

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Lesiones bucales en adultos mayores y factores de riesgo. Policlínico "Dr. Tomás Romay", La Habana, Cuba**Buccal lesions in older adults, and risk factors. Dr. Tomás Romay Polyclinic, Havana, Cuba**

Wilma Marín Páez^I, Lilian Veiga Loyola^{II}, Yordanka Reyes Revilla^{III}, Dania Lucrecia Mesa González^{IV}

^IEspecialista Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Máster en Odontogeriatría. Profesora asistente. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana. Cuba. wilmamp@infomed.sld.cu

^{II}Especialista Primer Grado en Estomatología General Integral. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana. Cuba. liliv@infomed.sld.cu

^{III}Especialista Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana. Cuba. yordankarevilla@infomed.sld.cu

^{IV}Especialista Primer Grado en Estomatología General Integral. Máster en Atención de Urgencias en Estomatología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana. Cuba. wilmamp@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo:

Marín Páez W, Veiga Loyola L, Reyes Revilla Y, Mesa González D. Lesiones bucales en adultos mayores y factores de riesgo. Policlínico "Dr. Tomás Romay", La Habana, Cuba. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017. [Consultado:]; 16(5): [770-783] Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2070>

Recibido: 14 de junio de 2017.

Aprobado: 28 de agosto de 2017.

RESUMEN

Introducción: Las lesiones en la mucosa bucal son frecuentes en la población de adultos mayores, lo cual repercute en la aparición del cáncer bucal.

Objetivo: Caracterizar las lesiones en las mucosas bucales y su relación con los factores de riesgo presentes en una población geriátrica,

del Policlínico "Dr. Tomás Romay", Habana Vieja.

Material y Métodos: Estudio descriptivo en los 137 adultos mayores de ambos sexos del consultorio 2 del Policlínico "Dr. Tomás Romay", Habana Vieja, entre 2015-2016. A todos se les solicitó su consentimiento de participación, se les realizó un interrogatorio y el examen bucal.

Se tuvieron en cuenta las variables edad, sexo, tipo de lesión y la localización de las mismas; además de los factores de riesgo de lesiones bucales.

Resultados: El 62,8% fueron mujeres, 24,8% tenía entre 60-69 años y 45,3% presentó lesiones, con mayor frecuencia las del paladar duro (62,9%) y la mucosa del carrillo (20,9%). Se identificaron siete tipos de lesiones bucales, con una primacía de la estomatitis subprótesis (62,9%). La ingestión de alimentos calientes o muy condimentados alcanzó el mayor porcentaje (85,5%) y le siguió las prótesis desajustadas (75,8%).

ABSTRACT

Introduction: Lesions of the buccal mucosa are frequent in older adults, which has an effect on the appearance of buccal cancer.

Objective: To characterize lesions in the buccal mucosa, and their relation to risk factors in a geriatric population in Dr. Tomás Romay Polyclinic, Old Havana.

Material and methods: A descriptive study was conducted using data from 137 older adults of both sexes treated in doctor's office No. 2 of Dr. Tomás Romay Polyclinic in Old Havana, from 2015-2016. A consent for participation was asked to all of them, a questionnaire was applied, and buccal examinations were done. Variables such as age, sex, kind of lesion, and location of the lesions were taken into account, as well as the risk factors for buccal lesions.

Results: The 62,8% of the participants in the study were women, 24,8% aged 60-69 years, and 45,3% presented lesions which were more

Conclusiones: En la población geriátrica estudiada, las mujeres son las más afectadas y los que presentan 70 años y más. Son más frecuentes las lesiones en el paladar duro y la estomatitis subprótesis, observándose mayor riesgo en los pacientes con prótesis dentales desajustadas, en los que ingieren alimentos calientes y muy condimentados, y en los fumadores.

Palabras claves: Adulto mayor, lesiones bucales, estomatitis subprótesis, tabaquismo, cáncer bucal, factores de riesgo.

frequently observed in the hard palate (62,9%) and the mucosa of the cheek (20,9%). Seven kinds of buccal lesions were identified, with a priority of subprosthesis stomatitis (62,9%). The ingestion of hot or very spiced food reached the highest percentage (85,5%), followed by prosthesis loosen (75,8%).

Conclusions: In the geriatric population studied, the most affected people are women and those people who are 70 years old or older. The most frequent lesions are the ones that appear in the hard palate and subprosthesis stomatitis, observing a highest risk in those patients with loosening of dental prosthesis, in those people who ingest hot and very spicy food, and in smokers.

