

DESPISTAJE DE CÁNCER BUCAL: FACTORES ASOCIADOS CON EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

SCREENING OF ORAL CANCER: FACTORS ASSOCIATED WITH EARLY DIAGNOSIS

Recibido para Arbitraje: 23/01/2014

Aceptado para Publicación: 23/03/2015

Carneiro Neto, J. N., Cirujano dentista, Universidad Estatal de Feira de Santana, Bahía, Brasil. **Falcão, M. M. L.**, Maestra, Profesora Titular e Investigadora en el Núcleo de Cáncer Oral (NUCAO) del Centro de Postgrado de Salud Pública de la Universidad Estatal de Feira de Santana, Bahía, Brasil.

RESUMEN

El despistaje de los trastornos potencialmente malignos y cáncer bucal implican un examen clínico minucioso en individuos asintomáticos de la población, con el fin de informar los factores de riesgo para el cáncer bucal e identificar las lesiones bucales, remitiendo los casos sospechosos a un centro de referencia. El acceso del usuario al centro de referencia a través de la remisión de los casos sospechosos es un factor fundamental para la eficacia de la detección de lesiones bucales. Teniendo en cuenta lo expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo estimar la frecuencia asociada con el diagnóstico precoz de los trastornos potencialmente malignos y cáncer bucal de los pacientes examinados y se refiere al período diciembre 2011 a diciembre 2012 para el Centro de Referencia de Lesiones Bucles (CRLB). Las variables sociodemográficas, hábitos de vida y lesiones examinadas en los registros de seguimiento y de la asistencia del Centro de Referencia fueron procesados con el programa SPSS versión 17.0 y analizados mediante estadística descriptiva. Se observó que del total de 593 individuos examinados, 65,8 % (390) eran mujeres y fueron remitidas con lesiones sospechosas en la cavidad bucal 8,6% (51) individuos, con una edad media de 55,5 años, 47,7% (21) eran fumadores y 52,3% (23) alcohólicos, y de éstos sólo 25,5% (13) asistió al centro de referencia. El bajo nivel de concurrencia al centro de salud de los individuos en lo referente al diagnóstico precoz de trastornos potencialmente malignos y cáncer bucal puntos a la necesidad de la planificación, la evolución y la reformulación de la estrategia utilizada en los despistajes del cáncer bucal.

PALABRAS CLAVE: Programas de reconocimiento del cáncer bucal, diagnóstico precoz.

ABSTRACT

The screening of potentially malignant disorders and oral cancer involves a clinical examination, applied rapidly among asymptomatic individuals in a population, in order to inform the risk factors for oral cancer and identify oral lesions, referring these suspected cases to a reference center. User's access to a referenced center through the routing is one of the key factors in the effectiveness of oral lesions screening. On the above, the present aimed to estimate the frequency of factors associated with early diagnosis of individuals screening and forwarded in the period December 2011 and December 2012 to a referral service of oral lesions. Sociodemographic variables, lifestyle habits and injuries collected in chips referrals and attendance at a referral Center of References for Oral Lesions (in Spanish CRLB) were processed using SPSS version 17.0 and analyzed using descriptive statistics. It was noted that the total of 593 individuals screened, 65.8% (390) were female. 8.6% (51) individuals were referred with suspicious of lesions in the oral cavity, showing average age of 55.5 years, 47.7% (21) individual smokers and 52.3% (23) of these being elitist only 25.5% (13) attended the referral service. The low level of compliance to the health of individuals referred to the early diagnosis of oral

potentially malignant disorders and cancer points to the need for planning, development and reformulation of the strategy used in oral cancer screening.

KEY WORDS: Oral cancer screening programs, early diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El cáncer bucal es un importante problema de salud pública en todo el mundo ¹⁻⁴, que representa el 3% de todos los tumores malignos en hombres ^{5,6,7} y 1,4% en mujeres. Está relacionado con más de 127.000 muertes y 260.000 nuevos casos al año ⁸, con proporciones más altas en los países en desarrollo ^{2,9}.

En este escenario el despistaje del cáncer bucal como un procedimiento capaz de ayudar en la reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad del cáncer bucal. Incluye un examen clínico simple en individuos asintomáticos en una población que ayuda a identificar los factores de riesgo de lesiones potencialmente malignas y cáncer bucal, con posterior remisión de los pacientes con lesiones sospechosas para la investigación diagnóstica a un centro de referencia en lesiones bucales ^{2,10-16}.

Sin embargo, la literatura no es unánime sobre la eficacia del despistaje debido a las desventajas como un bajo impacto en la reducción de la tasa de mortalidad del cáncer bucal ^{14,17,18}, no existe un mecanismo satisfactorio para la identificación de lesiones bucales ¹⁹, el alto costo y poca eficacia ²⁰, inviabilidad política de la salud pública para llevar a cabo pruebas experimentales ¹⁰, la identificación limitada de microlesiones, disminución de la calidad de vida asociada a las implicaciones psicosociales ²¹ y reducida sensibilidad de la exploración convencional ²².

Además de estas razones, creemos que las barreras legales, territoriales, socioeconómicas y culturales pueden dificultar el acceso de las personas a los centros de salud ²³ después del despistaje y remisión de los sospechosos de trastornos potencialmente malignos y cáncer bucal ²⁴. La eficacia del despistaje parece requerir la correlación entre el comportamiento individual, la guía de los profesionales que intervienen en la proyección y las características de los centros de salud ²⁵.

