

**ARTÍCULO ORIGINAL****Comportamiento clínico-epidemiológico de cáncer de cabeza y cuello en provincia de Guantánamo****Clinical and epidemiological behavior on head and neck cancer in Guantánamo**

Dra. Nuria Pérez Delgado<sup>1</sup>, Dr. Eduardo Urgellés Rodríguez<sup>2</sup>, Dra. Martha Modesta Acosta Calderín<sup>3</sup>, Lic. Annia Álvarez González<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup> Estomatólogo General Básico. Instructor. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

<sup>4</sup> Licenciada en Atención Estomatológica. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

---

**RESUMEN**

Se realizó un estudio con el objetivo de identificar el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer de cabeza y cuello en la provincia Guantánamo en el período comprendido desde el año 2007 hasta octubre de 2013. El universo de estudio quedó conformado por las 187 personas diagnosticadas. Las variables estudiadas fueron: grupo de edades, sexo, topografía, topografía bucal, factores de riesgo, tipo de cáncer y cantidad de defunciones. El sexo masculino fue el que predominó, la edad que prevaleció fue la cuarta década de vida. El factor de riesgo que más incidió fue el tabaquismo. Guantánamo fue el municipio más afectado y la topografía bucal que más prevaleció fue suelo de boca, SAI (sin otra especificación). Los resultados arrojados por esta investigación aportan la necesidad de implementar con efectividad las acciones de prevención y promoción para la detección temprana de casos de cáncer.

**Palabras clave:** cáncer de cabeza y cuello, neoplasia, adenocarcinoma

---

## **ABSTRACT**

A study was done in order to identify the clinical and epidemiological behavior on head and neck cancer in Guantánamo from 2007 to October 2013. The studied group was composed of 187 diagnosed individuals. The variables were studied: age group, sex, topography, oral topography, risk factors, type of cancer and deaths. Males were the predominant sex, the age that was prevailed, 4th decade of life. The gravest risk factor was smoking. Guantánamo was the most affected municipality and the most prevalent oral topography was mouth floor, adenocarcinoma (without specification s). Results from this investigation, the application of preventive actions for early detection of this cancer.

**Keywords:** head and neck cancer, neoplasm, adenocarcinoma

---

## **INTRODUCCIÓN**

El eminente oncólogo inglés Sir. Rupert Willis que postuló que neoplasia es una masa anormal de tejido, con un crecimiento que sobrepasa al de los tejidos normales y no coordinado con el de éstos, que conserva el mismo carácter excesivo una vez concluido el estímulo que provocó el cambio, pudiéndose añadir a esta definición que la masa anormal carece de objeto, ataca al huésped sin tener en cuenta el daño que le ocasiona y es prácticamente autónoma, aunque depende del hospedero para su nutrición y, por lo general, necesita de este un soporte endocrino.<sup>1</sup>

Los cánceres son enfermedades multifactoriales debido al efecto combinado de factores genéticos y ambientales. Una pequeña proporción, se estima que entre el 5 y 10 % de todos los tumores, tiene un carácter familiar o hereditario.<sup>2,3</sup>

El cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial y la primera en varios regiones, países, provincias y ciudades, siendo también una enfermedad capaz de dejar secuelas e invalidez, con un marcado deterioro de la calidad de vida de las personas que logran sobrevivir a la enfermedad, además, del serio problema que representa para la economía familiar y de cualquier nación. Por su magnitud y

repercusión en la salud humana el cáncer ha sido incluido dentro de las prioridades de los programas sanitarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).<sup>3,4</sup>

El cáncer de cabeza y cuello incluye al cáncer de piel y bucal (que incluye además el de labio, cavidad bucal y bucofaríngea), es una de las diez primeras localizaciones de incidencia de cáncer en el mundo. El tumor de cabeza y cuello es la séptima causa de muerte por cáncer en el mundo y su incidencia se incrementa rápidamente en los países en desarrollo. Los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de cabeza y cuello incluyen el tabaquismo, infección por virus humano de papiloma (HPV), edad y exposición al sol.<sup>5,6</sup>

