

ARTÍCULO ORIGINAL**Comportamiento clínico-epidemiológico de cáncer bucal en el municipio Guantánamo. Estudio de 5 años****Clinical and epidemiological behavior of oral cancer in Guantnamo. Five-year study**

Dra. Nuria Pérez Delgado¹, Dr. Eduardo Urgellés Rodríguez²

¹ Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

² Estomatólogo General Básico. Instructor no Graduado de la Especialidad de Cirugía Maxilofacial. Clínica Estomatológica "Lidia Doce". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realiza un estudio con el objetivo de identificar el comportamiento clínico-epidemiológico de cáncer bucal en el municipio Guantánamo en el período desde el año 2009 hasta octubre de 2013. El universo de estudio quedó conformado por las 50 personas diagnosticadas. Las variables estudiadas son: grupo de edades, sexo, factores de riesgo, topografía bucal, tipo morfológico de cáncer y extensión clínica. El sexo masculino fue el que predominó, la edad que prevaleció fue la quinta década de vida. Los factores de riesgo que más incidieron fueron la sepsis bucal, los factores hereditarios y el tabaquismo. La topografía bucal que prevaleció fue base de lengua, SAI (sin otra especificación) y carcinoma epidermoide; SAI, fue el tipo morfológico que más prevaleció. La extensión clínica que predominó fue la localizada. La situación epidemiológica existente refleja que debemos fortalecer las labores de promoción y prevención con la comunidad.

Palabras clave: cáncer bucal, neoplasia

ABSTRACT

A study was performed in order to identify the clinical and epidemiological behavior of oral cancer Guantanamo in the year 2009 until October 2013. The study group was composed of 50 people with diagnosis. The variables were studied: age group, sex, risk factors, oral topography, and morphological and clinical cancer extension. The male sex was the most predominant; the fifth decade of life was the age prevailed. Risk factors that most affected were the oral sepsis, hereditary factors and smoking. oral topography was base tongue, NOS (Not other specifications) and squamous carcinoma; was the most prevalent morphological type. The predominant clinical extension was in localization. The epidemiological situation shown that we must strengthen the promotion and community prevention.

Keywords: oral cancer, neoplasm

INTRODUCCIÓN

El cáncer es uno de los problemas de salud más importantes a escala mundial. Cada año la mortalidad alcanza cifras de grandes proporciones. Se postula que el desarrollo del cáncer es el resultado de la acumulación de errores genéticos en un mismo tejido, donde también se encuentran implicadas la activación de oncogenes y la inactivación de genes supresores de tumores.

Estudios estadísticos de aspectos moleculares sugieren que hacen falta entre seis y diez alteraciones genéticas para que se produzca una transformación maligna de la mucosa bucal. Investigaciones concluyen en que cambios en el estilo de vida de la población y en particular en la alimentación, permitirían reducirla incidencia de varios tipos de cáncer que en años recientes son ya un serio problema de salud pública. Las estrategias de prevención usadas hasta ahora pretenden intervenir en ciertos mecanismos bioquímicos y hormonales, o bien medidas terapéuticas novedosas que pretenden detener o modificar el crecimiento celular desordenado y sin control de los diferentes tejidos afectados por el cáncer.¹⁻³

Con el mismo propósito, los estudios epidemiológicos se han dirigido a identificar los factores de riesgo relacionados con el cáncer y a reconocer los biomarcadores que permitan actuar tempranamente en el

proceso carcinogénico. Los carcinomas epidermoides originados en cavidad oral y orofaringe ocupan actualmente el sexto lugar de todas las neoplasias en el mundo. El cáncer bucal (que incluye además el de labio, la cavidad bucal y la bucofaringea) es el más visible y el que más mutila desde el punto de vista estético y funcional al paciente, ya que después de las intervenciones quirúrgicas este pierde parte de su cara y del cuello, con dificultades para deglutir, tragar, ver, oler y oír, a lo cual se suman las reacciones secundarias de la quimioterapia y la radioterapia⁴⁻⁶

