



EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER BUCAL EN LA FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA HABANA DE 1999 A 2005.

Josefa Dolores Miranda Tarragó*, Irene Rodríguez Pérez**

* Facultad de Estomatología de la Habana CUBA

** Instituto Ciencias Básicas y Preclínicas "Victoria de Girón" CUBA

Resumen

La Clínica de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología de la Habana, funciona como centro de recepción de pacientes remitidos del Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB).

Nos propusimos presentar características de los pacientes remitidos por el PDCB a la Clínica de Patología de la Facultad de Estomatología de la Habana entre 1999 y 2005.

Se hace un estudio retrospectivo descriptivo utilizando el Registro de Remitidos de la Clínica de Patología de la Facultad de Estomatología de la Habana de febrero de 1999 a enero de 2005. Se estudia la clínica de procedencia, la edad, el sexo, el diagnóstico definitivo y la localización de las lesiones.

Se registraron en los 6 años 828 pacientes, 736 se encontraban entre 30 y 79 años, las clínicas de la Facultad con 506 pacientes fueron las que mayor número de pacientes remitieron, 431 pacientes eran del sexo femenino, la leucoplasia se diagnosticó en 269 pacientes, el carrillo con 208 pacientes fue la localización topográfica más afectada. El PDCB contribuye decisivamente a la prevención del cáncer bucal y estamos luchando por mantener y mejorar su funcionamiento.

Introducción

Aproximadamente 4% de los cánceres son localizados en la boca y la faringe, 95% de ellos son carcinomas escamosos. Los casos fatales son alrededor del 50%, pero los diagnosticados tempranamente tienen mejor supervivencia, hay acuerdo en la necesidad de aumentar el conocimiento de los factores de riesgo y el incremento del examen bucal sobre todo entre los individuos más predispuestos (1-4).

El Programa de Detección de Cáncer Bucal (PDCB) se estableció con carácter oficial en 1986 (5), se sustenta en que la boca de las personas sea examinada por el estomatólogo o el médico de la familia al menos una vez al año y que el personal que la examine posea los conocimientos necesarios para lograr el diagnóstico de lesiones premalignas y malignas en estadios tempranos de su desarrollo, desde 1975 se comenzaron los esfuerzos para preparar a los estomatólogos en esa gran tarea y se edita una monografía que brinda los conocimientos necesarios y la metodología de un examen clínico (6), el desarrollo de este programa en el país ha constituido un gran avance en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades bucales, sobre todo en relación con las lesiones y estados premalignos y las neoplasias malignas de la boca (7-8).

La Clínica de Patología Bucal de la Facultad de Estomatología de la Habana, funciona como centro de recepción de pacientes remitidos del Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) por el resto de las clínicas de la Facultad aunque se reciben pacientes de otros lugares.

El PDCB orienta que si durante el examen bucal minucioso y ordenado se detecta una alteración, el paciente se remite

acompañado del Modelo de Remisión 47-22-1 en el que se recogen una serie de datos que al llegar a la Consulta de Patología Bucal deben ser recogidos en un Registro de Remitidos, allí el profesional debe ratificar o rectificar el diagnóstico y establecer la conducta correcta. Una de las actividades orientadas por el PDCB es el análisis periódico de su desarrollo, en nuestro centro esto se ha venido realizando anualmente desde 1999.

OBJETIVO:

Presentar características de pacientes remitidos por el PDCB a la Clínica de Patología de la Facultad de Estomatología.

Material y Método

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de los 828 pacientes que aparecen en el Registro de Remitidos de la Clínica de Patología de la Facultad de Estomatología desde febrero de 1999 a enero de 2005. Se analizan la clínica de procedencia, la edad, el sexo, la localización topográfica y el diagnóstico de las lesiones por las que fueron remitidos los pacientes, con los resultados se confeccionan gráficos.

