugal, la región sublingual y los labios.⁽⁸⁾

El odontólogo identifica macroscópicamente mediante el examen clínico algunas manifestaciones características de cada patología que afecta la mucosa. La lesión es el signo más simple de una enfermedad, que cuenta con manifestaciones propias como distribución, localización y número, que orientan hacia el diagnóstico,⁽¹⁰⁾ las lesiones orales pueden manifestarse antes que otro signo en cualquier parte del cuerpo.⁽¹¹⁾

Las lesiones de la mucosa oral se clasifican en aquellas que se desarrollan sobre mucosa sana conocidas como primarias entre las que se presenta mácula, pápula, eritema, nódulo, vesícula, pústula, placa, ampolla entre otras y las secundarias, que aparecen previo a una lesión primaria como son úlcera, erosión, fisura, fístula, costra, escara, cicatriz, etc.⁽¹⁰⁾ Su etología es diversa puesto que al tener un sinergismo con el alcohol y otras sustancias produce las diversas lesiones, mismas que están constituidas por: infecciones ocasionadas por bacterias, virus, hongos, parásitos, cambios en el sistema inmunológico, traumatismos, irritantes físicos o térmicos (cigarrillo), enfermedades sistémicas, además de factores de envejecimiento.⁽⁹⁾

Los fumadores son pacientes que requieren atención eficaz puesto que el hábito de consumir cigarrillo constituye una causa predisponente para diversas enfermedades, por ello pueden presentar cambios nocivos en la cavidad bucal por lo que sus componentes alteran el microambiente de ésta y constituyen un factor para el desarrollo de lesiones orales.⁽¹²⁾

La membrana semipermeable como es considerada la mucosa oral entra en contacto con varias sustancias entre ellas los componentes del humo del cigarrillo, cuyo principal aditivo es la nicotina misma que es absorbida y de esta manera genera importantes cambios estructurales en su biología y arquitectura bucal.⁽¹³⁾

La Sociedad Estadounidense del Cáncer y Vital Strategies menciona que el consumo excesivo de cigarrillo es uno de los problemas que más afectan a la sociedad teniendo consecuencias mortales, indica que el consumo mundial del cigarrillo desde hace muchas décadas atrás alcanzaba los 5 trillones de consumidores al año y para el 2000 este número de consumidores alcanzó los 6 trillones, considerando al territorio de China como el mayor consumidor seguido de la Unión Europea.⁽¹⁴⁾ En Estados Unidos según la OMS mueren alrededor de 430.000 personas al año relacionado al consumo de tabaco. En América Latina y el Caribe el tabaquismo ha ocasionado 150.000 fallecidos cada año y aumenta en un ritmo constante.⁽⁷⁾

De acuerdo a esto en Colombia se destaca un estudio desarrollado en el año 2016 en el cual se evidenció una prevalencia de lesiones de la mucosa bucal del 43 % en personas consumidoras de cigarrillo.⁽¹⁵⁾

Para el año 2012, el 22,7% de los ecuatorianos tenían el hábito de fumar, de esta manera se identificó que fue más alto el consumo en hombres que en mujeres, en una proporción de 4 a 1.⁽¹⁶⁾ Asimismo, según un estudio elaborado por la Fundación Mundial del Pulmón y la Sociedad Americana contra el cáncer en Ecuador en adolescentes y adultos varones, quienes consumían cigarrillo se obtuvo un porcentaje del 23%; al contrario en las mujeres adolescentes fue del 18,1% y en las adultas el 5,8%.⁽¹⁷⁾ Estos datos son palpables como lo indica el estudio reportado por ⁽¹⁸⁾ en la ciudad de Riobamba en el que se analizó la presencia del bruxismo en pacientes del grupo de Alcohólicos Anónimos; no se ha evidenciado la publicación de estudios referentes a lesiones bucodentales a partir del consumo del cigarrillo en este tipo de pacientes cuya característica y estilo de vida puede determinarse como un factor clave en su salud oral.

3. JUSTIFICACIÓN

La relevancia del presente trabajo radica en relacionar el impacto que provoca en la salud oral el hábito de consumir cigarrillo en un grupo de alto riesgo, así como la problemática que influencia la salud pública y las lesiones producto de este mal hábito.

De igual forma se considera una necesidad de vital importancia recabar información en torno a los daños que este hábito nocivo provoca en la cavidad bucal, mediante la difusión de este proyecto de investigación se pretende concientizar a la población sobre las afecciones que sumado a una inadecuada higiene oral puede tener consecuencias a corto y mediano plazo, porque el tabaquismo es un hábito de potencial peligro.

El conocer qué tipo de lesiones presentan los consumidores de cigarrillo sirve para que el investigador provea de información necesaria a las personas que se encuentran en los centros de rehabilitación, clínicas, programas o grupos de Alcohólicos Anónimos, como los principales beneficiarios directos, así como los estudiantes de odontología que contarán con la información proporcionada a raíz de este estudio, asimismo se podrá abrir nuevas líneas de investigación al respecto.

Considerando la problemática el estudio puede establecer la necesidad de generar medidas preventivas y motivar a los estudiantes de la universidad a brindar charlas y talleres promoviendo el abandono de este hábito y el cuidado de la salud bucal.

El desarrollo de este proyecto de investigación se muestra relevante puesto que se basa en los lineamientos de la investigación, fue viable gracias a la información recabada de las historias clínicas, además de las encuestas, con la colaboración y tutoría de un especialista en el área de patología oral que permitió tener información acorde a las necesidades del presente estudio.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- Identificar las lesiones bucodentales en relación al consumo de cigarrillo en pacientes del Grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo.

4.2. Objetivos específicos

- Relacionar la frecuencia de consumo de cigarrillo con la aparición de lesiones primarias y secundarias en la cavidad oral.
- Determinar la prevalencia de las lesiones de los tejidos blandos a nivel de la cavidad oral.
- Distinguir el tipo de lesión no cariosa con más prevalencia ligado al consumo de cigarrillo.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Salud Oral

La salud oral está estrechamente ligada con la calidad de vida y bienestar a partir de las determinaciones psicosociales, funcionales y económicas afectando nutrición, dieta, estado psicológico, sueño e interactúa en los medios social, laboral y escolar.⁽¹¹⁾

Para preservar la salud bucal se debe conocer sobre prácticas y hábitos de higiene oral; los mismos que constan de un cepillado diario de dientes, uso de hilo dental y enjuague bucal, buscando eliminar la placa que se haya formado, siendo el odontólogo quien motiva al desarrollo de conductas saludables, evitando así la formación de lesiones y enfermedades del aparato estomatognático.⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

5.2. Epitelio Bucal

El epitelio que integra la mucosa oral se caracteriza por ser plano estratificado queratinizado y no queratinizado. Las células del epitelio están formando una barrera funcional entre el medio bucal y el tejido conectivo, puesto que están estrechamente unidas entre sí.⁽²¹⁾

5.2.1. Epitelio plano estratificado queratinizado.

Consta de 2 tipos de poblaciones de células:

La población intrínseca formada por los queratinocitos con el 90%, la extrínseca integrada por células permanentes representadas por el 9 % y una población transitoria que representa el 1%. Las permanentes son las denominadas células claras o dendríticas entre las que se destacan las células de Merkel, melanocitos y a las células de Langerhans La transitoria formada por linfocitos, monocitos y granulocitos.⁽²¹⁾⁽²²⁾

5.2.1.1. Población intrínseca:

Queratinocitos: son células que están destinadas a queratinizarse, migran desde la parte más profunda hacia la superficie transformándose en una célula especializada. Se agrupan formando cuatro capas:⁽²¹⁾

- Basal
- Espinoso
- Granuloso

- Córneo

Estrato germinativo o basal: sus células son cúbicas o cilíndricas con el núcleo redondo u oval y su citoplasma es basófilo. Los queratinocitos de esta capa se unen mediante hemidesmosomas y punto de anclaje a la membrana basal.⁽²²⁾ Es responsabilidad de los queratinocitos la síntesis de la lámina basal. En esta capa se pueden encontrar las células de Merkel, melanocitos y las células de Langerhans.⁽²¹⁾

Estrato espinoso: constituido por algunas capas de queratinocitos, con células de forma poligonal presentan núcleo pequeño redondeado, citoplasma ligeramente basófilo y cromatina laxa. Los citoplasmas celulares poseen gran cantidad de glucógeno, lo cual es características de las células que están en vías de queratinización. En este estrato se puede observar células de Merkel y de Langerhans.⁽²¹⁾

Estrato granuloso: está formado por dos o tres capas de células, cuyo tamaño es más grande y su forma es plana o escamosa,⁽²²⁾ el núcleo es pequeño con cromatina densa. El citoplasma está lleno de gránulos de queratohialina intensamente basófilos.⁽²²⁾ Además en este estrato se evidencia la presencia de los cuerpos de Odland que son organoides pequeños de forma redonda u ovalados con un diámetro de 100 a 300 nm. Esta zona es la que hace el comienzo de la degeneración del núcleo y del resto de los organoides celulares.⁽²³⁾

Estrato córneo: formado por células planas, no presenta núcleo y su citoplasma es acidófilo, por lo que éstas células toman el nombre de corneocitos y se caracterizan por no presentar gránulos de queratohialina y carecer de organoides. El citoplasma puede encontrarse de 2 formas: formando haces de filamentos de una forma total denominado corneocitos densos o asimismo en una forma parcial conocidos como corneocitos claros.⁽²¹⁾ La célula queratinizada se hace resistente a daños químicos y mecánicos puesto que se forma en una especie de escama deshidratada y compacta. En este estrato de células puede haber hasta 20 capas de escamas además que su membrana plasmática se le encuentra más gruesa que en las células de las capas más profundas.⁽²³⁾

5.2.1.2. Población extrínseca permanente

Melanocitos: células claras con núcleo pequeño, una de sus características es que tienen gránulos de melanina y aparato de Golgi desarrollado, su cuerpo está ubicado en el estrato basal y citoplasma redondeado cuyas prolongaciones son alargadas. En su inicio los gránulos carecen de melanina y se denominan pre- melanosomas, conforme van madurando se forman gránulos densos con melanina llamados melanosomas, los mismos que son transferidos a los queratinocitos para lograr así una pigmentación homogénea y suministro de melanina. Existe aproximadamente un melanocito cada diez queratinocitos. El color de la mucosa bucal no sólo se debe a la presencia del pigmento de melanina, sino también a la oxihemoglobina, pigmentos exógenos y endógenos.⁽²¹⁾

Células de Merkel: son células claras del epitelio oral, no poseen prolongaciones, son propias del estrato basal, presentan pequeños gránulos de forma esférica y en su núcleo tiene una invaginación profunda.⁽²¹⁾

Células de Langerhans: poseen gránulos de forma bastoniforme. Su función es presentadora de antígenos iniciando una respuesta rápida inmumológica. Se le suma también la capacidad de limitar la proliferación de agentes infecciosos. Derivan del mesénquima y pertenecen al sistema fagocítico mononuclear.⁽²¹⁾

5.2.1.3. Población extrínseca transitoria

Granulocitos, linfocitos y monocitos: éstas células pueden o no estar presentes en el epitelio bucal.⁽²¹⁾

5.2.1.4. Epitelio plano estratificado paraqueratinizado.

Presenta organelos parcialmente lisos, núcleo con cromatina densa y células acidófilas en el estrato superficial, característica que difiere del epitelio queratinizado, por lo que las demás capas son similares.⁽²³⁾

5.2.1.5. Epitelio plano estratificado no queratinizado.

La principal diferencia con el epitelio queratinizado es que no presenta capa superficial córnea y estrato granuloso. Está compuesto por 3 capas: basal, intermedia y superficial.⁽²¹⁾

Basal: compuesta por células parecidas a las mencionadas anteriormente.⁽²³⁾

Intermedia: sus células son de forma poliédrica con núcleo redondo de cromatina laxa con un citoplasma poco basófilo el mismo que posee glucógeno, además están unidas mediante desmosomas⁽²¹⁾.

Superficial: capa formada por células aplanadas, con núcleo de aspecto normal, ubicadas de tal manera que producen una superficie la cual no es flexible para soportar las fuerzas de compresión y distensión.⁽²³⁾

5.3. Hábitos de consumo de sustancias psicoactivas

La OMS define a toda sustancia química (natural o sintética) cuyo uso ocasiona alteración en el sistema nervioso central provocando consecuencias físicas, psicológicas, tóxicas, neurobiológicas y sociales como sustancia psicoactiva la misma que es introducida por una persona por cualquier vía ya sea por medio de ingestión, inhalación, intramuscular o endovenosa.⁽²⁴⁾

Entre la prevalencia de hábitos de consumo se tiene: el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, puesto que el acceso a drogas, tanto legales como ilegales, es cada vez más fácil para sus consumidores. Asimismo, se ha observado una estrecha relación entre el consumo de diversas sustancias al mismo tiempo.⁽²⁵⁾

La literatura reporta que existe un alto índice en el comienzo de consumo de cigarrillo, alcohol y drogas en la adolescencia. Asimismo, variables como: estructura familiar, nivel socioeconómico, el consumo de los familiares, vivir en barrios inseguros, comportamientos antisociales, conducta agresiva, entre otras, juegan un papel importante para motivar al consumo.⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾

5.4. Tabaquismo

El tabaquismo, es un trastorno adictivo crónico,⁽²⁹⁾ con componentes psicológicos, sociales y físicos, considerada una causa predisponente en el desarrollo de patologías derivadas o que tienen íntima relación con el consumo crónico del cigarrillo, entre las que pueden ser pulmonares, cardiovasculares, un mayor riesgo de contraer lesiones orales, enfermedades periodontales, pérdida de dientes, falla de implantes dentales y predisposición al cáncer oral. El cigarrillo está ligado a la muerte anual de 5 millones de personas, así también se reporta que muere 1 de cada 10 adultos en el mundo.⁽³⁰⁾⁽³¹⁾

5.4.1. Componentes del cigarrillo

El humo del cigarrillo es considerado un aerosol heterogéneo que se produce por la combustión completa de la hoja del tabaco a una temperatura que bordea los 1 000 ° C junto con papel y varios aditivos. Por lo tanto, los fumadores aspiran componentes del humo del tabaco por medio de los alvéolos y vías respiratorias, de esta manera entran en circulación y se distribuyen en general a todo el organismo.⁽⁷⁾

En el humo que produce la combustión de las hojas del tabaco existen más de 4000 sustancias químicas.⁽³²⁾ De ellas, según estudios de la Food and Drug Administration en el año 2012 publicó una lista de 93 sustancias tóxicas para el ser humano.⁽³³⁾

Entre las sustancias nocivas que se encuentran en el tabaco tenemos: la nicotina, el monóxido de carbono (CO), el dióxido de carbono (CO₂), gases irritantes como el formaldehído, acroleína, cetaldehído, ácido cianhídrico.⁽⁷⁾

Sustancias cancerígenas entre las que podemos encontrar a los grandes grupos como: N – nitrosaminas, hidrocarburos aromáticos policíclicos entre los destacados el benzopireno, aldehídos, aminas aromáticas y metales como el plomo, níquel y polonio. Por otro lado, los primeros carcinógenos comprobados por su presencia en ambientes industrializados fueron las nitrosaminas. Asimismo, el acetaldehído y el formaldehído son también carcinógenos comprobados por experimentos en laboratorios. Todas estas sustancias producen daños en el ADN y apoptosis celular. Al encontrarse de una manera crónica la exposición a los compuestos del cigarrillo es imposible evitar daños en los genes responsables de los procesos celulares.⁽³⁴⁾

5.4.1.1. Nicotina

La nicotina, un alcaloide proveniente de la planta *Nicotiana Tabacum* es considerada una sustancia psicoactiva además que tiene un efecto conductual, Es un veneno usado en insecticidas y en bajas concentraciones produce estimulación por lo que hace adictivo al tabaco.⁽³⁵⁾

En el cigarrillo se encuentra en un porcentaje de 1 a 2 % es decir que un tabaco normal de 1 gramo contiene de 10 a 20 miligramos de nicotina; de la misma forma se conoce como una droga capaz de producir en el consumidor una fuerte dependencia química. Por lo tanto a dosis bajas es psicoestimulante actúa mejorando la concentración, capacidad mental, y a dosis altas tiene un efecto sedante.⁽³⁵⁾

5.4.1.1.1. Acción de la Nicotina

El cigarrillo al ser inhalado mediante la función pulmonar ingresa al torrente sanguíneo gracias a los alvéolos lo que produce un aumento en la adrenalina por las glándulas suprarrenales, y como efecto un aumento en la frecuencia cardíaca de 10 a 20 latidos por minuto, produce un alivio en la depresión menor puesto que estimula al estado de ánimo de la persona, disminuye el trabajo del páncreas y además aumenta la presión arterial de 5 a 10 milímetros de mercurio.⁽³⁶⁾

5.5. El consumo de cigarrillo y su influencia en la aparición de lesiones orales.

El consumo de cigarrillo produce afecciones orales de diferente tipo, actúa reduciendo la actividad funcional de los macrófagos y linfocitos en la saliva, uno de los componentes que genera más daños es la nicotina misma que produce la vasoconstricción por la liberación de adrenalina al contacto con el organismo, en las glándulas suprarrenales, y en las paredes de los vasos arteriales de la noradrenalina; además, disminuye los nutrientes y oxígeno de los tejidos generando como efecto una microcirculación gingival y menor tendencia al sangrado gingival.⁽³⁷⁾

Varios estudios confirman que el consumir cigarrillo interviene en las defensas de la mucosa oral por consiguiente a ser un factor de riesgo relevante para el desarrollo de lesiones orales puesto que ve alterado el sistema inmunológico antitumoral de la mucosa bucal. Asimismo, en los consumidores de cigarrillo se presenta una predisposición para infecciones por *Candida albicans*. Siendo una de las sustancias más tóxicas, la nicotina, puede estimular la diferenciación anormal de los queratinocitos epidérmicos en la membrana de la mucosa y provocando la aparición de lesiones blancas en la boca, además induce a la apoptosis y puede causar efectos tóxicos directos sobre algunas células.⁽³⁸⁾

Por lo tanto, el epitelio oral juega un papel importante al proteger y cuidar de los efectos a los tejidos subyacentes de los tóxicos inhalados de la nicotina como son: respuestas inflamatorias, estrés oxidativo, etc.⁽³¹⁾

5.6. Fumador

Se define como aquella persona que ha fumado por lo menos un cigarrillo en los últimos seis meses.⁽³⁹⁾ Según la identidad del fumador es un factor que intensifica el consumo de tabaco, además de otras causas relevantes, como por ejemplo expectativas de tabaquismo, los motivos de fumar y búsqueda de novedades.⁽⁴⁰⁾

Según Londoño, Rodríguez y Gantiva presentan la escala de clasificación de los fumadores en leves, moderados y severos:

- a) Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios.
- b) Fumador moderado: consumo de un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios.
- c) Fumador severo: consume más de 16 cigarrillos por día en promedio.⁽⁴¹⁾

5.7. Lesiones bucodentales

5.7.1. Lesiones Elementales de la mucosa oral

La cavidad oral dispone de una gran variedad de entidades o respuestas patológicas que involucran cambios anatómicos y por consecuencia estados patológicos; también se encuentra frecuentemente sujeta a modificaciones ya que diferentes factores irritantes actúan sobre la mucosa como es en este caso el consumo del cigarrillo; la edad también constituye un modificador influyendo en el estado de salud y enfermedad del paciente por su modificación en los tejidos, puede adicionalmente tener ciertas manifestaciones por enfermedad sistémica, además de traumas ocasionados por prótesis, higiene, elementos dietéticos, factores correspondientes a efectos irritantes o alérgicos al material con que fue elaborado, presencia de microorganismos por infecciones que establecen manifestaciones locales producto de los factores sistémicos; cada paciente puede tener procedimientos diagnósticos y terapéuticos individuales.⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾

La lesión de la mucosa oral se define como cualquier alteración anormal del aspecto, color, edema o pérdida de integridad de la superficie de la mucosa oral que pudiendo ser benignos y malignos. Pueden interferir en la calidad de vida diaria de los pacientes provocando dificultad en el habla, masticación y deglución además de percibir síntomas de irritación, dolor y ardor.⁽⁴⁵⁾

Los factores causantes incluyen infecciones ocasionadas por bacterias, hongos, virus, parásitos entre otros, la pobre higiene oral, irritantes físicos y térmicos como el tabaquismo, cambios en el sistema inmunológico, enfermedades sistémicas, traumatismos, además de factores de envejecimiento desempeñan un papel importante para que surjan las lesiones de la mucosa.⁽⁹⁾⁽⁴⁶⁾

5.7.1.1. Estudio clínico de la lesión elemental.

El diagnóstico de las lesiones de la mucosa oral es un componente esencial de un examen oral completo,⁽⁴⁷⁾ se lo realiza por medio de la palpación y exploración; necesitando ciertas lesiones su estudio microscópico para llegar al diagnóstico definitivo. Para un diagnóstico de lesiones sospechosas de malignidad debe incluirse exámenes periódicos de salud de personas con exposición al tabaco, especialmente en personas de edad avanzada. Una vez que ha sido identificada la lesión, se debe estudiar su estructura y distribución⁽⁴⁸⁾

Las lesiones orales pueden asemejarse mucho a unas a otras; por lo tanto, es importante que el profesional sea apto para diferenciar las características distintivas, para brindar un diagnóstico diferencial entre una lesión benigna y maligna.⁽⁴⁹⁾

5.7.1.2. Clasificación de las Lesiones Elementales de la Mucosa

Se clasifican según:

Su presentación en la mucosa.