Teniendo en cuenta lo expuesto, el presente estudio tuvo como objetivo estimar la frecuencia asociada con el diagnóstico precoz de los individuos examinados y remitidos durante un año a un centro de referencia en lesiones bucales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de una investigación de la naturaleza cuantitativa, exploratoria y descriptiva, desarrollada a partir de los resultados de las actividades de extensión de la prevención del cáncer bucal realizado por el Centro de Referencia para las Lesiones Bucles (CRLB) de la Universidad Estatal de Feira de Santana, Bahía, Brasil.

Estas actividades forman parte de un Programa de Prevención y Control del Cáncer de Cavidad Bucal, que desde 1998 ha ayudado a reducir los indicadores de la morbilidad y mortalidad del cáncer en el estado de Bahía, a través de actividades educativas, el despistaje de las lesiones bucales con posterior seguimiento del CRLB y la formación de diversos profesionales de la salud sobre el tema ²⁶.

Para este estudio se utilizó la información recopilada a través de los formularios de despistaje, relacionados con: características sociodemográficas (edad, sexo, nivel de educación, ingreso familiar y lugar de origen), estilo de vida (alcohol y tabaco) y las lesiones bucales sospecha (presencia o ausencia, tipo y localización topográfica) a partir de diciembre 2011 a diciembre 2012.

La calidad de la información se garantizó mediante la estandarización de los códigos y criterios de despistaje para los trastornos, con y sin potencial de malignidad (Figura 1), de la calibración de profesionales y estudiantes de odontología relacionados con el CRLB para información de los factores de riesgo del cáncer bucal, la identificación de lesiones bucales y cumpliendo con los requisitos de la historia clínica y los formularios elaborados para el de despistaje en el lugar donde se llevó a cabo este trabajo donde se realizan actividades de extensión.

Códigos	Criterios
0	Los tejidos blandos aparentemente sanos
1	Trastornos en los tejidos blandos sin potencial de malignidad (figuran en el código 2)
2	Trastornos de los tejidos blandos potencialmente malignos (úlceras indoloras de más de 14 días de evolución, con bordes elevados y ligeramente endurecidas o no, lesiones blancas y negruzcas con áreas ulceradas, lesiones rojizas de más de 14 días de evolución, de contorno definidos y límites claros que sugieren eritroplasia, lesiones vegetativas de crecimiento rápido, suave, granular o verrugosa, ulcerada o no, entre otros)

FIGURA 1. Códigos y criterios para el despistaje de los trastornos con y sin potencial de transformación maligno bucal.
Fuente: Alves ⁴⁸.

La función del CRLB es dar cabida a los individuos con lesiones bucales reconocidas en el despistaje o que llegan al CRLB de manera espontánea. El proceso de trabajo de este centro incluye una sala de espera con temas alusivos a la prevención del cáncer bucal, seguido por realización del examen clínico. Los casos positivos de lesiones bucales se tratan de acuerdo a las necesidades presentadas y a los negativos se les da orientación al paciente sobre la lesión diagnosticada y son dados de alta. Los casos de lesiones malignas confirmados histopatológicamente son referidos a los centros de salud de mayor complejidad, como la Unidad de Alta Complejidad Oncológica (UNACON) y los benignos son tratados en el propio centro, así como los casos de la preparación previa y el seguimiento del cuidado odontológico a pacientes con cáncer (Figura 2).

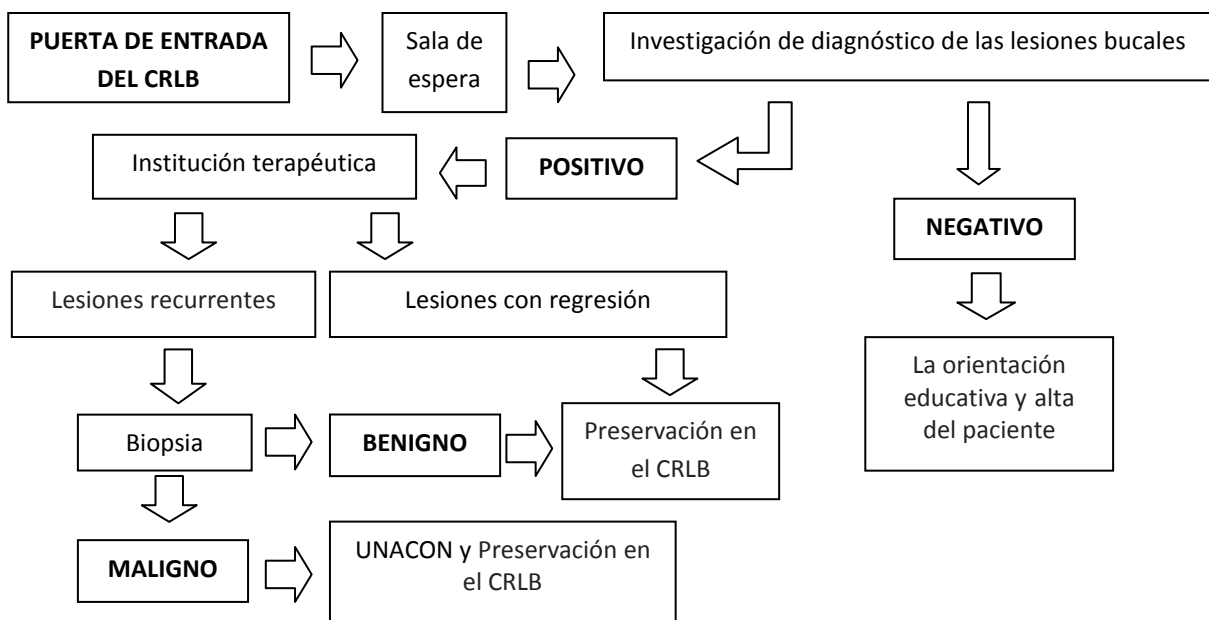


FIGURA 2. Diagrama de flujo de la atención y enrutamiento en el CRLB.
FUENTE: Propia.

