

# Coincidencias entre el Programa de Detección del Cáncer Bucal y el Registro Nacional de Cáncer

ARMANDO RODRÍGUEZ SALVÁ<sup>1</sup>, MAGALI CARABALLOSO HERNÁNDEZ<sup>2</sup>, LETÍCIA FERNÁNDEZ GARROTE<sup>3</sup>

## Resumen

*Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo con el objetivo de identificar las coincidencias entre los casos de cáncer bucal diagnosticados por el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal y los reportados al Registro Nacional de Cáncer en Cuba durante 1988, según edad, sexo y etapa clínica, por provincias y en el país. Se observa que existen dificultades con la integridad de ambos sistemas de información, ya que las coincidencias son sumamente bajas en todas las provincias debido a una información no sistemática al Registro de los pacientes diagnosticados por el Programa. Se reportan los mayores porcentajes de casos en el grupo de 60 años y más y en el sexo masculino. Existe discordancia entre la distribución por etapa clínica al diagnóstico por ambos sistemas, dado que en el Programa el estadiamiento de los casos es realizado por el estomatólogo general.*

**Unitérminos:** *cáncer bucal; screening; registros de cáncer; evaluación de programas; diagnóstico temprano*

## Introducción

Las neoplasias malignas son el resultado de procesos complejos en los que factores causales y facilitadores desempeñan papeles importantes<sup>1</sup>. El reconocimiento de la influencia de estos factores etiológicos estimula el criterio de que la prevención es posible y absolutamente necesaria.

Las estadísticas actuales indican que el cáncer podría curarse en más del 50% de los casos si se diagnostica en sus etapas iniciales y se trata rápida y adecuadamente. Para lograr ese objetivo es necesario organizar vastos programas de diagnóstico precoz [2].

La accesibilidad de la cavidad bucal al examen clínico, citológico e histológico, y el bajo costo de estos exámenes han facilitado la puesta en práctica de estos programas que tienen como objetivos disminuir la incidencia y la mortalidad por esta causa a expensas de realizar sistemáticamente el diagnóstico de lesiones precancerosas o detectar el cáncer en estadios tempranos y tratarlo adecuadamente.

En todos los países donde se ha implantado un programa de detección de cáncer bucal, fundamentado en

el examen sistemático del complejo bucal, los resultados han sido altamente positivos [3, 4, 5]. Si algunas fallas han tenido es producto de la poca preparación del personal en la metodología del examen bucal y su consecuente identificación de lesiones precoces y asintomáticas. El defecto capital ha sido su limitación para extenderlos a todos los sujetos con riesgo de tener una lesión maligna incipiente [6].

En 1986 se oficializó en Cuba el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) [7], que se fundamenta en el examen sistemático de los pacientes que acuden a las consultas estomatológicas. En 1964 se inició en el país el Registro Nacional de Cáncer (RNC) [8] el cual debe recibir la información de todos los casos de cáncer diagnosticados, incluidos los que se notifiquen por el PDCB.

Es importante conocer la integridad de ambos sistemas y algunas características de los pacientes de cáncer bucal que no son diagnosticados por el programa, para aportar algunos elementos epidemiológicos y administrativos que puedan ser útiles para la evaluación del programa, por lo que nos proponemos identificar las coincidencias entre los casos de cáncer bucal diagnosticados por el PDCB y los reportados al RNC en Cuba

<sup>1</sup>Especialista de I Grado en Epidemiología. Especialista de I Grado en Administración de Salud. Investigador Aspirante. Grupo del Registro Nacional de Cáncer. INOR; <sup>2</sup>Especialista de II Grado en Epidemiología. Profesora Auxiliar. Jefa del Departamento de Higiene y Epidemiología en la Facultad de Salud Pública de la Habana; <sup>3</sup>Candidata a Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Bioestadística. Investigador Titular. Profesora Asistente. Vice-directora de Investigaciones del INOR. Endereço do autor para correspondência: Armando J. Rodríguez Salvá - Instituto Nacional de Oncología - Registro Nacional de Cáncer - 29 y F. Vedado - Ciudad Habana - Cuba - CP 10.400

durante 1988, según edad, sexo, etapa clínica, por provincia y en el país.