La prevalencia de 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 100000 habitantes, en ciertas poblaciones de Asia. 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.<sup>7,8</sup>

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.<sup>7,8</sup>

El Registro Nacional de Cáncer y la Unidad Nacional para el Control del Cáncer con relación a la incidencia de tumores de laringe en el año 2007 reportaron en el sexo masculino 846 casos, lo cual representó 15.0 de tasa bruta y 11.2 de tasa ajustada; mientras que en el sexo femenino no aparece entre las 10 primeras localizaciones de mayor incidencia. En los hombres según la edad, registraron un caso entre 25 y 29 años, uno entre 30 y 34 años, 6 entre 35 y 39 años, 34 entre 40 y 44 años, 47 entre 45 y 49 años, 83 entre 50 y 54 años, 139 entre 55 y 59 años, 534 de 60 años y más; se excluye del total un caso por edad desconocida.<sup>9,10,11</sup>

En el año 2010 apareció entre las primeras cinco causas de muerte en Cuba los tumores malignos, incluso los mayores incrementos en las tasas de mortalidad y de años de vida potencial perdidos se producen para los tumores malignos, los cuales ocupan el primer lugar cuando se cuantifican los años que dejan de vivir los cubanos por la causa que mueren.

La tasa de mortalidad por tumores malignos, aumenta en un 4 %. Según el anuario estadístico, en el 2010, la mortalidad por tumores de labio, cavidad bucal y faringe por sexo tuvo el comportamiento siguiente: en el masculino 525 muertes para una tasa de 9.3 x 100 mil hombres y en el femenino 142 muertes para una tasa de 2.5 x por 100 mil mujeres, siendo la razón de tasas por sexo de 3.7; mientras que la mortalidad por tumores de laringe fue: en el masculino 664 muertes para una tasa de 11.8 x 100 mil hombres y en el femenino 88 muertes para una tasa de 1.6 x por 100 mil mujeres, siendo la razón de tasas por sexo de 7.5. Por otra parte, el cáncer de piel se muestra en la oncena causa de mortalidad en el sexo masculino y entre las primeras 15 en el sexo femenino hasta el 2011 en Cuba.<sup>9,10,11</sup>

El cáncer es una de las principales prioridades del Sistema de Salud, siendo además la segunda causa de muerte en todo el país, teniendo un comportamiento similar en Guantánamo; en la cual se han encontrado dificultades en el programa de prevención del cáncer de cabeza y cuello como problema de salud en la población de la provincia caracterizado por:

- Insuficientes y poco resolutivas acciones de prevención.
- No identificación de los grupos de riesgos.
- Inadecuada percepción de riesgo en la población.
- Antecedentes patológicos familiares (APF) de cáncer en los casos diagnosticados.

Lo cual conlleva a las siguientes interrogantes:

¿La metodología de la investigación utilizada actualmente en las investigaciones biomédicas es pertinente para la prevención del cáncer de cabeza y cuello?

¿Es posible modificar factores de riesgos y estilos de vida inadecuados en los grupos de riesgo para el cáncer de cabeza y cuello?

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio con el objetivo de identificar el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer de cabeza y cuello en la provincia Guantánamo en el período comprendido desde el año 2007 hasta octubre del 2013.

El universo de estudio estuvo conformado por las 187 personas con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello, que fueron remitidas al servicio de cirugía maxilofacial, conformando la muestra de estudio.

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables: grupo de edad, sexo, topografía, topografía bucal, factores de riesgo, tipo de cáncer y cantidad de defunciones.

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.

