

Distribución por etapas clínicas al diagnóstico del cáncer bucal en Cuba - 1982 - 1988

ARMANDO RODRÍGUEZ SALVÁ¹, LETICIA FERNÁNDEZ GARROTE², MAGALI CARABALLOSO HERNÁNDEZ³

Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología

Resumen

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo sobre el comportamiento en el tiempo de la distribución de casos por etapas clínicas al diagnóstico, según lo reportado al Registro Nacional de Cáncer durante los años 1982 al 1988. Se detecta que anterior a la puesta en vigor oficial del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal (1986), ninguna provincia lograba diagnosticar el 50% de los casos en etapa clínica 0 y I. Posterior a la introducción del Programa se observó un aumento en todas las provincias (excepto en Ciudad Habana y Santiago de Cuba) del porcentaje de casos detectados en etapas clínicas iniciales, lo que permitirá aumentar los índices de curabilidad del cáncer del complejo bucal, aunque aún se mantiene elevado el número de casos reportados sin etapa clínica.

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

Introducción

En la actualidad el cáncer constituye un verdadero problema social para toda la humanidad, por la alta morbilidad y mortalidad que presenta [1]. A partir de la tercera década del presente siglo, el cáncer se ha situado entre las cinco primeras causas de muerte en el mundo; esto lo confirma el fallecimiento anual de más de cinco millones de personas a causa de tumores malignos [2].

El comportamiento histórico del cáncer en Cuba tiene patrones semejantes a los del resto del mundo, con crecimiento anual de la mortalidad y la morbilidad [3]. Desde 1958, ha constituido la segunda causa de muerte en ambos sexos, diagnosticándose cada año entre 15 y 20.000 nuevos casos [4].

Estudios realizados del comportamiento de la incidencia y mortalidad de los tumores malignos permiten conocer que el cáncer bucofaríngeo es un problema de salud importante en los países subdesarrollados [5, 6].

Las estadísticas actuales indican que el cáncer podría curarse en más del 50% de los casos si se diagnostica en sus etapas iniciales y si se trata rápida y adecuadamente. Ahora bien, para lograr ese objetivo es nece-

sario organizar vastos programas y aplicar en ellos todas las técnicas posibles de detección, diagnóstico y tratamiento [7].

El impacto que ha tenido la introducción de programas de este tipo en diferentes países es evidente, ya que se detecta un gran número de pacientes con cáncer en estadios clínicos iniciales, lo que ha permitido aumentar la supervivencia de estos [8-11].

El Comité de Expertos de la OMS para la detección precoz del cáncer [12] plantea que para evaluar la eficacia de un programa importa considerar no sólo su influencia sobre la mortalidad, sino también otras repercusiones indirectas, como por ejemplo la distribución de casos según la fase de la enfermedad. Puede considerarse que un programa es útil si origina una considerable "desviación a la izquierda" en la distribución de las fases clínicas de la enfermedad, es decir un aumento en la proporción de lesiones incipientes y una disminución de las lesiones avanzadas.

En el año 1986 se oficializó en Cuba un Programa Nacional de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) [13], que se fundamenta en el examen sistemático de los pacientes que acuden a las consultas estomatológicas. En 1964 se inició en el país un registro permanente, de

¹Especialista de I grado en Epidemiología. Especialista de I grado en Administración de Salud. Investigador Aspirante. Grupo del Registro Nacional de Cáncer. INOR; ²Candidata a Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II grado en Bioestadística. Investigador Titular. Profesora Asistente. Vice-directora de Investigaciones del INOR; ³Especialista de II grado en Epidemiología. Profesora Auxiliar. Jefa del Departamento de Higiene y Epidemiología en la Facultad de Salud Pública de la Habana. Endereço para correspondência: Armando J. Rodríguez Salvá - Registro Nacional de Cáncer - Instituto Nacional de Oncología, 29 y F. Vedado. CP 10 400 - La Habana - Cuba - Fax 537 - 328480 - Telex 512662 HONCOLCU.

alcance nacional, de los diagnósticos de cáncer, denominado Registro Nacional de Cáncer (RNC) [14], el cual debe recibir la información de todos los casos de cáncer, incluidos los que se notifican por el programa. Entre los objetivos del Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad por Cáncer en Cuba [15], se encuentra aumentar la proporción de diagnósticos de cáncer de la boca al 50% en estadíos O y I. Anterior al inicio del PDCB en Cuba, el 55% de los casos reportados de cáncer bucal al RNC, fueron diagnosticados en etapas III/IV, por lo que consideramos es importante conocer el comportamiento en el tiempo de la distribución de casos por etapas clínicas al diagnóstico, según el RNC en los años 1982 al 1988.

