

**Frecuencia de cáncer oral en pacientes reportados al registro poblacional de cáncer
/ H.U.V. de Santiago de Cali durante el 2007-2009.**



Autores:

**Ruiz Botero, Juliana
Zapata Gutiérrez, Natalia
Moreno Marín, Ana María
Sánchez, Diana
Valencia Espitia Jhon Maro**

Asesor metodológico

Martínez Cajas, Carlos Humberto

Asesor estadístico

Tamayo Cardona, Julián Andrés

Artículo producto de investigación como trabajo de grado para optar al título de Odontólogo.

Institución Universitaria Colegios de Colombia
Colegio odontológico colombiano – COC
Sede Santiago de Cali.
2011-10-30

Frecuencia de cáncer oral en pacientes reportados al Registro Poblacional de Cáncer/H.U.V. de Santiago de Cali durante el 2007-2009

¹Ruiz Juliana, ¹Zapata Natalia, ¹Moreno Ana María, ¹Sánchez Diana, ¹Valencia Jhon Maro, ²Amaya Sandra, ³Martínez Carlos, ⁴Tamayo Julián

¹Estudiantes IX semestre Institución Universitaria colegios De Colombia UNICOC Colegio Odontológico.

²Asesor científico OD. Periodoncista

³Asesor metodológico OD. MEP

⁴Asesor estadístico

RESUMEN

Objetivo: el cáncer oral es una enfermedad que presenta un incremento en su prevalencia a nivel mundial, por tal razón los sistemas de vigilancia sobre esta condición son imprescindibles para disminuir el impacto sobre la calidad de vida de una población; este estudio busca entregar información actualizada acerca de la frecuencia del tipo de cáncer oral y su clasificación histopatológica en pacientes consignados en el registro poblacional de cáncer de la ciudad de Santiago de Cali desde el año 2007 al 2009.

Metodología: Estudio transversal basado en registros poblacionales de vigilancia epidemiológica de cáncer de la ciudad de Santiago de Cali. Se incluyeron las variables de edad, año de registro, tipo de cáncer, diagnóstico histológico y supervivencia.

Resultados: Se analizaron 147 registros que cumplieron con los criterios de selección, el 61.9% pertenecían a personas de sexo masculino y el 38.1% a personas de sexo femenino. El rango de edad de las personas registradas fue de 94 años (0-94) con un promedio de edad de 52.49 ± 24.54 años.

Conclusiones: El órgano con mayor afectación fue la lengua y la zona orofaríngea. La tonsila palatina conocida como amígdala la boca muestra proporciones similares. Los hombres se encuentran afectados en mayor proporción. Los tratamientos más frecuentes fueron los cuidados médicos y la radioterapia.

Palabras claves: neoplasia de la boca, calidad de vida, neoplasias tonsilares, radioterapia

ABSTRACT

Objective: Oral cancer is a disease with an increase in prevalence worldwide, for that reason surveillance systems this condition are essential to reduce the impact on quality of life of a population, this study seeks to provide updated information the frequency of oral cancer and histopathological classification in patients entered in the cancer Registry of the city of Santiago de Cali from 2007 to 2009.

Methodology: Cross-sectional population registries for cancer surveillance in the city of Santiago de Cali. Variables included age, year of record, type of cancer, histological diagnosis and survival.

Results: We analyzed 147 records that met the selection criteria, 61.9% were male individuals and 38.1% female persons. The age range of those registered was 94 years (0-94) with an average age of 52.49 ± 24.54 years.

Conclusions: The most affected organ was the tongue and the oropharyngeal area. The palatine tonsil known as the mouth shows similar proportions. Men are affected to a greater extent. The most common treatments were radiation therapy and medical care.

Keywords: mouth neoplasms, quality of life, tonsillar neoplasms, radiotherapy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer oral es una propagación anormal y descontrolada de células originada en las células mucosa que revisten la cavidad oral, puede atacar tejidos y órganos tanto proximales como distantes. Afecta con mayor frecuencia de la zona de, la lengua, los labios, la boca, y la faringe (1, 2); Esta condición presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad (2) lo que la ubica como la octava causa de muerte por cáncer a nivel mundial (1). Sin embargo, un diagnóstico temprano y cuidados médicos adecuados permiten una sobrevida cercana a 5 años (1).