Keywords: older adults, buccal lesions, subprosthesis stomatitis, smoking, buccal cancer, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno universal, dinámico, irreversible, inevitable y progresivo, que involucra cambios morfológicos, funcionales y bioquímicos en el organismo. A pesar de la progresiva alteración manifiesta se debe considerar la vejez como una etapa especial de la vida.¹⁻³

Los informes demográficos actuales estiman que para 2025, el número de individuos que rebasen los 60 años en el mundo se incrementará hasta 1 200 millones de personas. Otro problema lo constituirá el crecimiento del grupo de los muy viejos, o sea, los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años alcanzará 30% de los ancianos en los países desarrollados y 12% en los llamados subdesarrollados.^{2,4}

En Cuba, 17,8 % de la población tiene 60 años o más, 47,3% correspondiente al sexo masculino y el resto a los del sexo femenino. Mientras que la esperanza de vida al nacer es de más de 75 años, a los 60 años es más de 20, y a los 80 es más de 7 años. La provincia La Habana es la más envejecida del país, con un 20,6% de su población en el grupo de 60 años y más.⁵

Conocer el estado de salud de este sector de la población, así como sus demandas, ha sido siempre objeto de preocupación del Estado cubano lo que se ha materializado en diferentes acciones. Se han constituido programas y niveles de atención, a fin de brindarle un cuidado especial y contribuir a garantizarle una vida no solo más larga, sino también más activa y saludable a los pacientes geriátricos.^{6,7}

Los programas para el adulto mayor de la Organización Panamericana de la Salud y la República de Cuba, han desarrollado la estrategia de motivar a los odontólogos sobre la

atención primaria en ese campo. El cuidado estomatológico en la tercera edad tiene un alto interés y se le dedica un mayor tiempo. Para la atención a estos pacientes, el odontólogo debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológicos, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración hística de la cavidad bucal. Los individuos de edad avanzada requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimiento de cómo los cambios tisulares dependientes de la vejez afectan los servicios de sanidad bucal. Muchos de estos cambios, que en un tiempo se consideraron naturales y asociados con la vejez, en realidad son procesos patológicos específicos.^{8,9}

Entre los cambios bucales naturales a esa edad se citan, por ejemplo, cierto grado de oscurecimiento y desgaste de los dientes, la reducción de la altura ósea alveolar, la migración apical del margen gingival, xerostomías, atrofiás de la mucosa oral, entre otros. Además, a mayor edad aparecen cambios secundarios, que van desde las consecuencias de enfermedades generales hasta los efectos de diferentes tratamientos que provocan disminución de la secreción salival, con sus consecuencias asociadas. Sin embargo, hay otros que pueden llegar hasta el cáncer bucal.¹⁰⁻¹²

Las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, encontrándose que más de 95% de las lesiones se presentan en personas mayores de 40 años, siendo el promedio de edad al establecer el diagnóstico de 60 años, entre los cuales es más frecuente diagnosticar algún tipo de cáncer bucal.¹³⁻¹⁵

Teniendo en cuenta que la presencia de lesiones en la cavidad bucal constituye un problema de salud si no se atiende precozmente y que la población cubana continuará con altas frecuencias de envejecimiento, además de que la mayor parte de los pacientes con cáncer de labio, cavidad bucal y faringe son mayores de 60 años, los estudios sobre estos temas revisten una gran importancia. Si a esto se le suma que

OBJETIVO

Por todos estos aspectos, el objetivo del presente trabajo es caracterizar las lesiones en las mucosas bucales y su relación con los

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en los 137 individuos mayores de 60 años de ambos sexos pertenecientes al consultorio 2 del Policlínico "Dr. Tomás Romay", municipio Habana Vieja, en el período de enero 2015 a diciembre de 2016. A todos los pacientes se les solicitó su consentimiento de participación, explicándoles que si no querían participar la atención sería la misma, que los datos generados se utilizarían con fines científicos solamente y que se protegería su identidad personal.

Se realizó el interrogatorio y el examen bucal a cada paciente de forma individual utilizando guantes de látex, el instrumental necesario para el examen bucal: espejo plano #5, pinza para algodón y explorador; examinando a cada paciente de forma individual, con luz artificial y en el sillón estomatológico.

