

PROGRAMA DE PESQUISAJE DEL CÁNCER BUCAL. SU IMPACTO EN UN ÁREA DE SALUD

María del Carmen Mora Alpízar,¹ Isora Montenegro Valera,¹ Tamara Pérez Martell¹ y Alberto Luis Rodríguez Hernández²

RESUMEN: Se efectúa un estudio descriptivo en la población mayor de 35 años que se encontraba dispensarizada por factores de riesgo como alcoholismo y hábito de fumar, e incluyó a 81 pacientes del área rural Santa Ana-Jesús María, perteneciente al municipio de Limonar, durante el período de enero de 1998 a igual mes de 1999 con el objetivo de identificar el impacto que ha tenido la aplicación del programa nacional de pesquisaje del cáncer bucal en un área rural. Se realiza un examen físico de la cavidad bucal y el cuello a dichos pacientes y se recogen en la historia clínica individual los siguientes datos: edad, sexo, hábitos tóxicos y dietéticos, uso de prótesis y asistencia al especialista. La prevalencia de lesiones premalignas y malignas fue de 13,5 % y predominaron en los pacientes ancianos y del sexo masculino. Se identifica el hábito de fumar como el factor de riesgo más importante, la lesión premaligna más frecuente fue la leucoplasia, y la maligna, el carcinoma epidermoide. Se considera no satisfactoria la marcha del programa y se recomienda incrementar el pesquisaje de dichas lesiones por el Médico de la Familia y la supervisión del programa por el grupo básico de trabajo.

DeCS: NEOPLASMAS DE LA BOCA; PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD; FACTORES DE RIESGO; CUBA.

El cáncer bucal es una de las 10 primeras localizaciones de incidencia del cáncer en el mundo, y también en nuestro país. Las tasas más altas de incidencia han sido reportadas en Canadá y Australia, y las más bajas en la India, Japón y poblaciones negras de los Estados Unidos.^{1,2}

Las actividades de prevención primaria están relacionadas con la modificación de los hábitos tóxicos (el tabaco, el alcohol y el café) mientras que la prevención se-

cundaria está basada en el examen del complejo bucal y el cuello, mediante el pesquisaje masivo.³

En nuestro país desde 1985 se puso en práctica el programa nacional de detección precoz del cáncer bucal (PDCB), respaldado por el Ministerio de Salud Pública, único en el mundo por su cobertura nacional, y su acción radica en el examen anual del complejo bucal a los sujetos de 15 años y más por parte del Médico de Familia.³

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente de Limonar. Matanzas.

² Residente de 3er año de Medicina General Integral. Policlínico Docente de Limonar. Matanzas.

Las deficiencias han estado relacionadas con baja cobertura del programa, insuficiente calidad del examen del complejo bucal y deficiencias organizativas para la recuperación de inasistentes a los servicios especializados, así como también una insuficiente actividad educativa a la población y al personal de asistencia. Por lo importante del tema decidimos realizar este trabajo para identificar el impacto de dicho programa en un área de salud rural.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en la población adulta mayor de 35 años que se encontraba dispensarizada en el grupo II por factores de riesgo: alcoholismo y hábito de fumar, y que incluyó a 81 pacientes del área rural Santa Ana-Jesús María, perteneciente al Policlínico Docente de Limonar, provincia Matanzas, durante el período de enero de 1998 a igual mes de 1999. Se realizó PDCB a dichos pacientes mediante el examen físico de la cavidad bucal y el cuello, y se recogieron en la historia clínica individual los siguientes datos: edad, sexo, hábitos tóxicos y dietéticos, uso de prótesis e inasistencia al estomatólogo.

Los resultados se muestran en tablas, se procesaron en forma computadorizada y se obtuvieron estadísticas descriptivas. Se aplicaron pruebas para determinar la relación estadística significativa.