### Material y Método

Se realizó un estudio epidemiológico de carácter descriptivo, definiéndose como universo todos los casos de cáncer diagnosticados en el PDCB y todos los casos reportados al RNC durante el año 1988; datos provisionales.

La información del Programa fue tomada del modelo "Remisión del paciente PDCB" que se archiva en la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP, a partir de la variable Tipo Histológico de la lesión.

La información de los casos reportados al RNC se obtuvo mediante listado de los ficheros de este sistema que contiene la información de los "Reportes de casos de cáncer" procesados en el Registro Nacional de Cáncer. Estos listados contenían todos los casos reportados, donde aparecía en la variable localización topográfica de la lesión, cualquier código entre el 140 y el 146 de la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O) [9].

Las variables seleccionadas a partir de ambos sistemas de información (PDCB y RNC) fueron las siguientes:

- Nombres y apellidos.
- Edad.
- Sexo.
- Provincia de residencia.

- Etapa clínica de la lesión.

Los listados de los pacientes del RNC fueron contrastados con los del PDCB. Los casos de no coincidencia tanto del RNC como del PDCB fueron marcados con el fin de conocer la proporción de los mismos y su distribución de acuerdo a la edad, sexo y etapa clínica por provincias; los casos coincidentes fueron analizados con relación a la variable etapa clínica, dadas las diferencias observadas en la definición de esta variable en ambos sistemas de información.

### Resultados

En el año 1988 se reportaron 94 casos de cáncer diagnosticados por el PDCB. Se revisaron los modelos correspondientes a 84 pacientes por no aparecer los 10 restantes.

El RNC para ese mismo año reportó un total de 472 casos nuevos de cáncer bucal. Al unir la información de ambos sistemas quedaron un total de 522 notificaciones para 1988; de los que 438 fueron reportados por el registro (83,9%); 50 (9,6%) sólo informados por el programa y 34 casos (6,5%) fueron reportados por ambos sistemas (Tabla 1).

Las coincidencias en la información entre el PDCB y el RNC son sumamente bajas en todos el país, los porcentajes más altos correspondieron a Cienfuegos y Pinar del Río. Existen provincias que no presentaron coincidencias entre el Programa y el Registro en el año 1988 (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de casos coincidentes y no coincidentes entre el Programa y el Registro. Año 1988.

Provincias	Coincidencias		No coincidencias PDCB		No coincidencias RNC		Total de casos
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Pinar del Río	13	23,2	5	8,9	38	67,9	56
La Habana	0	0,0	0	0,0	30	100,0	30
Ciudad Habana	0	0,0	2	4,0	48	96,0	50
Matanzas	0	0,0	1	2,8	35	97,2	36
Villa Clara	3	5,1	6	10,2	50	84,7	59
Cienfuegos	8	24,2	5	15,2	20	60,6	33
Sancti spirítus	0	0,0	0	0,0	35	100,0	35
Ciego de Avilla	3	9,7	1	3,2	27	87,1	31
Camagüey	2	4,55	2	4,55	40	90,9	44
Las Tunas	2	6,9	7	24,1	20	69,0	29
Holguín	0	0,0	8	80,0	2	20,0	10
Granma	0	0,0	4	11,4	31	88,6	35
Santiago de Cuba	1	2,4	3	7,1	38	90,5	42
Guantanamo	2	6,4	6	19,4	23	74,2	31
Isla de la Juv.	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1
<b>Cuba</b>	<b>34</b>	<b>6,5</b>	<b>50</b>	<b>9,6</b>	<b>438</b>	<b>83,9</b>	<b>522</b>

Fuente: Registro Nacional de Cáncer de Cuba. Dirección Nacional de Estadística.

