

Estudio de morbilidad y mortalidad del cáncer bucal en el hospital de Cárdenas. Experiencia de 20 años

Study of morbidity and mortality of oral cancer at the Cárdenas Hospital.
Experience of 20 years

Federico Valentín-González^{1*}  <https://orcid.org/0000-0004-6335-759X>

Gloria María Rodríguez-González¹  <https://orcid.org/0000-0004-6476-5077>

Heberto Fidencio Conde-Suárez²  <https://orcid.org/0009-0006-2987-087X>

¹ Hospital General Docente Julio M. Aristegui Villamil. Cárdenas. Matanzas, Cuba.

² Policlínico Docente Héroes del Moncada. Cárdenas. Matanzas, Cuba.

* Autor para la correspondencia: federico.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La región bucal es una de las diez localizaciones más frecuentes de incidencia del cáncer en el mundo. Su estudio en el medio es relevante para mejorar su prevención y curación, y evitar afectaciones estéticas y funcionales de la región maxilofacial.

Objetivo: Identificar la distribución de morbilidad y mortalidad por año, del cáncer bucal en el territorio de Cárdenas.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, de 20 años, en pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer bucal, atendidos en el Hospital General Docente Julio M. Aristegui Villamil, de Cárdenas, en el período comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2019.



Resultados: Se pudo constatar un incremento de pacientes al elevarse la tasa de morbilidad, de 5,8 x 100 000 habitantes en 2000 a 16,3 en 2019, y la de mortalidad, de 3,9 en 2001 a 8,9 en 2019. Existió mayor incidencia en el grupo de edad 51-60 años, tanto en morbilidad como en mortalidad, sexo masculino, color de piel blanca, labio inferior en morbilidad, y lengua móvil y base en mortalidad. Los factores de riesgo con mayores valores fueron el tabaquismo y el alcoholismo.

Conclusiones: El cáncer bucal tiene una tendencia al incremento en el territorio estudiado, en morbilidad y mortalidad, así como la mortalidad a nivel nacional. Es necesario realizar actividades de promoción de salud, y detectarlo precozmente mediante la pesquisa en la visita de terreno.

Palabras clave: cáncer bucal; epidemiología; morbilidad; mortalidad; características sociodemográficas.

ABSTRACT

Introduction: The oral region is one of the ten most frequent locations of cancer incidence in the world. Its study in the environment is relevant to improve its prevention and cure, and to avoid aesthetic and functional affectations of the maxillofacial region.

Objective: To identify the distribution of morbidity and mortality per year of oral cancer in the territory of Cárdenas.

Methods: A 20-year retrospective descriptive study was carried out in patients with a histopathological diagnosis of oral cancer, treated at the General Teaching Hospital Julio M. Aristegui Villamil, in Cárdenas, in the period between January 2000 and December 2019.

Results: An increase in patients was observed when the morbidity rate rose from 5.8 x 100,000 inhabitants in 2000 to 16.3 in 2019, and mortality from 3.9 in 2001 to 8.9 in 2019. There was a higher incidence in the age group of 51-60 years, both in morbidity and mortality, male sex, white skin color, lower lip in morbidity, and mobile tongue and base mortality. The risk factors with the highest values were smoking and alcoholism.

Conclusions: oral cancer has a tendency to increase in the studied territory, in morbidity and mortality, as well as mortality at the national level. It is necessary to carry out health promotion activities as well as to detect it early through the research in the field visit.

Key words: oral cancer; epidemiology; morbidity; mortality; socio-demographic characteristics.



Recibido: 13/03/2024.

Aceptado: 23/11/2024.

INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral, en Cuba, contiene el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) que, a su vez, integra el Programa para el Control del Cáncer. El Ministerio de Salud Pública dispuso en 1986, con carácter oficial, el PDCB, que tiene como objetivo general disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal mediante la prevención y el diagnóstico precoz. Se estableció así que al seguir la metodología de examen de la cavidad bucal, mediante el orden orientado en el modelo de remisión del PDCB, se examinan a los pacientes que acudan a la consulta de Estomatología o en pesquisa activa a la población, en busca de alteraciones del complejo bucal, en el caso de las lesiones de la mucosa bucal; de forma anual, a los pacientes sanos, y semestralmente, a los sanos con riesgo.⁽¹⁾

