



## CARRERA DE ODONTOLOGIA.

Tesis de grado.

Previo a la obtención del título de Odontólogo.

Tema.

Caracterización epidemiológica de la queilitis actínica en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita. Cantón Portoviejo, República del Ecuador. Abril 2014 - abril 2015.

Autor.

Miguel Angel Pincay Massi.

Director de tesis.

Lic. Vicente Inocencio Prieto Díaz. Mg. E. M.

Cantón Portoviejo – Provincia de Manabí – República del Ecuador.

2015.

## **CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.**

El Lic. Vicente Inocencio Prieto Díaz, Mg. E. M., certifica que la tesis de grado titulada “Caracterización epidemiológica de la queilitis actínica en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita. Cantón Portoviejo, República del Ecuador. Abril 2014 - abril 2015” es trabajo original del estudiante Miguel Angel Pincay Massi, y la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

---

Lic. Vicente Inocencio Prieto Díaz. Mg. E. M.

Director de tesis.

## **CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.**

Tema:

“Caracterización epidemiológica de la queilitis actínica en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita, Cantón Portoviejo, República del Ecuador. Abril 2014 - abril 2015”. Tesis de grado sometida a consideración del tribunal examinador, como requisito previo a la obtención de título de odontólogo.

Tribunal:

---

Dra. Lucía Galarza Santana. Mg. Gs.

Directora de la carrera.

---

Lic. Vicente Prieto Díaz. Mg. E. M.

Director de tesis.

---

Dra. Luz Amarilis Martín Moya. Mgs.

Miembro del tribunal.

---

Odo. Jorge Luis Mendoza Robles.

Miembro del tribunal.

## **DECLARACIÓN DE AUTORÍA.**

La responsabilidad del trabajo investigativo “Caracterización epidemiológica de la queilitis actínica en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita. Cantón Portoviejo, República del Ecuador. Abril 2014 - abril 2015” pertenece exclusivamente al autor, Miguel Angel Pincay Massi.

---

Miguel Angel Pincay Massi.

Autor.

## **AGRADECIMIENTO.**

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme dado la fuerza, perseverancia y constancia para poder alcanzar esta meta. Siguiendo agradezco a mi familia quien siempre ha estado conmigo brindándome su comprensión, paciencia y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida permitiéndome lograr los diferentes objetivos que me he propuesto hasta el momento.

También debo agradecer a los diferentes catedráticos de la facultad de odontología de la universidad San Gregorio, que contribuyeran en mi formación profesional y personal a través de la transmisión de conocimientos y experiencias, con las que enriquecieron mi vida y con las que me han preparado para poder llevar por el camino de la ética mi vida profesional

Y por último un especial agradecimiento a mi tutor de tesis, Lic. Vicente Inocencio Prieto Díaz. Mg. E. M, por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia científica y profesional en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

Miguel Angel Pincay Massi.

## **DEDICATORIA.**

Esta etapa de mi vida es un logro muy importante, de tal manera quiero dedicarle esta tesis primeramente a Dios por darme fuerza, sabiduría y entusiasmo en mis estudios. A mi madre Larissa Massi López y mi abuela Consuelo López Sacoto, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser lo que soy ahora.

Muy especialmente quiero dedicar este trabajo a Roberto Giannone, quien significa mucho para mí. Le agradezco por el apoyo que me brindó para concluir este proceso de formación profesional. A mis hermanos por ser mi alegría e inspiración y el pilar para no dejarme caer en momentos de dificultad y seguir adelante.

A mis maestros, que a lo largo de mi carrera depositaron sus conocimientos y experiencias que han sido y serán muy valiosos para mi vida. A los miembros del Tribunal de Revisión que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis. A todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de este trabajo.

Miguel Angel Pincay Massi.

## **RESUMEN.**

La queilitis actínica es una lesión inflamatoria crónica del labio cuyo mayor factor de riesgo es la exposición a la radiación solar. La presencia de queilitis incrementa la probabilidad del desarrollo de cáncer bucal. No existen estudios que caractericen la presencia de queilitis actínica en la población de Crucita, a pesar de que sus características sociales, económicas y geográficas favorecen la exposición solar. Se realizó un estudio exploratorio que incluyó a 282 individuos de 15 y más años de edad, a quienes se les realizó un examen bucal para identificar la presencia de queilitis actínica, observar sus características clínicas e identificar la presencia de sus factores de riesgo. Se obtuvo una tasa general de prevalencia de queilitis actínica de 7,1%. 82,4% de los individuos presentaron lesiones en el labio inferior, 11,8% en ambos labios y 5,9% en el superior, lo que puede relacionarse con la posición relativa de la radiación solar. Las características clínicas observadas mostraron que el 47,1 % de los individuos a los se les estudió esta patología presentaron lesión blanca, 41,2 % lesión roja, 5,9% lesión ulcerosa, 94,1 % límite del borde de labio difuso, 88,2% lesión descamativa y 5,9% lesión costrosa. Con relación al tipo de género y la ocupación, las amas de casa tuvieron las mayores prevalencias, lo que pudo estar influido por la composición del grupo estudiado. La mayor prevalencia de queilitis se encontró en edades entre 25 y 64 años. La prevalencia obtenida de queilitis actínica, así como la forma y severidad de las manifestaciones muestran la relevancia de la atención de esta patología en la población donde se realizó el estudio, especialmente a los grupos ocupacionalmente expuestos.

## **ABSTRACT.**

Actinic cheilitis is a chronic inflammatory lesion lip whose greatest risk factor is exposure to sunlight. The presence of cheilitis increases probability of oral cancer developing. There are no studies that characterize the presence of actinic cheilitis in the town of Crucita, despite their social, economic and geographical characteristics favor sun exposure. An exploratory study involving 282 individuals aged 15 and older was conducted, underwent a dental examination to identify the presence of actinic cheilitis to observe the clinical characteristics and identify the presence of risk factors. The overall prevalence of actinic cheilitis obtained was 7.1%. 82.4% of patients had lesions on the lower lip, 11.8% in both lips and 5.9% at the upper lip, related to the relative position of the solar radiation. The clinical features observed showed that 47.1% of the individuals presented white lesion, red lesion 41.2%, 5.9% ulcerated lesion, 94.1% diffuse lip border, 88.2% and 5.9% scaly crusted lesion injury. With regard to gender and occupation, housewives had the highest prevalence, which could be influenced by the composition of the group studied. The higher prevalence of cheilitis was found in ages between 25 and 64 years. The prevalence of actinic cheilitis and the form and severity found show the relevance for this disease in the population of Crucita, especially those occupationally exposed.



## INDICE.

Certificación del director de tesis.....	II
Certificación del tribunal examinador.....	III
Declaración de Autoría.....	IV
Agradecimiento.....	V
Dedicatoria.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Índice.....	IX
Introducción.....	1

### Capítulo I.

1. Problematización.....	3
1.1. Tema de investigación.....	3
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Planteamiento del problema.....	3
1.4. Preguntas de investigación.....	4
1.5. Delimitación de la investigación.....	4
1.5.1. Delimitación especial.....	5
1.5.2. Delimitación temporal.....	5
1.6.....	5
Justificación.....	

1.7. Objetivos.....	7
1.7.1. Objetivos general.....	7
1.7.2. Objetivos específicos.....	7
Capítulo II.	
2. Teórico Referencial y Conceptual.....	8
2.1. Categorías fundamentales.....	26
2.1.1. Unidad de observación y análisis.....	26
2.2. Variables.....	26
2.2.1. Matriz de operacionalizacion de las variables.....	28
Capítulo III.	
3. Marco Metodológico.....	31
3.1. Modalidad de la investigación.....	31
3.2. Tipo de investigación.....	31
3.3. Métodos.....	31
3.4. Técnicas.....	32
3.5. ....	32



Tema.....			
6.1.1. Entidad ejecutora.....			58
6.1.2. Clasificación del proyecto.....			58
6.1.3. Localización.....			58
6.2. Justificación.....			59
6.3. Marco institucional.....			59
6.4. Objetivos.....			60
6.4.1. Objetivo general.....			60
6.4.2. Objetivos específicos.....			60
6.5. Descripción del proyecto.....			61
6.6. Beneficiarios.....			62
6.7. Diseño metodológico.....			62
6.8. Presupuesto.....			63
6.9. Sostenibilidad.....			63
Anexos.....			64
Índice De tablas.			
Tabla # 1.....			35

Tabla	#	41
2.....		
Tabla	#	42
3.....		
Tabla	#	49
4.....		
Tabla	#	51
5.....		

Índice de figura.

Figura # 1.....	36
Figura # 2.....	37
Figura # 3.....	38
Figura # 4.....	39
Figura # 5.....	44
Figura # 6.....	45
Figura # 7.....	46
Figura # 8.....	50
Figura # 9.....	53
Figura # 10.....	72
Figura # 11.....	72
Figura # 12.....	73
Figura # 13.....	73
Figura # 14.....	74
Figura # 15.....	74

Figura # 16.....	75
Figura # 17.....	75
Figura # 18.....	76
Figura # 19.....	76
Figura # 20.....	77
Figura # 21.....	77
Figura # 22.....	78
Figura # 23.....	78
Figura # 24.....	79
Figura # 25.....	79

Bibliografia.

## INTRODUCCIÓN.

Se define a la queilitis actínica como una lesión común en los labios, que se da por lo general en el labio inferior. También conocida como queilitis solar, queilitis actínica y queilosis actínica, esta patología es considerada por algunos autores como una condición precancerosa, la cual es causada por la exposición crónica a ciertos factores como es la radiación solar o las lámparas de bronceado. La queilitis actínica tiene el potencial de convertirse en un carcinoma espinocelular (CEC), y según algunos autores, se considera que su mejor tratamiento es eliminar las células de la piel afectadas. (Louise, s.f., párr. 1).

Además, se puede referir que la queilitis actínica, queratosis solar o queratosis actínica labial es considerada por algunos autores como un carcinoma in situ, aunque otros refieren que se trata de una lesión premaligna con capacidad de evolucionar a CEC. Se añade también, que la localización habitual de la queilitis actínica es el borde bermellón del labio inferior, por su mayor exposición a la luz solar en comparación con el superior, su epitelio es más fino y contiene menor cantidad de melanina que la piel, lo cual le hace más susceptible al daño inducido por la radiación ultravioleta. (Sauro, Noguera y Mazzuocolo, 2011, p. 180).

Se afirma que la queilitis actínica posee una baja tasa de malignización a carcinoma de células escamosas de la cavidad oral, con tasas de conversión entre 1% y 3%, pero sin embargo, cuando se transforma en algún tipo de cáncer tiene un alto poder de metástasis. A esto se añaden ciertos factores asociados con la aparición de queilitis actina, como lo son los individuos con fototipo ligeramente pigmentados, los

cuales se encuentran en la clasificación de Fitzpatrick entre tipo I y IV, añadiendo además que el consumo de tabaco se considera como un importante factor de riesgo para el desarrollo del carcinoma de células escamosas. (Orozco, Vásquez, Venegas y Rivera, 2013, p. 127).

Se ha observado que la queilitis actínica puede presentarse en pacientes dentados o desdentados, en este último grupo la reducción de la altura facial oclusiva favorece el contacto continuo de los labios con la saliva, especialmente en la zona próxima a las comisuras, cuyo pliegue se mantiene húmedo por la saliva, éste se macera y se infecta. (García et al., 2004, párr. 4).



# **CAPÍTULO I.**

## **1. Problematización.**

### **1.1. Tema de la investigación.**

Caracterización epidemiológica de la queilitis actínica en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita, cantón Portoviejo, República del Ecuador. Abril 2014 - abril 2015.

### **1.2. Formulación del problema.**

¿Cómo se caracteriza la queilitis actínica en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita?

### **1.3. Planteamiento del problema.**

La exposición a los rayos solares se considera uno de los factores más importantes para el incremento del riesgo de aparición de la queilitis, siendo probablemente el factor etiológico al que este tipo de patología se ha asociado con más frecuencia. Por esta razón se evidencia una alta prevalencia en agricultores y en otras profesiones expuestas a la radiación solar.

El cáncer de labio uno de los más prevalentes entre los tumores cutáneos de cabeza y cuello. Las características del tumor, por su crecimiento exofítico en una zona de fácil acceso visual, nos van a permitir un diagnóstico en estadios incipientes y por lo tanto, un mejor pronóstico con los actuales tratamientos.

El pescador por lo generalmente tiene un bajo nivel educativo y posee costumbres particulares, dedicándose a su actividad por completo, estando expuesto a diversos factores para el desarrollo de enfermedades. Comienzan su trabajo con una alta cantidad de radiación solar durante el día, también relacionándolo con un habitual y alto consumo de tabaco y alcohol.

Hasta la fecha no se han realizado estudios donde se caracterice epidemiológicamente el comportamiento de la queilitis actínica en población mayor de 15 años en la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, lo que motivó a la realización del presente trabajo con la finalidad de contribuir a la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta patología.

#### **1.4. Preguntas de la investigación.**

¿Cuál es la prevalencia de queilitis actínica en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita?

¿Qué factores de riesgo predisponentes están presentes en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita para la aparición de la queilitis actínica?

#### **1.5. Delimitación de la investigación.**

Campo. Odontología.

Área. Patología bucal.

Aspecto. Queilitis actínica.

#### 1.5.1. Delimitación espacial.

El estudio se efectuó con los habitantes mayores de 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo, provincia de Manabí, República del Ecuador.

#### 1.5.2. Delimitación temporal.

El estudio se realizó en el período de abril de 2014 a febrero de 2015.

### **1.6. Justificación.**

Se puede referir que la queilitis actínica constituye una reacción inflamatoria aguda o crónica de la submucosa o mucosa del labio, la cual es ocasionada por una exagerada exposición a radiaciones ultravioletas generadas por elementos físicos, como lo es el sol. Cuando la reacción inflamatoria es aguda se produce la queilitis actínica aguda y cuando esta es crónica recibe el nombre de queilitis actínica crónica. (Santana, 2010, p. 179).

Se ha observado que la población ha ido tomando conciencia sobre los riesgos para su salud que implica la exposición al sol sin protección, pero la preocupación por los efectos de los rayos ultravioleta (UV) se limita a algunas zonas del cuerpo que excluyen a los labios, sin embargo, la exposición prolongada a la radiación solar sobre éstos puede generar daños como la queilitis actínica, considerada como una lesión precancerosa. (Puga, 2009, p. 12).

Cuando el diagnóstico de los carcinomas localizados en el labio es precoz, ayudan a la conducta terapéutica quirúrgica con carácter curativo, por lo cual no

requiere de tratamiento oncoespecífico y la posibilidad de recidiva y metástasis es muy baja.

El cáncer se considera un problema de salud pública global y que a pesar de los esfuerzos realizados, esta continúa afectando a un gran número de individuos, sin distinción alguna. (Salaverry, 2013, p. 138).

Se refiere en la literatura científica que el cáncer bucal es uno de los 10 más comunes en la población mundial, lo cual puede ser debido a la presencia de hábitos tóxicos, educación insuficiente, falta de programas de prevención y recursos médicos no disponibles. (Ochsenius et al., 2003, párr. 1).

