

Artículos originales

Hospital Clínicoquirúrgico Docente
"Manuel Ascunce Domenech" Camagüey

Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo

Dr. Oscar N. García-Roco Pérez,¹ Dr. Miguel Arredondo López² y Dra. Esther María Castillo Betancourt³

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de una serie consecutiva de 249 pacientes con diagnóstico de carcinoma bucofaríngeo reportados al Registro Nacional del Cáncer (RNC) entre enero de 2000 y diciembre de 2004 en Camagüey, analizando retrospectivamente factores y hallazgos clínicos que puedan contribuir al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo. Según sexo, edad, nivel de escolaridad, etapa y localización de la enfermedad, se estudió la duración y tipo de síntomas, así como la causa del diagnóstico tardío, separando las cohortes de pacientes muy jóvenes, muy ancianos y sin factores de riesgo. El 38,9 % de los pacientes fue diagnosticado en estadio III y IV. La base de lengua, suelo de boca, gingiva y área retromolar fueron las localizaciones más frecuentes. El 54 % de estos presentaron síntomas al menos 4 meses antes de ser diagnosticados y fue el dolor (32 %) el más frecuente. La duración de los síntomas fue de 0 a 52 semanas (promedio de 8,6 semanas) para la etapa I, y de 0 a 260 semanas (promedio de 19,9 semanas) para la etapa IV. El 50,8 % de las lesiones de la región anterior de suelo de boca se encontró en etapa III/IV en relación con el 75,7 % de la región retromolar. El 75 % de los pacientes con bajo nivel de escolaridad se presentó en etapa III/IV, en oposición al 54 % de los pacientes con nivel elevado. El 71,3 % de los pacientes sin hábitos tabaco/alcohol fueron diagnosticados tardíamente. El 20 % de los pacientes consultaron al menos un profesional en relación con la enfermedad sin ser diagnosticados y remitidos adecuadamente. El 80 % de los pacientes fue diagnosticado como parte del Programa Nacional de Control de Cáncer Bucal, aunque predominó el pesquijaje pasivo. Factores importantes en el diagnóstico tardío fueron el bajo nivel de escolaridad, localizaciones posteriores de la cavidad bucal por cuestiones de accesibilidad y la falta de factores de riesgo.

Palabras clave: neoplasmas bucales/ diagnóstico, factores de riesgo, programas de salud.

Un diagnóstico oportuno es importante para el tratamiento efectivo de cualquier enfermedad, pero es de destacarse su valor en oncología, donde la curación del tumor avanzado es una excepción rara. Aún los pacientes tratados exitosamente deben sufrir generalmente extensas cirugías que causan desfiguración y afectan negativamente su calidad de vida. A pesar de las serias estadísticas, el cáncer bucal está subestimado en términos de investigación y muchas personas no se percatan de sus potenciales peligros para la salud.^{1,2}

En todo el mundo, la proyección anual de casos nuevos de cáncer de cabeza y cuello es aproximadamente de 500 000, de ellos 263 000 corresponden al complejo bucal. En

Cuba, el cáncer de labio, cavidad bucal y faringe constituye una de las 10 primeras localizaciones de incidencia, y representa el 4 % de todas las lesiones malignas diagnosticadas.¹⁻⁴

El diagnóstico precoz del carcinoma bucal se realiza cuando las lesiones son menores de 2 cm de diámetro y no presentan signos evidentes metastásicos; es este el momento que al emplear tratamientos adecuados, se logrará el control efectivo de la enfermedad. En estadios tempranos, el cáncer bucal localizado es a menudo asintomático. 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.^{1,5}

Aunque todavía quedan muchos puntos oscuros, se sabe ya lo suficiente sobre las causas del cáncer y los medios de lucha para que una intervención apropiada surta un efecto apreciable, ya que la mayoría, probablemente son originados por causas ambientales. La modificación de factores externos, especialmente de los hábitos nocivos y de las costumbres dietéticas, pueden contribuir a disminuir la mortalidad por estas enfermedades.⁶⁻¹¹

En Cuba, desde 1985, se pone en función el Programa Nacional de Diagnóstico del Cáncer Bucal (PNDCB) respaldado por el Ministerio de Salud Pública. Único en el mundo por su cobertura nacional, se plantea entre sus funciones la pesquisa masiva de las lesiones del complejo bucal a los sujetos mayores de 15 años, con el objetivo fundamental de detectar estas en etapas tempranas.⁷

El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud⁷⁻⁹ para la detección precoz del cáncer, plantea que para evaluar la efectividad de un programa, debe considerarse que este es útil, si se produce un aumento en la proporción de lesiones incipientes y una disminución de lesiones avanzadas. El hecho de contar en nuestro país con un Registro Nacional del Cáncer (RNC), permite hacer este tipo de análisis.

