

# *Mortalidad por cáncer bucal. Municipio de Cárdenas. Año 2005.*

**Revista Médica Electrónica 2006;28 (6)**

HOSPITAL GENERAL DOCENTE "JULIO M ARISTEGUI VILLAMIL". CÁRDENAS.

Mortalidad por cáncer bucal. Municipio de Cárdenas. Año 2005.

Bucal cancer mortality. Cardenas municipality. Year 2005.

## **AUTORES**

Dr. Federico Valentín González (1)

Dra. Gloria María Rodríguez González (2)

Dr. Juan Carlos Ariosa Argüelles (3)

Dr. Juan Carlos Rodríguez Reyna (4)

Dr. Heberto Conde Suárez (5)

**E-mail:** [biblihosprov.mtz@infomed.sld.cu](mailto:biblihosprov.mtz@infomed.sld.cu)

(1) Especialista de II Grado Cirugía Máxilo Facial. Profesor Asistente.

(2) Especialista de I Grado Cirugía Máxilo Facial. Profesora Instructora.

(3) Especialista de I Grado Cirugía Máxilo Facial.

(4) Especialista de I Grado Anatomía Patológica. Profesor Instructor

(5) Especialista de II Grado en Ortodoncia. Profesor Asistente

## **RESUMEN**

Para el presente estudio se tomaron las ocho personas fallecidas en el municipio de Cárdenas durante el año 2005 con el diagnóstico de cáncer bucal pertenecientes todos a tres de sus Áreas de Salud. Para valorar estos casos se tomaron fundamentalmente los factores de riesgo que aparecen en el modelo de remisión del P.D.C.B., es decir, el tabaquismo y el alcoholismo, así como los otros factores de riesgo que tienen que ver con el mismo. Se pudo comprobar la estrecha relación que existe entre estos factores de riesgo y las personas fallecidas, en donde ha estado presente la teoría multifactorial de formación del cáncer. Mientras la última tasa nacional de que disponemos fue en el año 2004 de 5.2 x 100000 habitantes, en el año 2005 en el municipio de Cárdenas fue de 7.7 x 100 000 habitantes, por lo que se hace necesario redoblar los esfuerzos de todo el personal que tiene que ver con el P.D.C.B. en este municipio con el objetivo de disminuir estas cifras tan desagradables y que han ido elevando su tasa, ya que en el 2001 fue de 5.1 x 100 000 habitantes en nuestro propio territorio.

## **DeCS:**

**NEOPLASIAS DE LA BOCA/etiología**

**NEOPLASIAS DE LA BOCA/epidemiología**

**NEOPLASIAS DE LA BOCA/mortalidad**

**ALCOHOLISMO/efectos adversos**

**TABAQUISMO/efectos adversos**

**ENFERMEDADES DE LA BOCA/complicaciones**

**PRÓTESIS DENTAL/efectos adversos**  
**HIGIENE BUCAL/efectos adversos**  
**HUMANO**  
**ADULTO**

## **INTRODUCCIÓN**

El cáncer bucal, según datos del Registro Nacional del Cáncer en Cuba, ocupó, acompañado de la faringe, el noveno lugar en defunciones en el año 2004 para una tasa de 5.2 x 100 000 habitantes (1). Además de que en los hombres se mantiene dentro de las primeras causas de muerte representando el 4 % de todas las neoplasias malignas reportadas en este sexo. (2)

En los países industrializados occidentales el cáncer de la mucosa oral representa el octavo tumor más frecuente y las cifras indican que se incrementa progresivamente. (3)

En la última década, en Estados Unidos se incrementó de manera considerable el número de pacientes que padecen cáncer bucal, según la Fundación del Cáncer Oral (O.C.F.), una organización sin fines de lucro. De acuerdo a la fundación, más de 8 000 muertes provocará el cáncer este año en Estados Unidos, por lo que aproximadamente morirá una persona cada 60 minutos. Del total de pacientes afectados sólo el 50 % estará vivo en 5 años. (4)

En nuestro país, a pesar de ser el único del mundo con un programa de detección precoz del cáncer bucal, según un estudio realizado en el decenio 1987-1996, se ha podido comprobar que éste no ha tenido un impacto sustancial. (5) Un estudio realizado en la Clínica Estomatológica "José Luis Tassende", de Santiago de Cuba, reveló dificultades organizativas, problemas estructurales que conspiran contra la calidad de la asistencia, deficiente cobertura de pacientes examinados e insuficiente cantidad y calidad de actividades educativas que no permitieron diagnosticar en tiempo los pacientes afectados, a pesar de que desde 1992 este programa devino como un subprograma del Programa de Estomatología General Integral. (6)

Martín Pino (7) reflejó en su estudio que de 32 individuos que fallecieron por cáncer bucal en el período 1982-2002 en el área de la Clínica Estomatológica "Celia Sánchez Manduley" de Santa Clara, sólo 12 de ellos fueron detectados por el estomatólogo como parte del programa, por lo que también coincide en plantear deficiencias en su impacto.

