



SECCIÓN ARTÍCULOS ORIGINALES
Año 10 Vol. 1 N° 12 - 2010 (Pags. 20 - 26)

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL CÁNCER ORAL EN EL MUNICIPIO DE PASTO

Anderson Rocha Buelvas,¹ Darly Obando Zambrano,² Criss Eraso Martínez³

Fecha de recepción: Febrero 10 - 10

Fecha de aceptación: Agosto 02 - 10

RESUMEN

Introducción: El propósito del presente estudio fue realizar un análisis descriptivo del cáncer oral en el Municipio de Pasto, el cual no había sido caracterizado, analizado y divulgado antes cuando la incidencia de cáncer oral a nivel mundial y nacional incrementa, igualmente la exposición a factores de riesgo. **Método:** Un estudio retrospectivo descriptivo basado en los 99 casos de cáncer oral reportados en el Registro Poblacional de Cáncer del Municipio de Pasto desde el año 1998 al 2002. La información seleccionada se dividió en dos grupos de variables, la primera correspondiente a los *aspectos sociodemográficos* y una segunda correspondiente a los *aspectos diagnósticos*. **Resultados:** Los 99 casos de cáncer oral tienen una tasa cruda (TC) de 7.82 casos por 100.000 habitantes y una tasa ajustada por edad (TAE) de 8.51 (IC 95%: 7.13-9.9). La incidencia específica o por género fue de 43 nuevos casos en hombres con una TC de 6.54 por 100.000 habitantes y una TAE de 8.02; en mujeres se presentaron 52 nuevos casos con una TC de 9.03 por 100.000 habitantes y una TAE de 8.99. **Conclusión:** el presente estudio mostró una incidencia del cáncer oral en hombres y mujeres bastante similar, mientras que las otras variables mostraron ser coherentes con los resultados de otros estudios a nivel mundial.

Palabras clave: cáncer oral; departamento Nariño; registro poblacional de cáncer; incidencia cáncer oral; problema de salud pública

-
1. Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia. Maestrante en Salud Pública, Universidad del Valle. Coordinador del Sistema de Investigaciones y Coordinador del Grupo de Estudio de Cáncer de Vías Aéreas Digestivas Superiores (GICVADS), Línea de Investigación de Epidemiología de las Enfermedades Orales y Craneofaciales del Grupo de Investigación en Odontología (GIOD) del programa de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia Pasto. e-mail: anderson.rocha@ucc.edu.co
 2. Estudiante de X semestre e integrante del Semillero de Investigación del Programa de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia Pasto. Integrante del GICVADS. e-mail: darly_89@hotmail.com
 3. Estudiante de X semestre e integrante del Semillero de Investigación del Programa de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia Pasto. Integrante del GICVADS. e-mail: criss19891@latinmail.com

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this study was to carry out a descriptive analysis of oral cancer in the municipality of Pasto. Such study has not been characterized, analyzed and spread before despite the fact that oral cancer incidence level increases worldwide and nationwide as well as the exposure to risk factors. **Method:** A retrospective study was done. It was based in 99 cases of reported oral cancer in the Cancer Population Registration in the Municipality of Pasto from 1998 to 2002. The selected information was divided in two variable groups. The first one belongs to the *socio-demographic aspects* and the second belongs to the *diagnosis aspects*. **Results:** The 99 cases of oral cancer have a crude rate (CR) of 7.82 cases per 100.000 inhabitants and an age-adjusted rate (AAR) of 8.51 (CI 95%: 7.13-9.9). The specific incidence or by genre was of 43 new cases in men with a CR of 6.54 per 100.000 inhabitants and an AAR of 8.02; while 52 new cases with a CR of 9.03 per 100.000 inhabitants and an AAR of 8.99 were presented in women. **Conclusion:** The present study showed a similar oral cancer incidence in men and women, while other variables showed the coherence with results of worldwide level studies.

