

Cáncer oral en Chile. Revisión de la literatura

MARÍA JOSEFINA SANTELICES CH.^a, MARCELA CÁRCAMO I.^{1,a,b},
CLAUDIO BRENNER A.^{2,a}, RODRIGO MONTES F.³

¹Unidad de Registro Hospitalario,
Instituto Nacional del Cáncer.

²Fundación OREMA.

³Instituto Nacional del Cáncer.

^aCirujano Dentista.

^bMPH, MSc.

^cMédico Veterinario.

Recibido el 7 de mayo de 2015,
aceptado el 30 de diciembre de
2015.

Correspondencia a:

María Josefina Santelices

Chadwick MPH

Dirección postal: Camino Turístico

11281, Lo Barnechea

josesantelicesch@gmail.com

Oral cancer. Review of the Chilean literature

Background: Oral cancer is a public health problem. Its world incidence in 2012, was 4.0 new cases per 100,000 inhabitants. **Aim:** To review the published literature on oral cancer in Chile. **Material and Methods:** Narrative review of the literature using databases such as Pubmed, Scielo and Google Scholar. The **Key words** oral cancer in Chile, Oral Cancer, Oral Cancer AND Chile were used. A critical appraisal the articles was carried out. **Results:** Of 27 eligible studies, 11 studies were included and data from population registries were used. Oral and Oropharyngeal cancer mortality is 1% and morbidity corresponds to 1.6% of all cancers in Chile. By 2010 according to different authors, the male: female ratio ranges from 1.3: 1 to 1.4: 1 and the five years survival, from 46% to 56.9%. The main risk factors are smoking and alcohol use. **Conclusions:** The number of articles published in Chile about oral cancer is low.

(Rev Med Chile 2016; 144: 766-770)

Key words: Chile; Morbidity; Mortality; Mouth Neoplasm; Survival Rate.

De acuerdo a la clasificación del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos de Norteamérica, el cáncer oral considera las siguientes estructuras anatómicas: labio, dos tercios de la parte anterior de la lengua, mucosa bucal, piso de la boca, encía inferior, trígono retromolar, encía superior y paladar duro¹.

El cáncer oral es un problema para la salud pública. El 90% de este tipo de cáncer corresponde a carcinoma escamoso o espinocelular². La incidencia de este cáncer en el mundo, para el 2012, fue de 4,0 casos nuevos por 100.000 habitantes: 5,5 casos nuevos por 100.000 hombres y de 2,5 por cada 100.000 mujeres. La mortalidad corresponde, en hombres a 2,7 por cada 100.000 hombres y en mujeres a 1,2 por cada 100.000 mujeres³.

Esta patología tiene una distribución mundial desigual, siendo los continentes de mayor incidencia, Asia del Sur y Sudeste y Europa del oeste y este, en donde los países con mayor incidencia son Francia y Hungría. Los países de mayor riesgo son Sri Lanka, India, Pakistán y Bangladesh, presentándose con mayor frecuencia en hombre⁴.

En el Reino Unido, es un cáncer poco frecuente, siendo 4.660 nuevos casos diagnosticados durante el año 2003. Representaron el 1,6% de todos los nuevos casos de cáncer, superando en número al cáncer de cuello cérvico uterino, de ovario y leucemia⁵.

En los Estados Unidos de Norteamérica se estiman 45.780 casos nuevos de cáncer oral y de faringe, correspondiendo a 2,8% del total de cánceres. Se estimaron 8.650 muertes por cáncer orofaríngeo, correspondiendo a 1,5% del total de muertes por cáncer en ese país. La edad mediana de diagnóstico del cáncer es a los 62 años de edad⁶.

En Latinoamérica, la situación no es muy distinta. Las incidencias más altas se reportan en Argentina, sur de Brasil y Uruguay. El 30% de los casos se presentan en las capitales⁷. A modo de ejemplo, en Brasil se estimó que para el año 2014 habría 576.580 casos nuevos de cáncer y, de estos, unos 15.000 afectando sólo a la cavidad oral: 11.280 en hombres y 4.010 mujeres.

