

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

COMPORTAMIENTO DEL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER BUCAL

Dr. Ibrahín Chacón Vispali¹, Dra Deysi Suárez Zafra², Dra. Yasmilda Leyva Labrador³, Frank Rodríguez Martín⁴, Marlies Navarro Espinosa.⁴

RESUMEN

Se realiza un estudio para evaluar la calidad de la aplicación del Programa de Detección de Cáncer Bucal en la Clínica Estomatológica "Lidia Doce", durante el período enero de 1997 a diciembre de 2004. El universo está constituido por la población mayor de 15 años de edad, con una media de 3 3245 pacientes en el período analizado. La muestra está conformada por todos los individuos examinados por el estomatólogo durante dicho período. El porcentaje de los pacientes con esta entidad aumentó ostensiblemente en los últimos 5 años. Fue remitido el 0.23 % de los examinados. Se observó un ligero predominio del sexo masculino y el grupo de edades de 65 y más años. En su mayoría fueron diagnosticados en estadio 0 y I. Fallecieron 32 individuos por esta causa, solo 12 de estos fueron detectados por el estomatólogo como parte del programa, por lo que se plantea que en este sentido que no tenido impacto sustancial.

Palabras clave: NEOPLASMAS DE LA BOCA/diagnóstico; NEOPLASMAS DE LA BOCA/prevención y control; NEOPLASMAS DE LA BOCA/epidemiología; EVALUACION DE PROGRAMAS/estadísticas y datos numéricos.

INTRODUCCION

Las neoplasias malignas constituyen enfermedades cuyo origen aún se explora y son de tratamiento parcialmente eficaz. A escala mundial, debido a esta entidad, ocurre una de cada 10 defunciones, todos los años se diagnostican unos 6 millones de casos nuevos en más de la mitad de los países en desarrollo y mueren anualmente 4.3 millones de personas.^{1,2}

¹ Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial.

² Especialista de II Grado en Estomatología General Integral.

³ Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.

⁴ Estudiante de 5to. Año de Estomatología.

Los tumores malignos de la cavidad bucal, al igual que los de otras partes del organismo, son capaces de culminar con la vida de los pacientes. Promedian una tasa bruta mundial de 9.2 en el hombre y de 3.2 en la mujer por 100 000 habitantes.³

La detección temprana produce una reducción significativa de la mortalidad, al detectar lesiones premalignas cuyo tratamiento oportuno evitaría la aparición del cáncer, e incrementa la curación, supervivencia y calidad de vida. El diagnóstico precoz se realiza cuando las lesiones son menores de 2 cm de diámetro y no presentan signos evidentes metastásicos. Es éste el momento que al emplear tratamientos adecuados se logrará el control efectivo de la enfermedad.^{3,4}

En Cuba desde 1982 se puso en marcha el Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB) y se oficializa mediante Resolución Ministerial, en enero de 1986; es único en el mundo por su cobertura nacional, fundamentado en el examen anual del complejo bucal a toda la población de 15 años o más que acuden a la consulta estomatológica (pesquisaje pasivo), o que sean vistos en pesquisaje activo por el estomatólogo y el médico de familia. Los pacientes sospechosos de tener una lesión preneoplásica o maligna, previo llenado del modelo 47-22-01, son remitidos al servicio de Cirugía Maxilofacial donde se confirmará el diagnóstico.^{5,6}

La accesibilidad de la cavidad bucal al examen clínico, citológico y biopsia, y el bajo costo de estos exámenes, ha facilitado la puesta en práctica de este programa que tiene como objetivos: mantener a la población sana, disminuir la incidencia y la mortalidad por esta causa al realizar sistemáticamente el examen del individuo saludable, diagnosticar lesiones preneoplásicas o detectar cáncer en estadios tempranos, así como su tratamiento adecuado.⁵⁻⁷

METODO

Se realiza un estudio para evaluar la calidad de la aplicación del Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB) en la Clínica Estomatológica "Lidia Doce", de la provincia Guantánamo, durante el período enero de 1997 a diciembre de 2004.

El universo está constituido por la población mayor de 15 años de edad, con una media de 3 3245 pacientes en el período analizado. La muestra está

conformada por todos los individuos examinados por el estomatólogo durante dicho período.

Los datos son obtenidos de los modelos de remisión del PDCB (47-22 y 47-22-1), registros de estadística de la clínica estomatológica implicada y registro provincial de defunción (sistema de información estadístico de mortalidad).