De esta enfermedad se distinguen dos tipos: el cáncer de la cavidad oral y el oro-faríngeo (3), siendo las llagas de diferentes formas, según el tipo de células carcinógenas atacantes, el principal síntoma (4, 5) y de los que se destacan los carcinomas de células escamosas epiteliales (6, 7). Otra característica importante es el color que presenta la zona de afección.

Dada la gran diversidad histológica y territorial (9, 10, 11) es de vital importancia un exhaustivo examen de cada una de las partes que pueden estar involucradas; teniendo presente que es una enfermedad multifactorial que incluye hábitos etiológicos como fumar y el consumo de alcohol, y otros factores como los hereditarios, la edad, el género, una inadecuada higiene oral, prótesis mal adaptadas o dientes rotos, sífilis, candidiasis crónica, exposición a toxinas, malnutrición, etc. (5,12,13).

El cáncer oral ocupa un lugar importante cuando se habla de los más frecuentes en humanos, es uno de los 10 más comunes en el mundo y su prevalencia tiene rangos muy amplios que varían dependiendo de la ubicación geográfica; es así como en los países occidentales su prevalencia varía entre el 3 y 5% de todos los cánceres (7), donde el 90% de los cánceres orales diagnosticados son en personas mayores de 50 años de edad y de estos más del 50% representan a personas de más de 65 años, aunque se ha encontrado que es cada vez más frecuente el reporte de personas que no superan los 40 años (14,15). La incidencia es mayor entre hombres, aproximadamente 2 o 3 veces más que en las mujeres y también más tardía para ellas, en los hombres la aparición se puede presentar de 50-70 años y de 60-80 años para la mujer (5,15). Los principales lugares para la localización son lengua (55%), suelo de la boca (25%), mucosa oral (10%), encías (5-10%) y finalmente paladar duro (0,5-1%), aunque se pueden encontrar grandes variaciones que dependen de los hábitos individuales (5, 7, 14) como fumar o consumir licor. El 90% de los reportes de cáncer oral son de personas que hacen uso del tabaco o consumo excesivo de alcohol (12,16-18).

Con el paso de los años se ha observado un aumento de la incidencia del cáncer oral que constituye un problema de salud mundial; apreciándose una tendencia al incremento de la mortalidad absoluta causada por este tipo de patología (15) y donde factores de riesgo como la edad y el género han empezado a presentar menor diferenciación con respecto a épocas anteriores donde era clara la marcada tendencia de esta enfermedad en la tercera edad y en el género masculino.

Se ha estimado que la tasa de supervivencia para este tipo de cáncer es del 50%, indicando que cerca del 50% de pacientes pueden curarse (19), y con porcentajes que pueden variar del 75% para pacientes que han tenido diagnóstico a tiempo en periodos estimados a 5 años, comparados con un 10% para aquellos pacientes sin el debido diagnóstico y donde se ha producido metástasis (20).

Esta enfermedad necesita de muchos cuidados, los cuales se inician desde el momento del diagnóstico hasta la rehabilitación y para lo cual contar con equipos multidisciplinarios es una gran opción dada la complejidad de ésta. Generalmente los pacientes con cáncer oral llegan a consulta odontológica refiriendo de manera inicial un dolor bucal, ante lo cual el odontólogo debe estar en la capacidad de distinguir de una lesión precancerosa o una situación de lesión maligna en sus diferentes etapas de evolución; es este casi siempre el primer profesional que tiene contacto con el paciente pudiendo reconocer neoplasias malignas cuando aún están en sus primeras etapas y que con el manejo adecuado sería una estrategia adecuada para el control del cáncer, reduciendo de esta manera también costos médicos, dolor y sufrimiento (17). Es aquí donde vale la pena resaltar la importancia que tiene el nivel de conocimientos por parte del profesional no sólo en el reconocimiento de la enfermedad a través de la observación directa, el seguimiento clínico o la realización de biopsias, sino en el tratamiento a seguir (21), que en situaciones más complicadas requiere de procedimientos mucho más complejos (2,22,23).

