

# *Cáncer bucal en Costa Rica, del 2006 al 2010.*

## *Oral cancer in Costa Rica, from 2006 to 2010.*

William Lao Gallardo<sup>1</sup>, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica, [wlaog@ccss.sa.cr](mailto:wlaog@ccss.sa.cr)  
Karen Sobalvarro Mojica<sup>2</sup>, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica, [ksobalva@ccss.sa.cr](mailto:ksobalva@ccss.sa.cr)

### **RESUMEN**

*El siguiente estudio descriptivo analiza los casos de cáncer bucal de la base de datos del Registro Nacional de Tumores de Costa Rica, acontecidos durante los años 2006 al 2010, los cuales fueron analizados por el comportamiento de las variables epidemiológicas de tiempo, lugar y persona; medidas de frecuencia y estadística no paramétrica. La finalidad de este artículo es informar y promover la importancia de la prevención, así el cómo diagnóstico precoz del cáncer bucal en el país.*

*Se registró un total de 307 casos de cáncer bucal, según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Dentro de los resultados obtenidos se tiene que la razón fue de 1,72 hombres por una mujer con cáncer bucal. La tasa de mortalidad proporcional por cáncer bucal fue de 8,98 muertes por cada 100.000 habitantes y la tasa de años vida potencialmente perdidos (AVPP) relacionada con esta causa, es de 3,67 por 1.000 personas menores de 75 años, con una supervivencia de 8 meses.*

*El cáncer bucal afecta aproximadamente a 61 personas al año, con una incidencia acumulada de 68,24 por 1.000.000 de habitantes y con una letalidad del 48,19% de los casos, y de ahí la importancia de que el profesional en Odontología posea herramientas que propicien su detección temprana, para mejorar el pronóstico de la enfermedad, la supervivencia y la calidad de vida.*

### **PALABRAS CLAVE**

*Cáncer bucal, epidemiología, supervivencia, años de vida potencial perdida.*

### **ABSTRACT**

*The following descriptive study analyzes the cases of oral cancer database of the National Registry of Tumors of Costa Rica, occurred during the years 2006 to 2010, which were analyzed by the behavior of epidemiological variables of time, place and person; measured frequency and non-parametric statistics. The purpose of this article is to inform and promote the importance of prevention and early diagnosis of oral cancer in the country. A total of 307 cases of oral cancer were registered according to the International Classification of Diseases ICD-10. As part of the obtained results the ratio was 1.72 males for each woman with oral cancer. The proportional rate of oral cancer mortality was 8.98 deaths per 100,000 population and the rate of potential life years lost (PLYL) related to this case is 3.67 per 1,000 people under 75 years, with a survival expectancy of 8 months. Oral cancer affects about 61 people per year, with a cumulative incidence of 68.24 per 1,000,000 inhabitants and a mortality rate of 48.19% of the cases, hence the importance that dentist possess tools that promote early detection improving prognosis, survival and quality of life.*

### **KEYWORDS**

*Oral cancer, epidemiology, survival, lost years of potential life*

Recibido: 13 junio, 2014

Aceptado para publicación: 1 diciembre, 2014

Lao, W. & Sobalvarro, K. (2015). Cáncer bucal en Costa Rica, del 2006 al 2010. *Odontología Vital*, 1(22), 7-13.  
<https://doi.org/10.59334/ROV.v1i22.277>

## **INTRODUCCIÓN**

Desde el punto de vista epidemiológico y de salud pública, existen tres medidas, las cuales nos ayudan a describir el estadio o comportamiento de enfermedades como cáncer de cavidad oral: la incidencia (el número de casos nuevos diagnosticados en un período determinado); la prevalencia (el número de casos que existen en un momento dado en una población específica) y la mortalidad (el número de muerte de la enfermedad durante un tiempo determinado en una población específica).

El cáncer de cavidad oral es uno de los diez tipos de cáncer más frecuentes a escala mundial; no obstante, existen diferencias geográficas en cuanto a la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

La incidencia y mortalidad de cáncer de cavidad oral muestra una variación extensa, pero son más altos en hombres que en mujeres. Se hace referencia a que es más común en la población adulta, con una elevada incidencia a partir de la sexta década de vida. Las diferencias entre países están relacionadas con los distintos perfiles en riesgo, la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de salud. (Sánchez, S., y cols, 2008)

Aunque el origen de esta enfermedad se considera multifactorial (Rojas, M. 2008), se asocia en gran medida al estilo de vida y a la práctica de hábitos personales poco saludables como el tabaquismo y el alcoholismo.

La Organización Panamericana de la Salud, en su clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, estableció que en Costa Rica "El cáncer bucal representa el 3% de los tumores malignos

humanos. En nuestro medio el 70% de los pacientes presenta al momento de la consulta estomatológica un importante grado de avance de la lesión, clasificado como estadios III y IV, y la supervivencia del total diagnosticado es a los 5 años del 39%".