Se confeccionó una ficha de vaciamiento con los pacientes remitidos, donde se investigan las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico presuntivo, diagnóstico definitivo, estadio. Se extrajeron del registro de defunciones las muertes ocurridas por cáncer bucal en el área de salud y período de tiempo analizado.

Los datos son tabulados y llevados a tablas y gráficos. Se determina frecuencia absoluta y porcentaje.

RESULTADOS Y DISCUSION

El porcentaje de pacientes examinados ha aumentado ostensiblemente en los últimos 3 años, lográndose examinar en el año 2003 el 98.7 % de la población mayor de edad (Gráfico 1). No se ha logrado examinar a toda la población incluida en el programa a pesar de ser uno de los principales objetivos de este.

Otros países han llevado a cabo programas de salud con objetivos análogos al nuestro, por ejemplo⁴⁻⁸: desde 1986 en Japón se realizan acciones encaminadas a garantizar el examen del complejo bucal anualmente por su demostrada efectividad en la reducción de la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal.⁹

Informes recientes de algunos estados indican que al menos el 63 % de los casos de lesiones bucales es diagnosticado por personal no odontológico. En la década del 90, sólo 7 % de la población mayor de 40 años había sido examinada con el objetivo de detectar lesiones oro faríngeas.²

Pese a que el médico de la familia fue incorporado al programa, por ser un profesional capacitado y con un universo poblacional favorable para llevar a cabo el examen del complejo bucal minuciosamente, consideramos que en nuestra área de salud no se explotan sus posibilidades para el correcto desenvolvimiento del PDCB.

La cobertura de la población examinada por los responsables de la aplicación del programa es insuficiente actualmente para los estomatólogos, que debían alcanzar la totalidad. Cuando las posibilidades reales de examinar a toda la población mayor de 15 años se ven amenazadas por la insuficiencia de recurso materiales y humanos, en correspondencia con el número de habitantes, no pueden esperarse resultados positivos; aunque no caben dudas de que nuestros profesionales cuentan con el conocimiento, capacidad y habilidad para reducir la incidencia y mortalidad de neoplasias malignas.

El porcentaje de remitidos en el área de salud fue en general de 0.23 % en el período analizado, valor inferior a la media nacional que oscila entre el 0.25 y el 0.30 %; nótese una disminución en el tiempo del valor de este indicador que alcanzó valores muy bajos en la década de los 90's. Ante un aumento del porcentaje de examinados debe esperarse un alza de remitidos, sin embargo, ocurre todo lo contrario, por lo que debe pensarse que el examen masivo de individuos cuando no se dispone de una correcta iluminación y otros medios necesarios, puede resultar poco exhaustivo.

El porcentaje de remitidos se encuentra por debajo de la media nacional, al igual que en otros estudios^{10,11} realizados en nuestro país donde los valores se encuentran sumamente por debajo de los nuestros.

Se detectó un ligero predominio del sexo masculino (57.5 %). El grupo de edad predominante fue el de 55 a 64 años de edad (23.3 %) (Ver Gráfico 2). En cuanto a estas variables, Santana⁷, Quintana¹¹, Bascones¹² y otros¹³ registran ligero predominio de pacientes remitidos del sexo masculino y confirman que las lesiones premalignas y malignas aumentan su incidencia con la edad.

El porcentaje de pacientes diagnosticados correctamente por el estomatólogo se ilustra en el Gráfico 3; de modo general, el 78.4 %. En el trienio 2001-2003, el 100 % de los pacientes fue remitido con diagnóstico acertado al segundo nivel de atención.

El mayor porcentaje de lesiones malignas corresponde a leucoplaquias (46.9 %), seguido de neoplasias benignas (20.9 %) (Ver Gráfico 4).

La leucoplaquia fue registrada igualmente con mayor frecuencia en numerosos estudios^{11,13,14}; esta lesión premaligna es la de mayor frecuencia encontrada asociada al carcinoma epidermoide y, en proporción variable, experimenta transformaciones malignas, pero se acepta como cifra media

entre el 2 y 4 %. De ahí, la importancia que reviste la detección y remisión de pacientes con esta lesión.¹²⁻¹⁴ Al estomatólogo le corresponde llevar a cabo en estos casos el tratamiento preventivo y actuar sobre los factores etiológicos.

Los pacientes remitidos con cáncer bucal según estadio de la lesión en el momento de la remisión se resumen en el Gráfico 5. Se detectaron, por el PDCB, 15 pacientes con cáncer del complejo bucal. El 70.6 % se detectó en estadio 0 o I, ambas etapas son susceptibles de tratamiento curativo. Debe señalarse que en el trienio 2002-2004 se remite un paciente en estadio IV; etapa clínica muy avanzada que supone una muerte por cáncer bucal.