Aunque existe una ejecución potencial del examen sistemático en el complejo bucal para detectar cáncer en estadios tempranos, la estabilidad de las tasas de mortalidad por cáncer bucal en el tiempo encontradas en estudios de *García Jordán*,^{5,6} *Fernández Garrote*^{1,12} y *Sankaranarayanan*⁴ y *Santana*,¹³ al evaluar el Programa de Control de Cáncer en Cuba, evidencian que el programa en este sentido no ha tenido un impacto sustancial y que no se le está dando la cobertura para el cual fue concebido.

El presente trabajo tiene como objetivo de analizar retrospectivamente factores y hallazgos clínicos que puedan contribuir a determinar las causas del diagnóstico tardío del carcinoma bucofaríngeo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de una serie consecutiva de 149 pacientes con diagnóstico de carcinoma bucofaríngeo (C00-C14) 7 reportados al RNC entre enero de 2000 y diciembre de 2004 en Camagüey. Según sexo, edad, nivel de escolaridad, hábitos de tabaco y alcohol, exámenes bucales anteriores (como el número de visitas previas al estomatólogo), etapa y localización de la enfermedad, se analizó la

duración y tipo de síntomas, separando las cohortes de pacientes muy jóvenes, muy ancianos y sin factores de riesgo.

La información se recolectó de forma sistemática en una planilla diseñada con este objetivo, con variables demográficas y específicas. Se procesó en una microcomputadora IBM compatible mediante el paquete de programas estadísticos SPSS para Windows. Se realizó estadística descriptiva con distribuciones de frecuencia en cantidad y porcentaje, y estadística inferencial con pruebas de hipótesis de proporciones y tablas de contingencia con la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución de casos de carcinoma bucofaríngeo notificados al Registro Nacional de Cáncer en Camagüey durante 1999 al 2003, de estos el 59,7 % (89 pacientes) fueron reportados por el PNDCB, con estadiamiento por TNM 7 en el 79,3 % de estos. De los 149 pacientes diagnosticados, 60 fueron reportados por otras vías (40,3 %), y de estos en solo el 20,7 % pudo ser identificado el estadio de la enfermedad.

Tabla 1. Distribución de casos de carcinoma bucofaríngeo reportados al Registro Nacional de Cáncer en Camagüey, 1999-2003

| Reportados por PDCB | Estadiados | | No estadiados | | Total | (%) |
|---------------------|------------|------|---------------|------|-------|-------|
| | No. | % | No. | % | | |
| Sí | 69 | 79,3 | 20 | 32,3 | 89 | 59,7 |
| No | 18 | 20,7 | 42 | 67,7 | 60 | 40,3 |
| Total (%) | 87 | 58,4 | 62 | 41,6 | 149 | 100,0 |

P= 0,031 E04.

El 61,1 % de los casos estadiados se encontró en etapa I/II, predominando la las localizaciones labio (15 pacientes, para el 28,3 %), encía y paladar (24,2 %). De los 34 pacientes diagnosticados en etapa III/IV, el 20,6 % correspondió a la base de lengua y el 17,6 % a bucofaringe, encía y paladar, seguidos por el suelo de boca como sitios más frecuentes (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de casos de carcinoma bucofaríngeo reportados al Registro Nacional de Cáncer en Camagüey según localización y etapa, 1999-2003

| Localización | Etapa I/II | | Etapa III/IV | | Total | (%) |
|-----------------|------------|------|--------------|------|-------|------|
| | No. | % | No. | % | | |
| Labio | 15 | 28,3 | 3 | 8,8 | 18 | 20,6 |
| Lengua móvil | 7 | 13,2 | 3 | 8,8 | 10 | 11,5 |
| Lengua basal | 4 | 7,5 | 7 | 20,6 | 11 | 12,8 |
| Encía y paladar | 13 | 24,2 | 6 | 17,6 | 19 | 21,8 |
| Suelo de boca | 2 | 3,8 | 5 | 14,7 | 7 | 8,0 |
| Carrillo | 10 | 5,3 | 4 | 11,8 | 14 | 16,1 |
| Bucofaringe | 2 | 3,8 | 6 | 17,6 | 8 | 9,2 |

| | | | | | | |
|-----------|----|------|----|------|----|-------|
| Total (%) | 53 | 61,1 | 34 | 38,9 | 87 | 100,0 |
|-----------|----|------|----|------|----|-------|

Según variables clínicas y sociales por etapas se apreció que solo el 32,0 % de los carcinomas diagnosticados tempranamente presentó algún síntoma, con una duración promedio de 8,6 semanas, en contraste con las lesiones avanzadas, cuya duración fue de 19,9 semanas, con síntomas en el 54,0 % de los casos, de los cuales el 71,3 % no refirió hábitos de tabaco/alcohol al menos 10 años antes de confrontar algún padecimiento relacionado con la enfermedad, aspecto este significativo estadísticamente.

