

**RELACION ENTRE UN DESORDEN POTENCIALMENTE MALIGNO Y EL  
HÁBITO DE FUMAR INVERTIDO EN POBLADORES INSULARES DE TIERRA  
BOMBA, BOLIVAR.**

**MARTHA CARMONA LORDUY  
KIMBERLY HERNANDEZ GUTIERREZ  
KATY PACHECO VERGARA**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
CARTAGENA DE INDIAS**

**2016**

**RELACION ENTRE UN DESORDEN POTENCIALMENTE MALIGNO Y EL  
HÁBITO DE FUMAR INVERTIDO EN POBLADORES DE TIERRA BOMBA,  
BOLIVAR**

**MARTHA CARMONA LORDUY**

Odontóloga, Especialista en estomatología,  
Magister en educación. Docente titular a la Facultad de Odontología, Universidad  
de Cartagena

**KIMBERLY HERNANDEZ GUTIERREZ**

Estudiante de odontología X semestre

**KATY PACHECO VERGARA**

Estudiante de Odontología X semestre

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**CARTAGENA**

## Tabla de contenido

RESUMEN .....	6
INTRODUCCIÓN .....	7
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3. OBJETIVOS.....	14
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
4. MARCO TEORICO .....	15
4.1 DEFINICION DE TABAQUISMO .....	17
4.2 TIPOS DE TABAQUISMO .....	17
4.2.1 TABAQUISMO CONVENCIONAL: .....	17
4.2.2 TABAQUISMO MASTICADO: .....	18
4.2.3 TABAQUISMO INVERTIDO: .....	18
4.2.4 TABAQUISMO PASIVO: .....	18
4.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO.....	19
4.3.1 EPIDEMIOLOGIA DE FUMADORES INVERTIDOS .....	21
4.4 PATOLOGIAS RELACIONADAS CON EL TABAQUISMO INVERTIDO ..	21

4.4.1	DESORDENES POTENCIALMENTE MALIGNOS.....	22
5.	METODOLOGÍA .....	25
5.1	TIPO DE ESTUDIO.....	25
5.2	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	25
5.3	ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	25
5.4	CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	26
5.4.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	26
5.4.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	26
5.4.3	VARIABLES DEL ESTUDIO.....	27
	Cuadro 1. Definición e identificación de variables.....	27
5.5	INSTRUMENTOS .....	30
5.6	CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA INTRAORAL.....	30
5.7	VALIDACIÓN DE LOS EXAMINADORES .....	30
5.8	CONSIDERACIONES ETICAS .....	31
6.	RESULTADOS.....	32
7.	DISCUSIÓN.....	40
8.	CONCLUSIONES .....	44
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	45
10.	ANEXOS .....	51

10.1	ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	51
10.2	ANEXO 2: FORMATO DE HISTORIA CLINICA .....	56
10.3	ANEXO 3: IMAGENES .....	60

## RESUMEN

**Problema.** El tabaquismo es uno de los hábitos más comunes a nivel mundial, se puede presentar en diferentes formas de utilización como fumar cigarrillo de manera convencional, tabaquismo pasivo e invertido, este último es aquel empleado por un fumador crónico, que ejecuta el hábito introduciendo el extremo distal del cigarrillo dentro de la boca, donde se realiza la combustión sostenido por los labios y algunas veces por los dientes, este es considerado un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones potencialmente malignas en la cavidad oral. Actualmente se han observado ciertos vacíos en lo que se refiere a la relación entre el tabaquismo invertido y desórdenes orales potencialmente malignos, al igual que en la epidemiología de los fumadores invertidos en Colombia más específicamente en zonas donde este hábito se presenta en mayor proporción como en la isla de Tierra Bomba, Bolívar.

**Objetivos.** Determinar la relación entre la presencia de desórdenes potencialmente malignos y el hábito de fumar invertido en pobladores de Tierra Bomba, Bolívar.

**Métodos.** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal en 25 personas fumadoras invertidas de Tierra Bomba, Bolívar, a las que se les diligenció historia clínica y se les realizó un examen intraoral para identificar la relación entre los

factores predisponentes a este hábito y las posibles lesiones potencialmente malignas en cavidad oral que puedan presentar debido a esta práctica nociva.

**Resultados.** El 84% de los pacientes eran de sexo femenino, un 52 % de estos se encontraban en el rango de edad de 60 años en adelante y el 96% eran de raza negra, también se encontró que un 80% de los pacientes presentaron lesiones intraorales y las zonas donde más se hallaron estas fueron en encías, mucosas yúgales (derecha e izquierda), paladar (duro y blando) y lengua. Se encontró asociación estadísticamente significativa al relacionar la presencia de desórdenes potencialmente malignos (DPM) con el nivel educativo ( $p=0,004$ ), la práctica del hábito actualmente ( $p=0,004$ ), al igual que con el tiempo que llevaban fumando ( $p=0,001$ ) y si presentaban o no sintomatología ( $p=0,000$ ).

**Conclusión.** En los pacientes donde más se presentó este hábito fueron de género femenino, de raza negra, con baja escolaridad, y debido a que se encontró asociación entre la presencia de lesiones potencialmente malignas con algunas de estas variables, se considera pertinente intervenir en estas comunidades donde se practica más este hábito como Tierra Bomba, Bolívar, para evitar que se siga presentando esta problemática que puede generar ciertos tipos de desórdenes potencialmente malignos en la cavidad oral.

**Palabras claves.** Tabaquismo invertido, epidemiología, lesiones potencialmente malignas

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad crónica causada por el hábito de fumar. Existen diferentes formas de utilización de este hábito, como fumar cigarrillo de manera convencional, tabaquismo pasivo e invertido, este último es aquel empleado por un fumador crónico, que ejecuta el hábito introduciendo el extremo distal del cigarrillo dentro de la boca, donde se realiza la combustión sostenido por los labios y algunas veces por los dientes<sup>1</sup>, esta forma de tabaquismo es muy frecuente en la India y otros países asiáticos, aunque también se practica en algunas comunidades de Colombia, Venezuela, Panamá, Aruba y las Antillas Menores, entre otros pueblos<sup>2</sup>. Los tipos de tabaquismo pueden presentar variables en cuanto a la incidencia y prevalencia de aparición de tumores, así como también el tiempo de duración del hábito pueden hacerlo. Actualmente se han observado ciertos vacíos en lo que se refiere a la epidemiología de los fumadores invertidos y la relación que puede llegar a tener esta con la aparición de desórdenes orales potencialmente malignos, más específicamente en zonas de Colombia.

---

<sup>1</sup> ARDILA MEDINA, Carlos; JIMÉNEZ GÓMEZ, Raúl; ÁLVAREZ MARTÍNEZ, Efraín. Revisión sistemática de los efectos del hábito de fumar invertido sobre la mucosa oral. En: Revista archivo médico de Camagüey. Mayo, 2013. Vol.17, N°3.

<sup>2</sup> ÁLVAREZ GOMEZ, Gloria; ÁLVAREZ MARTINEZ, Efraín; JIMÉNEZ GÓMEZ, Raúl; MOSQUERA SILVA, Yolanda; GAVIRIA NÚÑEZ, Ángela; GARCÉS AGUDELO, Adriana; et al. Reverse smokers's and changes in oral mucosa. Department of Sucre, Colombia.En: Med Oral Patol Oral Cir Bucal. January, 2008. Vol.13, N°1, p. 1-8

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El fumar invertido también conocido como tabaquismo invertido, es un hábito poco usual en el cual el fumador coloca el extremo encendido del cigarrillo o tabaco dentro de la boca; el cierre labial le permite al fumador inhalar levemente el humo del cigarrillo. Los labios conservan el tabaco húmedo incrementando de esta manera el tiempo de consumo el cual puede abarcar desde dos hasta 18 minutos. La temperatura interna del cigarrillo puede alcanzar 760° C, y el aire intraoral puede alcanzar los 120° C.<sup>3</sup> Este hábito se practica en varias partes del mundo incluyendo Holanda, Suroeste Asiático, India, Sri Lanka, Jamaica, Panamá, Venezuela, Colombia y varias islas del Caribe; ocasionalmente algunos inmigrantes continúan con el hábito de Fumar Invertido. En países como la India y Colombia existen regiones bien definidas donde la presencia de este hábito se transmite a través de generaciones.<sup>4</sup> Con alguna frecuencia las poblaciones que lo practican están ubicadas en zonas tropicales o subtropicales, zonas montañosas lluviosas o con abundante rocío en las mañanas por lo que invierten el cigarrillo o tabaco para evitar que se apague e ir consumiéndolo lentamente<sup>1</sup>. La prevalencia real del hábito de fumar invertido no está claramente documentada; sin embargo, se han publicado resultados variables a partir de estudios comunitarios<sup>2</sup>. Ramulu C

---

<sup>3</sup> QUIGLEY, Lawrence; COBB, Charles; HUNT, Edward. Measurement of oral and burning zone temperatures during conventional and reverse cigarette smoking. En: Archives of Oral Biology. 1965. Vol. 10, N°1, p. 35-44

<sup>4</sup> ORTIZ, Gabriel; PIERCE, Angela; WILSON, David. Palatal changes associated with reverse smoking in Filipino women. En : Oral Diseases. 1996. Vol. 2, N°3, p. 232-7.

en el año 1973 En el distrito de Srikakulam en Andra Pradesh, al sur de la India, encontró una prevalencia del 43.8 %<sup>5</sup> y en un estudio realizado por Álvarez, G y colaboradores en el municipio de Roble en Sucre, Colombia, afirmaron que el 15% de su población practica este hábito<sup>2</sup>.

Por otro lado, los desórdenes potencialmente malignos corresponden a aquellas situaciones clínicas que conllevan un riesgo aumentado de convertirse en cáncer. Incluye todas las alteraciones morfológicas de la mucosa oral que anteceden a una lesión maligna, lo cual no significa que todas las lesiones potencialmente malignas se transformarán en cáncer<sup>6</sup>.