Key words: Oral cancer; department of Nariño; cancer population registration; oral cancer incidence; public health problem

INTRODUCCIÓN

El cáncer oral es un problema de salud mundial, con una incidencia y tasas de mortalidad en aumento; se calcula que alrededor de 300.000 pacientes presentan anualmente cáncer oral en todo el mundo.¹ En los hombres, las tasas de incidencia más altas se encuentran en el Sudeste Asiático, algunas partes de Europa occidental, Europa oriental y Oceanía. El cáncer oral es una enfermedad cuya prevalencia varía según los países. En Estados Unidos, 3.5 de cada 100 son neoplasias de orofaringe y en la Argentina entre 3 y 5 de cada 100, son de cavidad oral.^{2,3}

Hay que resaltar que el cáncer oral es uno de los 10 cánceres más frecuentes en el mundo, con tres cuartas partes de los casos en países en vías de desarrollo. En Asia supone más del 40% de todos los cánceres, mientras que en los países industrializados representa entre el 1 y el 4% del total en varones y, aproximadamente, la mitad en las mujeres. En las mujeres, la incidencia es relativamente elevada en el sur de Asia. Estas variaciones en la distribución regional del cáncer oral y su resultado se han documentado recientemente.^{4,5} Estos patrones implican claramente diferencias geográficas importantes

en los factores de riesgo, como el uso de tabaco/alcohol en Europa occidental, el sur de Europa y el sur de África, y mascar bolo de betel,⁶ en el Sudeste Asiático y la Melanesia. Así mismo, se han observado diferencias en el número de muertes relacionadas con el cáncer oral entre los países desarrollados y en desarrollo.⁷

El 95% de los casos de cáncer oral en el mundo son en personas mayores de 40 años. De acuerdo a datos estadísticos, sólo el 15% de los casos son diagnosticados en etapas tempranas, mientras que el 85% restante, concurren en períodos avanzados, lo que ensombrece el pronóstico, siendo últimamente frecuente en el sexo femenino desde fines de los años sesentas, lo que ha hecho que esta proporción caiga de 6:1 a 4:1.⁸ Es importante destacar que los pacientes femeninos, los pacientes con conocimientos del cáncer y pacientes con experiencias de problemas de salud regularmente se encuentran clasificados en bajo riesgo cuando son diagnosticados con cáncer oral.⁹

Por consiguiente, es interesante la evidencia reportada por diferentes autores acerca de la leve disminución de la tasa de cáncer oral en hombres y el aumento de la frecuencia en las mujeres, así como la mayor frecuencia de

diagnóstico de cáncer oral en adultos jóvenes^{10,11} y en la tercera década de la vida, siendo la causa desconocida. Aproximadamente el 90% de las metástasis bucales aparece en los maxilares, el 72 % en la mandíbula y el 18 % en el maxilar superior. Casi el 90% de las metástasis bucales están ubicadas en los tejidos blandos, donde aparecen como masas de crecimiento rápido que pueden ulcerarse y sangrar.¹²

En cuanto a lesiones precancerosas es sabido que el potencial de transformación está entre el 1% al 10%. La edad avanzada del paciente posibilita una exposición celular más prolongada a los distintos agentes cancerígenos y por lo tanto una mayor posibilidad de malignización. Existe una incidencia superior en el sexo masculino y grupos de edad comprendida entre 40 y 70 años. El cáncer de labio, especialmente el de labio inferior es el segundo de mayor aparición en boca después del de lengua.¹³

En nuestro país el porcentaje oscila entre el 4,6 y el 11,3% del total de tumores malignos, dependiendo de si se incluye o no el cáncer de labio. En cuanto a la aparición del cáncer oral según el Instituto Nacional de Cancerología se presentan anualmente entre 100 y 120 nuevos casos, apareciendo el 50% en lengua, siendo 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres y perteneciendo el 74% de los casos a grupos etáreos entre los 50-70 años,¹⁴ esto último comprueba la hipótesis de que los factores más comúnmente citados como el tabaco, alcohol, genética, nutrición, virus, radiaciones y riesgos ocupacionales tienen un efecto acumulativo en el tiempo, esto también le da consistencia al hallazgo epidemiológico de mayores prevalencias de cáncer en las personas de mayor edad como las de la costa pacífica nariñense según la revista del Hospital Universitario Departamental de Nariño (HUDN).