A pesar de las serias estadísticas, el cáncer bucal está subestimado en términos de investigación, y muchas personas no se percatan de los potenciales peligros. La prevalencia del cáncer bucal tiene rangos muy amplios en las distintas poblaciones; la incidencia anual varía de 2 a 4 casos por 100 000 habitantes en los países industrializados, a 25 casos, también por 100 000 habitantes, en ciertas poblaciones de Asia. El cáncer de la cavidad oral es más frecuente en ciertas regiones de Francia e India. El cáncer de la cavidad bucal es la malignidad más común en el hombre y la tercera en la mujer en el sur de la India; la tasa ajustada mundial es de 12.7 por cada 100 000 habitantes en el hombre y 12.1 en la mujer en Madrás.^{6,7}

Es recomendable que las tasas referidas a diferentes países de América Latina deben tomarse con reserva, ya que, generalmente, las estadísticas de mortalidad y morbilidad son poco confiables, debido a dificultades existentes para mantener un registro adecuado. De acuerdo al anuario estadístico en el periodo comprendido desde 1970 al 2011 ha cobrado alrededor de 3191 vidas con predominio del sexo masculino; en el 2011 se ubicó en la quinta causa de mortalidad por tumores malignos en el sexo masculino con 566 defunciones teniendo una tasa de 10.1 y entre las primeras quince del sexo femenino con 184 y una tasa de 3.3. El carcinoma epidermoide (CE), también llamado carcinoma de células escamosas, es el tumor más frecuente de la cabeza y cuello, que comprende aproximadamente el 90 % de todos los tumores malignos.^{8,9}

Entre los factores de riesgo se incluyen la exposición a radiaciones ultravioletas e ionizantes, dieta pobre (deficiente o en exceso de ciertos nutrimentos) y en menor grado por otros componentes de la dieta. La infección por papiloma virus, la inmunosupresión, existencias de estados precancerosos tales como liquen plano, fibrosis submucosa y lesiones precancerosas identificadas: leucoplasia y eritroplasia de la mucosa bucal y el paladar del fumador invertido además de los traumas locales como el uso de prótesis dentales desajustadas y el trauma dentario hábitos tóxicos, sustancias tóxicas e irritantes presentes en el tabaco y el alcohol.^{10,11}

En Cuba, desde 1984, se ha puesto en práctica el Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal (PDCB), respaldado por el Ministerio de Salud Pública, el Programa Nacional de Detección de Cáncer Bucal concibe dentro de sus objetivos la disminución de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad mediante la promoción y educación para la salud a través de actividades e intervenciones educativas que modifiquen hábitos y estilos de vida no saludables en la población expuesta, con la participación social y comunitaria; este aspecto no ha sido desarrollado adecuadamente con los beneficios que pudiera alcanzar, si se tiene en cuenta la accesibilidad y facilidad de la realización del examen del complejo bucal por el individuo, que con los conocimientos y entrenamiento necesarios estaría capacitado para determinar alteraciones desde los dos o tres meses de su aparición, lo que posee gran importancia, pues la detección temprana reduce significativamente la mortalidad.

Aunque todavía se desconocen elementos importantes sobre la aparición de esta enfermedad, se sabe lo suficiente sobre las causas del cáncer y los medios para una intervención apropiada que surta un efecto apreciable, ya que es probable que la mayoría se origine por causas ambientales.^{12,13,14} La modificación de factores externos, especialmente de hábitos nocivos y costumbres dietéticas, pueden contribuir a disminuir la mortalidad por dicha enfermedad.

Crear una conciencia de riesgo epidemiológico sobre cáncer bucal a nivel de la comunidad, la familia y el individuo, que fomente el auto cuidado de la salud, constituye una necesidad apremiante; resulta un desafío incuestionable para el estomatólogo general integral, en este nuevo milenio, esgrimir estrategias con enfoques epidemiológicos encaminadas a prevenir el cáncer bucal y promover la salud en la población de su comunidad, que fomenten estilos de vida saludables y conduzcan al incremento de su calidad de vida, con el consiguiente impacto favorable sobre la incidencia y la mortalidad de esta enfermedad en Cuba. Por considerar al cáncer bucal un problema de salud en Guantánamo, se decide realizar la siguiente investigación, con la que se pretende evaluar el comportamiento clínico epidemiológico de esta enfermedad en los pacientes diagnosticados en este municipio.

MÉTODO

Se realiza un estudio observacional- descriptivo de corte longitudinal prospectivo con el objetivo de identificar el comportamiento clínico-

epidemiológico de cáncer bucal en el municipio Guantánamo en el período comprendido desde el año 2009 hasta octubre del 2013.