- **Primarias:** son las lesiones producidas por un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte de la mucosa sana producida por un daño externo o interno.⁽⁴⁸⁾⁽⁵⁰⁾
- **Secundarias:** son aquellas que se presentan en una mucosa previamente lesionada.⁽⁴⁸⁾

5.7.1.2.1. Lesiones primarias

Lesiones pigmentarias:

Mácula: Lesión plana circunscrita de la mucosa que muestra una coloración diferente al resto de tejido, ya sea por alteración en los vasos sanguíneos, variaciones en la melanina o factores exógenos, no es palpable y se diferencia de la mancha porque mide menos de 1 cm.⁽¹¹⁾⁽⁵¹⁾

Lesiones que provocan relieve en la mucosa:

Placa: se presenta como lesiones elevadas de evolución crónica, superficie lisa o rugosa, contorno definido, diámetro mayor a 0.5 centímetros. Habitualmente presentan un color blanco. Su etiología se da como defensa del epitelio frente a una injuria directa de esta manera limita esta zona mediante un engrosamiento. Los cambios en el epitelio están dados por hiperqueratosis y acantosis. Sus factores etiológicos más comunes son: acción de rayos solares, tabaquismo, restauraciones que provocan roce continuo.⁽¹⁰⁾

Eritema: lesión producida por rompimiento de los vasos capilares y daño en los vasos linfáticos.⁽⁵²⁾

Lesiones elevadas de consistencia firme:

Pápula: Son lesiones pequeñas del epitelio, bien delimitadas, no sobrepasan los 0.5 cm. Su superficie puede ser plana, redondeada, puntiaguda (acuminada) o deprimida (umbilicada). Poco frecuentes en la cavidad oral, desaparecen sin dejar cicatriz. Se pueden encontrar solitarias o agrupadas, siempre rodeadas de mucosa sana.⁽¹⁰⁾

Nódulo: Una lesión sólida elevada que no contiene líquido, localizada en la submucosa, de más de 0.5 cm y menor de 2 cm de diámetro, al desaparecer dejan una cicatriz. No son muy frecuentes en boca.⁽¹¹⁾⁽¹⁰⁾

Masa: Conocida también como tumor definida como crecimientos circunscritos, de evolución crónica, que tienen la tendencia al aumento de volumen indefinidamente.⁽¹⁰⁾

Lesiones de contenido líquido:

Vesícula: constituye una lesión pequeña, circunscrita, elevada, semiesférica y caracterizada por ser una acumulación de líquido en el epitelio, miden hasta 0.5 cm, ubicadas en la mucosa o en la piel; en la boca están situadas en la mucosa que reviste al hueso. Por lo general están agrupadas en ramilletes, desaparecen sin dejar cicatriz.⁽⁵³⁾⁽¹⁰⁾

Ampolla: conocida también como flictena o bula, es una lesión elemental primaria de relieve, circunscrita y de contenido líquido, con un diámetro mayor a 0.5 cm, unilocular que al pincharse se vacía totalmente. Su estructura está dada por un techo, base y contenido. Su base representa un área erosiva, el techo se transformará en escamas y su contenido líquido conjuntamente con los restos celulares en costra.⁽⁵⁴⁾

Pústula: son acumulaciones circunscritas de pus, constituida por suero y leucocitos, pueden ser lesiones primarias o secundarias, su tamaño varía desde 0.1 hasta 2 cm.⁽⁵³⁾

5.7.1.2.2. Lesiones Secundarias

Lesiones que provocan pérdida de continuidad del epitelio:

Úlcera: pérdida en la continuidad del epitelio, dejando al tejido conectivo expuesto al ambiente oral. Pueden tener márgenes irregulares o bordes bien definidos, pero todos son cubiertos por una capa de fibrina gris-amarillenta la cual tiene un aspecto característico que

lo hace fácil de distinguir del color blanco más brillante de la queratinización. Las úlceras tienen una contaminación bacteriana superficial por flora oral, pero el tejido debajo rara vez se infecta. No existe complicaciones ya que presenta un rápido recambio del epitelio oral para sanar rápidamente. En su mayoría hasta máximo 2 semanas de acuerdo a su tamaño así tenemos que es más tardía en el paladar y encía que en el piso de la boca y mucosa oral, cabe destacar que hay patologías que presentan úlceras de tipo primario y otras de tipo secundario.⁽⁵⁵⁾

Erosión: defecto superficial que produce pérdida de una porción del epitelio,⁽⁵³⁾ por la evolución de una vesícula o ampolla, suele no ser muy doloroso y puede ser causado a leves roces o traumatismos, son frecuentes en la boca, con una variada etiología, lo que determina su aparición abundante, una vez eliminado el agente causal desaparece en 2 o 3 días sin dejar cicatriz.⁽¹⁰⁾⁽⁵⁶⁾

Fisura: lesión frecuente, de forma lineal, que se da por pérdida de continuidad del epitelio, y su principal localización es la comisura labial.⁽¹⁰⁾

Costra: se presenta como el resultado de la desecación de la secreciones o sangre y están cubriendo a úlceras o erosiones. Están en sitios expuestos al aire como son las regiones de la piel del labio y el bermellón.⁽¹⁰⁾

Escara: lesión de tejido necrosado en la mucosa con presencia de células epiteliales propensas a desprenderse.⁽⁵¹⁾

Cicatriz: lesión reparativa dada de la sustitución de tejido epitelial por tejido conjuntivo rellenando pérdidas grandes de sustancia. Pueden ser atróficas, hipertróficas, queiloideas y cribiformes.⁽¹⁰⁾⁽⁵¹⁾

Fístula: se describen como pápulas umbilicadas, con un trayecto fistuloso revestido por epitelio escamoso que desembocan en un orificio central emanando los productos supurados de la lesión de origen. Con mayor frecuencia se encuentra en los abscesos apicales crónicos.⁽¹⁰⁾ Las enzimas liberadas por los macrófagos hacen un orificio en los tejidos siguiendo el camino que opone menos resistencia, para que de esta manera el exudado purulento salga de una región y fluya hacia otra o encuentre un camino hacia la superficie.⁽¹¹⁾

5.7.2. Efecto del cigarrillo en la salud de la mucosa oral.

Una persona al consumir un cigarrillo absorbe aproximadamente 500 mg de humo, de los cuales aproximadamente el 65% es oxígeno y nitrógeno y el 35% consiste en sustancias biológicamente activas.⁽⁵⁷⁾

De acuerdo con esto el cigarrillo constituye el mayor productor de patologías también en el ADN provoca daños irreversibles y aumenta la predisposición para contraer cáncer oral. La saliva pierde su función antioxidante, convirtiéndose en un potente medio prooxidante. El tabaquismo es una causa importante para las enfermedades orales como la enfermedad periodontal, leucoplasia oral, melanosis del fumador, lengua vellosa negra, estomatitis nicotínica o paladar del fumador y el cáncer oral.⁽⁵⁸⁾⁽⁵⁷⁾

El epitelio de la mucosa oral es el primer tejido que se encuentra expuesto directamente al humo del cigarrillo principalmente al epitelio superficial, provocando cambios en la apariencia de los tejidos, el mismo que no solo produce inflamación y daño celular, sino que también actúa como un inmunosupresor.⁽⁵⁷⁾⁽⁵⁹⁾⁽⁶⁰⁾

Además, también se produce los siguientes cambios orales debidos al tabaco:

- Cambio en el pH oral.
- Elevación de la temperatura intraoral.
- Disminución de la resistencia a infecciones virales y fúngicas.
- Irritaciones de la mucosa oral por carcinógenos y toxinas encontrados en el cigarrillo.
- Secado de la mucosa.⁽⁶¹⁾

5.7.1.3. Influencia del cigarrillo en la Inmunidad y la Microflora Oral

El hábito de fumar es un factor de riesgo en la aparición de lesiones precancerosas y cáncer oral relacionados con mutaciones del gen p53. También produce una disminución drástica de la microflora oral, conduciendo a una sobrepoblación de microbios patógenos.

Según estudios las respuestas inmunes del huésped contra microorganismos se ven deterioradas y se ha informado que fumar aumenta la probabilidad de desarrollo de enfermedad.⁽⁶²⁾

El papel importante que juega la microflora oral en la inmunidad del huésped es trascendente puesto que proporciona resistencia al competir su lugar en los sitios donde colonizan los microorganismos patógenos. Fumar provoca que la adherencia de un microorganismo patógeno al epitelio sea rápida y eficaz además suprime la destrucción de la bacteria.

Entre los patógenos encontrados en un fumador se encuentran:

- *Actinobacillus actinomycetemcomitans*
- *Eikenella corrodens*
- *P. gingivalis*
- *Fusobacterium nucleatum*
- *Prevotella intermedia* ⁽⁶³⁾

Cuando se inhala el humo de cigarrillo se expanden y activan las células inmunitarias e inflamatorias innatas, como los neutrófilos y los macrófagos, conduciendo a un aumento de los niveles de citocinas proinflamatorias como IL-8 y muchas más. La neutrofilia ligada al consumo del cigarrillo se evidencia gracias a la infiltración de neutrófilos inmaduros con fenotipo altamente inflamatorio, siendo más probable el daño tisular. Pese a la expansión de los macrófagos y neutrófilos, éstos se muestran con capacidades fagocíticas deterioradas. La exposición de macrófagos al cigarrillo disminuye el aclaramiento de bacterias o células apoptóticas, en el caso de las células dendríticas sus alteraciones no están bien definidas. En las Natural Killer (NK) se encuentran con alteraciones puesto que éstas células tienen un rol importante frente a las infecciones virales y también en la eliminación de las células tumorales a través de la citotoxicidad mediada por células, mostrando la liberación de citotoxinas, como la granzima B y perforina, afecta además otros mecanismos de defensa innatos del huésped, como la liberación de péptidos microbianos.⁽⁵⁹⁾

Como algunos autores mencionan debido a su alta prevalencia las enfermedades infecciosas son el principal problema en pacientes inmunodeficientes. Entre ellas se menciona la infección por Herpes Simple.⁽⁶⁴⁾

Esta enfermedad la cual se manifiesta por un déficit en el sistema inmunitario se presenta como lesiones vesiculosas herpéticas, concentrándose el virus en el interior de estas vesículas. Gracias a su tropismo por el sistema nervioso, se produce una infección persistente

de por vida. Tras la primoinfección, ya sea ésta sintomática y asintomática, entra en estado de latencia en los ganglios sensoriales del sistema nervioso, seguido de esto entra en fase no replicativa. Los pacientes inmunodeficientes, como en éste caso los fumadores tienden a una mayor recurrencia de la enfermedad y una mayor gravedad y duración de la misma.⁽⁶⁵⁾

5.7.1.4. Saliva

Más de 4000 compuestos bioactivos se encuentran en el humo del cigarrillo, reportándose como aproximadamente 300 carcinógenos solubles en agua que pueden ser filtrados a la saliva. El humo entra en contacto primero con la saliva antes que con la mucosa y se evidencia un aumento de la actividad genotóxica en la saliva de los fumadores y aumentando esta toxicidad cuando fuman y beben alcohol conduciendo a un resultante perjudicial para la rápida destrucción de macromoléculas biológicas, tales como enzimas y proteínas.⁽⁶⁶⁾

5.7.1.5. Melanosis del fumador

La melanosis del fumador se presenta como una mácula benigna de la mucosa oral, ya que al fumar se estimulan los melanocitos produciendo una pigmentación marrón en la mucosa oral o gingival, no tiene predisposición genética ni causada por enfermedades, su intensidad depende de la dosis de cigarrillos.⁽⁶⁷⁾⁽⁶¹⁾

El tabaco provoca pigmentación en la mucosa de las encías tanto maxilar y mandibular, mientras que fumar en pipa provocará pigmentación en la mucosa y las comisuras bucales. Tiene una prevalencia entre el 5.0 al 21.5% de los fumadores y se la encuentra con mayor frecuencia en las mujeres, lo que sugiere un posible efecto sinérgico entre las hormonas y el tabaquismo. Resulta de suma preocupación cuando se produce en el paladar blando por lo que el aumento de melanina se produce en la capa basal de células del epitelio.⁽⁶⁰⁾

Asimismo dura varios años sin que aparezca las pigmentaciones en la mucosa oral en los fumadores de cigarrillos comunes.⁽⁶⁸⁾

La aparición de las pigmentaciones se relaciona con la dosis consumida así también al cesar el hábito del tabaco, la pigmentación disminuye lentamente después de 6 meses a 3 años.⁽⁶³⁾

5.7.1.6 Estomatitis Nicotínica

De acuerdo con varios autores la estomatitis nicotínica se define como una lesión asintomática, considerada para algunos autores potencialmente premaligna, asociada al tabaquismo generalmente aparece como cambios queratolíticos difusos blancos en el paladar

duro, con irritación a largo plazo en las glándulas salivales menores a menudo junto a la presencia de múltiples pápulas de color rojo. Predominante en hombres mayores de 45 años. Al microscopio se observa a las glándulas salivales con una inflamación y metaplasia. Es considerada una respuesta al calor mas no a los componentes químicos del tabaco. El hábito de fumar persistente está íntimamente ligado a la aparición a largo plazo de carcinoma de células escamosas de la región retromolar, amigdalina y el tracto respiratorio. La estomatitis nicotínica desaparece al abandonar el consumo, regresando el tejido palatino a su aspecto normal en 1 a 2 semanas.⁽⁶⁰⁾⁽⁶¹⁾

5.7.1.7. Lengua vellosa negra

Se produce por un crecimiento en exceso de las papilas filiformes de la lengua puesto que además disminuye la descamación de queratina. Clínicamente se observa en la línea media del dorso de la lengua un alargamiento de las papilas filiformes anteriores a las papilas circunvaladas. Las papilas se encuentran de diferentes colores de acuerdo a la fuente de tinción entre las que se encuentran: amarillas, blancas, verdes, marrones o negras, las mismas que terminarían convirtiéndose en máculas o placas. Con el consumo de tabaco, el color es generalmente marrón o negro, cuya preocupación primordial radica en la emanación de mal olor y por su estética.⁽⁶⁰⁾

5.7.1.8. Leucoplasia Oral

Es una lesión premaligna de gran frecuencia que tiene un alto riesgo de cáncer con una malignización muy probable de 0.3 a 0.9 %, la OMS la define como la aparición de un parche blanco o también denominado placa, misma que no resulta identificable con otra patología; es muy común en hombres con edades superiores a 40 años.⁽⁶⁹⁾⁽⁷⁰⁾⁽⁷¹⁾

Es generalmente asintomática, con tamaño variable, el cual va desde un 1 cm de diámetro hasta llegar a ocupar gran área de la mucosa, el color no siempre es blanco también se presenta de color gris o amarillenta.⁽⁶⁹⁾

La leucoplasia oral se presenta en cuatro formas clínicas:

1. Placa blanca plana sin componentes rojos.
2. Placa blanca plana con erosión o componentes.
3. Placa blanca ligeramente elevada.