Aunque la etiología del cáncer no está totalmente demostrada, sí existen factores de riesgo que inciden negativamente en la formación de un cáncer y así vemos como el fumar es el responsable de la mayoría de los cánceres de laringe, boca, esófago y de vejiga. (8, 9)

Una comunicación sobre prevención del cáncer oral del Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de septiembre del 2001, significó que el uso combinado del tabaco y el alcohol desarrolla un riesgo mayor de que aparezca cáncer en la boca. (10, 11)

Otros factores de riesgo son las radiaciones solares (12) y la sepsis bucal (13). Tienen gran importancia, pues pueden formar la lesión o ayudan a desarrollarla.

Teniendo en cuenta que el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (14) para la detección precoz del cáncer planteó que para evaluar la

efectividad del programa el indicador más importante es la mortalidad, fue que nos motivamos a realizar este trabajo tomando las personas fallecidas durante este período en el municipio de Cárdenas y relacionándolos con su edad, sexo, raza y zona anatómica donde se localizó, así como el tiempo que transcurrió entre el diagnóstico inicial y el fallecimiento (sobrevida), teniendo en cuenta que haya sido operado o no.

## MÉTODO

Se hace un estudio descriptivo retrospectivo de ocho pacientes fallecidos en el año 2005 por cáncer bucal, pertenecientes al municipio de Cárdenas y cuyos datos fueron recogidos en el Departamento de Estadística de la Dirección Municipal de Salud.

A los mismos se les confeccionó una planilla para recoger las siguientes variables:

- Sexo, edad y raza.
- Hábito de fumar.
- Ingestión de bebidas alcohólicas.
- Otros factores de riesgo.
- Forma de ingreso al servicio.
- Tipo de lesión.
- Localización de la lesión
- Supervivencia después del diagnóstico.

### Operacionalización de las Variables.

Variable	Tipo de Variable	Escala	Descripción
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Femenino	Sexo de procedencia.
		Masculino	
Edad	Cuantitativa Continua.	50-54	Años cumplidos.
		55-59	
		60-64	
		65-69	
		70-74	
		75-79	
		80-84	
		85 y más	
Raza	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Blanca	Según características raciales.
		Negra	
Hábito de Fumar	Cualitativa Nominal Dicotómica.	sí	Referencia del paciente
		no	
Ingestión de bebidas alcohólicas	Cualitativa Nominal Dicotómica.	sí	Referencia del paciente
		no	
Otros factores de riesgo	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Prótesis defectuosa	Referencia del paciente
		Sepsis bucal	

Forma de ingreso al servicio	Cualitativa Nominal Dicotómica.	Consultas	Referencia del paciente
		Pesquisajes	
Tipo de lesión	Cualitativa Nominal	Carcinoma Epidermoide	Según referencia diagnóstica confirmada
Localización de la lesión	Cualitativa Nominal Politómica.	Base de Lengua	Según localización anatómica.
		Espacio Retromolar y Mucosa del Carrillo	
		Labio inferior	
		Suelo de boca y cara Ventral de la lengua	
		Paladar duro	
Sobrevida después del diagnóstico	Cuantitativa Continua	Menos de 1 año	Según sobrevida del paciente.
		De 1 a 3 años	
		De 4 a 8 años	

## RESULTADOS

En el año 2005 se registraron 8 fallecidos cuya causa de muerte fue consignada como cáncer bucal. De estos fallecidos 7 fueron del sexo masculino para un 87.5 % y uno del sexo femenino para un 12.5 %. Por grupos de edades nos encontramos 3 (37.5 %) en el grupo 50-59 años, 1 (12.5 %) en el grupo 60-65 y 4 (50 %) en el grupo de mayores de 65 años. (Ver Tabla No. 1.)