Clínicamente, esta patología destruye los tejidos bucales y se disemina a las cadenas linfáticas regionales del cuello, por lo que si no es tratado oportunamente, se extiende por metástasis a otros órganos, y concluye con la muerte del paciente. (Garavello, W., y cols, 2006) Un número importante de carcinomas orales de células escamosas y de cánceres del tracto digestivo, aparece sobre lesiones y estados o condiciones precancerosas (Cuenca, E., 2005), y de ahí su importancia en la identificación, diagnóstico y tratamiento oportuno.

La detección en etapas tempranas requiere que los profesionales en Odontología además de la realización de un examen clínico completo de la cavidad bucal, posean adecuados conocimientos, actitudes y prácticas para identificar en los diferentes pacientes, estilos de vida poco saludables que incrementen los factores de riesgo.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de los tumores malignos de labios, cavidad bucal para un total de 307 casos, que fueron recolectados de la base de datos del Registro Nacional de Tumores, según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10, tumores malignos de los años 2006 a 2010.

Fueron considerados como cáncer de cavidad oral, todos los registros que según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) presentaran los códigos comprendidos entre la C00 y la

C06, que son los tumores malignos de los labios y la cavidad bucal.

Se establecieron las tasas de cáncer de cavidad oral por año, grupo edad por sexo, razón de tasas hombre: mujer, tasa de letalidad, razón de mortalidad proporcional y cálculos de los años de vida potencialmente perdidos.

Por último, se determinó la tasa de acuerdo con la localización geográfica por provincia, cantón y distrito, considerando la CIE-10 del total de casos.

La información requerida se concentró en una sola base de datos, en la que se realizaron análisis de estadística descriptiva, con un nivel de confianza a 95% para conocer la tendencia ascendente o descendente en este periodo, en el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10 y EpiInfo 3.5.6.

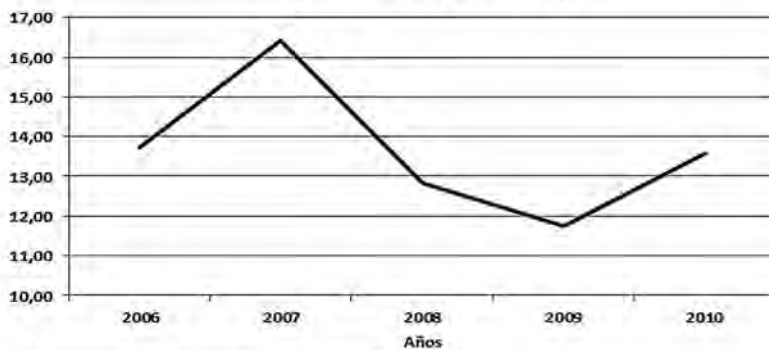
## **RESULTADOS**

Durante el período 2006 al 2010 se registraron 307 casos nuevos de cáncer bucal según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10; del total de casos, el 63,20% (n = 307) en hombres, el cáncer de cavidad oral afecta aproximadamente a 61 personas al año, con una incidencia acumulada de 68,24 por 1.000.000 habitantes y con una letalidad del 48,19% de los casos.

La razón fue de 1,72 hombres por una mujer egresada con cáncer de cavidad oral. La razón de mortalidad proporcional por cáncer de cavidad oral fue 8,98 muertes por cada 100.000 habitantes, con una tendencia significativamente a disminuir a través del tiempo.

En cuanto a la localización histopatológica, el 3,9% se encuentra in situ, mientras el 96,10% es maligno; el 92,2% es diagnosticado por

**Tasa de Cáncer Oral por año, Costa Rica, 2006 a 2010.**  
(Tasa \*1,000,000 hab.)



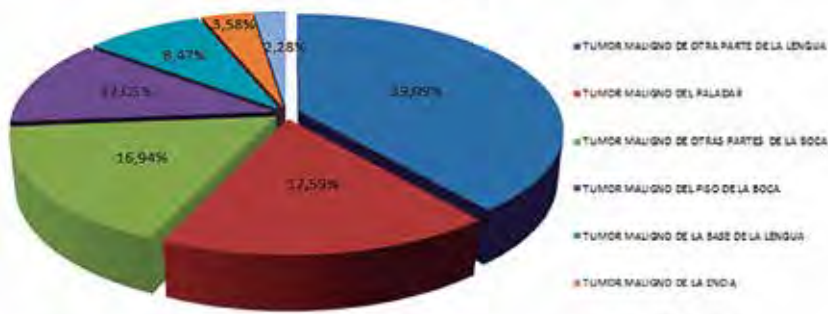
Fuente: Registro NI Tumores, M.S., 2006 - 2010

**Tasa de Cáncer Oral por Grupo de Edad y Sexo, Costa Rica, 2006 a 2010.** (Tasa \* 100,000 hab),

| Grupo Edad   | Tasa Masc    | Tasa Fem    | Tasa Total  |
|--------------|--------------|-------------|-------------|
| > 65 años    | 70,14        | 8,54        | 56,57       |
| 20 a 64 años | 7,52         | 0,87        | 5,96        |
| 10 a 19 años | 0,66         | 0,09        | 0,56        |
| <b>TOTAL</b> | <b>10,33</b> | <b>1,24</b> | <b>8,28</b> |

Fuente: Registro NI Tumores, M.S., 2006 - 2010.