En el anciano, suele desarrollarse una disminución fisiológica de la producción de saliva, acompañado de diversas condiciones como la pérdida de la dimensión vertical por contacto excesivo entre sus piezas dentarias, o por la abrasión de los artificiales, así como la pérdida de sus prótesis, lo que facilita el babeo y retención salival sobre el área comisural; esto resulta un factor predisponente para la formación de queilitis y el cultivo de hongos. (García et al, 2004, párr. 4)

La población de Crucita muestra características sociales, económicas y geográficas que favorecen la exposición solar, mayor factor de riesgo para la queilitis actínica, sin embargo, debido a que es un sector poco estudiado desde el punto de vista odontológico, no se han realizado trabajos que permitan caracterizar a la queilitis actínica como una patología de interés para la salud pública por considerarse una lesión precancerosa. De esta forma, se motivó el desarrollo de este trabajo que genera información sobre el comportamiento epidemiológico de esta entidad para contribuir

con la prevención y control de la queilitis actínica y reducir consecuentemente el riesgo de padecer de cáncer bucal.

## **1.7. Objetivos.**

### 1.7.1. Objetivo general.

Caracterizar epidemiológicamente la queilitis actínica en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

### 1.7.2. Objetivos específicos.

Determinar la prevalencia de la queilitis actínica en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita del cantón Portoviejo.

Identificar los factores de riesgos relacionados con la queilitis actínica presente en población mayor de 15 años de la parroquia Crucita.

## **CAPÍTULO II.**

### **2. Marco Teórico Referencial y Conceptual.**

La queratosis actínica se describió por primera vez por Unna en 1894; años más tarde, en 1923, se describieron queratosis actínicas localizadas en la superficie de la semimucosa labial, a las que denominaron queilitis actínicas. (Sauro, Noguera y Mazzuocolo, 2011, p. 180).

Se puede referir que la queilitis actínica constituye una reacción inflamatoria de forma aguda o crónica, en la mucosa o la submucosa del labio por una excesiva exposición a este elemento físico como es el sol. Indicando que este tipo de lesión se inicia por la presencia de un eritema seguido de edemas, formándose vesículas y en el lapso de algunas horas, se vuelven rojos los labios, tensos y dolorosos. Y si se protegen del sol la inflamación se remite en el trayecto de 8 a 15 días, y cura después de una descamación fina. (García et al., 2004, p. 24).

El término queilitis es el más común para referirnos a los estados inflamatorios que se presentan en la submucosa labial o en la comisuras en forma de boqueras. Algunos autores relacionan esta lesión dentro de las formas de la candidiasis, refiriendo que ésta es la micosis más frecuente de la cavidad bucal, la que puede presentarse en adultos o en la infancia para provocar placas blancas ubicadas de manera irregular en la mucosa de la boca, con estados inflamatorios, grietas en las comisuras y costras en los labios. La queilitis actínica puede presentar una evolución

en aquellos pacientes dentados o desdentados, que presenten una disminución en cuanto a su altura facial oclusiva, la cual favorece a un contacto continuo con la saliva, debido a la reducción de la altura facial y el ajuste de los labios, formando un pliegue en la piel próxima a las comisuras manteniéndose húmedo por la saliva, el cual se macera y se infecta. (García, Blanco, Rodríguez, Reyes y Sotres, 2004, párr. 1, 2).

Otros autores afirman que la localización habitual de las queilitis actínica es el borde bermellón del labio inferior, debido a su mayor exposición a la luz solar, en comparación con el superior, ya que su epitelio es más fino y con menor cantidad de melanina que la piel, haciéndolo así más propenso al daño producido por las radiaciones solares. (Sauro et al., 2011, p. 180).

Los labios tienen la función de cumplir importantes funciones como constituir la puerta de ingreso al organismo de todos los alimentos, así también como protector de las estructuras bucales, en la fonación y obviamente una gran importancia estética. (Puga, 2009, p. 33).

Se puede añadir que el labio propiamente dicho o bermellón, anatómicamente está constituido por fibras musculares estriadas y por tejidos conectivo fibroelástico. Existe una zona de transición entre la piel y la mucosa, la cual se denominada limbo labial, la cual se presenta rojiza y recubierta por un tipo de piel modificada. Se encuentra constituido el borde libre del labio por una capa formada por células muertas con un alto contenido en eleidina, siendo ésta la responsable de su transparencia, que lo diferencia del estrato córneo integrante de la piel.

Se puede observar además, que el tejido conectivo integrante de la dermis que se halla debajo del epitelio labial presenta una gran cantidad de irrigación, lo que le confiere el tono rojo representativo de los labios. No está queratinizado el epitelio del limbo labial, sino probablemente lipidificado, sin glándulas sudoríparas ni folículos pilosos, requiriendo un aporte hídrico adicional para salvaguardar su integridad por medio de la saliva. Se considera al labio como una estructura susceptible a la deshidratación y la aparición de grietas. La ausencia de melanocitos en esta área y la imposibilidad de aumentar el grosor de su estrato corneo causa la indefensión del labio expuesto a la radiación solar. (Puga, 2009, pp. 34, 35).

Guzmán (2009, párr. 2) clasifica a la queilitis actínica en los siguientes tipos:

Queilitis mucosa:

- Aguda: esta surge en la semimucosa labial. Se presenta con enrojecimiento, vesículas, edemas y costras.
- Crónica: eritema también escamas y grietas dolorosas.

Queilitis microbianas:

- Queilitis impetiginosa: es habitual en infantes convalecientes de una enfermedad infecciosa o afín con un impétigo cutáneo de cara, en donde el contagio se produce por propagación directa de la piel y la mucosa y se encuentra más evidente en el labio inferior.
- Queilitis estreptocócica aguda: se forma con una etapa febril, existe enrojecimiento, edema y consecutivamente costras y adenitis. La cual puede ser deberse a una infección dentaria (gingivitis o periodontitis).



- Queilitis estreptocócica crónica: esta se presenta con escamas gruesas, bilateral como erosión epidérmica en abanico con un tono rosa oscuro, húmeda y sembrada de pequeñas costrillas, a veces ayudada por factores como carencia por hambre o vitamínicos favorecen la combinación con una candidiasis y hábitos de los labios (como morderse los labios y la succión digital).

#### Queilitis de contacto:

- Queilitis del lápiz de labios: que aparece bruscamente después de una o más aplicaciones de un agente, se forma una reacción inflamatoria debido a los mecanismos de hipersensibilidad del labio. La exposición incorporada al agente sensibilizante en concentraciones suficientes lleva dentro de un término de 24 a 48 horas a una reacción clínica o eritematosa. Se inicia con una sensación de sequedad o quemazón en la parte del labio con eritema. La cual puede infectarse secundariamente con estreptococo, que induce a la presencia de un edema más intenso y la formación de fisuras en la parte de los labios y la comisura, seguidos de adenopatías submaxilares o submentonianas. Su etiología se le confiere a colorantes como son eosina, eritrosina, perfumes, excipientes, cuerpos grasos, cera blanca y manteca de cacao.
- Queilitis por pasta dentífrica: presenta las mismas características que la queilitis anterior y esta se la atribuye a aquellas sustancias como hexilresorainol, solución de formaldehído, timol, etc. también puede surgir con enjuagues o colutorios.

- Queilitis alimentaria: esta se presenta después de la ingestión de algunos alimentos o bebidas como alcoholes, especias, berros, higos frescos, entre otros. Del mismo modo estas sustancias pueden estar incluidas en los alimentos como preservadores.

Guzmán (2009) refiere otra clasificación de queilitis actínica:

- Inflamatorias: Clínicamente tiene diferentes grados de severidad, entre estas manifestaciones encontramos sequedad bucal, queilitis eritematoescamosa hasta una queilitis erosiva o fisurada. Estas pueden ser desencadenadas por la radiación solar, frío, contacto, medicamentosa, mecánica, infecciosa, también se incluyen en este grupo las carenciales, tabáquica y glandulares.
- Queratóticas: Se destacan las infecciones micóticas, inflamatorias asociadas a lupus eritematoso y liquen plano, las traumáticas y aquellas causadas por el tabaco.
- Angular: Puede deberse a medicamento también por contacto o atopía, causas mecánicas, en infecciones por contaminación por bacteriana con estafilococos u hongos; en anemias o en deficiencias de complejo B.
- Macroqueilitis: Se describen las lesiones agudas o los angioedema causadas por contacto, estafilodermias, triquinosis, erisipela, trauma mecánico.

La queilitis puede clasificarse histológicamente en:

- Epiteliales exfoliativa o traumatica: esta es común durante la infancia. Son factores predisponentes la respiración bucal, prótesis dentales, ansiedad, disturbios mentales. También se presentan este tipo de lesiones en aquellas enfermedades como el síndrome de Lesch Nihan en el que existe ausencia congénita del dolor que puede estar asociar a mutilaciones de uñas y de labios.
- Angular: se presentan las comisuras con un color rojo intenso acompañado de grietas y fisuras. Otro factor es la disminución de la dimensión vertical de la boca, prótesis mal ajustadas, respiración bucal y habito de lamerse los labios. Es frecuente en anémicos, diabéticos y pacientes con VIH (+).
- De contacto: uno de sus principales síntoma es el ardor. Se la relaciona q es causada por el uso de cosméticos, consumo excesivo de cítricos, músicos que usan sus labios para utilizar instrumentos musicales, consumo de dulces con vainilla y canela. La saliva desempeña un papel importante en la irritación en particular en pacientes con el hábito de lamerse los labios (queilofagia).
- Actínica aguda: se presenta en personas potencialmente expuestas al sol y en una forma crónicas en personas crónicamente expuestos.
- Medicamentosas: se encuentra relacionada a los antibióticos, excipientes, antisépticos, fluoroquinolonas, antivirales.
- Granulomatosa: se las asocia a la granulomatosis orofaciales como síndrome de Miescher, Melkersson Rosenthal, enfermedad de Crohn y sarcoidosis.

- Glandulares: Se debe a una hipersecreción con ectasia ductal por hipertrofia glandular y una heterotopia glandular y ductal. Causadas por exposición al sol, sífilis, mala higiene, tabaco, herencia, causa idiopática. En este tipo de queilitis es clásica que aparezca saliva al exprimir el labio.
- La leucoplasia de asocia con un riesgo de transformación maligna. El tratamiento consiste en antibióticos tópicos u orales y corticoides.
- La queilitis angular: se presenta como una lesión erosiva de la comisura labial. Se debe principalmente a la pérdida de tono muscular. Se presenta de forma unilateral comúnmente asociada a infecciones como el herpes simple o la deficiencia de complejo B. Cuando se presente de forma bilateral se asocia a pérdida de la dimensión vertical. Puede ocasionar sangrado, limitación de la apertura bucal y dolor. (Guzmán, 2009, párr. 3).

Atendiendo a las características clínicas de la queilitis actínica, se considera que las señales clínicas de su presencia a veces son sutiles, sin embargo, causan algún tipo de inconveniente o incomodidad. (Bertini, Sgarbi, Haberbeck y Rodríguez, 2009, párr. 2).

Este tipo de lesión equivale a la queratosis actínica pero localizada en la semimucosa labial, la cual clínicamente se manifiesta como una lesión de bordes difusos y una superficie que se encuentra ligeramente atrófica o hiperqueratósica,

descamativa o leucoplásica la cual va a ocupar parcialmente o totalmente la superficie del labio inferior.

Sin embargo, la aparición de una úlcera o lesión más indurada obliga a realizar un estudio histológico de esta zona para descartar infiltración, ya que el carcinoma epidermoide infiltrante originado por la queilitis actínica muestra una incidencia de metástasis del 11 al 21%. (Rodríguez, Azorín y Cuevas, s.f., p. 526).

La queilitis actínica se puede presentar como aguda, subaguda y crónica, siendo la queilitis actínica aguda, la más rara y episódica, pudiendo suceder en forma leve, moderada o intensa, mostrándose posteriormente de una exposición máxima al sol. Indicando que el mecanismo patógeno consiste en una clásica reacción fototóxica y quemadura del tejido por predominio en la vasodilatación, acelerando la aparición de edemas y eritemas seguidos de descamación, observándose clínicamente por la presencia de vesículas, pliegues y ulceraciones, que caracterizan que se debe a una forma más severa, produciendo en el individuo una sintomatología significativa en lo referente a la alimentación y el habla. No obstante, la mayoría parece curarse completamente.

La forma crónica de queilitis actínica es la más peligrosa por la falta de síntomas, dejando al individuo inadvertido y pudiendo ser consecuencia de las formas agudas o subaguda, pero también por prolongadas exposiciones a la radiación solar. El enrojecimiento del labio se presenta revestido por una superficie de mucosa fina y pálida, frecuentemente con áreas atróficas, pliegues o ulceraciones superficiales, las cuales tienden lacerarse. (Bertini at al., 2009, párr. 4, 5).

Microscópicamente, cuando aparece una lesión de queilitis, se observa la pérdida de epitelio con cierto grado de necrosis y con infiltración inflamatoria aguda, inespecífica. En la queilitis de tipo agudo se presenta con un cuadro de infiltrado agudo inespecífico y las vesículas son intraepiteliales. En las de tipo crónico, por la acción solar, se presenta hiperqueratosis con papilomatosis, la capa espinocelular esta atrófica con un patrón irregular de crecimiento de las células, en la dermis se presenta un infiltrado inflamatorio crónico. Puede existir atipicidad celular en algunos pacientes y también hiperqueratosis epidermolítica. La queilitis aguda se cura en unos días sin dejar huellas, sin embargo la queilitis crónica debe tratarse con cuidados extremos. (Santana, 2010, p. 180)

Cuando se pierde la línea mucocutánea del labio, se observa que la lesión se encuentra bien adherida a los planos profundos. Con el tiempo, este aumento de volumen se vuelve más pronunciado y el eritema se vuelve más evidente. La hiperqueratosis puede formar pequeñas úlceras que hacen más lento el proceso de curación. (Bertini et al., 2009, párr. 3).

La queilitis actínica es considerada por algunos autores como un carcinoma espinocelular (CEC) in situ, aunque otros consideran que se trata de una lesión premaligna que tiene la capacidad de evolucionar a CEC. (Sauro et al., 2011, p. 180).

Castaño et al. (2009) consideran que la queilitis actínica es una lesión precancerosa, similar a la que la queratosis actínica con la presencia de varios factores que agravan la condición de cuadro preneoplásico. Observan además, que el

porcentaje de transformación en carcinoma epidermoide en algunas series ha alcanzado el 16,9%, a lo que se añade que el carcinoma epidermoide de labio tiene un potencial de metástasis de hasta 4 veces más que el cutáneo. (p. 895).

Con un diagnóstico prematuro de la lesión, es importante para reducir los riesgos en el desarrollo del cáncer. Añade también que es mucho más común en hombres con actividades al aire libre. Y en aquellas personas con pigmentación melánica son menos afectadas por la radiación actínica. En la queilitis actínica crónica, el enrojecimiento del labio se muestra con placas de hiperqueratosis, con áreas irregulares de eritema. La descamación persistente presentando una sensación de sequedad que representa un problema para el paciente. (Bertini et al., 2009, párr. 2).

La exposición prolongada al sol y la radiación UV, es considerada una de las causas más importante del cáncer del labio. El principal factor de riesgo acreditado es el trabajo a la intemperie, y se señala que este tumor aparece frecuentemente en los varones, con una incidencia que se acrecienta con la edad, lo cual se evidencia por su alta prevalencia en agricultores y en otros trabajadores expuestos al sol. Asimismo, puede verse asociado a los estados de inmunosupresión, existiendo una mayor incidencia en pacientes con trasplante renal o hepático. (Puga, 2009, p. 32).