**Tabla No. 1**  
**Número de fallecidos por Cáncer Bucal según edad, sexo, raza y factores de riesgo.**

No.	Edad (años)	Sexo	Raza	Diagnóstico	Fuma	Alcohol	Otros factores de riesgo
1	54	M	B	Carcinoma Epidermoide	Sí	Sí	Prótesis defectuosa
2	85	M	B	Carcinoma Epidermoide	Sí	No	Prótesis defectuosa
3	50	M	N	Carcinoma Epidermoide	Sí	Sí	Sepsis bucal
4	84	M	B	Carcinoma Epidermoide	Sí	Sí	-
5	65	M	B	Carcinoma Epidermoide	Sí	Sí	Sepsis bucal
6	58	M	B	Carcinoma Epidermoide	Sí	Sí	Sepsis bucal

7	84	F	B	Carcinoma Epidermoide	No	No	Prótesis defectuosa
8	71	M	B	Carcinoma Epidermoide	Sí	Sí	Sepsis bucal

**Fuente:** Libro de Estadísticas. Dirección Municipal de Salud. Cárdenas (2005).

En el estudio se aprecia que el fallecido del sexo femenino no fumaba ni ingería bebidas alcohólicas, aunque era portadora de prótesis defectuosa y la lesión se había formado en el borde de ésta en el paladar. De los hombres todos fumaban, y según los familiares 6 de ellos fumaban y bebían en exceso. En la tabla No. 1 encontramos un paciente de la raza negra para un 12.5 %, no coincidiendo con estudios realizados en Estados Unidos donde dan a dicha raza una mayor incidencia que a la blanca. (15)

Además, se puede apreciar en nuestro estudio que el uso de tabaco y alcohol, y en especial la combinación de ambos, es un factor de alto riesgo del cáncer bucal, 6 pacientes (75 %) del total fumaban y bebían en exceso, uno solamente fumaba, aunque según los familiares no lo realizaba demasiado (12.5 %), y un paciente (12.5 %) no presentaba este factor de riesgo, coincidiendo con varios estudios que se han realizado en nuestro hemisferio. (9, 16, 17)

En los pacientes con presencia de dientes en su boca se pudo apreciar la asociación con sepsis bucal, aspecto este de mucha importancia para Santana. (18) Según la encuesta realizada, se comprobó que un solo paciente fue remitido por Estomatología (12.5 %), coincidiendo con Martín Pino y colaboradores (37.5 %) en que el P.D.C.B no ha tenido el efecto esperado. (7)

En la Tabla No. 2 se observó que las lesiones relacionadas con la lengua (base y cara ventral) predominaron en este estudio, coincidiendo con otros trabajos. Se apreció, además, que a medida que avanza la edad hay más posibilidad de que aparezca cáncer bucal y el ejemplo está en que el paciente más joven contaba con 50 años de edad

Pudimos observar que en México, en el decenio 1989-1998, el promedio de edad de los hombres que fallecieron por cáncer bucal fue de 65.5 años. En nuestro estudio del año 2005 el promedio de vida para los hombres es de 66.7 años.

**Tabla No. 2**  
**Fallecidos según sexo y zona anatómica .**

Zona anatómica	Masculino		Femenino	
	No. de pacientes	Promedio de edad (años)	No. de pacientes	Promedio de edad (años)
Base de la lengua	2	69.5	0	–
Espacio retromolar y mucosa del carrillo	2	60.5	0	–
Labio inferior	1	65.0	0	–
Suelo de boca y cara ventral de la lengua	2	71.0	0	–

Paladar duro	-	-	1	84
--------------	---	---	---	----

. **Fuente:** Libro de Estadísticas. Dirección Municipal de Salud. Cárdenas (2005).

En la Tabla No. 3 se puede observar el tiempo de vida de cada persona desde que se le realizó el diagnóstico mediante biopsia hasta que falleció, habiendo solamente 2 de estas personas que duraron más tiempo (8 años el del labio inferior y 3 años el del suelo de boca y cara ventral de la lengua); éstos fueron operados teniendo en cuenta que las lesiones podían ser eliminadas buscando una mejor calidad de vida. Los mismos no eliminaron los factores de riesgo al continuar con los hábitos tóxicos como fumar e ingerir bebidas alcohólicas.

A los 6 pacientes que no fueron operados se les realizó tratamiento con citostáticos y radioterapia y los 2 que fueron operados también llevaron tratamiento con citostáticos y radioterapia.

