

ARTÍCULO ORIGINAL**Comportamiento clínico-epidemiológico de cáncer bucal en provincia Guantánamo 2007-2011****Clinical and epidemiological behavior in oral cancer Guantanamo province 2007-2011**

Dra. Isabel Charroó Portilla¹, Dra. Isabel Urgellés Rodríguez², Dr. Eduardo Urgellés Rodríguez³, Dra. Elvis Delfino Palmero⁴, Dra. Odalys Charroó Portilla⁵

¹ Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Máster en Atención Comunitaria de Salud Bucal. Instructor. Clínica Estomatológica "Lidia Doce". Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Oftalmología. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

³ Especialista de I Grado en Estomatología General. Clínica Estomatológica "Lidia Doce". Guantánamo. Cuba

⁴ Especialista de I Grado en Estomatología General. Clínica Estomatológica "Lidia Doce". Guantánamo. Cuba

⁵ Especialista de II Grado en Fisiología Normal y Patológica. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesora Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realiza un estudio con el objetivo de describir el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer bucal en la provincia Guantánamo en el período comprendido entre los años 2007 - 2011. El universo de estudio está conformado por 44 personas con diagnóstico de cáncer bucal que a la vez conforma la muestra. Se confecciona una planilla de recolección de datos con las siguientes variables: grupo de edades, sexo, topografía y factores de riesgo. Los grupos etarios comprendidos entre 60-69, 70-79 y mayor de 80 años y los del sexo masculino mostraron mayor porcentaje de pacientes con cáncer bucal, localizándose con mayor frecuencia esta entidad en el piso de la boca y los factores de riesgo de mayor prevalencia son: edad, tabaquismo y sepsis bucal.

Palabras clave: cáncer bucal, piso de la boca, carcinoma epidermoides, tabaquismo

ABSTRACT

A study was done in order to describe the clinical and epidemiological oral cancer behavior in Guantanamo province from 2007 to 2011. The study group consists of 44 people diagnosed with oral cancer at the same time forming the sample. Age group, sex, topography and risk factors: a form of data collection with the following variables is constructed. Between the age groups 60-69, 70-79 and over 80 years old and males showed higher percentage of patients with oral cancer, being located more often this entity on the roof of the mouth and the risk factors most prevalence are age, smoking and oral sepsis.

Keywords: oral cancer, mouth roof, epidermoid carcinoma, smoking.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad multifactorial que cada día aumenta su morbilidad y mortalidad, por esa razón se hacen grandes esfuerzos por cambiar esta situación, tanto en lo preventivo, curativo e investigativo.¹ Se estima que el número anual de casos nuevos de cáncer pasará de los 10 millones registrados en 2000 a 15 millones antes de 2020.²⁻³

En Cuba en el año 2008 la tasa cruda de cáncer de labio, cavidad bucal y faringe en el hombre fue de 9,2 por 100 000 habitantes, donde ocupó el 5to lugar dentro de las diez primeras localizaciones, en la mujer la tasa es de 2,5 por 100 000 habitantes.⁴

La proporción del cáncer bucal es altamente variable en ciertas sociedades que practican el uso del tabaco en múltiples formas (mascar y fumar) y esta enfermedad en esos países es la segunda forma de cáncer más frecuente.^{3,5}

El carcinoma epidermoides de la boca, según el Registro Nacional de Cáncer, específicamente en los años 2003 al 2005 se mantuvo en el sexto lugar entre todas las localizaciones del sexo masculino y hay una razón de 3 hombres por mujer. La localización más frecuente es la lengua, los labios tienen la tasa más alta de supervivencia y la lengua la más bajas.⁶

En Cuba existe un Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) desde 1982, para disminuir la morbilidad y mortalidad mediante la prevención y el diagnóstico precoz por medio del examen del complejo bucal, sin embargo, la cobertura del programa en ocasiones es inadecuada y los intervalos de revisión no se cumplen. La documentación y datos que de ella se derivan en muchas ocasiones no siguen los caminos establecidos trayendo como resultado un control precario de los casos y subregistros.⁷

Se reporta un incremento en la incidencia del cáncer oral y una de las más bajas sobrevividas a los 5 años (menos de 50 % de los pacientes sobreviven más de 5 años).⁸

A pesar de los esfuerzos realizados en el campo de la prevención del cáncer bucal y del gran desarrollo alcanzado de los servicios estomatológicos, cada año se diagnostica un grupo considerable de personas con esta enfermedad, lo que indica que el cáncer bucal no deja de ser un problema de salud en Cuba.