La edad promedio en años fue de 59,7 en pacientes en etapa I/II (53,6 % sexo masculino) y 63,5 en la III /IV (61,1 % sexo masculino). La mayoría de los pacientes diagnosticados tardíamente presentaron un bajo nivel de escolaridad (62,2 %), mientras que solo el 25,5 % de los diagnosticados precozmente se incluyó en este grupo (tabla 3).

Tabla 3. Distribución de casos de carcinoma bucofaríngeo reportados al Registro Nacional de Cáncer en Camagüey según variables clínicas y sociales por etapas, 1999-2003

| Localización | Etapa I/II | Etapa III/IV |
|--|------------|--------------|
| Síntomas (%) | 32,0 | 54,0 |
| Duración promedio sintomatología (semanas) | 8,6 | 19,9 |
| Hábitos tabaco/alcohol | | |
| Sí | 58,9 | 41,1 |
| No | 28,7 | 71,3 |
| Edad promedio (años) | 59,7 | 63,5 |
| Sexo (%) | | |
| Masculino | 33,6 | 41,1 |
| Femenino | 76,4 | 58,9 |
| Nivel de escolaridad (%) | | |
| Alto | 46,1 | 14,3 |
| Bajo | 25,5 | 62,2 |

Se evaluó el valor de los exámenes bucales realizados previos al diagnóstico para detección de la enfermedad según etapa de la lesión, tomando como tales todas las visitas realizadas al estomatólogo durante un año. No se apreciaron diferencias significativas, ya que en el 48,3 % de los pacientes en etapa I/II y en el 53,0 % de los de etapa III/IV, fue realizada alguna maniobra dental un mes antes del diagnóstico, y en el 38,8 y 31,5 % respectivamente un año antes. Los casos diagnosticados tempranamente fueron examinados con una frecuencia algo mayor que los diagnosticados tardíamente, pero esto no constituyó un factor de protección, al no existir diferencias significativas entre los grupos, lo cual se evidencia por los valores del *odds ratio* (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de casos de carcinoma bucofaríngeo reportados al Registro Nacional de Cáncer en Camagüey según valor del examen bucal (PDCB) realizado y etapa de la lesión, 1999-2003

| Examen bucal (PDCB) realizado previo al diagnóstico | Etapa I/II (%) | Etapa III/IV(%) | O.R.* |
|---|----------------|-----------------|-------|
| Un mes antes | 48,3 | 53,0 | 1,25 |

| | | | |
|------------------|------|------|------|
| Dos meses antes | 47,8 | 44,0 | 0,84 |
| Tres meses antes | 46,8 | 38,5 | 0,67 |
| Seis meses antes | 43,7 | 34,5 | 0,65 |
| Un año | 38,8 | 31,5 | 0,70 |

* *Odds ratio* .

DISCUSIÓN

El beneficio a largo plazo derivado de un programa de pesquisa es la reducción de la morbilidad o mortalidad. Teniendo en cuenta que el incremento de los casos reportados en estadios tempranos es la principal medida que permite aumentar la curabilidad del cáncer del complejo bucal, conjuntamente con el tratamiento oportuno y eficaz de estos pacientes, la mortalidad ha sido descrita como el indicador más importante para evaluar la medida de los efectos o beneficios de un programa de control.^{4,7,14} Investigaciones realizadas en el país,^{1,4-6,12,13} han reportado estabilidad de las tasas de mortalidad por cáncer bucal en el tiempo, resultados que evidencian que el programa en este sentido no ha tenido un impacto sustancial y que no se le está dando la cobertura para la que fue creado. Sin embargo, estos resultan positivos, al compararlos con el comportamiento encontrado en estudios realizados en otros países,^{2,9-11,14-17} donde la tendencia ascendente de las tasas de mortalidad muestran un dramático incremento del riesgo de morir por cáncer bucal entre la población de los Estados Unidos de Norteamérica (minorías fundamentalmente) y en la mayoría de los países de Europa, América Latina y el Caribe, a pesar de los avances terapéuticos logrados, debido a que la mayoría son diagnosticados en un estadio avanzado. También el tratamiento agresivo requerido en estos casos se asocia con un aumento en la morbilidad. El cáncer bucal 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 el paciente pierde parte de su cara y del cuello, con dificultades para deglutir, tragar, ver, oler y oír, a lo cual se suman la quimioterapia y radioterapia que tienen sus reacciones secundarias. Todo esto influye en la salud mental del paciente que también se afecta, limitando al individuo como ser social

