

X Simposio Visión Salud Bucal IX Taller sobre Cáncer Bucal



"EstomatoVisión Internacional 2021"

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON CÁNCER BUCAL DEL POBLADO EL CRISTO SANTIAGO DE CUBA

Autores:

Dra. Josefa Navarro Nápoles¹ josefa.navarro@infomed.sld.cu

Dra. Ana María Quinzan Luna²

Dra. Milagros Salazar González³

Dra. Mayelin Arza Lahens⁴

Dra. Iris Mirta Turcas castellanos⁵

¹Especialista de II Grado Estomatología General Integral. Profesor Auxiliar Consultante. Investigador Agregado Científico. Clínica Estomatológica Provincial Docente Mártires del Moncada. Santiago de Cuba. ORCID: <https://www.orcid.org/0000-0001-5878-9049>

²Especialista de II Grado Estomatología General Integral. Profesor Auxiliar Facultad de Estomatología. Santiago de Cuba. ORCID: <https://www.orcid.org/0000-0002-2961-1003>

³Especialista de I Grado de Gastroenterología. Profesor Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Juan Bruno Zayas. Santiago de Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9358-3537>

⁴Especialista de II Grado Estomatología General Integral. Profesor Auxiliar Investigador Agregado Científico. Clínica Estomatológica Provincial Docente Mártires del Moncada. Santiago de Cuba. Cuba. ORCID: <https://www.orcid.org/0000-0001-7447-4178>

⁵Especialista de II Grado Estomatología General Integral. Profesor Auxiliar Consultante. Investigador Agregado Científico. Clínica Estomatológica Provincial Docente Mártires del Moncada. Santiago de Cuba. Cuba. ORCID: <https://www.orcid.org/0000-0001-5878-9049>

*Correo autor principal: josefa.navarro@infomed.sld.cu Tfno: 58148480

RESUMEN

Introducción: El cáncer bucal es una enfermedad que afecta el complejo bucal y al ser destructivo, produce un alto grado de morbilidad y mortalidad.

Objetivo: Caracterizar los pacientes diagnosticados con cáncer bucal según variables clínicas y epidemiológicas del poblado El Cristo en Santiago de Cuba.

Método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en el poblado El Cristo de Santiago de Cuba en el periodo comprendido entre enero 2017 a diciembre de 2018. El universo quedó constituido por los 9 pacientes diagnosticados por anatomía patológica con cáncer bucal en el hospital Oncológico de Santiago de Cuba. Entre las variables estudiadas fueron edad, sexo, profesional de captación, localización anatómica de la lesión, el diagnóstico definitivo emitido por anatomía patológica basado en la extensión del tumor primario, las etapas clínicas, síntomas y los factores de riesgo. La información obtenida se procesó de forma computarizada mediante el paquete estadístico SPSS-11.5.1, utilizándose el por ciento como medida de resumen.

Resultados: Se obtuvo que se evidenció el carcinoma epidermoide T1 en el 54.1% de los pacientes, con mayor incidencia en la séptima década, el sexo masculino el más afectado en 77.8 %, la localización en la lengua en un 50.0%, los factores de riesgo de mayores valores fueron el alcoholismo y la exposición al sol en el 100.0% de los pacientes. **Conclusiones:** Se concluye que predominó el sexo masculino, el carcinoma epidermoide T1 y los factores de riesgo de ingestión de alcohol y exposición a los rayos del sol. Se requiere aumentar las actividades de promoción y prevención de salud en la población.

INTRODUCCIÓN

El cáncer bucal es una enfermedad que afecta el complejo bucal y al ser destructiva, incide en la calidad de vida del ser humano, produce secuelas permanentes capaces de afectar psicológicamente al enfermo, repercutir en su entorno familiar y social, así como crear dificultades para diversas funciones como la masticación y el lenguaje. ⁽¹⁾

A pesar de los avances significativos en términos de prevención y tratamiento de la enfermedad, aún se mantiene una baja tasa de supervivencia de 5 años luego del diagnóstico, debido a las lesiones no controladas o recurrentes y a la

falta de marcadores adecuados para una detección temprana. El consumo de alcohol y tabaco son los factores predisponentes conocidos más importantes.