Se realizó una entrevista semiestructurada a todos y la información se resumió en fichas de vaciamiento diseñadas al efecto de la

en el radio de acción del Policlínico "Dr. Tomás Romay" habita una gran cantidad de adultos mayores y no se han informado resultados sobre el estado de salud bucal de los gerontes de esa área de salud, entonces la presente investigación es necesaria para futuras intervenciones y seguimiento de este sector poblacional.

factores de riesgo presentes en una población geriátrica, del Policlínico "Dr. Tomás Romay", Habana Vieja.

investigación que contenía todas las variables de interés: edad (años cumplidos), sexo (masculino, femenino), prótesis dental desajustadas (Sí, No), dientes con borde filosos (Sí, No), ingestión de alimentos calientes, muy condimentados o ambos (Sí, No), hábito de fumar (Sí, No), hábitos alcohólicos (Sí, No) y presencia de lesiones en la cavidad bucal (Sí, No).

También se identificó el tipo de lesión (úlceras traumáticas, érpulis fisurado, papiloma, leucoplasia, eritroplasia, cáncer bucal, nevus) y la localización de las mismas (labio superior, labio inferior, carrillos, encías, paladar duro, paladar blando, lengua, piso de la boca y orofaringe). Todos los datos fueron analizados mediante métodos de la estadística descriptiva y procesados en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 21.0. Se utilizó la prueba Chi Cuadrado (χ^2) para precisar la significación estadística de la comparación entre frecuencias para $p < 0,05$ y se calculó el Odds ratio (OR) para cada factor de riesgo presente, con sus

respectivos intervalos de confianza (IC_{95%}). Se consideró asociación significativa para OR>1 y el

límite inferior del IC_{95%} >1.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En el presente estudio fueron analizados 137 gerontes (Tabla 1), de los cuales las dos terceras partes fueron del sexo femenino y fueron más frecuentes los que pertenecieron a los grupos de edades entre 60-69 años (24,8%) y 70-79 años

(23,4%). Del total de individuos, 45,3% (62 individuos) presentó lesiones en las mucosas bucales, con un predominio en las mujeres (28,5%), cifra estadísticamente superior a la obtenida del sexo masculino ($\chi^2=6,35$; $p=0,002$).

Tabla 1. Distribución de los individuos analizados según sexo, edad y presencia/ausencia de lesiones

Grupos de edades (años)	Sin lesiones				Con lesiones				Total			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
60-69	14	10,2	22	16,1	7	5,1	12	8,8	21	15,3	34	24,8
70-79	11	8,0	16	11,7	10	7,3	16	11,7	21	15,3	32	23,4
80-89	2	1,5	7	5,1	6	4,4	9	6,6	8	5,8	16	11,7
90 y más	1	0,7	2	1,5	0	0,0	2	1,5	1	0,7	4	2,9
Total	28	20,4	47	34,3	23	16,8	39	28,5	51	37,2	86	62,8

En cuanto a la topografía de las lesiones en la cavidad bucal, se observó que las localizaciones más frecuentes correspondieron a las encontradas en el paladar duro, en más de 60%

(39 individuos) y en la mucosa del carrillo en 20,9% (13 individuos), como se muestra en la Tabla 2. Las frecuencias relativas de las otras localizaciones no superaron 4,8%.

Tabla 2. Frecuencias de distribución topográfica de las lesiones identificadas

Localización	No.	%
Labio superior	2	3,3
Labio inferior	1	1,6
Mucosa del carrillo	13	20,9
Encía superior	3	4,8
Encía inferior	1	1,6
Paladar duro	39	62,9
Paladar blando	1	1,6
Lengua	2	3,3
Total	62	100,0

Se identificaron siete tipos de lesiones bucales, las cuales se muestran en la Tabla 3. La más frecuente fue la estomatitis subprótesis, que se identificó en 62,9% (39 individuos), seguido de

las úlceras traumáticas en 14 individuos (22,5%). Los papilomas y nevus fueron las lesiones que con menor frecuencia se observaron, solo en un paciente (1,6%) cada una.