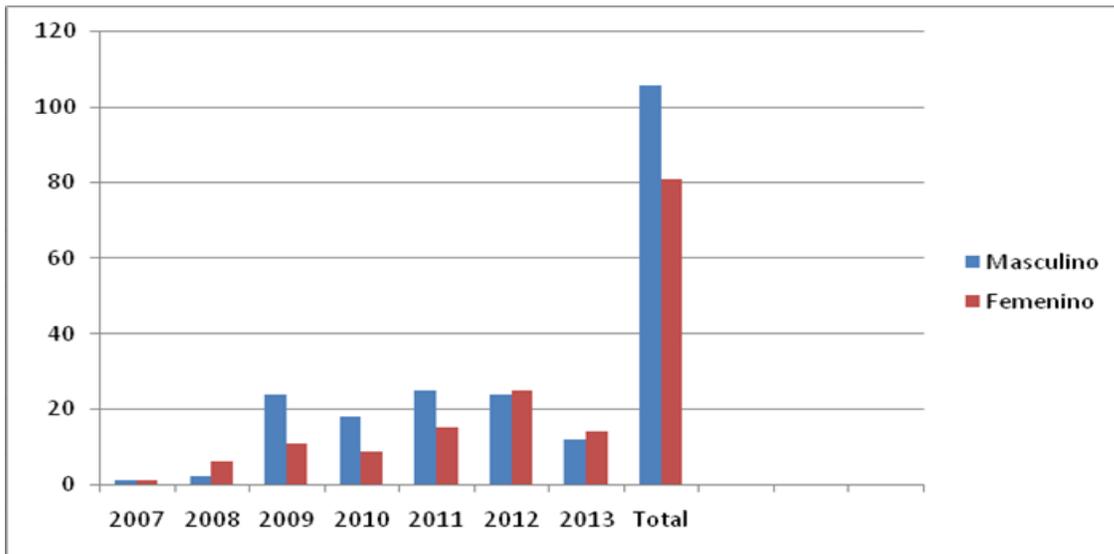
Se les informó a los pacientes las características de la investigación y que las informaciones y datos personales que se utilicen no serán utilizados en otro tipo de investigación ni serán divulgados, garantizándoles estricta confidencialidad y seguridad, solo usándose la misma con fines científicos.

Aunque esta investigación no pondrá en peligro la vida, se les solicitó 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 constituyó la fuente primaria de información, confeccionado según criterios de autores y respondiendo a los objetivos trazados, además de los datos encontrados al examen bucal.