Material y Método

Se realizó un estudio epidemiológico de carácter descriptivo. El universo estuvo constituido por todos los casos reportados al RNC en Cuba, durante los años 1982 al 1988.

Las variables que se tomaron en cuenta para el análisis de la información fueron las siguientes:

- Etapa clínica de la lesión, según aparece en el modelo "Reporte de caso de cáncer", desechándose los pacientes en que la etapa clínica de la lesión se ignoraba.
- Años de estudio.
- Provincia de residencia.

Para este análisis se dispuso de la información de las tablas de salida del RNC en las que aparecen agrupados como cáncer bucal sólo los códigos del 140 al 145 de la CIE-O [16] por etapa clínica en los años definidos en nuestro estudio. Por este motivo no se analiza la localización de la orofaringe (Cod. 146). Los datos fueron procesados manualmente.

Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para el análisis de los datos.

Resultados

Durante el período comprendido entre los años 1982 al 1988 se notificaron al RNC en Cuba más de 4.000 nuevos casos de cáncer bucal, de los cuales sólo fueron estadiados en las diferentes etapas clínicas el 48,9% [17].

Al analizar los casos de cáncer bucal según etapa clínica para Cuba (Figura 1), se observó una tendencia ascendente en el diagnóstico de las etapas O y I, 22,8% en 1982 y 49,5% en 1988 (según datos provisionales). Este aumento fue mayor a partir de 1986 en que comenzó oficialmente el Programa de Detección Precoz, anteriormente se había observado un incremento paulatino, ya que este programa estuvo en etapa de prueba desde agosto de 1982, en todos los servicios de atención primaria de estomatología del país.

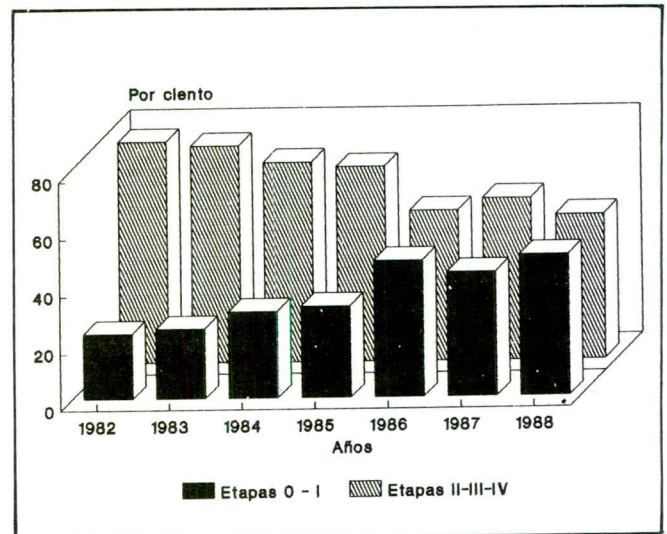


Figura 1 - Distribución de casos de cáncer bucal según estadíos clínicos al diagnóstico. Años 1982 - 1988. Fuente: Registro Nacional de Cáncer de Cuba. Datos provisionales.

Nuestros resultados antes del programa son inferiores a los encontrados por Moore y colaboradores [18] en el estudio de una región de Estados Unidos donde no existe Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal. Este autor refiere que el 36,7% de los pacientes fue diagnosticado en estadio I y el resto en estadíos II, III y IV. Sin embargo, coinciden con los de Elwood y Gallagher [19] que reporta en una región de Canadá, que tampoco posee Programa de Detección Precoz, que sólo el 26% de los pacientes con cáncer de la cavidad bucal notificados entre enero de 1977 a enero de 1980 estaban clasificados como etapa I, mientras que como etapa II, III y IV se encontraba el 74% restante.