En pacientes con el hábito de fumar invertido el aspecto clínico de la mucosa bucal varía cuando se compara con el de fumadores convencionales. Previamente, estos cambios fueron llamados estomatitis nicotínica, nombre dado a los cambios en el paladar duro en fumadores de cigarro. Fueron descritos como pequeños puntos rojos con fisuras y formaciones papilares encontrados en áreas del paladar expuestas al humo del tabaco, y no observados en aquellas zonas cubiertas con sobredentaduras.<sup>5</sup> Adicionalmente, Mehta, et al<sup>7</sup> (1984) encontraron que fumar invertido produce una melanosis en el paladar, y Gupta, et al,

---

<sup>5</sup> RAMULU, Chinta; RAJU, Moturu; Venkatarathnam, G; REDDY, Chilumula. Nicotine stomatitis and its relation to carcinoma of the hard palate in reverse smokers of chuttas. En: Journal of Dental Research. 1973. Vol.52,Nº4,p.711-8.

<sup>6</sup>EN DERMATOLOGÍA, Carrera de Especialización. DESÓRDENES POTENCIALMENTE MALIGNOS DE CAVIDAD ORAL. 2014.

<sup>7</sup> GUPTA, Prakash; MEHTA, Fali; PINDBORG, Jens. Mortality among reverse chutta smokers in south India.En: British medical journal. 1984. Vol.289, p. 865-6.

observaron que las zonas más afectadas de la mucosa bucal incluían el paladar y la lengua<sup>8</sup>.

En aquellos países donde se practica el hábito de fumar invertido, se ha observado un amplio rango de cambios tisulares bucales que abarcan enfermedades benignas y malignas de la mucosa.<sup>9</sup> Entre los efectos que el uso del tabaco ocasiona en los tejidos bucales, podemos ver desde un aumento en la susceptibilidad para la enfermedad periodontal, un retraso en la cicatrización, pigmentación de la mucosa, hasta la aparición de procesos premalignos y malignos en la cavidad bucal. La nicotina afecta a la circulación periférica, causando una vasoconstricción gingival importante, por lo que se disminuye el aporte de elementos de reparación por parte de la sangre al tejido gingival y, por consiguiente, se debilita la capacidad de cicatrización de este tejido. También puede estar suprimido el sistema inmune, a causa de una reducción de la quimiotaxis y fagocitosis por parte de los leucocitos. Además, la nicotina causa daños a la matriz extracelular de fibroblastos gingivales. Una concentración menor a 0.075% causa muerte celular, una de 0.075% causa una vacuolización de los fibroblastos y una del 0.05% inhibe la producción de fibronectina y colágeno tipo II, ocasionando una ruptura de la matriz extracelular gingival; por consiguiente, aumenta la gravedad de la enfermedad periodontal. Con lo anterior podemos pensar que un efecto similar se puede dar en cualquier otro sitio de la mucosa

---

<sup>9</sup> VARGAS FERREIRA, Fabiana; NEDEL, Fernanda; ETGES, Adriana, GOMES, Ana; FURUSE, Cristiane; TARQUINIO, Sandra. Etiologic factors associated with oral squamous cell carcinoma in non-smokers and non-alcoholic drinkers: a brief approach. En: Brazilian Dental Journal. 2012. Vol. 23, N°5, p.586-90.

bucal y no sólo en el periodonto. El fumar se asocia clínicamente a bolsas profundas, formación de cálculo, pérdida de hueso alveolar, gingivitis ulceronecrotizante aguda y osteoporosis <sup>10-11</sup>.

Debido a que esta práctica es un factor de riesgo para el desarrollo de desórdenes potencialmente malignos, es necesario tener en cuenta que, el cáncer constituye uno de los mayores problemas que enfrenta la humanidad, no sólo en el ámbito de la salud pública sino también para las ciencias en general<sup>12</sup>. Algunos tipos de cánceres se consideran enfermedades prevenibles en virtud de que muchos de los factores relacionados con el estilo de vida, como el consumo de tabaco, del alcohol y de algunos alimentos, se han asociado a su incidencia. Los agentes carcinogénicos que las personas respiran, ingieren, o bien, que entran en contacto con ellos por otras vías y/o se exponen por largo tiempo, determinan en gran medida la ocurrencia de esta enfermedad. Es por esto que la modificación del estilo de vida constituye un elemento primordial en la prevención del cáncer del cáncer; “se considera que el 30% de los cánceres pueden prevenirse a partir de la disminución del tabaquismo”<sup>13-14</sup>. Cada año enferman de cáncer 9, 000,000 personas en el mundo y mueren por su causa unos 5, 000,000. Se estima que

---

<sup>10</sup> SQUIER, Christopher; MANTZ, Mary; WERTZ, Philip. Effect of menthol on the penetration of tobacco carcinogens and nicotine across porcine oral mucosa ex vivo. En: Nicotine and Tobacco Research. 2010. Vol. 12, N°7, p.763-767.

<sup>11</sup> TIPTON, David; DABBOUS, Mustafa. Effects of nicotine on proliferation and extracellular matrix production of human gingival fibroblast in vitro. En: Journal of periodontology online. December, 1995. Vol. 62, N°12, p.1056-64

<sup>12</sup> QUINTANA DÍAZ, Juan Carlos; FERNÁNDEZ FREGIO, María; LABORDE RAMOS, Rafael. Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. En: Revista cubana de estomatología. 2004. Vol.1, N°1

<sup>13</sup> LENCE ANTA, J., et al. Programa de diagnóstico precoz del cáncer bucal. Resultados y perspectivas. En: Revista cubana de medicina general e Integral.1994. Vol. 10, no 3, p. 230-4.

<sup>14</sup> RODRÍGUEZ, Armando; DELGADO, Luis. Vigilancia y evaluación de la salud bucal. Método de observación y control. En: Revista Cubana de Estomatología. 1995. Vol 32, N°1, p. 9-15.

actualmente existen alrededor de 14, 000,000 enfermos de cáncer. Las consecuencias económicas y sanitarias lo convierten en un importante problema de salud<sup>15-16</sup>.

## **1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Tiene relación la aparición de desórdenes potencialmente malignos con el hábito de fumar invertido?

---

<sup>15</sup> NICOT, Roberto; DELGADO, Ilenes; Soto, Graciela. Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. En: Revista cubana de estomatología. 1995. Vol.32, N°2, p. 60-3. 8.

<sup>16</sup> CAMACHO, R., et al. El programa nacional de control de cáncer en Cuba. En: Revista Cubana de Medicina General Integral.1994. Vol. 10, N°3, p. 215-9.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Con el presente proyecto se busca saber si existe relación entre el hábito de fumar invertido con la aparición de lesiones potencialmente malignas, debido a que existen pocos estudios que relacionen esto y las investigaciones que se han realizado tienen algunos años de haberse publicado, es decir que no se encuentran estudios recientes acerca del hábito de fumar invertido.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación entre la presencia de desórdenes potencialmente malignos y el hábito de fumar invertido en pobladores de Tierra Bomba, Bolívar.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer las características sociodemográficas de la población estudio.
- Determinar la relación entre presencia de lesiones potencialmente malignas y variables sociodemográficas
- Determinar la relación entre presencia de lesiones potencialmente malignas y el tiempo de fumar invertido

#### 4. MARCO TEORICO

Aunque el consumo de tabaco comenzó en las sociedades occidentales hace casi 500 años, fue la aparición de cigarrillos manufacturados en 1865 y la extensión de su uso en las dos guerras mundiales lo que condicionó que pasara a ser un problema epidémico de graves consecuencias médicas y económicas. A partir de la publicación en EE. UU. Del informe de US Surgeon General titulado Nicotine Addiction, se establecen las bases para considerar el tabaco como un producto que genera dependencia, debido a su contenido en nicotina, que produce una serie de alteraciones fisiológicas y psicológicas de dependencia equiparables a otras drogas. La nicotina cumple todos los criterios de las definiciones de adicción o de dependencia: consumo compulsivo pese al deseo y a los repetidos intentos de dejar de fumar, efectos psicoactivos debidos a la acción directa de la sustancia sobre el encéfalo y alteración del comportamiento motivado por los efectos de refuerzo de la nicotina como sustancia psicoactiva. La capacidad del tabaco para producir dependencia, tanto psicológica como farmacológica, está bien establecida y ha sido reconocida por organismos como la OMS (1974) y la American Psychiatric Association (1980). A pesar del incremento del tabaco de liar, la forma más habitual de consumir tabaco es fumar cigarrillos. Según el Comisionado para el Mercado de Tabacos, el 89,5% de las ventas en euros por tabaco en España en los 7 primeros meses del 2012 fueron por cigarrillos, el 3,72% por cigarros, el 6,34% por tabaco de liar, y el 0,04% por tabaco de pipa. El humo de los cigarrillos es un aerosol que se produce por la combustión incompleta de las hojas del

tabaco. Está compuesto por una fase gaseosa y una fase de partículas. La mayor parte de la fase de partículas la constituyen el alquitrán, la nicotina y el agua. El alquitrán es el residuo que queda tras la extracción del agua y la nicotina de la fase de partículas, y está constituido principalmente por un conjunto de hidrocarburos aromáticos policíclicos formados durante la combustión del tabaco. La nicotina es un alcaloide que tiene una estructura similar a la acetilcolina y que actúa en los mismos receptores que esta, produciendo una estimulación ganglionar primaria y una depresión posterior; tiene, entre otros, importantes efectos sobre el sistema cardiovascular, y juega el papel principal en la dependencia al tabaco. Por lo que se refiere a la fase gaseosa, el monóxido de carbono interfiere con el transporte y la utilización de oxígeno, y otros componentes de esta fase actúan como potentes ciliotoxinas e irritantes respiratorios. Se pueden encontrar radicales libres tanto en la fase gaseosa como de partículas del humo de tabaco, que tienen acción a nivel del aparato circulatorio, respiratorio y sobre la carcinogénesis. Existen sustancias iniciadoras y promotoras de la carcinogénesis, así como cocancerígenas, en el humo del tabaco. Los carcinógenos principales son los hidrocarburos aromáticos policíclicos entre ellos e benzopireno, las aminas aromáticas y las nitrosaminas.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> FERNÁNDEZ FERRÉ, M. L., et al. Tabaquismo alcoholismo y otras drogodependencias. En: Manual de atención primaria. Barcelona. Doyma.1995. p. 484-509.