Tabla 3. Distribución de las frecuencias de lesiones bucales encontradas

Lesiones bucales encontradas	No.	%
Estomatitis subprótesis	39	62,9
Úlceras traumáticas	14	22,5
Leucoplasia	3	4,8
Epulis fisurado	2	3,3
Fibroma	2	3,3
Papiloma	1	1,6
Nevus	1	1,6
Total	62	100,0

En la Tabla 4 se muestra la presencia o no de lesiones orales de acuerdo con los factores de riesgo, y se evidenció que la ingestión de alimentos calientes o muy condimentados y el

hábito de fumar alcanzaron el mayor porcentaje en los pacientes con lesiones orales (85,5%) en ambos casos. Le siguió los portadores de prótesis desajustadas con 34,3% (47 individuos)

respecto al total. Estos tres factores de riesgo tuvieron asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la presencia de lesiones, con OR superiores a 1,30 y límites inferiores del intervalo de confianza mayores

que 1. Es válido señalar que muchos pacientes del estudio presentaron más de un factor de riesgo, lo cual produce una combinación que potencia la aparición de lesiones orales.

Tabla 4. Presencia o no de lesiones bucales de acuerdo con los factores de riesgo

Factores de riesgo	Presencia de lesiones						Odds ratio	IC _{95%}
	Sí (n=62)		No (n=75)		Total			
	No.	%	No.	%	No.	%		
Prótesis dentales desajustadas	47	34,3	11	17,7	58	42,3	2,26*	1,96- 2,57
Dientes con bordes filosos	9	14,5	4	6,5	13	9,5	0,05	0,02- 1,42
Ingestión de alimentos calientes, muy condimentados o ambos	53	85,5	20	32,3	73	53,3	1,82*	1,07- 9,62
Hábito de fumar	53	85,5	15	24,2	68	49,6	1,34*	1,28-2,19
Ingestión de bebidas alcohólicas	11	17,7	7	11,3	18	13,1	0,17	0,10- 1,18

* Valores estadísticamente significativos para $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

Los resultados expuestos en la Tabla 1 coinciden con los obtenidos por García y colaboradores¹⁶ en la ciudad de Cienfuegos donde predominó el sexo femenino con 64,8%, así como con el estudio que se realizó en Limonar por Díaz y colaboradores,¹⁷ donde obtuvieron una mayor representación del sexo femenino con 54,4% y los grupos de edades más representados fueron de 65-69 años, 30,9%; seguido del grupo de 70-74 años con 19,1%. También fueron similares a los resultados de Ramos y colaboradores en círculos de abuelos pertenecientes al Policlínico 19 de Abril, donde existió un predominio del sexo femenino con 71,2%.

Por otra parte también hubo coincidencias con Lemus y colaboradores¹⁸ con respecto al sexo, ya que en su estudio hubo una mayor representación del sexo femenino (66,1%), no así en los grupos etarios, pues en ese estudio fue

de 70 a 79 años con 50,3%; lo mismo sucedió al comparar con los resultados de Lima¹⁹ en Brasil. El sexo en Cuba se comporta como en el resto del mundo, con un predominio de nacimientos masculinos, que resultan afectados después por otras condiciones como es la sobremortalidad, que trae consigo que en edades avanzadas sea superado por el sexo femenino, o sea, que las mujeres llegan a vivir más años que los hombres. Esto ocurre producto de las diferencias fisiológicas dadas entre ambos, así como las funciones que asumen en la sociedad, entre otros muchos aspectos.²⁰⁻²³

En cuanto a la localización topográfica de las lesiones (Tabla 2), la más frecuente para García y colaboradores¹⁶ resultó ser también el paladar en 57,5%; sin embargo ellos identificaron como siguiente localización el fondo del surco en 16,4%, fundamentando sus resultados en el

hecho de que estos pacientes en su mayoría son portadores de prótesis y en estas zonas es donde se generan las principales fuerzas compresivas y de tracción.

No hubo coincidencias con estudios como el de Rodríguez y colaboradores,²⁴ donde la mucosa del carrillo fue la zona donde se encontró la mayoría de las lesiones para 34,3%. Otra región anatómica de importancia fue la parte móvil de la lengua con 14,3% de las lesiones que se registraron; con respecto a los labios, el inferior fue el más afectado con 17,1%. Lo mismo sucedió en el informe de Miranda y colaboradores,²⁵ donde las localizaciones más afectadas fueron el carrillo, las encías y el paladar. Al-Maweri y colaboradores,²⁶ observaron que las regiones anatómicas más afectadas fueron: la lengua, el labio inferior, los carrillos, la comisura labial, el espacio retromolar y, por último, el paladar. Por otra parte, el estudio de Ariosa²⁷ arrojó que el labio fue la región más afectada en la población estudiada por él.