El cáncer bucal representa el 2 % de todos los cánceres, casi el 30 % de los tumores de cabeza y cuello, y el 90 % son carcinomas epidermoides, espinocelulares o de células escamosas, y a pesar de que se localizan en regiones asequibles a la exploración física, la mayoría de los pacientes se diagnostica en estadios avanzados, cuando las posibilidades de curación son remotas, lo que dificulta el tratamiento y empeora el pronóstico de los pacientes. Esto se relaciona con que en sus etapas iniciales el paciente no reconoce síntoma alguno y acude a consulta dos o tres meses posteriores a la aparición de los síntomas.⁽²⁾

El papel del estomatólogo es fundamental en la prevención y diagnóstico precoz del cáncer bucal. La mayoría de los cánceres bucales se previenen con la eliminación de estilos de vida, como el hábito de fumar, el consumo de alcohol y la protección contra los rayos solares en personas de piel muy blanca que trabajen bajo el sol. La protección contra la radiación solar podría reducir la aparición del cáncer de labio.⁽³⁾

La incidencia de cáncer bucal muestra una gran variabilidad geográfica con las muestras de riesgo más alto a contraer la enfermedad en países como Francia, India, Brasil y algunos del sur de Asia. En Sri Lanka y Pakistán el cáncer bucal es la segunda causa de morbilidad por cáncer, y en la India, uno de los países con la incidencia más alta, el cáncer bucal es la neoplasia maligna más frecuente y representa del 20 al 30 % de todos los tipos de cánceres, debido fundamentalmente a hábitos socioculturales como la masticación de la nuez de betel.⁽⁴⁾

En los Estados Unidos de Norteamérica, el cáncer bucal representa el 2,8 % de todos los cánceres, y se estima de 8500 a 9000 muertes por cáncer bucofaríngeo al año, mientras que en Latinoamérica la situación no es muy distinta, y las incidencias más altas se reportan en Argentina, el sur de Brasil y Uruguay. El cáncer bucal y faríngeo está relacionado con factores de riesgo como el tabaco y el alcohol, pero en la actualidad la aparición de estas lesiones está asociado, además, al virus del papiloma humano (VPH), que puede aparecer en personas jóvenes promiscuas y que practiquen el sexo oral.^(5,6)



No obstante, a pesar de los avances en el diagnóstico y terapéutica del cáncer bucal en años recientes, las cifras de morbilidad y mortalidad se mantienen en ascenso, específicamente debido al estilo de vida de parte de la población que se expone a los factores de riesgo desde edades tempranas, y que los pacientes consultan cuando las lesiones han alcanzado gran tamaño, por lo que los porcentajes de supervivencia se han mantenido relativamente estables. En los Estados Unidos de Norteamérica, la American Cancer Society reportó una supervivencia a los cinco años, para ambos sexos, de 61,5 % en el período entre 1957 y 2008.^(7,8)

El propósito de esta investigación es analizar la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal en pacientes del territorio de Cárdenas, en un período de 20 años.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 20 años (enero de 2000 a diciembre de 2019), en pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer bucal, atendidos en el Hospital General Docente Julio M. Aristegui Villamil, de Cárdenas, con residencia en los municipios Cárdenas y Martí, y en el Consejo Popular Máximo Gómez.

Se estudiaron las siguientes variables clínicas y demográficas de la morbilidad y mortalidad de los pacientes diagnosticados: años de diagnóstico, edad, sexo, color de la piel, localización anatómica y factores de riesgo presentes, así como los pacientes fallecidos en dicho territorio en similar período y con estas mismas variables. Se hizo referencia, además, a la mortalidad por cáncer bucal en el país en igual período. Se analizó la tasa que significó el diagnóstico confirmado por 100 000 habitantes, tanto en morbilidad como en mortalidad. Los datos fueron obtenidos del Departamento de Anatomía Patológica de dicha institución, así como de los departamentos de estadística de Salud Municipal y Provincial.

El universo de estudio fue todos los pacientes diagnosticados de cáncer bucal en la institución. Se dividió en siete grupos etarios: menores de 30 años, 31 ≥ 40 años, 41 ≥ 50 años, 51 ≥ 60 años, 61 ≥ 70 años, 71 ≥ 80 años y 81 o más años de edad. El sexo se determinó según sexo biológico descrito al nacer: masculino o femenino, y el color de la piel, según apreciación visual de los observadores en relación a los antecedentes étnicos, clasificados en: blanca, negra, mestiza y amarilla.