Teniendo presente que sólo el 15% de los casos son diagnosticados en etapas tempranas, mientras que el 85% restante, concurren en periodos avanzados (13), y que en Colombia, a pesar de que se conoce que el cáncer oral ocupa el quinto lugar de todos los cánceres, presentándose anualmente aproximadamente 2000 casos nuevos (24,25), es escasa la información acerca de las características demográficas, clínicas e histopatológicas de esta enfermedad o que incluyan los distintos factores de riesgo (5): situación que llevó a plantear esta investigación con el objetivo de establecer la prevalencia del tipo de cáncer oral y la clasificación histopatológica en pacientes que asistieron al Hospital Universitario del Valle durante el periodo 2007-2009 y que se encuentran registrados en una base de datos, haciendo énfasis en la etapa de la enfermedad; con el propósito de brindar información actualizada que sirva como base para el planteamiento de estrategias que ayuden a mejorar no sólo la atención sino también la calidad de vida del paciente.

MATERIALES Y METODOS

La investigación fue de tipo observacional descriptivo, con base en fuentes secundarias. La población incluida en el estudio corresponde a los pacientes pertenecientes a la base de datos del registro poblacional de Cáncer de Cali - Hospital Universitario del Valle durante el periodo 2007-2009. Se identificaron 147 registros con diagnóstico de cáncer oral teniendo en cuenta los siguientes códigos CIE-O desde el C00 hasta el C14. Se excluyeron aquellos registros con datos incompletos, con diagnóstico de lesiones orales precancerosas y con diagnósticos no confirmados.

Para llevar a cabo la prueba de campo y tras haber obtenido la aprobación del Comité de Ética de la Institución Universitaria Colegios de Colombia, se procedió a solicitar la autorización de las directivas del Hospital Universitario del Valle para poder desarrollar el estudio.

Cuando se obtuvo el permiso se solicitó la base de datos para sistematizar la información obtenida; incluyendo sólo aquellos registros que cumplieran con los criterios de selección y de los cuales se filtraron los datos relevantes para desarrollar los resultados que satisficieran todos los objetivos de este estudio.

Para la agrupación de los hallazgos se empleó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -O): Cavidad bucal - labio, lengua, glándulas salivales, encía, suelo de boca, otras partes de la boca, orofaringe, nasofaringe e hipofaringe. Una vez se obtuvieron todos estos datos, debidamente tabulados, fueron analizados haciendo uso de Stata Version 11. El análisis estadístico realizado incluyó el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas de cada variable según el sexo y la edad.

La investigación fue clasificada sin riesgo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia.

RESULTADOS

Se analizaron 147 registros que cumplieron con los criterios de selección, el 61.9% pertenecían a personas de sexo masculino y el 38.1 a personas de sexo femenino. El rango de edad de las personas registradas fue de 94 años (0-94) con un promedio de edad de 52.49 ± 24.54 años.

Para el año 2007 se encontraron 46 casos, 69.9% en hombres y 30.4% en mujeres, este valor se incrementó en el 2008 con 76 casos, 59.2% y 40.8% para hombres y mujeres respectivamente, y en 2009 de los 25 registros disponibles el 56% de los casos fueron personas del sexo masculino y el 44% de sexo femenino.

Del total de casos, el 73.5 de los casos correspondían a neoplasias del tipo maligno incierto para primario o metastasico, y el 13.6% fueron inciertos para malignidad o benignidad. Mientras que el 7.5% y el 5.4 % correspondían, en su orden, a las neoplasias in-situ no invasivas y a lesiones malignas primarias.

Casi la totalidad de los diagnósticos (95.2%) fueron confirmados por histología, tan solo el 2.7% se hizo por diagnóstico médico y el 2.1% citológica y radiográficamente .