En la Tabla No. 4 se pudo apreciar que a medida que aumentó la edad se incrementó el riesgo de fallecer por cáncer bucal y en nuestro municipio, aunque el número de casos no llena todos los grupos de edad, la tasa por 100000 habitantes quedará por tanto en 7.7 x 100000 habitantes, algo por encima de la última del país con que contamos, la cual fue de 5.2 x 100000 habitantes (año 2004) e incrementándose los casos en nuestro municipio, pues la cifra de fallecidos fue mayor que en los años precedentes.

**Tabla No. 3**  
**Relación entre el diagnóstico inicial y el promedio de vida según zona anatómica .**

Zona anatómica	Masculino		Femenino	
	No. de pacientes	Promedio de vida	No. de pacientes	Promedio de vida
Base de la lengua	2	11 meses	0	-
Espacio retromolar y mucosa del carrillo	2	7 meses	0	-
Labio inferior	1	8 años	0	-
Suelo de boca y cara ventral de la lengua	2	3 años	0	-
Paladar duro	-	-	1	1 año
Labio inferior	1	8 años	0	-
Suelo de boca y cara ventral de la lengua	2	3 años	0	-
Paladar duro	-	-	1	1 año

**Fuente:** Libro de Estadísticas. Dirección Municipal de Salud. Cárdenas (2005).

**Tabla No. 4**  
**Relación por grupo de edad.**

Grupo de edad (años)	Masculino	Femenino	Total
50-54	2	0	2
55-59	1	0	1
60-64	0	0	0
65-69	1	0	1
70-74	1	0	1
75-79	0	0	0
80-84	1	1	2
85 y más	1	0	1

**Fuente:** Libro de Estadísticas. Dirección Municipal de Salud. Cárdenas (2005).

## DISCUSIÓN

Se pudo comprobar que de las 8 defunciones ocurridas durante el año 2005 el sexo masculino predominó sobre el femenino al estar expuesto con más rigor a los factores de riesgo que están implicados con la formación del cáncer bucal. Los hombres representaron el 87.5 % de la muestra. En nuestra muestra la proporción fue de 7 hombres por mujer en el año 2005, muy por encima del estudio realizado por García Jordán y colaboradores (5) que fue de 3 hombres por mujer y que según reportes recibidos desde Estados Unidos la proporción ha descendido a 2 hombres por mujer alegando el alza de fumadores entre las mujeres. Se apreció que la mayor incidencia de fallecidos fue después de los 50 años de edad y que se incrementó en la medida en que avanzó la edad, debido al período que llevaron actuando los factores de riesgo.

La lengua siguió siendo la zona anatómica de la boca por la cual más pacientes fallecen y que en este estudio estuvo afectada en el 50 % de los casos. Los pacientes inoperables debido a su estado general vivieron menos desde que se les diagnosticó la lesión hasta el momento en que fallecieron. Esto se corresponde con lo tardío en que fueron diagnosticados. Correspondiéndose con otros estudios nacionales, la raza blanca estuvo más implicada en estos casos que la negra, no así en Estado Unidos donde presentaron estudios en que la raza negra está más afectada. (4)

La tasa de 7.7 fallecidos por 100000 habitantes que correspondió a nuestro estudio en Cárdenas está muy por encima a la tasa de 5.2 x 100000 habitantes en el país para el año 2004, pero a la vez fue algo similar a las cifras aportadas por el Registro Nacional del Cáncer en Estados Unidos, que lo sitúa por encima de 7 x 100000 habitantes. (4)

## CONCLUSIONES

Se pudo observar como el sexo masculino y la raza blanca predominaron, así como que todos los pacientes diagnosticados en el estudio fueron mayores de 50 años de edad.

Se demostró la estrecha relación que existe entre el cáncer bucal y la presencia de factores de riesgos, dígame hábito de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas,

prótesis defectuosa y sepsis bucal.

Se pudo observar la poca sobrevivencia de los pacientes que padecieron la enfermedad en base de lengua y espacio retromolar con mucosa del carrillo.