Todas las historias y cuestionarios relacionados con la historia clínica que acompañan a este trabajo de los pacientes examinados y remitidos al CRLB, fueron comparados con el registro de entradas de

los usuarios de los centros con el fin de confirmar si dichos pacientes remitidos han buscado atención clínica para el diagnóstico y/o confirmar la lesión detectada. En los casos positivos, se buscaron los registros de los mismos, para obtener información sobre las características de cada lesión bucal.

En este estudio, hemos considerado que: de los pacientes examinados y remitidos al CRLB, solo pocos de ellos asistieron para continuar con el procedimiento diagnóstico.

Para el análisis de los datos se utilizaron estadísticas descriptivas, para evaluar las variables correspondientes con la recolección del formulario de despistaje diseñado para ello, registro de entrada y ambulatoria del CRLB. Esta investigación cumple con las disposiciones de la Resolución 196/96, que trata de la investigación en seres humanos y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Estatal de Feira de Santana (protocolo N^o 087/2008 de 17/09/2008.)

RESULTADOS

Fueron examinados 593 individuos a partir de diciembre 2011 a diciembre 2012. De éstos, el 34,2% (203) eran del sexo masculino y el 65,8% (390) eran del sexo femenino. La mayoría de los participantes el 82,5% (489) son da la ciudad de Feira de Santana, Bahía.

Entre los individuos examinados, 91,4% (542) fueron clasificados por los profesores y estudiantes de odontología vinculados al CRLB, como portadores de tejidos blandos aparentemente sanos (código 0), el 5,3% (31) de los individuos con trastornos en los tejidos blandos sin potencial maligno (código 1) y el 3,3% (20) de los individuos con trastornos en los tejidos blandos con potencial maligno (código 2) (Figura 3).

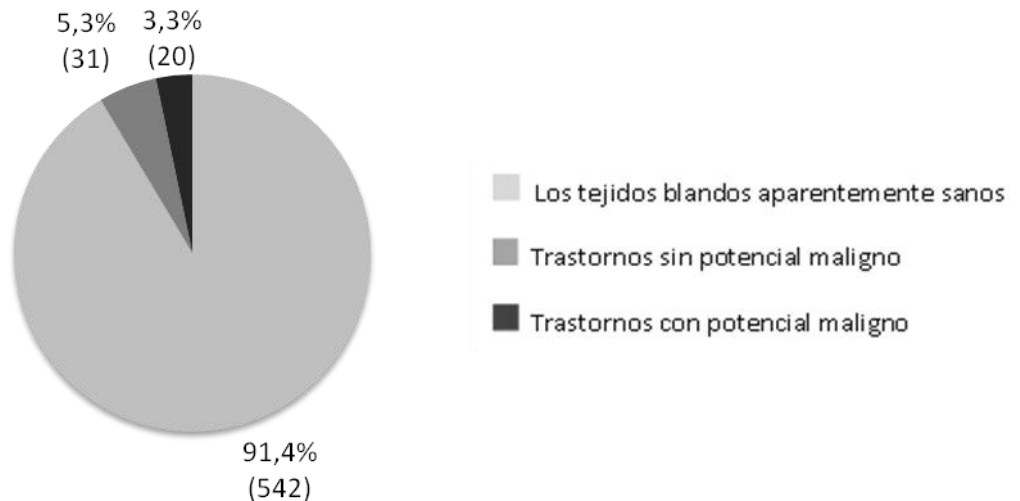


FIGURA 3. Distribución de los individuos examinados en algunas ciudades del interior de Bahía, de acuerdo los códigos y criterios de los trastornos bucales sospechosos en el período de diciembre 2011 a diciembre 2012.

Entre los individuos examinados, 8,6% (51) tenían lesiones sospechosas de cáncer en cavidad bucal (códigos 1 y 2) y se remitieron al Centro de Referencia para Lesiones Bucles. De éstos, solo 25,5% (13) asistió al CRLB (Figura 4), y solo en 46,2% (06) se llevó a cabo el tratamiento después del resultado del examen histopatológico y su diagnóstico. El restante 53,8% (07) fue dado de alta, ya que no tenía más lesiones en el momento del examen clínico. Se hace hincapié en los resultados del examen histopatológico de las lesiones de las que se hicieron biopsia, diagnosticaron la presencia de lesiones benignas.