Resultados

Los resultados se presentan en los siguientes gráficos:



Gráfico 1. Este gráfico nos muestra el número de pacientes remitidos por sexo, se observa un ligero predominio del sexo femenino (52,05%)

GRÁFICO No. 2
CLÍNICAS DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES REMITIDOS POR EL PDCB
DESDE FEBRERO 1999 A ENERO 2005

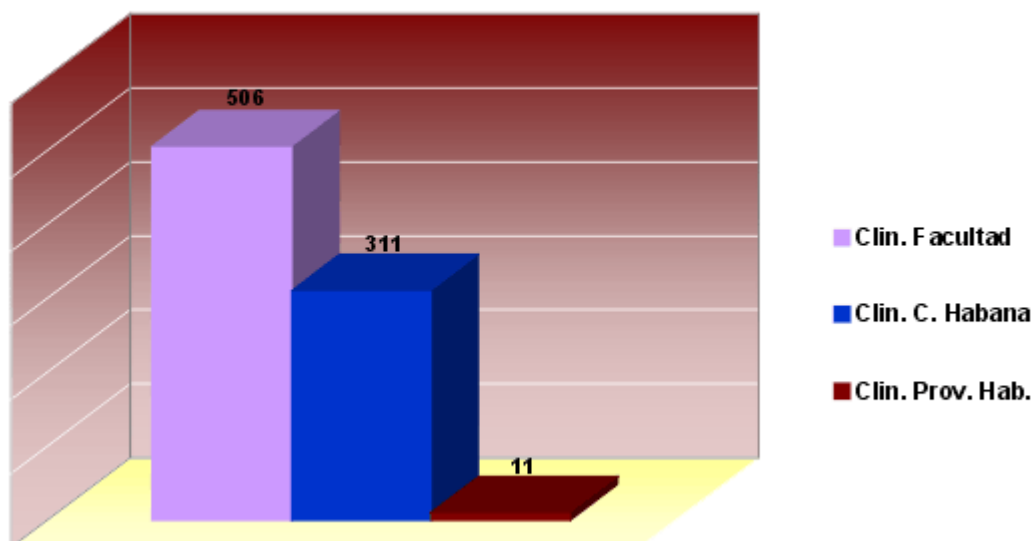


Gráfico 2. En este cuadro podemos observar como las clínicas de la Facultad han remitido 506 pacientes, es decir el 61,11% de todos los pacientes.

GRÁFICO No.3
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES REMITIDOS POR EL PDCB POR EDADES
DESDE FEBRERO 1999 A ENERO 2005

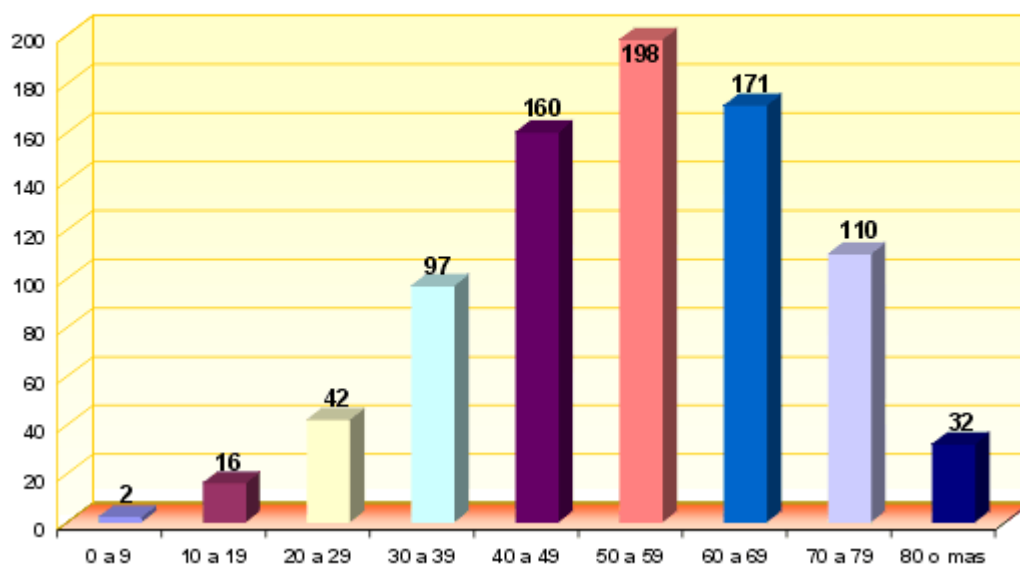


Gráfico 3. Este gráfico demuestra que los pacientes entre 30 y 79 años son los más remitidos, teniendo la mayor cantidad de pacientes la década de los 50 años.

