

ARTÍCULO ORIGINAL**Epidemiología de cáncer de cabeza y cuello. Estudio de 8 años en provincia Guantánamo****Epidemiology of head and neck cancer. Studio of 8 years in Guantanamo province**

Dra. Nuria Pérez Delgado¹, Dr. Eduardo Urgellés Rodríguez², Dr. Juan Sixto Lebrún de la Cuesta³, Dra. Lianne Marisela Valiente Matos⁴

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

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

⁴ Doctora en Estomatología. Máster en Urgencias Estomatológicas. Instructor. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se analizan los aspectos relacionados con la epidemiología del cáncer de cabeza y cuello en la provincia Guantánamo en el período desde enero de 2006 hasta enero de 2014. El universo de estudio está formado por las 257 personas fallecidas. Las variables estudiadas son: año de ocurrencia, tasas de mortalidad, sexo, grupo de edades y municipio afectado. Predominaron los fallecidos por esta causa en los años 2011 y 2013. El sexo masculino mostró mayor número de defunciones y las tasas más altas. La sexta década de vida y el municipio Guantánamo fueron los más afectados. El pronóstico de estos pacientes depende de la etapa clínica, la identificación de población en riesgo y lesiones precursoras, así como el diagnóstico precoz. Por lo que surge la necesidad de cumplir a cabalidad las funciones por parte del Equipo Básico de Salud que permitan la identificación y el seguimiento de las mismas.

Palabras clave: cáncer; cabeza y cuello; epidemiología

ABSTRACT

Aspects of the epidemiology of head and neck cancer is analyzed in Guantanamo from January 2006 to January 2014. The study group consists of 257 dead people. The variables are the following: year of occurrence, mortality, sex, age group and affected town. Predominance of deaths from this cause from 2011 to 2013, males had a higher number of deaths and the highest rates. The sixth decade of life and the town Guantanamo were the most affected. The prognosis of these patients depends on the clinical stage, the identification of those at risk and precursor lesions and early diagnosis. As the need to arises and execute the duties by the Basic Health Team to enable the identification and tracking them.

Keywords: cancer; head and neck; epidemiology

INTRODUCCIÓN

El 7 % de todas las neoplasias lo constituyen los carcinomas de cabeza y cuello (CCC) y la cuarta causa de muerte por cáncer en el sexo masculino; son heterogéneos, varían histológicamente y tienen etiología multifactorial y epidemiología distintas; son diversos los enfoques terapéuticos y pronósticos. El CCC abarca todos los tumores malignos de las vías aerodigestivas superiores (VADS), senos perinasales y glándulas salivales mayores y menores, los tumores de piel, partes blandas, huesos y estructuras neurovasculares de la cabeza y el cuello; e incluye las lesiones malignas de las glándulas tiroides y paratiroides.

Las neoplasias de esta región pueden originarse en cualquier sitio de los señalados y tienen características propias en cuanto a síntomas, presentación y diseminación. Su comportamiento epidemiológico es difícil de determinar, porque varía entre regiones; por lo general, aparece por encima de los 50 años, e incrementa su incidencia entre la sexta a la séptima década de la vida.¹

En el 95 % de los tumores se trata de carcinomas epidermoides. La posibilidad elevada de curación cuando se encuentran en estadios precoces (estadios I y II), con cifras de curación próximas al 80 % es

otra característica de estos tumores. Entre los factores de riesgo descritos por varios autores se encuentran: el tabaquismo, el alcoholismo, la contaminación ambiental, las radiaciones, la predisposición genética, las infecciones crónicas y la presencia de lesiones precancerosas.

Debido a las características y limitaciones propias del adulto mayor, se debe enfatizar en los aspectos biopsicosociales y epidemiológicos más importantes. Elaborar una estrategia terapéutica, es importante para manejar adecuadamente esta población cuando enferma de cáncer, no sólo resulta importante el hecho de aplicar tratamientos adecuados y oportunos, sino también incidir sobre los factores de riesgo para lograr un diagnóstico precoz, con el fin de elevar la sobrevida de estos enfermos.² Estadísticas internacionales revelan que aproximadamente el 70 % de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello se diagnostican en etapas avanzadas de la enfermedad.