Al realizar el análisis de los tipos de lesiones orales encontradas en los pacientes examinados (Tabla 3), estos resultados fueron similares a los observados por García-Alpízar y colaboradores,²⁸ pues las más frecuentes fueron la estomatitis subprótesis (43 %) y las úlceras traumáticas (18,3%). Estos hallazgos coinciden con los obtenidos por otros autores, donde hubo frecuencias con valores entre 30-50%.²⁹⁻³⁴

La estomatitis subprótesis se presenta con mayor frecuencia a medida que avanza la edad, lo cual está relacionado con los cambios degenerativos normales, los que se producen con el aumento de la edad, a lo largo de la vida. El individuo va sufriendo tanto la acción del

ambiente sobre él como la acción de los años, lo que conduce al envejecimiento de su organismo, al debilitamiento de sus funciones y a deficiencias metabólicas como son: hipovitaminosis, hipoproteinemias y anemias; todo esto disminuye sus reservas y la resistencia ante las infecciones y los traumas.^{35,36}

Otras investigaciones^{18,37-39} señalan que los tejidos bucales sufren alteraciones del colágeno y es probable que su capacidad de regeneración vaya disminuyendo a medida que va envejeciendo la persona, disminuyendo de esta forma el área de soporte necesaria para la prótesis, debido a la destrucción alveolar y a la disminución de la secreción salival. La mayoría de los autores coinciden en que el uso de la rehabilitación protésica, origina efectos de presión, tracción, empuje y frotamiento de la mucosa, y se convierte, de hecho, en factores de irritación mecánica, que pueden no ser soportados funcionalmente en dependencia de su magnitud, intensidad, duración y el factor de tolerancia de los tejidos, así como la calidad, el tipo y tiempo de uso de la rehabilitación protésica.⁴⁰⁻⁴³

González y colaboradores¹² observaron, al igual que el presente estudio (Tabla 4), que el factor de riesgo predominante fue la ingestión de comidas calientes y picantes (83,2%), seguido del hábito de fumar (82,1%), y en tercer lugar el uso de prótesis y la ingestión de alcohol, ambos en 72,4%. Es importante señalar que la ingestión de comidas muy condimentadas o muy calientes, como el café, hábito tan arraigado en nuestro país, constituyen irritantes locales de la mucosa oral.²³

En otros estudios analizados^{18,28} se evidenció que el uso de las prótesis desajustadas

constituyó el factor de riesgo más predominante, lo mismo que García y colaboradores¹⁶ quienes informaron también que 50 % de los pacientes analizados tenían lesiones, lo que significó un riesgo cuatro veces superior en relación con los individuos que tenían prótesis en buen estado.

Ley y colaboradores⁴⁴ obtuvieron evidencias de que el factor de riesgo de mayor frecuencia en su estudio también lo constituyó el uso continuo de la prótesis, con una frecuencia de 90,8%. Resultados similares son los presentados por Reyes y colaboradores,⁴⁵ quienes identificaron como los factores predominantes, el uso continuo de prótesis dentales (52,0%), las prótesis desajustadas (40,0%) y la higiene de las mismas (31,4%).

La carcinogenicidad del tabaco es más que evidente y un cuarto de los casos de cáncer oral son atribuibles al consumo de cigarrillos. La asociación entre el consumo de tabaco y el cáncer oral es dosis-dependiente. El riesgo de cáncer de cabeza y cuello aumenta cuando el período de consumo es superior a los 20 años y cuando la frecuencia de consumo de cigarrillos

sobrepasa los 20 cigarrillos por día.⁴⁶⁻⁴⁸

El alcoholismo aumenta 10 veces el riesgo de neoplasia bucal en los grandes consumidores. Esta asociación también es dosis-dependiente; de hecho entre individuos que consumen 4-5 copas diarias, el riesgo de contraer cáncer oral es 2-3 veces mayor que entre los no consumidores. Entre 7 y 19% de los casos de carcinoma escamocelular de boca son atribuibles al consumo importante de alcohol. La exposición combinada al tabaco y al alcohol aumenta el riesgo de padecer neoplasia siguiendo un modelo multiplicativo que propicia el acortamiento del período de aparición de la misma.^{49,50}

Este trabajo tuvo la limitación de que solo se realizó en un consultorio del policlínico y que no se tomaron muestras para verificar la histopatología de las lesiones, no obstante a los pacientes con lesiones se les inició el seguimiento de estas. Por otra parte, a todos, portadores o no, se les orientó sobre la importancia del diagnóstico precoz de las mismas y del autocuidado de la salud bucal.

