

Trabajos Originales:

PREVALENCIA DE CANCER DE LABIO EN ARTEMISA 1996-2006

HOSPITAL GENERAL DOCENTE CIRO REDONDO GARCIA . ARTEMISA-HABANA-CUBA.

Recibido para arbitraje: 07/08/2007

Aceptado para publicación: 21/02/2008

- **Dr. JUAN CARLOS QUINTANA DIAZ** Especialista Segundo Grado Máxilo Facial .Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas Habana
- **MAYRIM QUINTANA GIRALT** -Estudiante de Estomatología. Instituto Superior de Ciencias Médicas Habana.

RESUMEN

El conocimiento de la medicina bucal para nuestra incorporación al sistema de salud y al programa de detección precoz del cáncer bucal, es de vital importancia en el campo de la estomatología; por lo que nos propusimos realizar un estudio retrospectivo de los pacientes con cáncer de labio que han recibido tratamiento en el servicio de Cirugía Máxilo-facial del Hospital Ciró Redondo de Artemisa en los años 1996-2006, para determinar la prevalencia de esta entidad patológica en dicho municipio. Arrojando como resultados, un alto número de pacientes fumadores, aproximadamente un 86% de los atendidos por esta afección; el sexo más afectado fue el masculino con un 75.9% de los casos y la raza predominante la blanca e histologicamente el carcinoma de células escamosas. La patología se presentó mayoritariamente en el labio inferior.

Abstract.

Oral medicine knowledge is very important in the system of health in Cuba also the early detection of the oral cancer is an especial program, because are very important in the dentistry field, we made a retrospective study about many patients with lip cancer, than they received different types of treatment in Maxillofacial Department in Ciró Redondo Hospital in Havana between 1996-2006 (10 years), because we studied the prevalence in our municipality. The results showed 86% of the cases were smokers, was more frequent in males than females 75.9% and patients with white color of the skin. Histopathology results squamous cells carcinoma was the most frequent and the lower lip more affected

INTRODUCCION

En el campo de la Estomatología es muy importante el aprendizaje de la Medicina Bucal para la incorporación como profesionales al Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal y para esto se hace imprescindible conocer las formas de presentación de los carcinomas en el complejo buco-máxilo-facial, así como los posibles factores predisponentes a la aparición de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal para poder trabajar con los pacientes, ya que la mejor forma de curar es prevenir. (1-5)

La cavidad bucal es asiento de una amplia diversidad de entidades que involucran variaciones anatómicas y estados patológicos; continuamente se encuentra sujeta a modificaciones debido a diferentes factores irritantes que actúan sobre la mucosa; asimismo, conforme aumenta la edad también se modifican los tejidos influyendo en el estado de salud-enfermedad, lo cual conlleva a que las manifestaciones locales y sistémicas sean distintas entre las etapas de la vida y que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos sean diferentes entre una población y otra (1-3) En todo el mundo, la proyección anual de casos nuevos de cáncer de cabeza y cuello es aproximadamente de 500 000, de ellos 263 000 corresponden al complejo bucal. En Cuba, el cáncer de labio, cavidad bucal y faringe constituye una de las 10 primeras localizaciones de incidencia, y representa el 4 % de todas las lesiones malignas diagnosticadas (4-22)

Teniendo en cuenta que la prevalencia del cáncer de labio es variada en la literatura (4,6,7,8) y que ocupa el segundo lugar después del cáncer de lengua, los estudios epidemiológicos sirven de base a la programación del control de la enfermedad al permitirnos conocer la magnitud de este problema de salud en cifras, nos dimos a la tarea de realizar un estudio retrospectivo de los pacientes con cáncer de labio que han recibido tratamiento en el servicio de Cirugía Máxilo-facial del Hospital Ciró Redondo de Artemisa durante los años 1996-2006 Con el objetivo de determinar la prevalencia de esta afección en relación con la edad, sexo, raza y ocupación, determinar el tipo de lesión y localización más frecuentes y el tipo de tratamiento recibido.