Se puede añadir que todas las formas del tabaquismo incluido el consumo del tabaco no fumado, se han asociado con en el cáncer bucal, cuyo riesgo aumenta con fumar puro y pipa en comparación con el hábito de fumar cigarrillo, salvo en el caso de fumar al revés, como acostumbran en la India y algunos países de América del Sur. (Regezi y Sciubba, 2007, pp. 71, 72).

Una de las neoplasias más frecuente de la cavidad oral es el carcinoma epidermoide, y el sitio usualmente afectado es la lengua, seguida el piso de la boca y los labios. Este es considerado uno de los tumores con mayor prevalencia en el mundo, la OMS reporta que junto con el cáncer de orofaringe se encuentra en el sexto lugar mundial de todas las neoplasias y su prevalencia se ha incrementado en los últimos 10 años tanto en mujeres como en hombres. El cáncer de la cavidad oral es más frecuente en varones en la quinta década de la vida y en aquellos consumidores de tabaco y alcohol; sin embargo, en la última década según reportes de la OMS han indicado un incremento en la frecuencia de esta neoplasia en mujeres no bebedoras, ni fumadoras menores de 45 años de edad. (Gallegos, 2012, pp. 69, 70).

Además, se puede referir que el carcinoma de células escamosas presume aproximadamente el 20% de los casos de cáncer cutáneo. El que se desarrolla en las capas intermedias de la epidermis y sobre todo en aquellas áreas de la piel con exposición al sol, con lesiones eritematosas eminentes, duras al tacto y que aumentan de volumen teniendo un aspecto nodular con superficie verrugosa hasta convertirse en una úlcera abierta. Esta puede diseminarse a cualquier parte del cuerpo a través del sistema linfático. (Puga, 2009, p. 24).

Se considera que el cáncer oral es una enfermedad de etiología multifactorial, causada por los efectos combinados de elementos predisponentes y causales que en algún momento determinado y oportuno pueden ejecutar su efecto. Sugiriéndose además que dos factores de riesgo son los que más se relacionan con la mortalidad por cáncer, como son el alcohol y el tabaco, pero también existen otros condicionantes que al actuar a la par ejercerían un proceso de interacción más que de adición de efectos.



De acuerdo a lo antes expuesto, de manera general se han identificado como factores de riesgo para el cáncer a: (Trujillo, 2008, p. 36).

- Alimentación.
- Tabaco.
- Factores genéticos.
- Virus.
- Factores laborales.
- Radiación actínica.
- Alcohol.
- Contaminación ambiental.
- Fármacos.

La patología de labio es más frecuente en poblaciones blancas o con escasa pigmentación, se muestra con mayor predisposición en individuos adultos y ancianos, los individuos de sexo masculino son los más afectados 10/1 y se muestra en un 90% en el labio inferior. (Trujillo, 2008, p. 36).

Dentro de los aspectos clínicos, el carcinoma del labio suele presentarse asintomático durante los primeros meses, cuando la lesión se ulcera puede surgir dolor, sangrado etc. El síntoma más frecuente es una molestia o irritación en la cavidad bucal y en la mayoría de los casos es el médico y no el odontólogo al que acuden a su consulta por primera vez. El cáncer bucal en estadios prematuros surge como una pequeña, y aparentemente inofensiva área de induración o bien como un cambio erosivo, eritematoso o queratósico localizado, y se manifiesta con una

sintomatología muy variada que puede incitar a errores de diagnósticos. (Trujillo, 2008, p. 36).

La queilitis actínica afecta con mayor frecuencia a pacientes mayores de 40 años, de raza blanca con foto tipos I y II, y aquellos con antecedentes de exposición solar intensa y prolongada. Estos últimos son los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de queilitis actínica. Se añade también, que la mayor incidencia en el sexo masculino se debería a la mayor exposición solar de los hombres durante actividades laborales y deportivas y en las mujeres existe una menor incidencia debido al efecto protector de la radiación UV que tendría el uso de lápiz labial. Además la predisposición genética, en relación a la sensibilidad a la luz solar, juega un rol importante para el desarrollo de la queilitis actínica. Se sabe que pacientes con albinismo oculocutáneo y con xeroderma pigmentoso presentan queilitis actínica a edades más tempranas. (Sauro, Noguera, y Mazzuocolo, 2011, p. 180). Esto coincide con lo planteado por Regezi y Sciubba (2007, p. 94), quienes refieren que por lo general este tipo de lesión se presenta casi de manera exclusiva en personas caucásicas o mostrando una prevalencia especial en aquellos con piel blanca no caucásicos, Estos plantean además que se relaciona íntimamente con la exposición total acumulada a la luz solar y la intensidad de la pigmentación de la piel.

El fototipo de piel, de acuerdo a Marín y Del Pozo (2005), es la capacidad de adaptación al sol que posee cada individuo desde que nace, y añaden que es el conjunto de características que establecen si un tipo de piel se broncea o no y en qué forma y grado lo hacen. Cuanto más baja sea esta capacidad, se contrarrestan menos los efectos de las radiaciones sobre la piel. Estos autores clasifican las características pigmentarias por la acción del sol sobre la piel como sigue (p. 136).

Fototipo I: Presenta intensas quemaduras solares, casi no se pigmenta nunca y se descama de forma ostensible, Personas que tienen la piel muy clara, los ojos de color azules, pelirrojos y aquellos con pecas en la piel. Su piel regularmente, no está expuesta al sol y es de color blanco-lechoso.

Fototipo II: Se quema fácil e intensamente, pigmenta ligeramente y descama de forma evidente, Personas de piel blanca, pelo rubio, ojos azules y pecas, cuya piel, que no está expuesta habitualmente al sol, es blanca.

Fototipo III: Se quema moderadamente y se pigmenta correctamente, Razas caucásicas (europeas) de piel blanca que no está expuesta habitualmente al sol.

Fototipo IV: Se quema moderada o mínimamente y se pigmenta con mucha facilidad e inmediatamente a la exposición de la luz, Individuos de piel morena o ligeramente amarronada, con pelo y ojos oscuros (mediterráneos, mongólicos, orientales).

Fototipo V: Se quema raramente, se pigmenta con facilidad e intensidad (siempre presenta reacción de pigmentación inmediata), Individuos de piel amarronada (amerindios, indostánicos, árabes e hispanos).

Fototipo VI: No se quema nunca y pigmenta intensamente (siempre presentan reacción de pigmentación inmediata), Razas negras.

Tanto los factores genéticos como ambientales pueden desempeñar algún papel en el desarrollo de la queratosis actínica, sin embargo, el factor de mayor contribución es la exposición a la radiación UV.

La radiación UV es frecuentemente dividida en tres rangos, cuyos límites pueden variar según la aplicación (energética, procesos biológicos, entre otros). En dermatología usualmente se consideran los siguientes intervalos:

Ultravioleta A (UVA): su rango de longitud de onda es de 320 a 400 nm. Representa la mayor proporción de la radiación UV que llega a la Tierra. Produce un bronceado ligero y temporal que no protege la piel. Genera además, envejecimiento cutáneo, efectos fotocarcinogénicos y pigmentación color canela o marrón en el cuerpo humano.

Ultravioleta B (UVB): la longitud de onda correspondiente de este componente está comprendida entre 290 y 320 nm. Tiene mayor potencial para producir quemaduras y efectos fotocarcinogénicos. Genera pigmentación pero a través de fenómenos inflamatorios muy agresivos, que a largo plazo producen muerte celular programada.

Ultravioleta C (UVC): su longitud de onda está comprendida en el intervalo 100 a 290 nm. Es altamente carcinogénicos, pero no llegan a la Tierra ya que es absorbida por la capa de ozono atmosférico y el oxígeno que se centra en la estratósfera.

La intensidad de las radiaciones UVA y UVB que llegan a la superficie terrestre varía de acuerdo a los siguientes factores los cuales influyen en la intensidad de la radiación solar (Cañarte, Salum, Ipiña y Piacentini, 2011, pp. 2, 3,4).

- Partículas atmosféricas naturales como partículas tanto sólidas y líquidas suspendidas en la atmósfera, tales como polvo, arena, bruma, *spray* de océanos, entre otras.: Dispersan, es decir, cambian la dirección de la radiación.
- Hora del día en la intensidad solar: va aumentando desde la salida del Sol hacia el mediodía cuando se encuentra en su punto más alto, por lo que los rayos solares recorren menor camino en la atmósfera, y llegan con mayor intensidad y el cielo está descubierto. Luego dicha intensidad comienza a disminuir hasta el final del día. En consecuencia, en un día de cielo claro hay tanta radiación UV solar durante la mañana que durante la tarde.
- Día del año: varía según las estaciones la intensidad de los rayos ultravioleta. Ejemplos de esta variación a lo largo de los meses del año para puntos geográficos intertropicales y fuera de los trópicos se detalla más adelante en el ítem 5.
- Latitud: cuanto más cerca del Ecuador se encuentre la persona que se expone al sol, mayor radiación UV recibirá si se compara con otra persona al mismo nivel de altura sobre el nivel del mar. Además teniendo en cuenta que la capa de ozono es menor en los trópicos, por lo que hay menos ozono para absorber la radiación ultravioleta mientras atraviesa la atmósfera, lo que incrementa aún más el nivel de UV.
- Altitud: mientras más alto se encuentre la persona sobre el nivel del mar, mayor será la intensidad de radiación UV pues habrá menos atmósfera para

absorber la radiación, aumentando dicha absorción alrededor de un 10% por cada 1000 m de altura sobre el nivel del mar.

Suñé (2014, p. 35) refiere que la queilitis actínica es inducida principalmente por la luz UVB y resulta una manifestación clínica con expansión clonal de células con genes mutantes que le han escapado a la apoptosis, y a la vigilancia inmunológica para seguir proliferando y generar lesiones con potencial de transformación maligna clínicamente evidentes.

La longitud de onda de la luz UV que más interviene como agente causante de queilitis actínica y de otras enfermedades degenerativas de la piel relacionadas con procesos actínicos, oscila en el intervalo de 900 a 200 nm (UVB). Esta energía radiante no solo afecta al epitelio, sino también al tejido conectivo de apoyo. (Regezi y Sciubba, 2007, p. 94).

El tratamiento de la queilitis actínica se enfoca a la etiología y factores que pueden coincidir en un mismo paciente. Por ejemplo, en algunos casos, la recuperación de la dimensión vertical, por medio de la elaboración de prótesis dental, se lleva a cabo con la finalidad de devolver el tono muscular. En otros casos, la queilitis angular puede estar asociada con infecciones micóticas por *Candida albicans*, en los cuales como terapia inicial se recomienda el uso de antimicóticos tópicos como nistatina. Por otra parte, el uso de prótesis dental con una inadecuada higiene bucal, es un factor de riesgo para el desarrollo de estomatitis, cuyos agentes causales pueden dar lugar a una queilitis angular. (Calleja, Mazariegos, Lozano, Quiroz, Luna y Sanz, 2010, p. 10).

Castaño et al. (2009) refieren que la localización de la queilitis actínica en el labio inferior va a condicionar las modalidades en su tratamiento. La mayoría de las terapéuticas empleadas poseen como desventajas un prolongado tiempo de tratamiento y de recuperación, además el mal resultado estético o incluso una eficacia limitada. Existen también tratamientos como la crioterapia y la electrocoagulación. Ambas son técnicas apropiadas para queilitis actínicas localizadas, pero si son más extensas se suelen acompañar de cicatrices hipopigmentadas y de tiempos de recuperación prolongados que pueden durar hasta tres semanas. La quimioterapia tópica (5-fluorouracilo) y los inmunomoduladores (imiquimod) se pueden emplear en queilitis actínicas más extensas; sin embargo, el tratamiento y el tiempo de recuperación se extiende a lo largo de algunas semanas, y la falta de cumplimiento al tratamiento por parte de los pacientes por la intensa reacción inflamatoria parece conducir a altas tasas de fracaso que pueden rondar el 60 %. Dentro de estos tratamientos se encuentra la bermellectomía, por lo que se requiere utilizar anestesia local o general y se ve asociada con el riesgo de cicatriz inestética. (p. 895).

La queilitis puede obedecer a múltiples causas, el tratamiento en ocasiones es complicado, por lo que se utiliza con una mayor frecuencia el tratamiento local, los que se describen a continuación.

Queilitis microbiana: en estos casos se plantea con la utilización de antisépticos (crema Dalibour) y antibióticos locales en los cuales encontramos la neomicina y aureomicina.

Queilitis por contacto: se debe descubrir el elemento causal (sustancia química) es difícil en ocasiones, pero la medida inicial es la supresión del cuerpo nocivo, antihistamínicos y en algunos casos la aplicación de linimentos oleocalcáreos o cold cream o crema de ictiol.

Queilitis angular: el tratamiento reside en antisépticos alcalinizantes, si existe candidiasis se utilizan anti fúngicos locales y por su etiología se puede administrar hierro, vitaminas, según al caso, previa comprobación e indicación médica. Puede ejecutarse el control de los factores predisponentes y rehabilitación con el restablecimiento de la dimensión vertical oclusiva.

También son empleados tratamientos de medicina natural y tradicional, dentro de estos se encuentra la salvia de castilla en crema, con acción antiinflamatoria, antifúngica, y se aplica de 2 o 3 veces al día en la región afectada. Además se emplea la manzanilla en crema de acción antiinflamatoria, antifúngico, antibacteriana y misma se aplica de 1 a 2 veces al día, el propóleo en crema de base inerte, el cual tiene una acción antifúngica, cicatrizante y antiinflamatoria con aplicaciones de 2 o 3 veces al día. (García, et al, 2003, párr. 32, 35).

## **2.1. Categoría fundamentales.**

### **2.1.1. Unidad de observación y análisis.**

Individuo mayor de 15 años que reside en la parroquia Crucita, del cantón Portoviejo.



## **2.2. Variables.**

Edad.

Genero.

Nivel educación.

Alcoholismo.

Fumador.

Uso de protección solar.

Queilitis actínica.

Severidad.

Manifestación clínica.