CONCLUSIONES

En la población estudiada, las mujeres son las más afectadas y los que tienen 70 años y más; además son más frecuentes las lesiones en el paladar duro y la estomatitis subprótesis,

observándose mayor riesgo en los pacientes con prótesis dental desajustada, en los que ingieren alimentos calientes y muy condimentados, y en los fumadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cano CM. El envejecimiento poblacional en Cuba, desde el prisma de la epidemiología social y ética. Anal Acad Cienc Cuba. [Internet] 2016;6(2):[aprox. 24 p]. [Consultado: 2017 Jun 22]. Disponible en:

<http://www.revistaccuba.cu/index.php/acc/articulo/viewFile/505/428>

2. Pan LT. Vejez y envejecimiento en China. Estudios de Asia y África. [Internet] 2017;52(2):459-70. [Consultado: 2017 Jun 22].

- Disponibile en:
<http://www.redalyc.org/pdf/586/58650386010.pdf>
3. Beard JR, Officer A, De Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. [Internet] 2016;387:2145-54. [Consultado: 2017 Jun 22]. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615005164>
4. Álvarez MC. Envejecimiento poblacional en Cuba: ¿estamos preparados para ello? *Rev Med Electrón* [Internet]. 2017 Feb; 39(1):123-5. [Consultado: 2017 Jun 14]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000100015&lng=es
5. Anuario Estadístico de Salud 2016. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana. Ministerio de Salud Pública de Cuba. 2017. Disponible en:
<http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
6. Danay SG, Silvia Magaly GS. Promoción de salud, actividad gerontagógica y atención primaria como desafío al fenómeno del envejecimiento poblacional. V Jornada Virtual de Educación Médica [Internet]. 2017. [Consultado: 2017 May 23]. La Habana, Cuba. Disponible en:
<http://www.edumed2017.sld.cu/index.php/edumed/2017/paper/view/122/0>
7. Creagh M, García D, Valdés R. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2015 Dic; 14(6):884-6. [Consultado: 2017 Jun 14]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000600017&lng=es
8. González RM, Hechavarría G, Batista NM, Cueto A. Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2017 Mar; 54(1):60-71. [Consultado: 2017 Jun 14]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100006&lng=es
9. Valenzuela MJ. Buscando un mejoramiento en la salud oral de los adultos mayores: ¿Es necesaria una reforma al GES-60 años? *Rev Chil Salud Pública*. [Internet] 2015; 19(2):p-181. [Consultado: 2017 Jun 22]. Disponible en:
www.auroradechile.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewArticle/36782
10. Razak PA, Richard KJ, Thankachan RP, Hafiz KA, Kumar KN, Sameer KM. Geriatric oral health: a review article. *J Int Oral Health* [Internet]. 2014; 6(6):110. [Consultado: 2017 Jun 22]. Disponible en:
<http://search.proquest.com/openview/15bdc1a4e4d6e3a7eced126c22a5cd0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=646413>
11. Lamster IB, Asadourian L, Del Carmen T, Friedman PK. The aging mouth: differentiating normal aging from disease. *Periodontology*. [Internet] 2016; 72(1):96-107. [Consultado: 2017 Jun 22]. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/prd.12131/full>
12. González RM, Madrazo DE, Osorio M. Conocimientos sobre salud bucal en los círculos de abuelos. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2013 Sep; 50(3):284-91. [Consultado: 2014 Nov 20]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072013000300006&lng=es
13. Patil S, Doni B, Maheshwari S. Prevalence

and distribution of oral mucosal lesions in a geriatric Indian population. *Can Geriatr J* [Internet]. 2015 Mar; 18(1):11. [Consultado: 2014 Nov 20]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376224/>

14. Hassan NM, Akhter R, Staudinger L, Tarpey N, Basha S, Cox S, Kashiwazaki H. Oral disease and malnutrition in the elderly-impact of oral cancer. *Curr Oral Health Rep*. [Internet] 2017 Jun 1; 4(2):64-9. [Consultado: 2017 Jul 20]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/odi.12647/full>

15. Doss JG, Ghani WM, Razak IA, Yang YH, Rogers SN, Zain RB. Changes in health-related quality of life of oral cancer patients treated with curative intent: experience of a developing country. *Int J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2017 Jun 30; 46(6):687-98. [Consultado: 2017 Jul 20]. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0901502717313346

16. García B, Benet M, Castillo E. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor: una preocupación de todos. *MediSur* [Internet]. 2010 Feb; 8(1):36-41. [Consultado: 2017 Ene 20]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000100008&lng=es