En los hombres, el cáncer oral es el quinto en frecuencia y en el noreste de Brasil el cuarto. Al-

rededor de 60% del cáncer oral son detectados en estadios tardíos del cáncer (III-IV). La sobrevida a 5 años es de 50%^{8,9}.

En el Caribe, el país que presenta la mayor incidencia es Puerto Rico, con más de 15 casos por 100.000 habitantes⁷.

En Colombia anualmente se producen 100 a 120 nuevos casos de cáncer oral. El 50% ocurre en lengua, siendo 3 veces más frecuente en hombres que en mujeres. Los factores de riesgo que se observan son el tabaco, alcohol, genética, nutrición, virus, radiaciones y riesgos ocupacionales¹⁰.

Actualmente, existen muy pocas publicaciones que especifiquen la magnitud de esta enfermedad en Chile. Es por ello, que el propósito de este trabajo es revisar descriptivamente lo publicado en relación al cáncer oral.

Material y Método

Se realizó una revisión narrativa (*review*) de la literatura de los artículos publicados acerca del Cáncer Oral en Chile, incluyendo cáncer de labio, lengua cavidad oral y orofaringe, que hayan sido publicados en revistas indexadas y no indexadas.

Para la búsqueda de los artículos se utilizaron las bases de datos PubMed, ScIELO y Google Académico. Las palabras claves utilizadas fueron "cáncer oral" AND "Chile", "Cáncer oral" AND "Chile", "Oral cáncer", como búsqueda libre y se utilizaron los términos Mesh: ("Mouth Neoplasms" [Mesh]) AND "Chile" [Mesh].

Además se incluyeron datos de los Registros Poblacionales del Ministerio de Salud de Chile. Se seleccionaron los artículos según título, resumen y posteriormente, se accedió al texto completo.

Finalmente, para evaluar la calidad de los artículos, se utilizaron las pautas, según tipo y diseño epidemiológico^{11,12}.

Resultados

El total de artículos seleccionados fueron 27, de los cuales 11 (40,7%) se utilizaron para esta revisión. Los 16 artículos restantes, no se consideraron en los resultados, por no presentar datos relevantes para las estadísticas de Chile, por no tratarse del tema o bien respondían el objetivo de este trabajo.

Mortalidad

Riera y Martínez¹³ postulan que la mortalidad entre 1955 y 2002 por cáncer oral y faríngeo correspondió a 1% del total de cánceres. La tasa bruta de mortalidad durante este período aumentó de 0,9 a 1,3 por 100.000 habitantes. En este estudio, la mortalidad por género afectó 74% a hombres (H) y 26% a mujeres (M) (razón H:M 2,8:1). En hombres, el mayor número de defunciones fue entre los 55-64 años (30,5%) habiendo una disminución a los 75 años (18,4%), sin embargo, en mujeres, el mayor número de muertes fue después de los 75 años (42,9%). En los años 1982-2002, el sitio anatómico más frecuente de mortalidad por cáncer oral fue lengua con 39% (H:M 3,6:1), seguido por glándulas salivales mayores con 30% (H:M 1,4:1), piso de boca con 18% (H:M 4:1), labio (9%) y finalmente encía (4%).

Ramírez et al¹⁴, reportaron que la tasa bruta por cáncer oral y faríngeo entre los años 2002-2010, fluctuó entre 1,11 a 1,25 por 100.000 habitantes, siendo más alta en hombres que en mujeres: 1,69 por 100.000 habitantes y 0,71 por 100.000 habitantes, respectivamente. Los sitios anatómicos más frecuentes de muertes fueron, lengua (313 muertes), glándulas salivales (266) y orofaringe (303). Así también el grupo etario más afectado fue el grupo de 55 y más años.