MATERIAL Y METODO

Se utilizó como universo todos los pacientes que fueron operados en el servicio de Cirugía Máxilo-facial de Artemisa de 1996-

2006 y la muestra estudiada fueron los pacientes operados de cáncer de labio.

Se analizaron las historias clínicas de los pacientes y se confeccionó una planilla para cada caso para recopilar la información, analizando las siguientes variables: edad, sexo, raza, ocupación, localización de la lesión, tipo de lesión, si los pacientes eran fumadores o no, resultado histopatológico y técnica quirúrgica empleada.

Todos los datos fueron llevados a planillas resúmenes para analizar la información y confeccionar las tablas de salida para el análisis y discusión de los resultados. El método estadístico empleado fue el cálculo porcentual.

FORMAS DE APARICION DEL CARCINOMA EPIDERMIOIDE EN LA MUCOSA BUCAL:

- Mácula Blanquecina.
- Mácula Eritematosa.
- Lesión Nodular Submucosa.
- Lesión Excavada.
- Lesión Exofística.
- Ulcera Plana de Bordes Evergentes.
- Lesión Hundida o Infiltrante.



RESULTADOS

En la tabla 1 observamos que de un total de 10 378 intervenciones quirúrgicas realizadas, solo 29, para un 0.27% fueron de cáncer de labio, lo que indica que no es una patología muy frecuente en nuestro medio. Como se expone en la tabla 2, la mayoría de los pacientes operados de cáncer de labio aparecieron después de los 40 años, solo un paciente estaba en el grupo de 30-39, lo que indica que a medida que aumenta la edad, aumenta la posibilidad de padecer de esta afección. El grupo de edades con más casos fue el de 70 años y más, representando un 52% y los hombres el sexo más afectado con 75.9% de las intervenciones.

TABLA 1: DISTRIBUCION DE PACIENTES CON CANCER DE LABIO DE ACUERDO AL NUMERO TOTAL DE PACIENTES. 1996-2006.

Intervenciones	No	%
Operaciones Realizadas	10 378	100
Cáncer de Labio	29	0.27

Fuente: Departamento Máxilo Facial

TABLA 2: DISTRIBUCION DE PACIENTES CON CANCER DE LABIO DE ACUERDO GRUPOS DE EDADES Y SEXO. ARTEMISA. 1996-2006.

GRUPO DE EDADES	Masculino		Femenino		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
30-39 años	1	3,4	-	-	1	3,4
40-49 años	2	6,8	1	3,4	3	10,2
50-59 años	4	13,7	-	-	4	13,7
60-69 años	5	17,3	1	3,4	6	20,7
70 y más	10	34,7	5	17,3	15	52
TOTAL	22	75,9	7	24,1	29	100

Fuente: Departamento Máxilo Facial

La raza blanca, como en la mayoría de los autores consultados, fue la más afectada con el 86.2% de los casos (tabla 3). Solo fue encontrado en el estudio un paciente de la raza negra. En cuanto a la ocupación, reflejado en la tabla 4, el 34.7% eran campesinos, siendo estos el grupo más representativo, condicionado por las largas exposiciones solares a las que se someten estos individuos en su quehacer diario.

TABLA 3: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON CANCER DE LABIO DE ACUERDO A LA RAZA. ARTEMISA. 1996-2006.

Raza	No	%
Blanca	25	86.2
Mestiza	3	10.4
Negra	1	3.4
TOTAL	29	100

Fuente: Departamento Máxilo Facial

**TABLA 4: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON
CANCER DE LABIO DE ACUERDO OCUPACION.
ARTEMISA. 1996-2006.**

Ocupación	No	%
Campeños	10	34.07
Transporte	3	10.4
Intelectuales	1	3.4
Mecánico	1	3.4
Constructores	3	10.4
Empleados	2	6.8
Ama de casa	6	20.5
Jubilados	3	10.4
TOTAL	29	100

Fuente: Departamento Máxilo Facial

En la tabla 5 exponemos la relación de la aparición de esta patología con el hábito de fumar observando que el 86.2% de los casos. En cuanto a la localización más frecuente se encontró que el 79.3% de estas lesiones estaban en el labio inferior(tabla 6).