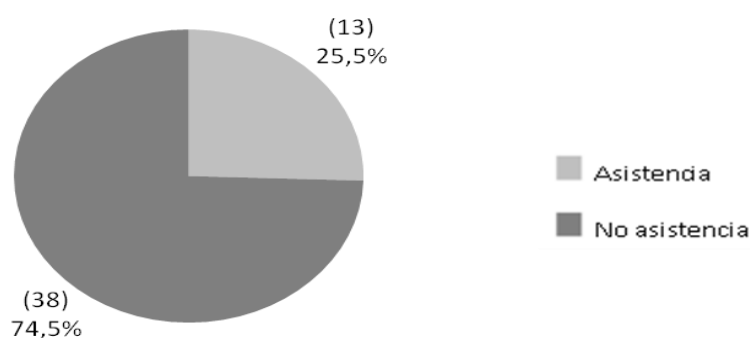


FIGURA 4. Distribución de los individuos examinados en algunas ciudades del interior de Bahía, de acuerdo con la remisión y la asistencia a un centro de referencia a partir de diciembre 2011 a diciembre 2012.

De total de individuos examinados que se refiere a quienes asistieron al CRLB, el 77,0% (10) eran del sexo femenino, el 70,0% (07) cuya edad oscilaba entre 51 y 61 años, el 50,0% (05) tenían educación primaria incompleta y el 80 0% (04) ingreso familiar entre 1-2 salarios mínimos por mes. En cuanto al estilo de vida, el 40,0% (04) que se utiliza el alcohol, el 45,5% (05) tabaco y el 25,0% (04) tenían ambos hábitos (Tabla I).

TABLA I. Distribución de los individuos examinados y que se refiere a trastornos bucales sospechosos que asistieron a la CRLB, de acuerdo con el perfil sociodemográfico, hábitos alcohólicos y fumadores, Bahía, 2013.

Variable	N	%
Sexo		
Masculino	03	23,0
Femenino	10	77,0
Grupo etario*		
24 – 39 años	01	10,0
40 – 50 años	–	–
51 – 61 años	07	70,0
62 años o más	02	20,0
Grado de instrucción*		
Analfabeta	02	20,0
Educación fundamental incompleta	05	50,0
Educación fundamental completa	01	10,0
Educación promedio incompleta	–	–
Educación promedio completa	02	20,0
Educación superior incompleta	–	–
Educación superior completa	–	–
Ingreso familiar**		
< 1 salario mínimo	–	–
1 – 2 salarios mínimos	04	80,0
3 – 5 salarios mínimos	01	20,0
> 5 salarios mínimos	–	–
Consumidor de bebidas alcohólicas*		
Sí	04	40,0
No	06	60,0
Consumidor de tabaco***		
Sí	05	45,5
No	06	54,5
Consumidor de bebidas alcohólicas y tabaco***		
Sí	04	36,4

* Para esta variable se perdieron 03 datos; ** Para esta variable se perdieron 08 datos; *** Para esta variable 02 datos se perdieron.

Para los individuos que fueron remitidos y no asistieron al CRLB, el 68,5% (26) eran del sexo femenino, el 38,7% (12) tenían entre 51 a 61 años de edad, el 36,0% (10) tenían educación primaria incompleta y el 63,2% (12) ingreso familiar entre 1-2 salarios mínimos por mes. En cuanto al estilo de vida, el 64,3% (18) había consumido alcohol, el 55,5% (15) tabaco y el 35,7% (10) tenían ambos hábitos (Tabla II).

TABLA II. Distribución de los individuos examinados y que se refiere a trastornos bucales sospechosos que no asistieron a la CRLB, de acuerdo con el perfil sociodemográfico, hábitos alcohólicos y fumadores, Bahía, 2013.

Variable	N	%
Sexo		
Masculino	12	31,5
Femenino	26	68,5
Grupo etario*		
24 – 39 años	04	13,0
40 – 50 años	05	16,1
51 – 61 años	12	38,7
62 años o más	10	32,2
Grado de instrucción**		
Analfabeto	05	17,8
Educación fundamental incompleta	10	36,0
Educación fundamental completa	01	3,5
Educación promedio incompleta	03	10,7
Educación promedio completa	08	28,5
Educación superior incompleta	–	–
Educación superior completa	01	3,5
Ingreso familiar****		
< 1 salario mínimo	05	26,3
1 – 2 salarios mínimos	12	63,2
3 – 5 salarios mínimos	02	10,5
> 5 salarios mínimos	–	–
Consumidor de bebidas alcohólicas**		
Sí	18	64,3
No	10	35,7
Consumidor de tabaco***		
Sí	15	55,5
No	12	44,5
Consumidor de bebidas alcohólicas y tabaco**		
Sí	10	35,7
No	18	64,3

* Para esta variable 07 datos se perdieron; ** Para esta variable 10 datos se perdieron; *** Para esta variable 11 datos se perdieron; **** Para estas variables 19 datos se perdieron.

De las lesiones sospechosas identificadas, el 8,6% (51) en los individuos remitidos después de su despistaje fueron solo 2% (01) papiloma, 2% (01) Sialolitos, 2% (01) Granuloma Piogénico, 2% (01) Melanosis, 3,9 % (02) Lipoma, 3,9% (02) Hiperqueratosis, 3,9% (02) Hiperplasia traumática, 3,9% (02) Eritroplasia, 3,9% (02) de Carcinoma Espinocelular, 5,9% (03) Úlcera Idiopática, 5,9% (03) Fibroma, 5,9% (03) Queilitis Actínica, 7,8% (04) Lesiones Eritematosas Traumáticas, 11,8% (06) Estomatitis Protésica, 15,7% (08) Candidiasis y 19,6% (10) Leucoplasia.