En otro artículo, se plantea que en Chile, la mortalidad ajustada por edad para cáncer de labio y cavidad oral fue de 0,6 casos por 100.000 habitantes, siendo de 0,8 casos por 100.000 habitantes en hombres y de 0,3 casos por 100.000 habitantes en mujeres¹⁵.

Incidencia

De acuerdo a los Registros poblacionales de Cáncer en Chile, para el período 2003-2007, la incidencia estimada de cáncer de la cavidad oral y faringe fue de 3,2 casos nuevos por 100.000 hombres y de 1,2 casos nuevos por 100.000 mujeres. La región con el mayor número de casos, para hombres y mujeres, fue la de Antofagasta, con 4,2 casos nuevos por 100.000 hombres y 2,6 casos nuevos por 100.000 mujeres. De acuerdo a la localización, el cáncer que presentó mayor frecuencia fue el de cavidad oral (encía, piso de boca, paladar, otras) con 35 casos nuevos, seguido por el cáncer de lengua, con 20 casos nuevos, siendo el sexo masculino el más afectado¹⁶.

Riera y Martínez¹³ plantean que la morbilidad

por cáncer oral y faríngeo corresponde a 1,6% del total de cánceres. La razón entre H: M es de 2,3:1. La tasa bruta de morbilidad para el período de 1969-2002 aumentó en 79,9% anual. Afectó a 70% de los hombres y 30% de las mujeres estudiadas. En hombres, aumentó la morbilidad después de los 45 años para llegar a un máximo de casos entre los 55-64 años (34,2%), disminuyendo luego con la edad. En las mujeres, observaron un aumento progresivo de morbilidad. El mayor número de casos fue para el grupo de 65-74 años (22,2%) habiendo una leve disminución en mayores de 75 años (21,1%).

Sobrevida

Según una investigación realizada por el Instituto Nacional del Cáncer¹⁷, se encontró que la sobrevida a los 5 años fue 56,9% y a 10 años fue 46,3%. La sobrevida por estadios fue a 5 y 10 años de 85,7% para el estadio I, 67% a 5 años y 55,8% a 10 años para el estadio II, 52% a 5 años y 34,7% a 10 años estadio III y 50,6% a 5 años y 42,3% a 10 años estadio IV. La sobrevida a 5 años de tumores T1 fue de 87,5%, 69,4% para el T2, 34,54% para el T3 y 53,26% para el T4. La sobrevida a 5 años de los pacientes según el estado de linfonodos cervicales fue: N0 64,4%, N1 46,2%, N2 41,7% y N3 42,8%¹⁰. La principal ubicación del tumor primario de este grupo de pacientes fue la lengua, con 40,1% (55 pacientes) y el tipo histológico característico fue el de carcinoma epidermoide: 116 (84,7%).

Según Momares¹⁸, en un estudio realizado en 217 pacientes, la sobrevida a 5 años fue de 46%, a los 10 años fue de 34,3% y a los 14 años fue de 15,1%. El tiempo medio de sobrevida fue de 6,9 años. No hubo diferencia significativa por grupo etario. A los 5 años, las mujeres tienen una sobrevida de 56,6% y los hombres de 38,3%. La relación de sobrevida y lugar anatómico fue en promedio 11,3 años para labio; 7,3 años en lengua; 6 años en encía, 5 años en reborde; 8 años paladar duro; 5 años asociación lengua y piso de boca; 4,6 años para mejilla y 4,2 años para piso de boca. No se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Arriagada et al.¹⁹ plantean que la edad promedio encontrada por ellos en Talca y Curicó fue de 64,4 años (DE \pm 10,9) y 86,2% de los pacientes eran hombres. La sobrevida global de los pacientes fue de 58,4%, mientras que la mortalidad específica por carcinoma de células escamosas

en la cavidad oral (CCECO) fue de 41,6%. Las lesiones ubicadas en el labio inferior presentaron una mayor sobrevida que las ubicadas en otras regiones. Ellos proponen que las características del epitelio, la vascularización y el drenaje subyacente pueden estar implicadas en un mejor pronóstico de sobrevida. Neoplasias que invaden cordones sólidos presentan mejor pronóstico de sobrevida que los casos de invasión en cordones pequeños o difusos, correlacionándose con un mayor riesgo de metástasis. Además, una respuesta inmune/inflamatoria adecuada mejora el pronóstico de sobrevida en pacientes con CCECO.