**TABLA 5: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON
CANCER DE LABIO DE ACUERDO AL HABITO DE
FUMAR. ARTEMISA. 1996-2006.**

Hábito de fumar	No	%
Fumadores	25	86.2
No fumadores	4	13.8
TOTAL	29	100

Fuente: Departamento Máxilo Facial

**TABLA 6: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON
CANCER DE LABIO DE ACUERDO LOCALIZACIÓN DEL
TUMOR. ARTEMISA. 1996-2006.**

Localización	No	%
Labio inferior	23	79.3
Labio superior	5	17.3
Comisura labial	1	3.4
TOTAL	29	100

Fuente: Departamento Máxilo Facial

Según lo encontrado en la tabla 7 las lesiones más frecuentes fueron la exofística con 75.9 % la ulcerosa y la ulcero-infiltrante con 17.3 % y 6.8 % respectivamente.

TABLA 7: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON CANCER DE LABIO DE ACUERDO AL TIPO DE LESIÓN. ARTEMISA. 1996-2006.

Tipo de lesión	No	%
Exofística	22	75.9
Ulcerosa	5	17.3
Ulcero infiltrante	2	6.8
TOTAL	29	100

Fuente: Departamento Máxilo Facial

En cuanto al tipo histológico de lesión (tabla 8) se encontró que el carcinoma de células escamosas fue el más frecuente con el 69.1 % de los casos. La técnica quirúrgica que más se empleó fue la cuneiforme de Wedge, que es una técnica fácil y sobre todo se emplea cuando el tumor no alcanza grandes proporciones, lo que nos demuestra que la mayoría de las lesiones fueron detectadas en etapas incipientes (tabla9).

TABLA 8: DISTRIBUCION DE PACIENTES CON CANCER DE LABIO DE ACUERDO AL RESULTADO HISTOPATOLOGICO. ARTEMISA. 1996-2006.

Histopatología	No	%
Carcinoma células escamosas	20	69.1
Carcinoma Basocelular	5	17.3
Carcinoma Verrugoso	2	6.8
Carcinoma in situ	2	6.8
TOTAL	29	100

Fuente: Departamento Máxilo Facial

TABLA 9: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON CANCER DE LABIO DE ACUERDO A LA TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA. ARTEMISA. 1996-2006.

Técnica Quirúrgica	No	%
Cuneiforme de Wedge	24	82.8
Cuneiforme y Rasura	3	10.4
Bernard	1	3.4
Castañon	1	3.4
TOTAL	29	100

Fuente: Departamento Máxilo Facial

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

El cáncer de labio es una forma frecuente de aparición del cáncer de la cavidad bucal y tiene una estrecha relación con la edad sobre todo en personas mayores de 40 años aumentado la prevalencia de esta afección a medida que se incrementó la edad, en nuestro medio se encontró al igual que en diversas investigaciones con mucha frecuencia en fumadores, campesinos y personas de la raza blanca que reportaban varias horas de trabajo expuestos a las radiaciones solares. Más del 85 % de los casos eran fumadores, relación directa esta, según la literatura consultada (3,5,6,7,19) de más del 90% de todos los carcinomas de la mucosa bucal aparecen en pacientes que practican este hábito. Se considera que el incremento de la mortalidad por cáncer oral en personas jóvenes en varias regiones del mundo se deba al tabaquismo, alcoholismo y al poco consumo de vegetales en la dieta, añadiendo además que la combinación de estos 3 factores aparece en el 85 % de los pacientes con este tipo de cáncer. Franco (19) aseguran que el cáncer de la boca tiene una de las tasas más altas del mundo en algunas áreas metropolitanas del Brasil, al estudiar un grupo de factores de riesgo del cáncer de lengua, suelo de la boca, encía, paladar duro y mucosa del carrillo; eligieron para su investigación 232 pacientes y 464 sujetos como control y las principales conclusiones fueron que el riesgo de los no fumadores frente a los fumadores fue de 6,3; 13,9 y 7,0, de acuerdo con el uso de cigarrillo de manufactura industrial, pipa y cigarro enrollado a mano; el riesgo de los bebedores de vino resultó más evidente en el cáncer de la lengua y el de los bebedores de bebidas fuertes caseras incidieron en todas las localizaciones bucales estudiadas. Por último, se encontró asociación entre el cáncer de cavidad bucal y la mala higiene bucal, además del efecto protector de la dieta rica en cítricos y vegetales