En cuanto a la localización topográfica de las lesiones sospechosas, 2% (01) fueron encontradas en región alveolar, sin especificar, 2% (01) en la parte posterior superior de la cresta alveolar, 2% (01) en el paladar blando, 2% (01) en el frenillo labial inferior, 2% (01) en mucosa alveolar anteroinferior, 2% (01) en el labio superior, 2% (01) en encía anterior superior, 2% (01) en el piso de la boca, 2% (01) en el borde lateral de lengua, 2% (01) en la región retromolar, 3,9% (02) en la parte posteroinferior de la cresta alveolar, 3,9% (02) en cara dorsal de la lengua, 3,9% (02) en el reborde alveolar superior anterior, 5,9% (03) entre el paladar duro y blando, 11,8% (06) en el labio inferior, 25,5% (13) en la mucosa yugal y 25,5% (13) sólo en el paladar duro.

DISCUSIÓN

El despistaje de las lesiones bucales puede ser relevante para la detección precoz del cáncer bucal a través del examen clínico y el levantamiento de los datos de los trastornos potencialmente malignos y cáncer bucal, ya que puede optimizar el servicio y permitir tratamientos menos invasivos¹³, aumentan la supervivencia de los individuos⁹, mejorar la calidad de vida de la comunidad^{9,27}, principalmente masculina que es la más vulnerable²⁸, reducir las tasas de morbilidad y mortalidad de la enfermedad¹³ y el despilfarro de recursos públicos¹⁰.

No es siempre el hecho de reconocer, encaminar y llevar al centro de salud para el diagnóstico y tratamiento, cuando sea necesario garantiza que el individuo examinándolo busca atención. En este sentido, se ha discutido en la literatura algunas explicaciones que podrían justificar este bajo nivel de asistencia entre ellos, podemos mencionar los factores socioculturales²⁹, bajo nivel socioeconómico¹², la movilidad inadecuada de los ancianos, la falta de educación continua para los profesionales de la atención básica, derivaciones innecesarias, desorganización de los centros de referencia y contra-referencia^{30,31}, además de la incompatibilidad de la operación del servicio con la jornada del trabajo³², concepción de invulnerabilidad, la vergüenza y el miedo al descubrimiento del cáncer bucal de la población masculina³³ y bajo entendimiento de los individuos examinados en la orientación recibida durante el examen clínico.

La epidemiología del cáncer bucal señala los individuos del sexo masculino, más de 40, consumidores de bebidas alcohólicas y el tabaco con más probabilidades de tener la enfermedad, por lo tanto, el mayor enfoque del despistaje de lesiones bucales debe dirigirse a estos individuos, sin embargo, en este estudio, hubo mayor presencia de mujeres en los exámenes realizados, un hecho, que también fue verificado por Scheufen, Almeida, Silva, Araujo, Palmiere, Pegoretti, Pinto y Tavares¹⁶, Sartori³⁴ y Sankaranarayanan ya citado³⁵. Esta situación lleva a una pregunta: ¿por qué la baja participación de los hombres en las actividades de salud? Tal vez por razones culturales, menos atención de la salud, además, los tiempos que se mantienen los exámenes no siempre son atractivos para la participación masculina, ya que pueden ser en horario de trabajo.

La mayor participación de los pacientes de sexo femenino en el despistaje de los trastornos potencialmente malignos y cáncer bucal puede expresar el mayor interés en este grupo el cuidado de la salud bucal y también para buscar atención odontológica más frecuente³⁶.

La prevalencia de lesiones bucales aumenta con el paso de la edad³⁷. En este estudio, se observó que la mayoría de los casos examinados y remitidos asistiendo o no al centro de salud tenían la edad de más de 50 años, lo que confirma los resultados de Andrade³⁸. Algunos estudios, sin embargo tomaron nota de la creciente presencia de lesiones en otros grupos de edad como Scheufen ya citado¹⁶, Sankaranarayanan ya citado³⁵, Tarragó ya citado³⁶, Cruz, Gente, Bazán y Díaz³⁹, Rodríguez, Blanco, Pérez, Betancourt, Pardo y Franco⁴⁰.

El nivel de educación del individuo puede corresponder al momento del diagnóstico del cáncer de boca, cuanto menor es el nivel de educación más alto es el índice de diagnóstico tardío⁴¹. La

educación primaria incompleta es el más encontrado en la investigación con pacientes con cáncer bucal en estadio avanzado ⁴²⁻⁴⁴.

En este estudio, los pacientes examinados refiriéndose a las lesiones sospechosas, o no, asistieron a los centros de salud, o tenían educación primaria incompleta, en su mayoría similares a los hallazgos de Reis ⁴⁵. En cuanto a este aspecto, quizás el bajo nivel de educación ha contribuido a la falta de cumplimiento de su remisión, ya que los pacientes que no asistieron a los centros de salud pueden no haber entendido el motivo de la remisión, ni cuántos se han sensibilizado a la utilización de protección contra la radicación solar, el abandono de los hábitos de consumo de las bebidas alcohólicas y del tabaco.

Por lo tanto, es importante adoptar durante los despistajes, métodos capaces de sensibilizar los individuos con este perfil, ya que necesitan un contenido claro y preciso para modificar los hábitos asociado con el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, entre otros factores relacionados con la prevención y diagnóstico precoz del cáncer bucal ⁴¹.

La situación socioeconómica puede influir en las características del cáncer bucal de su etapa evolutiva hasta el tratamiento ⁴⁶. Además, la pobreza, el desempleo y el bajo nivel socioeconómico pueden ser factores prohibitivos del acceso ⁴⁷, cuando el individuo por razones financieras no puede asistir al centro de salud. Se observó que la mayoría de las personas con lesiones sospechosas o que no asisten a los centros de salud, tenía entre uno y dos salarios mínimos por mes.