MÉTODO

Se realiza un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer bucal en la provincia Guantánamo en el período comprendido entre los años 2007 al 2011.

El universo de estudio queda conformado por las 44 personas con diagnóstico de cáncer bucal siendo esta a su vez la muestra.

Los datos se obtienen del formulario que se realiza a cada paciente, confeccionado según criterios de autores y respondiendo a los objetivos trazados, fue la fuente principal de información, los datos preliminares se obtuvieron de Estadística Provincial.

Se tienen en cuenta las siguientes variables: grupo de edades, sexo, topografía bucal, factores de riesgo. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva con distribución de frecuencia absoluta y porcentaje. La información obtenida se procesa y analiza, mostrándose en tablas y gráficos a través del sistema Microsoft Excel y Word.

RESULTADOS

Tabla 1. Pacientes con cáncer bucal según sexo

Años	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
2007	3	6.8	3	6.8
2008	4	9.1	5	11.3
2009	5	11.3	3	6.8
2010	10	22.7	3	6.8
2011	8	18.2	-	-
Total	30	68.2	14	31.8

Fuente: Estadística Provincial Guantánamo.

En la Tabla 1 se recoge la distribución de los pacientes con diagnóstico de Cáncer bucal según sexo, hubo predominio del sexo masculino con 30 casos (68.2 %).

Tabla 2. Pacientes con cáncer bucal según grupos de edades

Grupo de edades	2007		2008		2009		2010		2011		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
40 - 49	-	-	-	-	2	4.5	1	2.2	-	-	3	6.8
50 - 59	1	2.2	-	-	2	4.5	2	4.5	4	9	9	20.4
60 - 69	2	4.5	2	4.5	1	2.2	4	9	1	2.2	10	22.7
70 - 79	1	2.2	2	4.5	2	4.5	5	11.3	2	4.5	12	27.2
≥ 80	2	4.5	5	11.3	1	2.2	1	2.2	1	2.2	10	22.7
Total	6		9		8		13		8		44	100

Fuente: Estadística Provincial.

La Tabla 2 representa los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal según grupo etario; el mayor porcentaje de los pacientes (72.73 %) estaban distribuidos en los grupos etéreos comprendidos entre 60-69, 70-79 y mayor de 80 años.

Tabla 3. Pacientes con cáncer bucal según factores de riesgo

Factores de riesgo	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
Tabaquismo	23	52.2	11	25
Sepsis bucal	21	47.7	6	13.6
Hereditario	8	18.1	5	11.3
Trauma por prótesis	7	15.9	3	6.8
Leucoplasia	4	9.1	3	6.8
Exposición al sol	3	6.8	1	2.27
Alcoholismo	2	4.54	-	-

Fuente: Estadística Provincial.

La Tabla.3 muestra los factores de riesgo presentes en los pacientes que presentaron cáncer bucal. Todos los pacientes presentaron más de un factor de riesgo siendo más frecuente el tabaquismo con un 52.2 % en el sexo masculino y 25 % en el femenino, seguido de la sepsis bucal (61.3 %) predominando también en el sexo masculino (47.7 %).

Tabla 4. Pacientes de acuerdo a la topografía bucal más afectada por cáncer bucal

Topografía bucal	2007		2008		2009		2010		2011		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Área retromolar	2	4.5	1	2.2	-	-	-	-	2	4.5	5	11.3
Boca, SAI	2	4.5	2	4.5	1	2.2	1	2.2	1	2.2	7	15.9
Paladar blando, SAI	1	2.2	3	6.8	2	4.5	1	2.2	1	2.2	8	18.2
Piso de boca, SAI	1	2.2	1	2.2	4	9.	7	15.9	4	9.	17	38.6
Vestíbulo de boca	-	-	1	2.2	-	-	1	2.2	-	-	2	4.54
Paladar duro	-	-	1	2.2	1	2.2	1	2.2	-	-	3	6.8
Paladar, SAI	-	-	-	-	-	-	1	2.2	-	-	1	2.2

Mucosa de la mejilla	-	-	-	-	-	-	1	2.2	-	-	1	2.2
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----	---	---	---	-----

Fuente: Estadística Provincial.

La Tabla 4 refleja la distribución de los pacientes de acuerdo a la topografía bucal más afectada por el del cáncer bucal. Se observa que es más frecuente en el piso de la boca (38.6 %) de los casos, seguidos por el paladar blando (18.2 %).