En cuanto a la localización más frecuente que fue el labio inferior el resultado es similar a lo expuesto por Montalvo Scull (4), Estrada (7) y Garcia-Roco(21), en estudios realizados en nuestro país en otras provincias y diferente a los estudios de Peña (20) y Corzo (22) este último un estudio que incluyó a 13 267 informes de biopsias del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital "Celia Sánchez", se hace referencia a la lengua como sitio prevalente en la localización de estas neoplasias, y lo anterior no concuerda con nuestros resultados.

En cuanto a la aparición de las lesiones es de vital importancia la prevención de las mismas pues a medida que sean detectadas en etapas tempranas su pronóstico es mejor, en nuestro caso a sido de gran ayuda el plan de detección precoz del cáncer bucal que se lleva a cabo en nuestro país que permite realizar pesquizajes masivos en la población incluso con la ayuda del médico de la familia que nos ayuda también en la reducción de los factores de riesgo algo muy útil y vital en la prevención (3-5) de este flagelo y esto se traduce en una menor morbilidad y mortalidad por esta terrible enfermedad en estos momentos. El diagnóstico de lesiones premalignas es muy importante, ya que aunque su rango de malignización varía de un estudio a otro, se reconoce que alrededor del 60 % de los carcinomas bucales se desarrollan a partir de lesiones precursoras clínicamente obvias (3, 5, 6,8) El carcinoma de células escamosas la neoplasia maligna más frecuente no solo del labio sino de de la cavidad oral y no solo del labio (15-18)

Se ha demostrado que a medida que se traten los pacientes con carcinomas tanto de labio como de otras regiones de la cavidad bucal en etapas tempranas de la enfermedad el pronóstico será menos desfavorable y las posibilidades de una vida más duradera será una realidad, pues el diagnóstico tardío y en etapas avanzadas del cáncer de la cavidad oral impide en más del 60 % de los pacientes el tratamiento quirúrgico (21)