El 55% de los casos recibieron tratamiento médico, el 21.1 % radioterapia, el 8.2% se trataron quirúrgicamente. La cirugía más radioterapia y la combinación de Quimioterapia más radioterapia fue utilizada en el 6.1 % y 5.4% de los pacientes registrados. La Quimioterapia se usó en el 3.4 % de los casos y un 0.7% recibió cirugía más quimioterapia.

Para febrero de 2011, diez de los casos registrados habían fallecido.

Las zonas anatómicas afectadas fueron diversas, se destacan la lengua, la nasofaringe, las amígdalas, la glándula parótida.

DISCUSION

La frecuencia de cáncer oral y faríngeo se ha estudiado ampliamente en distintos países y se evidencian tendencias similares en edad, género y zona afectada (8-14). En estados unidos para el año 2008 los datos sobre este particular muestran una frecuencia de 35000 nuevos diagnósticos con una mortalidad de cerca del 25% de dichos casos, esta patología presenta una razón de 2 a 1 (9), siendo los hombres los

más afectados y la mortalidad presenta cifras cercanas al 10%. Este comportamiento en la ocurrencia de la enfermedad se evidencia en el presente estudio, la tendencia según el sexo se mantiene durante los 3 años que se incluyen en el presente reporte. De igual forma, la zona más afectada, según la literatura, es la lengua con cerca del 25% de los casos(9), cifra que se aproxima al 30% de los casos en el presente estudio. La nasofaringe, los labios y piso de boca, también muestran frecuencias importantes en países como Israel (10), Australia(11), India(12), entre otros(14).

El desarrollo de lesiones neoplásicas es considerada como una enfermedad ligada al envejecimiento(9-11, 13, 15), este reporte presenta datos concordantes con dicha afirmación, ya que el promedio de edad de los casos reportados corresponden a la etapa de adultos mayores, sin embargo, una gran proporción de jóvenes también se encuentra afectada, tal como las tendencias actuales lo referencian(9).

Los casos de carcinoma son los más frecuentes, y en particular, los de células escamosas los cuales corresponden a cerca del 50% de los casos registrados, mientras el adenocarcinoma se aproxima al 5% de los casos en el presente estudio. Estos resultados concuerdan con los reportados en la mayoría de los estudios (8-12, 14, 16, 17). Los factores de riesgo asociados con la presencia de este tipo de tumor son variados, entre ellos se encuentra el consumo de cigarrillo y de alcohol (14, 16-18), y se adelantan estudios con respecto a la asociación con la presencia del Virus del papiloma Humano con resultados en favor de dicha hipótesis (3, 17), a pesar de ello, aún no se ha encontrado evidencia de relación directa(14).

Los registros disponibles para el presente reporte no incluyen la evaluación de la presencia de dichos factores de riesgo, tal como se recomienda para cualquier sistema de vigilancia en cáncer oral(19, 20) y sobre los cuales se encuentran diversas propuestas que resaltan la participación de la academia (1, 12, 21) y del equipo de profesionales de la odontología(19, 22), la cirugía maxilofacial y otras especialidades de las ciencias de la salud.

ANEXOS

Tabla 1. Códigos de clasificación.....

800033	Neoplasia maligna, maligno primario
800039	Neoplasia maligna, maligno incierto si es primario o metastasico
801033	Carcinoma, maligno primario
801039	Carcinoma, maligno incierto si es primario o metastasico
802039	Carcinoma indiferenciado, maligno incierto si es primario o metastasico
805139	Carcinoma verrugoso, maligno incierto si es primario o metastasico
807031	Carcinoma de células escamosas, incierto si es benigno o maligno
807032	Carcinoma de células escamosas, in situ no invasivo
807033	Carcinoma de células escamosas, maligno primario
807039	Carcinoma de células escamosas, maligno incierto si es primario o metastasico
807139	Carcinoma de células escamosas queratinizante, maligno incierto si es primario o metastasico
807239	Carcinoma de células escamosas grandes no queratinizantes, maligno incierto si es primario o metastasico