El universo de estudio quedo conformado por las 50 personas con diagnóstico de cáncer bucal siendo esta a su vez la muestra de este estudio.

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: grupo de edades, sexo, factores de riesgo, topografía bucal, tipo morfológico de cáncer y extensión clínica.

Los datos que se obtuvieron del formulario que se realizó a cada paciente fue nuestra fuente principal de información, historias clínicas y de datos que se obtuvieron de Estadística Provincial.

Para el estudio se necesitó de la cooperación voluntaria de los pacientes mayores de 18 años, así como no presentar ningún trastorno psiquiátrico u otra enfermedad que no le permitiese cooperar.

Se les informó a los pacientes las características de la investigación y que las informaciones y datos personales que se utilicen no serán utilizados en otro tipo de investigación ni serán divulgados, garantizándoles estricta confidencialidad y seguridad, solo usándose la misma con fines científicos. Aunque esta investigación no pondrá en peligro la vida, se les solicitará por escrito su declaración del consentimiento informado para constancia de la institución. Se respetaron los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y que continuaba con la atención estomatológica integral en caso que decidiese salir del estudio.

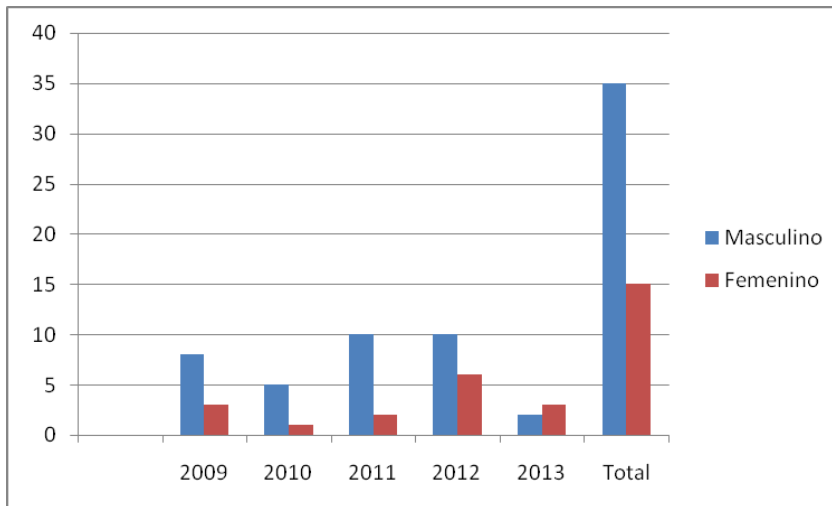
Los datos se obtuvieron del formulario que se aplicó a cada paciente, lo que fue la fuente primaria de información, confeccionado según criterios de autores y respondiendo a los objetivos trazados, además de los datos encontrados al examen bucal.

RESULTADOS

En esta investigación acerca del comportamiento de cáncer bucal en el municipio Guantánamo en el período comprendido entre el año 2009 hasta octubre del 2013, Siendo el universo de estudio y la muestra 50 personas con diagnóstico de cáncer bucal; al hacer un análisis en cuanto

al sexo, (Gráfica.1), vemos que predominó el masculino con 35 casos para un 70 % sobre el femenino con 15 casos para un 30 %.

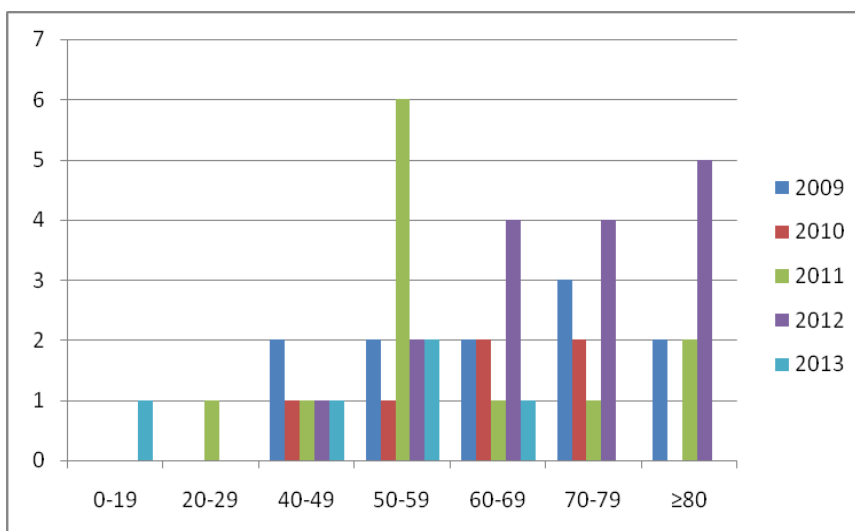
Gráfico 1. Cáncer bucal y sexo



Fuente: Estadística Provincial, formulario.