“Los registros estadísticos de la Unidad de Oncología del HUDN, en diez años permiten

afirmar que uno de los mayores índices de cáncer de cavidad oral atendidos en este servicio son de tipo escamocelular y la mayoría de estos pacientes provienen de la costa pacífica nariñense. En Nariño el cáncer oral según el HUDN se presenta regularmente como de tipo escamocelular (95% de los cánceres orales); además hay reportes de que los factores de riesgo tienden a incrementar tanto como la aparición del cáncer oral. El Instituto Departamental de Salud de Nariño reporta para 2006 una alta prevalencia de consumo de alcohol y tabaquismo, aproximadamente 80% y 21% respectivamente. El consumo de alcohol y tabaco es el principal factor etiológico del cáncer de cavidad oral, además las precarias condiciones socioeconómicas, la deficiente seguridad social y educación y la falta de accesibilidad en vías de comunicación agravan los problemas de salud”. En Nariño según el HUDN existe un considerable número de pacientes con cáncer escamocelular, y se deduce está relacionado con factores culturales tales como: el hábito de fumar, que en los hombres suele hacerse con la utilización de la “cachimba” (pipa rústica, alimentada con hojas de tabaco), mientras en las mujeres es muy generalizado el hábito de la “candela pa’ dentro”, es decir, introducir la parte encendida del cigarrillo a la cavidad oral, produciendo alteraciones celulares por las altas temperaturas a las que someten el epitelio oral y al contacto con elementos carcinogénicos como el tabaco y elementos muy cáusticos como la ceniza.^{15,16}

Según el registro poblacional de cáncer del municipio de Pasto RPCMP, la incidencia reportada de cáncer por sistemas (cavidad oral) en hombres tiene una tasa cruda por 100000 habitantes de 1.7 siendo igual en mujeres. También reporta una TAE+ de 2.3 para ambos sexos; sin embargo esta incidencia no incluye otras localizaciones de la cavidad oral tales como amígdala y labio lo cual aumentaría notablemente esta incidencia.¹⁷

Se deduce entonces que el tabaquismo en la sub-región occidental del país es el principal factor etiológico del cáncer de cavidad oral y se encuentra insertado en el ámbito cultural de estas poblaciones como en el resto de latitudes pero de diferente manera. También se asocia a otros factores muy comunes en estas zonas como la desnutrición, ingesta de alcohol, y a elementos traumáticos y por supuesto a la deficiente higiene oral que coadyuvan al desencadenamiento de la patología con un alto riesgo a causa de la deficiente detección temprana y atención odontológica.

Entre 1997-1998 las estadísticas publicadas por el Hospital Universitario Departamental de Nariño - HUDN presentaron 102 casos: el 32.35% en lengua, 21,57% en glándulas salivares, el 14.71% en labio, el 10.78% en amígdalas, el 6.86% en piso de boca y encía, el 5.88% en paladar igualmente en nasofaringe, y el 1.96% en laringofaringe presentándose la mayoría de los casos en los grupos etáreos de 50-59 años con 28 casos y el de 60-69 años con 37 casos.

Es así como entre 1997-98 la más alta incidencia en Nariño según los reportes del HUDN se presentó en pacientes provenientes de la costa pacífica,¹⁸ lo cual es presumible si se tiene en cuenta que el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE reporta que en estas zonas costeras prevalecen las condiciones de marginalidad y necesidades básicas insatisfechas que favorecen el desarrollo de las enfermedades crónicas, tales como: la deficiente seguridad social, deficiencia en vías de comunicación, bajo nivel de educación, carencia de redes prestadoras de servicios de salud, distancia entre los núcleos rurales y las cabeceras municipales y ausencia de profesionales capacitados; de esta forma reduciéndose las posibilidades de un diagnóstico temprano y un buen tratamiento.¹⁹