## **4.1 DEFINICION DE TABAQUISMO**

Se define el tabaquismo como la adicción al tabaco, provocada por uno de sus componentes activos, la nicotina. El mecanismo de acción de esta sustancia no solo es estimular el sistema nervioso central, sino condicionar el abuso de su consumo, ya que la nicotina por sí sola no es cancerígena, pero sí adictiva.<sup>18</sup>

## **4.2 TIPOS DE TABAQUISMO**

### **4.2.1 TABAQUISMO CONVENCIONAL:**

En el humo inspirado del tabaco existen varios carcinógenos; los más importantes, debido a su letalidad, son los hidrocarburos aromáticos policíclicos y las nitrosaminas, que presentan una toxicidad establecida, como el cianuro de hidrógeno, el monóxido de carbono y óxidos de nitrógeno, entre otros. El tipo de tabaco es influyente y de acuerdo con el color, el oscuro es más alcalino e irritante en comparación con el tabaco claro; como consecuencia, su inhalación es en menor cantidad y se le relaciona más con el cáncer bucal, faríngeo y laríngeo que con el pulmonar.

---

<sup>18</sup> REBOLLEDO COBOS, Martha; ESCALANTE FONTALVO, Manuel; ESPITIA NIETO, Sandra; CARMONA MEZA, Zenén: Tipos de tabaquismo como factor de riesgo asociado a cáncer bucal. Reporte de dos casos. En: Revista Salud Uninorte. 2012. Vol. 28, N° 3, p. 438-444.

#### **4.2.2 TABAQUISMO MASTICADO:**

Otra manera de consumir el tabaco es de forma masticada, que se obtiene al calentar las hojas de tabaco con unas sustancias químicas, como el carbonato de sodio, las cuales producen una la absorción rápida de la nicotina, es soluble en agua y contiene entre sus componentes cenizas, compuestos orgánicos como hierro, calcio, magnesio, potasio, sodio, como glucosa y sacarosa. Este tipo de tabaquismo tiene igual asociación de riesgo potencial de desarrollar cáncer bucal que otras modalidades de consumo tabáquico.

#### **4.2.3 TABAQUISMO INVERTIDO:**

Es aquel empleado por un fumador crónico, que ejecuta el hábito introduciendo el extremo distal del cigarrillo dentro de la boca, donde se realiza la combustión sostenido por los labios y algunas veces por los dientes. El humo que se origina contiene gases y partículas, incluye un sinnúmero de componentes tóxicos capaces de provocar daños como inflamación e irritación, sofocación y carcinogénesis; este método de tabaquismo ocasiona lesiones iniciales reactivas en cavidad bucal como un leucoedema, pasando por una leucoplasia hasta el desarrollo de un verdadero carcinoma.

#### **4.2.4 TABAQUISMO PASIVO:**

Exposición al humo indirecto del tabaco en el medio laboral, domiciliario y/o urbano es un factor de riesgo para cáncer de cabeza y cuello, ya que

esto ocurre cuando el individuo inhala una mezcla compuesta principalmente de humo de la corriente secundaria, producto del cigarrillo que arde sin llama y parte del humo principal que se exhala. Siendo un factor de riesgo invisible de contraer cáncer en diversos órganos, como pulmón y vías aerodigestivas superiores.<sup>17</sup>

### **4.3 EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO**

El consumo de tabaco es la segunda causa de muerte actualmente a nivel global. Se estima que uno de cada dos fumadores regulares de cigarrillos morirá a causa del tabaco, y la mitad de estas muertes se producirán entre los 45 y los 54 años. En promedio, los fumadores de cigarrillos (varones o mujeres) mueren 10 años antes que los no fumadores. Si las tendencias actuales en relación con su consumo continúan (incorporación masiva de los países no industrializados, proporción importante de adolescentes y jóvenes que comienzan a fumar, porcentajes bajos de fumadores que dejan de fumar, etc.), se estima que en el año 2015 serán 6,4 millones de personas las que morirán anualmente por su causa. En el año 2006 se produjeron en España 53.155 muertes atribuibles al tabaquismo en individuos mayores de 35 años, lo que supone el 14,7% (el 25,1% en varones y el 3,4% en mujeres) de todas las muertes ocurridas. Una de cada siete muertes ocurridas cada año en individuos mayores de 35 años en España es atribuible al consumo de tabaco (una de cada cuatro en varones y una de cada 29 en mujeres). Se observa una clara reducción en la

mortalidad atribuible en varones, mientras que en mujeres se advierte un ascenso continuado de las muertes atribuibles en los últimos años (han aumentado un 25% entre 1992 y 2000). De forma concreta, entre 1990 y 2004, la mortalidad por tumor maligno de pulmón experimentó un incremento del 60,27% en las mujeres.

El consumo de tabaco es una causa conocida o probable de más de 25 enfermedades, incluyendo cánceres de pulmón y de otras localizaciones, enfermedad coronaria, accidente vascular cerebral, enfisema y otras enfermedades pulmonares crónicas. La susceptibilidad individual al humo del tabaco es muy variable, dependiendo de la edad de inicio, la duración, la intensidad y el tipo de exposición, los factores genéticos, las exposiciones ambientales y ocupacionales, el uso de fármacos, y los factores de riesgo y las exposiciones coexistentes. Para evitar las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, no basta con reducirlo. Entre las personas fumadoras que reducen su consumo de tabaco significativamente hasta un 50%, el riesgo de infarto agudo de miocardio o enfermedad pulmonar obstructiva crónica está más cercano al de las personas que siguen fumando que al de las personas que han dejado de fumar. En España el 44,1% de las muertes que se producen en mujeres son atribuibles al consumo de tabaco. En los varones españoles, desde 1986, la causa más frecuente de muertes atribuibles al tabaco son los tumores malignos.<sup>16</sup>

#### **4.3.1 EPIDEMIOLOGIA DE FUMADORES INVERTIDOS**

El hábito de fumar de manera inversa es una específica y peculiar costumbre en los grupos con bajos recursos económicos, además de que se presenta en las zonas cálidas o tropicales, con mayor frecuencia en las mujeres, especialmente después de la tercera década de la vida. La mayoría procedían del área rural y el sitio intraoral más afectado fue la mucosa palatina. El aspecto clínico de la mucosa oral en pacientes con el hábito de fumar invertido varía cuando se compara con fumadores convencionales y las zonas más comúnmente afectadas son la lengua y el paladar. La temperatura más alta en prácticas del cigarrillo puede llegar a 760° C y el aire intraoral puede ser calentado a 120° C. Este aumento de la temperatura y los productos de combustión ocasionan la frecuencia de las lesiones dentro de la boca en comparación con fumadores convencionales.<sup>19</sup>

#### **4.4 PATOLOGIAS RELACIONADAS CON EL TABAQUISMO INVERTIDO**

La mayoría de las neoplasias de laringe, faringe, cavidad oral y esófago están causadas por el consumo de tabaco, en las que actúa sinérgicamente con el consumo de alcohol. También es un factor causal de las neoplasias de vejiga, riñón, páncreas, estómago, cérvix uterino y de la leucemia mieloide aguda. El exceso de riesgo de cáncer oral y esofágico causado por el tabaco se reduce a la

---

<sup>19</sup> MEDINA MÁRQUEZ, M; CARMONA LORDUY, Martha; ÁLVAREZ VILLADIEGO P, DÍAZ CABALLERO, Antonio. Leucoplasia asociada al hábito de fumar invertido. Presentación de un caso clínico. En: Avances en odontoestomatología. 2015. Vol. 31, N°4

mitad 5 años después de dejar de fumar. Fumar cigarros o pipas se asocia fuertemente a los cánceres de cavidad oral, faringe, laringe y esófago. La magnitud de esta asociación es similar a la de fumar cigarrillos. También se asocia al cáncer de pulmón, del páncreas, de estómago y de la vejiga urinaria. Se ha encontrado, además, un mayor número de infecciones respiratorias en fumadores y una mayor mortalidad por gripe y neumonía. El ulcus gastroduodenal es más frecuente y tiene un peor pronóstico en fumadores, sobre todo varones. El consumo de tabaco puede estar asociado, además, con un riesgo aumentado de padecer osteoporosis.<sup>16</sup>

#### **4.4.1 DESORDENES POTENCIALMENTE MALIGNOS**

Los efectos del cigarrillo sobre la salud oral son variados, una de las consecuencias de esta conducta es la generación de lesiones en la mucosa oral, que se extiende desde problemas estéticos hasta deformaciones que de no ser tratadas podrían generar consecuencias más graves. El hábito de fumar produce una variedad de patologías que afectan los tejidos blandos de la cavidad bucal.<sup>20</sup>

##### **4.4.1.1 LEUCOPLASIA:**

Se presenta clínicamente como una placa blanca, afectando cualquier zona de la mucosa bucal; el tamaño es variable, desde un 1 cm de diámetro hasta llegar a ocupar gran área de la mucosa, la

---

<sup>20</sup> ACEVEDO, Joel; BERNÉ, Jeanily; CALDERÓN, Naiara. Melanosis del fumador. Reporte de un caso. En: Revista Venezolana de Investigación Odontológica. 2013. Vol. 1. N°1, p. 55-61.

superficie puede ser lisa o rugosa, el color no siempre es blanco también se presenta de color gris, amarillenta o en varios colores en una lesión y, generalmente, es asintomática. La (LO) se clasifica en homogéneas y no homogéneas, esta última en eritroleucoplasia, nodulares y exofítica. Las homogéneas son lesiones principalmente blancas, uniformes, delgadas, que pueden tener una superficie lisa o arrugada que, en algunos casos, presenta surcos pocos profundos. La no homogénea es una lesión predominantemente blanca que está acompañada de zonas rojas y puede presentar una superficie irregular, nodular y exofítica, la leucoplasia puede ser sin displasia o con displasia. Éstas se clasifican en: displasia leve, moderada o severa. En la displasia leve, los cambios displásicos son mínimos y quedan confinados al tercio inferior del epitelio; en la moderada los cambios displásicos abarcan los 2/3 inferiores del epitelio y, en la severa, equivale al carcinoma in situ. Los cambios displásicos ocupan más de 2/3, pero no toda la totalidad del epitelio.