En la Gráfica 2 se representa los pacientes con diagnóstico de cáncer de cáncer bucal según el grupo etario; analizando la variable edad se observa el mayor porcentaje en el grupo de edades comprendidas a partir de la 5ta década de vida, este cáncer se presenta con similar presencia por lo que no existe una gran diferencia en los resultados de los siguientes grupos etarios.

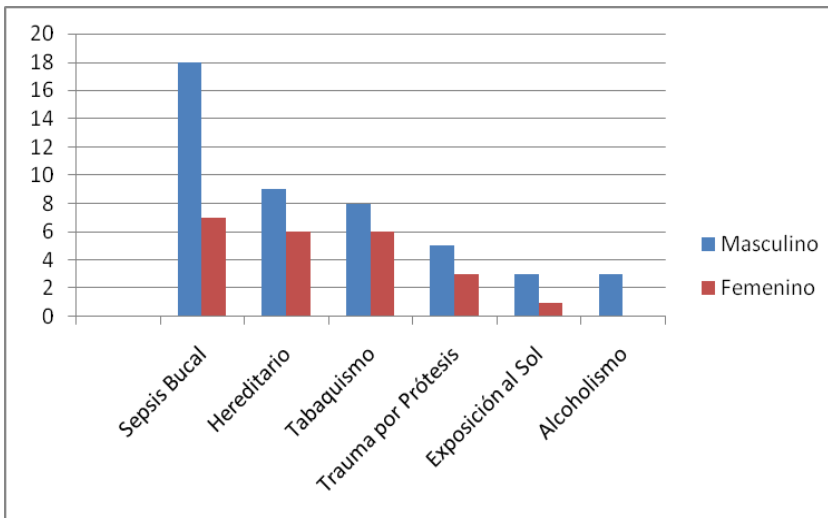
Gráfico 2. Cáncer bucal y grupos de edades



Fuente: Estadística provincial, formulario.

La Gráfica 3 muestra los factores de riesgo presentes en los pacientes que presentaron cáncer bucal, es importante destacar que todos los pacientes presentaron más de un factor de riesgo siendo el más frecuente la sepsis bucal con 25 pacientes para un 50 %, seguido de los efectos hereditarios y el tabaquismo.

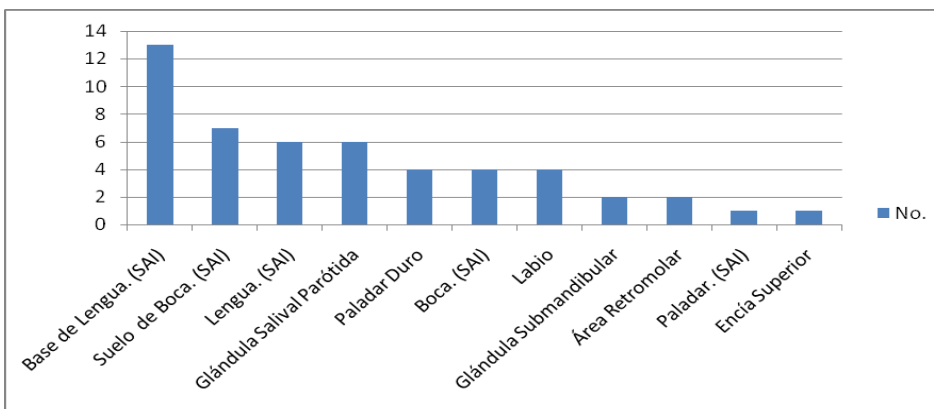
Gráfico 3. Factores de riesgo en pacientes con cáncer bucal



Fuente: Estadística provincial, formulario.

La Gráfica.4 muestra la distribución de los pacientes de acuerdo a la topografía bucal más afectada por el del cáncer bucal. Se observó que la base de lengua (SAI) fue la más frecuente con 13 afectados (25.6 %).