El diagnóstico de lesiones premalignas es muy importante, ya que aunque su rango de malignización varía de un estudio a otro, se reconoce que alrededor del 60 % de los carcinomas bucales se desarrollan a partir de lesiones precursoras clínicamente obvias.⁸

Una parte de los casos de cáncer bucal se informan por el RNC cuando se diagnostica o fallece el paciente y no como debiera ser, mediante el PNDCB, lo que hace que se pierda la esencia de diagnóstico precoz que lleva implícito este programa, que plantea aumentar la proporción de diagnósticos en etapa I a más del 50 %.⁷ El paciente se registra, pero no en un pesquisaje activo, sino cuando consulta por sintomático.

La proporción de casos detectados en estadio I encontrada en el estudio resulta superior a la reportada por *Fernández Garrote*,¹² *Santana*¹³ y *García Jordán*,⁶ aunque estos demuestran que no ha habido una continuación en el corrimiento de la distribución en un período contiguo.

Las deficiencias pudieran estar relacionadas con la calidad del examen de pesquisa, particularmente en las zonas del complejo bucal de más difícil acceso, o con un

aumento del riesgo de enfermar por cáncer bucal a consecuencia de un incremento de los factores de riesgo de la población que quedasen enmascarados por las acciones del programa. No obstante la elevada proporción de casos no estadiados, implica que muchos de ellos pudieran encontrarse en una etapa avanzada de la enfermedad.

Experiencias obtenidas por otros autores ^{10,11,14-17} en sitios donde no existen programas de control de cáncer bucal, reportan solo del 18 al 26 % de las lesiones clasificadas como etapa I, cifras muy inferiores a las reportadas por Cuba; este dato apoya una posible efectividad de las acciones del programa.

Es necesario elevar la conciencia preventiva en los pacientes, en lo cual influye mucho su nivel de escolaridad, por lo cual es importante llegar a ellos con una información clara y precisa para modificar los hábitos asociados con el uso del tabaco y del alcohol, dieta baja en antioxidantes, que sean capaces de identificar los signos y síntomas por inaparentes que sean de la enfermedad, etc., ya que en estas poblaciones se observa disminución de las tasas de leucoplasia y otras lesiones preneoplásicas. ^{7-9,15} Se aprecia en estudios realizados una baja percepción de riesgo en la población no expuesta a los factores predisponentes o desencadenantes de la enfermedad más frecuentes.

Un tumor de 6 meses normalmente mide apenas un centímetro; el estomatólogo u otro profesional entrenado puede fácilmente detectarlo durante un examen detallado, sin embargo, una persona capaz de realizar un autoexamen adecuado es capaz de percibir alteraciones a partir de los 2 ó 3 meses. Sin pesquiasaje o autoexamen demoraría una media de 8 meses a un año. ^{4,7,11,13} Esto por sí solo debería ser fuente de motivación para todos los profesionales que, de una forma u otra, tienen en sus manos el arma poderosa de la promoción de salud y la prevención. Es fácil argumentar que el procedimiento más importante en estomatología es el examen para detección de cáncer bucofaríngeo.

Con este trabajo arribamos a la conclusión de que la mayoría de los pacientes fue diagnosticado como parte del PNDCB, aunque predominó el pesquiasaje pasivo. Factores importantes en el diagnóstico tardío fueron el bajo nivel de escolaridad, localizaciones posteriores de la cavidad bucal por cuestiones de accesibilidad y la falta de factores de riesgo.

SUMMARY

Factors contributing to the late diagnosis of buccopharyngeal carcinoma

An observational retrospective study of a consecutive series of 249 patients with diagnosis of buccopharyngeal carcinoma reported at the National Cancer Registry between January 2000 and December 2004, in Camagüey, was conducted. Factors and clinical findings that may contribute to the late diagnosis of the buccopharyngeal carcinoma were retrospectively analyzed. According to sex, age, educational level, and the stage and localization of the disease, the duration and type of the symptoms were studied, as well as the cause of the late diagnosis, by separating the very young from the very old cohorts and from those without risk factors. 38.9 % of the patients were diagnosed in stage III and IV. The radix linguae, the floor of the mouth, gingiva and the retromolar area were the most frequent localizations. 54 % of them presented symptoms at least 4 months before being diagnosed and pain (32 %) was the most common of them. The symptoms lasted from 0 to 52 weeks (an average of 8.6 weeks) for stage I