Las regiones anatómicas de asentamiento de cáncer confirmado se distribuyeron según los criterios del PDCB: labio inferior, mucosa del carrillo, suelo de boca, lengua móvil, base de lengua, paladar duro, paladar blando, espacio retromolar, encías, comisura labial y labio superior.⁽¹⁾

Los factores de riesgo que se describieron en las historias clínicas fueron: tabaquismo, alcoholismo, exposición al sol, prótesis defectuosa, irritantes térmicos e higiene bucal deficiente. Estos criterios fueron incluidos según la apreciación del especialista en cirugía maxilofacial.

Para la realización de este estudio, como información primaria se utilizaron los datos recogidos del libro de registro del Departamento de Anatomía Patológica del hospital, la



revisión del libro de fallecidos de la Dirección Municipal de Salud y el reporte estadístico sobre el cáncer de cabeza y cuello de la Dirección Provincial de Salud. La información secundaria se obtuvo de las visitas de seguimiento realizadas a los domicilios de los pacientes, que aportaron datos de interés relativos a la insuficiente percepción de los factores de riesgo, así como al curso y desenlace de la enfermedad. Además, se consultaron los anuarios estadísticos de salud, de 2001 al 2019, y los datos de población se obtuvieron de los anuarios de la Oficina Nacional de Estadística e Información, de igual período.

Los datos fueron procesados estadísticamente con ayuda del programa Microsoft Excel y distribuidos según su frecuencia, utilizando el porcentaje como unidad de resumen.

RESULTADOS

En la tabla 1 se aprecia que el total de casos con diagnóstico confirmado por estudio histopatológico de cáncer bucal, durante el período objeto de estudio, fue de 394 pacientes de todas las zonas anatómicas de la boca. Ello muestra una tendencia al incremento de la morbilidad a partir de 2007, que se mantuvo hasta el último año estudiado. La tasa de morbilidad confirmada histopatológicamente fue de 5,8 por 100 000 habitantes en 2000; posteriormente se va incrementando, llegando a cifras de 17,2 y 16,3 por 100 000, en 2013 y 2019, respectivamente. En relación a la mortalidad, también se incrementó este índice estadístico, al apreciarse que de una tasa de 3,9 (2001 y 2002) llegó hasta 9,0 y 8,9 por 100 000 habitantes, en 2018 y 2019, respectivamente. Este salto es fundamentalmente a partir de 2010, pues, aunque se observó un discreto incremento todos los años, es a partir de ese año en que se puede apreciar este cambio.



Tabla 1. Distribución de la morbilidad y mortalidad (diagnosticados y fallecidos) por año (2000-2019) y tasa por 100 000 habitantes

Años	Población	Morbilidad		Mortalidad	
	Habitantes	No. casos	Tasas	No. casos	Tasas
2000	15 4894	9	5,8	-	-
2001	15 5377	12	7,7	6	3,9
2002	15 5070	15	9,7	6	3,9
2003	16 1178	12	7,4	7	4,3
2004	16 2573	17	10,4	7	4,3
2005	16 4310	18	11,0	9	5,5
2006	16 5857	13	7,8	13	7,8
2007	16 7143	20	12,0	9	5,4
2008	16 8403	15	9,0	8	4,7
2009	16 9022	15	8,9	8	4,7
2010	17 0831	18	10,5	12	7,0
2011	17 2355	22	12,7	13	7,5
2012	17 3047	25	14,4	11	6,3
2013	17 4657	30	17,2	15	8,6
2014	17 5858	24	13,6	14	8,0
2015	18 1888	20	11,0	10	5,5
2016	18 4635	28	15,1	16	8,7
2017	18 6690	26	13,9	14	7,5
2018	18 8577	24	12,7	17	9,0
2019	19 0396	31	16,3	17	8,9
Total	-	394	-	212	-

En la tabla 2 se percibe que el cáncer bucal afectó principalmente al grupo etario de 51-60 años, con el 29,3 % de los casos, aunque los grupos mayores de 60 años presentaron igualmente cifras desfavorables. El paciente de mayor edad fue de 98 años (lengua móvil) y el de menor edad de 25 años (labio inferior). En el caso de la mortalidad, el grupo más afectado fue igualmente el de 51-60 años, con el 33,0 % de los fallecidos. Le siguen, en orden, los grupos siguientes en edad, y tanto el paciente de menor edad (42 años) como el de mayor (98 años) fallecieron por cáncer de lengua.