En la Figura 1 se analizan las etapas clínicas de los casos no coincidentes del programa, de ellos, el 74% fueron pesquizados en etapa I. No obstante, hay provincias que detectaron un alto por ciento en etapas avanzadas.

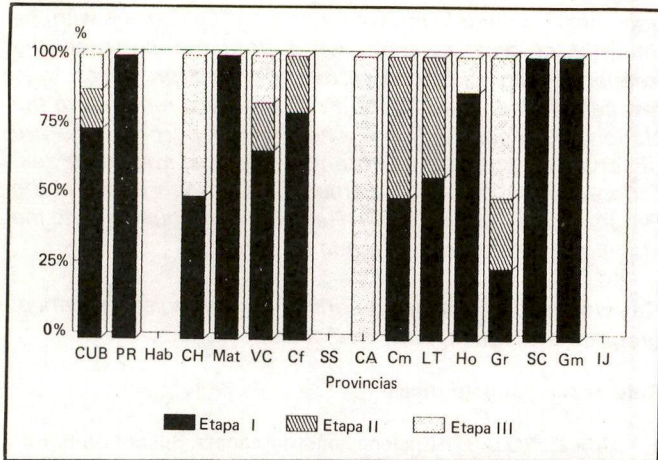


Figura 1. Casos no coincidentes del Programa según etapa clínica y provincia. Año 1988. Fuente: Dirección Nacional de Estadística.

Por el contrario de los 438 casos reportados sólo por el RNC, fueron diagnosticados en etapas II, III y IV el 41,3%. Esta cifra debe ser considerada como alta, ya que la boca es una región de fácil acceso para el examen clínico por parte del personal profesional, y puede ser autoexaminada por el paciente. En esto puede influir la asistencia tardía de los pacientes a consulta, ya que no se realiza una búsqueda activa de casos. Otro aspecto negativo, es que el 21,7% de los pacientes no fueron clasificados, por ignorarse la etapa clínica del tumor (Figura 2).

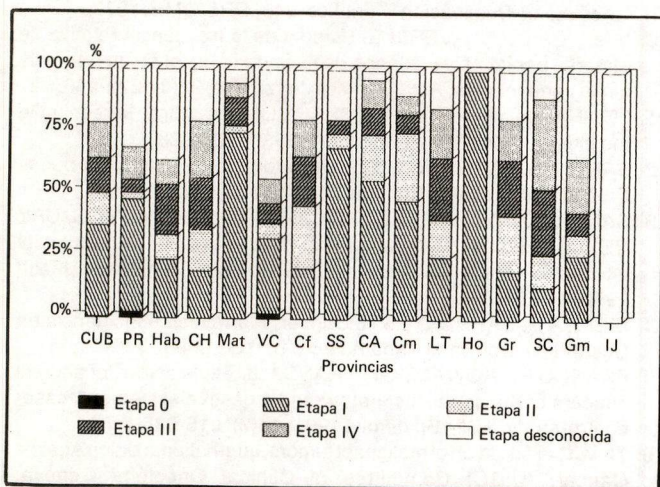


Figura 2. Casos no coincidentes del Registro según etapa clínica y provincia. Año 1988. Fuente: Registro Nacional de Cáncer.

Hubo provincias que notificaron la mayoría de sus casos en etapa I. Esto denota que existen pacientes en etapas tempranas que no son pesquizados por el PDCB y acuden a los servicios hospitalarios quienes lo reportan al RNC. Las provincias orientales y Ciudad Habana fueron las de mayor peso en el reporte de casos avanzados, no pesquizados por el programa.

En la distribución de los casos de cáncer por edades, tanto los del PDCB como los del RNC, observamos que más del 60% de los reportes ocurren en pacientes de 60 años y más, aunque el grupo de 45 a 59 años representó más de la cuarta parte de los casos. Em menores de 30 años se reportaron 9 pacientes (2,0%), ninguno fue pesquizado por el programa. Aunque raros, en ocasiones se observan casos de carcinoma bucal en este grupo de edad [5, 10, 11].