and from 0 to 260 weeks (an average of 19.9 weeks) for stage IV. 50.8 % of the lesions of the anterior region of the floor of the mouth were in stage III/IV in relation to 75.7 % of the retromolar region. 75 % of the patients with low educational level were in stage III/IV compared to 54 % of the patients with a high educational level. 71.3 % of the patients without tobacco/alcohol habits were lately diagnosed. 20 % of the patients visited at least a professional in connection with the disease without being adequately diagnosed and referred. 80 % of the patients were diagnosed as part of the National Program of Oral Cancer Control, though there was a predominance of the passive screening. The low educational level, the posterior localizations of the oral cavity due to accesability questions and the lack of risk factors were important factors in the late diagnosis.

Key words: Oral neoplasms/diagnosis, risk factors, health program.

R EFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Garrote L, Graupera Boschmonar M, Álvarez YG, Ciulli MI, García AM, Rodríguez RC. Cancer survival in Cuba . En: Sankaranarayanan R, Black RJ, Parkin DM, eds. Cancer survival in developing countries IARC Scientific Publications No. 145. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 1998.
2. Silverman S. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers: The outcomes, the trends, the challenge. *J Am Dent Assoc* 2001;132:7-11.
3. Cancela Rodríguez P, Cerelo Lapiedra R, Moreno López L, Esparza Gómez GC. Utilidad del screening en el cáncer oral. *RCOE* 2001;6(6):611-6.
4. Sankaranarayanan R, Fernández Garrote L, Lence Anta J, Pisani P, Rodríguez Salva A. Visual inspection in oral cancer screening in Cuba: A case-control study. *Oral Oncol* 2002;38(2):131-6.
5. García Jordán M, Lence Anta J, Sosa Rosales M, Martín Moya M, Fernández Garrote L. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba 1987-1996. *Rev Cubana Oncol* 1999;15(2):114-18.
6. García Jordán M, Sosa Rosales M, Lence Anta J, Fernández Garrote L, Martín Moya M. Distribución del cáncer bucal por etapas clínicas. Cuba (1988-1994). *Rev Cubana Oncol* 1999;15(3):170-5.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Bucal. En: Programa Nacional de Estomatología General Integral. 2002. (En prensa).
8. Scheifele C, Reichart PA. Is there a natural limit to the transformation rate of oral leukoplakia? *Oral Oncol* 2003;39(5):470-5.
9. Holmes JD, Dierks EJ, Horner LD, Potter BE. Is detection of oral and oropharyngeal squamous cancer by a dental health care provider associated with a lower stage at diagnosis? *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61(3):285-91.
10. Patton L. The effectiveness of community based visual screening and utility of adjunctive diagnostic aids in the early detection of oral cancer. *Oral Oncol* 2003;39(7):708-23.
11. Alfano MC, Horowitz AM. Professional and community efforts to prevent morbidity and mortality from oral cancer. *J Am Dent Assoc* 2001;132: 24-9.

12. Fernández Garrote L, Sankaranayanan R, Lence Anta JJ, Rodríguez Salva A, Parkin DM. An evaluation of the oral cancer control program in Cuba . Epidemiol 1995;6:428-31.
13. Santana JC, Delgado C, Miranda J, Sánchez M. Oral cancer case findings program (COFP). Oral Oncol 1997;33(1):10-2.
14. Gould AR. Oral cancer detection: institutional strategies to enhance the process. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003;95(4):379-80.
15. Kerr AR , Cruz GD. Oral cancer: Practical prevention and early detection for the dental team. N Y State Dent J 2002; 68(7):44-54.
16. Van Heerden WF, Butow KW. The role of dentistry in the prevention and early diagnosis of oral cancer. SADJ 2002;57(1):22-4.
17. Miller CS, Henry RG, Kay M. Disparities in risk of and survival from oropharyngeal squamous cell carcinoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2003;95(5):570-5.

Recibido: 28 de septiembre de 2005. Aprobado: 7 de enero de 2006.

Dr. *Oscar N. García-Roco Pérez*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, Cuba.e-mail: ogarcia@finlay.cmw.sld.cu

¹Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Máster en Salud Pública. Investigador Auxiliar. Profesor Instructor. Aspirante a Doctor en Ciencias Médicas.

²Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Asistente.

³Especialista de I Grado en Periodoncia. Profesor Instructor.