#### **4.4.1.2 MELANOSIS DEL FUMADOR:**

Lesión benigna causada por la producción anormal de melanina en la mucosa bucal, asociada al uso prolongado del tabaco. Fumar tabaco podría ser un factor causante de pigmentaciones melánicas de la mucosa oral y fumar activa la unidad melánica epitelial de una manera específica. Los patrones de pigmentación de las manchas

melánicas fueron definidos por como castaño claro, mediano y profundo. La encía es usualmente el tejido bucal más pigmentado. La melanosis del fumador se presenta comúnmente en la parte anterior de la gíngiva labial. De igual forma, podría encontrarse en el piso de la boca, la mucosa del carrillo y el paladar blando.

#### **4.4.1.3 PALADAR DEL FUMADOR:**

El paladar de fumador, se caracteriza por la presencia de zonas blanquecinas plagadas de puntos rojizos, es más frecuente en los fumadores de pipa. Los cambios originados en la mucosa del paladar duro que puede tomar parte del blando, se deben a la acción del tabaco.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> MONTERO, Lisandra; QUEVEDO, Rosío; RODRÍGUEZ, Sandra. Factores de riesgo y prevención del cáncer bucal. En: Revista 16 de Abril.2016, Vol. 54, N°260, p. 42-55.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio es observacional, descriptivo de corte transversal

### **5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

El tamaño de la muestra se realizó por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia, se seleccionaron 25 personas que cumplieran con los requisitos de inclusión y aceptaran participar en el proyecto. La población se constituyó por personas de ambos sexos que sean o hayan sido fumadores invertidos de Tierra Bomba, Bolívar. Se les hizo consentimiento informado y para recolección de la información, a todos los participantes de la investigación se les llenó una historia clínica para recoger todas las variables del trabajo: edad, sexo, ocupación, nivel educacional, hábitos, higiene bucal, lesiones potencialmente malignas, características clínicas y localización de las lesiones.

### **5.3 ANALISIS ESTADISTICO**

Al terminar de recolectar los datos estos fueron organizados y depurados en una tabla matriz realizada en Microsoft Excel 2010 para Windows, luego analizados e interpretados en el programa estadístico SPSS v 22 IBM. La estadística descriptiva consistió en frecuencias y porcentajes para las

variables cualitativas. Para buscar asociación entre las variables cualitativas se utilizó la prueba chi-cuadrado, en todos los casos se tomó como referencia un nivel de significancia  $p < 0,05$ .

## **5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se seleccionaran a los pacientes que sean o hayan sido fumadores con la modalidad de fumar invertido de Tierra Bomba, Bolívar evaluándolos a través de historias clínicas y examen clínico. Los criterios para ser seleccionados son: pacientes fumadores invertidos de ambos sexos que residan en Tierra Bomba, Bolívar y que acepten participar en la recolección de datos y examen clínico. Para que las personas pudieran ingresar al estudio se hizo necesario que aceptaran su participación a través de la firma del consentimiento informado.

### **5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluirán las personas que no fumen o que presenten otros tipos de tabaquismo que no sea esta modalidad.

### 5.4.3 VARIABLES DEL ESTUDIO

**Cuadro 1. Definición e identificación de variables.**

Variable	Definición	Escala de medición	Índice e indicadores
Edad	Tiempo en años transcurridos desde el nacimiento de un individuo	Razón	Años cumplidos
Sexo	Característica fenotípica y genotípica que identifica a un sujeto como hombre o mujer	Nominal	Femenino Masculino
Ocupación	Oficio o labor que cumple una persona	Nominal	Ama de casa Oficios varios Pescador(a) Otro
Nivel educativo	Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Ordinal	Analfabeta Primaria Bachillerato Técnico Tecnólogo Profesional
Raza	Color de piel y rasgos físicos que caracterizan a una persona	Nominal	Negra Mestizo Indígena Blanca
Régimen de salud	Sistema de salud en Colombia	Nominal	Sin afiliación Régimen contributivo Régimen subsidiado
Presencia de enfermedad sistémica	Enfermedad que afecta a todos los elementos de un mismo sistema.	Nominal	Si presenta o no enfermedad sistémica

### Continuación del cuadro 1. Definición e identificación de variables

Variable	Definición	Escala de medición	Índice e indicadores
Causa	Motivo o razón para obrar de una manera determinada.	Nominal	Por si mismo Tradición familiar Por un amigo
Fuma actualmente	Aceptación o negación del consumo de cigarrillo en forma invertida	Nominal	Si fuma  No fuma
Frecuencia por día	Cantidad de cigarrillos que fuma al día	Ordinal	Menos de 5 Entre 5 y 10 Entre 11 y 20 Más de 20
Tiempo de evolución	Años, meses o días en los cuales una persona ha fumado	Ordinal	Menos de 1 año De 1 año a 10 años Más de 10 años
Tiempo sin fumar	Años, meses o días que tiene la persona de no consumir cigarrillos en forma invertida	Ordinal	Menos de 1 año De 1 año a 10 años Más de 10 años
Marca de cigarrillo	Marca comercial de los cigarrillos que fuman	Nominal	Piel roja Marlboro Belmont Otro

## Continuación del cuadro 1. Definición e identificación de variables

Variable	Definición	Escala de medición	Índice e indicadores
Presencia de lesiones premalignas	Evaluación clínica en la cual se observa si hay presencia o ausencia de lesiones premalignas	Nominal	<p>Si hay presencia de lesiones</p> <p>No hay presencia de lesiones</p>
Localización	Ubicación de la cavidad oral donde se encuentre la lesión	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Labio superior</li> <li>- Labio inferior</li> <li>- Encía superior Encía inferior</li> <li>- Carillo derecho</li> <li>- Carillo izquierdo</li> <li>- Paladar duro</li> <li>- Paladar blando</li> <li>- Orofaringe</li> <li>- Dorso de la lengua</li> <li>- Borde lateral de la lengua</li> <li>- Zona ventral de la lengua</li> <li>- Labio inferior</li> <li>- semimucosa Labial inferior</li> <li>- dorso de la lengua</li> <li>- Mucosa yugal derecha e izquierda</li> <li>- Mucosa labial superior e inferior</li> <li>- paladar duro</li> </ul>
Sintomatología	Conjunto de síntomas que son característicos de una enfermedad determinada	Nominal	<p>Sintomático</p> <p>Asintomático</p>
Impresión diagnóstica	Se formula luego del análisis de la información obtenida	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leucoplasia</li> <li>- Eritoplasia</li> <li>- Liquen plano</li> <li>- Melanosis del fumador</li> <li>- Leucoqueratosis</li> <li>- Paladar del fumador</li> <li>- Carcinoma escamocelular</li> </ul>

## **5.5 INSTRUMENTOS**

Se realizó el trabajo a partir de un instrumento.

### **INSTRUMENTO NO 1: HISTORIA CLINICA**

La historia clínica se constituyó por dos partes, la primera fue la anamnesis donde se recopiló información sociodemográfica y del hábito de tabaquismo invertido. La segunda parte fue el examen intraoral donde se examinó al paciente y se describieron las lesiones observadas en la cavidad oral.

## **5.6 CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA INTRAORAL**

Se evaluó la presencia de lesiones en cavidad oral a partir de maniobras semiotécnicas de inspección, palpación, raspado y diascopia. El examinador contó con la ayuda de espejo intraoral, baja lengua para la observación y el raspado de lesiones. Las lesiones fueron descritas de acuerdo a: color, consistencia, tiempo de evolución, sintomatología, tamaño, tipo de base, bordes, número, ubicación de la mucosa y superficie.

## **5.7 VALIDACIÓN DE LOS EXAMINADORES**

Previo al inicio de estudio, los examinadores fueron calibrados con el fin de evitar sesgos por desconocimiento de diferentes tipos de lesiones potencialmente malignas mediante exhaustiva revisión de literatura e imágenes clínicas, después comparados con un experto en el área, realizando una prueba de “coeficiente de concordancia Kappa” para verificar la concordancia inter observador. Los examinadores se consideraron calibrados cuando

llegaron a valores iguales o mayores a 0,80 alcanzando la clasificación de concordancia considerable o casi perfecta según el cuadro de valoración del coeficiente Kappa (Landis y Koch, 1977)<sup>22</sup>

## **5.8 CONSIDERACIONES ETICAS**

Antes de iniciar la aplicación de los instrumentos, todos los participantes del estudio firmaron un consentimiento informado donde estaba detallado el objetivo de la investigación, los beneficios y el carácter anónimo del mismo (Ver anexo 1). De acuerdo a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de protección social de Colombia, este estudio se considera sin riesgo. La información recolectada es de carácter confidencial por lo que no se dará a conocer la identidad de los participantes y poder proteger sus derechos.