Tabla 2. Pacientes estudiados, según grupos de edad. 2000-2019

Edad	Morbilidad		Mortalidad	
	No.	%	No.	%
< 30 años	6	1,5	-	-
31-40 años	12	3,1	-	-
41-50 años	54	13,7	25	11,8
51-60 años	115	29,3	70	33,0
61-70 años	89	22,5	51	24,1
71-80 años	78	19,8	43	20,3
81 o más	40	10,1	23	10,8
Total	394	100	212	100
Edad mínima	25	-	42	-
Edad máxima	98	-	98	-

La tabla 3 muestra el predominio del sexo masculino, tanto en morbilidad como en mortalidad, con 75 % en ambos casos, y con una relación hombre-mujer de 3,14 en morbilidad y de 3,07 en mortalidad.

Tabla 3. Pacientes diagnosticados y fallecidos, según sexo

	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Morbilidad	299	75,9	95	24,1	394	100
Mortalidad	160	75,5	52	24,5	212	100

Referente al color de la piel, se observó un predominio casi absoluto en los pacientes de piel blanca, con 86,0 % en morbilidad y 82,5 % en mortalidad. Se reflejó, además, que a pesar de los pocos descendientes de la comunidad coreana existentes en este territorio, aparecieron tres pacientes diagnosticados, y de ellos dos fallecieron. Se observó, igualmente, que los pacientes de piel color negra, del 6,1 % del total de casos diagnosticados, pasaron al 9,9 % de pacientes fallecidos. (Tabla 4)



Tabla 4. Pacientes diagnosticados y fallecidos según el color de la piel

Color de la piel	Morbilidad		Mortalidad	
	No.	%	No.	%
Blanca	339	86,0	175	82,5
Mestiza	28	7,1	14	6,6
Negra	24	6,1	21	9,9
Amarilla	3	0,8	2	1,0
Total	394	100	212	100

Las zonas anatómicas analizadas, según el modelo del PDCB, en morbilidad, fueron el labio inferior como la región anatómica del complejo bucal más afectada, con el 38,2 % de los casos, siguiéndoles en orden de mayor afectación: la lengua móvil, suelo de boca y base de lengua, con 13,9, 10,7 y 10,6 % respectivamente. En los pacientes fallecidos, lo más significativo es la lengua móvil, con 21,2 %, siguiéndole en orden, base de lengua, suelo de boca y paladar blando, con 19,3, 14,6 y 13,2 % respectivamente. Es de destacar que el labio inferior, que en morbilidad ocupó el primer lugar con 150 casos y 38,2 % en mortalidad, solo presentó 6 casos, para un 2,8 %, y la lengua, tanto móvil como base, representó el 40,5 % de todos los casos fallecidos. (Tabla 5)

Estos cambios significativos pueden estar relacionados con que una lesión de labio se observa fácilmente y puede diagnosticarse y realizarse exéresis en etapas tempranas. Esto no ocurre de la misma forma en las lesiones en el interior de la boca, que no se observan por otra persona ajena al paciente, y en el caso de la lengua, la irrigación linfática es abundante. En encía y paladar blando, se apreciaron más casos en mortalidad que en morbilidad, factor que puede estar asociado al subregistro de la morbilidad o a errores en los certificados de defunción de algunos casos, pero que no alteran las cifras totales.



Tabla 5. Pacientes diagnosticados, según localización anatómica

Localización	Morbilidad		Mortalidad	
	No.	%	No.	%
Labio inferior	150	38,2	6	2,8
Mucosa del carrillo	27	6,8	15	7,1
Suelo de boca	42	10,7	31	14,6
Lengua móvil	55	13,9	45	21,2
Base de lengua	42	10,6	41	19,3
Paladar duro	24	6,1	19	9,0
Paladar blando	24	6,1	28	13,2
Espacio retromolar	9	2,2	9	4,3
Encías	15	3,8	17	8,0
Comisura labial	2	0,5	1	0,5
Labio superior	4	1,1	-	-
Total	394	100	212	100

Los factores de riesgo que predominaron en los pacientes diagnosticados fueron: tabaquismo (97,2 %), alcoholismo (72,8 %) e higiene bucal deficiente (63,7 %), mientras que en los pacientes fallecidos, estos mismos factores de riesgo representaron el 98,6, 82,1 y 71,6 % respectivamente. Es de destacar que el factor de riesgo exposición al sol, que en morbilidad estuvo presente en el 22,1 % de los casos, en mortalidad está relacionado con el 5,6 % de los pacientes fallecidos, ya que este factor solo afecta los labios, sobre todo el inferior, y en opinión de los autores, esto ocurre por el diagnóstico precoz que puede suceder en estos casos. (Tabla 6)