La mayoría de los individuos examinados viven en la misma ciudad del centro de referencia para el que fueron remitidos, así la barrera geográfica parece no estar asociada con un bajo nivel de la remisión, a pesar del alto porcentaje de no asistencia al centro de salud. Estos hallazgos son consistentes con los estudios realizados por Almeida, Casal, Pucca,, Silva,Frias, Araújo y Almeida ³¹, Sartori ³⁴, Sankaranarayanan, Ramadas, Thomas, Muwonge, Thara, Mathew y Rajan ³⁵, Andrade ³⁸, Reis ⁴⁵ y Alves ⁴⁸.

Se observó que la mayoría de los individuos examinados y con presencia de lesiones que no llegaron al centro de salud, bebieron alcohol o fumaron. Dado el alto porcentaje de fumadores y bebedores alcohólicos con lesiones bucales sospechosas, la conducta principal puede ser la implementación de programas de control del tabaco, promoción de la salud, prevención de lesiones y cáncer bucal ⁴⁹. Del total de individuos examinados (593), fueron remitidos (51; 8,6%) y asistieron(13; 28,9%) al centro de referencia en este estudio para mejor investigación diagnóstico, similar a los resultados encontrados por Scheufen ¹⁶ que entre junio de 2000 y julio de 2002, examinó 509 individuos, remitiendo el 25,7% (131), al CLRB al que sólo asistieron 36,6% (48) de todos los pacientes remitidos.

Reis ⁴⁵, en el período de febrero a mayo de 2011, examinado 200 individuos y se envían el 3,5% (07) al centro de referencia. Como Thomaz; Cutrim y Lopes ⁴, entre agosto de 1997 y enero de 1999, examinado 2.283 individuos con el reenvío de solo el 1,2% (27) para el centro de referencia.

Ambos estudios en diferentes períodos y número de pacientes examinados, mostraron porcentajes menores de los que aquí hacemos referencia. Finalmente, Almeida ya citado ³¹, durante siete años, examinó 2.228.103 individuos y remitió el 7,6% (171.204) para el centro de referencia y Martins,,Abreu, Araújo, Bourget, Campos, Grigoletto y Almeida ³⁰ en un período de nueve años, examinando 2.858.886 individuos y remitió 6,9% (199.605).

La asistencia de más de 50% de los individuos examinados y se refirió al centro de referencia en relación al estudio actual se verificó por Sartori ³⁴, Sankaranarayanan ya citado³⁵, Tarragó, Ramírez, Heredia, Pérez y Miranda ³⁶, Andrade ³⁸, Cruz, Gente, Bazán y Díaz ³⁹, Rodríguez, Blanco, Pérez, Betancourt, Pardo y Franco ⁴⁰, Alves ⁴⁸ y Antunes, Toporcov y Wünsch-Filho ⁵⁰.

Por lo tanto, se puede ver que es posible exigir un mayor nivel de concurrencia al centro de referencia posterior al examen de cáncer bucal sin embargo, uno tiene que pensar en estrategias que permiten esta posibilidad. Tal vez la mayor concienciación de los usuarios a través de la aplicación de enfoques educativos diferenciados que estimulan la demanda de centros de referencia y el abandono de los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas y/o del tabaco. Además, las actividades de capacitación de las personas involucradas en la actividad de despistaje en relación con las acciones que guían y sensibilizan individuos examinados por la importancia de una mayor investigación de lesiones o condiciones encontradas durante el despistaje del cáncer bucal^{12,50,51}.

Otra sugerencia sería la reorganización del flujo de pacientes y procesos de trabajo en un centro de referencia, lo que podría reducir las barreras organizacionales a través de una lista de sustitución y el marcado adicional de la probable ausencia de pacientes⁵². Sumado a esto, se podría hacer posible, junto con los departamentos de salud de los lugares donde se realizaron los exámenes, el transporte para el movimiento de las personas con un bajo nivel socioeconómico. Además, introducir en el área del despistaje del cáncer bucal el profesional de la psicología y los servicios sociales para ayudar los individuos remitidos.

Por lo tanto, la efectividad del acceso a los centros de referencia podría ser una realidad y el propósito del despistaje que sería la prevención e identificación temprana de lesiones o trastornos potencialmente malignas golpearían⁵³ y por lo tanto causar una reducción en la morbilidad y mortalidad de los indicadores de cáncer bucal.

CONCLUSIÓN

El bajo nivel de asistencia al centro de salud de los pacientes que fueron remitidos para un diagnóstico precoz de trastornos potencialmente malignos y cáncer bucal, junto a la necesidad de la planificación, evolución y una reformulación de la estrategia utilizada en los despistajes del cáncer bucal deben ser tomados en cuenta para que el desarrollo de un programa exitoso.