Factores de riesgo

Bórquez y cols.¹⁷ muestran que 93 pacientes (67,88%) eran fumadores y 56 pacientes (40,88%) eran bebedores.

Momares¹⁸ plantea que la razón H: M es de 1,4:1. La edad promedio de los pacientes fue 64 años. El 68,5% de los pacientes fumaban; de los cuales 73% hombres y 27% mujeres. El 59,7% de los pacientes bebía alcohol, siendo 80,7% hombres. Los sitios más frecuentes fueron lengua (37,6%), encía y reborde (17,1%) y piso de boca (16,7%). El 54% de los tumores eran bien diferenciados, 36,7% moderadamente diferenciados y 9,3% poco diferenciados.

Discusión

Esta revisión muestra que la cantidad de artículos referentes al Cáncer Oral en Chile, es baja. Además, muy pocos son específicos al cáncer oral, lo que se refleja en los resultados reportados, ya que tanto los artículos de Ramírez et al¹⁴ y Riera y Martínez¹³ hacen referencia al cáncer oral y faríngeo.

La mortalidad por cáncer oral en Chile, según los distintos estudios realizados en el país, corresponde al período 2002-2010, con tasas de mortalidad que fluctúan entre 1,11 y 1,25 por 100.000 habitantes¹⁴. Estas cifras son muy similares a las reportadas por Riera et al¹³, para el período de 1955-2002: 1,3 por 100.000 habitantes. El sexo más afectado fue el masculino, tal como en Estados Unidos de Norteamérica, Europa y México²⁰⁻²².

Los registros poblacionales de cáncer en Chile, para el quinquenio de 2001-2007, indican una incidencia de cáncer oral en Chile que en hom-

bres fue de 3,2 por cada 100.000 hombres y en mujeres de 1,2 por cada 100.000 mujeres. Cabe destacar que los registros poblacionales incluyen únicamente tres regiones, Antofagasta, Bío-Bío y Valdivia¹⁶, lo que disminuye la representatividad de la muestra al momento de extrapolar los datos.

La morbilidad por cáncer oral y faríngeo corresponde a 1,6% del total de cánceres y la razón entre H:M es de 2,3:1. La tasa bruta de morbilidad para el período de 1969-2002 aumentó en 79,9% anual, esto se puede deber a un aumento explosivo de los factores de riesgo para ese período. En hombres, aumentó la morbilidad después de los 45 años para llegar a un máximo de casos entre los 55-64 años y en las mujeres observaron un aumento progresivo de morbilidad con un máximo de casos a los 65-74 años, habiendo una leve disminución en mayores de 75 años para ambos sexos¹³.

La sobrevida del cáncer, según el Instituto Nacional del Cáncer en Chile, a los 5 años fue 56,9% y a 10 años fue 46,3%¹⁷. La principal ubicación del tumor primario de este grupo de pacientes fue la lengua, lo que se observa de la misma manera en los datos aportados por Riera y Martínez¹³, en los que la mortalidad por este sitio anatómico fue de 39%. La sobrevida obtenida, se asemeja a la reportada por los Estados Unidos de Norteamérica, para el período 2005-2011, que fue de 63,2%⁵.