El incremento de los casos informados en estadios tempranos es la principal medida que permite elevar la curabilidad del cáncer bucal conjuntamente con el tratamiento oportuno y eficaz, lo que es demostrado a través de numerosos estudios^{13,14} que registran una mayoría de pacientes diagnosticados en estadios avanzados con valores muy bajos de supervivencia a los 5 años.

En Cuba, al iniciarse el programa, se diagnosticaba solo el 22 % en estadio I, sin embargo, actualmente alcanza casi el 50 %.³⁻⁷ En los años 90 en los Estados Unidos este indicador no superaba el 35 %.² Otros estudios afirman que la supervivencia de pacientes con cáncer bucal detectado en estadios tempranos arriba al 80 %, sin embargo, solo el 19 % de los pacientes sobrevive a los 5 años si la neoplasia es detectada en etapas avanzadas.²

El comportamiento de la mortalidad por cáncer bucal en esta área de salud se muestra en el Gráfico 6, donde se observa que fallecieron 32 pacientes, solo 12 de ellos fueron detectados por el estomatólogo general en algún momento de su enfermedad mediante el programa. Al analizar este indicador en el tiempo, se detecta una fluctuación en sus valores, pero debe señalarse que en los últimos 20 años analizados no se encontró defunciones por cáncer bucal.

Teniendo en cuenta que la mortalidad es el indicador más importante al evaluar la efectividad del programa, planteamos que si bien es cierto que durante los 21 años de aplicación se han alcanzado logros ostensibles por detectar lesiones premalignas y malignas en estadio temprano, se han escapado al examen bucal pacientes con neoplasias malignas causantes de muerte.

CONCLUSIONES

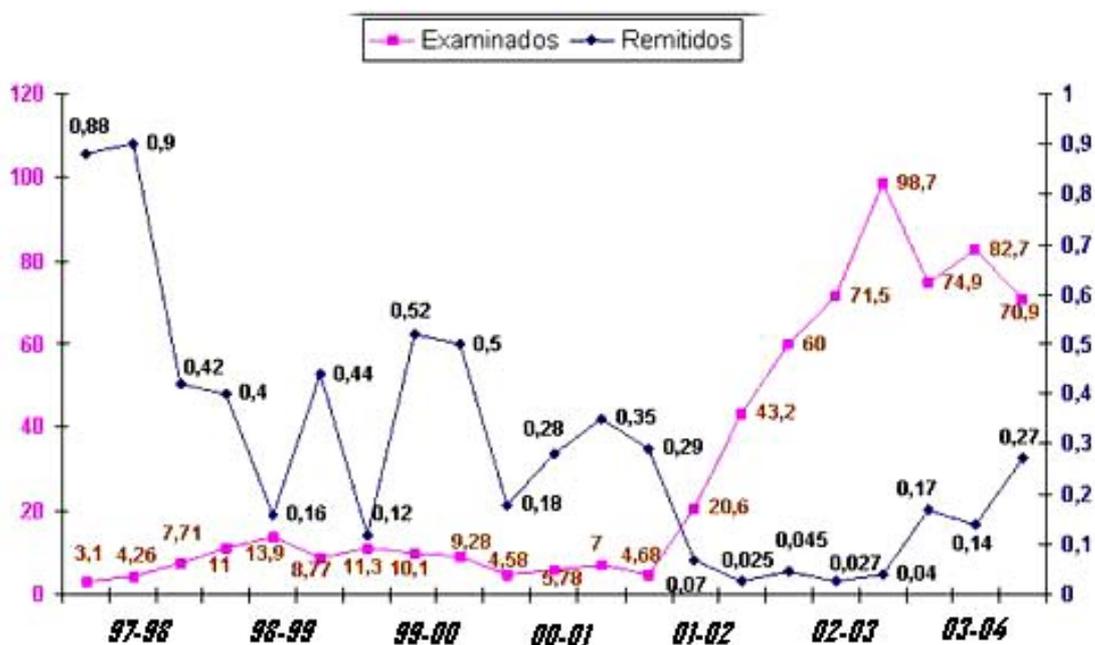
1. Se encontró incremento notable de pacientes con lesiones malignas (cáncer bucal) en los últimos 5 años del estudio.
2. Hubo ligero predominio del sexo masculino y el grupo de edades de 65 y más años.
3. En su mayoría fueron diagnosticados en estadio 0 y I.
4. La estabilidad de las tasas de mortalidad por cáncer bucal en el tiempo encontrada en varios estudios al evaluar el Programa de Control de Cáncer en Cuba, evidencia que el programa en este sentido no ha tenido un impacto sustancial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hernández Cisneros F, Díaz Seguí D, Sardiñas Montes de Oca O, Martínez Cabrera N. Neoplasias malignas: caracterización. Rev Cubana Med Gen Integr. 1997; 13(1):19-28.
2. Meskin HL. One More Time. JADA. 1999; 130: 910-16.
3. García Jordán M, Sosa Rosales M, Lence Anta J, Fernández Garrote L, Martín Moya LA. Distribución del cáncer bucal por etapas clínicas. Cuba (1988-1994). Rev Cubana Oncol. 1999; 15(3):170-5.
4. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1986.p.5-16.
5. Santana JC, Delgado L, Miranda J, Sánchez M. Programa Nacional del Cáncer Bucal. Resultados de cinco años de aplicación. Rev Cubana Estomatol. 1991;28(2):83-92.
6. Santana JC, Miranda J. Importancia de un Programa de Detección del Cáncer de la Boca. Rev Cubana Estomatol. 1983;20(2):115.
7. Downer MC, Moles DR, Palmer S, Speight PM. A systematic review of test performance in screening for oral cancer and precancer. Oral Oncol. 2004 Mar; 40(3):264-73.
8. Nagao T, Warnakulasuriya S. Annual screening for oral cancer detection. Cancer Detect Prev. 2003;27(5):333-7.