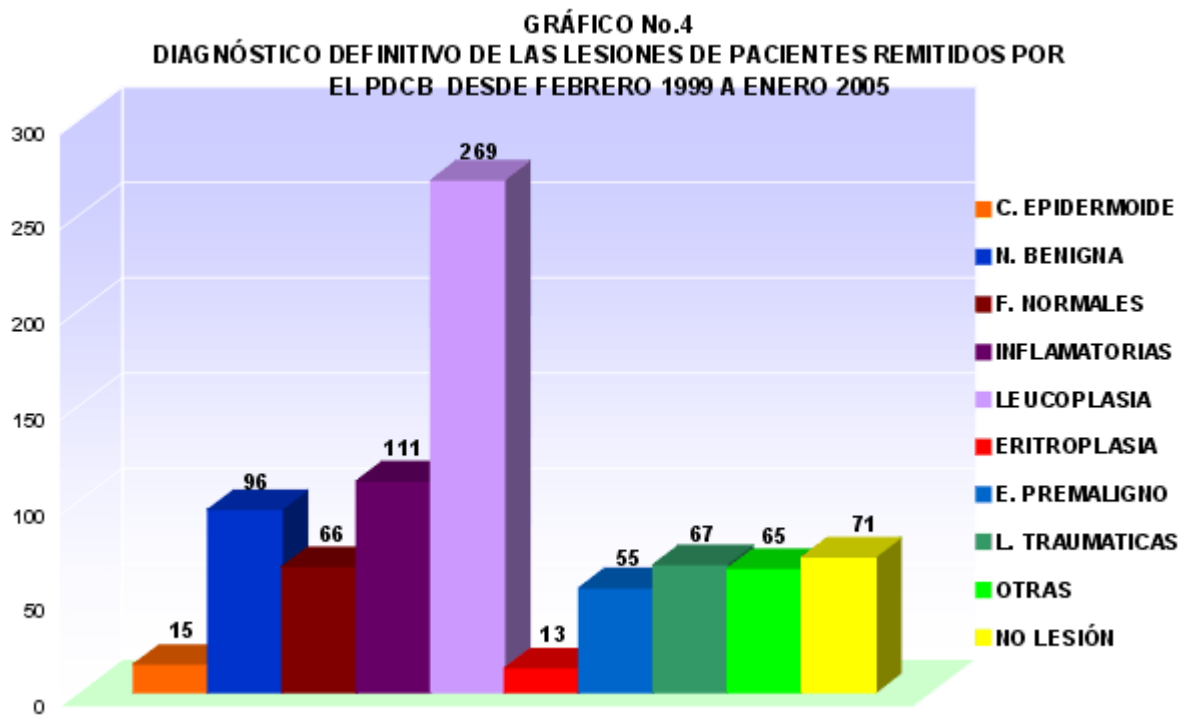


Gráfico 4. En el gráfico se observa que la leucoplasia es la causa del mayor número de remisiones, 32,48 %, destacándose que se han diagnosticado 15 carcinomas epidermoides en el período analizado.

GRÁFICO No.5
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN TOPOGRÁFICA DE LESIONES EN
PACIENTES REMITIDOS POR EL PDCB DESDE FEBRERO 1999 A ENERO 2005

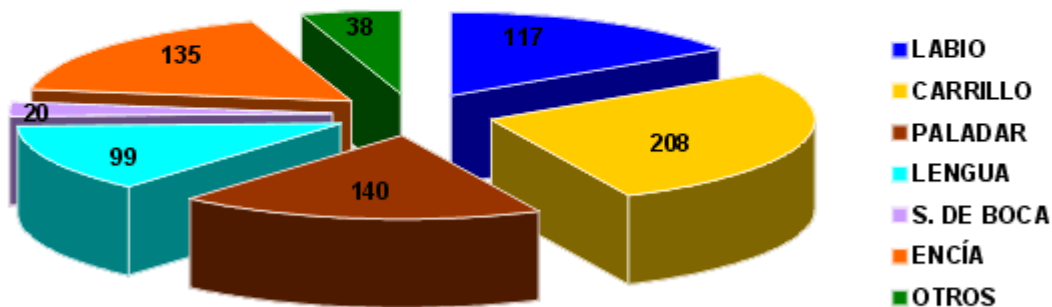


Gráfico 5. En este gráfico podemos constatar que el carrillo es la localización mas afectada, seguida del paladar y la encía.