4. Placa blanca marcadamente elevada.⁽⁷¹⁾

El tratamiento dependerá de su diagnóstico temprano cuando su tamaño es pequeño será más exitoso. Los chequeos regulares son importantes y eliminando el hábito de consumo de cigarrillo y alcohol.⁽⁷¹⁾

5.7.1.9. Cáncer Oral

El cáncer oral puede ser visto clínicamente como una diversidad de lesiones que incluyen desde una mácula, úlcera o masa de tipo crónico. Varios estudios han confirmado que la nicotina presente en el tabaco predispone al crecimiento y aparición de varios tipos de cáncer mediante la regulación de la supervivencia, proliferación, metástasis de las células cancerosas.⁽⁷²⁾

Se puede encontrar en 3 sitios los cuales están formados por epitelio de revestimiento: la superficie ventrolateral de la lengua, piso de la cavidad oral, y en el paladar blando. El riesgo para un fumador que bebe mucho es de 6 a 15 veces mayor que en las personas que no tienen dichos hábitos. De acuerdo a algunos autores indican que el 93% de los cánceres orales se presentan de color rojos y solo el 4.8% son blancos. Por consiguiente al diagnosticar una lesión en una zona de riesgo con un componente rojo debe considerarse un cáncer oral hasta que se demuestre lo contrario.⁽⁶⁰⁾

La Asociación Dental Americana (ADA) señala que los síntomas y signos recurrentes del cáncer en la cavidad oral están determinados por la aparición de llagas que no cesan y sensibilidad en la boca, apareamiento de bultos, cambios de color en la mucosa y dificultad para masticar, tragar o hablar. Las personas con cáncer oral a menudo informan que la enfermedad está precedida por un traumatismo mucoso.⁽⁷¹⁾

5.7.2. Lesiones No Cariosas

Son un conjunto de lesiones dentales que se caracterizan por presentar desgaste patológico o pérdida de los tejidos duros del diente; Miller en 1907 las describió por primera vez designando a estos procesos como: Erosión, Abrasión, Atrición y Abfracción mismas que están caracterizadas por la pérdida del tejido mineralizado del diente sin causa bacteriana con diferencias morfológicas y etiológicas entre cada una de ellas. Las causas más comunes de su aparición son edad, factores socioeconómicos, el uso de dentífricos con componentes abrasivos.⁽⁷³⁾

5.7.2.1. Erosión Dental

Conocida también con el nombre de corrosión, está definida como una pérdida de la superficie de la estructura de las piezas dentales por grabado o sustancias químicas que no involucran procesos bacterianos y conllevan a una desmineralización.⁽⁷⁴⁾⁽⁷⁵⁾

La característica de la erosión es presentar una superficie defectuosa, opaca, de aspecto ligeramente rugoso. El esmalte se presenta a lo largo de margen gingival, opaco, liso, sin decoloración, matriz inorgánica desmineralizada, los cuales son signos típicos de este tipo de lesión. El tejido intertubular de la dentina se ve afectado por los ácidos provocando hendiduras que toman la forma de embudo.⁽⁷⁵⁾⁽⁷⁶⁾

Su etiología es diversa la misma que implica una mezcla de factores químicos, biológicos y el comportamiento de cada persona como es el hábito de fumar, pese a que fumar por sí solo no produce erosión sino se asocia según estudios a consumo de bebidas ácidas.⁽⁷⁷⁾

El consumo de tabaco a menudo va acompañado de consumo excesivo de bebidas ácidas, entre ellas las alcohólicas. Los vómitos frecuentes y reflujo gastroesofágico van ligados al consumo de alcohol y esto es lo que justamente produce la erosión dental, también el tabaquismo está relacionado con personas que padecen anorexia puesto que inhibe el apetito. Según estudios que evalúan esta asociación conjuntamente con el cigarrillo es lo que provoca la erosión dental. La combustión del cigarrillo que va de 300 ° C – 1,000°C provoca con su elevada temperatura cambios en la morfología y disposición de los cristales de hidroxiapatita lo que produce un impacto contribuyendo a la aparición de esta lesión no cariosa.⁽⁷⁷⁾

5.7.2.2. Abrasión

Proveniente del latín abrasum; es una lesión que gracias a la fricción de exógenos sobre las piezas dentales se produce un desgaste anormal de los tejidos duros.⁽⁷⁸⁾⁽⁷⁹⁾

La abrasión masticatoria comprende el desgaste dental en sus caras incisales, oclusales o ambas por la fricción de la alimentación, aunque también se puede encontrar en las superficies vestibulares y linguales cuando se ha evidenciado una masticación frotada y tosca en contra de los labios, lengua y mejillas. Presenta la forma de cuña o ranura con sus márgenes cortantes.⁽⁷⁸⁾⁽⁷⁹⁾

Los signos clínicos de la abrasión a menudo suelen confundirse con los del paciente bruxista. La abrasión puede presentarse en cualquier lugar de la superficie de la pieza dental, puesto

que dependerá de múltiples factores como edad, alimentación, tipo de oclusión y hábitos de higiene oral. Histológicamente se puede observar como arañazos y picaduras al azar.⁽⁷⁹⁾

Es de conocimiento que los productos del humo del tabaco afectan a la mucosa, pero según investigaciones también produce cambios directamente a la estructura dental. Comprobando de esta manera que el tabaco origina abrasión dental, al ocurrir esto la pieza dental produce dentina secundaria y al estar expuestos a grandes cantidades de abrasivos contenidos en el tabaco la dentina secundaria también empieza un desgaste, que en casos extremos la corona clínica se ve en gran parte afectada.⁽⁸⁰⁾

De acuerdo a esto se realizó un estudio para la comprobación de la existencia de productos abrasivos en el cigarrillo capaces de desgastar dentina, se determinó la concentración, tamaño de partícula, forma y composición química del material abrasivo, para esto se analizó 16 cigarrillos, cada uno de marca diferente, determinando así que la mayoría de estas partículas eran sílice o dióxido de silicio, por lo tanto, estos productos del tabaco en uso crónico pueden causar este tipo de desgaste dental.⁽⁸⁰⁾

5.7.2.3. Atrición

Lesión no cariosa que se presenta de diversa intensidad en toda persona puesto que la atrición es el resultado normal de la masticación, sin embargo, este fenómeno que se define por el choque directo, diente a diente, se da tanto en funciones fisiológicas como son la deglución, masticación y fonación, y tiende a aumentar en causas patológicas como por ejemplo el bruxismo. También se presenta al existir un defecto de la estructura, del esmalte y la dentina.⁽⁸¹⁾⁽⁸²⁾

El grado de atrición está dado por el grado de desarrollo de los músculos masticatorios los cuales constituyen la fuerza de oclusión. La atrición produce cambios en la superficie de la pieza dental provocando alteraciones en la forma y tamaño de los bordes incisales y cúspides en el momento de la masticación mediante la acción de los músculos y también debe haber el espacio necesario, sus causas están dadas por factores ambientales.⁽⁸²⁾

El cigarrillo al poseer partículas abrasivas contribuye a la atrición dental.⁽⁸⁰⁾ En algunos pueblos antiguos de Australia la presencia de atrición está asociada a la masticación del tabaco al contener partículas de arena.⁽⁸³⁾

Según estudios confirman que el tabaco contiene partículas de sílice. No debería ser sorprendente que la sílice se haya encontrado en el cigarrillo, ya que el tabaco se deja sin

someter a un procedimiento específico de limpieza antes de ser incorporado a diversos productos de humo y productos sin humo. De este modo, el producto preparado incluye muchas partículas abrasivas que se adhieren a la superficie. Cuando los productos de tabaco que contienen sílice abrasiva se mezclan con saliva y se mastican, se forma una pasta abrasiva que con el tiempo puede desgastar los dientes de manera muy eficiente, causando atrición.

5.7.2.4. Abfracción

La abfracción es una lesión donde se crean fuerzas compresivas y traccionales a causa de un proceso progresivo como son las fuerzas oclusales, las cuales ocasionan microfracturas y el desequilibrio interno en la estructura dental. Se produce un impedimento para la unión de la estructura cristalina entre la dentina y el esmalte con lo cual se observa grietas en la parte cervical de la pieza dental. Finalmente en las zonas con mayor tensión se produce la pérdida de la estructura dental.⁽⁸⁴⁾⁽⁷⁸⁾

La severidad de la abfracción se ve influenciada de acuerdo con ciertas características de las fuerzas oclusales. Éstas fuerzas masticatorias se presentan de manera persistente y están determinadas por la magnitud, duración, dirección, frecuencia y la localización de su aplicación.⁽⁸⁴⁾

Clínicamente, estas lesiones se presentan como concavidades, con ángulos agudos ubicadas en la unión amelocementaria. Fácilmente se puede visualizar una superficie ligeramente irregular de las paredes que conforman la lesión.⁽⁸⁴⁾

Se evidenció un estudio que muestra la relación de desgaste en las estructuras de piezas dentales al masticar tabaco pero no hace referencia a la abfracción directamente.⁽⁸⁵⁾

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo, de enfoque mixto en el que sus variables de estudio serán analizadas para determinar sus características y relación entre ellas.

6.2. Diseño de la investigación

El estudio ejecutado es descriptivo, de cohorte transversal, de tipo observacional evaluando las lesiones bucodentales que presentan los consumidores habituales y no habituales de un grupo vulnerable, basados en historiales clínicos que permiten recabar y procesar información eficiente.

6.3. Población de estudio

Todas las personas consumidoras de tabaco que se encuentran en el grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo de la ciudad de Riobamba (50 personas).

6.4. Muestra

La muestra es intencional no probabilista y por conveniencia en base a los criterios de inclusión y exclusión, de esta manera se seleccionaron a 43 personas.

6.5. Técnicas e instrumentos

Como técnica para el muestreo se realizó la observación y encuesta; y como instrumento se usará una lista de cotejo (Historia Clínica) y el cuestionario. Se usó un cuestionario elaborado con 11 preguntas de opción múltiple en los que se valoró el hábito y frecuencia de consumo, edad del inicio del hábito, antecedentes de conocimiento sobre los efectos del consumo en la salud, hábitos de cuidado de la salud oral; las opciones de respuesta se determinaron en forma de escala de manera que se pueda estimar las correlaciones entre las variables que forman parte de la misma mediante el coeficiente del alfa de Cronbach, lo que permitió valorar de forma específica la consistencia interna, es decir el grado en que todos los ítems covarían entre sí. El coeficiente se valora entre 0 y 1 considerando que cuando más muestre su proximidad a 1 los ítems serán más consistentes entre sí. Para el proceso de validación se tabuló los valores de los ítems en el programa estadístico SPSS v.25. mediante su codificación de la escala de las preguntas planteadas, después se estimó el valor de alfa cuyo de conjunto de datos correspondió a un grupo de una muestra piloto de 25 encuestados.

Tabla Nro. 1. Alfa de Cronbach

Estadísticas de Fiabilidad	
Alfa Cronbach	Nro de Elementos
0,743	11

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231)⁽⁸⁶⁾ sugieren los siguientes rangos para evaluar los valores de los coeficientes:

- Coeficiente alfa $>.9$ a $.95$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable

Del valor reportado por el Alfa de Cronbach con un resultado de 0,743 que indica la consistencia interna de las preguntas y la fiabilidad del test el mismo se encuentra en el nivel de aceptable al tener un valor por encima de 0.7 por lo tanto puede ser considerada para la aplicación en la muestra de estudio.

6.6. Criterios de Inclusión

Pacientes fumadores activos y pasivos.

Pacientes con antecedentes de haber sido fumadores al menos 3 años atrás.

Pacientes que reportaron historias clínicas con seguimiento del odontólogo tratante.

Pacientes quienes aceptaron participar en el estudio

6.7. Criterios de exclusión

Se excluyó las lesiones cariosas.

Pacientes con enfermedades autoinmunes.

6.8. Cuestiones éticas

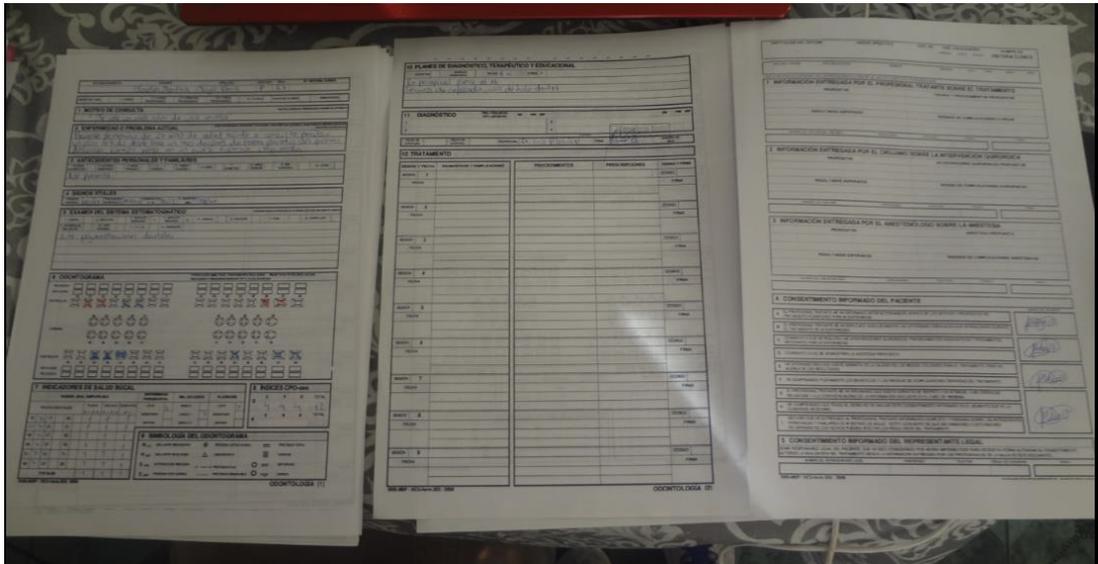
El estudio se desarrolló bajo la técnica de la observación y no involucró intervención en grupos vulnerables, ni manipulación de tejidos humanos puesto que se usaron las historias clínicas donadas por el odontólogo tratante del grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo.

6.9. Intervenciones

Se tomaron en cuenta las historias clínicas de los miembros del grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo de la ciudad de Riobamba, gracias a la donación por parte del odontólogo colaborador de la institución (Anexo 3), para ello se contó con la aprobación de las autoridades pertinentes (Anexo 1). Mediante la facilidad de acceso a las historias clínicas por parte del odontólogo tratante (Anexo 4), se obtuvieron 43 historiales clínicos de pacientes fumadores activos y pasivos. Se realizó varias visitas a las 43 personas puesto que no todos concordaban los horarios de asistencia al grupo, se aplicó un instrumento de recogida de información mediante un cuestionario de preguntas según la técnica de la encuesta (Anexo 6). Posterior se hizo una verificación de todos los historiales clínicos reportados con toda la información clínica de los pacientes y las encuestas generadas a partir de la entrevista de cada uno detallando: lesiones primarias y secundarias, lesiones en tejidos blandos y lesiones no cariosas reportadas.

Fase 1: Muestreo de la información

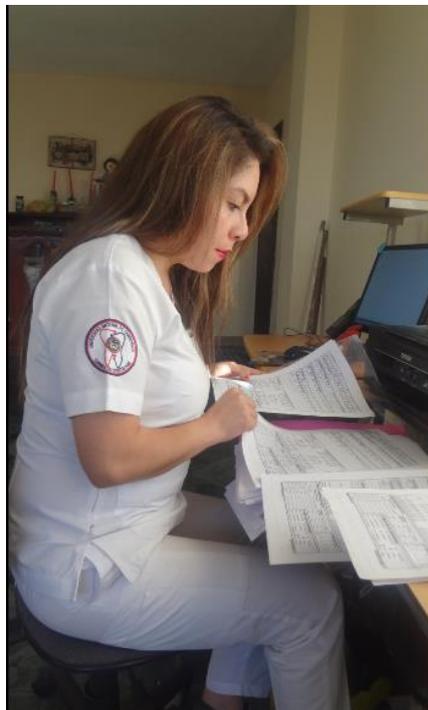
Fotografía Nro. 1. Muestreo



Fuente: Registro fotográfico del autor

Fase 2: Revisión de los historiales clínicos y datos

Fotografía Nro. 2. Historia clínica



Fuente: Registro fotográfico del autor

Fase 3: Aplicación de la encuesta

Fotografía Nro. 3. Encuesta



Fuente: Registro fotográfico del autor

Fase 4: Tabulación de datos

Fotografía Nro. 4. Tabulación



Fuente: Registro fotográfico del autor

Fase 5: Generación de estadísticos

6.10. Operacionalización de variables

6.10.1. VI: Consumo de cigarrillo

Conceptualización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
Es el hábito de consumir tabaco	Hábito de consumo Tabaco	Frecuencia de consumo Nro. cigarrillos al día Tipo de consecuencias Edad de inicio de consumo	Encuesta	Cuestionario

6.10.2. VD: Lesiones bucodentales

Conceptualización	Dimensión	Indicador	Técnica	Instrumento
Es una alteración que se produce en la cavidad oral afectando los tejidos	Alteración Cavidad Oral	Nro. Lesiones Tipo de lesión Nivel de hábitos de higiene oral	Observación Encuesta	Lista de cotejo (Historia Clínica) Cuestionario

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla Nro. 2. Lesión en función del hábito de consumo de cigarrillo

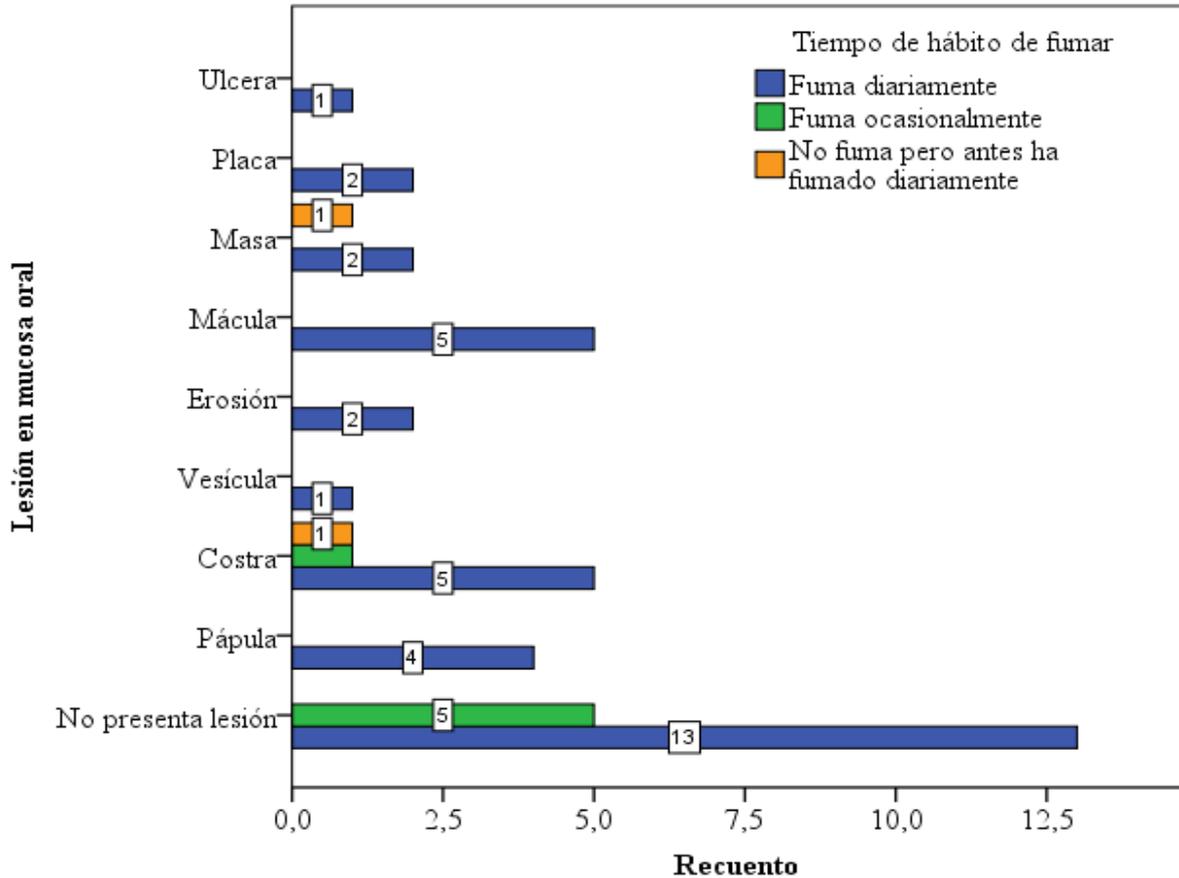
Lesión en mucosa oral		Tiempo de hábito de fumar			Total
		Fuma diariamente	Fuma ocasionalmente	No fuma pero antes ha fumado diariamente	
No presenta lesión	Recuento	13	5	0	18
	%	37,10%	83,30%	0,00%	41,90%
Lesiones Primarias					
Pápula	Recuento	4	0	0	4
	%	11,40%	0,00%	0,00%	9,30%
Placa	Recuento	2	0	0	2
	%	5,70%	0,00%	0,00%	4,70%
Vesícula	Recuento	1	0	0	1
	%	2,90%	0,00%	0,00%	2,30%
Masa	Recuento	2	0	1	3
	%	5,70%	0,00%	50,00%	7,00%
Mácula	Recuento	5	0	0	5
	%	14,30%	0,00%	0,00%	11,60%
Lesiones Secundarias					
Costra	Recuento	5	1	1	7
	%	14,30%	16,70%	50,00%	16,30%
Erosión	Recuento	2	0	0	2
	%	5,70%	0,00%	0,00%	4,70%
Ulcera	Recuento	1	0	0	1
	%	2,90%	0,00%	0,00%	2,30%
Total	Recuento	35	6	2	43
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: En relación a la frecuencia de consumo de cigarrillo 35 personas que fuman en la actualidad el 37.10% no presenta lesiones, 5 personas presentaron lesiones primarias como es la mácula con el 14.30%, con el mismo porcentaje la lesión secundaria conocida como costra, 4 personas con el 11.40% la lesión primaria pápula, 2 personas correspondiente al 5.70% presentaron lesiones secundarias como son erosión, 2 personas registraron masa y de igual forma 2 con el 5.70% placa. Por otra parte, los que indicaron que fuman ocasionalmente fueron 6 personas; 5 de ellas no presentaron lesión alguna es decir el 83.3 % y 1 sola persona con el 16.70% registró la lesión secundaria de tipo costra. Asimismo, las 2 personas que no fuman en la actualidad, pero antes fumaron diariamente presentaron la lesión de costra y masa. Por lo tanto, del total el 41.90% no presentó ninguna lesión y el 59.10% presentaron

lesiones como costra de forma frecuente con el 16.30%, el 11.60% mácula, pápula representado por el 9.30%, el 7% masa, 4.70% erosión y la misma cantidad placa, 2.30% presentó vesícula y úlcera con 2.30%.