En ciertas regiones de Francia e India el cáncer bucal es más frecuente, y a su vez el de laringe en Brasil, Italia y España. Los cánceres de la hipofaringe tienen la mayor frecuencia en Calvados y Bajo Rin (Francia) y después en Bombay (India). Francia ocupa además uno de los primeros cimeros en frecuencia de cáncer oral y asociación laringe-hipofaringe, con tasas estimadas de ocho por 100 mil habitantes, predominando en las regiones de Nord-pas-de-Calais y Calvados, seguidas por Eslovaquia, Portugal y España.

El consumo de alcohol y tabaco en algunas de estas regiones alcanza cifras récord a nivel mundial. La distribución geográfica del cáncer de la nasofaringe es particular; se consideran poblaciones de alto riesgo las del norte de Vietnam y del sureste de China (región de Cantón), donde la incidencia es de 80 por 100 mil habitantes, comparada con 2 por 100 mil en el norte de China.^{1,3-4}

En México, la frecuencia del CCC es baja y no aparece en las primeras 10 causas de muertes por tumores malignos, aunque probablemente existen registros preliminares.

Los carcinomas espinocelulares originados en cavidad oral y orofaringe ocupan el sexto lugar de todas las neoplasias a nivel mundial, siendo el cáncer oral, el más frecuente, ocupando el 25 % de los casos, le siguen el cáncer de laringe (18 %), piel 17 %; labio, orofaringe y el de tiroides, no alcanzan cada uno de ellos el 10 %.^{5,6} Los tumores de las glándulas salivales, ocupan el 5 % de estas lesiones.^{1,3-4}

En Cuba, el 90 % de los CCC pertenecen a la cavidad oral, y el 4 % del resto del organismo; en el año 2012 el cáncer bucofaríngeo mostró una mortalidad de 641 personas para una tasa de mortalidad de 5.7 por cada 100 000 habitantes y el de laringe 837 defunciones con 7.4.⁷⁻⁸

La cirugía radical con grandes reconstrucciones, el advenimiento de nuevos fármacos de quimioterapia y la mejoría en las técnicas de radiación, si bien impactan en la mejor evolución de los pacientes, en realidad no cambian las tasas de curación en forma significativa en las últimas 5 décadas.

Ante este panorama, la prevención primaria emerge como una estrategia importante. Por constituir un problema de salud en el territorio el cáncer de cabeza y cuello se realiza esta investigación con el objetivo de analizar su epidemiología.

MÉTODO

Se realiza un estudio observacional descriptivo de corte longitudinal prospectivo con el objetivo de analizar el comportamiento epidemiológico del cáncer de cabeza y cuello en la provincia Guantánamo en el período comprendido desde enero de 2006 hasta enero de 2014.

El universo de estudio está conformado por las 257 defunciones a causa del cáncer de cabeza y cuello siendo esta a su vez la muestra.

Las variables analizadas para el estudio fueron: año de ocurrencia: cuantitativa, ordinal, continua a través de la escala: 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2013 según año de ocurrencia de la muerte, tasas de mortalidad: cuantitativa, continua, según cantidad de fallecidos por cada 100000 habitantes. Sexo: cualitativa, nominal, dicotómica, según género de pertenencia expresado en masculino y femenino. Grupo de edades: cuantitativa ordinal, continua a escala de 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64 y 65 y más, según edad cronológica. Municipio afectado: cualitativa, nominal, policotómica, según municipio afectado.

Los resultados se presentaron en tablas para su interpretación. Los datos de las defunciones se obtuvieron de las bases de datos de mortalidad de la Dirección Provincial de Estadísticas y de historias clínicas los cuales fueron la fuente principal de información.