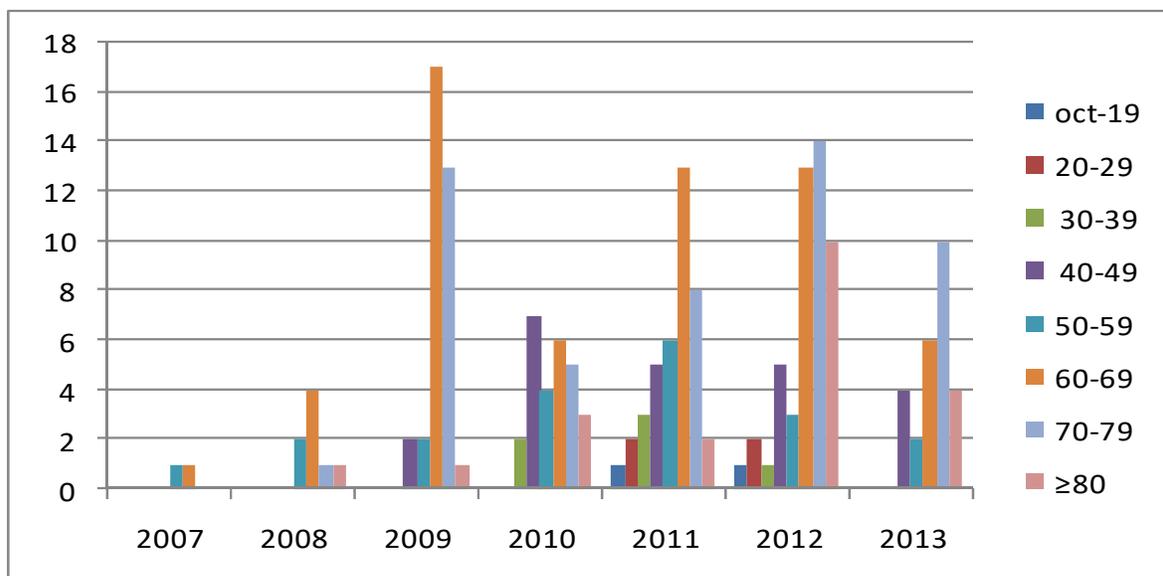
## **RESULTADOS**

En el período de estudio en las 187 personas con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello, predominó el sexo masculino con 106 casos para el 56.6 %, sobre el femenino con 81 casos (43.3 %) (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Cáncer de cabeza y cuello según sexo

Fuente: Estadística Provincial, formulario.

En el Gráfico.2 se representan los pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello según el grupo etario; analizando la variable edad se observó el mayor por ciento en el grupo de edades comprendidas a partir de la cuarta década de vida, con prevalencia de la sexta década de vida.

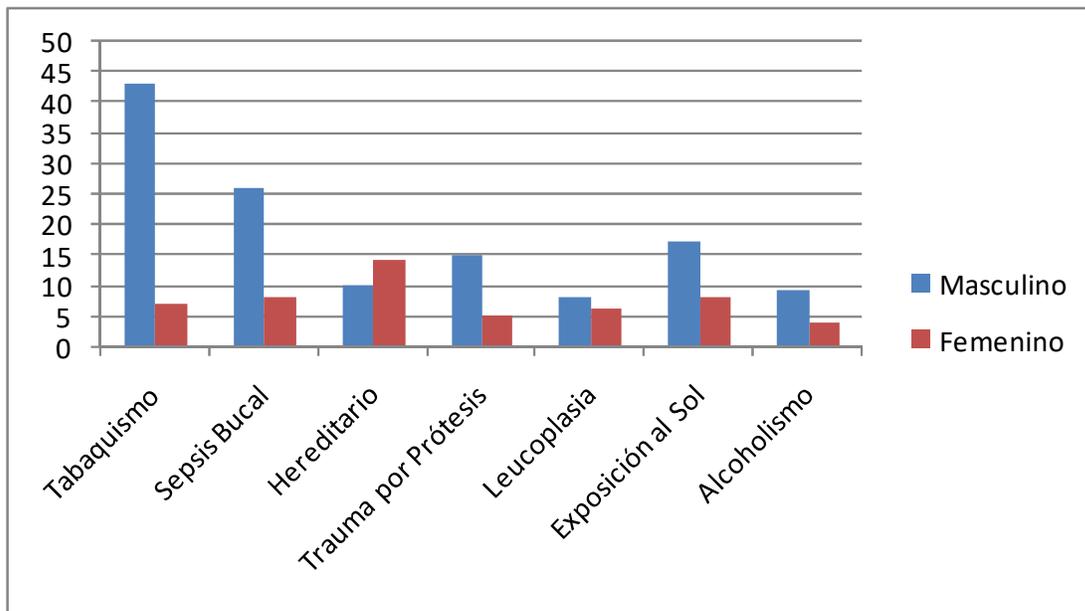
**Gráfico 2.** Cáncer de cabeza y cuello según grupos de edad

Fuente: Estadística provincial, formulario.

El Gráfico 3 muestra los factores de riesgo presentes en los pacientes que presentaron cáncer de cabeza y cuello, es importante destacar que todos los pacientes presentaron más de un factor de riesgo siendo el más frecuente el tabaquismo con el 43 % el sexo masculino y un 3.7 en el sexo femenino, además de la sepsis bucal, el trauma por prótesis los efectos hereditarios y la exposición al sol.