AGRADECIMIENTO

A los participantes de los despistajes del cáncer oral del Centro de Referencia para las Lesiones Bucales, Coordinadores Valéria Souza Freitas (NUCAO) y Márcio Campos Oliveira (CRLB), y los profesores Johelle de Santana Passos Soares y Evaldo Rodrigues de la Universidad Estatal de Feira de Santana, Bahía, Brasil, para la revisión final del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brocklehurst PR, Baker SR, Speight PM. Oral cancer screening: what have we learnt and what is there still to achieve? **Future Oncol.** 2010 ;6(2):299-304.
2. Subramanian S, Sankaranarayanan R, Bapat B, Somanathan T, Thomas G, Mathew B, Vinoda J, Ramadas K . Cost-effectiveness of oral cancer screening: results from a cluster randomized controlled trial in India. **Bull World Health Organ.** 2009 ;87(3):200-6.
3. Lage A, Crombet T. Control of Advanced Cancer: The Road to Chronicity. **Int J Environ Res Public Health.** 2011;8(3):683-97.
4. Thomaz EBAF, Cutrim MCFN, Lopes FF. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. **Acta oncol. bras;** 20(4):149-152, 2000.
5. Greenlee RT, Hill-Harmon MB, Murray T, Thun M. Cancer statistics 2001. **CA Cancer J Clin.** 2001;51(1):15-36.
6. Kois J, Truelove E. Detecting oral cancer: a new technique and case reports. **Dent Today.** 2006;25(10):94, 96-7.
7. Poh C, Zhang L, Anderson DW, Durham JS, Williams PM, Priddy RW, Berean KW, Ng S, Tseng OL, MacAulay C, Rosin MP. Fluorescence visualization detection of field alterations in tumor margins of oral cancer patient. **Clin Cancer Res.** 2006, 15;12(22):6716-22.
8. World Health Organization (WHO). International Agency for Research on Cancer. **Estimated cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Disability-adjusted life years (DALYs) Worldwide in 2008 – GLOBOCAN 2008.** [web page]. [accessed 2013 Apr 07]. Available in: <http://globocan.iarc.fr>
9. Rahman MS, Ingole N, Roblyer D, Stepanek V, Richards-Kortum R, Gillenwater A, Shastri S, Chaturvedi P. Evaluation of a low-cost, portable imaging system for early detection of oral cancer. **Head Neck Oncol.** 2010; 22;2:10.
10. World Health Organization (WHO). **National Cancer Control Programmers: policies and managerial guidelines.** 2ª Ed. Geneva; 2002.
11. Russel M. Screening in General Health Care. **Alcohol Res Health.** 2004-2005;28(1):17-22.12. Cestari MEW, Zago MMF. A

- prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Rev. bras. enferm.**; 58(2):218-221, 2005.
12. Cestari MEW, Zago MMF. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o Século XXI. **Rev. bras. enferm.**; 58(2):218-221, 2005.
 13. Rethman MP, Carpenter W, Cohen EE, Epstein J, Evans CA, Flaitz CM, Graham FJ, Hujoel PP, Kalmar JR, Koch WM, Lambert PM, Lingen MW, Oettmeier BW Jr, Patton LL, Perkins D, Reid BC, Sciubba JJ, Tomar SL, Wyatt AD Jr, Aravamudhan K, Frantsve-Hawley J, Cleveland JL, Meyer DM. Evidence-Based Clinical Recommendations Regarding Screening for Oral Squamous Cell Carcinomas. **J Am Dent Assoc.** 2010;141(5):509-20.
 14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento [Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Primária, n. 29]**. Brasília: MS; 2010.
 15. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. Organização - Luiz Claudio Santos Thuler. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
 16. Scheufen RC, Almeida FCS, Silva DP, Araujo ME, Palmiere M, Pegoretti T, Pinto Jr. DS; Tavares MR. Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Boca: Screening em Populações de Risco. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** 11(2): 245-249, 2011.
 17. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Prevenção e controle do câncer: normas e recomendações do INCA. **Rev. bras. cancerol.**; 48(3):317-332, 2002.
 18. Hawkins RJ, Wang EE, Leake JL. Preventive health care, 1999 update: prevention of oral cancer mortality. **J Can Dent Assoc.** 1999; 65(11):617.
 19. Lingen MW, Kalmar JR, Karrison T, Speight PM. Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. **Oral Oncol.** 2008; 44(1):10-22.
 20. Speight PM, Palmer S, Moles DR, Downer MC, Smith DH, Henriksson M, Augustovski F. The cost-effectiveness of screening for oral cancer in primary care. **Health Technol Assess.** 2006;10(14):1-144.
 21. Ziober BL, Mauk MG, Falls EM, Chen Z, Ziober AF, Bau HH. Lab-on-a-chip for oral cancer screening and diagnosis. **Head Neck.** 2008 Jan;30(1):111-21.
 22. Barbany JR. Câncer oral. Métodos de diagnóstico (screening) rápido em la consulta odontológica. **Av. Odontoestomatol.** 2008; 24 (1): 123-128.
 23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. **Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema Único de Saúde.** Brasília: MS; 2007.
 24. Mohyuddin N, Langerman A, LeHew C, Kaste L, Pytynia K. Knowledge of head and neck cancer among medical students at 2 Chicago universities. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg.** 2008; 134(12):1294-8.
 25. Morris AJ, Burke FJT. Primary and secondary dental care: how ideal is the interface?. **Br Dent J.** 2001; 22;191(12):666-70.
 26. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação do Estado da Bahia. Núcleo de Editoração Gráfica (NUEG) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). **Plano Semestral 2012.1 [Disciplina de Odontologia Preventiva e Social IV]**. Feira de Santana: NUEG/UEFS; 2012.
 27. Biazevic MGH, Antunes JL, Togni J, de Andrade FP, de Carvalho MB, Wünsch-Filho. Survival and quality of life of patients with oral and oropharyngeal cancer at 1-year follow-up of tumor resection. **J Appl Oral Sci.** 2010; 18(3):279-84.
 28. Dedhia RC, Smith KJ, Johnson JT, Roberts M. The Cost-Effectiveness of Community-Based Screening for Oral Cancer in High-Risk Males in the United States: A Markov Decision Analysis Approach. **Laryngoscope.** 2011; 121(5):952-60.
 29. El-Zein RA, Fenech M, Lopez MS, Spitz MR, Etzel CJ. Cytokinesis-Blocked Micronucleus Cytome Assay Biomarkers Identify Lung Cancer Cases Amongst Smokers. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.** 2008; 17(5):1111-9.
 30. Martins JS, Abreu SC, Araújo ME, Bourget MM, Campos FL, Grigoletto MV, Almeida FCS. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. **Rev Panam Salud. Publica.** 2012; 31(3):246-52.
 31. Almeida FCS, Cazal C, Pucca Júnior GA, Silva DP, Frias AC, Araújo ME. Reorganization of secondary and tertiary healthcare levels: impact on the outcomes of oral cancer screening in the São Paulo State, Brazil. **Braz. Dent. J.** 2012; 23(3):241-45.
 32. Toneli MJF, Souza MGC, Müller RCF. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis.** 2010; 20(3): 973-994.
 33. Ferreira MC. Desafios da política de atenção à saúde do homem: análise das barreiras enfrentadas para sua consolidação. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** 2013; 4(1): 1833 -1847.
 34. Sartori LC. **Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família** [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2004.
 35. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, Rajan B, for the Trivandrum Oral Cancer Screening Study Group. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. **Lancet.** 2005; 4-10; 365(9475): 1927-1933.
 36. Tarragó JDM, Ramírez LF, Heredia GLG, Pérez IR, Miranda ET. Pacientes remitidos por el programa de detección de cáncer bucal. Facultad de estomatología de la Habana. 1999-2006. **Rev. Cubana Estomatol.** 2010; 47(4):381-391.
 37. Splieth CH, Sümngig W, Bessel F, John U, Kocher T. Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en una población representativa. **Quintessence** 2007; 20(10): 646-51.
 38. Andrade MAC. **Busca Ativa de Lesões Malignas e Desordens Potencialmente Malignas da Cavidade Bucal em Quatro Unidades de Saúde da Família (USF) na Cidade de Piracicaba** [Dissertação]. Piracicaba (SP): Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2010.
 39. Cruz EL, Fente AM, Bazán SCZ, Díaz AA. Evaluación del programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal en siete años. **Arch. méd. Camaguey;** 2003; 7(5,supl.1).
 40. Rodríguez NR, Blanco YA, Pérez EC, Betancourt MCC, Pardo MIM, Franco FC. Caracterización de las remisiones del programa de detección precoz del cáncer bucal al segundo nivel de atención en el área norte de Ciego de Ávila. **MediCiego** 2012; 18(Supl 1).
 41. Pérez ONGR, López MA, Betancourt EMC. Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaringeo. **Rev. cuba. estomatol.** 2006; 43(1).
 42. Noce CW, Rabelo MS. Avaliação da relação entre tamanho do tumor e características sociais em pacientes com carcinoma de células escamosas bucal. **Rev. bras. cancerol.** 2008; 54(2): 123-29.
 43. Araújo SSC, Padilha DMP, Baldisserotto J. Avaliação da condição de saúde bucal e da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço atendidos em um hospital público de Porto Alegre. **Rev. bras. cancerol.** 2009; 55(2): 129-38.
 44. Santos LCO, Cangussu MCT; Batista OM. Câncer bucal: amostra populacional do estado de Alagoas em hospital de referência. **Braz. j. otorinolaryngol.** 2009; 75(4): 524-29.

45. Reis CRL. **Prevenção e diagnóstico precoce de cancro oral – análise preliminar de estudo no Grande Porto** [Dissertação]. Porto (PT): Faculdade de Ciências da Saúde; 2011.
46. Wen CP, Cheng T, Eriksen M, Tsai S, Hsu C. The impact of the cigarette market opening in Taiwan. **Tob Control**. 2005; 14(Suppl 1): i4–i9.
47. Palacio-Mejía LS, Rangel-Gómez G, Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce E. Cervical cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico. **Salud Publica Mex**. 2003;45 Suppl 3:S315-25.
48. Alves JC. **Reprodutibilidade e acurácia do exame diagnóstico para câncer bucal entre cirurgiões dentistas da rede pública de saúde** [Dissertação]. Piracicaba (SP): Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2011.
49. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal [Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 17]**. Brasília: MS; 2008.
50. Antunes JLF, Toporcov TN, Wünsch-Filho V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2007; 21(1):30–6.
51. Costa EG, Migliorati CA. Câncer bucal: avaliação do tempo decorrente entre a detecção da lesão e o início do tratamento. **Rev. bras. cancerol**. 2001; 47(3): 283-89.
52. Mehrotra A, Keehl-Markowitz L, Ayanian J. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: a cautionary tale. **Ann Intern Med**. 2008 Jun 17;148(12):915-22.
53. Biazevic MGH, Castellanos II RA, Antunes JLF, Michel-Crosato E. Tendências de mortalidade por câncer de boca e orofaringe no Município de São Paulo, Brasil, 1980/2002. **Cad. de Saúde Pública** 2006; 22(10): 2105-2114.