CONCLUSIONES

1. El cáncer labial no es una neoplasia muy frecuente en nuestro medio.
2. El sexo más afectado es el masculino y la mayoría de los pacientes eran mayores de 50 años.
3. El grupo de edades más afectados fue el de mayor de 70 años y la raza más afectada la blanca.
4. El mayor porcentaje eran campesinos y fumadores, dos factores de riesgo muy importantes en la aparición de estas lesiones.
5. La localización más frecuente fue en el labio inferior y el tipo de lesión más encontrada fue la exofística
6. El tipo de lesión histológica más frecuente fue el carcinoma de celulas de células escamosas.
7. La técnica quirúrgica más empleada fue la cuneiforme de Wedge.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Camacho R, Fernández L, Martín A, Abascal M, Díez M. El Programa Nacional del Control de Cáncer en Cuba. *Revista Cubana de MGI*. 1994; 10(3): 215-19.
2. Lence J, Rodríguez A, Santana JC, Fernández L. Programa del Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. Resultados y Perspectivas. *Revista Cubana de MGI*. 1994; 10(3): 230-34.
3. León E, Romero MC, Ferrer I, Fatjo M. Pesquizado de Lesiones Premalignas y Malignas de la Cavidad Bucal. *Revista Cubana de MGI*, 1996; 12(3): 216-21.
4. Montalvo Scull J, Bernal A. Incidencia del Cáncer de Labio. *Revista Cubana de Estomatología*. 1980; 17(2): 103-8
5. Quintana JC, Fernández MJ, Laborde R. Factores de Riesgo de Lesiones Premalignas y Malignas Bucales. *Revista Cubana de Estomatología*. 2004, 3-4.
6. Llewellyn CD, Linklater K, Bell J, Jonson NW, Warnakulasuriya S. An analysis of risk factors for oral cancer in young people: A case-control study. *Oral Oncol* 2004; 40(3):304-3
7. Estrada M, Llanio I, Santo MC. Incidencia de Cáncer de Labio. *Revista Cubana de Estomatología*. 1988; 25(2): 91-101.
8. López Chaguin A. Factores de riesgo etiopatogénicos del Carcinoma Verrugoso de la Cavidad Bucal. *Acta Odontológica de Venezuela*. 2000; 38(2): 9-14.
9. Humphris GM, Field EA. An oral cancer information leaflet for smokers in primary care: Results from two randomised controlled trials. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(2):143-9.
10. Worman LH. Carcinoma on the Lip. *Am J Surgery*. 1975; 130: 470-4.
11. Mumcu G, Cimilla H, Sur H, Aayran O, Ataly T. Prevalence and distribution of oral lesions: A cross-sectional study in Turkey. *Oral Diseases* 2005; 11:2: 81-7.
12. Marija Kovak- Kavcic Uros Skaleric. The prevalence of oral mucosa lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. *J Oral Pathol Med* 2000; 29: 331-5.
13. Donohue A, Leyva ER, Ponce S, Alepe B, Quezada D, Borges A. Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa oral en pacientes mejicanos. *Rev Cubana Estomatol* 2007; 44(1) Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu> consultada 21 de enero 2007.
14. Reichart PA. Oral mucosal lesions in a representative cross-sectional study of aging Germans. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(5):390-8.
15. Costa Antonio de Lisboa L, Pereira JC, Nunes AA, Arruda ML. Correlation between TNM Classification, histological grading and anatomical location in oral squamous cell Carcinoma. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(3):216-20.
16. Luukka M, Minn H, Aitasalo K, Kronqvist P, Kulmala J, Pyrhonen S, Grenman R. Treatment of squamous cell carcinoma of the oral cavity, oropharynx and hypopharynx- an Analysis of 174 patients in south western Finland. *Acta Oncol* 2003; 42(7):756-62.
17. Muñoz Herrera A, Santa Cruz Ruiz S, Fonseca Sanchez E, Nieto Palacios A, Blanco Pérez P, Gómez González JL. Survival rate in epidermoid carcinoma of the oral cavity. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2001; 52(5):381-6.
18. Iamaroon A, Pattanaporn K, Pongsiriwet S, Wanachantararak S, Prapayastot S, Jittidecharaks S, Chitapanarux I, Lorvidhaya V. Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2004; 33(1):84-8.

19. Franco EI. Risk factors for second cancer of the upper respiratory and digestive system. J Clin Epidemiol 2000; 44(3):615.
20. Peña A, Arredondo M, Vila L. Comportamiento clínico epidemiológico del cáncer de la cavidad bucal. Rev Cubana Estomatol; 2006: 43(1). Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu> consultada 21 de enero 2007.
21. García-Roco O, Arredondo M, Castillo E. Factores contribuyentes al diagnóstico tardío del carcinoma bucofaringeo. Rev Cubana Estomatol; 2006: 43(1). Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu> consultada 21 de enero 2007.
22. Corzo L. Prevalencia de neoplasia de la cavidad bucal en el Hospital Clínico Quirúrgico "Celia Sánchez": años 1982 a 1985. Rev Cubana Estomatol 1989; 26(3):235-41.