### 2.2.1. Matriz de operacionalización de las variables.

Dimensión	Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Factores socio demográficos	Edad	Cuantitativa	15 años o más	Según años cumplidos hasta el momento del estudio.	Frecuencia Absoluta (%)
	Género	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según genero biológico de pertenencia.	Frecuencia Absoluta (%)
	Nivel educacional	Cualitativa nominal politónica	Primaria Secundaria Nivel Medio Universitario	Según último año vencido	Frecuencia Absoluta (%)
Factores de riesgo	fumador	Cualitativa nominal dicotómica	Sí no	Si tiene o no hábito de fumar	Frecuencia Absoluta (%)
	Consumo de tabaco	Cualitativa nominal politomica	Bajo: consumidor de menos de 5 cigarrillos todos los días de la semana Medio: Consumidor entre 5 y 10 cigarrillos todos los días de la semana intensivo: Consumidor de más de 10 cigarrillos todos los días de la semana	Grado de consumo de tabaco	Frecuencia Absoluta (%)
	Beber	Cualitativa nominal dicotomica	Si: si refiere ingerir bebidas alcohólicas No: si refiere no ingerir bebidas alcohólicas	Si consume o no bebidas alcohólicas	Frecuencia Absoluta (%)

	Alcoholismo	Cualitativa Ordinal	Alto: cerveza más de 6 Vino más de 4 Ron más de 6 Whisky más de 6 Medio: cerveza de 4-6 vino de 3-4 ron de 3-6 whiskey de 3-6 Bajo: cerveza de 1-3 vino de 1-2 ron de 1-2 whiskey de 1-2	De acuerdo al grado de consumo de la bebida alcohólicas de preferencia	Frecuencia Absoluta (%)
	Uso de gorra, sombrero	Cualitativa nominal dicotómica	Si: Usa los medios de protección No: No usa los medios	Si utiliza algún medio de protección al sol	Frecuencia Absoluta (%)
	Uso de protector solar labial	Cualitativa nominal dicotómica	Si: Usa los medios de protección No: No usa los medios	Si utiliza protección de los labios contra el sol	Frecuencia Absoluta (%)
	Exposición al sol	Cualitativa nominal politómica	Alta: 6 horas o más Media: de 3 a 5 horas de exposición Baja: de 0 a 2 horas	De acuerdo a la cantidad de horas expuestas diariamente al sol	Frecuencia Absoluta (%)
Patología	Queilitis Actínica	Cualitativa nominal dicotómica	Si: lesión de aspecto atrófico, de color gris pálido a plateado, y pulido, con fisuras y arrugas en ángulo recto en la unión cutánea mucosa No: No presenta lesión	De acuerdo si presenta lesión de queilitis actínica	Frecuencia Absoluta (%)
	Cronicidad	Cualitativa nominal politómica	Aguda: presencia de edema, eritema, vesículas pliegues y ulceraciones Subaguda: edema, hiperqueratosis, sequedad y escama del labio Crónica: áreas atróficas, erosiones o ulceraciones superficiales, laceraciones del labio	Clasificación de acuerdo a la forma y severidad de las lesiones	Frecuencia absoluta (%)
	Tipo de queilitis	Cualitativa nominal politómica	Inflamatoria : Sequedad bucal, queilitis eritematoescamosa, queilitis erosiva/fisurada	Clasificación de acuerdo a las manifestaciones de la enfermedad	Frecuencia absoluta (%)

			<p><b>Queratosicas:</b>  erosión pequeña, sólida, elevada y circunscrita y placas eritematosas o marronáceas con una superficie rasposa o costrosa característica</p> <p><b>Angular:</b>  Grietas o fisuras con sequedad y ardor de las comisuras bucales con enrojecimiento y la descamación de la comisura labial.</p> <p><b>Macroqueilitis:</b>  extremas lesiones duras e inflamatorias del labio inferior como en ambos labios , edema e inflamación del tejido blando de la cara, labios y cavidad bucal, así como del nervio facial</p>	
--	--	--	--	--

## **CAPÍTULO III.**

### **3. Marco Metodológico.**

#### **3.1. Modalidad de la investigación.**

Estudio Epidemiológico exploratorio.

#### **3.2. Tipo de investigación.**

Estudio de corte transversal.

#### **3.3. Métodos.**

Para darle salida a los objetivos se realizó un examen intraoral a todas las unidades de observación para identificar la presencia de queilitis actínica.

Para identificar los factores de riesgo asociados a la queilitis actínica se realizó una encuesta mediante la aplicación de un instrumento confeccionado al efecto (Anexo I) que incluyó datos sociodemográficos.

En los casos que se encontraron lesiones, fueron reflejados en una ficha de recolección de datos por pacientes, los cuales fueron remitidos a la consulta especializada de patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo para confirmar el diagnóstico.

### **3.4. Técnicas.**

**Examen bucal:** Se realizó el diagnóstico clínico de cada paciente mediante la observación y palpación de labios para identificar la presencia de queilitis actínica.

**Encuesta:** Se aplicó un cuestionario (Anexo I) a cada paciente de la población de estudio para identificar los factores de riesgo presentes.

### **3.5. Instrumentos.**

**Ficha de recolección de datos del examen bucal:** Se confeccionó atendiendo a las manifestaciones clínicas de la queilitis actínica y severidad de la lesión. Se incluyeron además datos del paciente y del facultativo.

**Cuestionario:** Instrumento desarrollado al efecto que contiene variables generales socio-demográficas y aquellas que caracterizan los factores de riesgo. El mismo fue validado en forma y contenido por un grupo de 6 expertos, profesores de la Universidad San Gregorio de Portoviejo con más de 5 años de experiencia en la docencia. Posteriormente se sometió a un estudio piloto con 15 personas de similar composición social al universo de estudio, con la finalidad de poner a punto el instrumento en cuanto a su comprensión. (Anexo 1).

### **3.6. Recursos.**

#### 3.6.1. Recursos Humanos.

Investigador.

Tutor de tesis.

#### 3.6.2. Recursos materiales.

Guantes.

Mascarillas.

Anillados.

Solución desinfectante.

Impresiones.

Bolígrafo.

Pen drive.

#### 3.6.3. Recursos económicos.

La elaboración de la investigación tuvo un costo de \$337.00 dólares americanos que fueron financiados por el investigador.

### **3.7. Población y muestra.**

Se obtuvo una muestra por conveniencia, designada por expertos, consistente en 300 individuos mayores de 15 años, residentes en la parroquia Crucita,

#### 3.7.1. Consideraciones éticas.

Se obtuvo el consentimiento informado de participación voluntaria de todos los participantes del estudio mayores de 15 años de la parroquia Crucita. Los resultados de

esta investigación se utilizaron únicamente con fines científicos y se manejaron con absoluta discreción y confidencialidad. (Anexo III).

### **3.8. Proceso de recolección de la información.**

La información fue recolectada en los instrumentos diseñados para el estudio (Anexo I) y con ellos se creó una base de datos mediante el paquete estadístico SPSS, v. 20, la que se puso a punto para su procesamiento posterior.

### **3.9. Procesamiento de la información.**

El procesamiento de la información incluyó el análisis de frecuencia y estadígrafos de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Se obtuvieron las tasas de prevalencia (%) de las manifestaciones clínicas de la queilitis actínica y severidad de las lesiones. Para el procesamiento de la información se empleó el paquete estadístico SPSS, v. 20.0. Los resultados obtenidos se expresan en tablas y gráficos.



## CAPÍTULO IV.

### 4. Análisis y Representación de los Resultados.

El presente estudio se realizó en la parroquia Crucita, del cantón Portoviejo, La muestra de la población que participó estuvo conformada por 282 personas, lo que constituyó el 94,0% de la muestra designada por criterio de expertos. En este grupo, la edad se caracterizó con los estadígrafos que se presentan en la tabla 1.

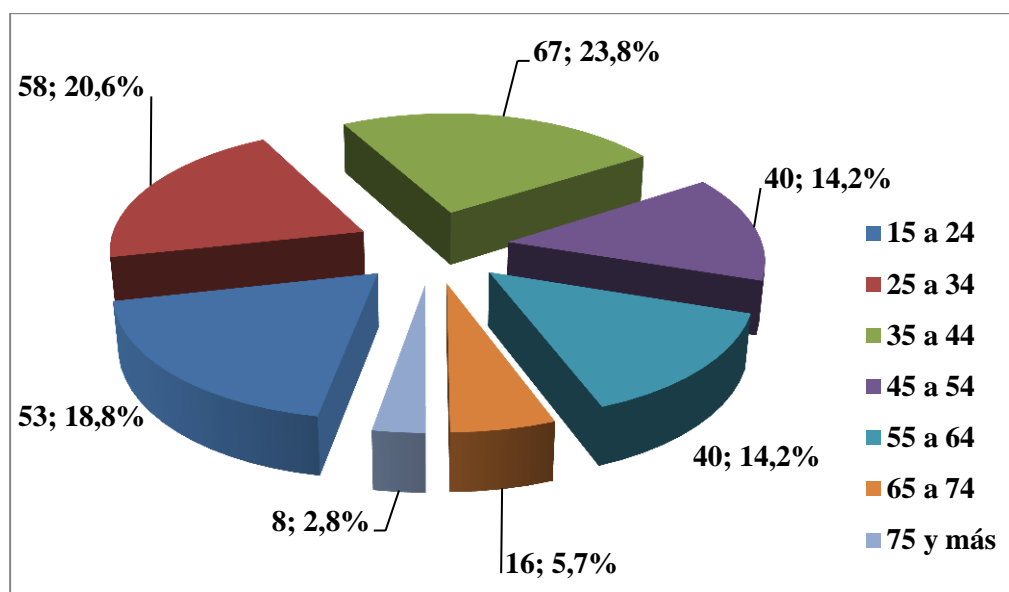
**Tabla 1. Estadígrafos que caracterizaron la edad de la población estudiada, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**

Estadígrafos	
<b>Media</b>	<b>41</b>
<b>Mediana</b>	<b>39</b>
<b>Moda</b>	<b>24</b>
<b>Mínimo</b>	<b>15</b>
<b>Máximo</b>	<b>86</b>
<b>Percentiles</b>	
25	28
50	39
75	53

Fuente: Encuesta.

Como se observa, la edad media fue de 41 años y la mediana 39, próxima al valor medio encontrado, sin embargo, de acuerdo a los percentiles, se muestra un corrimiento de las proporciones, dentro del rango obtenido, hacia las edades más jóvenes del grupo estudiado. De esta forma, se estableció la distribución por grupos de edades naturales, la que se puede apreciar en la figura 1.

**Figura 1. Distribución por grupos de edades de la población estudiada, según número de casos y porcentajes, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**



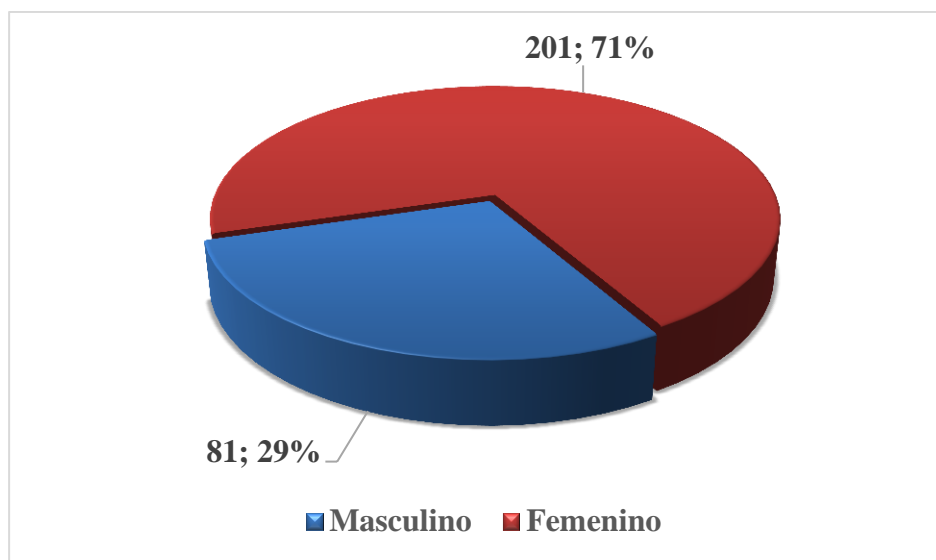
Fuente: Encuesta.

La figura 1 muestra que la mayor proporción de la población estudiada se encontró en los grupos menores a los 55 años.

En un estudio similar, realizado por (Puga, 2009, p. 86) se incluyeron 55 trabajadores con edades entre los 46 y 81 años, con una media de edad de 67 años, los cuales entraban en la séptima década de vida.

La distribución por género de la población estudiada mostró una mayor proporción femenina con 201 (71,0%), el resto fueron hombres con 81 individuos (29,0%), lo que se puede observar en la figura 2. Estos resultados se obtuvieron debido al tipo de muestreo empleado, por conveniencia y sin aleatorización.

**Figura 2. Distribución por sexo de la población estudiada, parroquia Crucita, Cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**

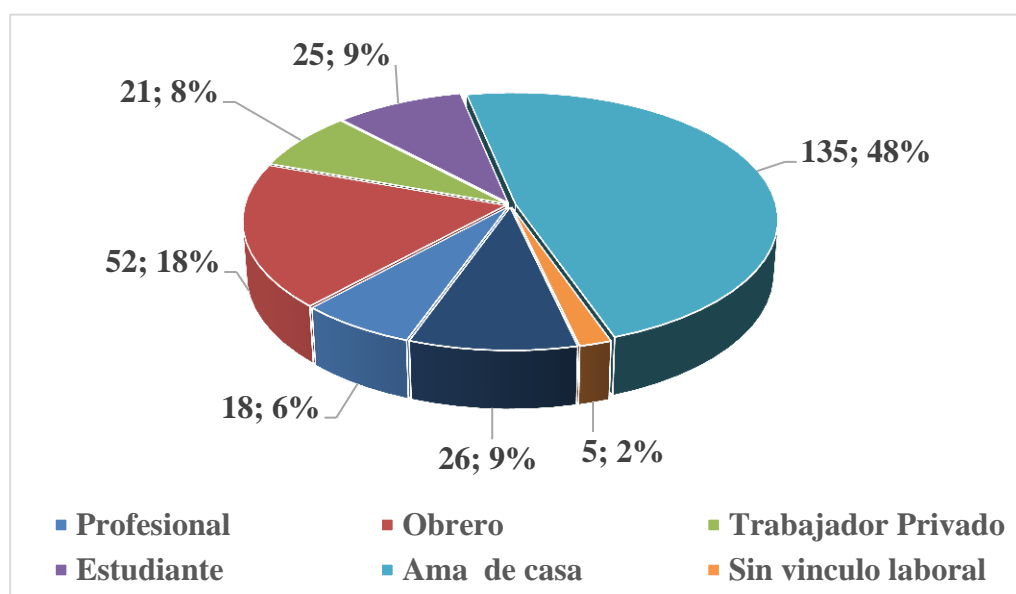


Fuente: Encuesta.

La distribución ocupacional del grupo estudiado se muestra en figura 3. Como en el caso anterior, también se vio afectada por el tipo de muestra empleada, predominando el grupo de las amas de casa, siguiéndole en orden, los obreros. Es de señalar por la ocupación que reportaron estos últimos no pertenecen a un grupo expuesto ocupacionalmente.

En un estudio de prevalencia, realizado en la ciudad de Talca, Chile, (Orozco, Vásquez, Venegas y Rivera, 2013, párr. 5), obtuvieron una muestra por conveniencia de 151 sujetos, compuesta por 84 hombres (55,6%) y 67 mujeres (44,4%), todos expuestos a la radicación solar durante la jornada laboral.