Gráfico Nro. 1. Lesión en función del hábito de consumo de cigarrillo



Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesada en SPSS v.25

Análisis de prevalencia

Para determinar la prevalencia como medida de frecuencia de la enfermedad o en este caso de las lesiones en la cavidad oral se debe considerar que la prevalencia hace referencia a la proporción de individuos de una población que presentan una enfermedad en un momento determinado.

$$P = \frac{\text{Nro casos que presentan al enfermedad en un momento dado}}{\text{Total de la población en ese momento}}$$

$$P_{\text{Lesiones}} = \frac{25}{43} = 0,58 = 58\%$$

Tabla Nro. 3. Presencia del lesiones primarias y secundarias de acuerdo con el hábito de fumar por grupos de edad.

Grupos de Edad	Tiempo de hábito de fumar			Total	
	Fuma diariamente	Fuma ocasionalmente	No fuma pero antes ha fumado diariamente		
<= 26,00 (Jóvenes)	No presenta lesión	5	3	0	8
	Lesiones primarias				
	Vesícula	1	0	0	1
	Mácula	3	0	0	3
	Masa	2	0	0	2
	Lesiones secundarias				
	Costra	3	0	0	3
	Erosión	1	0	0	1
	Total	15	3	0	18
	27,00 - 59,00 (Adultos)	No presenta lesión	8	2	0
Lesiones primarias					
Pápula		4	0	0	4
Placa		1	0	0	1
Mácula		2	0	0	2
Masa		0	0	1	1
Lesiones secundarias					
Costra		2	1	1	4
Erosión		1	0	0	1
Úlcera		1	0	0	1
Total	19	3	2	24	
60,00+ (Adulto Mayor)	Lesiones primarias				
	Placa	1	0	0	1
	Total	1	0	0	1
Total	No presenta lesión	13	5	0	18
	Lesiones primarias				
	Pápula	4	0	0	4
	Placa	2	0	0	2
	Mácula	5	0	0	5
	Masa	2	0	1	3
	Vesícula	1	0	0	1
	Lesiones secundarias				
	Erosión	2	0	0	2
	Costra	5	1	1	7
	Úlcera	1	0	0	1
	Total	35	6	2	43

Elaborado por: Valeria Sánchez

Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

*Los grupos de edad fueron establecidos mediante la clasificación de MSP⁽⁸⁷⁾

Análisis: Se encontró una mayor recurrencia en aquellos fumadores diarios, evidenciando que en los jóvenes 3 tienen costra, 1 vesícula, 1 con erosión, 3 mácula y 2 tienen masa por

otra parte en los adultos 4 presentaron masa, 2 costra, una persona con erosión, 2 presentan mácula una persona tiene placa, una úlcera y por último en los adultos mayores una sola persona tiene placa. En los fumadores ocasionales en los adultos se reportó que una sola persona tiene costra. De otra manera los que no fuman, pero antes fumaron diariamente se reportó que en los adultos una persona tiene costra y otra persona tiene masa.

Tabla Nro. 4. Prevalencias por lesiones en la mucosa

Lesiones	Fumadores		Ex Fumadores	
	Nro. Fumadores	Prevalencia	Nro. Ex Fumadores	Prevalencia
Lesiones primarias				
Pápula	4	9%	0	0%
Mácula	5	12%	0	0%
Masa	2	5%	1	2%
Placa	2	5%	0	0%
Vesícula	1	2%	0	0%
Total	14	33,00%	1	2,00%
Lesiones secundarias				
Erosión	2	5%	0	0%
Costra	6	14%	1	2%
Úlcera	1	2%	0	0%
Total	9	21,00%	1	2,00%

Elaborado por: Valeria Sánchez

Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: Se evidenció que la prevalencia de lesiones en tejidos blandos fue del 58% en toda la población de estudio, de ellos los pacientes que indicaron no ser fumadores actualmente, mostraron prevalencias muy bajas correspondientes al 2% en lesiones como costra y masa, en lo que refiere a los tejidos las lesiones de mayor prevalencia fueron en los que mantienen el hábito de fumar siendo la lesión en el tejido blando denominada costra la de mayor prevalencia en el grupo con el 14%, seguido de mácula en un 12%, 9% de pápula, con 5% las lesiones: placa, erosión y úlcera también con un 2% se observó vesícula y úlcera.

Tabla Nro. 5. Edad de primeros contactos con el cigarrillo y su aparición de lesiones en la mucosa oral.

Sexo	Lesión en mucosa oral	Edad que comenzó sus primeros contactos con el tabaco			Total	
		12 a 15 años	16 a 20 años	21 a 25 años		
Masculino	No presenta lesión	10	3	0	13	
	Lesiones primarias					
	Pápula	2	1	0	3	
	Mácula	0	3	1	4	
	Masa	2	0	0	2	
	Placa	1	1	0	2	
	Lesiones secundarias					
	Costra	5	2	0	7	
	Erosión	0	2	0	2	
	Úlcera	1	0	0	1	
	Total	21	12	1	34	
	Femenino	No presenta lesión	4	1	0	5
		Lesiones primarias				
Pápula		0	1	0	1	
Vesícula		1	0	0	1	
Mácula		1	0	0	1	
Masa		1	0	0	1	
Total		7	2	0	9	
Total		No presenta lesión	14	4	0	18
		Lesiones primarias				
		Pápula	2	2	0	4
	Vesícula	1	0	0	1	
	Mácula	1	3	1	5	
	Masa	3	0	0	3	
	Placa	1	1	0	2	
	Lesiones secundarias					
	Costra	5	2	0	7	
	Erosión	0	2	0	2	
	Úlcera	1	0	0	1	
	Total	28	14	1	43	

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: En los que empezaron este hábito de los 12 a 15 años en el sexo masculino se encontró que 2 personas tienen pápula, 5 reportaron costra, 2 con masa, una persona tiene masa y uno se encontró úlcera. En las mujeres también se pudo recabar la siguiente información: una tiene vesícula, una persona mácula y una masa. También en el grupo que respondieron que empezaron a fumar de 16 a 20 años los hombres reportaron uno con pápula, 2 con costra, 2 erosión, 3 con mácula, una placa. Respecto a las mujeres en este grupo solo

se evidenció una persona con pápula y finalmente una sola persona del sexo masculino mencionó que empezó su consumo entre los 21 y 25 años presentando mácula.

Tabla Nro. 6. Aparición de lesiones en mucosa oral de acuerdo con la edad de comienzo del consumo por grupos de edad.

Grupos de Edad	Lesión en mucosa oral	Edad que comenzó sus primeros contactos con el tabaco			Total
		12 a 15 años	16 a 20 años	21 a 25 años	
<= 26,00 (Jóvenes)	No presenta lesión	6	2	0	8
	Lesiones Primarias				
	Vesícula	1	0	0	1
	Mácula	1	2	0	3
	Masa	2	0	0	2
	Lesiones Secundarias				
	Erosión	0	1	0	1
	Costra	2	1	0	3
	Total	12	6	0	18
	27,00 - 59,00 (Adultos)	No presenta lesión	8	2	0
Lesiones Primarias					
Pápula		2	2	0	4
Mácula		0	1	1	2
Masa		1	0	0	1
Placa		1	0	0	1
Lesiones Secundarias					
Costra		3	1	0	4
Erosión		0	1	0	1
Úlcera		1	0	0	1
Total	16	7	1	24	
60,00+ (Adulto Mayor)	Placa	0	1	0	1
	Total	0	1	0	1
Total	No presenta lesión	14	4	0	18
	Lesiones Primarias				
	Pápula	2	2	0	4
	Vesícula	1	0	0	1
	Mácula	1	3	1	5
	Masa	3	0	0	3
	Placa	1	1	0	2
	Lesión Secundarias				
	Erosión	0	2	0	2
	Costra	5	2	0	7
	Úlcera	1	0	0	1
	Total	28	14	1	43

Elaborado por: Valeria Sánchez

Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

*Los grupos de edad fueron establecidos mediante la clasificación de MSP⁽⁸⁷⁾

Análisis: De acuerdo a la información recabada se evidenció que los jóvenes que empezaron su consumo entre los 12 a 15 años 2 presentaron costra, una con vesícula, una mácula, 2 masa así también quienes tienen sus comienzos de los 16 a 20 años se encontró que una tiene costra, una erosión y 2 encontradas con mácula. Por otra parte, en los adultos de comienzo temprano 2 tienen pápula, 3 costra, una persona masa, una con placa y una tiene úlcera y el adulto mayor reportó placa iniciando a fumar entre los 16 a 20 años.

Tabla Nro. 7. Cantidad de cigarrillos consumidos al día y aparición de lesiones primarias y secundarias de la mucosa oral.

Sexo	Lesión en mucosa oral	Número de cigarrillos que fuma al día			Total	
		10 o menos	De 11 a 20	De 21 a 30		
Masculino	No presenta lesión	7	4	2	13	
	Lesiones Primarias					
	Pápula	1	0	2	3	
	Mácula	4	0	0	4	
	Masa	1	0	1	2	
	Placa	0	1	1	2	
	Lesiones Secundarias					
	Costra	6	1	0	7	
	Erosión	1	0	1	2	
	Úlcera	1	0	0	1	
	Total	21	6	7	34	
	Femenino	No presenta lesión	2	2	1	5
		Lesiones Primarias				
		Pápula	0	0	1	1
Vesícula		1	0	0	1	
Mácula		1	0	0	1	
Masa		1	0	0	1	
Total		5	2	2	9	
Total		No presenta lesión	9	6	3	18
		Lesiones Primarias				
		Pápula	1	0	3	4
	Vesícula	1	0	0	1	
	Mácula	5	0	0	5	
	Masa	2	0	1	3	
	Placa	0	1	1	2	
	Lesiones Secundarias					
	Costra	6	1	0	7	
	Erosión	1	0	1	2	
	Úlcera	1	0	0	1	
	Total	26	8	9	43	

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: En el grupo que mencionó fumar 10 o menos cigarrillos diarios se reportó que en el sexo masculino una persona tiene pápula, 6 costra, una persona con erosión, 4 encontrados con mácula, una persona con masa y uno tiene úlcera así también en las mujeres una se encontró con la presencia de vesícula, una mácula y una tiene masa. Entre los que reportaron consumir de 11 a 20 cigarrillos diarios en los hombres se encontró uno con costra y uno con placa y finalmente los que respondieron que fuman de 21 a 30 diarios de acuerdo con el sexo masculino se encontró que 2 poseen pápula, una erosión, uno tiene masa y uno placa entre las mujeres solo se encontró una que padece de pápula.

Tabla Nro. 8. Número de cigarrillos consumidos diarios y aparición de lesiones en mucosa oral por grupos de edad.

Grupos de Edad	Lesión en mucosa oral	Número de cigarrillos que fuma al día			Total
		10 o menos	De 11 a 20	De 21 a 30	
<= 26,00 (Jóvenes)	No presenta lesión	6	2	0	8
	Lesiones Primarias				
	Masa	2	0	0	2
	Vesícula	1	0	0	1
	Mácula	3	0	0	3
	Lesiones Secundarias				
	Costra	3	0	0	3
	Erosión	1	0	0	1
	Total	16	2	0	18
	27,00 - 59,00 (Adultos)	No presenta lesión	3	4	3
Lesiones Primarias					
Pápula		1	0	3	4
Mácula		2	0	0	2
Masa		0	0	1	1
Placa		0	1	0	1
Lesiones Secundarias					
Costra		3	1	0	4
Erosión		0	0	1	1
Úlcera		1	0	0	1
Total	10	6	8	24	
60,00+ (Adulto Mayor)	Placa	0	0	1	1
	Total	0	0	1	1
Total	No presenta lesión	9	6	3	18
	Lesiones Primarias				
	Pápula	1	0	3	4
	Vesícula	1	0	0	1
	Mácula	5	0	0	5
	Masa	2	0	1	3

Placa	0	1	1	2
Lesiones Secundarias				
Costra	6	1	0	7
Erosión	1	0	1	2
Úlcera	1	0	0	1
Total	26	8	9	43

Elaborado por: Valeria Sánchez

Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

*Los grupos de edad fueron establecidos mediante la clasificación de MSP⁽⁸⁷⁾

Análisis: En los jóvenes que consumen hasta 10 cigarrillos diarios hubo presencia de 3 personas con costra, una con vesícula, una persona con erosión, 3 presentaron mácula y 2 tienen masa. Respecto a las personas que se encuentra entre los 27 a 59 años en quienes tienen un hábito de fumar hasta 10 diarios uno tiene pápula, 3 diagnosticados o n costra y una úlcera asimismo en los fumadores de 11 a 20 cigarrillos hubo una persona con costra y una con placa, en los fumadores pesados se evidenció una presencia de 3 personas que tienen costra, una erosión y una persona con masa finalmente el adulto mayor consume de 21 a 30 cigarrillos presentando placa.

Tabla Nro. 9. Aparición de lesiones en mucosa oral de acuerdo a la frecuencia de consumo por sexo.

Sexo	Lesión en mucosa oral	Con que frecuencia fuma			Total	
		Diariamente	Pasando un día	Semanalmente		
Masculino	No presenta lesión	9	1	3	13	
	Lesiones Primarias					
	Pápula	3	0	0	3	
	Mácula	4	0	0	4	
	Masa	1	0	1	2	
	Placa	2	0	0	2	
	Lesiones Secundarias					
	Costra	5	2	0	7	
	Erosión	2	0	0	2	
	Úlcera	1	0	0	1	
	Total	27	3	4	34	
	Femenino	No presenta lesión	3	2	0	5
		Lesiones primarias				
Pápula		1	0	0	1	
Vesícula		1	0	0	1	
Mácula		1	0	0	1	
Masa		1	0	0	1	
Total		7	2	0	9	
Total	No presenta lesión	12	3	3	18	

Lesiones Primarias				
Pápula	4	0	0	4
Vesícula	1	0	0	1
Mácula	5	0	0	5
Masa	2	0	1	3
Placa	2	0	0	2
Lesiones Secundarias				
Costra	5	2	0	7
Erosión	2	0	0	2
Úlcera	1	0	0	1
Total	34	5	4	43

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: En comparación con los 3 diferentes ítems el que más lesiones se evidenció fue en los que respondieron que fuman a diario. Así tenemos que en los fumadores de este grupo de acuerdo al sexo masculino se encontró los siguientes resultados 3 personas con pápula, 5 con costra, 2 erosión, 4 mácula, 1 masa, 2 placa y una úlcera. En las mujeres se encontró una pápula, 1 con vesícula, una con masa y una mácula. Aquellos que respondieron pasando un día en los hombres solo presentó 2 personas con costra y por último los que fuman semanalmente en el sexo masculino hubo una persona con masa.

Tabla Nro. 10. Aparición de lesiones en mucosa oral de acuerdo con la frecuencia de consumo de cigarrillo por grupos de edad.

Grupos de Edad	Lesión en mucosa oral	Con que frecuencia fuma			Total
		Diariamente	Pasando un día	Semanalmente	
	No presenta lesión	4	3	1	8
	Lesiones Primarias				
	Vesícula	1	0	0	1
	Mácula	3	0	0	3
<= 26,00 (Jóvenes)	Masa	2	0	0	2
	Lesiones Secundarias				
	Costra	2	1	0	3
	Erosión	1	0	0	1
	Total	13	4	1	18
	No presenta lesión	8	0	2	10
	Lesiones Primarias				
27,00 - 59,00 (Adultos)	Pápula	4	0	0	4
	Mácula	2	0	0	2
	Masa	0	0	1	1
	Placa	1	0	0	1

Lesiones Secundarias					
	Erosión	1	0	0	1
	Costra	3	1	0	4
	Úlcera	1	0	0	1
	Total	20	1	3	24
60,00+ (Adulto Mayor)	Placa	1	0	0	1
	Total	1	0	0	1
	No presenta lesión	12	3	3	18
Lesiones Primarias					
	Pápula	4	0	0	4
	Vesícula	1	0	0	1
	Mácula	5	0	0	5
Total	Masa	2	0	1	3
	Placa	2	0	0	2
Lesiones Secundarias					
	Costra	5	2	0	7
	Erosión	2	0	0	2
	Úlcera	1	0	0	1
	Total	34	5	4	43

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: En la clasificación de grupos de edad se presentó más lesiones en los adultos, En los jóvenes 2 tienen costra, 1 vesícula, 1 erosión, 3 mácula, 2 masa, se evidenció una persona con costra que fuma pasando un día. En los adultos se encontró 4 personas con pápula, 3 costra, 1 erosión, 2 mácula, 1 placa, 1 úlcera y en el adulto mayor que fumaba diariamente tiene placa.

Tabla Nro. 11. Antecedentes personales y familiares de cáncer y aparición de lesiones en mucosa oral por sexo.

