

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER BUCAL, MOA, ENERO 2011 A DICIEMBRE 2014: IMPACTO Y DESARROLLO

Autor: Dra. Alianet Driggs Zayas. Residente de 2^{do} año de Estomatología General Integral. **Profesor** Instructor. Policlínico "Rolando Monterrey", Moa – Holguín, Cuba
adriggz@moa.hlg.sld.cu

Coautores: Dra. Eliza María Caballero Arderí, Dra. Alina Núñez Quevedo

RESUMEN

El sistema de salud cubano desde sus inicios viene desarrollando importantes logros en las acciones preventivas y curativas, mediante la creación de programas de salud. ¹ El concepto de Atención Primaria de Salud, inició una profunda transformación de las condiciones de vida del pueblo. En nuestro país desde 1982 se puso en práctica el programa nacional de detección precoz del cáncer bucal (**PDCB**), su acción radica en el examen anual del complejo bucal por parte del Estomatólogo General Integral y el Médico de Familia. ² Se realizó un estudio con el propósito de controlar y evaluar la marcha del **PDCB** e incorporar un material didáctico digital al trabajo preventivo, dirigido a la población acerca del cáncer bucal, mediante técnicas educativas como las charlas, los demostrativos y audiovisuales, en nuestro municipio, para disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. Los datos recogidos fueron agrupados de acuerdo a edad, sexo, localización de la lesión y tipo de lesión. De las lesiones encontradas más frecuentes (Leucoplasia y Carcinoma Epidermoide), los mayores de 50 años, en el sexo masculino y la localización de mucosa de carrillo y lengua respectivamente, fueron los más afectados. Se observó un buen desempeño por parte del personal estomatológico en cuanto al pesquizado de estas lesiones, siendo remitidos más de 300 personas y de estos confirmados como positivas un número total de 47 personas en el transcurso del tiempo estudiado.

Palabras clave: PDCB, Cáncer Bucal, Material Didáctico Digital, Atención Primaria, leucoplasia, Carcinoma Epidermoide

INTRODUCCIÓN

La atención estomatológica ha logrado importantes cambios en cuanto a la salud buco-dental, con el objetivo de alcanzar niveles superiores de salud bucal en el individuo, la familia y la comunidad. En nuestro país desde 1982 se puso en práctica el programa nacional de detección precoz del cáncer bucal (PDCB), respaldado por el Ministerio de Salud Pública, su acción radica en el examen anual del complejo bucal por parte del Estomatólogo General Integral y el Médico de Familia.³ La efectividad del Programa se expresa, en primer lugar, en la seguridad y confianza de la población al ser examinada y diagnosticada como sana por el profesional entrenado y motivado en el pesquizado, diagnóstico, tratamiento y eliminación de un significativo número de lesiones y estados preneoplásicos que ha influido en la tendencia a la disminución de la incidencia de las neoplasias maligna de la bucofaringe.⁽⁴⁾ Por lo que la problemática central: es el desconocimiento de nuestros especialistas acerca del grupo de alto riesgo del carcinoma bucal en el municipio de Moa. Dando lugar al problema científico de nuestro trabajo: ¿Cómo marcha el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal, en nuestro municipio, para disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal, desde enero de 2011 hasta diciembre de 2014? Al identificar el grupo de riesgo según las variables sociodemográficas, disminuirémos la morbi-mortalidad del cáncer bucal.

El Cáncer Bucal (según la clasificación internacional de enfermedades CIE-040-146) ocupa una de las diez primeras localizaciones de incidencia de cáncer en el mundo y constituye la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres al igual que en nuestro país, con una tasa cruda de 8.6 por cien mil habitantes en el hombre y de 2,3 en la mujer, lo que significa que en el hombre aparece 3 veces más que en la mujer con tendencia a elevarse. Una, de cada cinco defunciones en Cuba, se debe a esta enfermedad.

Del total de neoplasias malignas, las bucales representan el 4,3 % en el hombre y 1,6% en la mujer. Si agregamos la bucofaríngea, la tasa sube a 10,6 ocupando el 5to lugar en frecuencia en el hombre; en la mujer asciende 2,0.