9. Adolfo Sagué G. Evaluación de la calidad del programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal. MEDISAN. 1999; 3(3):25-33
10. Quintana Díaz JC, Rodríguez Llénez R, Castillo A, Álvarez Campos L. Comportamiento del plan de detección precoz del cáncer bucal en Artemisa (1990-1994). Rev Cubana Estomatol. 1996; 33(3).
11. Bascones Martínez A, Cerero Lapiedra R, Esparza Gómez GC. Lesiones precancerosas de la mucosa bucal: leucoplaquia, liquen plano, y úlcera traumática. En: Bascones Martínez A. Tratado de Odontología III. Madrid: SMITHKLINE BEECHAM; 1998 .p.3073-79.
12. León Martínez E, Romero Sánchez MC, Ferrer Herrera I, Fatjó Cruz M. Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. Rev Cubana Med Gen Integr. 1996; 12(3).
13. Wunsch-Filho V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. Oral Oncol. 2002 Dec;38(8):737-46.
14. Fernández Garrote LM. A evaluation of the oral cancer control program in Cuba. Epidemiology. 1995;6(4):428-31.

GRAFICO 1. PACIENTES EXAMINADOS Y REMITIDOS POR AÑO.



Fuente: Modelos de remisión del PDCB.

GRAFICO 2. PACIENTES REMITIDOS SEGUN EDAD Y SEXO.