**Figura 3. Distribución por nivel ocupacional de la población estudiada, según número de casos y porcentajes, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**

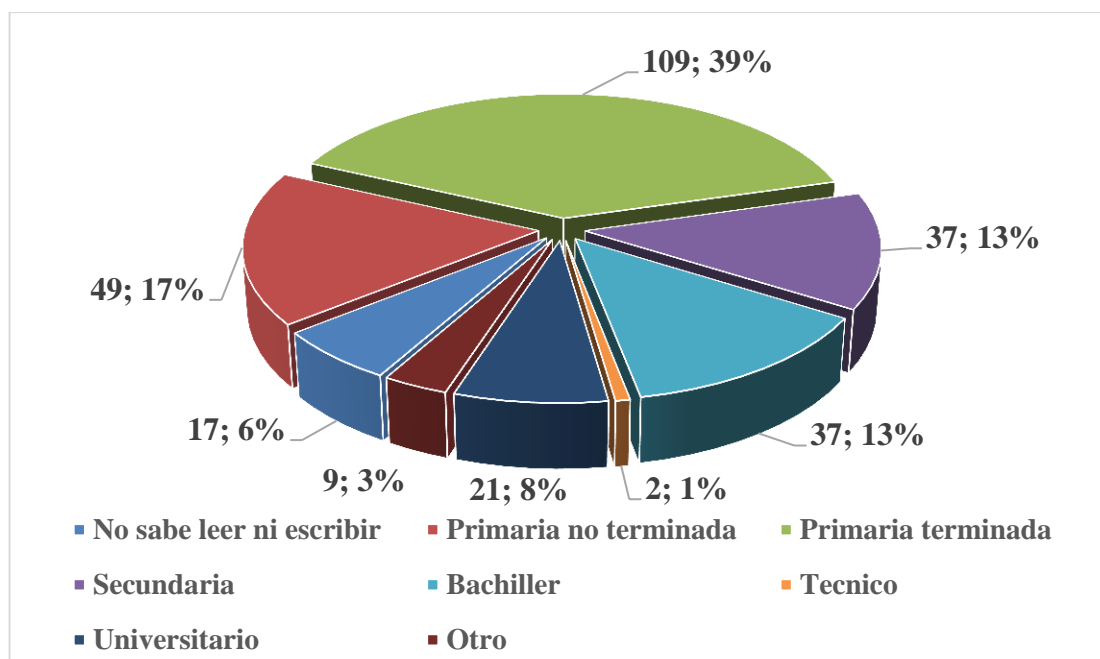


Fuente: Encuesta.

El nivel ocupacional de la población estudiada se muestra en la figura 4, observándose que más de un 50,0% alcanzó como máximo el nivel de educación primaria. De ellos, 49 (17,0%) no la concluyeron y 17 (6,0 %) no sabían leer ni escribir. Este factor indudablemente reduce las capacidades de un individuo en adquirir conocimientos que les permitan mejorar su autogestión por la salud y aún más, reducir su exposición a factores de riesgo de enfermedades.

En un estudio sobre el nivel de conocimiento poblacional sobre el cáncer bucal en la ciudad de Córdoba, Republica de la Argentina, (Robledo, Belardinelli, Herrera, Criscuolo, López, 2008, p. 25) se observó que aquellos con mayor nivel de educación o estudios de nivel terciario o universitario completo, fueron los que manifestaron tener un mayor conocimiento sobre el cáncer bucal.

**Figura 4. Distribución por nivel escolar de la población estudiada, según número de casos y porcentajes, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**



Fuente: Encuesta

En la exploración realizada sobre el conocimiento de la existencia del cáncer bucal, 216 sujetos (76,6%) refirieron no conocer nada al respecto, y solo 66 (23,4 %) manifestaron lo contrario. Esto corrobora lo referido en el párrafo precedente, lo que indudablemente hace más vulnerable a la mayoría de las personas estudiadas. Si se desconoce una entidad de este tipo, menos aún se asociará a factores de riesgo que pueden ser modificados con el uso de medios de protección. Por otra parte, Ferrándiz (2015) refiere que la educación sanitaria relacionada con la exposición al sol debe comenzar en las escuelas y considera una necesidad el concientizar a la población en la autoexploración de manifestaciones la cavidad bucal para facilitar el diagnóstico oportuno que asegure un tratamiento rápido y logre resultados efectivos. (párr. 12).

Asimismo, 66 encuestados (23,4%) manifestaron tener conocimiento sobre el cáncer bucal y sus factores de riesgo, pero de ellos sólo 12 (4,3%) identificaron al consumo de bebidas alcohólicas como uno de los factores de riesgo y ninguno al consumo de tabaco ni la exposición al sol, a pesar de las campañas de salud en los diferentes medios de difusión que imbrican al tabaquismo como factor de riesgo del cáncer para todas las localizaciones y a la necesaria protección de la radiación solar. Uno de los factores considerados como protectores para la aparición del cáncer lo es el consumo de vegetales sin embargo solamente 9 de los individuos estudiados (3,2 %) lo identificaron. Algunos investigadores (Fernández, Ordaz, Abreu, Romero, García, 2013, párr. 23) expresan que los factores irritantes son factores de riesgo en un 61% y respectivamente, con un 46,1 %, 57,6 % identifican el alcoholismo y el tabaquismo. Por otra parte, García y Miranda (2009) en un estudio realizado sobre factores de riesgos del cáncer bucal, se identificaron al tabaquismo, el alcoholismo, los factores irritantes y en un menor grado, la dieta insuficiente en frutas y vegetales. (párr. 12).

Respecto a lesiones en la boca previas al estudio realizado, 66 (22,7 %) manifestaron haberlas tenido, con una localización que se refiere en la tabla 2.

Como se observa en la tabla 2, la localización de las lesiones en la boca más frecuente fue la lengua con 17 casos (26,6%), encía superior con 14 casos (21,9 %), encía inferior y carrillo, ambas con 10 casos (15,6 %), labio inferior con 8 (12,5%) y con menores proporciones en labio superior y paladar.

**Tabla 2. Localización de la lesión en la boca referida por los encuestados, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**

<b>Localización</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Lengua	<b>17</b>	<b>26,6</b>
Encía Superior	<b>14</b>	<b>21,9</b>
Encía Inferior	<b>10</b>	<b>15,6</b>
Carrillo	<b>10</b>	<b>15,6</b>
Labio Inferior	<b>8</b>	<b>12,5</b>
Labio Superior	<b>3</b>	<b>4,7</b>
Paladar	<b>2</b>	<b>3,1</b>
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Fuente: encuesta.

De las 64 lesiones referidas, 30 (46,9%) manifestaron haber recibido algún tipo de tratamiento, en consecuencia 17 (56,7%) indicaron que la lesión desapareció, 9 (30%) desapareció y reapareció en el mismo lugar de la boca, 4 (13,3%) manifestaron que les desapareció y reapareció en otro lugar de la boca.

La existencia de familiares de hasta tercer grado de consanguinidad que han padecido de cáncer muestra de cierta manera la carga genética asociada a la aparición de esta patología, lo que ha sido referido en varios estudios.

**Tabla 3. Número de parientes hasta la tercera línea directa de consanguinidad que presentaron cáncer, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**

<b>Número de parientes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	<b>73</b>	<b>86,9%</b>
<b>2</b>	<b>8</b>	<b>9,5%</b>
<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3,6%</b>
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100%</b>

Fuente: encuesta.

Como se observa, 84 casos (29,8 %) del total de la muestra refirieron haber tenido al menos un pariente de hasta la tercera línea directa de consanguinidad que han padecido de cáncer, en su mayoría con un solo caso (86,9 %), 8 con dos casos (9,5 %) y 3 (3,6 %) con 3 casos. El cáncer se considera que es causado en algunos tipos de casos por un gen anormal el cual se transmite de una generación a otra. Llamado *cáncer hereditario*, en sí lo que se hereda no es el cáncer, sino el gen anormal que puede originar el cáncer. Alrededor del 5 al 10 por ciento de todos los casos de cáncer se producen directamente de defectos genéticos los cuales son llamados mutaciones hereditarios, de uno de los padres. (American Cancer Society, 2014, párr. 2).

La distribución de la localización del cáncer en los parientes fue de 3 casos (3,6%) en la boca, 6 (7,1%) en mama, 9 (10,7%) en pulmón, 5 (6,0 %) en garganta, 9 (10,7%) en el útero, y 24 (28,6%).

Con este panorama, 274 pacientes (98,2 %) manifestaron estar interesados en conocer ellos y su familia sobre el cáncer bucal y las medidas para su prevención,



aspectos que puede favorecer el desarrollo de cualquier programa de prevención y control de esta patología en la población estudiada.

Como resultado del examen bucal a los 282 individuos que participaron en el estudio, se identificaron 22 casos de queilitis actínica, confirmados en la consulta de patología del Centro de Investigaciones de Patología Bucal de la Universidad de San Gregorio. De esta forma se obtuvo una prevalencia de 7,8 %. En la ciudad de Talca, Chile en un estudio 151 trabajadores se examinaron determinándose una prevalencia de queilitis actínica de 16.6%. (Orozco et al., 2013, párr. 1).

Si bien el valor obtenido resulta bajo en relación a las cifras anteriormente descritas, se ha de tener en cuenta que estos estudios se realizaron en poblaciones ocupacionalmente expuestas, lo que no resulta nuestro caso, al considerar la composición de la población estudiada descrita al inicio de este capítulo. De esta manera, la prevalencia obtenida para la población estudiada de la parroquia Crucita, lejos de ser un valor discreto, resulta una cifra de interés para la salud pública, pues apunta a valores mayores en la población general y activa laboralmente, especialmente aquellos expuestos ocupacionalmente, entre los que se incluyen a pescadores y personal involucrado en este quehacer, con una representación poblacional importante en la zona por ser uno de los rubros económicos más relevantes que sustenta económicamente a esta población.

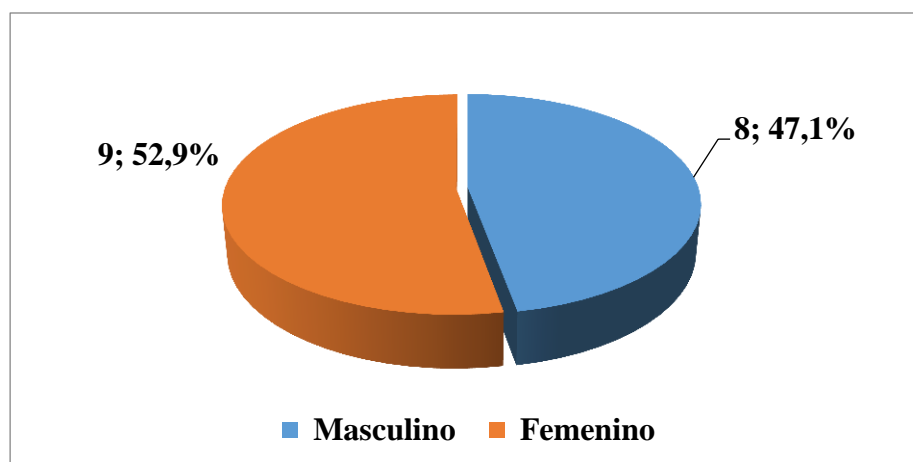
Para caracterizar la queilitis actínica se estudiaron a 17 pacientes (77,3 %) de los 22 casos diagnosticados en la población estudiada, cuyos resultados se muestran a continuación.

La edad osciló entre los 22 y 75 años, con un valor medio de 43 años, indicando el percentil 75 los 54 años, lo que indica que la mayoría de los casos tenían esa edad o menos.

Germán, Ormeño, Godo & Rojas (2003) a partir de una investigación que realizaron en Chile encontraron que de un total de 100 casos de queilitis actínica estudiados la media de edad fue de 51 y 48 años, encontrándose la mayoría de los casos entre los 40 y 70 años, lo que explicaron por la acumulación del daño característica de la radiación, de ahí que no se observen frecuencias elevadas en población más joven.

De acuerdo a lo observado en los 17 sujetos estudiados, la queilitis actínica no tuvo preferencia con relación al sexo, resultando 9 casos (52,9%) del género femenino y 8 (47,1%) del género masculino, como se observa en la figura 5.

**Figura 5. Distribución por sexo de la los casos con queilitis actínica estudiados, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**

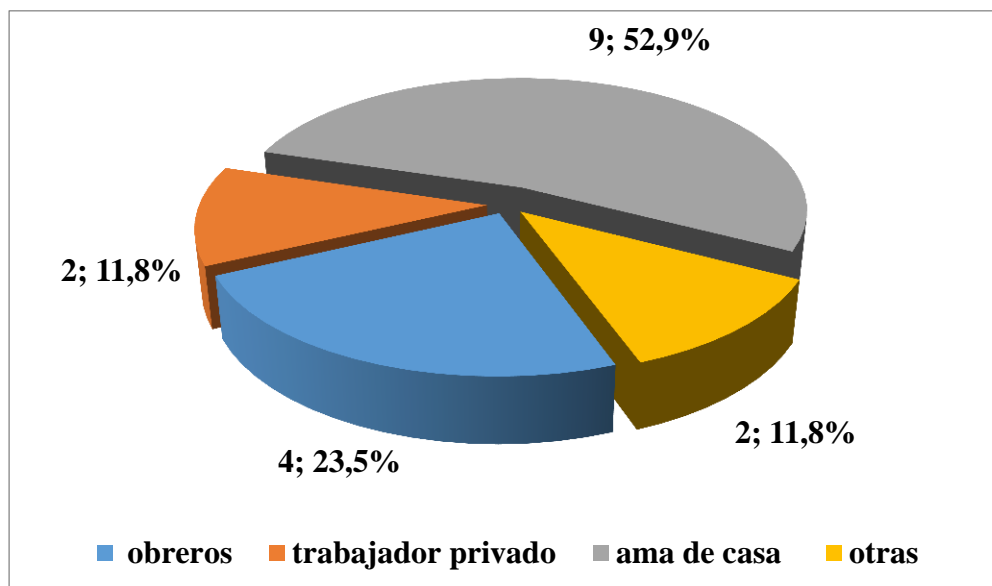


Fuente: encuesta

En el estudio realizado por Orozco, Vásquez, Venegas, Rivera, (2013) en la ciudad de Talca, Región del Maule, Chile se observó que de la totalidad de casos de queilitis actínica, 64,0 % se presentaron en hombres y 36% mujeres. Las discrepancias que se observan con los valores hallados en el presente trabajo pueden ser justificadas por la composición de la muestra, ya que en ambos casos se empleó un muestreo por conveniencia, por lo que no refleja un hecho epidemiológico real para esta patología en la población general.

De igual manera, se obtuvo como resultado del presente estudio que los individuos más afectados por queilitis actínica fueron las amas de casa, con 9 casos (52,9%), siguiéndole los obreros 4 (23,5%) y otras. Entre los obreros no se refirieron ocupaciones que manifiesten la necesidad de una exposición ocupacional a radiaciones ultravioleta, específicamente provenientes del sol.