Estas cifras varían entre los diferentes países de acuerdo a los perfiles de riesgo, como por ejemplo, en ciertas zonas del área del este de Europa que por la costumbre de masticar una mezcla de base de nuez de betel, la incidencia del

carcinoma bucal es de 64 %, pero son similares a la mayoría de los países donde no influyen factores etiopatogénicos específicos.

De cada 5 pacientes que padecen cáncer bucal sólo 2 logran sobrevivir más de 5 años, la sobrevivencia del paciente con cáncer bucal depende, entre otros factores, del momento del diagnóstico, la localización y el tratamiento correcto, por eso se insiste en la importancia de que el estomatólogo realice siempre la detección temprana mediante lo establecido en el Programa de Detección Precoz de Cáncer Bucal (PDCB). 4, 5, 6,7, 2

El objetivo es controlar y evaluar la marcha del programa con el auxilio del Sistema de información Estadística, para disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal al conocer los factores y grupos que prevalecen en Moa, desde enero de 2011 hasta diciembre de 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal, el universo estuvo constituido por 364 pacientes del municipio, que fueron remitidos al Departamento de Maxilofacial del Hospital Municipal Docente “Guillermo Luis Fernández Hernández” de Moa, para lo cual escogimos como muestra 85 afectados con algún tipo de lesión preneoplásica o neoplásica.

Se realizó una búsqueda bibliográfica lo más exhaustiva y actualizada posible sobre el tema objeto de estudio; en la recolección de los datos primarios, se utilizaron como fuente de información:

- Historia Clínica Individual con modelo
- Libro de recepción de biopsia, en la consulta de maxilofacial
- Libro de Resultados de Biopsia de Anatomía Patológica
- Estadística Municipal de Salud: Estrategia del Municipio por policlínicos

La información se organizó, elaboró y presentó en forma de tablas y gráficos utilizando los porcentajes como medida de resumen para los datos cualitativos.

RESULTADOS

Fueron remitidos 364 pacientes, siendo de estos 47 positivos confirmados, al analizar las variables demográficas relacionadas con los grupos de edades y el sexo

de los pacientes portadores de lesiones del complejo bucal, se refleja que el sexo femenino (49 enfermos) para un 57,65% resultó ser el más afectado, entre las edades de 46-65 años, con un total de 38 para un 44,71%, y en segundo lugar encontramos el grupo etáreo de 36-45 (16 enfermos) para un 18,82%, según se explica en la (TABLA 1 Y GRÁFICO 1).

Tabla1. Resultados de lesiones del complejo bucal según edad y sexo, desde enero 2011 a enero 2014, en Moa.

Edad	2011				2012				2013				2014				Total
	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%	
Sexo																	
15-25	1	4,34	2	8,69	1	7,14	0	0	2	4,54	1	10,33	0	0	0	0	7
26-35	0	0	1	4,34	0	0	0	0	1	10,33	1	10,33	0	0	0	0	3
36-45	3	13,04	4	17,39	3	21,42	1	7,14	3	6,82	0	0	1	25	1	25	16
46-55	2	8,69	1	4,34	1	7,14	2	8,69	1	22,73	3	6,82	0	0	0	0	19
56-65	4	17,39	2	8,69	1	4,34	3	21,42	2	4,54	7	15,9	0	0	0	0	19
66-75	0	0	2	8,69	0	0	0	0	5	11,36	4	9,09	1	25	0	0	13
76-85	1	4,34	0	0	0	0	0	0	4	9,09	0	0	0	0	0	0	6
86 y +	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10,33	0	0	1	25	1	25	2
Total	11	47,82	12	52,17	8	57,14	6	42,85	28	63,64	16	36,36	24	54	24	54	85

Al analizar la gran variedad de lesiones reflejadas en los registros estomatológicos, se encontró que la más predominante es el Carcinoma Epidermoide (23 enfermos)

para un 27,06%, seguido por la Leucoplasia (15 enfermos) con un 17,65% plasmado en la TABLA 2 y GRÁFICO1.

Tabla2. Resultados por años según tipo de lesión del complejo bucal, desde enero 2011 a diciembre 2014, en Moa.