Los resultados obtenidos por Momares¹⁸ son un poco menos favorecedores, ya que la sobrevida a 5 años fue de 46%, a los 10 años fue de 34,3% y a los 14 años fue de 15,1%, no existiendo una diferencia estadísticamente significativa por grupos etarios. A los 5 años, las mujeres tienen una sobrevida de 56,6% y los hombres de 38,3% presentando las mujeres una mayor sobrevida que los hombres. Esto se pudiese deber a la ubicación de la lesión y a la respuesta inmune/inflamatoria del paciente o también, a que los hombres están expuestos a más factores de riesgo y a que llegan con estadios más avanzados de la enfermedad.

La mayor sobrevida para sitio anatómico según Momares y Arriagada^{18,19} es para labio en comparación a las otras regiones. La sobrevida para la lengua fue de 7,3 años sitio más común de cáncer oral.

Otro aspecto que llama la atención es que la sobrevida de los pacientes no fumadores fue de 8,8 años y los pacientes fumadores una sobrevida de 5,8 años, existiendo una diferencia de 3 años de sobrevida. Los pacientes no bebedores tuvieron una

sobrevida de 8,1 años y los pacientes bebedores de 6 años, habiendo una diferencia de 2 años en la sobrevida. Ambos factores evaluados, no fueron estadísticamente significativos ($p > 0,05$)^{18,19}. Por lo tanto, aún falta literatura nacional que pueda indicar el rol que cumplen los factores en la sobrevida de la enfermedad.

En la Encuesta Nacional de Salud del año 2009-2010²³, se muestra que 40,5% de la población chilena es fumadora, factor de riesgo relevante para el cáncer oral y faríngeo. La relación entre tabaco, alcohol y cáncer oral ha incrementado la tasa de mortalidad. El número de cigarrillos diarios fumados en la población, en términos de media, fue de 10,4 (IC 95% 9,3-11,6), con medias similares entre hombres y mujeres: 11,7 (IC 95% 9,8-13,6) y de 8,9 (IC 95% 7,8-9,9), respectivamente. Debido a esto, se podría esperar que se aumentaran los programas de salud enfocados a la prevención de este factor de riesgo. El control del cáncer oral se logra mediante medidas de políticas públicas destinadas a crear estrategias y programas que otorguen una correcta prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer oral.

Cabe destacar, que en la actualidad, el Programa Nacional del Cáncer, no cuenta con un programa específico para el cáncer oral y tampoco es parte de las Garantías Explícitas en Salud (MIN-SAL), por lo que son muy pocos los que tienen acceso al diagnóstico y por ende a un tratamiento oportuno.

Una de las grandes limitaciones presentadas es la poca literatura publicada acerca de este tipo de cáncer. Pese a las estrategias utilizadas, son muy pocos los artículos que incluían únicamente al cáncer oral como única patología. Además, los diseños epidemiológicos eran principalmente exploratorios y realizados en centros hospitalarios específicos, características que impiden poder extrapolar a la población.

Por último, es importante realizar promoción y prevención en la población, explicando los efectos de los factores de riesgo y promoviendo un adecuado control odontológico regular. Cualquier alteración a la mucosa oral deberá ser estudiada meticulosamente, especialmente con la población de riesgo. Es vital que el odontólogo y el médico, ambos responsables del examen y diagnóstico de pacientes en su cavidad oral, tomen todas las precauciones y cuando corresponda derive al paciente a los especialistas correspondientes²⁴.