(2)

Se presenta esencialmente en adultos, más comúnmente en hombres con una relación hombre: mujer de 3:1 y entre la sexta a séptima década de vida. Sin embargo, recientemente se ha reportado que la incidencia en personas menores de 40 años ha aumentado en algunos países. (3)

El diagnóstico de las lesiones de los tejidos blandos y duros bucales consiste básicamente en la observación y el examen clínico para identificar cambios en su constitución y los estudios de anatomía patológica.

Los carcinomas bucales, en etapas iniciales son asintomáticos y cuando hay síntomas, los más frecuentes son tumefacción, ardor y dolor, la relación hombre - mujer varía de un país a otro y la sobrevida de estos pacientes depende de su diagnóstico temprano, porque solo así se puede evitar el progreso del tumor maligno y su diseminación metastásica. (4)

El carcinoma epidermoide (CE) es el cáncer bucal más frecuente, representa más de 90% de todos los tipos de cáncer de cavidad oral. (3) Se plantea que los genes de susceptibilidad al cáncer interactúan con factores de riesgo relacionados principalmente con estilos de vida y factores ambientales en una compleja red, cuya identificación y control en la atención primaria de salud es importante para prevenir y detectar la enfermedad. (5)

El pronóstico para cáncer oral depende del estadio de la enfermedad, del tamaño de la tumoración, de la afectación de las cadenas ganglionares y de las metástasis a distancia. (6) El estado de la enfermedad es el factor determinante más importante en el pronóstico. No hay enfermedad maligna más fácil de curar que el cáncer oral de menos de un centímetro de diámetro, su índice de curación es el 100%. (7)

Sin embargo se aprecia que la mayoría de los pacientes son detectados tardíamente llegando al segundo nivel de atención en etapas avanzadas, teniendo que utilizarse tratamientos mutilantes que atentan contra la autoestima. En el poblado el Cristo del municipio Santiago de Cuba no se encontraron registros epidemiológicos que permitieran actualizar la información nacional y así consolidar datos más certeros del comportamiento de la entidad en este medio. Es por ello que se planteó este estudio con los casos del

quinquenio 2011 a 2016 respondiendo a la siguiente interrogante científica ¿cuáles serán las características clínicas epidemiológicas de los pacientes diagnosticados con cáncer bucal?

Objetivo: Caracterizar la población con cáncer bucal según variables clínicas y epidemiológicas.

Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal de pacientes con cáncer bucal del poblado El Cristo, en el período comprendido de 2017 a 2018. El universo fue la totalidad de los pacientes diagnosticados histopatológicamente en el período 2011 a 2016. Las variables analizadas fueron edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, profesional de captación, localización anatómica de la lesión, el diagnóstico definitivo emitido por anatomía patológica basado en la extensión del tumor primario y las etapas clínicas según los síntomas en sintomático y asintomático, así como los factores de riesgo asociados referidos por la literatura. Los datos se obtuvieron del interrogatorio al paciente y la historia clínica individual que contiene los datos de laboratorio y el cuadro clínico epidemiológico. Se creó una base de datos en la aplicación Excel de Microsoft Office XP, en una computadora Pentium 4 elaborándose tablas simples y de doble entrada. Se utilizó como medida resumen el porcentaje y el número absoluto. El consentimiento informado se realizó teniendo en cuenta las consideraciones éticas relacionadas con las personas objeto de estudio, para lo cual se siguieron las normas planteadas en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

En la tabla 1 se aprecia que existe un predominio a partir de la séptima década de la vida con 5 pacientes para un 55.6% y el sexo masculino 7 pacientes el 77.8% del total.

Tabla 1. Pacientes según edad y sexo. Poblado el Cristo 2017-2018

Grupo de edad	Masculinos		Femeninos		Total	
	No	%	No	%	No	%
50 a 59	1	11,1	1	11,1	2	22,2
60 y 69	2	22,2	-	-	2	22,2
70 a 79	4	44,5	1	11,1	5	55,6
Total	7	77,8	2	22,2	9	100,0

Fuente % En base al total de pacientes

Con relación al diagnóstico el carcinoma epidermoide T1 en la Tabla 2 se muestra que se presentó en el 44,4% de los pacientes localizados 2 en lengua, y en el maxilar inferior y labios 1 respectivamente.

El sarcoma de Kaposi se presentó en 2 casos, en carrillo y paladar duro. En la lengua fue el de mayor localización con el 33,4%.