Sexo	Lesión en mucosa oral	Tiene antecedentes de cáncer en su familia		
		No	Si	Total
Masculino	No presenta lesión	11	2	13
	Lesiones Primarias			
	Pápula	3	0	3
	Mácula	3	1	4
	Masa	2	0	2
	Placa	2	0	2
	Lesiones Secundarios			
	Costra	5	2	7
	Erosión	2	0	2
	Úlcera	0	1	1

	Total	28	6	34
Femenino	No presenta lesión	3	2	5
	Lesiones Primarias			
	Pápula	1	0	1
	Vesícula	1	0	1
	Mácula	0	1	1
	Masa	1	0	1
	Total	6	3	9
Total	No presenta lesión	14	4	18
	Lesiones Primarias			
	Pápula	4	0	4
	Vesícula	1	0	1
	Mácula	3	2	5
	Masa	3	0	3
	Placa	2	0	2
	Lesiones Secundarias			
	Costra	5	2	7
	Erosión	2	0	2
	Úlcera	0	1	1
	Total	34	9	43

Elaborado por: Valeria Sánchez

Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: Un número significativo respondió no tener antecedentes de cáncer en su familia de ellos según el sexo masculino 3 personas fueron diagnosticadas con pápula, 5 costra, 2 erosión, 3 mácula, 2 masa y 2 placa. Referente al sexo femenino también los que marcaron no se evidenció 1 pápula, 1 vesícula y una masa. Por otra parte, en las ocas personas que si refieren tener en su familia antecedentes de cáncer entre los hombres se presentó 2 con costra, 1 con mácula y 1 úlcera. Respecto al sexo femenino en este grupo también se reportó solo una persona con mácula.

Tabla Nro. 12. Antecedentes personales y familiares de cáncer y aparición de lesiones en mucosa oral de acuerdo con los grupos etarios.

Grupos de Edad	Lesión en mucosa oral	Tiene antecedentes de cáncer en su familia		
		No	Si	Total
<= 26,00 (Jóvenes)	No presenta lesión	6	2	8
	Lesiones Primarias			
	Vesícula	1	0	1
	Mácula	1	2	3
	Masa	2	0	2
	Lesiones Secundarias			
	Costra	1	2	3
	Erosión	1	0	1
	Total	12	6	18
	27,00 - 59,00 (Adultos)	No presenta lesión	8	2
Lesiones Primarias				
Pápula		4	0	4
Mácula		2	0	2
Masa		1	0	1
Placa		1	0	1
Lesiones Secundarias				
Costra		4	0	4
Erosión		1	0	1
Úlcera		0	1	1
Total	21	3	24	
60,00+ (Adulto Mayor)	Placa	1	0	1
	Total	1	0	1
Total	No presenta lesión	14	4	18
	Lesiones Primarias			
	Pápula	4	0	4
	Vesícula	1	0	1
	Mácula	3	2	5
	Masa	3	0	3
	Placa	2	0	2
	Lesiones Secundarias			
	Costra	5	2	7
	Erosión	2	0	2
	Úlcera	0	1	1
	Total	34	9	43

Elaborado por: Valeria Sánchez

Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

*Los grupos de edad fueron establecidos mediante la clasificación de MSP⁽⁸⁷⁾

Análisis: Referente a los que respondieron no de acuerdo con los jóvenes se encontró 1 persona con costra, 1 presenta vesícula, 1 erosión, 1 mácula, 2 con masa además entre los adultos hubo 4 personas con pápula, 4 con costra, 1 persona tiene erosión, 2 presentan

mácula, 1 masa, 1 placa y el adulto mayor tiene placa. Las personas que si tienen antecedentes de cáncer en los jóvenes 2 tienen costra, 2 mácula asimismo en los adultos 1 persona encontrada con úlcera.

Tabla Nro. 13. Lesiones en mucosa oral relacionados con tabaco y presencia de morbilidades según el sexo.

Sexo	Lesión en mucosa oral	Tiene otro tipo de enfermedad a causa del tabaco			
		No	Si	Total	
Masculino	No presenta lesión	13	0	13	
	Lesiones Primarias				
	Pápula	3	0	3	
	Mácula	3	1	4	
	Masa	2	0	2	
	Placa	0	2	2	
	Lesiones Secundarias				
	Costra	5	2	7	
	Erosión	0	2	2	
	Úlcera	1	0	1	
	Total	27	7	34	
	Femenino	No presenta lesión	5	0	5
		Lesiones Primarias			
Pápula		1	0	1	
Vesícula		1	0	1	
Mácula		0	1	1	
Masa		1	0	1	
Total		8	1	9	
Total		No presenta lesión	18	0	18
		Lesiones Primarias			
		Pápula	4	0	4
	Vesícula	1	0	1	
	Mácula	3	2	5	
	Masa	3	0	3	
	Placa	0	2	2	
	Lesiones Secundarias				
	Costra	5	2	7	
	Erosión	0	2	2	
	Úlcera	1	0	1	
	Total	35	8	43	

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: Entre los que no presentan enfermedades a causa del cigarrillo en el sexo masculino se encontró 3 personas con pápula, 5 con costra, 3 tienen mácula, 2 masa y una úlcera. En

las mujeres se evidenció una persona con pápula, 1 vesícula y una con presencia de masa. Por otra parte, las personas que si padecen otra enfermedad ligada tabaquismo de acuerdo al sexo masculino 2 personas tienen costra, 2 erosión, 1 mácula, 2 con presencia de placa y en las mujeres se evidencio que una persona fue diagnosticada con mácula.

Tabla Nro. 14. Lesiones en mucosa oral y presencia de otra enfermedad a causa del tabaco de acuerdo a grupos de edad.

Grupos de Edad	Lesión en mucosa oral	Tiene otro tipo de enfermedad a causa del tabaco		
		No	Si	Total
<= 26,00 (Jóvenes)	No presenta lesión	8	0	8
	Lesiones Primarias			
	Vesícula	1	0	1
	Mácula	2	1	3
	Masa	2	0	2
	Lesiones Secundarias			
	Costra	2	1	3
	Erosión	0	1	1
	Total	15	3	18
	27,00 - 59,00 (Adultos)	No presenta lesión	10	0
Lesiones Primarias				
Pápula		4	0	4
Mácula		1	1	2
Masa		1	0	1
Placa		0	1	1
Lesiones Secundarias				
Costra		3	1	4
Erosión		0	1	1
Úlcera		1	0	1
Total	20	4	24	
60,00+ (Adulto Mayor)	Placa	0	1	1
	Total	0	1	1
Total	No presenta lesión	18	0	18
	Lesiones Primarias			
	Pápula	4	0	4
	Vesícula	1	0	1
	Mácula	3	2	5
	Masa	3	0	3
	Placa	0	2	2
	Lesiones Secundarias			
	Costra	5	2	7
	Erosión	0	2	2
	Úlcera	1	0	1
	Total	35	8	43

Elaborado por: Valeria Sánchez

Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

*Los grupos de edad fueron establecidos mediante la clasificación de MSP⁽⁸⁷⁾

Análisis: En los jóvenes que no padecen otra enfermedad a causa del cigarrillo se encontró que 2 tienen costra, 1 vesícula, 2 mácula y 2 con masa así también los adultos 4 tienen pápula, 3 costra, 1 con macula, 1 tiene masa y 1 persona úlcera por otro lado las personas que si padecen otras enfermedades ligadas al cigarrillo en los jóvenes tiene 1 costra, 1 erosión 1 mácula asimismo en los adultos se evidenció que 1 personas tiene costra, 1 erosión, 1 persona con mácula, 1 con placa y el adulto mayor padece de placa.

Tabla Nro. 15. Lesiones no cariosas por sexo, grupos de edad y primeros contactos fumando.

Sexo	Edad que comenzó sus primeros contactos con el tabaco	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
Masculino	12 a 15 años	13	4	2	2	21
	16 a 20 años	10	1	0	1	12
	21 a 25 años	1	0	0	0	1
	Total	24	5	2	3	34
Femenino	12 a 15 años	5	1	0	1	7
	16 a 20 años	2	0	0	0	2
	Total	7	1	0	1	9
Total	12 a 15 años	18	5	0	3	28
	16 a 20 años	12	1	0	1	14
	21 a 25 años	1	0	0	0	1
	Total	31	6	2	4	43

Grupos de Edad	Edad que comenzó sus primeros contactos con el tabaco	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
<= 26,00 (Jóvenes)	12 a 15 años	9	2	1	0	12
	16 a 20 años	5	0	0	1	6
	Total	14	2	1	1	18
27,00 - 59,00 (Adultos)	12 a 15 años	9	3	1	3	16
	16 a 20 años	7	0	0	0	7
	21 a 25 años	1	0	0	0	1
	Total	17	3	1	3	24
60,00+ (Adulto Mayor)	16 a 20 años	0	1	0	0	1
	Total	0	1	0	0	1
Total	12 a 15 años	18	5	2	3	28
	16 a 20 años	12	1	0	1	14
	21 a 25 años	1	0	0	0	1
	Total	31	6	2	4	43

Elaborado por: Valeria Sánchez

Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

*Los grupos de edad fueron establecidos mediante la clasificación de MSP⁽⁸⁷⁾

Análisis: El hábito de consumo de cigarrillo fue mayoritario en edades comprendidas de 12 a 15 años, en referencia a esta información 31 no presentaron lesión no cariosa, en cambio se observó un total de 12 personas con este tipo de lesiones observando 6 con atricción, 2 con abrasión y 4 con erosión. Respecto al sexo de las 34 personas de sexo masculino 10 presentaron lesiones no cariosas y 9 tenían en común haber comenzado el hábito de fumar entre 12 a 15 años y 1 entre 16 y 20 años, en cuanto el sexo femenino 2 de las nueve personas mostraron este tipo de lesiones de igual manera tuvieron el hábito de fumar en edades tempranas. De acuerdo con los grupos de edad clasificados en jóvenes de 26 años o menos, 14 de ellos no presentaron lesión no cariosa, 2 atricción, 1 abrasión y 1 erosión, de acuerdo a esto quienes empezaron a fumar a partir de los 12 a 15 años, 9 no presentaron lesión no cariosa, 2 atricción y uno abrasión así también del grupo de 16 a 20 años, 5 no presentaron lesión y una persona presentó erosión. De los adultos comprendidos entre las edades de 27 a 59 años, 17 no presentaron lesiones no cariosas, 3 presentaron atricción, 1 abrasión y 3 erosión de otra manera los de 12 a 15 años, 9 no tuvieron este tipo de padecimiento, 3 mostraron atricción, uno abrasión y erosión. El grupo de edad con mayor presencia de individuos con lesiones no cariosas fueron los adultos con 7 casos, jóvenes con 4 casos y un adulto mayor; todos ellos comenzaron este mal hábito en edades tempranas a excepción del adulto mayor.

Tabla Nro. 16. Lesiones no cariosas por sexo y tiempo de hábito de fumar.

Sexo	Tiempo de hábito de fumar	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
Masculino	Fuma diariamente	18	5	2	3	28
	Fuma ocasionalmente	4	0	0	0	4
	No fuma pero antes ha fumado diariamente	2	0	0	0	2
	Total	24	5	2	3	34
Femenino	Fuma diariamente	6	0	0	1	7
	Fuma ocasionalmente	1	1	0	0	2
	Total	7	1	0	1	9
Total	Fuma diariamente	24	5	2	4	35
	Fuma ocasionalmente	5	1	0	0	6
	No fuma pero antes ha fumado diariamente	2	0	0	0	2
	Total	31	6	2	4	43

Grupos de Edad	Tiempo de hábito de fumar	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
<= 26,00 (Jóvenes)	Fuma diariamente	12	1	1	1	15
	Fuma ocasionalmente	2	1	0	0	3
	Total	14	2	1	1	18
27,00 - 59,00 (Adultos)	Fuma diariamente	12	3	1	3	19
	Fuma ocasionalmente	3	0	0	0	3
	No fuma pero antes ha fumado diariamente	2	0	0	0	2
	Total	17	3	1	3	24
60,00+ (Adulto Mayor)	Fuma diariamente	0	1	0	0	1
	Total	0	1	0	0	1
Total	Fuma diariamente	24	5	2	4	35
	Fuma ocasionalmente	5	1	0	0	6
	No fuma pero antes ha fumado diariamente	2	0	0	0	2
	Total	31	6	2	4	43

Elaborado por: Valeria Sánchez

Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

*Los grupos de edad fueron establecidos mediante la clasificación de MSP⁽⁸⁷⁾

Análisis: Respecto a la información recabada se sabe que la mayoría de las personas fuman diariamente. De acuerdo al sexo masculino, las 24 personas que no presentaron lesión no cariosa; 18 fuman diariamente, 4 ocasionalmente, 2 que no fuman, pero fumaron antes diariamente, por otra parte 5 personas que presentaron atricción fuman diariamente, se reportó 2 personas con abrasión que fuman diariamente y 3 con erosión que fuman a diario

y en lo que concierne al sexo femenino tenemos que 7 personas no presentaron lesión no cariosa, 6 fuman diariamente y una persona fuma ocasionalmente, también se reportó que una persona que fuma ocasionalmente presentó atrición y una del sexo femenino erosión la cual fuma diariamente. De acuerdo con los grupos de edad clasificados en jóvenes de 26 años o menos, 12 de ellos no presentaron lesión cariosa pese a que fuman diariamente, 2 tampoco registraron fumando ocasionalmente, asimismo una persona presentó atrición fumando a diario con el mismo hábito de consumo 1 con abrasión y también una con erosión, personas atrición, uno abrasión y erosión, y 41 persona con atrición fumando ocasionalmente. Así también del grupo comprendido entre las edades de 27 a 59 años, entre los que poseen el hábito de fumar a diario, 12 no presentaron lesión no cariosa, 3 atrición, abrasión y 3 erosión, 3 personas no reportaron este padecimiento de los cuales fuman ocasionalmente y los 2 adultos mayores registrados presentaron únicamente atrición.

Tabla Nro. 17. Cantidad de cigarrillos al día y aparición de lesiones no cariosas por sexo.

Sexo	Número de cigarrillos que fuma al día	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
Masculino	10 o menos	17	1	1	2	21
	De 11 a 20	3	1	1	1	6
	De 21 a 30	4	3	0	0	7
	Total	24	5	2	3	34
Femenino	10 o menos	4	1	0	0	5
	De 11 a 20	1	0	0	1	2
	De 21 a 30	2	0	0	0	2
	Total	7	1	0	1	9
Total	10 o menos	21	2	1	2	26
	De 11 a 20	4	1	1	2	8
	De 21 a 30	6	3	0	0	9
	Total	31	6	2	4	43

Grupos de Edad	Número de cigarrillos que fuma al día	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
<= 26,00 (Jóvenes)	10 o menos	13	1	1	1	16
	De 11 a 20	1	1	0	0	2
	Total	14	2	1	1	18
27,00 - 59,00 (Adultos)	10 o menos	8	1	0	1	10
	De 11 a 20	3	0	1	2	6
	De 21 a 30	6	2	0	0	8
	Total	17	3	1	3	24
60,00+ (Adulto Mayor)	De 21 a 30	0	1	0	0	1
	Total	0	1	0	0	1
Total	10 o menos	21	2	1	2	26
	De 11 a 20	4	1	1	2	8
	De 21 a 30	6	3	0	0	9
	Total	31	6	2	4	43

Elaborado por: Valeria Sánchez

Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

*Los grupos de edad fueron establecidos mediante la clasificación de MSP⁽⁸⁷⁾

Análisis: Se pudo evidenciar que 31 personas no presentaron lesiones no cariosas, de los que fuman 10 o menos cigarrillos al día 2 de ellos reportaron atricción, una persona abrasión y dos con erosión, también de aquellos que mencionaron que su consumo es de 11 a 20 cigarrillos al día presentaron 1 atricción, 1 persona abrasión y 2 erosión y asimismo las personas que dijeron que fuman de 21 a 30 al día se reportó 3 con atricción. Respecto al sexo masculino 24 pacientes no presentaron este padecimiento de los fumadores de 10 o menos

se reportó una persona con atricción, una con abrasión y 2 con erosión, los que consumen de 11 a 20 se observó una persona con atricción, una erosión y una abrasión y de los fumadores pesados de 21 a 30 3 presentaron atricción. Por otra parte, en el sexo femenino se evidenció entre las personas que fuman hasta 10 cigarrillos al día una se pudo encontrar con atricción, de 11 a 20 cigarrillos diarios también una persona con erosión. De acuerdo a la clasificación por grupos de edad tenemos que los jóvenes que fuman hasta 10 cigarrillos diarios presentaron 1 persona con atricción, una con abrasión y una erosión, quienes consumen de 11 a 20 diarios solo tuvo un paciente atricción, por otro lado los adultos que fuman de 10 cigarrillos o menos solo un caso reportado con atricción uno con erosión, también se encontró que padeció una persona abrasión y 2 con erosión en los consumidores de 11 a 20 tabacos diarios y los que consumen de 21 a 20 cigarrillos en un día solo se encontró 2 con atricción y la única persona reportada con adulto mayor se encontró que fuma de 21 a 30 cigarrillos diarios por lo que presentó atricción.

7.1. Análisis de significancia

Para determinar la asociación o relación entre las variables de consumo de cigarrillo del grupo de estudio y la presencia de lesiones no cariosas y en la mucosa oral, y al considerar que los datos son de naturaleza cualitativa se usará una prueba no paramétrica para establecer un resultado concluyente, la prueba elegida para este fin es la prueba Chi-cuadrado a partir de los siguientes criterios.

Decisión: Si $p \leq 0,05$ se rechaza H_0

Hipótesis 1

H_0 = No existe asociación entre la presencia de lesiones en la mucosa oral y el consumo de cigarrillo.

Tabla Nro. 18. Prueba Chi-cuadrado Hipótesis 1

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,990 ^a	1	0,158		
Corrección de continuidad ^b	0,772	1	0,38		
Razón de verosimilitud	1,998	1	0,158		
Prueba exacta de Fisher				0,293	0,19
Asociación lineal por lineal	1,944	1	0,163		
N de casos válidos	43				

Conclusión: Los valores de la prueba Chi-cuadrado mostraron en el recuento esperado un valor mayor a 5 en más del 25% de las casillas por tanto para la estimación de la prueba se tomará en cuenta la prueba exacta de Fisher, misma que generó un valor mayor a 0,05 ($p=0,293$) por lo tanto se acepta H_0 y se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones en la mucosa oral y el consumo de cigarrillo.

Hipótesis 2

H_0 = No existe asociación entre la presencia de lesiones no cariosas y el consumo de cigarrillo.

Tabla Nro. 19. Prueba Chi-cuadrado Hipótesis 2

Uiz<	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,707 ^a	1	0,191		
Corrección de continuidad ^b	0,52	1	0,471		
Razón de verosimilitud	2,773	1	0,096		
Prueba exacta de Fisher				0,563	0,255
Asociación lineal por lineal	1,667	1	0,197		
N de casos válidos	43				

Conclusión: Los valores de la prueba Chi-cuadrado mostraron en el recuento esperado un valor mayor a 5 en más del 25% de las casillas por tanto para la estimación de la prueba se tomará en cuenta la prueba exacta de Fisher, misma que generó un valor mayor a 0,05 ($p=0,563$) por lo tanto se acepta H_0 y se concluye que no existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones no cariosas y el consumo de cigarrillo.