En su segunda edición del atlas de patología bucal de Santana Garay refiere que el 95 % de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello son fumadores inveterados. En una encuesta en el estado de Goa con 14 363 y usuario de tabaco sin humo (mascadores) se detectó que el 21.8 % de hombre y el 12.3 % de mujeres tenían alguna lesión preneoplásica.

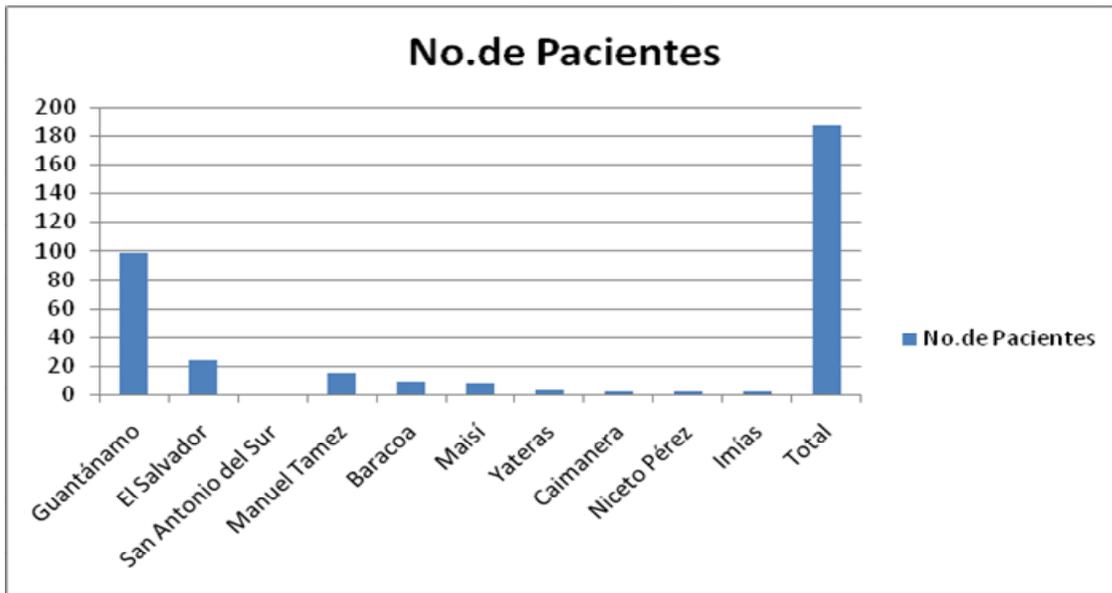
**Gráfico 3.** Factores de riesgo en pacientes con cáncer de cabeza y cuello



Fuente: Estadística provincial, formulario.

En el Gráfico 4 donde se plasma la topografía en que fueron diagnosticados los pacientes afectados por el cáncer de cabeza y cuello, se destacaron los municipios de Guantánamo y El Salvador con 99 y 24 pacientes, para el 53 y 13 %, respectivamente.