Lesiones	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	Total
Nevus Verrucoso	2	4,34	2	14,29	2	4,44	0	0	6
Leucoplasia	6	26,09	5	35,71	4	8,88	0	0	15
Liquen Plano	1	4,56	4	28,57	4	8,88	0	0	9
Queratosis	4	13,04	0	0	8	17,77	1	25	13
Nevus melanocítico	0	0	1	7,14	5	11,11	0	0	6
Nevus Pigmentado	3	13,64	0	0	2	4,44	0	0	5
Úlcera crónica	2	4,34	0	0	5	11,11	1	25	8
Carcinoma Escamoso	2	4,34	3	21,42	11	24,44	2	40	18
Carcinoma Escamoso Ulcerado	1	4,56	0	0	2	4,44	0	0	3
Carcinoma Basoescamoso	1	4,56	0	0	1	2,22	0	0	2
Total	22	25,88	14	16,47	45	52,94	4	4,71	85

Al evaluar la TABLA 3, se muestra la relación existente entre la patología pre-maligna (Leucoplasia) y la edad apreciándose el grupo de 56- 75(7 enfermos), los cuales correspondieron al 46,67%, mientras que la patología maligna (Carcinoma Epidermoide) prevaleció la edad de 56-65, 76-85(9 enfermos) para un 39,13%.La vinculación existente entre la patología pre-maligna (Leucoplasia) 9 enfermos para un 19,15%, y la patología maligna (Carcinoma Epidermoide) 15 enfermos con un 31,91% de acuerdo al sexo, siendo los hombres los más afectados en ambos

casos, aspecto que atribuimos a que el hombre está más expuesto a los riesgos nocivos como el habito de fumar e ingestión de bebidas alcohólicas.

Tabla3.Prevalencia de las lesiones pre-neoplásicas y neoplásicas según edad y sexo, desde enero 2011 a diciembre 2014.

Edad	Leucoplasia				Liquen Plano Erosivo				Carcinoma Epidermoide				Total
	F	%	M	%	F	%	M	%	F	%	M	%	
Sexo													
15-25	0	0	0	0	1	20	0	0	0	0	0	0	1
26-35	0	0	1	11,11	0	0	0	0	0	0	0	0	1
36-45	2	33,33	0	0	1	20	1	25	0	0	3	20	7
46-55	2	33,33	1	11,11	3	60	0	0	1	12,5	0	0	7
56-65	0	0	4	44,44	0	0	3	75	2	25	4	26,67	13
66-75	0	0	3	33,33	0	0	0	0	1	12,5	3	20	7
76-85	2	33,33	0	0	0	0	0	0	2	25	5	33,33	9
86 y +	0	0	0	0	0	0	0	0	2	25	0	0	2
Total	6	12,77	9	19,15	5	10,64	4	8,51	8	17,02	15	31,91	47

Al estudiar la TABLA 4 Y GRÁFICO 2, se muestra la asociación existente entre las lesiones más frecuentes y la localización anatómica de estas, topográficamente el sitio más susceptible en la instalación de esta patología pre-maligna (Leucoplasia) fue la mucosa de carrillos que ocupó el 53,33%, continuándole en secuencia la mucosa de labio representando el 3,33%, mientras que la patología maligna (Carcinoma Epidermoide) se observó más afectada la lengua con un 43,48%, seguido por el piso de boca con un 30,43%.

Tabla4.Prevalencia de las lesiones pre-neoplásicas y neoplásicas según localización, desde enero 2011 a diciembre 2014.

Localización	Leucoplasia	%	Liquen Plano Erosivo	%	Carcinoma Epidermoide	%	Total
Mucosa labio	5	3,33	1	11,11	2	8,69	6
Carrillo	8	53,33	3	33,33	0	0	8
Encía y rebordes alveolares	0	0	0	0	2	8,69	2
Paladar Duro y Blando	0	0	0	0	2	8,69	2
Lengua	2	13,33	3	33,33	10	43,48	9
Piso de la Boca	0	0	2	22,22	7	30,43	4
Total	15	31,91	9	19,15	23	48,94	47