RESULTADOS

Tabla.1. Tasas de mortalidad de cáncer de cabeza y cuello

Años	No. de defunciones	Tasa
2006	28	5.4
2007	23	4.4
2008	29	5.6
2009	32	6.2
2010	31	6.0
2011	41	8.0
2012	31	6.0
2013	42	8.2

Fuente: Estadística Provincial.

Al hacer un análisis en cuanto al número de defunciones y a las tasas de mortalidad por años (Tabla.1) se puede apreciar el incremento sostenido de estas, predominando los años 2011 y 2013, coincidiendo con las cifras a nivel nacional y mundial, donde el CCC constituye en conjunto la 6ta neoplasia más frecuente a nivel mundial.

Tabla.2. Tasas de mortalidad de cáncer de cabeza y cuello según sexo

Año	Masculino		Femenino	
	No. de defunciones	Tasa	No. de defunciones	Tasa
2006	16	6.2	12	4.6
2007	17	6.6	6	2.4
2008	23	8.9	6	2.3
2009	22	8.5	10	3.9
2010	25	9.7	6	2.4
2011	32	12.4	9	3.5
2012	21	8.2	10	3.9

2013	28	10.9	14	5.4
------	----	------	----	-----

Fuente: Estadística Provincial.

En la Tabla.2 se observa que la mayor cantidad de defunciones predominó en el sexo masculino con 184 defunciones mostrando las tasas de mortalidad más altas en los años 2011 y 2013.

Tabla.3. Tasas de mortalidad de cáncer de cabeza y cuello en el sexo masculino según grupos de edades

Años	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65 y más		Total	
	No	Tasa	No	Tasa	No	Tasa												
2006	0	0	0	0	0	0	3	20.4	1	7.7	1	9.4	2	21.2	9	40.5	16	6.2
2007	0	0	0	0	1	5	1	6.6	2	15.2	3	27.2	1	10.7	9	39.4	17	6.6
2008	1	4.7	0	0	2	9.4	0	0	3	22.4	1	8.8	1	10.4	15	64.6	23	8.9
2009	0	0	0	0	0	0	2	12.0	3	22.0	1	8.6	2	20.8	14	57.9	22	8.5
2010	0	0	1	4.4	0	0	3	16.8	1	7.4	4	33.6	4	40.9	12	48.6	25	9.7
2011	0	0	0	0	2	8.8	0	0	4	27.0	3	23.9	2	19.1	21	80.4	32	12.4
2012	0	0	0	0	0	0	2	10.4	1	6.9	6	49.0	3	29.2	9	35.2	21	8.2
2013	0	0	0	0	1	4,4	3	15.6	2	13.8	1	8.2	3	29.2	18	70.4	28	10.9

Fuente: Estadística Provincial.

Tabla.4. Tasas de mortalidad de cáncer de cabeza y cuello en el sexo femenino según grupos de edades

Años	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54		55-59		60-64		65 y más		Total	
	No	Tasa	No	Tasa	No	Tasa												
2006	1	4.4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8.7	1	10.4	9	40.6	12	4.6
2007	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10.2	5	21.8	6	2.4
2008	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.0	0	0	0	0	5	21.2	6	2.3
2009	0	0	1	4.2	1	4.4	0	0	0	0	1	8.2	1	9.6	6	24.2	10	3.9
2010	0	0	1	4.4	0	0	0	0	1	7.0	0	0	2	18.9	2	7.8	6	2.4
2011	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6.4	2	15.2	1	9.0	5	18.2	9	3.5
2012	0	0	0	0	1	4.4	0	0	3	19.8	1	7.8	0	0	5	18.6	10	3.9
2013	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6.6	1	7.8	1	9.1	11	40.9	14	5.4

Fuente: Estadística Provincial.