DISCUSIÓN

Según el Registro Nacional de Cáncer, el cáncer bucal se encuentra entre las 10 primeras causas de incidencia de cáncer en los hombres durante años.⁴

Algunos autores señalan que el sexo influye en la génesis del cáncer bucal, pero las tendencias actuales consideran que no existe una predisposición biológica entre ambos sexos y solo la conducta es capaz de influir en que un sexo sea más vulnerable que el otro. El sexo biológico generalmente define las diferencias de género y roles.

Tradicionalmente los varones asumen estilos de vida menos saludables, se dedican a profesiones de riesgo y descuidan con más facilidad su salud bucal y por eso existe un criterio tradicional de que el cáncer bucal es más frecuente en los hombres si se comparan con las mujeres.⁹⁻¹¹

Es importante tener en cuenta en este análisis, que los hábitos tóxicos como fumar y el alcohol, factores de riesgo del cáncer bucal son más frecuentes en los hombres que en el sexo femenino.

Este tipo de cáncer se hace más frecuente a partir de la sexta década de la vida. Estos resultados reafirman la edad como uno de los principales factores de riesgo.^{12,14-15}

Santana Garay⁴ describe además que en el grupo etario de 35 a 59 años ocupa el cuarto lugar de frecuencia a pesar de ser más frecuente después de la sexta década de vida. La tendencia de la mortalidad del cáncer de la boca pasa a ser más alta a partir de los 60 años y mínima hasta los 49 años.

La edad avanzada es un marcador importante en el origen de todos los tumores que afectan al hombre, pues con el paso de los años se

produce un deterioro de los tejidos y ocurre un efecto acumulativo de los carcinógenos que están presentes en la vida del individuo. Los epidemiólogos coinciden en que su mayor incidencia es a partir de la sexta década de vida.¹²⁻¹⁵

Santana Garay refiere que el 95 % de los pacientes con cáncer bucal son fumadores inveterados.⁴

En las bibliografías revisadas^{4,15-17}, todos los autores coinciden en que, el factor de riesgo más importante en la aparición del cáncer bucal es el tabaquismo, pues se ha demostrado que más del 90 % de los pacientes con carcinoma espinocelular bucal han sido fumadores.

Diversos estudios han señalado como principales factores de riesgo para el cáncer bucal al tabaquismo, el alcoholismo, la herencia y la falta de higiene bucal.^{16,18}

Existen en el humo del tabaco, más de 20 sustancias carcinógenas que actúan sobre los tejidos bucales, causando cambios bioquímicos intracelulares. A estos agentes químicos se les suma el calor de la combustión, que es un factor físico que produce daño celular.^{12-13,19}

Hermida en su estudio realizado en la provincia Ciego de Ávila encontró que el 93.3 % del total de los pacientes tuvo una higiene bucal deficiente, lo que apunta a formas incorrectas del cepillado dental y un desinterés en su salud bucal.²¹

Una higiene bucal pobre permite el crecimiento de colonias de microorganismos que generan daño crónico en los tejidos bucales y con el tiempo conduce a la pérdida dentaria. Aunque se conoce que la sepsis bucal por sí sola no es capaz de generar una neoplasia, se supone que sobre las lesiones neoplásicas pueden haber microorganismos patógenos activos y se ha insistido que las infecciones crónicas producidas por algunos gérmenes como la *Cándida Albicans* son capaces de producir cambios hiperplásicos en la mucosa bucal.^{3,15,19}

De acuerdo a la topografía bucal más afectada por el del cáncer bucal, estos resultados difieren de otros estudios realizados en Cuba donde el cáncer espinocelular de la lengua ocupa el primer lugar de incidencia, reportándose desde 1980 más de 190 casos.^{6-7,19}

En el resto del mundo la localización de mayor incidencia en la boca, en el hombre, es la lengua seguida por la de mucosa del carrillo y el paladar, el suelo de la boca.¹⁹

Ali Razfar, en un estudio realizado a 132 pacientes encontró que la lengua fue el sitio de mayor frecuencia de cáncer (43.9 %) de los pacientes seguidos del piso de la boca (27.3 %).²⁰

CONCLUSIONES

- Los grupos etarios comprendidos entre 60-69, 70-79 y mayor de 80 años y los del sexo masculino mostraron mayor porcentaje de pacientes con cáncer bucal siendo el tabaquismo y la sepsis bucal los principales factores de riesgo.
- La localización anatómica más afectada por el cáncer bucal fue el piso de la boca seguida del paladar blando.