17. Díaz Y, Martell IC, Zamora JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2007 Sep; 44(3):[Aprox. 6p]. [Consultado: 2014 Nov 21]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002&lng=es

18. Lemus LM, Triana K, Del Valle O, Fuertes L, Sáez R. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. *Rev Cubana Estomatol* [Internet] 2009 Mar;46(1): [Aprox. 5 p]. [Consultado: 2017 ene 11], Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100003&lng=es

19. Lima I, Pinho HH, Correia K. Caracterização da saúde bucal de idosos em uma instituição beneficente de longa permanência de João Pessoa-PB, Brasil. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2012 Sep; 49(3):193-203. [Consultado: 2017 Ene 21]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072012000300002&lng=es

20. Miranda MA. Perspective of the aging in Cuba. *AMC* [Internet]. 2016 Jun; 20(3):228-30. [Consultado: 2017 Jun 14]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300001&lng=es

21. Bayarre HD. Múltiples perspectivas para el análisis del envejecimiento demográfico. Una necesidad en el ámbito sanitario contemporáneo. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2017 Jun; 43(2): 313-6. [Consultado: 2017 Jun 14]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200014&lng=es

22. González R, Cardentey J. El envejecimiento poblacional: un desafío para los profesionales de la salud en Cuba. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2015 Dic; 14(6):887-9. [Consultado: 2017 Jun 14]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000600018&lng=es

23. Collazo MI, Calero JL. Algunas características del envejecimiento poblacional en Cuba.

- Medicentro [Internet]. 2016 Dic; 20(4):318-20. [Consultado: 2017 Jun 14]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000400012&lng=es
24. Rodríguez E, Santana KA, Fong Y, Rey Y, Jacas MJ, Quevedo K. Evaluación del programa de detección precoz del cáncer bucal. AMC [Internet]. 2014 Dic; 18(6):642-55. [Consultado: 2014 Dic 19]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000600007&lng=es
25. Miranda JD, Fernández L, García GL, Rodríguez I. Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana. 1999-2006. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 Dic; 47(4):381-91. [Consultado: 2016 Feb 16]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000400001&lng=es
26. Al-Maweri SA, Al-Jamaei AA, Al-Sufyani GA, Tarakji B, Shugaa-Addin B. Oral mucosal lesions in elderly dental patients in Sana'a, Yemen. J Int Soc Prev Community Dent. [Internet] 2015 May 1; 5(7):12.[Consultado: 2016 Feb 16]. Disponible en: www.jispcd.org/article.asp?issn=2231-0762;year=2015;volume=5;issue=7;spage=12;epage=19;aulast=Al-Maweri
27. Ariosa-Argüelles J, Valentín-González F, Rodríguez-González G, Rodríguez-Reyna J. Cáncer bucal. Estudio de cinco años. Rev Médica Elect [Internet]. 2006; 28(6):[aprox. 6 p.]. [Consultado: 2017 Jun 14]. Disponible en: <http://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/349>
28. García-Alpízar B, Capote-Valladares M, Morales-Montes-de-Oca T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Rev Finlay [Internet]. 2012; 2(1):[aprox. 12 p.]. [Consultado: 2017 Jun 22]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>
29. Čanković M, Bokor-Bratić M, Marinoski J, Stojanović D. Prevalence of Denture stomatitis in elderly and possible predictors of its occurrence. Vojnosanitetski pregled. [Internet] 2017; 74(4):311-6. [Consultado: 2017 Jun 22]. Disponible en: <http://www.doiserbia.nb.rs/Article.aspx?id=0042-84501600185C&AspxAutoDetectCookieSupport=1>
30. González-Beriau Y, Dumenigo-Soler A, Fuguet-Boullón J. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis dental superior. Medisur [Internet]. 2017; 15(1):[aprox. 5 p.]. [Consultado: 2017 Jun 14]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3201>
31. Sánchez ME, Reyes DE, Arias R, Rondón EA. Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis removibles. MEDISAN [Internet]. 2013; 17(11):[aprox. 9 p.]. [Consultado: 2017 May 15]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_11_13/san111711.htm
32. Arnaud R, Soares MS, Dos Santos MG, Dos Santos R. Denture stomatitis: prevalence and correlation with age and gender. Rev Bras Ciênc Saúde. 2012; 16(1):59-62.