Tabla 6. Presencia de factores de riesgo en pacientes estudiados

Factores de riesgo	Morbilidad N = 394		Mortalidad N = 212	
	No.	%	No.	%
Tabaquismo	382	97,2	209	98,6
Alcoholismo	302	76,8	174	82,1
Exposición al sol	87	22,1	12	5,6
Prótesis defectuosas	41	10,4	72	34,0
Irritantes térmicos	12	3,0	31	14,6
Higiene bucal deficiente	251	63,7	152	71,6

Al realizar un análisis de la mortalidad por cáncer bucal en el país, se pudo apreciar un alza a partir de 2004, que se mantuvo hasta el 2019, en que finalizó este estudio. Al comparar estos datos con la morbilidad y la mortalidad en el territorio de Cárdenas, se observó que también fue a partir del 2004 que comenzó a elevarse la incidencia de esta enfermedad. (Tabla 7)



Tabla 7. Total de fallecidos por cáncer bucal en Cuba. 2001-2019

Años	No. de fallecidos
2001	503
2002	476
2003	514
2004	585
2005	582
2006	618
2007	587
2008	662
2009	629
2010	667
2011	757
2012	641
2013	728
2014	817
2015	787
2016	757
2017	829
2018	828
2019	893

DISCUSIÓN

En estudios realizados en otros países y también en Cuba, se aprecia que el incremento en morbilidad y mortalidad, según el estudio realizado, coincide con los resultados obtenidos en esta investigación.⁽⁹⁻¹¹⁾

En Cuba, en distintos territorios como La Habana, Holguín, Ciego de Ávila e Isla de la Juventud, se puede apreciar que a pesar de poseer un programa bien estructurado y organizado de detección del cáncer bucal, —que en sus inicios tuvo un impacto considerable, ya que a partir de su implementación se alcanzó un mejor control de la enfermedad—, aún persisten dificultades que atentan contra el normal desarrollo de este programa, que contribuyen a que cada año se le diagnostique esta enfermedad a un grupo considerable de personas.⁽¹²⁻¹⁴⁾

En un estudio realizado por Bray et al.⁽¹⁵⁾ sobre la morbilidad del cáncer bucal en 2018, se aprecia que Cuba presenta una tasa por 100 000 habitantes de 6,3 al igual que Francia, pero presentando por encima a Papua New Guinea (20,4), Pakistán (12,2), Bangladesh (9,5), India (9,1), Sri Lanka (7,6), Hungría (7,5), Australia (7,1), Afganistán (7,0) y Latvia (6,9); mientras que en este estudio, en ese mismo año, la tasa fue de 12,7, muy por encima de lo reportado para Cuba y muchos países.



Un estudio realizado en Brasil sobre los aspectos sociodemográficos relacionados con el cáncer bucal, revelaron que existen diferencias en los hábitos de acuerdo con las características demográficas de los pacientes. El conocimiento social acerca del cáncer bucal es vital, además de la necesidad de programas educativos en áreas rurales.⁽¹⁶⁾

En este estudio, el grupo más afectado es el de 51-60 años, tanto en morbilidad como en mortalidad. Similares hallazgos se encuentran en investigaciones sobre morbilidad y mortalidad realizadas en la India, Estados Unidos, Brasil, México, Venezuela y Chile,^(6,17) que reportan un incremento sustancial a partir de los 50 años, y el pico lo experimentan en el grupo de 61-70. Muchos investigadores señalan que este aspecto de la mayor incidencia en esta etapa, se debe al envejecimiento celular y al mayor tiempo de exposición a los factores de riesgo.^(1,4,18)

Al analizar la relación con el promedio de edad, en el caso de la morbilidad es de 64,1 años. En Estados Unidos fue de 64 años, mientras que en México, el Instituto Nacional de Cancerología registra un promedio de edad de 60,5 años; Brasil, 61 años; España, 60,6 años e Islas Canarias 63 años. En Asia, Arabia Saudita reporta un promedio de 62 años y Paquistán 53 años; esta cifra constituye el promedio más bajo de los resultados analizados.^(5-6,13,15,19)