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo basado en los casos de cáncer oral reportados en el Registro Poblacional de Cáncer del Municipio de Pasto desde el año 1998 al 2002. El estudio contó con el consentimiento del Registro Poblacional de Cáncer del Municipio de Pasto (RPCMP) del Centro de Estudios en Salud (CESUN) de la Universidad de Nariño. La investigación fue conforme con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y dado que no se hizo experimentación en seres humanos o animales y, a que la información disponible en el RPCMP es de acceso libre para fines investigativos de las universidades no se incurre en ninguna controversia y discusión ética. El RPCMP clasificó la información en el formato EXCEL original en el que se consignaron y verificaron los datos propios del RPCMP de acuerdo al año del reporte, es decir, 1998, 1999, 2000, 2001 y 2002 y de acuerdo a la localización del tumor, es decir, según las categorías utilizadas por el RPCMP: amígdala; boca, otra; boca, paladar; glándula parótida; lengua, otra; orofarínge; encía; glándulas salivares mayores; labio; y otro labio, oral, faringe. Esta información estaba consignada en cartas de defunción o por la encuesta de morbilidad por cáncer.

Posteriormente a la capacitación en el uso del paquete estadístico, se utiliza la información delimitada con el ánimo de iniciar el análisis descriptivo del cáncer oral en el Municipio de Pasto, resultando 99 casos. La información seleccionada se dividió en dos grandes grupos de variables, la primera correspondiente a los *aspectos sociodemográficos* y una segunda correspondiente a los *aspectos diagnósticos*. Las variables a operacionalizar denominadas *aspectos sociodemográficos* fueron: edad, género, y lugar de procedencia, mientras que las variables a operacionalizar denominadas

aspectos diagnósticos fueron: fecha del diagnóstico, método diagnóstico, localización del cáncer y tipo de tumor.

Análisis estadístico

La información obtenida se procesó utilizando el programa estadístico SPSS versión 14.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) para la recolección, graficación y análisis de datos. Las fichas y la información codificada y sistematizada de los 99 casos de cáncer oral del RPCMP se organizaron y clasificaron a partir de la creación de una base de datos, la cual fue procesada y consignada en el programa SPSS versión 14.0, con el fin de analizar estos resultados usando distribuciones de frecuencia, análisis univariado y bivariado, y cálculos estadísticos tales como: la media, la mediana, la moda, la desviación estándar y los rangos.

Posteriormente se hizo el análisis de calidad de datos para determinar el porcentaje de casos diagnosticados por patología, se calculó la tasa cruda (TC) por cada 100.000 habitantes y la tasa ajustada por edades (TAE) con intervalos de confianza (IC) del 95%, lo cual permitió analizar la incidencia específica por género y por edad en el período 1998-2002; para estos análisis se utiliza el programa EPI dat 2.0.

RESULTADOS

Durante el periodo evaluado, el municipio de Pasto presentó 99 casos de cáncer oral con una TC de 7.82 casos por 100.000 habitantes y una TAE de 8.51 (IC 95%: 7.13-9.9). En este periodo la incidencia específica o por género fue de 43 nuevos casos en hombres con una TC igual a 6.54 por 100.000 habitantes y una TAE de 8.02; en mujeres se presentaron 52 nuevos casos con una TC de 9.03 por 100.000 habitantes y una TAE de 8.99. Aunque existen diferencias en la incidencia por años, el análisis de tendencia nos indica que no son significativas. Este comportamiento de la

incidencia anual sigue los patrones estipulados a nivel mundial tanto en hombres como en mujeres.

En mujeres la TAE calculada es inferior a la TC, lo cual se explica por la hipótesis de envejecimiento de la población femenina, mostrando que la población femenina en el municipio de Pasto es de mayor edad que la población promedio estándar mundial. Para el periodo analizado, la aparición del cáncer oral presentó un notable aumento en la incidencia a partir de los 40 años, esto explicado probablemente por la acumulación de alteraciones moleculares o mutaciones durante la vida que generalmente se presentan en mayor frecuencia en edades adultas, lo que favorece el desarrollo de neoplasias a partir de líneas celulares sanas.

La mayoría de los casos de cáncer de cavidad oral se presentó en el año 2001 con 23 casos, seguido de 1999 con 21 casos. En cuanto a género se presentó un resultado particular, ya que la aparición del tumor en cavidad oral fue similar, en mujeres 67 casos y en hombres 61, es decir una relación casi de 1:1.