Al analizar las no coincidencias según el sexo (Figura 3), vemos que aunque en ambos casos el porcentaje mayor correspondió al sexo masculino, en los reportados por el PDCB la razón hombre-mujer fue de 1,94; mientras que en los notificados por el RNC fue de 3,13.

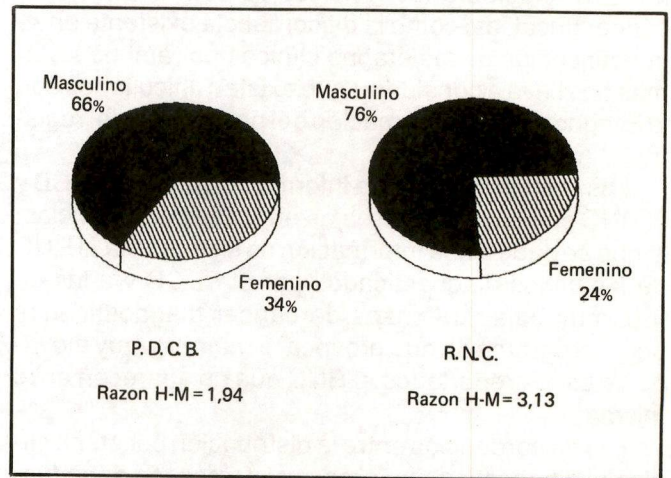


Figura 3. Distribución de las no coincidencias del Programa y el Registro según sexo. Año 1988. Fuente: Dirección Nacional de Estadística. Registro Nacional de Cáncer.

El hecho de que en el RNC se encuentre una razón favorable al sexo masculino mayor que en el PDCB, se pudiera explicar debido a que a la consulta del estomatólogo acuden menos hombres que mujeres, por lo que estos están más propensos a ser tratados sólo cuando acuden con síntomas a servicios especializados. El mayor porcentaje en el sexo masculino en ambos grupos corresponde estrictamente a la mayor frecuencia de cáncer bucal en este sexo [12, 13, 14, 15].

En la Tabla 2 se observaron que existen diferencias entre los reportes de ambos sistemas. De los 34 pacientes notificados, en 16 la información fue discordante. En general los casos discordantes fueron reportados en etapas más tempranas por el registro que por el programa.

**Tabla 2.** Distribución de casos de cáncer bucal según etapa clínica y fuente de información. Año 1988.

	R.N.C.					Total
	E-I	E-II	E-III	E-IV	E-DES.	
P.						
E-I	15	0	1	0	4	20
D.						
E-II	6	2	1	1	0	10
C.						
E-III	1	0	1	0	2	4
B. Total	22	2	3	1	6	34

Fuente: Registro Nacional de Cáncer de Cuba. Dirección Nacional de Estadística.

## Discusión

El hecho de que se observe un alto número de no coincidencias entre la información del RNC y el programa con relación a los reportes de casos nuevos de cáncer bucal, así como la discordancia existente entre la notificación de las etapas clínicas por ambos sistemas nos lleva a considerar que existen dificultades con la integridad de la información del programa y del registro.

Las coincidencias en la información entre el PDCB y el RNC son sumamente bajas en todas las provincias: lo que se debe a una información no sistemática al RNC de los casos diagnosticados por el PDCB y a las cifras muy bajas de casos de cáncer diagnosticados por el programa, lo que provoca un número muy elevado de casos reportados al RNC que no aparecen en el mismo.