Aunque en el presente estudio el grupo de edad de 51-60 años fue el predominante en mortalidad, otros estudios realizados —en Estados Unidos, por la American Cancer Society; en Cali, Colombia, y en Cuba, específicamente en Pinar del Río y La Habana— reportan a los mayores de 60 años como los de más alta incidencia.^(11-14,17-21)

La relación por sexo es de 3,7 hombres por cada mujer. Estos reportes no coinciden con estudios realizados por otros investigadores, por ejemplo, en Brasil⁽¹⁶⁾ refieren que el 86 % de los casos son hombres; en Sri Lanka, 3,7:1; en Tailandia, 1,3 hombres por mujer. Valoraciones de investigadores de Yemen arrojaron que los hombres representan el 17,2 % de todos los cánceres, y las mujeres el 19,6 %, mientras que en Arabia Saudita la relación se comporta en 1:1.⁽¹⁹⁻²¹⁾

Existe predominio de la enfermedad en pacientes de piel blanca (94,1 %); sin embargo, en los Estados Unidos se reporta una frecuencia dos veces mayor en población negra, pero los especialistas señalan lo poco probable de encontrar una razón genética, ya que no se toman en cuenta factores socioeconómicos, como niveles de ingreso, educación, accesibilidad a la salud, así como un mayor consumo de tabaco y alcohol por parte de los diferentes grupos étnicos. Por el contrario, Brasil informa que el 90 % de los casos con cáncer bucal son de piel blanca.^(1,16)

Si se tiene en cuenta el alto índice de pacientes de piel blanca afectados por cáncer bucal, y la proporción entre los colores de piel en el continente americano, los autores de esta investigación consideran que es necesario un estudio genético en la población cubana, que corrobore el predominio del color de piel blanca, a pesar de presentar los mismos factores de riesgo e igualdad de conocimientos sobre este tema.⁽¹⁷⁾

Se constató cómo las regiones anatómicas más afectadas son el labio inferior, la lengua (móvil y base) y suelo de boca, lo que concuerda con la mayoría de la bibliografía consultada.^(21,22) En otras regiones, como en el sur de Asia, debido a la masticación de



tabaco y la nuez de betel, las zonas anatómicas de más alta incidencia son la mucosa del carrillo, la lengua y el espacio retromolar.⁽²³⁾

En el Caribe suramericano existen altas tasas de incidencia en la cara dorsal de la lengua, bóveda palatina y mucosa del carrillo, por fumar invertido. En Estados Unidos, en los últimos años, se ha reportado un aumento del cáncer de lengua y paladar, debido al VPH en la población entre 20 y 44 años, mientras en el resto de las zonas anatómicas se ha mantenido en la misma proporción.^(6,24)

En Cuba, al relacionar el labio inferior con el resto de las zonas anatómicas de la boca, Valentín et al.,⁽¹⁰⁾ en un estudio de 15 años en 2015, encontraron un 44,7 % en esta región, mientras que en un estudio similar, en 2006, había sido de 65 %. En Ciego de Ávila, en una investigación de 15 años, citada por Valentín et al.,⁽¹⁰⁾ se pesquisa un 53,7 % en el labio inferior. La población estudiada en este caso presentó 38,2 % de las lesiones en el labio inferior, con lo cual se puede apreciar que con el paso de los años, fue disminuyendo la incidencia de esta zona en relación con las zonas no visibles de la boca, que resultan más peligrosas.⁽²⁴⁾ Al analizar la mortalidad, se observa que el labio inferior solo representó el 2,8 % de los fallecidos, por lo que las zonas no visibles de la boca representaron el 97,2 % de estos casos.

Al observar los factores de riesgo, se apreció que el tabaquismo, el alcoholismo y la sinergia del tabaco-alcohol, son los factores de riesgo de mayor incidencia. Además, en Cuba juega un papel importante la exposición al sol de los trabajadores agrícolas, constructores y pescadores. Al contrastar con otras zonas geográficas, se constató que el tabaco está involucrado también, pero acompañado por otros factores mencionados anteriormente.⁽⁵⁾

La incidencia de cáncer bucal mostró una tendencia al aumento, por lo que en 20 años la tasa de morbilidad y mortalidad confirmada en el territorio que atiende el hospital de Cárdenas, se triplicó. Predominan las edades por encima de los 50 años, al igual que el sexo masculino y color de la piel blanca. La mayor incidencia es en el labio inferior, aunque predominan los diagnósticos en el interior de la boca, que al no ser visibles, tienden a ser diagnosticados tardíamente, por lo que afectan en la mortalidad.