La explicación a las diferencias entre los resultados anteriores puede ser debido a factores tales como: la preparación y pericia de los profesionales, la educación sanitaria recibida por la población, las posibilidades de atención en los servicios médicos y estomatológicos, así como la edad, el sexo y el medio social de los pacientes estudiados.

Al analizar cada una de las provincias (Tabla 1) se observa que entre los años 1982 a 1985, que se corresponde con el período anterior a la puesta en vigor oficial del PDCB, ninguna provincia lograba diagnosticar el 50% de los casos en etapa clínica O y I. Sólo Pinar del Río (43,2%) y Matanzas (41,4%) alcanzaron un por ciento aceptable de casos en esas etapas. La Isla de la Juventud no se tuvo en cuenta para este análisis debido a la poca cantidad de casos notificados.

Posterior a la introducción oficial del programa se observó un aumento de todas las provincias (excepto en Ciudad Habana y Santiago de Cuba), del porcentaje de casos detectados en etapas clínicas iniciales.

Tabla no. 1. Distribución de casos de cáncer bucal según estadios clínicos al diagnóstico y provincias. Años 1982 - 1988.

Provincias	Años 1982 - 1985 Estadios clínicos				Años 1986 - 1988* Estadios clínicos			
	0 - I		II - III - IV		0 - I		II - III - IV	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pinar del Río	16	43,2	21	56,8	57	81,4	13	18,6
La Habana	22	36,7	38	63,3	31	52,5	28	47,5
Ciudad Habana	90	31,3	198	68,7	41	30,4	94	69,6
Matanzas	36	41,4	51	58,6	35	56,5	27	43,5
Villa Clara	10	10,5	85	89,5	46	48,4	49	51,6
Cienfuegos	18	27,3	48	72,7	29	43,9	37	56,1
Sancti Spíritus	2	3,7	52	96,3	68	73,1	25	28,9
Ciego de Avila	4	25,0	12	75,0	38	64,4	21	35,6
Camagüey	8	22,9	27	77,1	48	53,3	42	46,7
Las Tunas	7	25,9	20	74,1	19	43,2	25	56,8
Holguín	10	22,2	35	77,8	15	38,5	24	61,5
Granma	9	15,8	48	84,2	22	28,2	56	71,8
Santiago de Cuba	23	30,7	52	69,3	18	19,8	73	80,2
Guantánamo	4	11,8	30	88,2	18	34,6	34	65,4
Isla de la Juv.	4	80,0	1	20,0	1	100,0	0	0,0

Fuente: Registro Nacional de Cáncer de Cuba.

Nota: Al calcular los porcentajes no se tuvieron en cuenta los que tienen estadio clínico ignorado.

* Datos provisionales.

Los mejores resultados se reportaron en: Pinar del Río (81,4%), Sancti Spíritus (73,1%), Ciego de Avila (64,4%), Matanzas (56,5%), Camagüey (53,3%) y La Habana (52,5%).

Las provincias de Pinar del Río y Matanzas que fueron las que detectaron un mayor por ciento de casos en etapas clínicas precoces en el período anterior al programa, continuaron incrementando la detección del cáncer bucal en etapas tempranas. Mientras las provincias de Sancti Spíritus y Villa Clara que eran las de peores resultados, se colocan dentro del grupo de avanzada.

Las provincias orientales (excepto Las Tunas) y Ciudad Habana, fueron las que presentaron la menor proporción de casos en etapas 0 y I, estando por debajo del 40%.

Discusión

La implantación del PDCB ha permitido el diagnóstico de un mayor por ciento de casos en etapas 0 y I, lo que permitirá aumentar los índices de curabilidad del cáncer del complejo bucal [8, 20]. Es indudable que si son debidamente identificados y tratados, los pacientes con ciertos tipos de cáncer pueden tener una expectativa de vida comparable a la de un sujeto normal de la misma edad, del mismo sexo y del mismo medio social [9]. Esto puede ser posible organizando programas de diagnóstico precoz.