8. DISCUSIÓN

En el presente estudio se logró obtener información de 43 fumadores del Grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo, constituido por 34 hombres (79.07%) y 9 mujeres (20,93%) que oscilan entre los 17 a los 60 años, que comparado con el estudio realizado en el Hospital de Odontología en Buenos Aires se observó que del 100% de pacientes 156 correspondieron al sexo femenino (59%) y 110 al masculino (41%)⁽⁸⁸⁾ en los que se pudo evidenciar la presencia mayoritaria del sexo femenino que en el caso del presente estudio fue el grupo de menor presencia. Tomando en cuenta que, en la presente investigación las lesiones de la mucosa oral y las lesiones no cariosas reportadas por el odontólogo tratante y la aplicación de la encuesta sobre hábitos de consumo, salud e higiene oral mostraron que el 81,39% fuman diariamente, el 13,9% ocasionalmente y el 4,65% ya no tienen el hábito de fumar actualmente pero refieren haber sido fumadores ocasionales, de ellas el 58,13% fueron reportadas con lesiones primarias y secundarias, las que no presentaron lesión fueron 18 personas con el 41,86%; estos valores se muestran similares al estudio de ⁽⁴⁾ realizado en 52 pacientes fumadores examinados en Chimbote Perú en el que del 100% de la población de estudio el 69,23% presentaron lesiones orales, el 71,15 % fueron varones y el 28,85 % mujeres.

En la investigación ⁽⁸⁹⁾ realizada en 28 jóvenes estudiantes de 17 a 31 años, en la Universidad de Costa Rica, el 89,29% de la población estudiantil fueron informados de las consecuencias que el consumo de tabaco conlleva en la salud, de los cuales el 14,29% de los encuestados fumadores no recibieron información preventiva por lo que no eran conscientes de las consecuencias que genera este hábito, dichos resultados se aproximan a los estimados en base a un cuestionario de la presente investigación en el que se verificó que el 90,70% conocía el perjuicio del hábito siendo un 9,30% el grupo de personas que no eran conscientes de las afectaciones del consumo de cigarrillo, por lo que los valores de desconocimiento sobre la nocividad del hábito sigue de alguna manera siendo parte de la inconciencia del público fumador, pese a la información que se muestra en los medios y mediante la información brindada.

Los resultados encontrados en la presente investigación se observó que de 43 fumadores habituales y ex fumadores el 58,10% presentó lesiones, de ellos el que mayor porcentaje se encontró fue el grupo de los que fuman a diario con el 62,85% cuyos datos resultan comparables al estudio realizado en la universidad del Magdalena en 93 pacientes que de la

misma manera se clasificó en fumador habitual y ex fumador, el mayor porcentaje de lesiones elementales primarias y secundarias, se evidenció en los fumadores habituales con un 83,3%, el porcentaje de ausencias de lesiones elementales fue del 9,6% de la población estudiada.⁽⁹⁰⁾

El estudio de ⁽⁸⁸⁾ en 266 pacientes adolescentes consumidores de cigarrillo y otras sustancias mostró una prevalencia de lesiones del 72%, de ellos 9 mujeres presentaron este tipo de afección en un 3,38% y los pacientes del sexo masculino con el 12,03%; la cantidad de mujeres que no presentaban lesiones fue del 4,13% y los varones con el 1,50%. De la misma forma respecto a las lesiones se encontró que entre 154 trabajadores examinados en Japón⁽⁹¹⁾, el 12% tenían pigmentación de melanina en la encía adherida lo que se podría asociar a las máculas presentes en los miembros del grupo de recuperación valor idéntico al reportado por el presente estudio. Así mismo la prevalencia de pigmentación fue significativamente mayor en los fumadores que consumen más de 10 cigarrillos por día que en los no fumadores, y estos valores tienden a aumentar significativamente con el consumo de tabaco, se denota la presencia de mácula en un 29,41% en este tipo de fumadores y en los otros grupos en el que el número de cigarrillos diarios fue menor no se evidencio presencia de mácula.

Aslesh et. al. ⁽⁹²⁾ en su investigación en varones mayores de 18 años se recabó información de 244 participantes que asistieron al campamento de control de salud por el uso de tabaco y otras sustancias en el que se encontraron lesiones de la mucosa oral en un 36,3% de los participantes pese a que los referidos no pertenecieron a un grupo de alcohólicos anónimos, por otro lado en una investigación de ⁽⁹³⁾ en 2033 individuos estudiados, el 58% de los individuos tenían lesiones asociadas al tabaco. Dichos datos son concordantes con la presencia de úlceras en los trabajadores del estudio de ⁽⁹²⁾ además se corroboró la baja tasa de prevalencia de la úlcera en fumadores, la prevalencia de lesiones de los tejidos blandos en la cavidad oral fue del 58% de los cuales en fumadores fue de costra 14%, mácula 12%, 9% de pápula, con 5% las lesiones: placa, erosión y úlcera también con un 2% se observó vesícula y úlcera.

En lo que refiere a las lesiones no cariosas se obtuvo un resultado de atrición con un porcentaje del 14% seguido de erosión con el 9,30% y abrasión representado por el 4,70%. En relación a esto en un estudio in vitro comparativo que se realizó a la exposición al chimó que son de hojas de tabaco curado se seleccionaron 30 dientes lo cual produjo pérdida de la superficie del esmalte tanto clínica como estructuralmente, es decir hubo patrones de

erosión.⁽⁸⁵⁾ Tanto la tinción severa de los dientes como la abrasión dental pueden verse en asociación con el uso de cigarrillo sin embargo y como en éste estudio según Greer y Poulson realizaron una investigación en 117 adolescentes fumadores en el cual solo se registró un caso de abrasión por lo que se cuestiona la aparición de ésta lesión no cariosa relacionada o no a la presencia de algún agente distinto del tabaco.⁽⁹⁴⁾

9. CONCLUSIONES

- En este estudio se evidenció que la población estuvo constituida por el 79,07% de hombres y el 20,93% de mujeres, que oscilan entre los 17 a los 60 años, de acuerdo con la encuesta aplicada el 81,39% fuma diariamente, el 13,9% ocasionalmente y el 4,65% no fuman en la actualidad, pero fumaron antes diariamente. La lesión primaria más encontrada fue mácula (11,60%), seguida de pápula (9,30%), masa (7%), placa (4,70%) y vesícula (2,30%). Referente a las lesiones secundarias la más diagnosticada fue la costra (16,30%) la erosión se evidenció en un 4,70% y la úlcera en un 2,30%. Se pudo concluir que la mayoría de fumadores empezó el hábito entre los 12 a 15 años. La mayoría mujeres fuman diariamente al igual que los hombres. De acuerdo con la cantidad de cigarrillos al día: la mayoría consumen hasta 10 cigarrillos diarios.
- Al relacionar la frecuencia de consumo de cigarrillo con aparición de lesiones primarias se determinó que las lesiones primarias más recurrentes que presentaron las personas que reportaron fumar diariamente fue mácula (14,30%) seguido de pápula (11,40%), masa y placa con el 5,70% y vesícula con el 2,90%; por otro parte en los ex fumadores se identificó 1 sola persona con masa (50%). Las lesiones secundarias encontradas en los fumadores diarios fue 5 personas con costra (14,30%), 2 reportadas con erosión (5,70%) y una persona presentó úlcera (2,90%); asimismo en los fumadores ocasionales hubo un solo caso con costra (16,70%) y en el único caso reportado en los ex fumadores fue costra con el 50%. Lo que se puede concluir que son cifras bajas en este grupo de personas que consumen tabaco.
- Se determinó que hubo una prevalencia del 58% de lesiones en tejidos blandos en el grupo de pacientes. Respecto a las lesiones primarias, la mácula tuvo una prevalencia del 12%, la pápula 9%, la masa y placa con el 5% y vesícula reportó una prevalencia del 2%. Para las lesiones secundarias la costra mostró el 14%, la erosión el 5% y úlcera el 2%. Se concluyó además que no existe una relación del consumo de cigarrillo con este tipo de lesiones ($p=0.293$).
- Se obtuvo una mínima prevalencia de 27,9% de lesiones no cariosas; presentando atricción con un porcentaje del 14% seguido de erosión con el 9,30% y abrasión representado por el 4,70%. En el análisis de significancia estadística se determinó que

no existe asociación estadísticamente significativa entre la presencia de lesiones no cariosas y el consumo de cigarrillo ($p=0,563$).

9. RECOMENDACIONES

- Se observó que en todas las personas que se realizó la encuesta y en las que se pudo recabar la información de las historias clínicas resultaron ser fumadores y se diagnosticó varias lesiones primarias y secundarias así como también las no cariosas por lo que se recomienda al ser un grupo de alto riesgo y al encontrar lesiones orales como pápula, mácula, placa, erosión, úlceras entre otras las mismas que son relacionadas con ciertas patologías orales como estomatitis nicotínica, leucoplasia oral, lengua vellosa negra, melanosis del fumador, etc. Por lo tanto, éste tipo de enfermedades necesitan de una evaluación diagnóstica por parte de un patólogo oral mínimo una vez al año, para prevenir en lo posible la aparición de lesiones pre malignas de manera oportuna.
- Se recomienda disminuir el consumo de cigarrillo puesto que en las personas que tienen un hábito diario se observó una recurrencia de lesiones orales, las mismas que al no ser identificadas y tratadas provocan patologías que pueden desarrollar cáncer oral; por lo que en los otros grupos de menos consumo o que ya dejaron este hábito se observó menos lesiones, por aquello con la difusión de este estudio se busca concientizar al abandono de este hábito nocivo.
- Es importante la difusión de charlas de socialización en torno a las lesiones premalignas encontradas en estos pacientes, de forma específica en este grupo de pacientes cuyo estilo de vida conlleva el hábito del tabaquismo.
- Al reportar que existió presencia de lesiones no cariosas como atrición la cual puede ser causada por el síndrome de abstinencia o debido a la acción de la nicotina y como consecuencia derivar en bruxismo se recomienda la promoción y prevención para un cuidado oral óptimo por medio de charlas, videos, seminarios para que por medio de esto ellos se encuentren motivados a cuidar de su salud oral. Así mismo, motivar consultas de apoyo psicológico para el manejo del estrés producto del encierro motivado por su condición de vulnerabilidad.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Míguez MC, Becoña E. ¿El consumo de cigarrillos y alcohol se relaciona con el consume de cannabis y el juego problema en adolescentes Españoles? *Adicciones*. 2015;27(1):8–16.
2. Navarro E, Vargas R, Martínez R, Padilla B, López D, Thorne; B. Factores asociados al consumo de cigarrillo en adultos del suroccidente de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte* [Internet]. 2015;21:3–14. Available from: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4107/5672>
3. Swain SK, Chatterjee K, Basannar DR. Efficacy of group intervention on tobacco cessation among male employees in health-care setting: A randomized controlled trial. *Med J Armed Forces India* [Internet]. 2019;XXX(XXXX):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2019.05.004>
4. Chapoñan S. Prevalencia de lesiones orales en pacientes fumadores de la Posta San Luis distrito de Nvo. Chimbote, Provincia del Santa, Departamento de Áncash, año 2018 [Internet]. Tesis. [Perú]; 2019. Available from: file:///C:/Users/MARIANA/Documents/1ACTITUDES_ADOLESCENTES_JIMENEZ_PENA_YESSENIA_MARIBEL.pdf
5. Rodríguez Lozano F. Consumo de tabaco y patología odontoestomatológica. *Tratado Tab*. 2015;9(1):155–63.
6. Plá García A, Elizarde Gálvez M, Cárdenas Frieria E, Solares Carreño J, Nieves Sardiñas B. Tabaquismo: valores e integralidad. *Rev Médica Electrónica*. 2016;38(3):460–9.
7. Fernández González EM, Figueroa Oliva DA. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2018;17(2):225–35. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200008
8. Casnati B, Álvarez R, Massa F, Lorenzo S, Angulo M, Carzoglio J. Prevalencia y factores de riesgo de las lesiones de la mucosa oral en la población urbana del Uruguay. *Odontoestomatología*. 2013;15(Especial):58–67.
9. Ilker-Cebeci A-R, Gülşahi A, Kamburoğlu K, Orhan B-K, Öztaş B. Prevalence and

- distribution of oral mucosal lesions in an adult turkish population. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14(6):E272–7.
10. Lanza Martino L, Pérez Caffarena M. Lesiones elementales de la mucosa bucal. Guía para el diagnóstico clínico de patologías de la mucosa bucal. *Actas Odontológicas*. 2015;XII(1):14–20.
 11. DeLong L, Burkkhart NW. *Patología Oral y General en Odontología*. Segunda. Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2013. 1464 p.
 12. Castellanos González M, Cueto Hernández M, Marisel Boch M, Méndez Castellanos CM, Méndez Garrido L, Castillo Fernández C. Efectos fisiopatológicos del tabaquismo como factor de riesgo en la enfermedad periodontal. *Rev Finlay [Internet]*. 2016;6(2):134–49. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 13. Golaszewski AM, Díaz N, Villarroel-Dorrego M. Cambios tisulares y celulares por tabaquismo en mucosa bucal clínicamente sana: Estudio clínico transversal. *Av Odontoestomatol*. 2015;31(6):363–70.
 14. Izquierdo Clemente C, Sanchís Yago B. Tabaquismo en personal de centros de salud. *Prevención del Tab*. 2016;18(1):39–40.
 15. Cuartas Jaraba VC, Mondol Almeida Y, González Martínez F. LESIONES DE MUCOSA RELACIONADAS CON EL HÁBITO DE FUMAR CIGARRILLO. 2016.
 16. Chávez R. Elasticidad precio de la demanda de cigarrillos y alcohol en Ecuador con datos de hogares. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2016;40(4):222–8.
 17. Cevallos Coll CE. Afectación en el consumo de tabaco, después de la disposición de la “Ley Orgánica para regulación y control del tabaco” en e Ecuador. Vol. 1. 2015.
 18. Ríos Spooner JT. Incidencia del bruxismo en pacientes Alcohólicos Rehabilitados del Grupo de 24 horas A.A. Riobamba Chimborazo. 2018.
 19. Xiang B, Wong HM, Perfecto AP, McGrath CPJ. The effectiveness of behavioral interventions to improve oral health in adolescents at different periods of follow-up:

- A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019;1–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.11.030>
20. Avalos Marquez JC, Huilca Castillo N, Picasso Pozo MA, Omori Mitumori E, Gallardo Schultz A. Nivel De Conocimientos En Salud Oral Relacionado con la Calidad de la Higiene Oral en Escolares de una Población Peruana. *Kiru* [Internet]. 2015;12(1):61–5. Available from: www.usmp.edu.pe/odonto/servicio/2015/Kiru_12-1_v_p61-65.pdf
 21. Gómez de Ferraris, M. E. Campos Muñoz A. *Histología y embriología bucodental*. Vol. 2nda Edici, Editorial Médica Panamericana,. 2002. 482 p.
 22. Nanci A. *Ten Cate's Oral Histology Development , Structure , and Function*. 9na ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences; 2018. 823 p.
 23. Vilchez Oliva KL. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CITOLÓGICAS EN EL EPITELIO DE LA MUCOSA ORAL EN PACIENTES FUMADORES DE TABACO Y PACIENTES NO FUMADORES. 2017.
 24. Gigena PC, Bella MI, Cornejo LS. Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. *Odontoestomatología*. 2012;14(20):49–59.
 25. Paniagua Repetto H, García Calatayud S, Castellano Barca G, Sarrallé Serrano R, Redondo Figuero C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *An Esp Pediatr* [Internet]. 2001;55(2):121–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1695-4033\(01\)77647-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1695-4033(01)77647-3)
 26. Fuentes MC, Alarcón A, García F, Gracia E. Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y el barrio. *An Psicol*. 2015;31(3):1000.
 27. Morello P, Pe L, Braun SN, Kollath-cattano C, Thrasher JF, Sargent J. Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco , alcohol y otras drogas en adolescentes escolarizados de tres ciudades de Argentina. 2017;115(2):155–68.
 28. Barragán Martín AB, Martos Martínez Á, Simón Márquez M del M, Pérez-Fuentes M del C, Molero Jurado M del M, Jesús GLJ. Consumo de tabaco y alcohol en

- adolescentes y relación con la familia. *Eur J Child Dev Educ Psychopathol*. 2016;4(1):49–61.
29. Rodríguez García PL, López Villalba FJ, López Miñarro PÁ, García Cantó E. Práctica de ejercicio físico y su relación con el consumo de tabaco en adolescentes. Diferencias entre géneros. *Adicciones*. 2013;25(1):29–36.
 30. Pedroso Morales I, Bravo Acosta T, Rodríguez Lara H. Hábito de fumar y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. 2019;1:1–11.
 31. Zanetti F, Sewer A, Scotti E, Titz B, Schlage WK, Leroy P, et al. Assessment of the impact of aerosol from a potential modified risk tobacco product compared with cigarette smoke on human organotypic oral epithelial cultures under different exposure regimens. *Food Chem Toxicol* [Internet]. 2018;115:148–69. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.fct.2018.02.062>
 32. Martín Ruiz A, Rodríguez Gómez I, Rubio C, Revert C, Hardisson A. Efectos tóxicos del tabaco. *Rev Toxicol*. 2004;21(2–3):64–71.
 33. Maris E, Huberlant S, Torre A. Tabaco y fertilidad. *EMC - Ginecol* [Internet]. 2017;53(1):1–5. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X\(16\)82422-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1283-081X(16)82422-4)
 34. Ballén MA, Jagua Gualdrón A, Álvarez DL, Rincón A. El cigarrillo: implicaciones para la salud. *Rev la Fac Med la Univ Nac Colomb*. 2006;54(3):191–205.
 35. Delgado-Quñones EG, Martín del Campo-Guzmán VM. Relación entre percepción de funcionalidad familiar y dependencia a la nicotina en jóvenes fumadores de 15 a 24 años. *Rev Médica MD*. 2015;6(4):253–7.
 36. Tanja Aguilera K, Quintero Lores CM. Efectos Neurobióticos de la Nicotina en el Cerebro Humano. *Órgano Científico Estud Ciencias Médicas Cuba* [Internet]. 2015;54(260):31–41. Available from: <https://gneaupp.info/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-2/>
 37. Cuba Díaz Y, García Saborit V, Rodríguez Guerra Y, Gómez Mariño M, Saborit Casanovas V. El tabaquismo como factor de riesgo de enfermedades bucales. *Rev la Fund Juan Jose Carraro*. 2010;32:20–9.
 38. Liu Q, Zhao M, Chen W, Xu K, Huang F, Qu J, et al. Mainstream cigarette smoke induces autophagy and promotes apoptosis in oral mucosal epithelial cells. *Arch Oral*

- Biol [Internet]. 2020;111(December 2019):104646. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2019.104646>
39. Santos Serrano Á. Fumador pasivo : efectos dentales y orales [Internet]. Universidad de Sevilla; 2016. Available from: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/69156>
 40. Falomir-Pichastor JM, Blondé J, Desrichard O, Felder M, Riedo G, Folly L. Tobacco dependence and smoking cessation: The mediating role of smoker and ex-smoker self-concepts. *Addict Behav* [Internet]. 2019;102:1–27. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106200>
 41. Valdez-Rodríguez BE, Rodríguez-Olivas MA, Hernández-Bernadett J, Terrazas-Altamirano DA. Características de Fumadores Universitarios. *Concienc Tecnológica*. 2019;(58):14–20.
 42. Donohue-Cornejo A, De la Torre-y-Morán A, De la Torre-Morán G, Espinosa-Cristóbal LF, Guzmán-Gastelum DA, García-Calderón AG, et al. Frecuencia de Lesiones y Condiciones Orales en Pacientes Mayores de 18 Años en una Clínica de Atención Primaria en México. *Int J Odontostomatol*. 2018;12(1):129–33.
 43. Boza Oreamuno Y V., López Soto A. Análisis retrospectivo de las lesiones de la mucosa oral entre 2008-2015 en el internado clínico de odontología de la Universidad de Costa Rica. *Cent Centroam Población Univ Costa Rica*. 2019;16(2):1–18.
 44. Tovio-Martínez E, Carmona-Lordouy M, Harris J, Guzmán E. Aplicación móvil para la enseñanza de lesiones elementales en cavidad bucal. *Univ y Salud ARTÍCULO CORTO*. 2019;22(1):70–6.
 45. Feng J, Zhou Z, Shen X, Wang Y, Shi L, Wang Y, et al. Prevalence and distribution of oral mucosal lesions: A cross-sectional study in Shanghai, China. *J Oral Pathol Med*. 2015;44(7):490–4.
 46. Mohammad Amen F, Ahmad Hussein S, Jamel Abdullah M. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Patients Attending Oral Diagnosis Clinic at School Of Dentistry, University Of Sulaimani. *IOSR J Dent Med Sci* [Internet]. 2015;14(July):2279–861. Available from: www.iosrjournals.org
 47. Do LG, Spencer AJ, Dost F, Farah CS. Oral mucosal lesions: Findings from the Australian National Survey of Adult Oral Health. *Aust Dent J*. 2014;59(1):114–20.