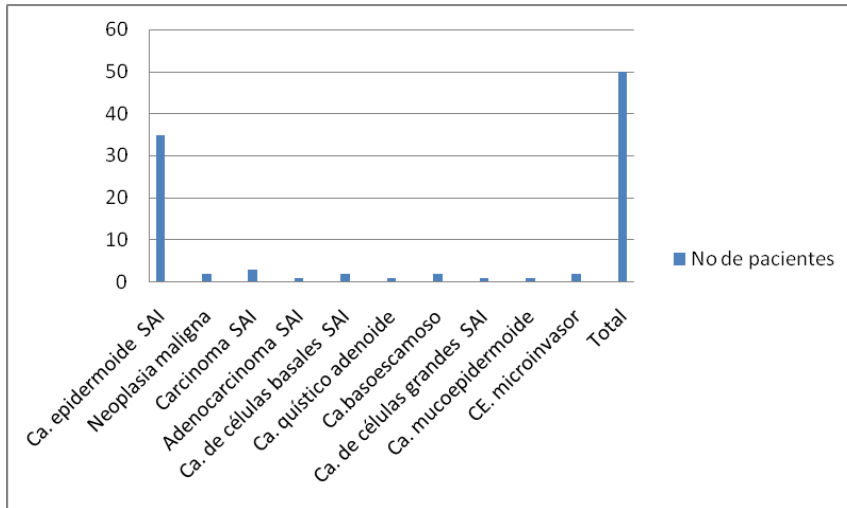
Gráfico 4. Topografía bucal más afectada



Fuente: Estadística provincial, formulario.

Al hacer el análisis en cuanto a la determinación de los tipos de neoplasias que predominaron en nuestra investigación se reflejó que el cáncer epidermoide (SAI) prevaleció con 35 pacientes diagnosticados para el 70 % (Gráfico.5).

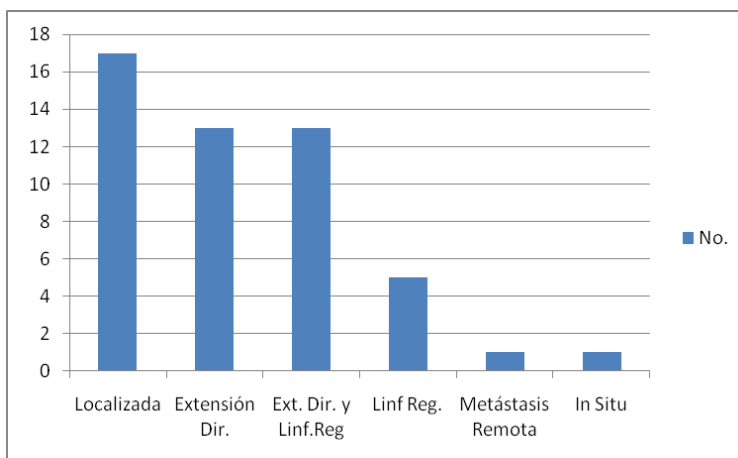
Gráfico 5. Tipo morfológico de cáncer bucal



Fuente: Estadística provincial, formulario.

En la Gráfica.6 se muestra el comportamiento del cáncer bucal en el municipio en cuanto a su extensión clínica, donde se refleja que la extensión localizada fue la que más prevaleció con 17 pacientes (34 %).

Gráfico 6. Extensión clínica de cáncer bucal en los pacientes diagnosticados



Fuente: Estadística provincial, formulario.

DISCUSIÓN

Referente al sexo, estas cifras coinciden con las estadísticas a nivel provincial, nacional y mundial donde el sexo masculino es donde más predomina esta patología donde constituye la cuarta causa de muerte por cáncer en el varón; aunque el incremento en el hábito tabáquico de la mujer desde fines de los años sesenta ha hecho que la proporción hombre: mujer cambie de 6:1 a 4:1.¹⁵⁻¹⁷

El riesgo de cáncer se incrementa con la edad, debido a que existe un periodo mayor de exposición a numerosos agentes. En el envejecimiento se producen cambios físicos y psíquicos que provocan enfermedades que, en relación con otros factores, como el hábito de fumar y el alcoholismo, hacen al adulto mayor más susceptible a las neoplasias cervicofaciales, coincidiendo con múltiples bibliografías donde citan que este tipo de cáncer se hace más frecuente a partir de la sexta década de la vida, donde más del 65 % de todas las neoplasias malignas ocurre en este grupo.