Las discordancias entre la distribución por etapa clínica al diagnóstico, por ambos sistemas, se debe fundamentalmente a que en el PDCB la información sobre esta variable es aportada por el estomatólogo general lo que influye en la calidad del estadiamiento, pues este profesional no tiene los conocimientos ni los recursos necesarios para ésto, ya que utiliza sólo el tamaño de la lesión, sin tener en cuenta los otros componentes de la clasificación de tumores malignos (TNM) propuesta por la Unión Internacional Contra el Cáncer [16], como son el estado general de los ganglios linfáticos regionales y la ausencia o no de metástasis a distancia.

Por esta razón recomendamos que el especialista de máxilo facial debe estadiar los casos según el Sistema TNM para la clasificación de los tumores malignos y canalizar el reporte de los mismos acorde a lo establecido, hasta su destino final, el Registro Nacional de Cáncer.

## Summary

*A descriptive epidemiologic study with the aim to identify the coincidences among oral cancer cases diagnosed by the National Program to Early Diagnosis of Oral Cancer and cases reported to the National Cancer Registry during the year 1988. Cases were studied by age, sex and clinical stage in each province and in the whole country. Difficulties with the integrity of both systems were detected because the frequency of coincidences were very low in all provinces. Very few cases diagnosed by the Program were reported to the National Cancer Registry. The highest percentages are observed in patients of 60 and more age and male sex. Differences in the stage distribution between cases in the Program and reported to the Registry were found due to the staging in the Program is made by dentists.*

**Key words:** oral cancer; screening; cancer registries; cancer program evaluation; early diagnosis

## Referências bibliográficas

1. ARMIJO ROJAS R. Epidemiologia del cáncer. Buenos Aires: Editorial Intermédica, 1986.
2. EDDY DM. Screening for cancer. Theory, analysis and design. Englewood Cliffs. NY Prentice Hall, 1980.
3. SPEIGHT PM, ZAKRZEWSKA J, DOWNER MC. Screening for oral cancer and precancer. Oral Oncol Eur J Cancer 1992; 28B(1): 45-48.
4. BÁNÓCZY J, RIGÓ O. Prevalence study of oral precancerous lesions within a complet screening system in Hubgary. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19: 265-267.
5. LOBOS N, CANALES ML. Sistema de atención para el diagnóstico precoz y control del cáncer de boca en Chile, mediante la estrategia el autoexamen. Odontol - Chil 1989; 37(2): 280-287.
6. SANTANA GARAY JC, MIRANDA TARRAGÓ J, RODRÍGUEZ SANCHEZ M. Importancia de un programa de detección del cáncer de la boca. Rev Cub Estom 1983; 20(2): 93-103.
7. MINSAP. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1986.
8. MINSAP. Asesoría Nacional de Oncología. Registro NAcional del Cáncer. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 1967.
9. CIE-O. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Publicación Científica 345. OPS/OMS, 1977.
10. MALPICA DE CLAVERIS E. Estudio de la frecuencia relativa de tumores benignos y malignos de la cavidad bucal en un grupo de niños venezolanos. Acta Odontol Venz 1984; 22(3): 223-256.
11. FEDELE DJ, JONES JA, NIESSEN LC. Oral cancer screening in the elderly. J Am Geriatr Soc 1991; 39(9): 920-925.
12. SANTANA GARAY JC. Atlas de patología del complejo bucal. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica, 1985.
13. SANKARANAYANAN R, DUFFY SW, PADMAKUMARY G, DAY NE, KRISHAN M. Risk factors for cancer the buccal and labial mucosa in Kerala, Southern India. J Epidemiol Community Health 1990; 44: 286-292.
14. SIERRA R, BARRANTES R. Cáncer. Mortalidad e incidencia en Costa Rica. Bol Sanit Panam 1986; 101(2): 124-133.
15. FRANCO EL, KOWALSKI LP, KANDA JL. Risk factors for second cancers of the upper respiratory and digestive systems: A case-control study. J Clin Epidemiol 1991; 44(7): 615-625.
16. TNM. Classification of malignant tumors. International Union Against Cancer, (UICC) Committee of Clinical Oncology Geneva: UICC, 1973.