---

<sup>22</sup> Cerda J, VILLARROEL DEL L. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: coeficiente de Kappa. En: Revista chilena de pediatría. 2008. Vol. 79. No. 1. P. 54-8.

## 6. RESULTADOS

Para llevar a cabo este estudio se realizó historias clínicas a 25 personas, las cuales debían cumplir con el requisito de ser o haber sido fumadores invertidos, los resultados se organizaron de manera que inicialmente se describen las características sociodemográficas, seguido por la parte de salud de los participantes, luego la práctica del hábito de fumar invertido y por último el resultado de la asociación de estas variables con la presencia de desórdenes potencialmente malignos, esto con el fin de dar una visión integral de la práctica de tabaquismo invertido en la comunidad estudio.

Entre las variables sociodemográficas se observó la prevalencia de tabaquismo invertido por sexo, edad, ocupación, nivel educativo, raza. Se pudo observar que de las personas con este tipo de hábito a las que se les realizó el estudio, 24 (84%) son del sexo femenino y 6 (16%) del sexo masculino, lo que indica que entre las personas que fuman invertido hay una alta prevalencia de mujeres, se encontró que 13 (52%) se encuentra en el rango de edad de 60 años en adelante, también se halló que 16 (64%) de los participantes llegaron hasta la primaria y 8 (32%) de estos son analfabeta, en cuanto a la raza 24 (96%) son de raza negra. (Tabla 1).

<b>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>	<b>FRECUENCIA n=25</b>	<b>PORCENTAJES %</b>
<b>EDAD</b>		
menos de 18 años	0	0%
Entre 18 y 29 años	0	0%
Entre 30 y 45	0	0%
Entre 46 y 60	12	48%
Más de 60	13	52%
<b>SEXO</b>		
Femenino	21	84%
Masculino	4	16%
<b>OCUPACION</b>		
Ama de casa	6	24%
Oficios varios	16	64%
Pescador(a)	1	4%
Otro	2	8%
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Analfabeta	8	32%
Primaria	16	64%
Bachillerato	1	4%
Técnico	0	0%
Tecnólogo	0	0%
Profesional	0	0%
<b>RAZA</b>		
Negra	24	96%
Mestiza	1	4%
Indígena	0	0%
Blanca	0	0%

Tabla 1. Frecuencia y porcentaje de variables sociodemográficas.

En lo que se refiere a la salud integral de los participantes, 21 (84%) personas presentan un régimen de salud subsidiado y solo 2 (8%) presenta régimen contributivo, los 2 (8%) restantes no presentan ninguna afiliación a regímenes de

salud, de esta población solo 7 (28%) presentan enfermedades sistémicas. (Tabla 2)

<b>SALUD</b>	<b>FRECUENCIA n=25</b>	<b>PORCENTAJES %</b>
<b>REGIMEN DE SALUD</b>		
Sin afiliación	2	8%
Régimen contributivo	2	8%
Régimen subsidiado	21	84%
<b>PRESENCIA DE ENFERMEDAD SISTEMICA</b>		
Si	7	28%
No	18	72%
<b>TRATAMIENTO</b>		
No aplica	18	72%
Si	6	24%
No	1	4%

Tabla 2. Frecuencia y porcentajes de salud integral de los fumadores invertidos.

En las variables de la práctica del hábito se observó que 18 (72%) de estas personas inició esta práctica influenciados por amistades, la otra causa que prevalece después de esta es por sí mismos y por ultimo por tradición o influencia familiar; 22 individuos (88%) fuma actualmente y el total de la población (100%) lleva o duró más de 10 años en esta práctica, 14 personas (56%) consumen entre 5 y 10 cigarrillos diarios y 6 (24%) consumen menos de 5 cigarrillos, la marca de cigarrillos que más consumen es piel roja en un 100% de la población. (Tabla 3)

<b>TABAQUISMO INVERTIDO</b>	<b>FRECUENCIA</b> n=8	<b>PORCENTAJES</b> %
<b>CAUSA</b>		
Por si mismo	3	12%
Tradición familiar	4	16%
Por un amigo	18	72%
<b>FUMA ACTUALMENTE</b>		
Si	22	88%
No	3	12%
<b>FRECUENCIA DE CONSUMO POR DIA</b>		
Menos de 5	6	24%
Entre 5 y 10	14	56%
Entre 11 y 20	2	8%
Más de 20	3	12%
<b>TIEMPO DE EVOLUCIÓN</b>		
Menos de 1 año	0	0%
De 1 año a 10 años	0	0%
Más de 10 años	25	100%
<b>TIEMPO SIN FUMAR</b>		
Menos de 1 año	0	0%
De 1 año a 10 años	2	8%
Más de 10 años	1	4%
No aplica	22	88%
<b>MARCA DE CIGARRILLO</b>		
Piel roja	25	100%
Marlboro	0	0%
Belmont	0	0%
Otro	0	0%

Tabla 3. Frecuencia y porcentajes de variables relacionadas con el hábito de fumar invertido

En el examen clínico que se le realizó a los pacientes se pudo determinar que un 80% de los pacientes tenían lesiones intraorales, las zonas donde más se encontró que se producen fueron en encías, mucosas yúgales (derecha e izquierda), paladar (duro y blando) y lengua. Los diagnósticos que más se hallaron fueron melanosis del fumador y paladar de fumador en 17 personas (85%). (Tabla 4).

LESIONES INTRAORALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
presencia de lesiones	n=25	
Si	20	80%
No	5	20%
Impresión diagnóstica	n=20	
melanosis del fumador	7	35%
paladar del fumador	13	65%
Carcinoma escamocelular	0	0%
Localización	n=20	
encías	5	25%
carrillos	2	10%
paladar duro	13	65%
paladar blando	0	0%
lengua	0	0%
Sintomatología	n=20	
si	3	15%
no	17	85%

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de lesiones intraorales.

Al relacionar presencia de desórdenes potencialmente malignas (DPM) y las variables sociodemográficas edad y sexo ( $p=0,548$ ) y ( $0,275$ ) no se obtuvo asociación estadísticamente significativa. Al buscar asociación entre DPM y ocupación ( $p=0,791$ ) no resultó asociación estadísticamente significativa. Por el contrario si se presentó asociación significativa ( $p=0,044$ ) entre la DPM y el nivel educativo, no siendo significativa la asociación con respecto a la raza. (Tabla 5)

Edad	Presencia de lesiones		Total	P
	No	Si		
de 46 a 59	3	9	12	0,548
de 60 en adelante	2	11	13	
Total	5	20	25	
Sexo				
masculino	0	4	4	0,275
femenino	5	16	21	
Total	5	20	25	
Ocupación				
ama de casa	1	5	6	0,791
pescador	0	1	1	
oficios	4	12	16	
varios	0	2	2	
otro	0	2	2	
Total	5	20	25	
Nivel educativo				
analfabeta	0	8	8	0,004
primaria	4	12	16	
bachillerato	1	0	1	
Total	5	20	25	
Raza				
negra	5	19	24	0.610
mestizo	0	1	1	
Total	5	20	25	

Tabla 5. Asociación entre variables sociodemográficas y presencia de lesiones

Al buscar asociación con las presencia de enfermedades sistémicas y si se encuentran en tratamiento o no de estas no hubo asociación estadísticamente significativa ( $p=0,0504$ ) y ( $p=0,594$ ) respectivamente (Tabla 6).

Régimen de salud	presencia de lesiones		total	P
	No	Si		
sin afiliación	0	2	2	0,441
régimen contributivo	1	1	2	
régimen subsidiado	4	17	21	
Total	5	20	25	
<b>Enfermedad sistémica</b>				
si	2	5	7	0,504
no	3	15	18	
Total	5	20	25	
<b>Tratamiento</b>				
no aplica	3	15	18	0,594
si	2	4	6	
no	0	1	1	
Total	5	20	25	

Tabla 6. Asociación entre variables de salud integral y presencia de lesiones

No se encontró asociación por la causa o motivo por el cual estas personas empezaron este hábito (0,074); si se presentó relación al asociar DPM con la variable fuma actualmente ( $p=0,004$ ), igualmente con el tiempo de fumar ( $p=0,001$ ), no así con la frecuencia de consumo diario de cigarrillo ( $p=0,082$ ). Si se presentó asociación con presencia o no de sintomatología ( $p=0,000$ ). (Tabla 7).

causa	Presencia de lesiones		Total	P
	No	Si		
por mismo tradición familiar	2	1	3	0,074
por un amigo	0	4	4	
	3	15	18	
Total	5	20	25	
<b>Fuma actualmente</b>				
si	2	20	22	0,004
no	3	0	3	
Total	5	20	25	
<b>Frecuencia diaria</b>				
menos de cinco	2	4	6	0,082
entre cinco y diez	1	13	14	
entre once y veinte	0	2	2	
más de veinte	2	1	3	
Total	5	20	25	
<b>Sintomatología</b>				
no aplica	5	0	5	0
sintomático	0	3	3	
asintomático	0	17	17	
Total	5	20	25	

Tabla 7. Asociación entre hábito de fumar y presencia de lesiones

## 7. DISCUSIÓN

Se tuvo como principal limitación dificultad para conseguir la muestra, puesto que no se encontraban pacientes fumadores invertidos cuando se inició la investigación. Otros pacientes que se encontraron no quisieron colaborar con la investigación, ya que sentían vergüenza por fumar de este modo y no consentían que se le examinara la cavidad bucal.