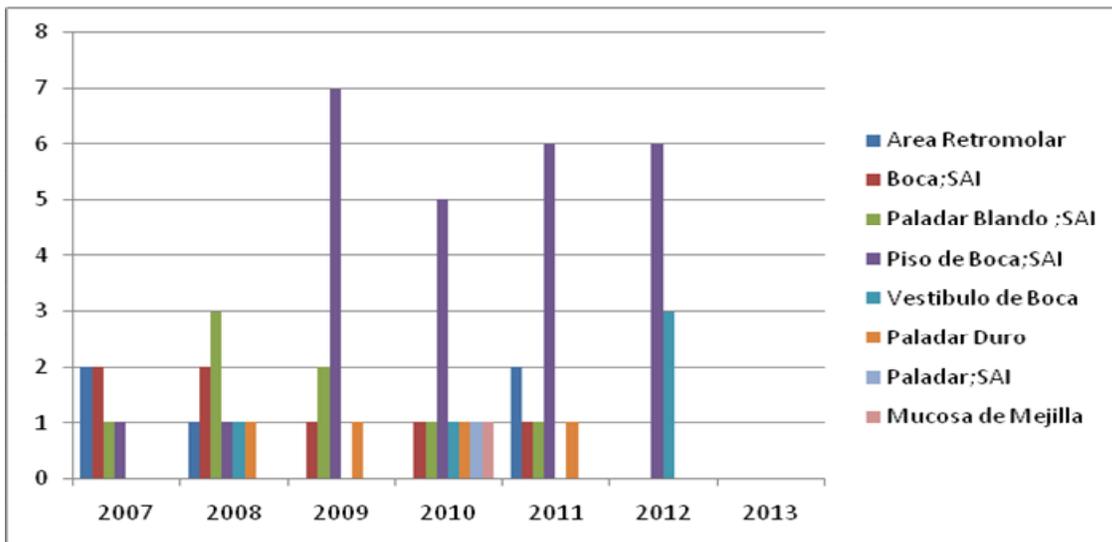
**Gráfico 4.** Distribución de pacientes de acuerdo a topografía del cáncer de cabeza y cuello



Fuente: Estadística provincial, formulario.

Se observó que es más frecuente en el suelo de la boca; SAI, con un 15.5 % (Gráfico 5) A diferencia de otros estudios realizados en Cuba donde el cáncer espino celular de la lengua ocupa el primer lugar de incidencia; reportándose desde 1980 más de 190 casos.

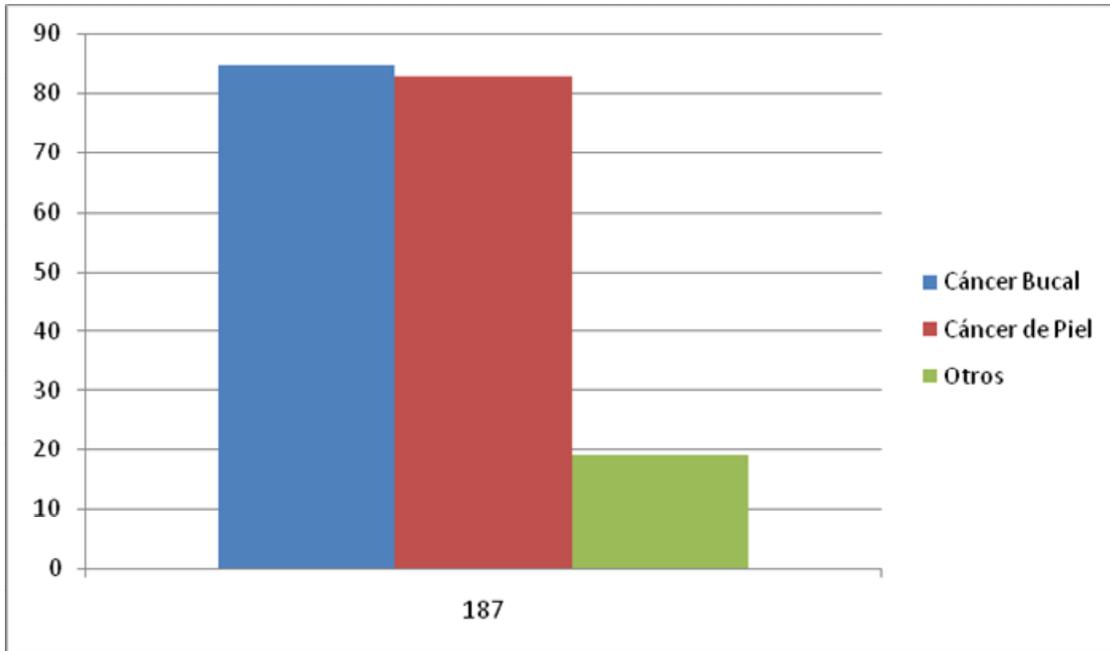
**Gráfico.5.** Distribución de pacientes de acuerdo a topografía bucal más afectada por cáncer de cabeza y cuello



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 prevaleció con 85 pacientes diagnosticados (45.4); seguido de cáncer de piel con 83 (44.3) (Gráfico 6), teniendo un comportamiento similar a las cifras que muestra Cuba donde estas enfermedades prevalecen.