MODELO: 47-22-1 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA ESTOMATOLOGÍA	REMISIÓN DE PACIENTES DEL P.D.C.B. A LA UNIDAD		No.	LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN
UNIDAD REMITENTE:	PROVINCIA:	CODIGO:		Labio Superior..... 1
NOMBRE Y APELLIDOS	SEXO: M <input type="radio"/> 1 F <input type="radio"/> 2	EDAD: ____ANOS		Labio Inferior..... 2
DIRECCION:	CARNE DE IDENTIDAD:			Lengua Base..... 3
CONSULTA POR: SINTOMÁTICO <input type="radio"/> 1 ASINTOMÁTICO <input type="radio"/> 2	FUMA: SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2	TOMA BEBIDAS ALCOH. SI <input type="radio"/> 1 NO <input type="radio"/> 2		Lengua parte móvil..... 4
DIAGNOSTICADO POR: Estomatólogo en Consulta.....1 Pesquisaje.....2	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: N.M.....1 LEU.....2 N.B.....3 OTRO L.P.M.....4 OTRA LESIÓN.....5			Encía Superior..... 5
				Encía Inferior..... 6
				Paladar duro..... 7
				Paladar blando..... 8
				Suelo de boca..... 9
				Mucosa del carrillo..... 10
				Buco- Faríngeo..... 11
				Glándula Parótida..... 12
				Otra Glándula Salival..... 13
				Nódulo del cuello..... 14
				Otra Localización..... 15
NOMBRE Y APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE REMITE:				
				DIA MES AÑO

47-22-1 - Anverso del Modelo de Remisión 47-22-1 del P.D.C.B, para ser llenado por el estomatólogo cuando durante el examen encuentra una alteración. Se le entrega al paciente para que concurra a la consulta de Cirugía Máxilo Facial o en nuestro caso a la Clínica de Patología Bucal.

DATOS A LLENAR POR EL CIRUJANO MAXILO FACIAL		
DE LA LESION: HISTOPATOLOGIA	ETAPAS DE LA LESION: NO PERTINENTE.....1 T. N. M. T..... N..... M..... ETAPA : I..... 1 II..... 2 III..... 3 IV..... 4	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:
CIS.....SAJ 1		
CE.....SAJ 2		
CE GRADO I..... 3		
CE GRADI II..... 4		
CE GRADI III..... 5		
ADENOC.....SAJ 6		
OTRAS N.M. 7		
N. B. 8		
LEUC..... 9		
OTRA L. P..... 10		
PROC. INFLAM..... 11		
PROC. ORGANICO..... 12		
NO LESIÓN..... 13		
NO HISTOLOGIA..... 14		
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL PATÓLOGO:	INFORMO AL RNC: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
		NOMBRE Y APELLIDOS DEL C.M.F.
		DÍA MES AÑO

47-22-1r - Reverso del Modelo 47-22-1, cuando llega el paciente a la consulta de Cirugía Máxilo Facial o a la Clínica de Patología Bucal, el especialista ratifica o rectifica el diagnóstico, escribe el diagnóstico definitivo en el espacio correspondiente y envía este modelo al servicio de estadísticas de su centro.



Figura 1. Carcinoma de comisura labial derecha en paciente masculino remitido a la Clínica de Patología por el PDCB.



Figura 2. Leucoplasia del carrillo derecho en paciente femenina remitida a la Clínica de Patología por el PDCB.

Discusión

Las razones para la creación del PDCB se mantienen vigentes, especialistas plantean que muchos pacientes todavía se diagnostican con lesiones avanzadas, la supervivencia a 5 años es baja (9), la demora en el diagnóstico del cáncer bucal está asociado a los pocos síntomas que produce y errores diagnósticos (10), hay deficiencias en el conocimiento de signos y factores de riesgo y el examen para detectar el cáncer bucal necesita incrementarse particularmente entre los fumadores (4).

Con nuestro trabajo hemos mostrado algunas características de los pacientes que han sido remitidos por el PDCB, tuvimos un ligero predominio del sexo femenino que pudiera explicarse por el mayor interés de las mujeres en la atención estomatológica lo que nos obliga a realizar pesquisajes entre la población mas vulnerable.

Con relación a la mayor afectación de los carrillos se debe a que la lesión más numerosa es la leucoplasia y ésta afecta con mayor frecuencia los carrillos (11). Pudimos comprobar que el diagnóstico de leucoplasia ha ido en aumento si comparamos nuestros resultados con el informe de 7 años del PDCB en el país, donde la leucoplasia representó un 28,7% (8) mientras nosotros obtuvimos un 32,48%, lo que puede deberse a un incremento en el diagnóstico de la lesión y no de un incremento real de su incidencia, el diagnóstico de la leucoplasia es muy importante dado su peligroso potencial de malignización (12).

El carcinoma epidermoide se diagnosticó en 1,8% de los remitidos, promedio bajo si se tienen en cuenta los resultados de Santana de 7 años del PDCB que reporta 7,0% para todo el país (8) aunque no es una cifra despreciable si se compara con un estudio realizado en la población de Kenya donde se informa un 2% de cáncer bucal (13), destacamos la posibilidad del diagnóstico de esta grave lesión en etapas tempranas que tienen los estomatólogos (2).