**Figura 6. Distribución sobre la ocupación de la población estudiada con queilitis actínica, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**

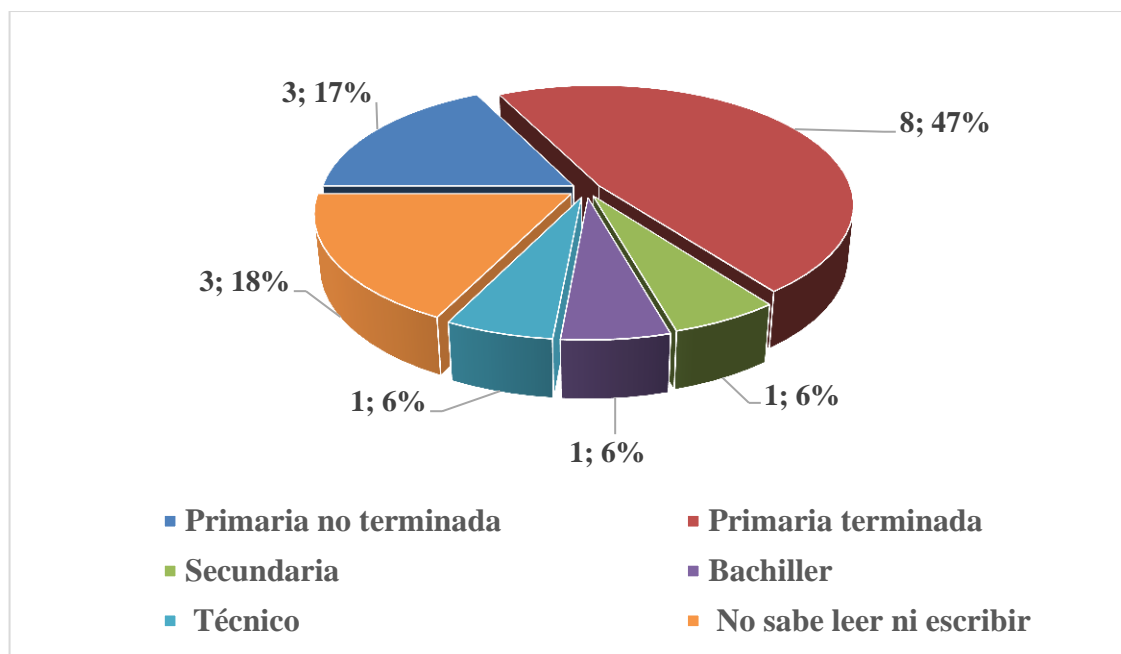


Fuente: encuesta

Resultados obtenidos por Puga, (2009) muestran que de 50 trabajadores estudiados afectados por queilitis actínica, 40 (80%) trabajaban en una profesión al aire libre y 10 (20%) no desempeñaban oficio de riesgo para el desarrollo de queilitis actínica. (p. 67).

El nivel escolar de las personas afectadas por queilitis actínica se describe en la figura 7.

**Figura 7. Distribución sobre el nivel de educación de la población estudiada con queilitis actínica, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**



Fuente: encuesta.

Como se puede observar, el nivel educacional general de las personas con queilitis actínica es bajo, sólo observándose una diferencia notable para los que tienen la enseñanza primaria terminada, con 8 casos (47,1%). Las diferencias entre los subgrupos educacionales parecen estar afectadas por el tipo de muestra y el número de casos totales.

Resulta interesante destacar que de los individuos con queilitis actínica estudiados, 17 (70,6 %) desconocen de la existencia del cáncer bucal de lo cual se intuye el no reconocer a la patología que padecen como una manifestación pre-maligna, lo que indudablemente influye en su comportamiento relacionado con la búsqueda de una atención médica y odontológicas oportuna que disminuya o elimine su riesgo de padecer de cáncer bucal, con sus consecuencias adversas para su salud. Por lo tanto, en un estudio de (Doncel, Méndez, Betancourt, Castillo, 2014, p. 54) de un total de 460 pacientes, se pudo observar que 288 (62,6 %) no conocían los factores de riesgo del cáncer bucal, 246 (53,5 %) tenían un nivel medio de escolaridad, y solo el 2,2 % tenían conocimiento sobre el cáncer bucal.

Como se puede observar en la tabla 9, de un total de 17 sujetos 12 (70,6%) desconocían la existencia de esta y solo 5 (29,4%) refirieron tener conocimiento sobre lo que era el cáncer bucal.

De los 5 sujetos que refirieron conocer sobre la existencia de cáncer bucal, 4 (80,0%) identificaron como factor de riesgo al tabaco, sin embargo ninguno lo hizo con relación al consumo de bebidas alcohólicas. Tampoco identificaron al consumo de vegetales como elemento protector para el desarrollo del cáncer.

Es de destacar que ninguno de los pacientes identificó a la radiación solar como factor de riesgo de la patología que padecen, que resulta revelador de la importancia de realizar actividades de educación para la salud en esta comunidad que les permita obtener conocimientos a fin de manejar los factores de riesgo con la finalidad de mantener un estado de salud adecuado.

La queilitis actínica ha sido asociada en algunos trabajos publicados al uso de prótesis dental, entre ellos, Sotomayor et al. (2004) refieren en su estudio que el 73,7 % de los pacientes examinados presentaron alteraciones mucosas asociadas al uso de prótesis totales y el 25% de ellos se vio afectado de queilitis, relacionada al uso de la prótesis. Como resultado de nuestro estudio, se obtuvo que 4 (23,5 %) de los pacientes con queilitis actínica estudiados usaban prótesis, no pudiéndose establecer su relación con la presencia de esta patología.

El consumo de bebidas alcohólicas tampoco mostró ser un factor de riesgo relevante para esta población, pues solo 4 (23,5 %) de los aquejados de queilitis actínica manifestó consumir bebidas alcohólicas, y solo uno de ellos con una frecuencia semanal de 3 veces. Ninguno de los pacientes estudiados tenía hábito de fumar.

Según Stifano, Chimenos, López y Lozano (2008), en los países desarrollados la herencia parece estar implicada en alrededor del 6% de las enfermedades cancerosas, el tabaco en un 30%, la alimentación en un 35% y el resto se debe al alcohol, a la contaminación ambiental, a las radiaciones y a virus, entre otros. (pp. 67.68).

Dado el efecto nocivo de las radiaciones solares y su efecto acumulativo en la aparición de la queilitis actínica, en un estudio en Talca, Chile de 25 casos con queilitis actínica el 96% de los pacientes diagnosticados trabaja más de 6 horas diarias expuestas al sol. Cabe destacar que 16 (56%) de los pacientes con queilitis actínica presenta 20 o más años totales de exposición a radiación UV por motivos laborales.

(Orozco et al., 2013, párr. 11). Se exploró en los pacientes estudiados el número de horas de exposición solar a la que estaban expuestos, lo que se resume en la tabla 4.

**Tabla 4. Número de horas de exposición de la población estudiada con queilitis actínica, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**

<b>Estadígrafos</b>		
<b>Tiempo de exposición (horas)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>2</b>	<b>6</b>	<b>35,3</b>
<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5,9</b>
<b>5</b>	<b>4</b>	<b>23,5</b>
<b>8</b>	<b>6</b>	<b>35,3</b>
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100.0</b>

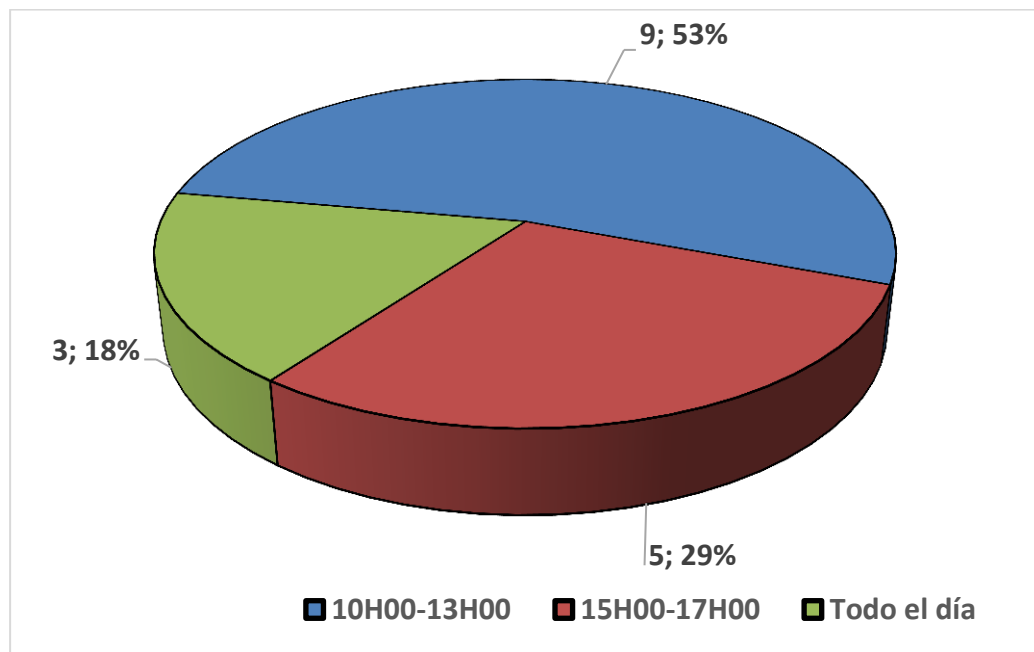
Fuente: encuesta

Los pacientes con queilitis actínica estudiados refirieron exponerse al sol entre 2 y 8 horas por día, polarizándose la frecuencia en los valores extremos, 2 y 8 horas diarias, respectivamente.

García et al., (2004) manifiestan en un estudio realizado que las personas sensibles a la acción del sol padecen de queilitis actínica y agregan una vulnerabilidad, a veces familiar, comienza desde edades tempranas para constituirse en una reacción inflamatoria aguda o crónica de la mucosa o la submucosa del labio, generado por una alta exposición a este elemento físico. (párr. 17).

En cuanto al horario más frecuente de exposición solar se puede referir que de los 17 sujetos investigados, 9 (53%) refirieron exponerse en horarios entre las 10:00-13:00 y 5 (29%) entre las 15:00-17:00 horas, así mismo 3 (18%) señalaron exponerse todo el día, como se puede observar en la figura 8.

**Figura 8. Horario de exposición solar de la población estudiada con queilitis actínica, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**



Fuente: encuesta.

Al considerar los horarios de exposición solar antes descritos, 14 (82,4%) se exponen en las horas más peligrosas, y 3 (17,6%) en horas de menos peligrosidad por existir menor radiación solar. Por otra parte, se puede referir que la proporción y la intensidad de la radiación solar va a depender de numerosos factores como la hora del día, la radiación solar es más intensa entre las 11 y las 16 horas, la estación del año es mayor en verano por el aumento de la perpendicularidad con que inciden los rayos solares, a mayor altitud, mayor intensidad de los rayos ultravioletas, de forma que cada 300 metros de altitud, la intensidad aumenta un 4% y la latitud e intensidad de la



radiación es mayor en el Ecuador y disminuye progresivamente al ascender hacia los polos. (González, 2003, p. 404).

Atendiendo al uso de medios de protección solar en los sujetos estudiados, los resultados obtenidos se muestran en la tabla 5.

**Tabla 5. Uso de medios de protección de los rayos solares de la población estudiada con queilitis actínica, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**

Medios	Frecuencia	Porcentaje
Gorra	7	41,2
Crema	1	5,9
Labial	1	5,9
Otros	1	5,9
No Usa	7	41,2
Total	17	100,0

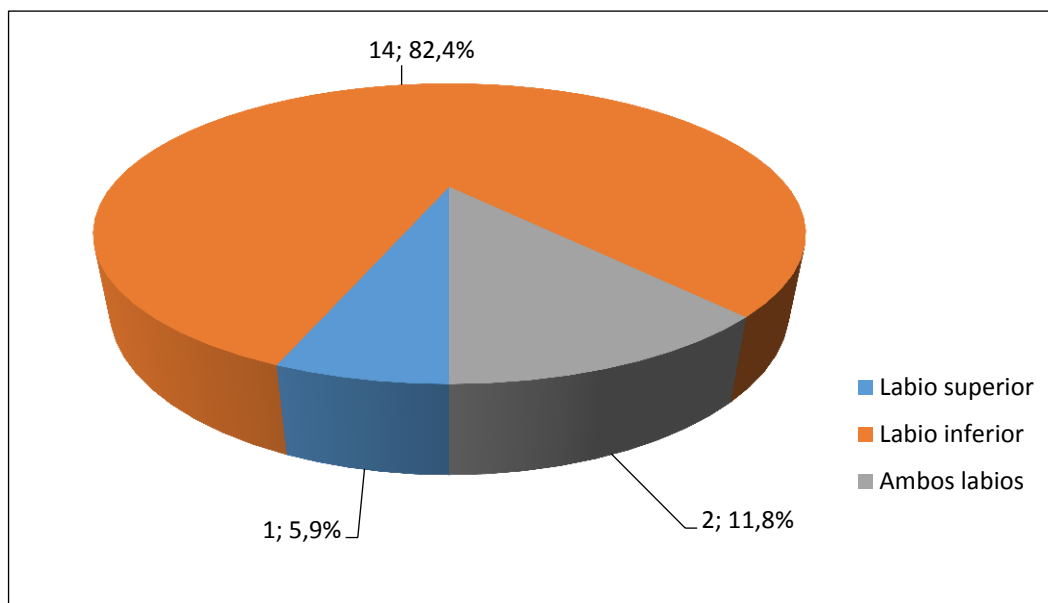
Fuente: encuesta

El medio de protección más usado fue la gorra, referida por 7 pacientes (41,2%). Los demás medios solo fueron usados solo por un individuo, respectivamente (5.9%) y 7 no usan protección (41,2 %). Esto evidencia el poco empleo medios de protección que pudieran disminuir la exposición solar y en consecuencia atenuar los efectos a la salud que pudieran provocar, como lo es la aparición de queilitis actínica. Como se puede referir en un estudio en Talca, Chile, de 25 casos con queilitis actínica con relación al uso de elementos protectores como sombrero y bloqueador solar señalaron que utilizados en 20 casos (80%) de los trabajadores diagnosticados, mientras que, 5 (20%) no los utilizan. (Orozco, 2013, párr. 14).

Los protectores labiales contienen agentes hidratantes, revitalizantes, emolientes, antirradicales y filtros solares. No obstante, cualquier crema solar labial puede resultar efectiva, pues regeneran la piel, suavizan asperezas, alivian la sequedad y la descamación. (Puga, 2009, p. 54).

Un factor importante relacionado con los efectos de la exposición solar es el color de piel de las personas. En nuestro estudio, los portadores de queilitis actínica mostraron color de piel mestizo, el que no debe favorecer los efectos dañinos de la radiación solar como en aquellas personas de piel blanca. Por lo tanto, en el estudio en Talca, Chile Respecto al fototipo de los trabajadores con queilitis actínica se obtuvo que la mayoría de ellos posee pigmentación intermedia. Se contradicen estos datos con resultados donde se asocia principalmente la presencia de queilitis actínica en aquellos fototipos ligeramente pigmentados, sin embargo, este grupo padecía de queilitis actínica. (Orozco, 2013, párr. 25). Estos resultados son coherentes con los obtenidos por Muñiz, Crivelli, y Paroni (1981), quienes hallaron que la raza con mayor incidencia de queilitis actínica fue la etnia criollos con el 75%, mientras que la blanca obtuvo un 31% y la negra un 25%.

**Figura 9. Localización de la queilitis actínica en la población estudiada, parroquia Crucita, cantón Portoviejo, abril 2014-abril 2015.**



Fuente: encuesta

La localización de la queilitis actínica de mayor prevalencia fue la del labio inferior con 16 casos (94%). En el labio superior solo se manifestó 1 caso (6%) y 2 (12%) en ambos labios, lo que se pudiera relacionarse con la posición relativa de la radiación solar con respecto a los mismos. En un estudio en Talca, Chile (Orozco, 2013, pág. 9) la prevalencia de trabajadores diagnosticados con queilitis actínica en la muestra es de (25; 16.6%). total de las lesiones se manifestaron en el labio inferior, con predominio en su parte central en (15; 60%) de los casos, seguido por la mucosa labial (7; 28%) y el margen del bermellón (3; 12%). Sauro, Noguera, y Mazzuocolo. (2011) hallaron como localización habitual de las queilitis actínicas era en el borde bermellón del labio inferior, e infirieron que la causa era su mayor exposición a la luz solar en comparación con el superior, lo que coincide con los resultados de nuestro estudio.