**Gráfico 6.** Distribución de pacientes según tipo de cáncer



Fuente: Estadística provincial, formulario.

## DISCUSIÓN

El cáncer de cabeza y cuello se ha encontrado entre las 10 primeras causas de incidencia de cáncer en los hombres durante años, la diferencia respecto al sexo coincide con estudios realizados en Cuba donde según el Registro Nacional de Cáncer (RNC).

En una revisión de 338 casos de carcinoma escamocelular bucal invasivos (CEB), 8 carcinoma *in situ* (CIS) (2.4 %), que indica que la tasa ajustada a la edad de este carcinoma preinvasivo es de 0.4 en el hombre y 0.1 en la mujer, en comparación con la tasa ajustada por 100 mil en EE.UU que es para los CEB infiltrantes de 17.4 y 11.2, respectivamente<sup>12,13</sup> En Trivandrum, India, es de 25 en el hombre y 13.1 en la mujer.<sup>7</sup> Brasil tiene una de las incidencias más altas de América Latina en el cáncer de la boca, ocupa el tercer lugar de frecuencia en el

hombre con 8.5 % con respecto a las otras localizaciones y, en la mujer, es de 2.3 %. En el estado de Paraíba ocupa el segundo lugar en el hombre con 15.8 % y el cuarto en la mujer con 5.8 %.<sup>14,15,16</sup>

Es importante tener en cuenta en este análisis que los hábitos tóxicos como fumar y el alcohol, los cuales son también factores de riesgo del cáncer bucal, son más frecuentes en los hombres que en el sexo femenino, aunque en estudios recientes se han mantenido las altas tasas de incidencia en los hombres y un ligero crecimiento de estas en el sexo femenino debido al aumento del número de mujeres con hábitos tóxicos, aunque en este estudio no se ha comportado de igual manera.

Este cáncer se presenta con similar presencia por lo que no existe una gran diferencia en el porcentaje de los siguientes grupos etarios, coincidiendo con múltiples bibliografías donde citan que 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 las principales condicionantes; más si se ha alcanzado una alta esperanza de vida, característica de países desarrollados y una baja natalidad por lo que el envejecimiento demográfico es una de las realidades que no se pueden ignorar 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.

Santana Garay<sup>8</sup> describe además como algo importante de destacar 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 cabeza y cuello muestra ser más alta a partir de los 60 años y es mínima hasta los 49 años. En Guantánamo a pesar de las acciones de prevención encaminadas a la reducción de la mortalidad hasta la fecha han fallecido 16 personas a causa de este tipo de padecimiento, lo que demuestra que hay que fortalecer aún más las barreras contra el desarrollo del cáncer de cabeza y cuello.

En una investigación realizada en Brasil se demostró que el riesgo relativo de los fumadores con relación a los no fumadores de padecer cáncer bucal es de 6.3, 13.9 y 7.0 veces mayor. También se hace referencia a la sepsis bucal como una condición muy relacionada con el tabaquismo y como segundo factor de riesgo en frecuencia.