El presente estudio evidenció una correlación entre el humo del cigarrillo y las lesiones potencialmente malignas en cavidad oral, lo cual también se mostró en el investigación de Martínez, A y Carmona, M.<sup>23</sup> (1998). Por su parte Álvarez G y Álvarez E<sup>2</sup> (2008) reportaron, en su estudio realizado en zona rural de municipio del Roble en el departamento de Sucre, Colombia, la alta prevalencia de los fumadores invertidos que fue del 15%. Dicen Álvarez G y Álvarez E que, de las 46 personas clínicamente estudiadas, 42 (91,3%) eran mujeres, lo que coincide con los resultados obtenidos en este estudio. Otros estudios que apoyan los resultados de esta investigación son los de Gavarasana y Susarla<sup>2</sup> (1989), en la India, descubrieron que el hábito de fumar invertido fue un 6,23% más frecuente en mujeres que en hombres de la sexta década de la vida, por otra parte, Feller y

---

<sup>23</sup> MARTÍNEZ, A; CARMONA, Martha; MEDINA, Eduardo. Comportamiento del cáncer oral en los pacientes atendidos en la unidad de estomatología del Hospital Universitario de Cartagena entre enero de 1991 y diciembre de 1998. En: Revista colombiana de neumología. 2000. Vol.12, p. 13-17.

Lemmer<sup>24</sup>(2012) demostraron lo contrario en su estudio en África, donde los hombres resultaron más afectados que las mujeres; lo que no coincide con el presente estudio.

Ramulu y col<sup>5</sup>, informan que el 2,4% del cáncer oral que padecen estos pacientes presentaron la estomatitis nicotínica, ocasionada por fumar de manera invertida, lo cual se relaciona con este estudio ya que el 50% de los pacientes presentaron estomatitis nicotínica o también conocido como paladar de fumador; Siendo está junto con la melanosis del fumador las lesiones que más se presentaron en los pacientes que participaron en la investigación, Así mismo en la investigación de Álvarez G y Álvarez E<sup>2</sup> estos concluyeron que en la población de estudio, asociados con el hábito de fumar invertido; las lesiones más graves se encontraban en el paladar, lo que también se pudo evidenciar en este estudio.

La mayoría de mujeres que hicieron parte de esta investigación afirmaron que comenzaron a fumar por influencia de amigas que al igual que ellas tenían como ocupación la de lavanderas, por lo que se cree que la ocupación es un determinante importante en el tabaquismo invertido, ya que su ocupación no les permite tener las manos desocupadas.

El 100% de las personas a las que se les realizó la historia clínica afirmaron fumar la marca de cigarrillos piel roja. En otros estudios esta variable no ha sido estudiada, pero parece interesante estudiarla más a fondo.

---

<sup>24</sup> FELLER, Lemmer J. Oral Leukoplakia as It Relates to HPV Infection: A Review. En: Hindawi Publishing Corporation International Journal of Dentistry. 2012. Vol.2012.

En el presente estudio solo una persona que hizo parte de la investigación afirmó haber acudido al odontólogo por una lesión que presentaba en la cavidad oral, ya que era sintomática. El resto de los participantes no acudieron al odontólogo para revisión, control o diagnóstico de patologías. Podemos constatar la falta de desinformación de las personas, puesto que en la anamnesis el 92% de las personas no reportaban cambios en la cavidad oral, ni sabían de la relación del humo del cigarrillo con la aparición de cáncer oral. Es posible que este desconocimiento esté relacionado con las variables tales como nivel educativo, área geográfica, condición de afiliación a la salud, Puesto que 16 (64%) personas estudiaron hasta primaria y 8 (32%) son analfabetas. También se puede observar que estas personas no acuden al odontólogo ni al médico por las condiciones antes mencionadas y es que las personas que no están afiliadas, junto con las que sí lo están en alguno de los regímenes sea subsidiado o contributivo en caso de presentar alguna lesión que indique al profesional que podría estar frente a un cáncer, el diagnóstico final se haría con una biopsia, lo cual se ve reflejado en el estudio realizado por De charry, Ligia y Roca, Sandra<sup>25</sup> (2008) donde dice que a pesar de que la norma determina que el plan de beneficios se prestará en todos los municipios de Colombia, si bien la red de servicios tanto pública como la de las administradoras cumple con la organización por niveles de complejidad, el control de la referencia que garantice la extensión de la capacidad resolutoria de los servicios no se lleva a cabo adecuadamente. En este mismo estudio también “se

---

<sup>25</sup> DE CHARRY, Ligia Constanza; et al. Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno. ¿Un problema de equidad? En: .2008. Vol.39, N°1.

resalta la inequidad por el hecho de tener que pagar para acceder a la biopsia en contra también de las subsidiadas y las pobres sin seguro; esto corrobora lo sostenido por la organización panamericana de la salud con respecto a que la falta de atención de salud se relaciona estrechamente con razones económicas, porque la falta de dinero es la principal razón para no utilizar los servicios de salud, tanto entre los afiliados como en los no afiliados al SGSSS”, lo cual tiene relación con lo que expresa Evans T et al ( 2002) donde afirma que la inexactitud en los reglamentos permite que las Administradoras de Salud del Régimen Subsidiado consideren la cobertura de servicios a partir del diagnóstico confirmado por histología y por ello no cubran la toma de este procedimiento<sup>23</sup>

El hábito de fumar invertido es unos de los determinantes más importantes para la aparición del cáncer oral ya que el calor que se produce y los componentes del cigarrillo pueden ser considerados un agente productor de cáncer.

## **8. CONCLUSIONES**

Basados en los resultados de este estudio podemos decir que de las personas que practican este hábito en Tierra Bomba, Bolívar, la mayoría son del género femenino, de raza negra con baja escolaridad y que existe una asociación entre la presencia de lesiones potencialmente malignas con la práctica de fumar invertido y el nivel educativo, al igual que con el tiempo de práctica de este hábito. Por lo que se considera pertinente intervenir en estas comunidades donde se practica más este hábito como Tierra Bomba, Bolívar, para evitar que se siga presentando esta problemática que puede generar ciertos tipos de desórdenes potencialmente malignos en la cavidad oral.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

ACEVEDO, Joel; BERNÉ, Jeanily; CALDERÓN, Naiara. Melanosis del fumador. Reporte de un caso. En: Revista Venezolana de Investigación Odontológica. 2013. Vol. 1. N°1, p. 55-61.

ÁLVAREZ GOMEZ, Gloria; ÁLVAREZ MARTINEZ, Efraín; JIMÉNEZ GÓMEZ, Raúl; MOSQUERA SILVA, Yolanda; GAVIRIA NÚÑEZ, Ángela; GARCÉS AGUDELO, Adriana; et al. Reverse smokers's and changes in oral mucosa. Department of Sucre, Colombia. En: Med Oral Patol Oral Cir Bucal. January, 2008. Vol.13, N°1, p. 1-8

ANDRESSEN, Leira; ALBORNOZ, Ramón. Riesgo probable de cáncer bucal y lesiones precancerosas en mujeres mayores de 30 años residentes de las comunidades de cumboto y la trilla en ocumare de la costa. Edo. Aragua, 2004. En: Acta odontológica venezolana. 2006. Vol. 44, N° 3, p. 371-375.

ARDILA MEDINA, Carlos; JIMÉNEZ GÓMEZ, Raúl; ÁLVAREZ MARTÍNEZ, Efraín. Revisión sistemática de los efectos del hábito de fumar invertido sobre la mucosa oral. En: Revista archivo médico de Camagüey. Mayo, 2013. Vol.17, N°3.

CAMACHO, R., et al. El programa nacional de control de cáncer en Cuba. En: Revista Cubana de Medicina General Integral.1994. Vol. 10, N°3, p. 215-9.

CERDA, Jaime; VILLARROEL DEL, Luis. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: coeficiente de Kappa. En: Revista chilena de pediatría. 2008. Vol. 79, N°1, p. 54-8.

CHÁVEZ DOMÍNGUEZ, Rafael Cesar; et al. Consumo de tabaco, una enfermedad social. En: Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2004. Vol. 17, N°3, p. 204-214.

CHEN, Sow Yeh. Effects of smokeless tobacco on the buccal mucosa of HMT rats. En: Journal of Oral Pathology & Medicine. 1989. Vol. 18, N° 2, p. 108-112.

DE CHARRY, Ligia Constanza; et al. Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno. ¿Un problema de equidad? En: .2008. Vol.39, N°1.

EN DERMATOLOGÍA, Carrera de Especialización. DESÓRDENES POTENCIALMENTE MALIGNOS DE CAVIDAD ORAL. 2014.

ERMALA, Pentti; HOLSTI, Lars R. On the burning temperatures of tobacco. En: Cancer research.1956. Vol. 16, N° 6, p. 490-495.

FELLER, L.; LEMMER, J. Oral leukoplakia as it relates to HPV infection: a review. En: International journal of dentistry, 2012. Vol. 2012.

FERNÁNDEZ FERRÉ, M. L., et al. Tabaquismo alcoholismo y otras drogodependencias. En: Manual de atención primaria. Barcelona. Doyma.1995. p. 484-509.

FOSSION, E.; DE COSTER, D.; EHLINGER, P. Oral cancer: epidemiology and prognosis. En: Revue belge de medecine dentaire. 1993. Vol. 49, N°1, p. 9-22.

GARCÍA GARCÍA, V.; BASCONES MARTÍNEZ, Antonio. Cáncer oral: Puesta al día. En: Avances en odontoestomatología. 2009. Vol. 25, N° 5, p. 239-248.

GUPTA, Prakash; MEHTA, Fali; PINDBORG, Jens. Mortality among reverse chutta smokers in south India. En: British medical journal. 1984. Vol.289, p. 865-6.

JUSSAWALLA, D.; DESHPANDE, V. Evaluation of cancer risk in tobacco chewers and smokers: an epidemiologic assessment. En: *Cancer*. 1971. Vol. 28, N° 1, p. 244-252.

KOBASHI, Yūsuke; SAKAGUCHI, Sōichi; IZAWA, Masao. Influence of smoking procedures on combustion temperature of cigarettes and the nicotine content of cigarette smoke. En: *Journal of the Agricultural Chemical Society of Japan*. 1959. Vol. 23, N° 6, p. 528-532.