Tabla 2. Distribución de pacientes según diagnóstico definitivo y Localización del cáncer bucal

Diagnóstico	Localización anatómica											
	Carrillo		Lengua		Paladar duro		Mandíbula		Labios	Total		
	No	%	No	%	No	%	No	%		No	%	
Carcinoma epidermoide T1	-	-	2	50,0	-	-	1	25,0	1	25,0	4	44,4
Carcinoma epidermoide T2	-	-	1	11,1	-	-	-	-	-	-	1	11,1
Carcinoma epidermoide T3	-	-	-	-	1	50,0	-	-	1	50,0	2	22,2
Sarcoma kaposi	1	50,0	-	-	1	50,0	-	-	-	-	2	22,2
Total	1	11,1	3	33,4	2	22,2	1	11,1	2	22,2	9	100,0

En la tabla 3 se tiene la etapa clínica de la lesión según presencia o no de síntomas referidos por los pacientes, donde se observa que 4 pacientes 66,7% estaban asintomático con etapa I, mientras que 5 pacientes se encontraban sintomáticos.

Tabla 3. Síntomas según etapa clínica de la lesión

Etapa clínica	Síntomas					
	Asintomático		Sintomático		Total	
	No	%	No	%	No	%
I	4	66,7	2	33,3	6	66,7
II	-	-	1	100,0	1	11,1
III	-	-	2	100,0	2	22,2
Total	4	44,4	5	55,6	9	100,0

En otros resultados al analizar los factores de riesgo se obtuvo que los 9 pacientes 100,0% ingerían bebidas alcohólicas y presentaban exposición al sol 7 pacientes hábito de fumar para un 77.8 % de ellos 5 el (71.4 %) del sexo masculino y el 100.0% del sexo femenino. 6 el 66,7 % usaban prótesis desajustada cuatro masculinos y dos femeninos, tres pacientes tenían

antecedentes de familiar diagnosticado con cáncer dos masculinos y un femenino.

Se comenta en los pacientes estudiados predominaron los de nivel escolar de secundaria básica terminada, para un 44.5 %, seguido del grado preuniversitario en el 33.3%. Solo el 44,4 % tenían ocupación laboral.

Al analizar como se captó a los pacientes, se tuvo que 4 que representa el 44,5 fue realizado en la consulta de Máxilo facial, el 33,3% por el Estomatólogo General Integral y un 22,2 por la licenciada en la labor de terreno.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el cáncer de la cavidad oral ocupa actualmente el sexto lugar mundial en frecuencia. El cáncer de la cavidad oral no sólo es más frecuente en países subdesarrollados y en vías de desarrollo, sino que la mortalidad que causa la enfermedad es mayor debido a identificación en etapas tardías. ⁽⁸⁾

El cáncer oral es el más común de la región de cabeza y cuello, afecta sobre todo a hombres, el 75% de los casos se detectan alrededor de los 60 años y el 90% corresponden a carcinoma escamoso o espinocelular oral y se localiza con mayor frecuencia en la lengua y suelo de boca y de menor incidencia en el paladar y el carrillo. ^(9, 10)

Cardentey García⁽¹⁰⁾ obtuvo mayoría en el grupo de edad fue de 70 a 79 años pero a diferencia de la presente serie el sexo más afectado fue el femenino en el 94.9 % de los adultos mayores. Por su parte Valentín González ⁽¹⁾ en el estudio de 15 años en pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer bucal, reportó una mayor incidencia en el grupo de 51 a 60 años 24,6% y a semejanza en el sexo masculino 78,5%.

Son relevantes en la carcinogénesis algunos factores como las radiaciones, las infecciones, la dieta, la irritación crónica, la exposición excesiva a la luz solar y los estados de inmunodepresión, los factores de riesgo más predominantes fueron el hábito de fumar y el consumo de alcohol. Resultados similares reportó Valentín González⁽¹⁾ con el tabaquismo (94,6 %) y alcoholismo (64,8 %).

Santana Garay⁽⁴⁾ señala que más del 95% de los pacientes con cáncer oral son fumadores inveterados, por lo que el riesgo de padecer un carcinoma

epidermoide de la boca es diez veces mayor en los fumadores. En la serie todas las féminas presentaron el hábito de fumar y ingestión de bebidas alcohólicas.

Boza Oreamuno⁽⁷⁾ coincide con lo señalado por Valentín González⁽¹⁾ y Santana Garay⁽⁴⁾, al plantear que el carcinoma oral de células escamosas (COCE) es la neoplasia maligna más común en la cavidad bucal y en cuanto a su etiología es multifactorial.