Los grupos etáreos con mayor aparición de cáncer entre los años 1998 y 2002 fueron los de 65 años y más con 56 casos, es decir, el 43 % aproximadamente de todos los casos; el grupo de 46 a 65 años con casi el 38%.

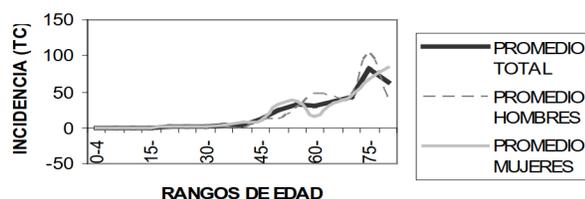
La localización del cáncer oral más frecuente fue en lengua con el 23%, seguido de boca, paladar con el 18% de los casos aproximadamente. El tipo de tumor en cavidad oral más frecuente fue el Carcinoma Escamocelular con un poco más del 40% sumado a otras variaciones del carcinoma escamocelular, como el adenoide con 2 casos que corresponden al 1.6%, el queratinizante con 4 casos que corresponde al 3.1%, el no queratinizante con 5 casos que corresponde al 3.9% y el microinvasivo con 1 caso que equivale al 0.8%. Es decir este tipo de tumor cuenta con 64 casos de 99, equivalente a casi más del 60% de

los casos. El método diagnóstico más frecuente fue el histopatológico que corresponde a casi un 90%, seguido del clínico con 7 casos (5.5%) y los certificados de defunción con 5 casos (3.9%).

DISCUSIÓN

El análisis de este estudio presenta un hallazgo bastante interesante y es con respecto a la semejanza existente entre los hallazgos de este estudio y los resultados de Al-Rajhi N. y colaboradores en el medio oriente,²⁰ donde tanto los individuos del sexo femenino como los del sexo masculino presentaron tasas de incidencia de cáncer oral similares, (Véase gráfico 1) con una relación hombre mujer de 1:1. Es así como se puede determinar que la incidencia de cáncer oral en el municipio de Pasto está siendo diferente a la incidencia reportada por la epidemiología nacional e incluso internacional donde la relación hombre mujer es de 2:1, 3:1 y hasta 4:1.^{21,22}

Gráfico 1. Incidencia de cáncer oral por edades en Pasto



En cuanto a la variable de método diagnóstico el resultado predominante de este estudio es el análisis histopatológico lo cual es coherente con otros estudios que reportan que aún es el *gold standard* de las pruebas diagnósticas, igualmente para los cambios y características celulares de displasias según la clasificación de la OMS en el 2005.²³⁻²⁵

En una investigación sobre la incidencia del cáncer oral entre 1998 y 2002 en el Municipio de Pasto se reporta que el tipo de cáncer más

frecuente es el carcinoma escamocelular,²⁶ también lo reportan datos de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Departamental de Nariño a lo largo de diez años,²⁷ esto es coherente con los resultados de este estudio que registran un 60% del total de los casos. La gran mayoría de las publicaciones a nivel mundial muestran también que la localización anatómica más frecuente es lengua, seguido de piso de boca o paladar.²⁸⁻³⁰

REFERENCIAS

1. Rivera D. La política del cáncer. Revista colombiana de cancerología 2005; 9 (1): 29-33.
2. La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Levi F. Trends in oral cancer mortality in Europe. *Oral Oncology* 2004; 40:433-9.
3. Bagan JV y Scully C. Recent advances in oral oncology 2007: Epidemiology, aetiopathogenesis, diagnosis and prognostication. *Oral Oncology* 2008; 44: 103-8.
4. Boyle P, Macfarlane G J, Blot WJ, Chiesa F, Lefebvre J L, Mano Azul A, et al. European School of Oncology Advisory report to the European Commission for the Europe Against Cancer Programme: oral carcinogenesis in Europe. *Oral Oncology* 1995; 31 B(2):75-85.
5. Stewart BW y Kleihues P. World cancer report. World cancer report. Lyon: IARC Press, 2003.
6. Yen TT, Dar Lin W, Ping Wang C, Chi Wang C, An Liu S. The association of smoking, alcoholic consumption, betel quid chewing and oral cavity cancer: a cohort study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 2008; 265 (11): 1403-07.
7. Neville BW y Day T.A. Oral cancer and precancerous lesions. *C.A cancer J clin* 2002; 52: 195-215.
8. Gallego Hernández JF. Epidemiología, prevención y diagnóstico oportuno del cáncer de vías aerodigestivas superiores (VADS). *Acta Médica* 2005; 3 (4): 247-54.
9. Tromp DM, Brouha XDR, Hordijk JG y col. Patient and tumour factors associated with advanced carcinomas of the head and neck. *Oral oncol* 2005; 41:313-19.
10. Goldenberg D, Brooksby C, Hollenbeak CS. Age as a determinant of outcomes for patients with oral cancer. *Oral oncol* 2009; 45 (8): e57 – e61.
11. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya

- KAAS. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people-a comprehensive literature review. *Oral Oncol* 2001; 37 (5): 401-418.
12. Neville BW, Damm DD, Alla CM, et al. *Oral and maxillofacial pathology*. 2da ed Phila; PA: Saunders; 2002; 337-369.
 13. Chediak E. Lesiones precancerosas. En: *Cáncer de cavidad oral*, 2005; p-33-36.
 14. Carcinoma escamocelular. En: *Guía de práctica clínica de enfermedades neoplásicas*. Instituto Nacional de Cancerología 2001; segunda edición: 111-21.
 15. Bastidas A. Cáncer de cavidad oral. *Revista Med HUDN* 2006; 3 (1): 14-18.
 16. Rocha A. Cáncer oral: El papel del odontólogo en la detección temprana y control. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia* 2009; 21 (1): 112-121.
 17. Sansón F, Caicedo R, Dorado A. Cáncer incidente en el municipio de Pasto: 1999-2001. *Alcaldía Municipal de Seguridad Social en Salud, Centro de Estudios en Salud de la Universidad de Nariño*. Pasto: Gráficas Ltda, 2002.
 18. Bastidas A. Cáncer Oral. *Revista Nariñense de Medicina*. 2004; 2 (4): 21-24.
 19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). *Encuesta de Calidad de Vida 2003 (ECV2003)*. DANE Colombia 2003.
 20. Khafaga Y, El-Husseiny, Saleem M, Mourad W, Al-Otieschan A, Al-Amor A. Early stage carcinoma of oral tongue: prognostic factors for local control and survival. *Oral Oncology* 2000; 36:508-14.
 21. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Preventing and controlling oral and pharyngeal cancer recommendations from a national strategic planning conference 1998.
 22. National Cancer Institute. *Realidades del cáncer bucal* 2004.
 23. Downer MC, Moles DR, Palmer S, Speight PM. A systematic review of measures of effectiveness in screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol*. 2006; 42(6): 551-560.
 24. World Health Organization. Strengthening the prevention of oral cancer: The WHO perspective. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33: 307-399.
 25. Gloeckler-Ries LA, Hankey BF, Edwards BK. *Cancer statistics and review, 1973-1987*. Bethesda, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, 1990; NIH publication. p. 90-2789.
 26. Yopez MC, Hidalgo A, Bolaños A. *Incidencia de Cáncer. Municipio de Pasto 1998 – 2002*. Ed. Universidad de Nariño 2007; 1: 52.
 27. Bastidas A. *Odontología Oncología*. *Revista Nariñense de Medicina* 2004; 2 (4): 21-24.
 28. Shedd DP, Hukill PB, Sleeper HR y Kligerman MM. Recognition of early oral cancer. *CA Cancer J Clin*. 1965; 15: 21-24.
 29. Woolgar JA, Triantafyllou A. Pitfalls and procedures in the histopathological diagnosis of oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma and review of the role of pathology in prognosis. *Oral Oncol*. 2008; xxx-xxx: 1-25.
 30. Douglas W, Rigual N, Giese W, Bauer J, Wiseman S, Loree T et al. Advanced soft palate cancer: the clinical importance of the parapharyngeal space otolaryngology. *head and neck surgery*. 2005; 133(1):66-69.