Referencias

1. National Cancer Institute (NIH). Cáncer de labio y de cavidad oral: Tratamiento para profesionales de salud (PDQ®). Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/pro/tratamiento-labio-boca-pdq>. (Consultado el 17 de noviembre de 2015).
2. Milián A, González M. Tumores malignos de la mucosa oral. En Bagán (Ed.) Medicina Oral. Barcelona España, editorial Masson, 1995; 187-99.
3. GLOBOCAN 2012. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in Worldwide in 2012. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx. (Consultado el 18 de agosto de 2015).
4. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*. 2009; 45: 309-16.
5. International Agency for Research on Cancer and Cancer research UK. World Cancer Factsheet. Cancer Research UK, London, 2012.
6. SEER Cancer Statistics Factsheets: Oral Cavity and Pharynx Cancer. National Cancer Institute. Bethesda, MD, Disponible en: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html>. (Consultado el 17 de noviembre de 2015).
7. Wunsch-Fiho V, de Camargo A. The burden of mouth cancer in Latin America and the Caribbean: epidemiologic issues. *Seminars Oncol* 2001; 28: 158-68.
8. Camelo T, De Almeida M, Soares L, Falcao C, Coelho F, Clementino T. Oral Cancer knowledge and awareness among dental students. *Braz J Oral Sci* 2014; 13 (1): 28-33.
9. Peña González A, Arredondo López M, Vila Martínez L. Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral. *Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]*. 2006 Mar [citado 2015 Nov 17]; 43 (1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072006000100003&lng=es.
10. Rocha A. Cáncer Oral: El papel del odontólogo e la detección temprana y control. *Rev Fac de Odontol Univ Antioquia* 2009; 21 (1): 112-21.
11. STROBE. Statement-checklist of items that should be included In reports of observational studies. Disponible en: http://www.strobe-statement.org/fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf. (Consultado en enero de 2015).
12. JBI Critical Appraisal Checklist for Descriptive/Case Series. Disponible en: http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/criticalAppraisalForms/JBC_Form_Cri-tAp_DescCase.pdf (Consultado en enero de 2015).
13. Riera P, Martínez R. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. *Rev Med Chile* 2005; 133: 55-63.
14. Ramírez V, Vásquez-Rozas P, Ramírez P. Mortalidad por Cáncer oral y faríngeo en Chile, años 2002-2010. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil Oral* 2015; 8 (2): 133-8.
15. Colil C, Cueto A, Fernández A, Esguep A. Cáncer orofaríngeo: caracterización de la mortalidad en urbanización Valparaíso-Viña del Mar 2001-2010. *Int. J. Odontostomat* 2013; 7 (1): 117-23.
16. Ministerio de Salud. Subsecretaria de Salud Pública. Registros poblacionales de Cáncer, quinquenio 2003-2007. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/cancer/INFORME%20RPC%20CHILE%202003-2007,%20UNIDAD%20VENT,%20DEPTO.EPI-DEMIOLOGIA-MINSAL,13.04.2012.pdf> (Consultado el 1 de agosto de 2015).
17. Bórquez P, Capdeville F, Madrid A, Veloso M, Cárcamo M. Sobrevida global y por estadios de 137 pacientes con cáncer intraoral. Experiencia del Instituto Nacional del Cáncer. *Rev Chilena de Cirugía* 2011; 63 (4): 351-5.
18. Momares B, Contreras G, Martínez B, Ávalos N, Carmona L. Sobrevida en carcinoma espinocelular de mucosa oral: análisis de 161 pacientes. *Rev Chil Cir* 2014; 66 (1): 568-76.
19. Arriagada O, Venegas B, Cantín M, Zavando D, Manterola C, Suazo I. Rol de las características clínicas e histológicas como factores pronósticos para la sobrevida en pacientes con carcinoma de células escamosas de la cavidad oral. *Rev Chilena de Cirugía* 2010; 62 (5): 441-8.
20. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin* 2010; 60: 277-300.
21. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer* 2010; 46: 765-81.
22. Anaya-Saavedra G, Ramírez-Amador V, Irigoyen-Camacho ME, Zimbrón-Romero A, Zepeda-Zepeda MA. Oral and pharyngealcancer mortality rates in Mexico, 1979-2003. *J Oral Pathol Med* 2008; 37: 11-4.
23. Ministerio de Salud Chile. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>. (Consultado el 15 de enero de 2015).
24. Meller C. Importancia de la odontología preventiva en el adulto mayor: Una aproximación personal. *Odontol Prev* 2008; 1 (2): 73-82.