En nuestro estudio fueron hallados tres tipos de lesiones en las queilitis actínicas identificadas. La más frecuente fue el límite del borde del labio difuso, presente en 16 casos (94.1%), seguida por lesión descamativa en 15 casos (88,2%) y se manifestó lesión ulcerosa en un solo caso (5,9%). En la prevalencia de signos y síntomas en pacientes con queilitis actínica en la ciudad de Talca, Chile se encontró, la presencia de sequedad labial en la totalidad de 25 casos diagnosticados. Este se acompañó principalmente de esfumación del margen del bermellón del labio en 22 casos (88%), aumento de volumen labial en 21 (84%), pliegues marcados en 19 casos (76%). Las lesiones se presentaron mayormente asintomáticas en 15 (60%) de los casos diagnosticados. (Orozco, 2013, párr. 15).

La severidad de las lesiones encontradas, clasificadas según (Bertini at al., 2009, párr. 4, 5). La queilitis actínica se puede presentar como aguda, subaguda y crónica, siendo la queilitis actínica aguda, la más rara y episódica, pudiendo suceder en forma leve, moderada o intensa, mostrándose posteriormente de una exposición máxima al sol.

Se manifestaron de la siguiente forma: 6 (35,3%) de los sujetos, presentaron un tipo de lesión aguda y 11 (64,7) subaguda. Las lesiones agudas se manifestaron en pacientes que tenían lesiones blancas y descamativa de manera simultánea, ambas presentes en 5 casos (83,3%), respectivamente.

Las manifestaciones clínicas presentadas en los pacientes estudiados se distribuyeron en 15 casos (88,2%) de tipo inflamatorio y 2 (11,8%) de tipo queratósico.

La lesión inflamatoria se caracterizó por encontrarse en pacientes que tenían lesión blanca (6 casos; 40,0%), lesión roja (7 casos; 46,7 %) y límite del borde del labio difuso (14; 93,3 %).

Guzmán (2009) refiere que la queilitis inflamatorias pueden ser desencadenadas por sol, frío, contacto, cáusticos, atópica, medicamentosa, mecánica, infecciones, también se incluyen en este grupo las carenciales, glandulares y tabáquica. Clínicamente tiene distintos grados de severidad pudiendo oscilar entre una sequedad bucal, queilitis eritematoescamosa hasta una queilitis erosiva/fisurada. Queilitis queratósicas: Se destacan las actínicas, infecciosas micóticas, inflamatorias asociadas a liquen plano y lupus eritematoso, las traumáticas y causadas por el tabaco. (párr. 2).

## CAPÍTULO V.

### 5. Conclusiones y Recomendaciones.

#### 5.1. Conclusiones.

Resulta significativo que las mayores prevalencias de queilitis actínica encontradas en nuestro estudio se presentaron en los menores grupos de edades, con menores tiempos de vida y por tanto, menor acumulación de la exposición al sol, donde la aparición precoz de esta patología podría interpretarse como una falta de protección a su factor de riesgo más relevante, causado por una insuficiente educación sanitaria en este grupo poblacional que permita el mejor cuidado de su salud.

La localización en el labio inferior fue la frecuentemente observada para las lesiones de la queilitis actínica, lo que es coincidente con lo referido en estudios previos y coherentes con la mayor irradiación del sol por el ángulo de incidencia relativo a los labios.

De manera general la queilitis actínica se caracterizó por la presencia de lesiones blancas, escamosas y pérdidas del límite del borde del labio, las que se manifestaron de manera simultánea en la mayoría de los casos diagnosticados, observándose además, un predominio de manifestaciones clínicas inflamatorias y agudas.

## **5.2 Recomendaciones.**

Se manifiesta la necesidad de realizar intervenciones de educación para la salud en la población de la parroquia Crucita, teniendo en cuenta especialmente los grupos de riesgo, especialmente trabajadores laboralmente expuestos al sol, para incentivar un desarrollo favorable de su autogestión por la salud.

Brindar los resultados del estudio a las autoridades del gobierno y salud de la Parroquia.

## CAPÍTULO VI.

### 6. Propuesta.

#### 6.1. Tema.

Programa de prevención de queilitis actínica con participación comunitaria.

#### 6.1.1 Entidad ejecutara.

Parroquia crucita.

#### 6.1.2. Clasificación.

Intervención educativa con participación comunitaria

#### 6.1.3. Localización.

La parroquia Crucita está ubicada a 30 Km de Portoviejo, a  $80^{\circ}33'27''$  de longitud occidental y a  $0^{\circ}15'7''$  de latitud sur, esta limita al Norte con San clemente y San Jacinto, en dirección al Sur con el cantón Jaramijó, al Este con Charapotó, El Pueblito y Cañitas y al Oeste con el Océano Pacífico.

La economía de este balneario se sustenta de la pesca artesanal, la agricultura, y últimamente el turismo. Posee un clima agradable, presenta una gastronomía variada y elaboran sus alimentos a base de mariscos, plátanos, maní, entre otros. (Borja, Cantos, Carrillo, 2012, pp. 8, 9).



## **6.2. Justificación.**

Como resultado de la pesquisa sobre la presencia de queilitis actínica y sus factores de riesgo en la población de la parroquia Crucita se observó que la población encuestada no mostró conocimientos sobre queilitis actínica ni sus factores de riesgo de forma que tal que se ven impedidos de manejar los mismo para evitar el desarrollo de esta patología que es considerada como una lesión precancerosa con alto potencial metastásico.

Por otra parte, el estudio realizado en la población general mostró una prevalencia de queilitis actínica relativamente alta (7,1 %), lo que de interés sanitario ya que su valor debe incrementarse de manera significativa en los grupos de riesgo, por el alto nivel de exposición solar que sufren, especialmente los pescadores, agricultores y personas que laboran alrededor de estas ocupaciones.

La queilitis puede degenerar en un cáncer bucal más cuanto ésta se desarrolla en el labio superior.

## **6.3. Marco institucional.**

El 25 de mayo de 1978 el concejo supremo de gobierno la elevó a Crucita, a la categoría de parroquia urbana y la anexo al cantón Portoviejo. A 27 Kilómetros de la cabecera cantonal se encuentra la playa de Crucita, lugar que se ha destacado por ser zona de atracción turística, es un tranquilo balneario calificado como el tercer escenario mundial para la práctica de parapente y alas deltas, desde el mirador de Crucita los más arriesgados no dudan en lanzarse al vacío en sus parapentes.

Su población está dedicada al turismo, la pesca artesanal y la agricultura. Posee un estuario denominado la Boca, ubicado en la desembocadura del río Portoviejo donde se puede observar manglares y árboles, 50 especies de aves entre las cuales se encuentran pelícanos, gaviotas, garzas blancas, galleteras, cangrejas, guacos, marías, patitas, pato cuervo, patillos, aves migratorias y otras especies que convierten al sector en lugar ideal para el estudio de la fauna marina. (Moreira, Arteaga. 2010).

La economía de este balneario se sustenta de la pesca artesanal, la agricultura, y últimamente el turismo. Posee un clima agradable, presenta una gastronomía variada y elaboran sus alimentos a base de mariscos, plátanos, maní, entre otros. (Borja, Cantos, Carrillo, 2012, pp. 8, 9).

#### **6.4. Objetivos.**

##### 6.4.1. Objetivo general.

Incrementar la práctica de la autogestión por la salud para prevenir y controlar el desarrollo de queilitis actínica y otras patologías bucales pre malignas en la población de Crucita.

##### 6.4.2. Objetivos específicos.

Desarrollar tríptico y pancartas como material de apoyo a la intervención educativa en la población de crucita.

## **6.5. Descripción del proyecto.**

La propuesta está destinada a atender a la población en general de la parroquia Crucita, ofreciendo de forma gratuita capacitación sobre los factores de riesgo, prevención de la queilitis actínica y consecuencias de la patología sin atención. , el tríptico será entregado por el autor de la tesis a las personas y al centro de salud de dicha parroquia Crucita, comprometiéndose a las autoridades de salud, y población en general a seguir motivando a las demás personas, para que se informen sobre este tipo de lesión y medios de prevención de la queilitis actínica, y si existiera algún tipo de lesión ser remitidos al centro de estudio especializado.

Sugerimos desarrollar el proyecto en conjunto con las autoridades de salud de la parroquia, Identificar a los líderes formales e informales de la comunidad para vincularlos al proyecto de salud comunitaria.

Desarrollar un programa de capacitación que incluya los temas de características de queilitis actínica y otras patologías relacionadas con el cáncer bucal, identificar los factores de riesgos para este tipo de lesiones y modos de minimizar la exposición a los factores de riesgo e incrementar conductas dirigidas a mejorar la prevención.

Implementar las actividades de capacitación con participación de líderes formales e informales como promotores de la salud de la comunidad, y desarrollar indicadores que permitan evaluar el desarrollo, proceso e impacto del programa de intervención educativa. Desarrollo de materiales como folletos ilustrados para el desarrollo de la participación.

## **6.6. Beneficiarios.**

### **Directos.**

Comunidad de Crucita.

### **Indirectos.**

Ministerio de Salud.

## **6.7. Diseño metodológico.**

Intervención educativa para la salud con participación comunitaria.

Los temas de capacitación serán:

Que es la queilitis actínica.

Como prevenir la queilitis actínica.

Cuáles son sus factores de riesgo.

Porque es peligrosa la queilitis actínica.

Se entregará como soporte de la capacitación un tríptico contentivo de los temas de la capacitación.

Etapas del proyecto

1. Intervención educativa a líderes formales e informales.
2. Reproducción de la capacitación a grupos comunitarios por sus líderes.
3. Evaluación de los conocimientos y actitudes de la población en relación al manejo de los factores de riesgo.

### 6.8. Presupuesto.

La elaboración de la intervención tendrá un costo de \$252.00 dólares americanos que serán financiados por el investigador.

RUBROS	UNIDAD MEDIDA	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL	FUENTE FINANCIAMIENTO	DE APORTE EXTERNO
					AUTOGESTIÓN	
FOTOCOPIAS	unidad	0,02	2.000	40.00	X	
IMPRESIONES	unidad	0.10	600	60.00	X	
BOLÍGRAFO	unidad	0,35	20	7.00	X	
PEN DRIVE	unidad	15.00	1	15.00	X	
TRANSPORTE	unidad	4.00		80.00	X	
SOLUCIÓN DESINFECTANTE	unidad	8.00	4	32.00	X	
GUANTES	caja	6.00	3	18.00	X	
	<b>TOTAL</b>			<b>\$ 252,00</b>		

Nota: presupuesto correspondiente a la elaboración del proyecto de esta tesis.

Fuente: presupuesto realizado por el autor de la tesis.

### 6.9. Sostenibilidad.

La propuesta es sostenible porque se capacitarán a líderes de la comunidad los que quedarán preparados para multiplicar las acciones de capacitación, esto será reforzado por que se brindará a las autoridades los resultados obtenidos en la investigación realizada con la finalidad de motivar a los líderes formales e informales sobre la importancia de la atención de esta patología en la comunidad de Crucita, especialmente aquella que integra sus grupos de riesgo.

## **Anexos**

Anexo 1. Cuestionario para la encuesta.

Estimado paciente, el cuestionario que tiene en sus manos forma parte de una investigación científica que realiza la Universidad San Gregorio de Portoviejo relacionada con la salud bucal. En el mismo se recogen aspectos relacionados con las patologías bucales de tejidos blandos. Agradecemos mucho su colaboración y le pedimos que los datos que brinde sean veraces para garantizar que los resultados de la investigación sean válidos. Esta encuesta es anónima y la información obtenida solo tendrá como finalidad alcanzar los objetivos científicos propuestos. ¡Muchas gracias!

(Escriba el dato que se le solicite o haga una "X" en el cuadro, según corresponda)

<b>Edad</b> (años cumplidos):		<b>Sexo:</b> } M <input type="checkbox"/> 1 F <input type="checkbox"/> 2	
<b>Ocupación</b>			
Profesional <input type="checkbox"/> 1	Obrero <input type="checkbox"/> 2	Trabajador privado <input type="checkbox"/> 3	
Estudiante <input type="checkbox"/> 4	Ama de casa <input type="checkbox"/> 5	Sin vínculo laboral <input type="checkbox"/> 6	
Otra <input type="checkbox"/> 7, ¿cuál?			
<b>Nivel escolar</b> (último nivel terminado)			
No sabe leer ni escribir <input type="checkbox"/> 1	Primaria no terminada <input type="checkbox"/> 2	Primaria terminada <input type="checkbox"/> 3	
Secundaria <input type="checkbox"/> 4	Bachiller <input type="checkbox"/> 5	Técnico <input type="checkbox"/> 6	
Universitario <input type="checkbox"/> 7	Otro <input type="checkbox"/> 8, ¿cuál?		
<b>¿Conoce de la existencia del cáncer bucal?</b>		Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
<b>Si conoce sobre existencia de cáncer bucal, marque con una "X" con qué Ud. piensa que se relacione:</b>			
(puede marcar más de una respuesta)			
Ingestión de bebidas alcohólicas <input type="checkbox"/> 1	Caries dentales	Consumo de carnes	

	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Consumo escaso de vegetales <input type="checkbox"/> 4	Hábito de fumar <input type="checkbox"/> 5	Otro <input type="checkbox"/> 5, ¿cuál?
¿Utiliza prótesis dental? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		Si utiliza prótesis, ésta es: Parcial <input type="checkbox"/> 1 Total <input type="checkbox"/> 2
¿Desde cuándo utiliza prótesis dental (años de uso)?		
Atendiendo a sus hábitos alimenticios diga:		
¿Consumo vegetales en su dieta? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		
Si consume vegetales en su dieta, piense en una semana común y diga si los consume:		
Diariamente <input type="checkbox"/> 1	3 o 4 veces a la semana <input type="checkbox"/> 2	Menos de 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3
Cuando consume vegetales, la cantidad total de vegetales que consume en un día es de (tome como medida el volumen de una taza de café con leche):          tazas.		
¿Fuma? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	Si fuma cigarrillos, ¿cuántos como promedio fuma al día?:	
	Si fuma cigarros, ¿cuántos como promedio fuma al día?:	
¿Qué tiempo hace que fuma cigarrillos o cigarros (años promedio)?          Años		
¿Masca cigarros? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	¿Hace cuánto tiempo masca cigarros (años promedio)?	
¿Consumo bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		
Si consume bebidas alcohólicas, lo hace:	Diariamente <input type="checkbox"/> 1	
3 o 4 veces a la semana <input type="checkbox"/> 2	Menos de tres veces a la semana <input type="checkbox"/> 3	
Cuánto tiempo hace que bebe (años):          años		
Cuando bebe, la bebida que consume es preferentemente:	Cerveza <input type="checkbox"/> 1	Vino <input type="checkbox"/> 2
Ron <input type="checkbox"/> 3	Aguardiente <input type="checkbox"/> 4	Whiskey
Otra <input type="checkbox"/> 5, ¿cuál?		