Estos resultados reafirman la edad como uno de las principales condicionantes; más si se ha alcanzado una alta esperanza de vida de 77.97 años y el 17.9 % de la población con 60 años y más, hasta el 2011, por lo que persiste un acelerado envejecimiento de la población, característico de países desarrollados y una baja natalidad por lo que el envejecimiento demográfico es una de las realidades que se presentan y se deben llevar a cabo todas las medidas de promoción y prevención para evitar el desarrollo de un sin número de enfermedades como esta.

Debido a las características y limitaciones propias del adulto mayor, es necesario enfatizar en los aspectos biopsicosociales y epidemiológicos más importantes. Si se pretende elaborar una estrategia terapéutica, es importante manejar adecuadamente esta población cuando enferma de cáncer. No sólo resulta importante el hecho de aplicar tratamientos adecuados y oportunos, sino también actuar sobre los factores de riesgo para lograr un diagnóstico precoz, con el fin de elevar la sobrevida de estos enfermos.¹⁸⁻²⁰

Este estudio no coincide con otros estudios donde el tabaquismo ocupa el lugar cimero entre los factores de riesgo. El factor de riesgo más importante para cáncer bucal es el antecedente de consumo de tabaco y alcohol, sin embargo, no todos los pacientes con cáncer originado en mucosas de cabeza y cuello son grandes fumadores o bebedores. Existe evidencia molecular epidemiológica que sustenta la hipótesis de mayor

susceptibilidad genética; alteraciones en la capacidad de metabolizar carcinógenos, en el sistema de reparación del DNA y en el sistema de apoptosis, hacen que ciertos individuos requieran menor dosis de carcinógeno que otros para desarrollar una neoplasia.

En Guantánamo se ha realizado una investigación acerca de los antecedentes familiares de cáncer oral donde hasta la fecha se han encontrado 12 familias con antecedentes de cáncer y 5 familias donde ha existido más de una persona con cáncer bucal. El tabaquismo es el factor de riesgo más importante para cáncer de VADS: 90 % de los cánceres de la cavidad oral en hombres y 60 % en mujeres se atribuyen al consumo del tabaco. El riesgo de cáncer de laringe es 15 veces mayor en fumadores que en no fumadores hombres, y 12 veces en mujeres. En el humo inspirado del tabaco existen más de 30 carcinógenos; los más importantes son los hidrocarburos aromáticos policíclicos y las nitrosaminas.²¹

El suelo de boca (SAI) es el más común, acorde al país donde el cáncer de lengua y dentro de este el de base de lengua es el de más alta incidencia, a diferencia de las informaciones mundiales, donde es más frecuente en la parte anterior de esta.^{22,23}

Nuestros resultados en cuanto a tipo morfológico de cáncer bucal, el epidermoide, tiene un comportamiento similar a las cifras que se muestra el mundo, Cuba y la provincia, donde es el tumor más frecuente de la cavidad bucal, el que comprende aproximadamente el 90 % de todos los tumores malignos.²⁴

Los estomatólogos y médicos de la familia debían realizar como parte de su práctica rutinaria, el tamizaje del cáncer oral a los individuos con uno o más factores de riesgo, además de fortalecer las labores de promoción y prevención con la comunidad.

CONCLUSIONES

El sexo masculino fue el que predominó. La edad que prevaleció fue la quinta década de vida. Los factores de riesgo que más incidieron fueron la sepsis bucal, los factores hereditarios y el tabaquismo. La topografía bucal que prevaleció fue base de lengua; SAI (Sin otra especificación) y el carcinoma epidermoide; SAI, fue el tipo morfológico que más prevaleció. La extensión clínica que predominó fue la localizada.