El diagnóstico del resto de las lesiones es también una demostración del aumento del conocimiento sobre la patología bucal, todas las lesiones bucales son importantes para la prevención del cáncer bucal ya que una sencilla lesión traumática que para muchos no tiene importancia pudiera tener alguna potencialidad de malignización (14), igualmente se debe insistir en que la mala higiene bucal puede estar relacionada con la aparición de lesiones malignas (15).

El número de pacientes remitidos comenzó a aumentar a partir de los 30 años concordando con autores que plantean que las lesiones bucales aumentan con la edad (16).

Nuestros resultados corroboran la importancia del PDCB para la prevención y el diagnóstico de lesiones y estados premalignos y el cáncer bucal.

Conclusiones

Se registraron en los 6 años 828 pacientes, la mayor cantidad de ellos se encontraban entre 30 y 79 años, las clínicas de la Facultad remitieron la mayoría de los pacientes, el sexo femenino predominó ligeramente, la leucoplasia fue el diagnóstico definitivo mas numeroso y el carrillo la localización topográfica mas afectada.

Se comprueba el alto número de pacientes en los que se ha evitado la aparición de un cáncer bucal, demostrando que el conocimiento y el interés de nuestros estomatólogos en la detección del cáncer bucal es cada día mayor. El PDCB contribuye decisivamente a la prevención del cáncer bucal y estamos luchando por mantener y mejorar su funcionamiento.

Bibliografía

- 1.- Akrish S, Buchner A, Dayan D. Oral cancer: diagnostic options as an aid to histology in order to predict patients at high risk for malignant transformation. Refuat Hapeh Vehashinayim. 2004 ;21(4):6-15.
- 2.- Gordon M, Rishpon S, Gorski M. Delayed diagnosis of carcinoma of the oral cavity. Harefuah. 2005 ;144(4):243-5.
- 3.- Muto M, Nakane M, Katada C, Sano Y, Ohtsu A, Esumi H, Ebihara S, Yoshida S. Squamous cell carcinoma in situ at oropharyngeal and hypopharyngeal mucosal sites. Cancer. 2004 ;101(6):1375-81.
- 4.- 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 ;64(3):173-80.
- 5.- Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Bucal. Anexo 3. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas, 1986 : 12.
- 6.- Santana J C . El estomatólogo en la detección del carcinoma bucal. Ciudad de la Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 1975.
- 7.- Santana J C, Delgado L, Miranda J, Sánchez M. Programa Nacional de Detección del Cáncer Bucal. Resultados en 5 años de aplicación. Rev Cub Est 1991; 28(2):83-92.
- 8.- Santana JC, Delgado L, Miranda J, Sanchez M. Oral Cancer Case Finding Program (OCCFP). Oral Oncology 1997; 33(1): 10-12.
- 9.- Scott SE, Grunfeld EA, McGurk M. The idiosyncratic relationship between diagnostic delay and stage of oral squamous cell carcinoma. Oral Oncol. 2005;41(4):396-403.
- 10.- Epstein JB, Lunn R, Le ND, Stevenson-Moore P, Gorsky M. Patients with oropharyngeal cancer: a comparison of adults living independently and patients living in long-term care facilities. Spec Care Dentist. 2005; 25(2): 124-30.
- 11.- Neville BW, Day TA. Oral Cancer and Precancerous Lesions. CA Cancer J Clin 2002; 52:195-215.
- 12.- Vuckovic N, Bokor-Bratic M, Vuckovic D. Histological characteristics of oral leukoplakia. Med Pregl. 2004;57(3-4):140-3.
- 13.- Kaimenyi JT. Oral health in Kenya. Int Dent J. 2004 ;54(6 Suppl1):378-82.
- 14.- Perez MA, Raimondi AR, Itoiz ME. An experimental model to demonstrate the carcinogenic action of oral chronic traumatic ulcer. J Oral Pathol Med. 2005 ;34(1):17-22.
- 15.- Sepehr A, Kamangar F, Fahimi S, Saidi F, Abnet CC, Dawsey SM. Poor oral health as a risk factor for esophageal squamous dysplasia in northeastern Iran. Anticancer Res. 2005;25(1B):543-6.
- 16.- Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988 -1994. J Am Dent Assoc. 2004;135(9):1279-86.