## RECOMENDACIONES

- Se hace necesario exigir el cumplimiento de las medidas para controlar con más rigor el pesquisaje del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal, con el objetivo de mejorar los índices de salud para nuestra población y, por consiguiente, mostrar una mejor calidad de vida.
- Desarrollar y conducir una campaña para elevar la conciencia pública sobre el cáncer bucal y su relación con el uso del tabaco y el abuso del alcohol.
- Patrocinar y promover educación continuada para atención de salud profesional sobre el manejo multidisciplinario de todas las fases del cáncer bucal y sus secuelas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSAP. Anuario del 2000. Portal de salud de Cuba. Sistema de Salud. La Habana: Infomed red telemática de salud en Cuba; 2000
2. García Jordán M. La distribución del Cáncer Bucal por etapa clínica. Cuba 1988-1994. Rev Cubana Odontol 1999; 15(3): 170-5.
3. González Mols MA. Lesiones Precancerosas de la Mucosa Bucal. Rev Ilustrativa. Consejo General de Colegios Odontológicos de España 1997; 2 (8): 559-617.
4. García Jordán M. Mortalidad por cáncer bucal en Cuba 1987-1996. Rev Cubana Oncol 1999; 15 (2): 114-8.
5. Sagué Sifonte G. Evaluación de la calidad del programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal. Medisan 1999; 3 (3): 25-33.
6. Martín Pino J. Comportamiento del programa de detección precoz del cáncer bucal en la Clínica Estomatológica "Celia Sánchez Manduley" de Santa Clara. Villa Clara; 2004
7. OMS. Department of Health and Human Services. Targeting Tobacco Use: The Nation Leading cause of death. Atlanta, GA. U.S. Centers for Disease Control and Prevention; 2003.
8. OMS. Centers For Disease Control and Prevention. Tobacco Use in the United States. Retrieved. USA: OMS; 2003.
9. OMS. Prevention of Oral Cancer. National Cancer Institute. USA: OMS; 2001
10. Hashibe M. Alcohol drinking, body mass index and the risk of oral leukoplakia in an indian population. International J Cancer 2000; 88 (1): 129-34.
11. Pogoda J M, Preston-Martin S. Solar radiation, lip protection and lip cancer risk in LA. Country Women. (California, United States). Cancer Cause Control 1996; 7 (4): 458-63.
12. Santana Garay J C, Delgado Méndez L, Miranda Tarragó J, Sánchez Tabrane M. Programa Nacional de Detección del Cáncer Bucal. Resultados en cinco años de aplicación. Rev Cubana Estomatol 1991; 28 (2): 83-92.
13. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. La Habana: Dirección Nacional de Estomatología; 1986; p. 27-9.
14. Ries L A, Kosary C L, Hanly B F. Ed. SEER Cancer Statistics Review 1973-1975 Bethesda, MD: National Cancer Institute, 1998.



15. Mork J, Lie A K, Glattre E. Human Papillomavirus infection as a risk factor for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med* 2001; 344 (15): 1125-31.
16. U.S.A. Department of Health and Human Service. Targeting Tobacco Use: The Nations Leading Cause of death. Atlanta, GA U.S. Department of health and human services, Centers of disease control and prevention; 2003
17. Schantz S P, Yu G. Head and neck cancer incidence trends in young americans, 1973-1997, with a special analysis for tongue cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;128(3): 268-74.

## SUMMARY

To develop this study we took 8 people deceased in the municipality of Cardenas during 2005, with the diagnosis of bucal cancer, pertaining to the health areas of the municipality. To evaluate these cases we used mainly the risk factors appearing in the PDCB remission form, smoking (tobaccoism) and alcoholism and also the rest of the risk factors related with it. We could verify the tight relation existing between these risks and the deceased persons, where the multifactorial theory of cancer formation has been present. While the last national rate we have (2004) is 5.2 x 100 000 inhabitants, the rate in Cardenas municipality in 2005 was 7.7 x 100 000 inhabitants. Therefore, it is necessary to multiply the efforts of all the people related with the PDCB in this municipality to diminish this displeasing rate, that has increased, because in 2001 it was 5.1 x 100 000 inhabitants in our municipality.

### MeSH:

**MOUTH NEOPLASMS/etiology**  
**MOUTH NEOPLASMS/epidemiology**  
**MOUTH NEOPLASMS/mortality**  
**ALCOHOLISM/adverse effects**  
**SMOKING/adverse effects**  
**MOUTH DISEASES/complications**  
**DENTAL PROSTHESIS/adverse effects**  
**ORAL HYGIENE/adverse effects**  
**HUMAN**  
**ADULT**

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Valentín González F, Rodríguez González GM, Ariosa Argüelles JC, Reyes Reyna JC, Conde Suárez H. Mortalidad por cáncer bucal. Municipio de Cárdenas. Año 2005. *Rev méd electrón*[Seriada en línea] 2006; 28(6). Disponible en URL: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema12.htm>[consulta: fecha de acceso]