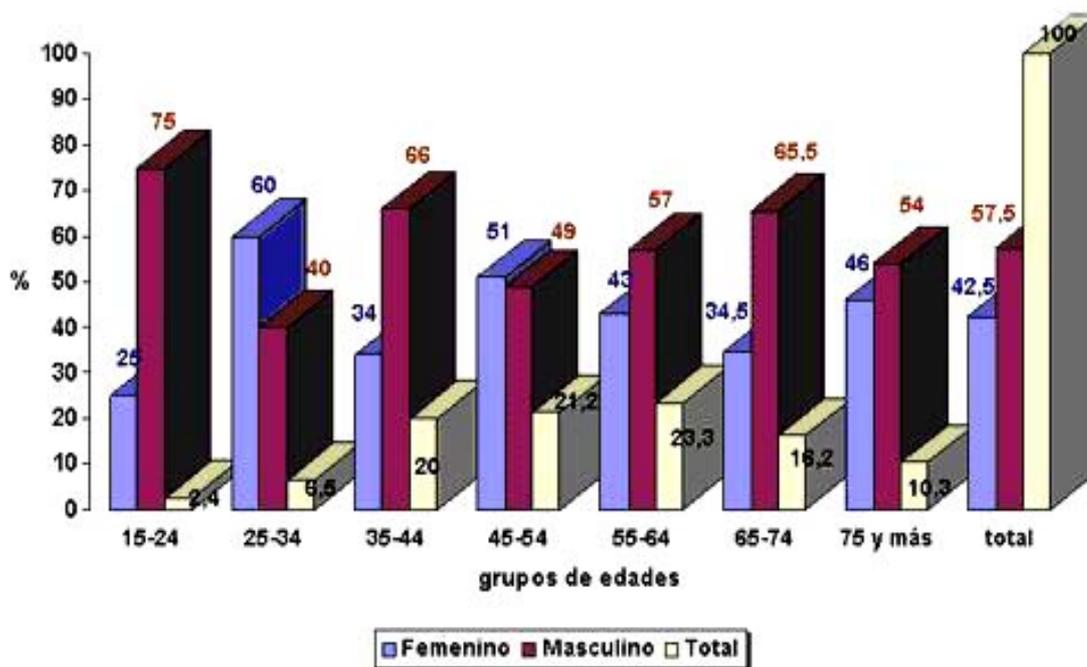
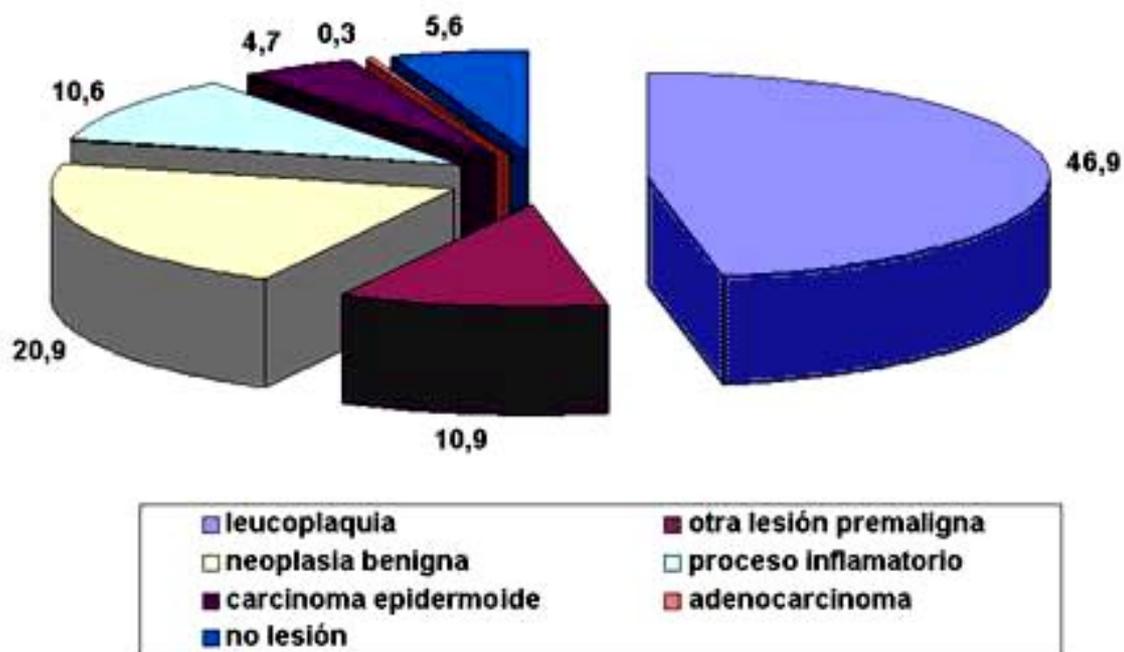


GRAFICO 3. EFECTIVIDAD DEL DIAGNOSTICO PRESUNTIVO DE LOS PACIENTES REMITIDOS.



GRAFICO 4. PACIENTES REMITIDOS SEGUN TIPO DE LESION.



Fuente: Modelos de remisión del PDCB.

GRAFICO 5. CASOS POSITIVOS DE CANCER SEGUN ESTADÍO DE LA LESION EN EL MOMENTO DE LA REMISION.