48. González Otero S, García Marín F, Cebrián Carretero JL. Lesiones precancerosas de la mucosa bucal. *Soc Española Cirugía Oral y Maxilofac.* 2014;(4):1–28.
49. Maymone MBC, Greer RO, Burdine LK, Dao-Cheng A, Venkatesh S, Sahitya PC, et al. Benign oral mucosal lesions: Clinical and pathological findings. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2019;81(1):43–56. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.09.061>
50. Alonso Núñez MP. Lesiones elementales de la piel y mucosas [Internet]. 2012. p. 1–16. Available from: http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/991ef521-26e9-4877-9b09-889e05d45016/a5d306b2-c97f-42f6-b753-394681cf5eeb/LESIONES_ELEMENTALES_DE_PIEL_Y_MUCOSAS.pdf
51. González-Guerra E. Alfa y omega en lesiones elementales clínicas dermatológicas. *Más Dermatología* [Internet]. 2012;18:25–6. Available from: <http://www.masdermatologia.com/PDF/0116.pdf>
52. Garcia-Fernández F, Soldevilla-Ágreda J, Pancorbo-Hidalgo P, Verdú J, López-Casanova P, Rodríguez-Palma M. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia. *Doc técnico GNEAUPP* [Internet]. 2014;2:27–8. Available from: <https://gneaupp.info/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-2/>
53. Regezi JA, Sciubba JJ. *Patología Bucal Correlaciones clinicopatológicas Tercera edición.* New York. 2000. 656 p.
54. Yague L, Leguén L, Guevara G. Caracterización de ampollas. *Rev Inf Cient.* 2011;72(4):1–9.
55. Cawson RA, Odell EW. *Oral pathology and oral medicine. Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine.* 2017. 1–425 p.
56. Socamarrera Pére ML, AF LS, Carreras-Presas MC, M DR. Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Av Odontoestomatol.* 2015;31(3):129–34.
57. Hamam Dalia GG, Aly El-Waseef AE-D. Effect of Cigarette Smoking on Human Gingival Mucosa-Histological and Morphometric Study. *J Cytol Histol.* 2018;09(04).

58. Ahmadi-Motamayel F, Falsafi P, Hayati Z, Rezaei F, Poorolajal J. Prevalence of Oral Mucosal Lesions in Male Smokers and Nonsmokers. *Chonnam Med J.* 2013;49(2):65.
59. Jaspers I. Cigarette Smoke Effects on Innate Immune Mechanisms in the Nasal Mucosa. Potential Effects on the Microbiome. *AnnalsATS.* 2014;11(1).
60. Taybos G. Oral Changes Associated with Tobacco Use. *Am J Med Sci* [Internet]. 2003;326(4):179–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00000441-200310000-00005>
61. K M, H C, M K, S N. Effect of Tobacco on Oral-Health an Overview. *J Evol Med Dent Sci.* 2013;2(20):3523–34.
62. Ogba OM, Ewa JJ, Olorode OA, Mbah M. Effect of Tobacco Smoking on Oral Microbial Flora and the Relationship with Oral Health in Calabar , Nigeria. *Int J Biomed Lab.* 2017;6(1–2):1–5.
63. Ozturk O, Education S. *Journal of Experimental and Clinical Medicine.* *J Exp Clin Med.* 2017;1(34):3–7.
64. Méndez-Tovar LJ, Arévalo-López A, Arroyo López H. Úlceras cutáneas por coinfección: virus del herpes simple e *Histoplasma capsulatum*. *Rev Dermatológica México.* 2012;56(2):137–40.
65. Muñoz Hiraldo E, Morillo Gutiérrez B. Infecciones por virus herpes simple. *Asoc Española Pediatría Atención Primaria.* 2017;1(5):1–33.
66. Nozad-mojaver Y, Mirzaee M, Jafarzadeh A. Synergistic effects of cigarette smoke and saliva. 2009;14(5):217–21.
67. Acevedo J, Berné J, Calderón N. Melanosis del Fumador. *Rev Venez Investig Odontológica.* 2013;1(1):55–61.
68. Hedin CA. Smoker ' s Melanosis may Explain the Lower Hearing Loss and Lower Frequency of Parkinson' s Disease Found among Tobacco Smokers - A New Hypothesis. *Med Hypotheses.* 1991;35:247–9.
69. Medina Márquez M, Carmona Lorduy M, Álvarez Villadiego P, Díaz Caballero A. Leucoplasia asociada al hábito de fumar invertido. Presentación de un caso clínico. *Av Odontoestomatol.* 2015 Jul 1;31(4):261–6.

70. Garg KN, Raj V, Chandra S. Trends in frequency and duration of tobacco habit in relation to potentially malignant lesion: A 3 years retrospective study. 2013;17(2):201–6.
71. Sabashvili M, Gigineishvili E, Jikia M, Chitaladze T. Role of Tobacco in the Development of Oral Leukoplakia and Oral Cancer. 2018;(6):6–10.
72. Qi M, Li L, Lu Y, Chen H, Zhang M, Wang M, et al. Archives of Oral Biology Proteome profiling to identify peroxiredoxin 1 interacting protein partners in nicotine-associated oral leukoplakia. Arch Oral Biol [Internet]. 2019;108(April):104537. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2019.104537>
73. Ruiz Candina HJ, Herrera Batista AJ, Gamboa Sosa J. Lesiones dentales no cariosas en pacientes atendidos en la Clínica Estomatológica Siboney. Rev Cuba Investig Biomed. 2018;37(2):46–53.
74. Amaechi BT, Higham SM. Dental erosion: possible approaches to prevention and control. J Dent. 2005;33(3 SPEC. ISS.):243–52.
75. Cuniberti N, Rossi GH. Lesiones cervicales no cariosas, la lesión dental del futuro. In: Editorial Médica Panamericana [Internet]. 2009. p. 1–8. Available from: <file:///C:/Users/huert/Desktop/lesiones combinadas.pdf>
76. Lussi A, Hellwig E, Ganss C, Jaeggi T. Dental erosion. Oper Dent. 2009;34(3):251–62.
77. Ferraz LN, Pini NIP, Ambrosano GMB, Aguiar FHB, Lima DANL. Influence of cigarette smoke combined with different toothpastes on enamel erosion. Braz Oral Res. 2019;33:1–12.
78. Benmehdi S, Rioboo M, Bourgeois D SM. Lesiones cervicales no cariosas y su asociación con la periodontitis. Periodoncia y Osteointegración. 2009;19(3):179–85.
79. Díaz Rebolledo ÓE, Estrada Esquivel BE, Franco G, Espinoza Pacheco CA, González Manrique RA, Badillo Muñoz E. Lesiones no cariosas: atrición, erosión abrasión, abfracción, bruxismo. 2011;12(38):742–4.
80. Bowles WH., Wilkinson MR, Wagner MJ, Woody RD. Abrasive particles in tobacco products: A possible factor in dental attrition. J Am Dent Assoc [Internet].

- 1995;126(3):327–31. Available from:
<http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.1995.0176>
81. Calabria Díaz HF. Lesiones no cariosas del cuello dentario: patología moderna, antigua controversia. *Odontoestomatología*. 2009;11(12):1688–9339.
 82. Cardentey García J, Carmona Concepción JA, González García X, González Rodríguez R, Labrador Falero D. Atrición dentaria en la oclusión permanente. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río*. 2014;18(4):566–73.
 83. Renson CE. Attrition, Abrasion, Erosion and the temporomandibular joint. *Oral Dis*. 1988;35–6.
 84. Amaíz-Flores AJ. Título: Lesiones de abfracción, etiología y tratamiento. *Rev Científica Odontológica* [Internet]. 2014;10(2):39–47. Available from: <https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/455>
 85. Olávez Cepeda D, Omaña Cepeda C, Solórzano Navarro E. Estudio in vitro de la erosión dental asociada al chimó. *Univ Odontol*. 2017;76(36):1–21.
 86. Frías-Navarro D. Un Instrumento De Medida. *Univ Val* [Internet]. 2019;1–13. Available from: <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
 87. Ecuador M de SP del. Ciclo de vida [Internet]. 2020. p. 1. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx#:~:text=La siguiente clasificación es un,\(60 años y más\).&text=6 - 11 años\)-,Adolescencia \(12 - 18 años\),Adultez \(27- 59 años\)](https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx#:~:text=La siguiente clasificación es un,(60 años y más).&text=6 - 11 años)-,Adolescencia (12 - 18 años),Adultez (27- 59 años))
 88. Caviglia SI, Bajda S, Simon SV. Estudio epidemiológico descriptivo de lesiones. *Rev ADM*. 2014;71(5):226–30.
 89. Brenes Alvarez F, Bolaños Calvo S, Díaz Philips A. El tabaco como un factor causante de enfermedades bucodentales. *Am Cancer Soc* [Internet]. 2014;15. Available from: http://201.195.91.147/files/documentosULACIT/Constant/El_tabaco_como_factor_causante_de_enfermedades_bucodentales.pdf
 90. Díaz Carrascal D, Gómez Prada A. DESCRIPCION DE ALTERACIONES DE LA MUCOSA BUCAL Y MODALIDAD DE CONSUMO DEL TABAQUISMO EN APACIENTES DE LA CLÍNICA DE AL FACULTAD DE ODONTOLOGÍA,

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA. 2006-2007. 2008.

91. Araki S, Murata K, Ushio K, Sakai R. Dose-response relationship between tobacco consumption and melanin pigmentation in the attached gingiva. *Arch Environ Health*. 1983;38(6):375–8.
92. Aslesh OP, Paul S, Paul L, Jayasree AK. High prevalence of tobacco use and associated oral mucosal lesion among interstate male migrant workers in urban Kerala, India. *Int J Cancer Manag*. 2015;8(6):4–7.
93. Nair PP, Chatterjee R, Bhambhal A, Agarwal K, Khare P, Neelkantan S. Insight to a tobacco user's mouth: An epidemiological study in Bhopal. *J Oral Biol Craniofacial Res* [Internet]. 2014;4(1):14–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jobcr.2014.03.004>
94. O R, Jr G. Oral manifestations of smokeless tobacco use. *Otolaryngol Clin North Am* [Internet]. 2011;44(1):31–56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2010.09.002>

10. ANEXOS

Anexo 1

Certificado de autorización



MOVIMIENTO INTERNACIONAL 24 HORAS DE ALCOHOLICOS ANONIMOS
GRUPO "CHIMBORAZO"

MORONA 27-37 Y CHIMBORAZO
032377007
Riobamba - Chimborazo - Ecuador

Riobamba, 18 de Octubre 2019

El Grupo 24 horas de Alcohólicos Anónimos "CHIMBORAZO"

AUTORIZA

Que el Srta. SÁNCHEZ RODRÍGUEZ CARMITA VALERIA con CI 0603941022, estudiante de la carrera de Odontología de la UNACH, realice la tesis de grado en nuestro grupo con el tema: "LESIONES BUCODENTALES OCASIONADAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y EL CIGARRILLO EN PACIENTES DEL GRUPO DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS CHIMBORAZO"

Dejo en constancia lo expuesto para que lo puedan utilizar de la mejor manera.

Atte

Jorge Chala
RESPONSABLE DEL ANEXO
GRUPO AA CHIMBORAZO

Stamp of the group with text: "MOVIMIENTO INTERNACIONAL 24 HORAS DE ALCOHOLICOS ANONIMOS GRUPO AA CHIMBORAZO" and "Riobamba - Chimborazo - Ecuador".



ECUADOR



MEXICO



COLOMBIA



EE.UU.



ESPAÑA



PERU



PORTUGAL

Anexo 2

Solicitud dirigida al odontólogo tratante del Grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo

Riobamba 18 de octubre de 2019

Dr. Luis Marcelo Pilatuña Q.

ODONTÓLOGO COLABORADOR DEL GRUPO AA "CHIMBORAZO"

Presente.

De mi consideración:

Yo, Carmita Valeria Sánchez Rodríguez con C.I. 0603941022; estudiante de Décimo semestre de la carrera de Odontología de la UNACH, me dirijo ante usted para solicitarle muy comedidamente se me done las Historias clínicas de los pacientes del grupo al que usted colabora, ya que escogí para mi tema de proyecto de investigación: "Lesiones bucodentales ocasionadas por consumo de cigarrillo. Grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo, 2019"

Por la favorable acogida a la presente, anticipo mi agradecimiento.

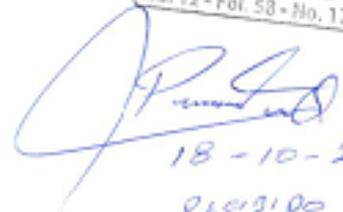
Atentamente.,



Carmita Valeria Sánchez Rodríguez

C.I. 0603941022

Consultorio Dental
Dr. Luis M. Pilatuña Q.
Lib. 12 - Fol. 58 - No. 172



18-10-2019

RECIBIDO

14 Horas

Anexo 3

Oficio de aprobación de la donación de las historias clínicas de los miembros del grupo.

Riobamba 20 de octubre de 2019

Srita.

Carmita Valeria Sánchez Rodríguez

ESTUDIANTE DE DECIMO SEMESTRE DE LA CARREA DE ODONTOLOGÍA DE LA UNACH

Presente.

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo y deseándole éxitos en sus funciones diarias, el motivo de la presente es para notificarle que las historias clínicas que tengo archivadas de los pacientes del Grupo 24 Horas de Alcohólicos Anónimos "Chimborazo" donaré para su proyecto de investigación: "Lesiones bucodentales ocasionadas por consumo de cigarrillo. Grupo de Alcohólicos Anónimos Chimborazo, 2019"

Sin otro particular, se despide.

Atentamente.,


06035022-0
Dr. Luis Marcelo Pilatuña Quiguiri



ODONTOLOGO COLABORADOR GRUPO DE AA "CHIMBORAZO"

Anexo 4

Donación de las historias clínicas por parte del odontólogo tratante del grupo, en su consultorio.



Anexo 5

CUESTIONARIO

Edad: años

Sexo:

Varón Mujer

1.- ¿Es o ha sido usted fumador/a?

Si No

2.- Si contesto Si en la pregunta anterior, responda:

Fuma diariamente.

Fuma ocasionalmente

No fuma pero antes ha fumado diariamente.

No fuma pero ha fumado ocasionalmente.

3.- ¿A qué edad aproximadamente comenzaron sus primeros contactos con el tabaco?

12 a 15 años

16 a 20 años

21 a 25 años

25 años o más

4.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

10 o menos.

De 11 a 20

De 21 a 30

31 o más.

5.- ¿Con que frecuencia fuma?

Diariamente

Pasando un día

Semanalmente

Cada mes

6.- ¿Conoce usted que el tabaco es perjudicial para su salud?

Sí No

7.- ¿Tiene antecedentes de cáncer en su familia?

Sí No

8.- ¿Tiene otro tipo de enfermedad a causa del tabaco?

Sí No

9.- ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?

1 vez al día

2 veces al día

3 veces al día

Ninguna

10.- Usa hilo dental y enjuague bucal

Sí No

11.- ¿Cuántas veces visita al odontólogo al año?

1 vez

2 veces

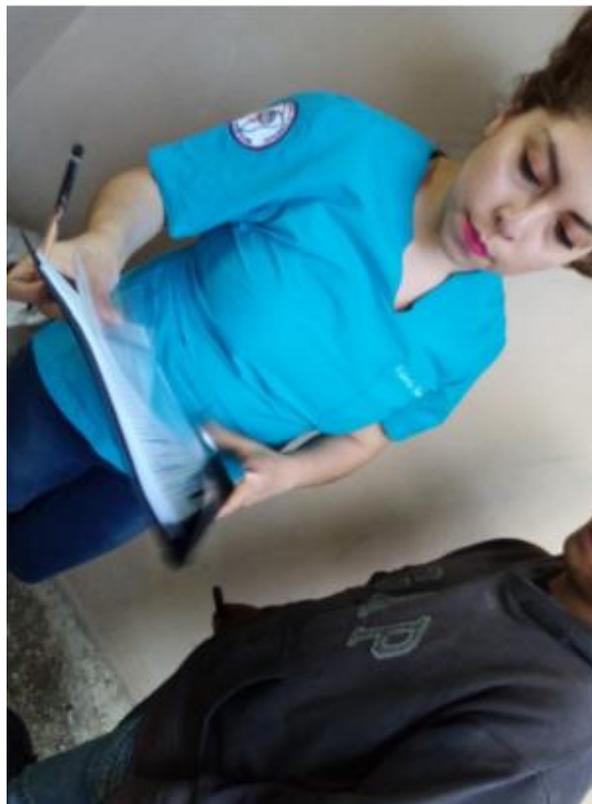
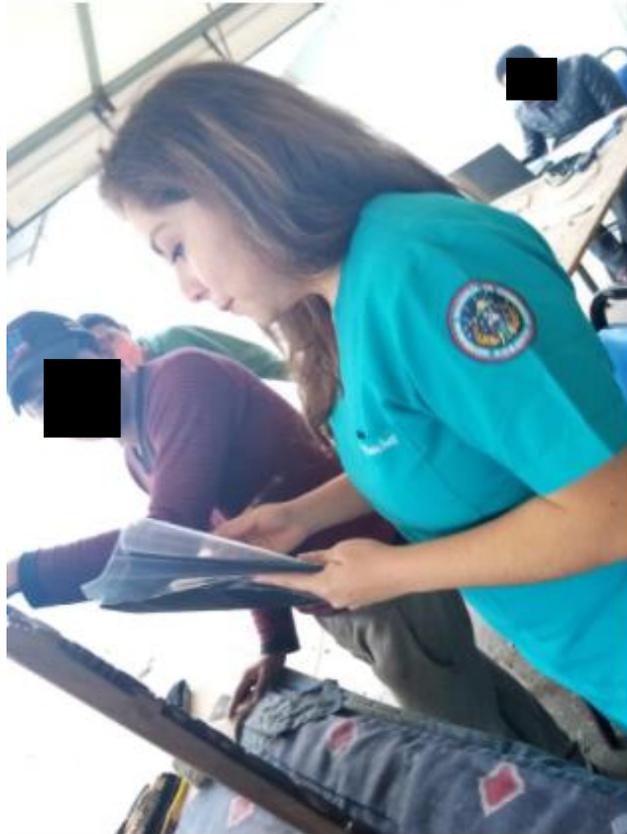
3 veces

Ninguna

Más de 3 veces

Anexo 6

Aplicación de la encuesta



Anexo 7

Lesiones en mucosa oral y conocimiento de lo perjudicial del consumo de cigarrillo para la salud por grupos de edad.