A partir del comienzo del PDCB se nota una tendencia ascendente en el diagnóstico de los casos en etapas 0 y I, en todas las provincias, excepto Ciudad Habana y

Santiago de Cuba, aunque se mantiene elevado el número de casos reportados sin etapa clínica.

La situación en Ciudad Habana es sumamente preocupante, ya que en ella se encuentra la quinta parte de la población del país.

Según los resultados presentados en este trabajo, recomendamos mantener el control sistemático del programa en las diferentes provincias del país, enfatizando en Ciudad Habana y las provincias orientales.

Agradecimientos: Los autores agradecen al personal del Registro Nacional de Cáncer la colaboración en las diversas fases del estudio.

Summary

A descriptive epidemiologic study was conducted to know the behaviour over the time of the stage distribution of oral cancer cases, using data from the National Cancer Registry of Cuba in the time-period from 1982 to 1988. Not even a province achieved 50% of cases in stages 0 and I before the implementation of the National Program to Early Diagnosis of Oral Cancer (1986). After this date, an increasing of the percentage of cases in the earliest stages was observed in the whole country (except Havana City and Santiago de Cuba). Although a high percentage of cases continue being reported without staging, the increment of number of cases in the earliest stages will permit to increase the curability indexes of the oral cavity.

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

Referencias bibliográficas

1. MARINELLO VZ. Nociones y reflexiones sobre el cáncer. Ciudad de la Habana: Editorial Científico-Técnica, 1983.
2. PETERSON B. Estadística y epidemiología de las enfermedades oncológicas. Moscú: Editorial MIR, 1982.
3. CUBA. Ministerio de Salud Pública. Plan de Salud 1970 - 1980. La Habana: Instituto del Libro, 1970.
4. COMITÉ ESTATAL DE ESTADÍSTICAS. Compendio de cifras de mortalidad general, infantil y perinatal. Período 1960 - 1980. República de Cuba, 1983.
5. OPS. Cáncer y estilo de vida. Temas de actualidad. Bol of Sanit Panam 1988; 105(2): 201-203.
6. WHO. Control of oral cancer in developing countries. A WHO Meeting. Bull WHO 1984; 62(6): 817-830.
7. EDDY DM. Screening for cancer. Theory, analysis and design. Englewood Clifs. N.Y. Prentice Hall, 1980.
8. SANTANA GARAY JC, MIRANDA TARRAGO J, RODRIGUEZ SANCHEZ M. Importancia de un programa de detección del cáncer de la boca. Rev Cub Estom 1983; 20(2): 93-103.
9. LOBOS N, CANALES ML. Sistema de atención para el diagnóstico precoz y control del cáncer de boca en Chile, mediante la estrategia del autoexamen. Odontol - Chil 1989; 37(2): 280-287.
10. BÁNÓCZY J, RIGÓ O. Prevalence study of oral precancerous lesions within a complet screening system in Hungagy. Community Dent Oral Epidemiol 1991; 19: 265-267.
11. SPEIGHT PM, ZAKRZEWSKA J, DOWNER MC. Screening for oral cancer and precancer. Oral Oncol Eur J Cancer 1992; 28B(1): 45-48.
12. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Detección precoz del cáncer. Serie de Informes Técnicos No. 422. Ginebra, 1969.
13. MINSAP. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1986.
14. MINSAP. Asesoría Nacional de Oncología. Registro Nacional del Cáncer. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 1967.
15. CUBA. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Reucción de la Mortalidad por Cáncer. 1988.
16. CIE - O. Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología. Publicación Científica No. 345. OPS/OMS, 1977.
17. REGISTRO NACIONAL DE CÁNCER. Registros computadorizados de Incidencia y Defunciones. INOR. 1982 - 1888.
18. MOORE C, FLYNN MB, GREENBERG RA. Evaluation of size in prognosis of oral cancer. Cancer 1986; 58(1): 158-162.
19. ELWOOD JM, GALLAGHER RP. Factors influencing early diagnosis of cancer of the oral cavity. Can Med Assoc J 1985; 133(7): 651-656.
20. FEDELE DJ, JONES JA, NIESSEN LC. Oral cancer screening in the elderly. J Am Geriatr Soc 1991; 39(9): 920-925.