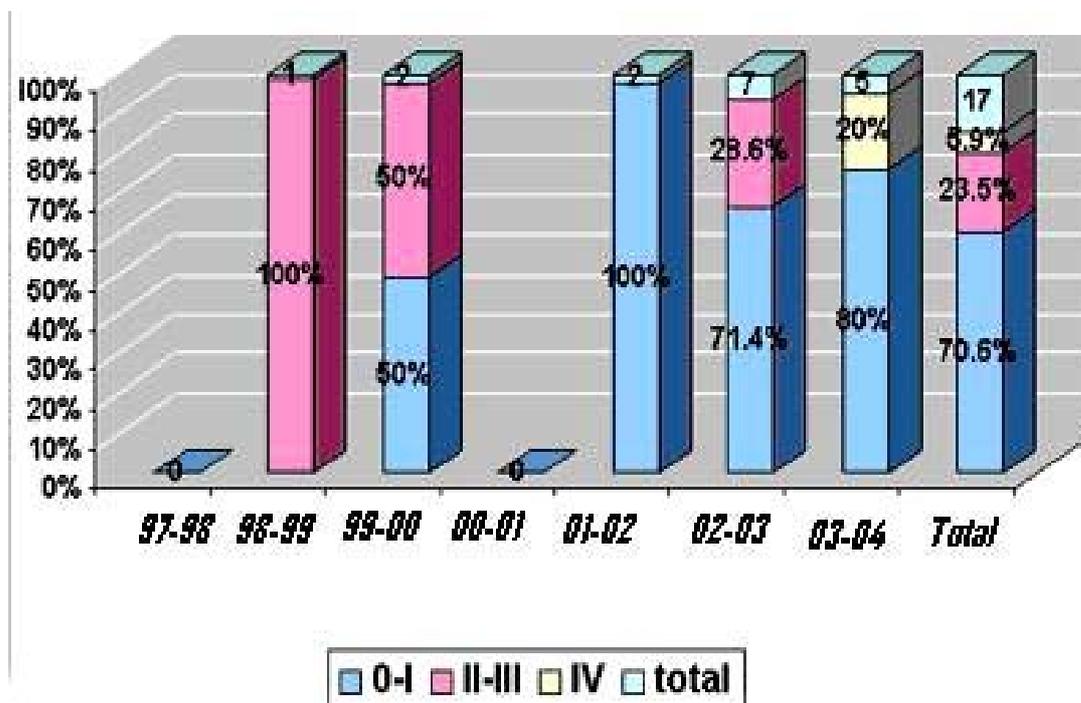
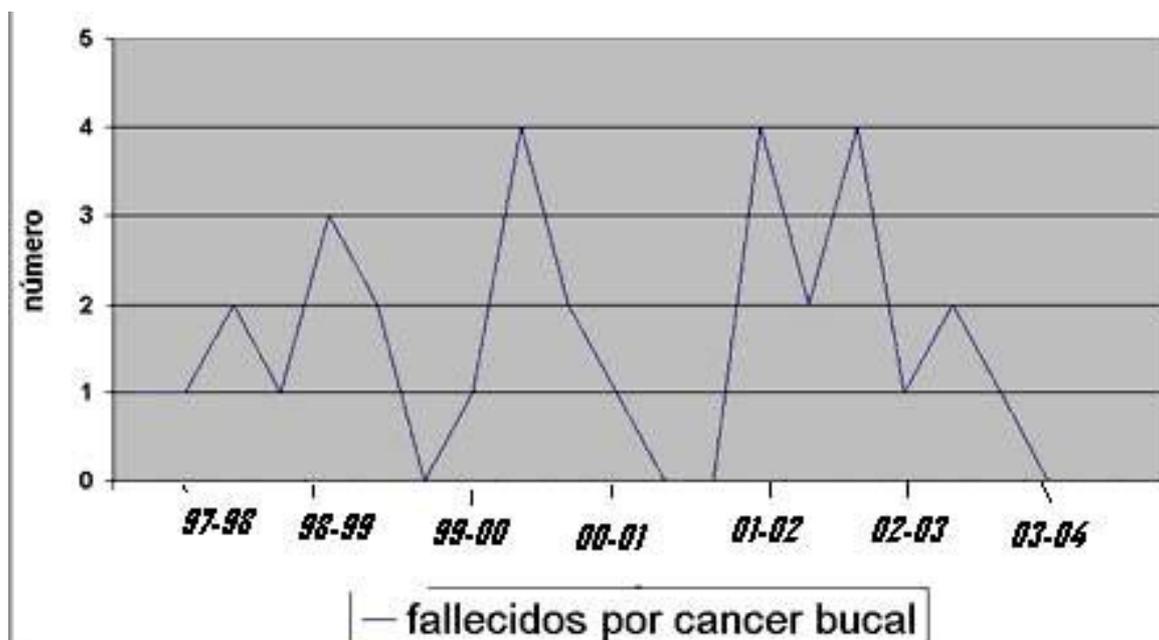


GRAFICO 6. MUERTES POR CANCER BUCAL.



Fuente: Sistema de información estadístico de mortalidad.