DISCUSIÓN

El cáncer constituye un grave problema de salud. Se prevé que en el periodo comprendido de 2007 al 2030 la mortalidad por cáncer se incremente de 7,9 a 17 millones a nivel mundial, debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. También, el número de casos nuevos aumentará de 11,3 millones a 15,5 millones. Se estima que aproximadamente 500 000 nuevos casos de cáncer oral serán diagnosticados cada año y solo del 40% al 50% de ellos sobrevivirá a los cinco años.^{8,9}

En nuestro estudio encontramos que en nuestro municipio, gracias a la excelente labor y a la profunda preparación de nuestros Estomatólogos Generales Integrales (EGI) en cuanto al minucioso examen de PDCB y al certero diagnóstico de los especialistas en maxilofacial, fueron remitidos 364 pacientes, siendo de estos 47 positivos confirmados, al ser diagnosticados tempranamente se eleva el nivel de vida y su salud bucal.

De los pacientes con lesiones del complejo bucal se observa un predominio del sexo femenino en la edad comprendida entre 56-65 años, estos resultados coinciden con otros autores como en la Literatura consultada: Guía Práctica de estomatología MINSAP, 2010, Colectivo de autores, aunque en la bibliografía consultada hay autores,^{10,11} que plantean que estas lesiones afectan en mayor grado al sexo masculino y al grupo de edades mayor de 50 años.

De las lesiones complejo bucal encontradas prevalece el Carcinoma Epidermoide, seguido de la Leucoplasia. Este criterio se asemeja a los estudios realizados por Simon Katz, James L. McDonald y George K. Stookey.

Predominando en la patología pre-maligna (Leucoplasia) la edad de 46- 75, mientras que la patología maligna (Carcinoma Epidermoide) prevaleció la edad de 56-65, 75-85, de acuerdo al sexo los hombres fueron los más afectados en ambos casos, aspecto que atribuimos a que el hombre está más expuesto a los hábitos nocivos, reafirmando nuestros resultados con otros colaboradores experimentados como Shafer, Waldron, Simon Katz, James L. McDonal, George K. Stookey, Dra. Maritza de la Caridad Sosa, Dr. Armando Mojaiber, Dra. Rosa González, Dra. Enma Gil y Santana Garay, quien realizó estudios en la Clínica de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología de La Habana.^{12,13}

Coincidiendo estos resultados con otros colaboradores experimentados como Shafer, Waldron, Simon Katz, James L. McDonal, George K. Stookey, Dra. Maritza de la Caridad Sosa, Dr. Armando Mojaiber, Dra. Rosa González, Dra. Enma Gil y Santana Garay, por lo que estas investigaciones publicadas en literaturas, revistas y otros son similares a nuestro estudio.^{14, 15, 16}

El sitio más susceptible en la instalación de la patología pre-maligna (Leucoplasia) fue la mucosa de carrillos, continuándole en secuencia la mucosa de labio, mientras que la patología maligna (Carcinoma Epidermoide) se observó más afectada la lengua, seguido por el piso de boca. Los resultados confirman lo reportado por Shafer, Waldron, Simon Katz, James L. McDonal y Santana Garay respecto al Carcinoma, no siendo así con la Leucoplasia donde en la bibliografía consultada hay autores, Shafer, Waldron, Simon Katz, James L. McDonal no coinciden siendo para ellos la ubicación más común el reborde alveolar inferior, la encía y el surco vestibular y Santana Garay refiere que si son los sitios más frecuentes, pero primero se encuentra la mucosa del labio y en segundo lugar la mucosa del carrillo.^{17,18}

El PDCB, es necesario, ya que el diagnóstico del cáncer ya instalado, pero sin metástasis regional, mejora el pronóstico.^{19,20}

Es inconcebible pensar que, existiendo formas de evitarlo o diagnosticarlo tempranamente, no se lleven a la práctica del modo correcto. Se hace necesario, entonces, elevar la conciencia preventiva en profesionales y pacientes, realizando actividades como clases talleres, entre otras. Realizar estudios epidemiológicos para identificar la prevalencia del cáncer bucal y de las lesiones preneoplásicas y realizar intervenciones educativas para modificar hábitos y estilos de vida no saludable en la población expuesta para disminuir la incidencia y mortalidad para lo cual es necesaria la participación social y comunitaria.