Al analizar la mortalidad por cáncer bucal en el país, se pudo constatar un aumento apreciable, debido a que de 503 fallecidos por esta causa en 2001, llegó a 893 en 2019; es decir, numéricamente 390 casos más que 19 años atrás, por lo que se hace necesario estudiar a nivel nacional este índice estadístico negativo del cáncer bucal.

Los autores concluyen que, aunque no ha formado parte de esta investigación, se pudo verificar que es necesaria la calidad en la pesquisa, pues, casi en su totalidad, los pacientes diagnosticados no acudieron por remisión del PDCB ni se detectaron en la visita de terreno, por lo que llegan en etapas avanzadas y no se puede garantizar la preservación de sus vidas. Se encontraron también errores en el diagnóstico en el Certificado de Defunción, lo que representa, por estadística, menos casos fallecidos por cáncer bucal de los que realmente deben aparecer.

Al tener en cuenta que tanto la morbilidad como la mortalidad en el territorio mostraron cifras en ascenso, así como la mortalidad en la nación, se hace necesario que los decisores en el área de estomatología, a todos los niveles, muestren atención al



pesquisaje de los pacientes sanos con riesgo, para poder disminuir estas cifras. Debe tenerse en cuenta, además, que si los certificados de defunción no tuvieran errores en el diagnóstico de la causa de fallecimiento, como se apreció en el estudio, estas cifras de fallecidos fueran aún mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laurencio-Rodríguez J, Oliveros-Noriega-Roldán S, Góngora-Rodríguez R. Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con cáncer bucal y otras lesiones del complejo bucomaxilofacial. MEDISAN [Internet]. 2019 [citado 07/11/2020];23(5):837-46. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2844>
2. Gormley M, Dudding T, Sanderson E, et al. A multivariable Mendelian randomization analysis investigating smoking and alcohol consumption in oral and oropharyngeal cancer. Nat Commun. 2020;11(1):6071. DOI: 10.1038/s41467-020-19822-6.
3. Miranda-Filho A, Bray F. Global patterns and trends in cancers of the lips, tongue and mouth. Oral Oncol [Internet]. 2020 [citado 02/02/2021];102:104551. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1368837519304610>
4. Conway DI, Purkayastha M, Chestnutt IG. The changing epidemiology of oral cancer. Definitions, trends y risk factors. Br Dent J [Internet]. 2018 [citado 02/02/2020];225(9):867-73. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2018.922>
5. Álvarez Arias D, Munyo Estefan A, Borche G, et al. Cáncer de cabeza y cuello en Uruguay. Análisis de sobrevida en dos centros de referencia. Rev Med Urug [Internet]. 2018 [citado 14/11/2023];34(1):42-63. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902018000100042
6. Lai K, Killingsworth M, Matthews S, et al. Differences in survival outcome between oropharyngeal and oral cavity squamous cell carcinoma in relation to HPV Status. J Oral Pathol Med [Internet]. 2017 [citado 14/10/2020];46(8):574-82. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jop.12535>
7. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, et al. Cancer statistics, 2022. CA: Cancer J Clin [Internet]. 2022 [citado 03/02/2023];72(1):7-33. Disponible en: https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21708?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=work-in-progress&utm_content=20230117
8. Chen SW, Zhang Q, Guo ZM, et al. Trends in clinical features and survival of oral cavity cancer: fifty years of experience with 3,362 consecutive cases from a single institution. Cancer Manag Res [Internet]. 2018 [citado 02/02/2020];10:4523-36. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6190823/>