33. De Souza RF, Khiyani MF, Chaves CA, Feine J, Barbeau J, Fuentes R, et al. Improving practice guidelines for the treatment of denture-related erythematous stomatitis: a study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2017;18:211.
34. Rivera C, Droguett D, Arenas-Márquez M-J. Oral mucosal lesions in a Chilean elderly population: A retrospective study with a systematic review from thirteen countries. *J Clin Exp Dent*. 2017; 9(2):e276-83.
35. Pereira CA, Toledo BC, Santos CT, Pereira Costa AC, Back-Brito GN, Kaminagakura E, et al. Opportunistic microorganisms in individuals with lesions of denture stomatitis. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2013 Aug; 76(4):419-24.
36. Altarawneh S, Bencharit S, Mendoza L, Curran A, Barrow D, Barros S, et al. Clinical and histological findings of denture stomatitis as related to intraoral colonization patterns of *Candida albicans*, salivary flow, and dry mouth. *J Prosthodont*. 2013 Jan; 22(1):13-22.
37. Silva AM, Cardentey J, Silva AM, Crespo CL, Suárez MC. Estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 15 años pertenecientes al Policlínico "Raúl Sánchez". *Rev Ciencias Médicas [Internet]*. 2012 Oct; 16(5):14-24. [Consultado: 2017 mar 22]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500004&lng=es
38. Veiga N, Herdade A, Diniz L, Brites B, Pinto S. Oral lesions associated with removable prosthesis among elderly patient's, Portugal. *Int J Dent Oral Health [Internet]*. 2016; 3(1). [Consultado: 2017 mar 22]. Disponible en: <https://www.sciforschenonline.org/journals/dentistry/article-data/IJDOH-2-218/IJDOH-2-218.pdf>
39. Kong EF, Kucharíková S, Van Dijck P, Peters BM, Shirliff ME, Jabra-Rizk MA. Clinical implications of oral candidiasis: host tissue damage and disseminated bacterial disease. *Infe Immun*. 2015 Feb 1; 83(2):604-13.
40. Singla S, Verma A, Goyal S, Singla I, Shetty A. Injuries to oral soft tissues by different factors: A clinical study. *Ind J Multidisc Dent*. 2016 Jan 1; 6(1):7-10.
41. Saintrain MV, Almeida CB, Naruse TM, Gonçalves VP. Oral lesions in elderly patients of a community in Brazilian Northeast. *Gerodontology*. 2013 Dec 1; 30(4):283-7.
42. Hasan S. Denture stomatitis: A literature review. *J Orofac Health Sci*. 2015;6(2):65-9.
43. Nikitakis, N. Oral soft tissue lesions: A guide to differential diagnosis Part I: Introduction and changes in color. *Braz J Oral Sci*. 2015; 2(6):291-9.
44. Ley L, Silva Y, Puig E, Nápoles IJ, Díaz SM. Comportamiento de la estomatitis subprótesis. *AMC [Internet]*. 2010 Feb; 14(1):[aprox.15 p.]. [Consultado: 2017 Ene 20]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100009&lng=es
45. Reyes FM, Espeso N, Hernández A. Intervención educativa sobre salud bucal para la tercera edad en Centros Comunitarios de Salud Mental. *AMC [Internet]*. 2009 Oct; 13(5):[Aprox. 7p.]. [Consultado: 2017 Ene 19]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000500004&lng=es
46. 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. *Odontostomatología [Internet]*. 2013 Jun; 15(spe):58-67.

[Consultado: 2017 Ene 11]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200007&lng=es

47. Niaz K, Maqbool F, Khan F, Bahadar H, Hassan FI, Abdollahi M. Smokeless tobacco (paan and gutkha) consumption, prevalence, and contribution to oral cancer. *Epidemiol Health*. 2017 Mar 9; 39.

48. Chaudhuri S, Dey S, Awasthi A. Epidemiological hazards of tobacco and its manifestations in oral health of a screened

population in Northern India. *J Can Pol*. 2017 Jun 30; 12:1-6.

49. Madani AH, Dikshit M, Bhaduri D, Aghamolaei T, Moosavy SH, Azarpaykan A. Interaction of alcohol use and specific types of smoking on the development of oral cancer. *Int J High Risk Behav Addict*. 2014 Mar; 3(1).

50. Antunes JL, Toporcov TN, Biazevic MG, Boing AF, Scully C, Petti S. Joint and independent effects of alcohol drinking and tobacco smoking on oral cancer: a large case-control study. *PLoS One*. 2013 Jul 10; 8(7).