Resultados

En la tabla 1 observamos que los pacientes mayores de 60 años constituyeron el grupo más afectado con 9 casos para un 81,8 %, aunque debemos destacar que también fue el grupo etáreo más pesquisado. El sexo masculino aportó el

mayor número de pacientes con 10 casos para un 90,9 % (tabla 2).

TABLA 1. Distribución de los pacientes según edad

Edades (años)	No. de casos	%	No. de casos	%
35-40	1	1,4	0	0
41-45	7	10	1	9,1
46-50	5	7,1	0	0
51-55	8	11,4	0	0
56-60	11	15,8	1	9,1
Más de 60	38	54,3	9	81,8
Total	70	100	11	100

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 2. Distribución de pacientes según sexo

Sexo	Sanos		Enfermos	
	No. de casos	%	No. de casos	%
Femenino	22	31,42	1	9,1
Masculino	48	68,57	10	90,9
Total	70	100	11	100

Fuente: Historias clínicas.

El hábito de fumar fue el factor de riesgo más frecuentemente hallado, observándose en el 100 % de la muestra estudiada (tabla 3). La mayoría de los pacientes afectados se consideraban fumadores pesados (más de 20 cigarrillos diarios), y 2 de ellos fumaban en pipa. Le siguieron en orden de frecuencia el alcoholismo y la ingestión de café.

En cuanto a la aparición de lesiones premalignas, la más frecuente fue la leucoplasia oral, con 3 casos para un 27,2 %, el resto de las lesiones se comportaron de una manera uniforme. El carcinoma epidermoide constituyó la única lesión maligna encontrada, observándose en un solo paciente para un 9 % (tabla 4).

El labio inferior fue el asiento de las entidades estudiadas en 6 pacientes para un 54,5 %, y le siguió el espacio retromolar con 2 casos para un 18,2 % (tabla 5).

TABLA 3. Factores de riesgo estudiados

Factores de riesgo	Sanos		Enfermos	
	No. de casos	%	No. de casos	%
Hábito de fumar	70	100	11	100
Ingestión de café	66	94,3	10	90,9
Alcoholismo	32	45,7	8	72,7
Mala higiene bucal	4	5,7	3	27,2
Comidas muy calientes o condimentadas	28	40	3	27,2
Prótesis mal ajustadas	2	2,8	4	36,3

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 4. Distribución de lesiones premalignas y malignas

Tipo de lesiones	No. de casos	%
Premalignas		
Eritroplasia	2	18,2
Quistes	1	9
Leucoplasia	3	27,2
Nevus	2	18,2
Fibrosis submucosa	2	18,2
Malignas		
Carcinoma epidermoide	1	9
Total	11	100

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 5. Localizaciones más frecuentes

Localización	No. de casos	%
Labio inferior	6	54,5
Lengua	1	9
Espacio retromolar	2	18,1
Labio superior	1	9,1
Carrillos	0	0
Paladar duro	1	9,1
Total	11	100

Fuente: Historias clínicas.

Discusión

En cuanto al grupo de edades más afectado, vemos que nuestros resultados coinciden con la literatura revisada donde se plantea que es más frecuente en el sexo masculino, que su aparición se incrementa linealmente después de los 40 años y puede presentar amplias variaciones geográficas y temporales.^{1,2,4}

El hábito de fumar y el alcoholismo se consideran como factores de riesgo en la carcinogénesis bucal de hasta un 75 %.^{5,6} En la literatura consultada se reporta una alta asociación entre el hábito de fumar y mascar tabaco, así como el alcoholismo en los pacientes con estas afecciones. El uso de pipa y la ingestión de café explican su aparición por su acción irritante local. Asimismo las comidas muy condimentadas o muy calientes también actúan como irritantes locales de la mucosa oral.