Se plantea que el nivel escolar es importante dado que independientemente a la labor del personal de salud y los medios masivos por mejorar hábitos perjudiciales, persisten deficiencias en el cumplimiento del mantenimiento de una adecuada atención oral e higiene bucal.

También pueden asociarse según los criterios que existen de la exposición solar por la ocupación del paciente, factores locales de ingestión de alimentos calientes, muy condimentados, etc. ^(9, 11)

El cáncer bucal se localiza en todas las estructuras de la mucosa bucal, encía, paladar duro y blando, lengua, carrillos y piso de la boca. A diferencia de los tumores cutáneos, el cáncer de la cavidad bucal tiene peor pronóstico y más elevada mortalidad debido a la intensa vascularización de esta zona que favorece la diseminación de las células transformadas y a su escasa sintomatología. El carcinoma espinocelular, escamoso epidermoide (CE) es la neoplasia maligna de mayor incidencia en la boca más del 95%. ^(4, 12, 13)

El sistema de estadificación que se emplea con más frecuencia para el cáncer de cavidad oral y de orofaringe es el sistema TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC). Los estadios I y II engloban el período inicial, donde la tasa de supervivencia suele ser elevada, mientras que los estadios III y IV representan las fases avanzadas de la enfermedad, donde el pronóstico empeora drásticamente.

La estadificación es compleja y según esta, si el cáncer mide 2 cm (aproximadamente 3/4 de pulgada) o menos. (T1), El cáncer mide más de 2 cm pero no tiene más de 4 cm (aproximadamente 1½ pulgadas). No está creciendo en los tejidos cercanos (T2). El cáncer mide más de 4 cm (T3). El cáncer tiene cualquier tamaño y está creciendo en estructuras cercanas. (T4). ⁽¹⁴⁾

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia maligna conformada por células endoteliales de los vasos sanguíneos, rara antes de la epidemia del SIDA,

donde es clásica y diagnosticada. Cuando aparece en la boca preferentemente en el paladar, aunque también puede presentarse en las encías se observa como una mancha rojo vinoso que se va extendiendo inexorablemente o en otras ocasiones, como crecimientos nodulares agresivos también de color rojo vinoso. ⁽¹⁵⁾

En la casuística, las localizaciones anatómicas más frecuentes de las lesiones encontradas fueron la lengua, paladar duro y labios lo que no coincide con Verdecia Jiménez⁽¹⁵⁾ en lo que fueron el paladar duro, el carrillo y suelo de boca. Valentín González ⁽¹⁾ reportó el labio inferior como la región más afectada 44,5%.

En el carcinoma epidermoide se destaca la carencia de síntomas definitorios en sus etapas iniciales. Siendo inespecífico en cuanto al dolor, molestias, ardencia. A pesar de que se localiza en regiones asequibles a la exploración física, la mayoría de los pacientes se diagnostican en estadios avanzados cuando las posibilidades de curación son remotas, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico de los pacientes. A esto contribuyen los pocos síntomas en sus etapas iniciales y al carácter inespecífico de las lesiones. ⁽⁹⁾

Las neoplasias de la cavidad oral son relativamente poco frecuentes, pero la letalidad alcanza hasta 78% entre las neoplasias de las vías aerodigestivas superiores y se diagnostican en su mayoría en etapas avanzadas en 65% de los casos. ⁽⁵⁾

Lamentablemente la pesquisa de esta enfermedad es tardía. Los pacientes con cáncer oral relatan que para una consulta más temprana es necesario conocer sobre la existencia de esta enfermedad y sienten que hay una gran falta de conocimiento respecto a este tipo de cáncer comparado con otros tipos de cáncer.

Tener en cuenta que en el proceso digestivo el primer gran movimiento muscular comienza con el acto de tragar la comida o el líquido, este acto es voluntario e intervienen la lengua y las glándulas de la boca que producen la saliva lo que permite el desplazamiento del bolo hacia el esófago. Liuzzi⁽¹⁶⁾ expone un caso poco común de una metástasis en mucosa gingival proveniente de un carcinoma gástrico sin otros síntomas, fue diagnosticada y tratada como adenocarcinoma de glándulas salivares menores.

Es en el nivel primario de salud donde se debe localizar lesiones en los pacientes, realizando un adecuado tamizaje para el cáncer bucal frente a los síntomas de alarma que este produce en sus etapas iniciales para lograr un tratamiento y diagnóstico precoz y orientar una biopsia necesaria.