CONCLUSIONES

De las lesiones encontradas más frecuentes (Leucoplasia y Carcinoma Epidermoide), los mayores de 50 años, en el sexo masculino y la localización de mucosa de carrillo y lengua respectivamente, fueron los más afectados. Se observó un buen desempeño por parte del personal estomatológico en cuanto al pesquizado de estas lesiones, siendo remitidos más de 300 personas y de estos confirmados como positivas un número total de 47 personas en el transcurso del tiempo estudiado. Para ejecutar las medidas de prevención en sus distintas etapas no sólo es imprescindible la preparación del estomatólogo en los aspectos clínicos-epidemiológicos del cáncer bucal a nivel de su profesionalidad también, en la interiorización de los objetivos del programa y la necesidad de desarrollar métodos educativos específicos dirigidos a la comunidad, para obtener la participación activa de esta en el enfrentamiento al problema del cáncer bucal, debido a esta necesidad de la población, nos dirigimos a diferentes centros, con un instructivo (Salud Bucal) que aborda el autoexamen bucal, que es un tema poco divulgado por nuestros medios y tan necesario su conocimiento para la detección temprana de cualquier anomalía de la cavidad bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dra. Gardenia Ruiz Ferrer. Instructivo - educativo sobre salud bucal en jóvenes del "centro de preparación para la defensa". [Tesis para optar por el título de Master en Atención Comunitaria en Salud Bucal] 2009. ISCM. Santiago de Cuba.
2. Sosa Rosales M C, González Ramos R M, Gil Ojeda E. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. La Habana. 2002: 72, 92.

3. Katz S. Odontología preventiva en acción. 3^{ra} ed. La Habana: Científico-Técnica; 2004: 100-23.
4. Asociación Internacional de portales odontológicos. Odontocat: Prevención.2004. <http://www.odontocat.com/prevencio2^{ria}.htm> [Consulta: 15 enero 2011].
5. Sosa, M.; Mojáiber, A: Municipios por la Salud. Estrategia Estomatología. MINSAP. Cuba, 1998.
6. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. Salud y Medicina. LaHabana: Ciencias Médicas; 2001: v 1: 1, 39, 57,282.
7. Carta de Ottawa: [biblioteca virtual en línea].<http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> [Consulta: 2 dic 2010].
8. Ochoa Soto R. Educación para la salud En: Toledo Curbelo. Fundamento de la salud pública 2. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2005: 560-1
9. Biblioteca Virtual de la Salud. Disponible en: <http://www.atriunfar.net> [Consulta: 10 feb 2011].
10. Rodríguez Calzadilla, Amado; Delgado Méndez, Luis. Técnicas de Diagnóstico de Salud Bucal, Rev cubana Estomatol, 2006; 33 (1).
11. Sosa Rosales M, Salas Adam M R. Guías prácticas clínicas de afecciones clínico quirúrgicas bucofaciales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2003: 473.
12. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992:12-3.
13. Santana Garay I C. Atlas de Patología del Complejo Bucal. La Habana: Científico-técnica.
14. <http://www.fepafem.org.ve/investigaciones/sonrizafeliz/6.htm-ftn10> [Consulta: 15 marzo 2011].
15. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de Educación para la Salud. La Habana: Editorial Científico- Técnica, 1985:17-23.
16. Asociación Estadounidense para la Salud Mundial. Boca Sana. Disponible en: <http://www.infomed.sld.cu> [Consulta: 10 marzo 2011]
17. OPS / OMS: Clasificación Internacional de Enfermedades aplicadas a Odontología y Estomatología. Tercera Edición. Washington, D.C. Estados Unidos, 1996.
18. Neville BW, Damm DD, Allen C. Met al.Oral Maxilofacial Pathology.WB Saunders. Company, 2004
19. Dr.Leordanis Monjes Martínez. Residente de MGI. Comportamiento de la cardiopatía isquémica en pacientes fumadores. CMF/ el Canal. Septiembre 2008-2009. [Trabajo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral] 2010. Moa
20. Enciclopedia Encarta 2005. Enseñanza de las ciencias sociales. La secuencia didáctica en la enseñanza integrada de las Ciencias sociales. [Consulta: 4 de septiembre 2010].