El uso de prótesis dentales, sobre todo si están mal ajustadas, provoca lesiones que pueden ser asintomáticas o pasar inadvertidas durante años, y aunque algunos de los autores revisados plantean la relación que existe entre la sepsis oral y este tipo de lesiones, esto no fue constatado en nuestro estudio.⁴

Los hallazgos en relación con el tipo de lesiones premalignas y malignas coinciden con otros estudios donde se plantea que la lesión premaligna más frecuente es la leucoplasia, y la maligna, el carcinoma epidermoide. En relación con las localizaciones más frecuentes existen contradicciones entre los autores, de si se trata del labio inferior,^{6,8} o la lengua.² En nuestro estudio se halló en la lengua en un solo paciente, y en sentido general la prevalencia de las lesiones premalignas y malignas encontradas fue de un 13,5 %.

Aunque el PDCB funciona en los consultorios revisados, ya que en el momento

del estudio estos pacientes eran ya conocidos, debemos destacar que el número de pacientes pesquisados aún es pobre y no se cumplen los requisitos del programa, pues solo se pesquisó la población en riesgo.

Conclusiones

El PDCB no ha tenido un impacto sustancial en nuestra área de salud y no se le está dando la cobertura para la cual fue con-

cebido, por lo que orientamos a los Médicos de Familia, en coordinación con el estomatólogo del área, incrementar la búsqueda de casos, no sólo entre los grupos de riesgo, sino también en la población aparentemente sana, sobre todo en la tercera edad. Con ello ayudamos a disminuir la mortalidad por esta causa, e instamos al grupo básico de trabajo a que supervise y controle esta actividad, así como a preocuparse por asesorar al médico y la enfermera en la realización del examen bucal.

SUMMARY: A descriptive study was conducted among 81 patients over 35 from the rural area of Santa Ana-Jesús María, in the municipality of Limonar, that were classified by risk factors, such as alcoholism and smoking, from January, 1998, to January, 1999, in order to identify the impact of the application of the national program for oral cancer screening on a rural area. These patients underwent a physical examination of the buccal cavity and the neck, and the following data were registered in their medical histories: age, sex, toxic and dietetic habits, use of prosthesis and visits to the specialist. The prevalence of premalignant and malignant lesions was of 13.5 % and they predominated in the male elderly. Smoking was identified as the most important risk factor. The most frequent premalignant lesion was leucoplasia, whereas the commonest malignant lesion was epidermoid carcinoma. The progress of the program was considered as unsatisfactory and it was recommended an increase of the screening of such lesions by the family physician and the supervision of the program by the basic working group.

Subject headings: MOUTH NEOPLASMS; NATIONAL HEALTH PROGRAMS; RISK FACTORS; CUBA.

Referencias bibliográficas

1. WHO Control of oral cancer in developing countries: a WHO meeting. Bull World Health Organ 1984;62(6):817-30.
2. Cancer, occurrence and control in Lyon. Scientific publication 1990;100:52-5.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1986:12.
4. Stefani E. Smoking patterns and cancer of the oral cavity and pharynx: a case-control study in Uruguay. Oral Oncol 1998;34(5):340-6.
5. Talamini R. Cancer of the oral cavity and pharynx in nonsmokers who drink alcohol and in nondrinkers who smoke tobacco. J Natl Cancer Inst 1998;90(24):1901-3.
6. Visscher JG. Epidemiology of cancer of the lip in the Netherlands. Oral Oncol 1998;34(5):421-6.
7. Das SM, Brave VR, Shetty Rp. A survey of 4478 biopsy specimen of oral lesions. J Pierre Fauchard Acad 1994;8(4):143-7.
8. Leite IC, Koifman S. Surgical analysis in a sample of oral cancer patients at a reference hospital in Rio de Janeiro, Brazil. Oral Oncol 1998;34(5):347-52.

Recibido: 30 de enero del 2001. Aprobado: 15 de marzo del 2001.

Dra. María del Carmen Mora Alptzar. Calle 9na # 29203 entre Segunda y Carretera de Cidra, reparto Camilo Cienfuegos, Matanzas, Cuba.