Se concluye que en el universo estudiado predominó el carcinoma epidermoide T1 localizado en lengua y factores de riesgo de ingestión de alcohol y exposición a los rayos del sol.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valentín González F, Rodríguez González GM, Conde Suárez HF, Vila Morales D. Caracterización del Cáncer Bucal. Estudio de 15 años. Rev Méd Electrón [Internet].2017 Mar-Abr [citado 15 marzo 2021];39(2): 245-58. Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2202/334>
2. Tamayo Cabeza G, Madera Anaya M, González Martínez F. El cáncer bucal y su relación con la proteína translocadora mitocondrial de 18kda. Rev. CES Odont 2017 [citado 12 abril 2021]; 30(1): 17-29. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.21615/cesodon.30.1.2>
3. Mikel Tostado GJ y cols. Carcinoma epidermoide de la lengua. Presentación de un caso. Revista ADM 2017 [citado 12 abril 2021]; 74 (2): 90-93 Disponible en: www.medigraphic.com/adm
4. Santana Garay JC. Capítulo 3: Prevención del cáncer bucal. En: Santana Garay JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana, ECIMED, 2002.
5. Meza García Gerardo. Las ciencias sociales y el cáncer oral. Revista Mexicana de Estomatología. 2017 ene [citado 2021 May 22]; 3(2): 111-118, Disponible en:
<https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/75/125>
6. Maraboli Contreras S, Adornos Farías D, Maturana Ramírez A, Rojas Alcayaga G, Fuentes Albuquerque M, Espinoza Santader I. Sobrevida de carcinoma oral de células escamosas: reporte de la Universidad de Chile. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral 2018 abril [citado 12 abril 2021]; 11(3): 147-151

7. Boza Oreamuno Y. Carcinoma oral de células escamosas: Reporte de caso y revisión de literatura. ODOVTOS-Int. J. Dent. Sc. 2016; [citado 12 abril 2021]18: 61-67 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.26303>
8. Gallegos Hernández JF. Factores clínicos e histológicos que repercuten en el pronóstico de los pacientes con cáncer de la cavidad oral. An Orl Mex 2017 jul [citado 12 abril 2021]; 62(3):197-208. Disponible en: www.otorrino.org.mx
9. García San Juan C, Salas Rodríguez M, Gil Milá J. Algunas consideraciones sobre etiología y fisiopatogenia del carcinoma epidermoide bucal. Medisur [revista en Internet]. 2017 [citado 2018 May 22]; 16(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3804>
10. Cardentey García J, González García X, Piloto Gil AB, Díaz Borrego LB, Páez Hernández Y. Lesiones bucales premalignas en adultos mayores atendidos en la clínica estomatológica "Ormani Arenado Llonch". Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2017 [citado 22 mayo 2018];42(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1039>
11. Marin Paez Wilma, Veiga Loyola Lilian, Reyes Revilla Yordanka, Mesa Gonzales DL. Lesiones bucales en adultos mayores y factores de riesgo. Policlínico "Dr. Tomás Romay", La Habana, Cuba. Rev haban cienc méd [online]. 2017; 16(5) [citado 12 enero 2018] Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000500010&lng=es&nrm=iso
12. Rodriguez Laurencio. Noriega Roldan SO, Góngora Rodriguez RG. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con cáncer bucal y otras lesiones del complejo bucomaxilofacial. MEDISAN 2019 [citado 12 abril 2021]; 23(5):837 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=
13. Araya Cristóbal. Diagnóstico Precoz y prevención en cáncer de cavidad bucal. Revista Médica Clínica Las Condes. 2018 [citado 2021 Jun 18]; 29(4): 411-418 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.06.008>
14. Detección temprana, diagnóstico y clasificación por etapas. American Cancer Society. 2018 mar [citado 12 abril 2021]. Disponible en: www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-sudiagnostico/estadificaciondelcancer.html

15. Verdecia Jiménez Ana Iris, Álvarez Infantes Elisa, Parra Lahens Julita. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. CCM [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Mayo 22]; 18(1): 45-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100007&lng=es
16. Liuzzi Juan, Rincón Nilyán, Velázquez Yasmín, Leañez Luis. Tumor de cavidad oral como primera manifestación de un adenocarcinoma gástrico metastásico. Rev. venez. oncol. [Internet]. 2009 Sep [citado 2021 Ago 01]; 21(3):157-164. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822009000300007&lng=es.