814039	Adenocarcinoma, maligno incierto si es primario o metastasico
820039	Carcinoma quístico adenoide, maligno incierto si es primario o metastasico
843039	Carcinoma mucoepidermoide, maligno incierto si es primario o metastasico
850039	Carcinoma ductal infiltrante, maligno incierto si es primario o metastasico
880039	Sarcoma, maligno incierto si es primario o metastasico
959039	Linfoma maligno, maligno incierto si es primario o metastasico
959139	Linfoma maligno no hodgkin, maligno incierto si es primario o metastasico
967039	Linfoma maligno, linfocítico de células B pequeñas, maligno incierto si es primario o metastasico

Tabla 2. Codigos

C006	Comisura de labio
C009	Labio
C019	Base de lengua
C020	Cara dorsal de la lengua
C021	Borde de la lengua
C023	Dos tercios anteriores de la lengua
C028	Lesión en sitios contiguos a lengua
C029	Lengua
C031	Encia inferior
C039	Encia
C049	Piso de la boca
C050	Paladar duro
C051	Paladar blando
C059	Paladar
C060	Mucosa de la mejilla
C069	Boca
C079	Glándula parótida
C080	Glándula submaxilar
C089	Glándula salivar mayor
C098	Lesión en sitios contiguos a la amígdala
C099	Amígdala
C109	Oro faringe
C111	Pared posterior de la nasofaringe
C119	Nasofaringe

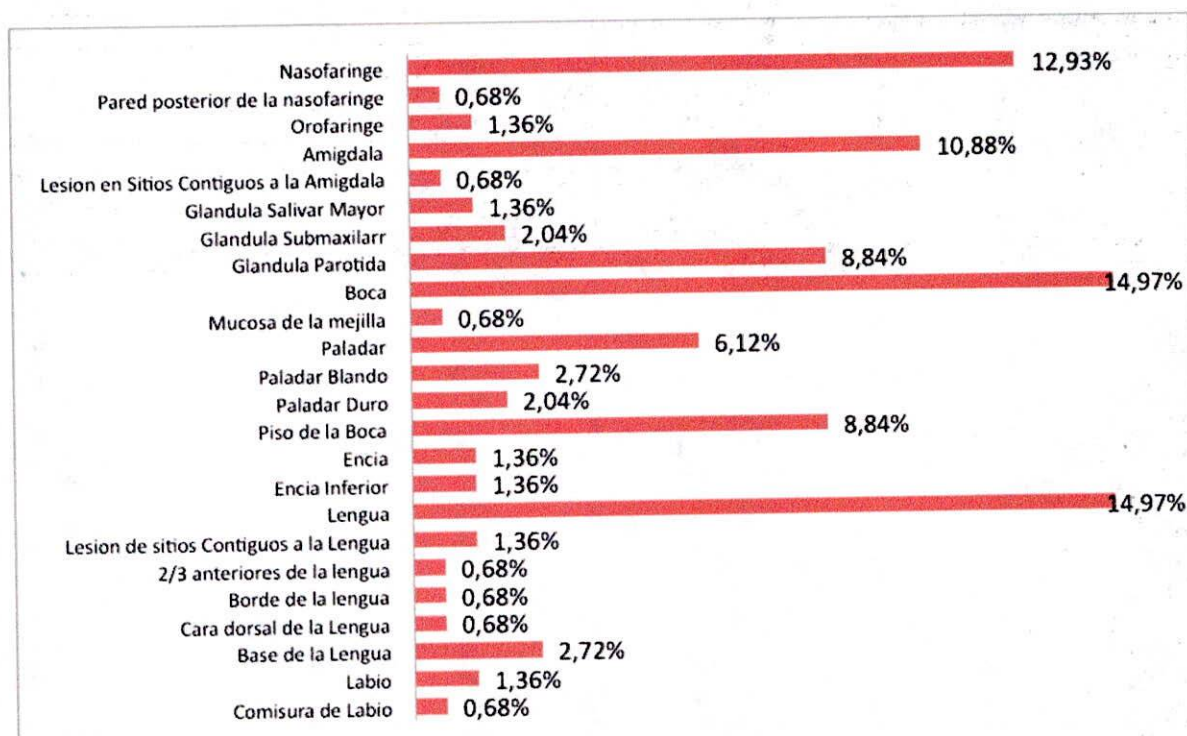


Figura 1. Frecuencia de cáncer oral reportados al Registro Poblacional de Cáncer de Cali durante el periodo de 2007 a 2009.