La situación epidemiológica existente refleja que se deben fortalecer las labores de promoción y prevención con la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silencio BJL. Investigación clínica con respecto a nutrición y cáncer. Rev Mex Ped. 2009;76(4):181-186.
2. Chasen M, Ashbury F. Nutrition as supportive care in teh cancer experience. Support Care Cancer. 2010;18 (Suppl 2):S11-S12.
3. Sanatana Garay, J.C. Atlas de patología del complejo bucal. 2ed. Habana: Editorial ciencias médicas; 2010.
4. Urgellés Rodríguez P. Aspectos fundamentales del examen perteneciente al Programa de Detección Precoz de Cáncer Bucal. RIC 2013; 81(5)
5. Camargo Cancela M, Voti L, Guerra-Yi M, et al. Oral cavity cancer in developed and in developing countries. Population-based incidence. Head Neck. 2010; 32:357-67.
6. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población; 2011.
7. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Câncer no Brasil*. Dados de Registros de Base Populacional. Brasília: INCA; 2010. [Internet]. 2013 [citado 20 nov 2013]. Disponível em: http://www.inca.gov.br/regpop/2003/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=13.
8. Prevención y Diagnóstico del Cáncer Bucal. Julio Cesar Santana Garay. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003.
9. Anuario Estadístico de Salud. Edición especial; 2011.
10. Handschel J, Naujoks C, Hofer M, Kruskemper G. Psychological aspects affect quality of life in patients with oral squamous cell carcinomas. Psychooncology. 2012 Feb 20. doi: 10.1002/pon.3052.
11. Zohoori FV, Shah K, Mason J, Shucksmith J (2012) Identifying Factors to Improve Oral Cancer Screening Uptake: A Qualitative Study. PLoS ONE 7(10):e47410. doi:10.1371/journal.pone.0047410.
12. The Information Centre Statistics on NHS Stop Smoking Services: England, April 2010 to December 2010. The Stationery Office: London, (<http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/health-and-lifestyles/nhs-stop-smoking-services/statistics-on-nhs-stop-smoking-services-england> accessed on: 13 nov 2013).
13. Revista Cubana de Estomatología. V 47. N 2. Prevención y factores de riesgo del Cáncer Bucal. Ciudad de la Habana; ene.-mar.2010.

14. Torres-Pereira C. Oral cancer public policies: is there any evidence of impact? *Braz Oral Res.* 2010;24 Suppl 1:37-42. Elango KJ, Anandkrishnan N, Suresh A, Iyer SK, Ramaiyer.
15. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA. Cancer J Clin.* 2012; 62:10-29.
16. American Cancer Society. Cancer facts and figures for African Americans 2011–2012. Atlanta: American Cancer Society; 2011.
17. Caracterización de adultos mayores con cáncer de cabeza y cuello. *Correo Científico Médico* ISSN 1560-4381 CCM 2013; 17 (2).
18. National Cancer Intelligence Network (2010) Oral Cavity Cancer: Survival Trends in England. Available at: www.ncin.org.uk/publications/data/data_briefings/oralcancer.aspx accessed on: 24 nov 2013
19. Dodd VJ, Riley JL, Logan HL. Developing an oropharyngeal cancer (OPC) knowledge and behaviors survey. *Am J Health Behav.* 2012; 36:589-601.
20. Estudio genético por secuenciación masiva de genes asociados a cáncer familiar- www.briscaler.com [Citado 20 de nov de 2013]; 8(5): [Aprox. 3p.]. Disponible en: http://www.merck.es/es/compania/divisiones_de_merck/merck_serono/oncologia/cancer_cabeza_y_cuello/cancer_cabeza_y_cuello.html
21. Bunnell A, Pettit N, Reddout N, Sharma K, O'Malley S, Chino M, et al. Analysis of primary risk factors for oral cancer from select US states with increasing rates. *Tob Induc Dis.* [Internet]. 2010 [Citado 20 de nov de 2013]; 8(5): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20178620>
22. Cáncer Escamoso de Cabeza y Cuello .2010 [Citado 20 de nov de 2013]; 8(5): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualcabezacuello/CancerEscamoso.html>
23. Sanatana Garay, J.C. Atlas de patología del complejo bucal. 2da edición. Editorial ciencias médicas.; 2010.
24. Zini A, Czerninski R, Sgan-Cohen HD. Oral cancer over four decades. Epidemiology, trends, histology, and survival by anatomical sites. *J Oral Pathol Med.* 2010; 39:299–305.

Recibido: 17 de diciembre de 2013

Aprobado: 21 de febrero de 2014

Dra. Nuria Pérez Delgado. Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba. **Email:** rectora@infosol.gtm.sld.cu