LENCE ANTA, J., et al. Programa de diagnóstico precoz del cáncer bucal. Resultados y perspectivas. En: *Revista cubana de medicina general e Integral*. 1994. Vol. 10, no 3, p. 230-4.

LENCE ANTA, J., et al. Programa de diagnóstico precoz del cáncer bucal. Resultados y perspectivas. En: *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1994. Vol. 10, N° 3, p. 230-4.

MARTÍNEZ, A; CARMONA, Martha; MEDINA, Eduardo. Comportamiento del cáncer oral en los pacientes atendidos en la unidad de estomatología del Hospital Universitario de Cartagena entre enero de 1991 y diciembre de 1998. En: *Revista colombiana de neumología*. 2000. Vol.12, p. 13-17.

MEDINA MÁRQUEZ, M; CARMONA LORDUY, Martha; ÁLVAREZ VILLADIEGO P, DÍAZ CABALLERO, Antonio. Leucoplasia asociada al hábito de fumar invertido. Presentación de un caso clínico. En: *Avances en odontoestomatología*. 2015. Vol. 31, N°4

MEHTA, Fali S., et al. Reverse smoking in Andhra Pradesh, India: variability of clinical and histologic appearances of palatal changes. En: International journal of oral surgery. 1977. Vol. 6, N° 2, p. 75-83.

MODY, J. K., et al. Biological study of tobacco in relation to oral cancer. En: Indian journal of medical sciences. 1959. Vol. 13, N° 12, p. 1023-37.

MONTERO, Lisandra; QUEVEDO, Rosío; RODRÍGUEZ, Sandra. Factores de riesgo y prevención del cáncer bucal. En: Revista 16 de Abril.2016, Vol. 54, N°260, p. 42-55

NICOT, Roberto; DELGADO, Ilenes; Soto, Graciela. Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. En: Revista cubana de estomatología. 1995. Vol.32, N°2, p. 60-3. 8

ORTIZ, Gabriel; PIERCE, Angela; WILSON, David. Palatal changes associated with reverse smoking in Filipino women. En : Oral Diseases. 1996. Vol. 2, N°3, p. 232-7.

QUIGLEY, Lawrence F.; SHKLAR, Gerald; COBB, Carolus M. Reverse cigarette smoking in Caribbeans: clinical, histologic, and cytologic observations. En: The Journal of the American Dental Association.1966. Vol. 72, N° 4, p. 867-873.

QUIGLEY, Lawrence; COBB, Charles; HUNT, Edward. Measurement of oral and burning zone temperatures during conventional and reverse cigarette smoking. En: Archives of Oral Biology.1965. Vol. 10, N°1, p. 35-44.

QUINTANA DÍAZ, Juan Carlos; FERNÁNDEZ FREGIO, María; LABORDE RAMOS, Rafael. Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. En: Revista cubana de estomatología. 2004. Vol.1, N°1

RAMULU, Chinta; RAJU, Moturu; Venkatarathnam, G; REDDY, Chilumula. Nicotine stomatitis and its relation to carcinoma of the hard palate in reverse smokers of chuttas. En: Journal of Dental Research. 1973. Vol.52,Nº4,p.711-8.

REBOLLEDO COBOS, Martha; ESCALANTE FONTALVO, Manuel; ESPITIA NIETO, Sandra; CARMONA MEZA, Zenén: Tipos de tabaquismo como factor de riesgo asociado a cáncer bucal. Reporte de dos casos. En: Revista Salud Uninorte. 2012. Vol. 28, Nº 3, p. 438-444.

REDDY, C. Carcinoma of hard palate in India in relation to reverse smoking of chuttas. En: Journal of the National Cancer Institute.1974.Vol. 53, Nº 3, p. 615-619.

REDDY, C., et al. Changes in the ducts of the glands of the hard palate in reverse smokers. En: Cancer. 1972. Vol. 30, Nº 1, p. 231-238.

RODRÍGUEZ, Armando; DELGADO, Luis. Vigilancia y evaluación de la salud bucal. Método de observación y control. En: Revista Cubana de Estomatología. 1995. Vol 32, Nº1, p. 9-15.

ROSSEEL, J. P., et al. Are oral health complaints related to smoking cessation intentions?. En: Community dentistry and oral epidemiology. 2010. Vol. 38, Nº 5, p. 470-478.

SQUIER, Christopher A.; MANTZ, Mary J.; WERTZ, Philip W. Effect of menthol on the penetration of tobacco carcinogens and nicotine across porcine oral mucosa ex vivo. En: Nicotine & Tobacco Research. 2010. Vol. 12, Nº7, p. 763-767.

SQUIER, Christopher; MANTZ, Mary; WERTZ, Philip. Effect of menthol on the penetration of tobacco carcinogens and nicotine across porcine oral mucosa ex vivo. En: Nicotine and Tobacco Research. 2010. Vol. 12, N°7, p.763-767.

TIPTON, David; DABBOUS, Mustafa. Effects of nicotine on proliferation and extracellular matrix production of human gingival fibroblast in vitro. En: Journal of periodontology online. December, 1995. Vol. 62, N°12, p.1056-64

VARGAS FERREIRA, Fabiana; NEDEL, Fernanda; ETGES, Adriana, GOMES, Ana; FURUSE, Cristiane; TARQUINIO, Sandra. Etiologic factors associated with oral squamous cell carcinoma in non-smokers and non-alcoholic drinkers: a brief approach. En: Brazilian Dental Journal. 2012. Vol. 23, N°5,p.586-90.

VILLALBÍ, J., et al. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona, 2000-2001. En: Revista clínica española. 2004. Vol. 204, N° 6, p. 312-316.

VILLALBÍ, Joan R., et al. Abandono y prevalencia del tabaquismo: sexo, clase social y atención primaria de salud. En: Atención primaria. 2008. Vol. 40, N°2, p. 87-92.

VILLENA FERRER, Alejandro, et al. Factores asociados al consumo de Tabaco en Adolescentes. En: Revista Clínica de Medicina de Familia. 2009. Vol. 2, N°7, p. 320-325

## 10. ANEXOS

### 10.1 ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Universidad de Cartagena de Colombia  
Facultad de odontología- PROMOUC  
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA-FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**“RELACION ENTRE UN DESORDEN POTENCIALMENTE MALIGNO Y EL  
HÁBITO DE FUMAR INVERTIDO EN POBLADORES INSULARES DE TIERRA  
BOMBA BOLIVAR”.**

Consentimiento informado

Lo invitamos a que usted haga parte de un estudio llamado “caracterización epidemiológica de los pacientes fumadores invertidos que acuden a la facultad de odontología de la universidad de Cartagena”.

Su decisión de tomar parte en el estudio es enteramente voluntaria. Por favor, lea este formulario de consentimiento informado cuidadosamente y haga cuantas preguntas sea necesario, antes de decidir si quiere participar. Si usted decide

participar, podrá abandonar el estudio en cualquier momento sin perder lugar a cualquier beneficio que pueda tener.

#### Objetivo de estudio.

Determinar la relación entre la presencia de desórdenes potencialmente malignos y el hábito de fumar invertido en pobladores de Tierra Bomba, Bolívar. Es muy importante realizar este estudio ya que no existen muchas investigaciones que estudien la epidemiología del fumador invertido y que relacionen estas variables con la presencia de desórdenes en cavidad oral, cuales son las causas por las que se fuma de esta manera, no se sabe a ciencia cierta si está más enfocado al contexto social y cultural o si por el contrario no tienen nada que ver. Además es importante este estudio porque se van a observar las lesiones intraorales que presentan los pacientes y que están relacionados con fumar invertido, se podrá conocer cuál es la lesión que más se presenta en estos pacientes.

#### Procedimiento del estudio.

Se les realizará la historia clínica a personas fumadoras invertidas de Tierra Bomba, Bolívar y se les examinará intraoralmente para saber cómo se encuentran los tejidos blandos, la mucosa oral. Se Observaran si presentan desordenes potencialmente malignos asociadas al tabaco.

### Riesgo.

República de Colombia ministerio de salud resolución N° 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud CAPITULO 1 DE LOS ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION EN SERES HUMANOS, Artículo 11, aparte B, lo establece como Investigación con riesgo mínimo.

### Beneficios.

Sus beneficios en este estudio incluyen recibir información acerca de su estado de salud, usted sabrá si presenta lesiones intraorales.

### Derechos.

Usted puede preguntar y solicitar la aclaración a cualquier duda que usted pueda tener acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y demás asuntos relacionados con este estudio. Además, recibirá información actualizada que se obtenga a lo largo del estudio.

Adicionalmente, usted puede abandonar libremente su participación en el estudio, sin que esto le genere algún tipo de perjuicio en su cuidado odontológico y en el tratamiento que se le deba suministrar.

## Confidencialidad

Su confidencialidad será mantenida durante el estudio. Su información del estudio será guardada en formularios para la toma de datos clínicos y para ser procesados y analizados.

Toda otra información será anónima. Nadie podrá obtener esta información sin su permiso y solo ser usada para propósitos investigativos. Una copia de este documento me será dada para que sea guardada por mi o por mi familia.

Si tiene preguntas ahora, por favor, háganos saber. Si tiene preguntas adicionales o desea saber los resultados de este estudio, tiene preguntas sobre sus derechos al estar en el estudio, debe contactar a la doctora Martha Carmona, investigadora principal.

Si desea participar después de haber leído este consentimiento por favor lea la siguiente página y firme en la sección correspondiente para autorizar su inclusión en el estudio.

## Declaración de aceptación del consentimiento informado del paciente

Yo, voluntariamente acepto participar en el estudio “RELACION ENTRE UN DESORDEN POTENCIALMENTE MALIGNO Y EL HÁBITO DE FUMAR INVERTIDO EN POBLADORES INSULARES DE TIERRA BOMBA, BOLIVAR.”.