		<input type="checkbox"/> 5	
<b>Teniendo en cuenta la frecuencia con que bebe, ¿qué cantidad total promedio ingiere en un día de los que acostumbra a hacerlo?</b> (diga la cantidad promedio de medidas, según aparece debajo)			
Botellas pequeñas de cerveza:	Vasos de vino:	Líneas de ron:	
Líneas de aguardiente:	Líneas de Whiskey:	Otra:	
<b>¿Ha presentado alguna lesión o daño en su boca?</b>		Si <input type="checkbox"/> 1	No <input type="checkbox"/> 2      No recuerdo <input type="checkbox"/> 3
<b>En caso afirmativo, ¿dónde se ha situado?</b>			
Labio superior <input type="checkbox"/> 1	Labio inferior <input type="checkbox"/> 2		
<b>¿Ha recibido tratamiento para la lesión por parte del odontólogo?</b>			

Anexo 2. Planilla de recolección de datos

<b>DATOS A LLENAR POR EL FACULTATIVO QUE REMITE</b>					
Nombre del facultativo:					
Teléfonos del facultativo:	Correo electrónico:				
Unidad remitente:	Cantón:	Día: Mes:		Año:	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres			
Dirección del Paciente:			Ocupación:		
Sexo: M    F <input type="checkbox"/> Edad: <input type="checkbox"/> Raza:			LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN:		
<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>					
Descripción	X	Dolorosa	Indolora	1.	
				Labio Superior	
				2.	
Lesión Blanca				Labio Inferior	
Lesión Roja					

Lesión Ulcerosa					
Lesión Mixta					
Lesión Ulcerosa Hemorrágica					
Lesión de Coloración Oscura					
lesión de aspecto atrófico					
Nódulo Ulcerado					
Limite mucocutáneo difuso					
Crecimiento Verrugoso					
Lesión costrosa					
Lesión descamativa					
<b>Diagnostico Presuntivo</b>			<b>X</b>		
Queilitis					
Otras (Especifique):					
<b>Severidad</b>		a. Aguda <input type="checkbox"/> 1	b. Subaguda <input type="checkbox"/> 2	c. Crónica <input type="checkbox"/> 3	
<b>Manifestacion es clínicas</b>	a. inflamatoria <input type="checkbox"/> 1	b. Queratosicas <input type="checkbox"/> 2	c. Angular <input type="checkbox"/> 3	d. Macroqueilitis <input type="checkbox"/> 4	
<b>EVOLUCION</b>					
Menos de 3 semanas			<input type="checkbox"/>	Más de 3 semanas	
			<input type="checkbox"/>		
<b>Laboratorio de Patología Bucal Universidad San Gregorio de Portoviejo</b> <b>Dirección: Av. Metropolitana / Av. Olímpica Fonos: 2935002 ext. 120</b>					

### Anexo 3. Modelo de consentimiento informado.

#### Título:

El cáncer bucal es una de las enfermedades más trascendentales en la vida de un ser humano, pues esta es una patología que produce secuelas permanentes en el complejo bucal, capaces de afectar psicológicamente a quien la padece y repercutir en el entorno social y familiar del enfermo.

Clínicamente, el cáncer de la cavidad bucal se origina casi siempre a partir de lesiones premalignas o precancerosas. Las lesiones no neoplásicas o preneoplásicas tienen características variables por lo que deben conocerse bien para garantizar su correcto diagnóstico e interpretación clínico-morfológica ya que al no eliminarse el agente causal, pueden evolucionar hacia un estado de mayor agresividad biológica y acompañarse de alteraciones místicas, de ahí la importancia de identificar lo más precozmente posible para preservar la salud del paciente.

Si la población es entrenada para detectar los signos y síntomas tempranos de la enfermedad, la atención médica será más efectiva. La detección clínica temprana de un cáncer del complejo bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo y de que en esa exploración la neoplasia sea certeramente diagnosticada.

Esta es una investigación que tiene como fin la detección precoz de estas lesiones y sus tratamientos.

#### Derechos

Usted tiene derecho a que se le informe todo lo relacionado con este estudio previo a la firma de este consentimiento.

Usted tiene derecho a decidir si desea participar o no en este estudio.

Usted tiene derecho a que se le informe en cualquier momento de este estudio o se le aclare cualquier duda sobre el desarrollo del mismo

Es libre de rechazar, interrumpir o abandonar el mismo aunque usted haya aceptado previamente participar. Su decisión será aceptada, sin consecuencia alguna para sus relaciones con el hospital o el equipo de salud que lo atiende.

Contribuir a identificar precozmente los eventos adversos y sus tratamientos en el futuro.

#### Confidencialidad

Todos los datos que se reciban de usted y los resultados que se obtengan de sus evaluaciones, solo serán de conocimiento del personal participante en el estudio. Para cualquier información puede comunicarse con el centro de investigación de Patología bucal de la Universidad San Gregorio de Portoviejo.

#### Consentimiento:

Conociendo plenamente los propósitos de este estudio, yo \_\_\_\_\_ doy mi consentimiento para participar en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Firma de la/el encuestada/encuestado

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

#### Anexo 4.

Figura 10: foto realizada por el autor, vista de parroquia Crucita. Cantón Portoviejo.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 11: foto realizada por el autor, vista de parroquia Crucita. Cantón Portoviejo.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 12: foto realizada por el autor de la tesis, encuesta a la población estudiada.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 13: foto realizada por el autor de la tesis, examen del sistema estomatognático.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 14: foto realizada por el autor de la tesis. Exploración de la cavidad bucal a los pacientes encuestados.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 15: foto realizada por el autor de la tesis. Examinación del labio a los pacientes

encu

estad

os.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.



Figura 16: Caso 1. Encuesta realizada a paciente diagnosticado con queilitis actínica.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 17: Manifestación clínica de queilitis inflamatoria. Presencia de lesiones blancas, lesiones rojas y pérdida del borde del labio.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 18: Caso 2. Encuesta realizada a paciente diagnosticado con queilitis actínica.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 19: Presencia de lesiones con coloración oscura, resequedad y borde del labio difuso.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 20: Caso 3. Encuesta realizada a paciente diagnosticado con queilitis actínica.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 21: manifestación clínica de queilitis angular, presencia de lesiones blancas, resequead y borde del labio difuso,



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis

Figura 22: Caso 4. Encuesta realizada a paciente diagnosticado con queilitis actínica.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 23: manifestación clínica de queilitis inflamatoria con presencia de resequead del labio y borde del labio difuso.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 24: Caso 5. Encuesta realizada a paciente diagnosticado con queilitis actínica.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

Figura 25: manifestación clínica de queilitis inflamatoria, presencia de resequead del labio y borde del labio difuso o pérdida del borde del mismo.



Fuente: Documentación fotográfica de la ejecución del proyecto de tesis.

## BIBLIOGRAFÍA.

- American Cancer Society. (2014). *Síndromes de cáncer en las familias*. [En línea]. Consultado: [20, febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/what-is-cancer>
- Batista, R., Serrano, C. (1997, mayo-junio). Neuropatía epidémica. Rev. Cubana Estomatol vol. 13 #3. Consultado 20 de febrero, 2014. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251997000300009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251997000300009&script=sci_arttext)
- Bertini, F., Sgarbi, F., Haberbeck, A. & Rodríguez, A. (2009). *Análisis del perfil clínico del paciente portador de queilitis actínica*. [En línea]. Consultado: [20, noviembre, 2014] Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2010/3/art1.asp>
- Borja, K., Cantos, J., & Carrillo, C. (2012). *Ejecución de un plan de capacitación en contabilidad básica y tributación a los socios del centro de desarrollo comunitario los arenales en el recinto los arenales parroquia crucita – cantón Portoviejo*. [En línea]. Consultado: [11, enero, 2015] Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/1030/1/TESIS%200.pdf>
- Castaño, E., Comunión, A., Arias, A., Miñano, R., Romero, A. & Borbujo, J. (2009). *Tratamiento de queilitis actínicas con terapia fotodinámica*. [En línea]. Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=13145690&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=103&ty=65&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=103v100n10a13145690pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13145690&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=103&ty=65&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=103v100n10a13145690pdf001.pdf)
- Calleja, J., Mazariegos, M., Lozano, M., Quiroz, A., Luna, A. & Sanz, C. (2010). *Odontogeriatría*. [En línea]. Consultado: [25, febrero, 2015] Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20a nciano/2parte2013/I\\_odontogeriatría.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%20%20a nciano/2parte2013/I_odontogeriatría.pdf)
- Cañarte, C., Salum, G., Ipiña, A. & Piacentini, R. (2014). *Índice ultravioleta como indicador de riesgo en la piel*. [15, febrero, 2015] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/46182372/Indice-UV-un-indicador-del-riesgo-solar-en-la-piel#scribd>
- Doncel, C., Méndez, M., Betancourt, H. & Castillo, A. (2014). Conocimientos sobre el cáncer bucal en pacientes de estomatología. Rev. Medicina Militar, vol. 43, pp. 52,60. Consultado el 20 de febrero, 2014. En: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2014/cmm141g.pdf>

- Fernández, M., Ordaz, A., Abreu, A., Romero, O. & García, M. (2013, julio-agosto). Intervención educativa para la prevención del cáncer bucal en adultos mayores. *Rev. Ciencias Médicas*, vol. 17 #4 Consultado el 04 de febrero, 2014. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400004&lng=es).
- García, E. et al. (2004, mayo-agosto). Queilitis. Revisión bibliográfica. *Rev. Cubana Estomatol* vol.41 n.2 Consultado el 30 de noviembre, 2014. En: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000200009&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072004000200009&script=sci_arttext)
- Gallegos, F. (2012). *El cáncer de la cavidad oral su importancia como problema de salud*. [En línea]. Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am122a.pdf>
- García, G., Miranda, J. (2009). Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. *Rev Cubana Estomatol* v.46 n.4. Consultado el 03 de febrero, 2015. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072009000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400009&lng=es)
- Guzmán, A. (2009). *Queilitis actínica*. [En línea]. Consultado: [20, febrero, 2014] Disponible en: [http://www.atdermae.com/pdfs/jornadas\\_resumenes\\_087.pdf](http://www.atdermae.com/pdfs/jornadas_resumenes_087.pdf)
- González, J. (2006). *Fotoprotección*. [En línea]. Consultado: [23, enero, 2015] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/fotoproteccion.pdf>
- Louise, A. (S.F.). Tratamiento para la queilitis actínica. *Rev. la salud*. Consultado el 25, noviembre, 2014. En: [http://www.ehowenespanol.com/tratamiento-queilitis-actinica-sobre\\_137151/](http://www.ehowenespanol.com/tratamiento-queilitis-actinica-sobre_137151/)
- Marín, D., Del Pozo, A. (2005). *Fototipos cutáneos. Conceptos generales*. [En línea]. Consultado: [11, febrero, 2015] Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet? f=10&pident\\_articulo=13074483&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=4&ty=165&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v24n05a13074483pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13074483&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=165&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v24n05a13074483pdf001.pdf)
- Martel, C., Ferlay, J., Franceschi, S., et al. (2014 febrero). Cáncer Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el cáncer. Organización mundial de la salud vol. 13, pp. 607-615. Consultado el 25, noviembre, 2014. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

- Moreira, J., Arteaga, J. (2010). *Análisis de la incidencia socio-económica, generada por la asociación de pescadores artesanales por el eviscerado de sardina y su impacto al desarrollo en la población del sitio los Arenales de la parroquia Crucita*. [En línea]. Consultado: [25, marzo, 2014] Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/818/1/TESIS%20DE%20SARDINA%20LOS%20ARENALES.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2014) Cáncer. [En línea]. Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Orozco, P., Vásquez, S., Venegas, B. & Rivera, C. (2013, diciembre). Prevalencia de queilitis actínica en trabajadores expuestos a radiación ultravioleta en Talca, Chile. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* Vol. 6 #3. Consultado el 20, febrero, 2014. En: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072013000300005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072013000300005)
- Ochsenius, R. et al. (2003, enero). *Estudio retrospectivo de 232 casos de cáncer y precáncer de labio en pacientes chilenos. Correlación clínico-histológica*. *Rev. méd. Chile* v.131 n.1. Consultado el 25, noviembre, 2014. En: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872003000100009](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000100009)
- Puga, P. (2009). *Parámetros de riesgo de la queilitis actínica crónica*, [En línea]. Consultado: [20, mayo, 2015] Disponible en: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2369/1/18093735.pdf>
- Rodríguez, J., Azorin, D., Cuevas, J. (s/f.). *Queilitis actínica y granulomatosa*. [En línea]. Consultado: [28, enero, 2015] Disponible en: <http://menarini.es/images/dermatopatologia/Derma126.pdf>
- Regezi, J. & Sciubba, J. (2007). *Patología Bucal-Correlaciones clínico patológicas*. [En línea]. Consultado: [30, noviembre, 2014] Disponible en: <http://librosodontologicos.blogspot.com/2009/12/patologia-oral-regezi-sciubba.html>
- Robledo. G., Belardinelli, P., Herrera, M., Criscuolo, M., Lopez, S. (2008). *Nivel de conocimiento poblacional sobre Cáncer Bucal*. [En línea]. Consultado: [15, febrero, 2015] Disponible en: [http://aulavirtual.odontologia.unc.edu.ar/pluginfile.php/9259/mod\\_resource/content/0/Produccion\\_Cientifica/nivel\\_de\\_conocimiento\\_poblacional.pdf.pdf](http://aulavirtual.odontologia.unc.edu.ar/pluginfile.php/9259/mod_resource/content/0/Produccion_Cientifica/nivel_de_conocimiento_poblacional.pdf.pdf)
- Rodríguez, J., Miranda, I., Morejón, H. (2002, agosto 2). Candidiasis de la mucosa bucal. Revisión bibliográfica. Vol. *Rev. Cubana Estomatol.* 39 #2. Consultado el 25, noviembre, 2014. En: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39\\_2\\_02/Est07202.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_2_02/Est07202.htm)



- Roca, B. (2010, noviembre 3). Candidiasis oral o muguet.  
Rev. Hola.com. Consultado el 25, noviembre, 2014. En:  
<http://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010031045111/enfermedades->
- Santana, J. (2002). *Prevención y diagnóstico del cáncer bucal*, [En línea].  
Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en:  
<https://es.scribd.com/doc/175226810/Patologia-Santana-Garay-nopw#scribd>
- Sauro, M., Noguera, M. & Mazzuocolo, L. (2011). *Queilitis actínica*. [En línea].  
Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en:  
<http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/61%284%29,%20176-180,%202011.pdf>
- Suñé, A. (2014). *Desórdenes potencialmente malignos de cavidad oral*. [En línea].  
Consultado: [25, noviembre, 2014] Disponible en:  
[http://scholar.google.com/scholar?q=Universidad+Nacional+de+La+Plata++Facultad+de+Ciencias+M%C3%A9dicas++Departamento+de+Posgrado+++++DES%C3%93RDENES+POTENCIALMENTE++MALIGNO+S+DE+CAVIDAD+ORAL+++++Carrera+de+Especializaci%C3%B3n+en+Dermatolog%C3%ADa+++++&btnG=&hl=es&as\\_sd t=0%2C5&as\\_vis=1](http://scholar.google.com/scholar?q=Universidad+Nacional+de+La+Plata++Facultad+de+Ciencias+M%C3%A9dicas++Departamento+de+Posgrado+++++DES%C3%93RDENES+POTENCIALMENTE++MALIGNO+S+DE+CAVIDAD+ORAL+++++Carrera+de+Especializaci%C3%B3n+en+Dermatolog%C3%ADa+++++&btnG=&hl=es&as_sd t=0%2C5&as_vis=1)
- Trujillo, E. (2008). *Carcinoma epidermoide en el labio inferior*. [En línea].  
Consultado: [20, mayo, 2014] Disponible en:  
<http://132.248.9.34/hevila/Odontologiaactual/2007-08/vol5/no57/6.pdf>