9. Cintra-Castro Y, Llerena-Suárez J, Casañola-Rivero O, et al. Supervivencia de pacientes operados de neoplasias de cavidad oral estadios III-IV. Rev Cubana Otorrin Laringol Cabeza y Cuello [Internet]. 2020 [citado 02/11/2021];21(2):e158. Disponible en: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Supervivencia+de+pacientes+operados+de+neoplasias+de+cavidad+oral+estadios+III-IV>
10. Valentín González F, Rodríguez González GM, Conde Suárez HF, et al. Caracterización del cáncer bucal. Estudio de 15 años. Rev Méd Electrón [Internet]. 2017 [citado 02/10/2020];39(2):245-58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000200010
11. Candia J, Fernández A, Somarriva C, et al. Mortalidad por cáncer oral en Chile, 2002-2012. Rev Méd Chile [Internet]. 2018 [citado 04/10/2020];146(4):487-93. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000400487
12. Acuña Pérez JL, Guillén Pérez DP, Rodríguez Herrera EV, et al. Mortalidad por cáncer bucal en Cuba en el periodo 2013-2017. Rev Caribeña de Ciencias Sociales [Internet]. 2019 [citado 04/10/2020]. Disponible en: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2019/04/cancer-bucal-cuba.html>
13. Martín OR, Betancourt Valladares M, García Ranero AB, et al. Pronóstico de incidencia y mortalidad del cáncer bucal en la provincia Ciego de Ávila. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 [citado 04/10/2020];54(3). Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1332/638>
14. Diéguez-Pérez A, Correa-Rodríguez R, Fonseca-del-Rey S, et al. Caracterización del cáncer bucal en la Isla de la Juventud, 2007-2018. RMIJ [Internet]. 2019 [citado 05/05/2020];20(1). Disponible en: <https://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/216/337>
15. Gil Milá JD, Maestre Cabello JR, Martínez Gómez K. Caracterización de pacientes con cáncer oral y su relación con la invasión en profundidad. Finlay [Internet]. 2021 [citado 20/02/2023];11(4):344-51. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1070/0>
16. Lins LS, Bezerra N, Freire AR, et al. Sociodemographic characteristics are related to the advanced clinical stage of oral cancer. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2019 [citado 23/03/2021];24(6):e759-63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6901145/pdf/medoral-24-e759.pdf>
17. Herrera-Serna BY, Lara-Carrillo E, Toral-Rizo VH, et al. Relationship between the Human Development Index and its components with oral cancer in Latin America. J Epidemiol Glob Health [Internet]. 2019 [citado 23/03/2021];9(4):223-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310789/pdf/JEGH-9-4-223.pdf>



18. Pérez-Hernández A, Carmona-Fernández E, Velázquez-Martínez A, et al. Morbilidad del carcinoma epidermoide de lengua en Pinar del Río, 2000-2016. Rev Cien Méd Pinar Río [Internet]. 2016 [citado 04/05/2020];20(6):690-7. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2832/pdf>

19. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. Cancer J Clin [Internet]. 2018 [citado 23/03/2021];68(6):394-424. Disponible en: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21492>

20. Giraldi L, Leoncini E, Pastorino R, et al. Alcohol and cigarette consumption predict mortality in patients with head and neck cancer: a pooled analysis within the international Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) Consortium. Ann Oncol [Internet]. 2017 [citado 06/11/2020];28(11):2843-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5834132/pdf/mdx486.pdf>

21. Oliver JR, Wu SP, Chang CM, et al. Survival of oral tongue squamous cell carcinoma in young adults. Head Neck [Internet]. 2019 [citado 02/02/2021];41(9):2960-8. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hed.25772>

22. Furtunato Bezerra NV, de França Leite KL, Davino de Medeiros MM, et al. Advanced stage tongue and mouth floor cancer is related to tobacco and alcohol abuse. J Public Health [Internet]. 2018 [citado 03/11/2020];26(2):151-6. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-017-0859-3>

23. Campbell BR, Nitterville JL, Sinard RJ, et al. Early onset oral tongue cancer in the United States: a literature review. Oral Oncol [Internet]. 2018 [citado 03/11/2020];87:1-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1368837518303634>

24. Khetan P, Boffetta P, Luce D, et al. Occupations and the risk of head and neck cancer: a pooled analysis of the International Head and Neck Epidemiology (INHANCE) Consortium. J Occup Environ Med [Internet]. 2019 [citado 03/03/2020];61(5):397-404. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6613803/pdf/nihms-1521414.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.



Contribución de autoría

Federico Valentín-González: conceptualización, investigación, metodología y curación de datos.

Gloria María Rodríguez-González: metodología y redacción del borrador original.

Heberto Fidencio Conde-Suárez: curación de datos.

Editor responsable: Silvio Soler-Cárdenas.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Valentín-González F, Rodríguez-González GM, Conde-Suárez HF. Estudio de morbilidad y mortalidad del cáncer bucal en el hospital de Cárdenas. Experiencia de 20 años. Rev Méd Electrón [Internet]. 2024 [citado: fecha de acceso];46:e5637. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5637/6040>