He leído y entendido el contenido del consentimiento informado y los riesgos ahí descritos. Entiendo que recibiré copia de este consentimiento. Entiendo que me puedo retirar del estudio en cualquier momento. Acepto participar en el estudio.

Nombre del participante \_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_

Firma

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se entrega copia del consentimiento al participante      Sí \_\_\_\_      No \_\_\_\_

Nombre del entrevistador \_\_\_\_\_

Firma del entrevistador \_\_\_\_\_

**10.2 ANEXO 2: FORMATO DE HISTORIA CLINICA**



**FORMATO DE HISTORIA CLINICA N° 1**

**“RELACION ENTRE UN DESORDEN POTENCIALMENTE MALIGNO Y EL HÁBITO DE FUMAR INVERTIDO EN POBLADORES INSULARES DE TIERRA BOMBA, BOLIVAR”**

Fecha: \_\_\_\_\_

N° historia clínica: \_\_\_\_\_

**1. DATOS PERSONALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Motivo de consulta: \_\_\_\_\_

Antecedentes Médicos de importancia:

---

---

---

---

---

## 2. HABITOS Y VICIOS:

Higiene oral: Buena\_\_\_ Regular\_\_\_ Mala\_\_\_

Causa: Por si mismo\_\_\_ tradición\_\_\_ familiar\_\_\_ por un amigo\_\_\_

¿Actualmente fuma? Si \_\_\_ No \_\_\_

Tiempo de evolución: Menos de 15 años\_\_\_ de 15 años a 20años \_\_\_ de 21 a 30 años \_\_\_  
más de 30 años\_\_\_

Cantidad: entre 1 y 5 al día \_\_\_ entre 6 y 10 cigarrillos \_\_\_ entre 11 y 20: \_\_\_ Más de 20 al  
día: \_\_\_

## 3. EXAMEN INTRAORAL:

Presencia de lesión: Si\_\_\_ No\_\_\_

¿Cuántas lesiones presenta? 1 \_\_ , 2 \_\_ , 3 \_\_ , 4 \_\_

### Primera lesión:

Caracterización de la lesión: Macula\_\_\_ Placa\_\_\_ Mancha\_\_\_ Ulcera\_\_\_ Ampolla\_\_\_

Tiempo de evolución: Menos de 1 mes: \_\_\_ de 1 a 3 meses: \_\_\_ de 3 a 6 meses: \_\_\_ de 6 a 9  
meses: \_\_\_ más de 9 meses\_\_\_

Sintomatología: Sintomático: \_\_\_ Asintomático: \_\_\_

Localización intraoral: Labio superior: \_\_\_ Labio inferior: \_\_\_ Encía superior: \_\_\_ Encía inferior: \_\_\_

Carillo derecho: \_\_\_ Carillo izquierdo: \_\_\_ Paladar duro: \_\_\_ Paladar blando: \_\_\_ Orofaringe: \_\_\_

Dorso de la lengua: \_\_\_ Borde lateral de la lengua: \_\_\_ Zona ventral de la lengua: \_\_\_

Color: Roja: \_\_\_ Blanca:\_\_\_ Café: \_\_\_ Negra: \_\_\_ Roja y blanca:\_\_\_ Igual a la mucosa: \_\_\_

Tamaño: Menos de1cm: \_\_\_ Entre 1 y 2cm: \_\_\_ Mas de 2cm:\_\_\_

Base: Sésil: \_\_\_ Pediculada: \_\_\_

Consistencia: Blanda: \_\_\_ Dura: \_\_\_ Crepitante: \_\_\_ pétrea : \_\_\_

Superficie: Continua: \_\_\_ Discontinua: \_\_\_

Textura: Lisa: \_\_\_ Rugosa: \_\_\_

Borde: Plano: \_\_\_ Elevado: \_\_\_

Contorno: Regular: \_\_\_ Irregular: \_\_\_

Número: Única: \_\_\_ Múltiple: \_\_\_

### **Segunda lesión:**

Caracterización de la lesión: Macula \_\_\_ Placa \_\_\_ Mancha \_\_\_ Ulcera \_\_\_ Ampolla \_\_\_

Tiempo de evolución: Menos de 1 mes: \_\_\_ de 1 a 3 meses: \_\_\_ de 3 a 6 meses: \_\_\_ de 6 a 9 meses: \_\_\_ más de 9 meses \_\_\_

Sintomatología: Sintomático: \_\_\_ Asintomático: \_\_\_

Localización intraoral: Labio superior: \_\_\_ Labio inferior: \_\_\_ Encía superior: \_\_\_ Encía inferior: \_\_\_

Carillo derecho: \_\_\_ Carillo izquierdo: \_\_\_ Paladar duro: \_\_\_ Paladar blando: \_\_\_ Orofaringe: \_\_\_

Dorso de la lengua: \_\_\_ Borde lateral de la lengua: \_\_\_ Zona ventral de la lengua: \_\_\_

Color: Roja: \_\_\_ Blanca: \_\_\_ Café: \_\_\_ Negra: \_\_\_ Roja y blanca: \_\_\_ Igual a la mucosa: \_\_\_

Tamaño: Menos de 1cm: \_\_\_ Entre 1 y 2cm: \_\_\_ Mas de 2cm: \_\_\_

Base: Sésil: \_\_\_ Pediculada: \_\_\_

Consistencia: Blanda: \_\_\_ Dura: \_\_\_ Crepitante: \_\_\_ pétrea : \_\_\_

Superficie: Continua: \_\_\_ Discontinua: \_\_\_

Textura: Lisa: \_\_\_ Rugosa: \_\_\_

Borde: Plano: \_\_\_ Elevado: \_\_\_

Contorno: Regular: \_\_\_ Irregular: \_\_\_

Número: Única: \_\_\_ Múltiple: \_\_\_

### **Tercera lesión:**

Caracterización de la lesión: Macula \_\_\_ Placa \_\_\_ Mancha \_\_\_ Ulcera \_\_\_ Ampolla \_\_\_

Tiempo de evolución: Menos de 1 mes: \_\_\_ de 1 a 3 meses: \_\_\_ de 3 a 6 meses: \_\_\_ de 6 a 9 meses: \_\_\_ más de 9 meses \_\_\_

Sintomatología: Sintomático: \_\_\_ Asintomático: \_\_\_

Localización intraoral: Labio superior: \_\_\_ Labio inferior: \_\_\_ Encía superior: \_\_\_ Encía inferior: \_\_\_

Carillo derecho: \_\_\_ Carillo izquierdo: \_\_\_ Paladar duro: \_\_\_ Paladar blando: \_\_\_ Orofaringe: \_\_\_

Dorso de la lengua: \_\_\_ Borde lateral de la lengua: \_\_\_ Zona ventral de la lengua: \_\_\_

Color: Roja: \_\_\_ Blanca: \_\_\_ Café: \_\_\_ Negra: \_\_\_ Roja y blanca: \_\_\_ Igual a la mucosa: \_\_\_

Tamaño: Menos de 1cm: \_\_\_ Entre 1 y 2cm: \_\_\_ Mas de 2cm: \_\_\_

Base: Sésil: \_\_\_ Pediculada: \_\_\_

Consistencia: Blanda: \_\_\_ Dura: \_\_\_ Crepitante: \_\_\_ pétreo : \_\_\_

Superficie: Continua: \_\_\_ Discontinua: \_\_\_

Textura: Lisa: \_\_\_ Rugosa: \_\_\_

Borde: Plano: \_\_\_ Elevado: \_\_\_

Contorno: Regular: \_\_\_ Irregular: \_\_\_

Número: Única: \_\_\_ Múltiple: \_\_\_

#### **Cuarta lesión:**

Caracterización de la lesión: Macula \_\_\_ Placa \_\_\_ Mancha \_\_\_ Ulcera \_\_\_ Ampolla \_\_\_

Tiempo de evolución: Menos de 1 mes: \_\_\_ de 1 a 3 meses: \_\_\_ de 3 a 6 meses: \_\_\_ de 6 a 9 meses: \_\_\_ más de 9 meses: \_\_\_

Sintomatología: Sintomático: \_\_\_ Asintomático: \_\_\_

Localización intraoral: Labio superior: \_\_\_ Labio inferior: \_\_\_ Encía superior: \_\_\_ Encía inferior: \_\_\_

Carillo derecho: \_\_\_ Carillo izquierdo: \_\_\_ Paladar duro: \_\_\_ Paladar blando: \_\_\_ Orofaringe: \_\_\_

Dorso de la lengua: \_\_\_ Borde lateral de la lengua: \_\_\_ Zona ventral de la lengua: \_\_\_

Color: Roja: \_\_\_ Blanca: \_\_\_ Café: \_\_\_ Negra: \_\_\_ Roja y blanca: \_\_\_ Igual a la mucosa: \_\_\_

Tamaño: Menos de 1cm: \_\_\_ Entre 1 y 2cm: \_\_\_ Mas de 2cm: \_\_\_

Base: Sésil: \_\_\_ Pediculada: \_\_\_

Consistencia: Blanda: \_\_\_ Dura: \_\_\_ Crepitante: \_\_\_ pétreo : \_\_\_

Superficie: Continua: \_\_\_ Discontinua: \_\_\_

Textura: Lisa: \_\_\_ Rugosa: \_\_\_

Borde: Plano: \_\_\_ Elevado: \_\_\_

Contorno: Regular: \_\_\_ Irregular: \_\_\_

Número: Única: \_\_\_ Múltiple: \_\_\_

Impresión diagnóstica: \_\_\_\_\_

**10.3 ANEXO 3: IMAGENES**



Imagen 1. Paciente firmando el consentimiento informado



Imagen 2. Recolección de datos



Imagen 3. Lesión encontrada en paciente