Al hacer el análisis de la mortalidad del CCC en ambos sexos según grupos de edades (Tablas 3 y 4) se puede apreciar que este conjunto de neoplasias prevalece a partir de la sexta década de vida mostrando el mayor número de defunciones y las tasas de mortalidad más altas, lo que coincide con las cifras registradas a nivel nacional y global.

Tabla.5. Mortalidad de cáncer de cabeza y cuello por municipios

Municipio	Cantidad de defunciones
Guantánamo	116
Baracoa	49
San Antonio del Sur	21
Maisí	16
El Salvador	16
Caimanera	15
Manuel Tames	8
Imías	7
Yateras	5
Niceto Pérez	4

Fuente: Estadística Provincial.

La Tabla.5 plasma los municipios más afectados por el cáncer de cabeza y cuello, en la cual se destacaron los municipios de Guantánamo y Baracoa, en los cuales a pesar de tener mayor población debe aumentar las labores de promoción y prevención para disminuir la probabilidad de aparición de estas neoplasias y su detección en etapas curativas.

DISCUSIÓN

En todo el mundo se diagnostican, al menos, 650 000 nuevos casos de CCC, cada año y se producen cerca de 350.000 fallecimientos como consecuencia de esta enfermedad. En Europa, se estima que hay unos 140 000 casos de cáncer de cabeza y cuello y más de 63 000 fallecimientos ocasionados por la enfermedad cada año.

En España se estima que son diagnosticados entre 12000 y 14000 casos nuevos cada año. En Estados Unidos su incidencia es alrededor de 4 a 5 % y ocasionan 2 % de todas las muertes por cáncer. Aproximadamente 72 mil nuevos casos se notifican en hombres y 29 mil en mujeres por año, con una relación hombre: mujer de 2.5.^{6,9-13}

La diferencia en las defunciones por sexo, coincide con estudios realizados en Cuba donde según el Registro Nacional de Cáncer (RNC), el CCC se encuentra entre las 10 primeras causas de incidencia de cáncer en los hombres durante años.

El incremento de hábito tabáquico por parte de la mujer desde fines de los años sesenta ha hecho que la proporción hombre: mujer cambie de 6:1 a 4:1. Existen informes de una leve disminución de la tasa de CCC en el hombre y aumento en las mujeres.^{7,12,14-16}

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.

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 ha venido encima 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.^{2-4,11,17-18}

CONCLUSIONES

Los resultados arrojados por esta investigación refieren que la situación epidemiológica del CCC existente determinan que el pronóstico de los pacientes con dicha enfermedad depende de la etapa clínica, y si bien de la identificación de la población en riesgo y de lesiones precursoras, así como el diagnóstico precoz para disminuir las tasas de mortalidad de este, el esfuerzo mayor debe hacerse en la prevención primaria, por lo que surge la necesidad de crear mecanismos y cumplir a cabalidad las funciones por parte del Equipo Básico de Salud que permitan la identificación y el seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. José Francisco Gallegos-Hernández JF. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. *Cir Ciruj* 2006; 74:287-293.
2. Suárez García R, Pérez Martínez CY, Fernández Rojas L, Pérez Pupo A. Caracterización de adultos mayores con cáncer de cabeza y cuello. *CCM*[Internet].2013[Citado 20 nov 2013]; 17 (2):[aprox.3p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v17n2/ccm02213.pdf>
3. Cruz Hernández JJ. Cáncer de cabeza y cuello.[Actualizada 25 oct 2012;Citado 20 nov 2013]. Disponible en: http://www.merck.es/es/compania/divisiones_de_merck/merck_serono/oncologia/cancer_cabeza_y_cuello/cancer_cabeza_y_cuello.html .
4. Cáncer de Cabeza y Cuello. [Actualizada 25 Oct 2012;Citado 20 nov 2013]. Disponible en: http://www.merck.es/es/compania/divisiones_de_merck/merck_serono/oncologia/cancer_cabeza_y_cuello/cancer_cabeza_y_cuello.html.
5. Mohar A, Frías-Mendivil, Súcnel-Bernal L. Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Salud.Publica Mex.* 1997; 39:253-258.
6. Dean A, Roldán J, Jurado A, Ruza M, Acosta A, Díaz MR, et al. Protocolo de cáncer de cabeza y cuello. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento. [Citado 20 nov 2013]. Disponible en:http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/comite_tumores/pro_ca_cabeza_cuello.pdf .
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Oncología. Programas. [CD-ROM]. La Habana; 2010.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud.La Habana; 2012.
9. Marandas P. Cancers des vois aéro-digestives supérieures. Données actualles. Masson. Issy-les-Moulineaux; 2004.p. 3-19.

10. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*[Internet]. 2012[Citado 20 nov 2013];62(1):10-29. Disponible en:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20138/abstract> .
11. Meneses A, Mosqueda A, Ruiz Godoy L. *Patología quirúrgica de cabeza y cuello*. México: Ed Trillas; 2006.
12. Díaz-Rubio E. *Atlas integral de tumores de cabeza y cuello*. Madrid;2010.
13. 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 nov 2013];8:[prox10p.]. Disponible en: <http://www.tobaccoinduceddiseases.com/content/pdf/1617-9625-8-5.pdf>.
14. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población; 2011.
15. Loria D, Lence Anta JL, Guerra Yi ME, Galán Álvarez Y, Barrios Herrera E, et al. Tendencia de la mortalidad por cáncer en Argentina, Cuba y Uruguay en un período de 15 años. *Rev Cubana Salud Pública*[Internet].2010[citado 21 dic 2013]; 36 (2): 115-125. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n2/spu04210.pdf>.
16. Rodríguez Salvá A, Martín García A, Camacho Rodríguez R. El programa nacional de control de cáncer en Cuba. *Rev Brasileira Cancerología*[Internet].1998[citado 21 dic 2013]; 44 (2):[aprox. 8p.]. Disponible en: http://www.inca.gov.br/rbc/n_44/v02/artigo3.html.
17. Hernández M, Pupo Verdecia O. La calidad de vida en el anciano. En: *Temas de Medicina*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.p. 50-8.
18. Clínica Universidad de Navarra. *Tumores de cabeza y cuello*. [Actualizada 2013; Citado 20 nov 2013].Disponible en: <http://www.cun.es/la-clinica/servicios/medicos/departamento/otorrinolaringologia/tumores-cabeza-cuello>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goñi E. C´cancer escamoso de Cabeza y Cuello. En: *Manual de Patología Quirúrgica de Cabeza y Cuello*[Internet]. Universidad Católica de Chile.[Citado 20 nov 2013].[aprox.3p.]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualcabezacuello/CancerEscamoso.html>.
2. Sociedad Española de Oncología Médica. *Tumores de cabeza y cuello*. [Citado 20 nov 2013];8(5):[aprox.3p.].Disponible en: <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/tumores-ork/orl>.

3. INCA. Ministério da Saúde. *Câncer no Brasil*. Dados de Registros de Base Populacional[Internet].2010. Disponible en: http://www.inca.gov.br/regpop/2003/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=13
4. National Cancer Intelligence Network. Oral Cavity Cancer. 2010[Citado 20 nov 2013]. Disponible en: www.ncin.org.uk/publications/data/data_briefings/oralcancer.aspx .
5. Van der Waal I, de Bree R, Brakenhoff R, Coebergh JW. Early diagnosis in primary oral cancer: is it possible. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16: e300-e305.
6. Camargo Cancela M, Voti L, Guerra-Yi M. Oral cavity cancer in developed and in developing countries. Population- based incidence. *Head Neck*. 2010;32: 357-67.
7. Zohoori FV, Shah K, Mason J, Shucksmith J. Identifying Factors to Improve Oral Cancer Screening Uptake: A Qualitative Study. *PLoS ONE*. 2012; 7(10):e47410.

Recibido: 20 de febrero de 2014

Aprobado: 6 de mayo de 2014

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