RECOMENDACIONES

En Cuba dada la alta esperanza de vida y baja natalidad, el envejecimiento demográfico es una realidad que se debe enfrentar llevando a cabo todas las medidas de promoción en la población para modificar estilos de vidas, así como aumentar las labores de prevención mediante la realización de examen físico exhaustivo a todo paciente que se consulte sin límite de edad, a fin de realizar el diagnóstico oportuno y mejor control de las personas con lesiones y estados premalignos para contribuir a una mejor calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miranda Tarragó J D, Gispert Abreu E. Intersectorialidad de salud en la prevención del cáncer bucal Rev. Cubana Estomatología. 2012; 49(4):267.
2. Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de prevención de cáncer. Ginebra: OMS; 2002.
3. Santana Garay JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Tasa de mortalidad por cáncer. en: Anuario Estadístico de Salud 2008 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2008 [Citado 13 sep 2010]; Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/anuario_2008_4e.pdf
5. Riley J L, Dodd V, Muller K E, Guo Y, Logan H L. Psychosocial Factors Associated With Mouth and Throat Cancer Examinations in Rural Florida. Am J Public Health. 2012 February; 102(2): 7–14.

6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: MINSAP, 2002. [Citado 5 oct 2012]; Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/estomatología/programanacional.pdf>.
7. García JM, Lence AJ, Sosa RM, Martín MM, Fernández G L. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba 1987-1996. *Rev Cubana Oncol.* 1999; 15(2):114-18.
8. Alvarez M E, Preciado U A, Montoya F S, Jiménez G R, Posada L A. Características clínicas e histopatológicas del carcinoma escamocelular bucal en el periodo 1990-2004 en Medellín, Colombia. *Rev Cubana Estomatol.* 2011; 48 (4).
9. Quintana JC, Fernández M, Laborde R. Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas bucales. Hospital General "Ciro Redondo García", Artemisa. *Rev Cubana Estomatol.* 2004; 41(3).
10. Tsai KY, Su CC, Lin YY, Chung JA, Lian IB: Quantification of betel quid chewing and cigarette smoking in oral cancer patients. *Community Dentist Oral Epidemiol.* 2009; 37(6):555-61.
11. Su Ch Ch, Lin YY, Chang TK, Chiang ChT, Chung JA, Hsu YY, Lian IB. Incidence of oral cancer in relation to nickel and arsenic concentrations in farm soils of patients' residential areas in Taiwan. *BMC Public Health.* 2010; 10:67.
12. García H GL, Miranda TJ. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelo de Ciudad de la Habana. *Rev Cubana Estomatol.* 2009; 46 (4): 79- 90.
13. Fedele S. Diagnostic aids in the screening of oral cancer. *Head Neck Oncol.* 2009; 1: 5.
14. Miranda T JD, Fernández RL, García H GL, Rodríguez PI, Trujillo ME. Pacientes remitidos por el Programa de Detección de Cáncer Bucal. Facultad de Estomatología de La Habana. 1999-2006. *Rev Cubana Estomatol.* 2010; 47(4): 381-391.
15. González R RM, Herrera L IB, Osorio NM, Madrazo OD. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. *Rev Cubana Estomatol.* 2010; 47 (1):1-8.
16. Traviesas H E M, Márquez A D, Rodríguez L I R, Rodríguez O J, Bordón BD. Necesidad del abandono del tabaquismo para la prevención de enfermedad periodontal y otras afecciones. *Rev Cubana Estomatol.* 2011; 48 (3): 1-8.
17. Saman D M. A review of the epidemiology of oral and pharyngeal carcinoma: update. *Head & Neck Oncology* 2012, 4:1.
18. Tapia J L, Goldberg L J. The Challenges of Defining Oral Cancer: Analysis of an Ontological Approach. *Head and Neck Pathol.* 2011; 5:376-384

19. Antunes F D, Moura P M, Moreira G, Fang M L, Díaz C A. Cáncer de lengua en un paciente con Alzheimer. Rev Cubana Estomatol. 2011; 48(2):156-161.
20. Razfar A, Rohan R, Walvekar RR, Melkane A, Johnson JT, Meyers E. Incidence and patterns of regional metastasis in early oral squamous cell cancers: Feasibility of submandibular gland preservation. Head and Neck. 2009 Dec; 31(12): 1619-23. PUMED PMD: 19475546
21. Hermida R M, González D YE, Borroto A DC. Epidemiología del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Estudio de quince años (1991 a 2005). Rev MEDICIEGO [Internet] 2007, [citado 24 Sep 2007];13(1):[aprox. 8 p.] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/articulos/a7_v13_0107htm

Recibido: 24 de abril de 2014

Aprobado: 12 de mayo de 2014

Dra. Isabel Charroó Portilla. Clínica Estomatológica "Lidia Doce".
Guantánamo. Cuba. **Teléf:** (53) 21 324753