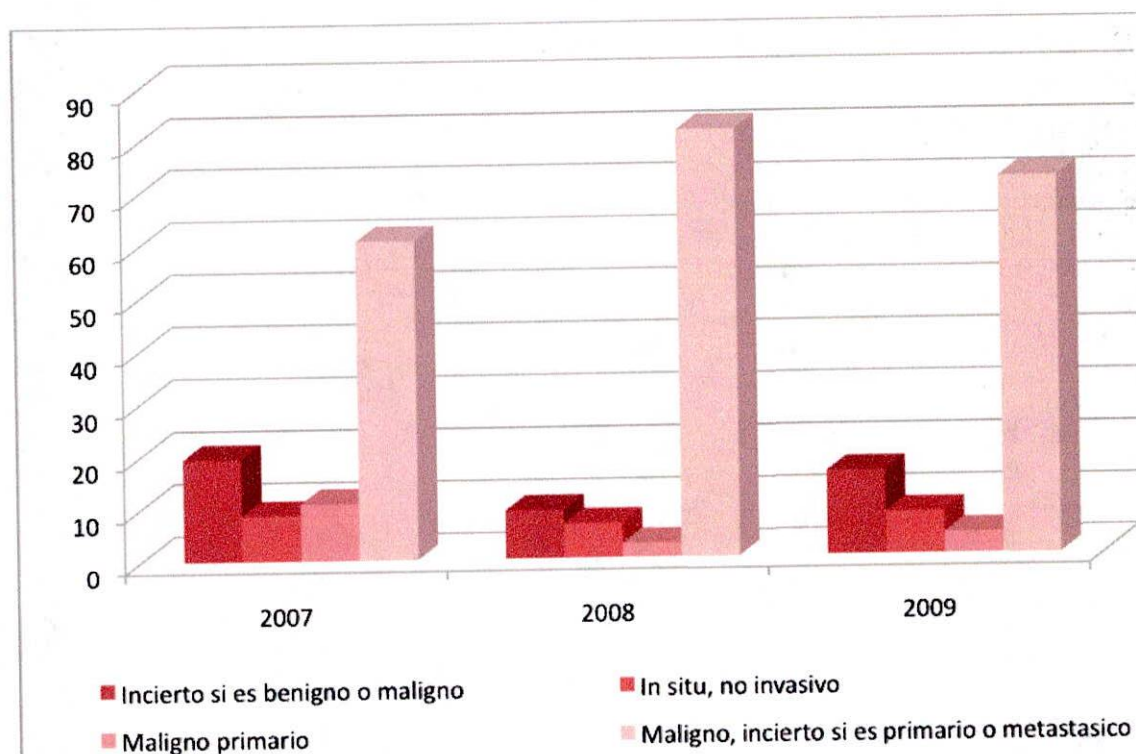


Figura 2. Frecuencia de la clasificación TNF de los casos cáncer oral reportados al Registro Poblacional de Cáncer de Cali durante el periodo de 2007 a 2009.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Shanmugavel A, Shive SE. Oral Health Practices and Oral Cancer Knowledge Attitudes and Behaviors among College Students. *World Journal of Dentistry*. [Article]. 2010;1(3):141-8.
2. Patton LL, Agans R, Elter JR, Southerland JH, Strauss RP, Kalsbeek WD. Oral cancer knowledge and examination experiences among North Carolina adults. *J Public Health Dent*. 2004 Summer;64(3):173-80.
3. D'Souza G, Kreimer AR, Viscidi R, Pawlita M, Fakhry C, Koch WM, et al. Case-control study of human papillomavirus and oropharyngeal cancer. *N Engl J Med*. 2007 May 10;356(19):1944-56.
4. Lanfranchi-Tizeira HE, Aguas SC, Sano SM. Malignant transformation of atypical oral lichen planus: a review of 32 cases. *Med Oral*. 2003 Jan-Feb;8(1):2-9.
5. Munoz Herrera A, Santa Cruz Ruiz S, Fonseca Sanchez E, Nieto Palacios A, Blanco Perez P, Gomez Gonzalez JL. [Survival rate in epidermoid carcinoma of the oral cavity]. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2001 Jun-Jul;52(5):381-6.
6. Sciubba JJ. Oral cancer and its detection. History-taking and the diagnostic phase of management. *J Am Dent Assoc*. 2001 Nov;132 Suppl:12S-8S.
7. Wilson DF, Jiang DJ, Pierce AM, Wiebkin OW. Oral cancer: role of the basement membrane in invasion. *Aust Dent J*. 1999 Jun;44(2):93-7.
8. Reichart PA, Nguyen XH. Betel quid chewing, oral cancer and other oral mucosal diseases in Vietnam: a review. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. [Article]. 2008;37(9):511-4.
9. Silverman Jr S, Hovliaras Delozier CA. Advances in Oral Cancer Detection and Diagnosis--How You Can Make a Difference and Save a Life! Access. [Article]. 2008;22(8):28-32.
10. Zini A, Czerninski R, Vered Y, Livny A, Sgan-Cohen HD. Trends of oral and pharyngeal cancer in Israel, by gender, age, ethnic group, and country of origin: 1970–2006. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*. [Article]. 2009;37(6):547-54.