En el resto del mundo tiene un comportamiento similar, la localización de mayor incidencia en la boca; en el hombre, es la lengua con una tasa de 20.2 x 100 000 habitantes, le sigue la de mucosa del carrillo y el paladar (otras partes de la boca) con 1.3. El suelo de la boca con 0.5, el

labio con 0.2 y la encía con 0.2, son las de menor incidencia. En la mujer, la lengua ocupa el primer lugar con una tasa por 100 000 habitantes de 1.2.<sup>17,18,19</sup>

## CONCLUSIONES

Los resultados arrojados por esta investigación refieren que debido a la situación clínico-epidemiológica de cáncer de cabeza y cuello es necesario seguir aumentando las acciones de prevención, para reducir las probabilidades de aparición de nuevos casos ya que:

- Persiste un insuficiente adiestramiento y labor por parte de los estudiantes, estomatólogos y demás integrantes del Equipo Básico de Salud al no llevar a cabo el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal (PDCB).
- Persiste una baja percepción de riesgo por parte de la población.
- Se debe promover una intervención diferenciada hacia la población de la tercera edad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meneses A, Mosqueda A, Ruiz Godoy L. Patología quirúrgica de cabeza y cuello. 1era edición. Ed Trillas México 2006.
2. Estudio genético por secuenciación masiva de genes asociados a cáncer familiar- [www.briscaler.com](http://www.briscaler.com). [citado 20 de nov. de 2013] [Aprox.3p.]. Disponible en: [http://www.merck.es/es/compania/divisiones\\_de\\_merck/merck\\_sero\\_no/oncologia/cancer\\_cabeza\\_y\\_cuello/cancer\\_cabeza\\_y\\_cuello.html](http://www.merck.es/es/compania/divisiones_de_merck/merck_sero_no/oncologia/cancer_cabeza_y_cuello/cancer_cabeza_y_cuello.html)
3. Tumores de cabeza y cuello. [Citado 20 de noviembre del 2013]; 8(5): [Aprox. 3p.] Disponible en: <http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/departamento/otorrinolaringologia/tumores-cabeza-cuello>
4. Tumores de cabeza y cuello. [citado 20 de noviembre del 2013]; 8(5): [Aprox.3p.].Disponible en:[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_medica/comite\\_tumores/pro\\_ca\\_cabeza\\_cuello.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/comite_tumores/pro_ca_cabeza_cuello.pdf)
5. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2012. Atlanta: American Cancer Society; 2012.
6. 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

- noviembre de 2013]; 8(5): [Aprox. 3p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20178620>
7. 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.
  8. Santana Garay, J.C Prevención y Diagnóstico del Cáncer Bucal. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2003.
  9. Santana Garay, J.C. Atlas de patología del complejo bucal. 2da edición. Editorial ciencias médicas.; 2010.
  10. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. 2011.
  11. Anuario Estadístico de Salud. Edición especial. 2011.
  12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Grupo Nacional de Oncología. Programas. [CD-ROM]. La Habana: MINSAP; 2010.
  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. Instituto Nacional de Cáncer (INCA). Cáncer no Brasil. Dados de Registros de Base Populacional. Brasília: INCA; 2010. [Internet]. 2010 [citado 2013 nov. 20]. Disponible em: [http://www.inca.gov.br/regpop/2003/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=13](http://www.inca.gov.br/regpop/2003/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=13)
  15. 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.
  16. Dodd VJ, Riley JL, Logan HL. Developing an oropharyngeal cancer (OPC) knowledge and behaviors survey. Am J Health Behav. 2012; 36: 589-601.
  17. National Cancer Intelligence Network (2010) Oral Cavity Cancer: [citado 20 de noviembre del 2013]; 8(5): [Aprox. 3p.]. Available at: [www.ncin.org.uk/publications/data/data\\_briefings/oralcancer.aspx](http://www.ncin.org.uk/publications/data/data_briefings/oralcancer.aspx) accessed on: 24 June 2011.
  18. 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.
  19. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. CA. Cáncer J Clin. 2012; 62:10-29.

**Recibido:** 28 de noviembre de 2013

**Aprobado:** 11 de febrero de 2014

**Dra. Nuria Pérez Delgado.** Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba. Email: [rector@infosol.gtm.sld.cu](mailto:rector@infosol.gtm.sld.cu)