Grupos de Edad	Lesión en mucosa oral	Conoce usted que el tabaco es perjudicial para su salud		
		No	Si	Total
<= 26,00 (Jóvenes)	No presenta lesión	0	8	8
	Costra	1	2	3
	Vesícula	0	1	1
	Erosión	0	1	1
	Mácula	1	2	3
	Masa	0	2	2
	Total	2	16	18
	27,00 - 59,00 (Adultos)	No presenta lesión	1	9
Pápula		0	4	4
Costra		1	3	4
Erosión		0	1	1
Mácula		0	2	2
Masa		0	1	1
Placa		0	1	1
Úlcera		0	1	1
Total	2	22	24	
60,00+ (Adulto Mayor)	Placa	0	1	1
	Total	0	1	1
Total	No presenta lesión	1	17	18
	Pápula	0	4	4
	Costra	2	5	7
	Vesícula	0	1	1
	Erosión	0	2	2
	Mácula	1	4	5
	Masa	0	3	3
	Placa	0	2	2
	Úlcera	0	1	1
	Total	4	39	43

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: Los adultos presentaron en los que, si conocen lo perjudicial del cigarrillo 2 personas con costra, 1 vesícula, 1 erosión, 2 mácula y 2 con masa así también los que desconocen esto hubo una persona con costra y una con mácula. De acuerdo a los adultos entre los que respondieron si se evidencio 4 con pápula,3 costra, 1 erosión, 2 mácula,1

masa,1 placa y una úlcera entre los que desconocen hubo una persona con costra. Por último, en el adulto mayor si conoce esto y presentó placa

Anexo 8

Lesiones en mucosa oral y conocimiento de lo perjudicial del cigarrillo por sexo.

Sexo	Lesión en mucosa oral	Conoce usted que el tabaco es perjudicial para su salud		
		No	Si	Total
Masculino	No presenta lesión	1	12	13
	Pápula	0	3	3
	Costra	2	5	7
	Erosión	0	2	2
	Mácula	0	4	4
	Masa	0	2	2
	Placa	0	2	2
	Úlcera	0	1	1
	Total	3	31	34
Femenino	No presenta lesión	0	5	5
	Pápula	0	1	1
	Vesícula	0	1	1
	Mácula	1	0	1
	Masa	0	1	1
		Total	1	8
Total	No presenta lesión	1	17	18
	Pápula	0	4	4
	Costra	2	5	7
	Vesícula	0	1	1
	Erosión	0	2	2
	Mácula	1	4	5
	Masa	0	3	3
	Placa	0	2	2
	Úlcera	0	1	1
		Total	4	39

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: Pese al saber una gran cantidad de personas que si conocen que el cigarrillo es perjudicial para su salud se encontró en los adultos que contestaron si según el sexo masculino se encontró que 3 personas tienen pápula, 5 costra, 2 erosión, 4 mácula, 2 masa, 2 placa y una úlcera por otra parte quienes desconocen esta causa de enfermedades presentaron solo 2 personas con costra. Respecto al sexo femenino en las que respondieron si presentaron 1 pápula, 1 vesícula y una masa.

Anexo 9

Presencia del lesiones primarias y secundarias de acuerdo al hábito de fumar por grupos de edad.

Grupos de Edad	Tiempo de hábito de fumar			Total	
	Fuma diariamente	Fuma ocasionalmente	No fuma pero antes ha fumado diariamente		
<= 26,00 (Jóvenes)	No presenta lesión	5	3	0	8
	Costra	3	0	0	3
	Vesícula	1	0	0	1
	Erosión	1	0	0	1
	Mácula	3	0	0	3
	Masa	2	0	0	2
	Total	15	3	0	18
27,00 - 59,00 (Adultos)	No presenta lesión	8	2	0	10
	Pápula	4	0	0	4
	Costra	2	1	1	4
	Erosión	1	0	0	1
	Mácula	2	0	0	2
	Masa	0	0	1	1
	Placa	1	0	0	1
	Úlcera	1	0	0	1
Total	19	3	2	24	
60,00+ (Adulto Mayor)	Placa	1	0	0	1
	Total	1	0	0	1
Total	No presenta lesión	13	5	0	18
	Pápula	4	0	0	4
	Costra	5	1	1	7
	Vesícula	1	0	0	1
	Erosión	2	0	0	2
	Mácula	5	0	0	5
	Masa	2	0	1	3
	Placa	2	0	0	2
	Úlcera	1	0	0	1
	Total	35	6	2	43

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: Se encontró al igual que en el sexo femenino y masculino una mayor recurrencia en aquellos fumadores diarios, evidenciando que en los jóvenes 3 tienen costra, 1 vesícula, 1 con erosión, 3 mácula y 2 tienen masa por otra parte en los adultos 4 presentaron masa, 2

costra, una persona con erosión, 2 presentan mácula una persona tiene placa, una úlcera y por último en los adultos mayores una sola persona tiene placa. En los fumadores ocasionales en los adultos se reportó que una sola persona tiene costra. De otra manera los que no fuman pero antes fumaron diariamente se reportó que en los adultos una persona tiene costra y otra persona tiene masa.

Anexo 10

Lesión no cariosa por sexo, grupo etario y según cuántas veces visitan el odontólogo al año.

Sexo	Cuántas veces visita al odontólogo al año	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
Masculino	Una vez	6	2	0	0	8
	Dos veces	9	1	0	2	12
	3 veces	1	0	0	0	1
	Ninguna	7	2	2	1	12
	Más de 3 veces	1	0	0	0	1
	Total		24	5	2	3
Femenino	Una vez	4	0	0	0	4
	Dos veces	1	1	0	1	3
	Ninguna	2	0	0	0	2
	Total		7	1	0	1
Total	Una vez	10	2	0	0	12
	Dos veces	10	2	0	3	15
	3 veces	1	0	0	0	1
	Ninguna	9	2	2	1	14
	Más de 3 veces	1	0	0	0	1
	Total		31	6	2	4

Grupos de Edad		Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
<= 26,00 (Jóvenes)	Una vez	4	0	0	0	4
	Dos veces	2	1	0	0	3
	3 veces	1	0	0	0	1
	Ninguna	6	1	1	1	9
	Más de 3 veces	1	0	0	0	1
	Total		14	2	1	1
27,00 - 59,00 (Adultos)	Una vez	6	1	0	0	7
	Dos veces	8	1	0	3	12
	Ninguna	3	1	1	0	5
	Total		17	3	1	3
60,00+ (Adulto Mayor)	Una vez	0	1	0	0	1
	Total		0	1	0	0
Total	Una vez	10	2	0	0	12
	Dos veces	10	2	0	3	15
	3 veces	1	0	0	0	1
	Ninguna	9	2	2	1	14
	Más de 3 veces	1	0	0	0	1
	Total		31	6	2	4

Elaborado por: Valeria Sánchez

Análisis: De acuerdo a las visitas que hacen al odontólogo al año respondieron que 12 de los miembros del grupo acude una vez al año a revisiones, 15 acuden 2 veces, 3 veces solo una persona, 14 personas que nunca van al odontólogo y que los que acuden más de 3 veces una persona. En lo que refiere al sexo masculino quien va una vez 2 personas presentaron atricción, una persona con atricción y 2 con erosión en aquellos que van 2 veces al año e indicando las cifras más altas en quienes no acuden a revisiones odontológicas con 2 que tienen atricción, 2 abrasión y una con erosión. Referente al sexo femenino en los que acuden 2 veces al año a consulta se encontró que 1 persona tiene atricción y 1 erosión. Por otra parte en los jóvenes se encontró que quienes no asisten ninguna vez al odontólogo presentaron una persona atricción, una abrasión y una erosión, y que una persona que visita 2 veces al año al estomatólogo tiene atricción, en los adultos que no asisten a consulta una persona tiene atricción, y otra fue diagnosticada con abrasión asimismo quienes acuden 2 veces al año se encontró un miembro del grupo con atricción y también uno presentando la misma lesión visitando una vez al odontólogo. Finalmente, en el grupo de adultos mayores se evidenció que solo una persona reportó atricción y tiene una sola consulta odontológica al año.

Anexo 11

Lesiones no cariosas por grupos de edad, sexo, uso de hilo dental y enjuague bucal.

Sexo	Usa hilo dental y enjuague bucal	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
Masculino	No	22	5	2	3	32
	Si	2	0	0	0	2
	Total	24	5	2	3	34
Femenino	No	7	1	0	1	9
	Total	7	1	0	1	9
Total	No	29	6	2	4	41
	Si	2	0	0	0	2
	Total	31	6	2	4	43

Grupos de Edad	Usa hilo dental y enjuague bucal	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
<= 26,00 (Jóvenes)	No	13	2	1	1	17
	Si	1	0	0	0	1
	Total	14	2	1	1	18
27,00 - 59,00 (Adultos)	No	16	3	1	3	23
	Si	1	0	0	0	1
	Total	17	3	1	3	24
60,00+ (Adulto Mayor)	No	0	1	0	0	1
	Total	0	1	0	0	1
Total	No	29	6	2	4	41
	Si	2	0	0	0	2
	Total	31	6	2	4	43

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: 41 personas mencionaron que no usan hilo dental, enjuague bucal y 2 personas si usan los mismos. El sexo masculino quienes no usan estos implementos 5 reportaron atricción, 2 abrasión, 3 erosión. De acuerdo al género femenino al no usar presentan también una persona atricción y una persona erosión. Referente a los grupos de edad los jóvenes presentan 2 personas atricción, una persona abrasión y una erosión en los que no usan enjuague bucal e hilo dental, asimismo los adultos que no usan éstos presentan 3 personas con atricción, una con abrasión y 3 con erosión por otra parte en los adultos mayores se presentó una atricción y mencionó que no usa estos implementos de aseo diario.

Anexo 12

Lesión no cariosa por sexo, grupo etario y antecedentes de cáncer

Sexo	Antecedentes de cáncer	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
Masculino	No	21	4	0	3	28
	Si	3	1	2	0	6
	Total	24	5	2	3	34
Femenino	No	4	1	0	1	6
	Si	3	0	0	0	3
	Total	7	1	0	1	9
Total	No	25	5	0	4	34
	Si	6	1	2	0	9
	Total	31	6	2	4	43

Grupos de Edad		Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
<= 26,00 (Jóvenes)	No	9	2	0	1	12
	Si	5	0	1	0	6
	Total	14	2	1	1	18
27,00 - 59,00 (Adultos)	No	16	2	0	3	21
	Si	1	1	1	0	3
	Total	17	3	1	3	24
60,00+ (Adulto Mayor)	No	0	1	0	0	1
	Total	0	1	0	0	1
Total	No	25	5	0	4	34
	Si	6	1	2	0	9
	Total	31	6	2	4	43

Elaborado por: Valeria Sánchez

Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: Según la pregunta si tienen antecedentes de cáncer en su familia respondieron que si 9 personas y no 34 personas, así también de acuerdo al sexo masculino quienes contestaron si: una persona tiene atricción y 2 abrasión por otro lado los que pusieron que no tienen antecedentes de cáncer 4 presentaron atricción y 3 erosión. En el sexo femenino se encontró qu quienes tuvieron como respuesta un no una persona presento atricción y otra erosión. Asimismo, en lo que respecta a los grupos etarios los jóvenes que no tienen estos antecedentes 2 con atricción, una erosión y quien respondió que si presentaron solo una con erosión, en los adultos presentaron 2 personas con atricción y 3 con erosión en los que no tienen este antecedente y en los que si reportaron tiene una persona y otra abrasión y en el grupo de adultos mayores se reportó que no tiene antecedentes y presentó atricción.

Anexo 13

Lesión no cariosa por sexo, grupos etarios y de acuerdo si presentan otro tipo de enfermedad a causa del tabaquismo.

Sexo	Presenta otro tipo de enfermedad	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
Masculino	No	18	4	2	3	27
	Si	6	1	0	0	7
	Total	24	5	2	3	34
Femenino	No	6	1	0	1	8
	Si	1	0	0	0	1
	Total	7	1	0	1	9
Total	No	24	5	2	4	35
	Si	7	1	0	0	8
	Total	31	6	2	4	43
Grupos de Edad		Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
<= 26,00 (Jóvenes)	No	11	2	1	1	15
	Si	3	0	0	0	3
	Total	14	2	1	1	18
27,00 - 59,00 (Adultos)	No	13	3	1	3	20
	Si	4	0	0	0	4
	Total	17	3	1	3	24
60,00+ (Adulto Mayor)	Si	0	1	0	0	1
	Total	0	1	0	0	1
Total	No	24	5	2	4	35
	Si	7	1	0	0	8
	Total	31	6	2	4	43

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: En la información que se obtuvo 35 personas mencionaron que no presentan otra enfermedad a causa del consumo de cigarrillo y 8 que si tienen repercusiones a causa de este hábito. De acuerdo al sexo masculino quienes respondieron que no 4 presentaron atrición, 2 abrasión, 3 erosión también quien reporto que si presenta repercusiones del tabaco una persona tiene atricción en lo que concierne al sexo femenino se encontró una persona con atricción y una persona con erosión en las que mencionaron no tener enfermedad a causa del tabaco. Respecto a los jóvenes se evidenció que 2 tienen atrición, una persona abrasión y una persona erosión, esto en quienes no tienen enfermedades por este consumo en los adultos de acuerdo con los que respondieron que no se observó 3 pacientes con atricción, una con

abrasión y 3 con erosión y en el último grupo de adultos mayores se reportó que si tienen alguna otra enfermedad a causa de este hábito el cual una persona presentó atricción.

Anexo 14

Conocimiento de lo perjudicial del cigarrillo y lesión no cariosa por sexo, grupos etarios.

Sexo	Conoce que el tabaco es perjudicial para su salud	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
Masculino	No	3	0	0	0	3
	Si	21	5	2	3	31
	Total	24	5	2	3	34
Femenino	No	1	0	0	0	1
	Si	6	1	0	1	8
	Total	7	1	0	1	9
Total	No	4	0	0	0	4
	Si	27	6	2	4	39
	Total	31	6	2	4	43

Grupos de Edad		Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
<= 26,00 (Jóvenes)	No	2	0	0	0	2
	Si	12	2	1	1	16
	Total	14	2	1	1	18
27,00 - 59,00 (Adultos)	No	2	0	0	0	2
	Si	15	3	1	3	22
	Total	17	3	1	3	24
60,00+ (Adulto Mayor)	Si	0	1	0	0	1
	Total	0	1	0	0	1
Total	No	4	0	0	0	4
	Si	27	6	2	4	39
	Total	31	6	2	4	43

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: los miembros de grupos en esta pregunta contestaron que 39 personas si conocen que este hábito es perjudicial para su salud y 4 personas que desconocen esto. Respecto al sexo masculino quienes manifestaron que, si conocen que es perjudicial para su salud el tabaco que fueron 21, 5 personas se encontró atrición, 2 abrasión y 3 erosión, en el sexo femenino de los 6 que respondieron si una sola persona presentó atrición y una erosión. De acuerdo los grupos clasificados por su edad los jóvenes que respondieron si que son 12, 2

presentaron atricción, 1 con erosión y 1 con abrasión así también entre los adultos 15 respondieron si conocer y 3 reportaron atricción, 1 abrasión y 3 erosión y el adulto mayor contestó que si conoce que es perjudicial este hábito y presentó atricción.

Anexo 15

Frecuencia del cepillado dental, aparición de lesión no cariosa por sexo y grupos de edad.

Sexo	Cuántas veces se cepilla los dientes al día	Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
Masculino	1 vez al día	3	3	0	0	6
	2 veces al día	18	1	2	3	24
	3 veces al día	3	1	0	0	4
	Total	24	5	2	3	34
Femenino	1 vez al día	1	1	0	0	2
	2 veces al día	3	0	0	1	4
	3 veces al día	2	0	0	0	2
	Ninguno	1	0	0	0	1
Total		7	1	0	1	9
Total	1 vez al día	4	4	0	0	8
	2 veces al día	21	1	2	4	28
	3 veces al día	5	1	0	0	6
	Ninguno	1	0	0	0	1
Total		31	6	2	4	43

Grupos de Edad		Lesión no cariosa				Total
		No presenta lesión no cariosa	Atrición	Abrasión	Erosión	
<= 26,00 (Jóvenes)	1 vez al día	3	2	0	0	5
	2 veces al día	6	0	1	1	8
	3 veces al día	4	0	0	0	4
	Ninguno	1	0	0	0	1
	Total		14	2	1	1
27,00 - 59,00 (Adultos)	1 vez al día	1	1	0	0	2
	2 veces al día	15	1	1	3	20
	3 veces al día	1	1	0	0	2
	Total		17	3	1	3
60,00+ (Adulto Mayor)	1 vez al día	0	1	0	0	1
	Total		0	1	0	0
Total	1 vez al día	4	4	0	0	8
	2 veces al día	21	1	2	4	28
	3 veces al día	5	1	0	0	6
	Ninguno	1	0	0	0	1
	Total		31	6	2	4

Elaborado por: Valeria Sánchez
Fuente: Historia clínica y encuesta procesadas en SPSS v.25

Análisis: De la información recabada se encontró que 8 personas se cepillan 1 vez al día los dientes, 28 personas 2 veces al día y 6 personas 3 veces al día. Así también en el sexo masculino 3 personas tienen atrición, también en quienes dijeron que se cepillan 2 veces al

día se observó 1 con atrición, 2 con abrasión, 3 erosión en quien se cepilla los dientes 3 veces al día una persona reportó atrición. En el sexo femenino se pudo evidenciar una persona con atrición que se cepilla los dientes una vez al día, una persona con erosión cepillándose 2 veces al día. Referente al grupo de los jóvenes 2 tienen atrición cepillándose una vez al día y en quienes se cepillan 2 veces al día se reportó una persona con erosión y una con abrasión, de acuerdo al grupo de adultos una persona con atrición con una vez que se cepillan los dientes al día, en los que se cepilla los dientes 2 veces al día una persona con atrición, una con abrasión, 3 con erosión, referente a los que se cepillan los dientes 3 veces al día una persona reportó atrición y en lo que refiere al adulto mayor presentó atrición.