11. Abreu LP, Kruger E, Tennant M. Oral cancer in Western Australia, 1982–2006: a retrospective epidemiological study. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. [Article]. 2010;39(5):376-81.
12. Kuruvilla J. Utilizing dental colleges for the eradication of oral cancer in India. *Indian Journal of Dental Research*. [Article]. 2008;19(4):349-53.
13. Kolker JL, Ismail AI, Sohn W, Ramaswami N. Trends in the incidence, mortality, and survival rates of oral and pharyngeal cancer in a high-risk area in Michigan, USA. *Community Dentistry & Oral Epidemiology*. [Article]. 2007;35(6):489-99.
14. Mora SC, Sánchez AG, Rojas DA. Carcinoma de células escamosas de lengua. (Spanish). *Revista Odontología Vital*. [Article]. 2010;2(13):7-13.
15. Patton LL, Agans R, Elter JR, Southerland JH, Strauss RP, Kalsbeek WD. Oral Cancer Knowledge and Examination Experiences Among North Carolina Adults. *Journal of Public Health Dentistry*. [Article]. 2004 Summer2004;64(3):173-80.
16. Scully C, Bagan JV. Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. *Oral Diseases*. [Article]. 2009;15(6):388-99.

17. Hennessey PT, Westra WH, Califano JA. Human Papillomavirus and Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Recent Evidence and Clinical Implications. *Journal of Dental Research*. [Article]. 2009;88(4):300-6.
18. Oo HN, Myint YY, Maung CN, Oo PS, Cheng J, Maruyama S, et al. Oral cancer in Myanmar: a preliminary survey based on hospital-based cancer registries. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. [Article]. 2011;40(1):20-6.
19. LeHew CW, Epstein JB, Kaste LM, Choi Y-K. Assessing oral cancer early detection: clarifying dentists' practices. *Journal of Public Health Dentistry*. [Article]. 2010 Spring;70(2):93-100.
20. Gonzalez YM, Lozier EB. Oral Cancer Screening, Dental Needs Assessment and Risk Factors Literacy in Hispanic Population of Western New York. *New York State Dental Journal*. [Article]. 2007;73(6):32-5.
21. Rocha, Buelvas A. CÁNCER ORAL: EL PAPEL DEL ODONTÓLOGO EN LA DETECCIÓN TEMPRANA Y CONTROL. (Spanish). ORAL CANCER: THE ROLE OF THE DENTIST IN EARLY DIAGNOSIS AND CONTROL (English). [Article]. 2009;21(1):112-21.
22. Kujan O, Glenn AM, Oliver R, Thakker N, Sloan P. Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Australian Dental Journal*. [Article]. 2009;54(2):170-2.