**Porcentaje de Cáncer Oral por localización anatómica, Costa Rica, 2006 a 2010.**



Fuente: Registro NI Tumores, M.S., 2006 a 2010.

biopsia, un 4.6 en los certificados de defunción; un 2% clínicamente y el 1,3% en la cirugía.

Con una tasa de mortalidad relacionada con el cáncer de cavidad oral de 7,46 muertes por Ca Oral por 100.000 personas menores de 75 años; el total de Años de Vida Potencial Perdida (AVPP) por edad atribuidos al cáncer de cavidad oral en Costa Rica es de 12.517,50 durante esos años, con una supervivencia de 8 meses; y una tasa AVPP relacionada con el cáncer de cavidad oral en personas menores de 75 años de 3,67 AVPP por 1.000.

Las tasas por edad se concentraron en la población mayor o igual a 20 años, y las mayores tasas se registraron a partir de los 65 años.

El grupo de edad más afectado es la población mayor de 65 años (56,57 \* 100.000 hab.) y con respecto al género el masculino (70,14 \* 100.000 hab.), pero existe una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de edad y sexo con una  $p < 0,05$ .

El riesgo relativo del grupo de > 65 años, es de 100,09 [41,41 – 246,10], con una fracción etiológica de 90,90% y una fracción atribuible de la población de 95,80% y una  $p: 0,000000$  estadísticamente significativa; para el grupo de 20 a 64 años un RR: 10,64 [4,37 – 25,94], una fracción etiológica de 90,06% y una fracción atribuible de la población de 87,70% y una  $p: 0,000000$  estadísticamente significativa.

Su localización más frecuente del cáncer de cavidad oral es la lengua 39,09%, paladar (7,59%), boca no especificada (16,94 %) y piso de la boca (12,05%), por lo que esos fueron los principales sitios donde se presentó esta enfermedad.

En cuanto a la morfología del cáncer de cavidad oral, los tumores de

células escamosas, son el tipo histológico de tumor más frecuente.

En cuanto, a la descripción por provincia, por orden descendente, la tasa por 100.000 habitantes, es la siguiente: Alajuela (8,87), San José (7,87), Puntarenas (6,95); Cartago (6,93); Guanacaste (6,35); Heredia (5,70) y Limón (3,69).

Por cantón, la casuística de cáncer de cavidad oral, muestra por orden descendente la tasa por 100.000 habitantes, el siguiente comportamiento: con tasas altas San José / Montes de Oca (23,81), Heredia / Belén (21,53), San José / Moravia (20,00), Guanacaste / Tilarán (17,36), San José / Dota (14,72), Heredia / San Isidro (14,20), Alajuela / Alfaro Ruiz (13,99) y San José / Tarrazú (12,13); Guanacaste / Liberia (11,15).

La casuística de cáncer de cavidad oral por distrito, muestra por orden descendente la tasa por 100.000 habitantes, el siguiente comportamiento: Zapotal de San Ramón (208,01) y El Carmen (167,22) con las tasas más altas; con tasas medias Grifo Alto / San José Puriscal (81,08); Catedral / San José San José (71,79); Nacascolo / Liberia Guanacaste (58,61); Pilas / Buenos Aires Puntarenas (58,24); San Ramón / San Ramón Alajuela (55,79); Zarcero / Alfaro Ruiz Alajuela (46,53); Concepción / San Ramón Alajuela (45,39); La Asunción / Belén Heredia (41,27), son los distritos que tienen un riesgo intermedio.

Los establecimientos de salud utilizados para la atención y referencia de la casuística, están expresados por orden de prioridad en la siguiente tabla.

**DISCUSIÓN**

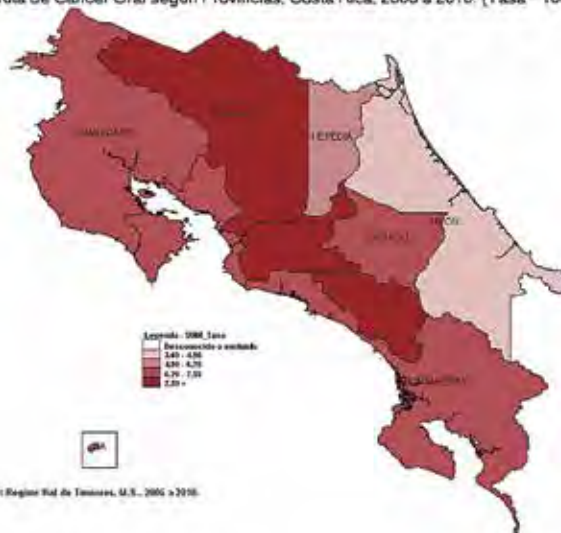
Estadísticas mundiales informan que un 5% del total de los diferentes tipos de cáncer, está localizado

**Porcentaje de morfología del Cáncer Oral, Costa Rica, 2006 a 2010.**

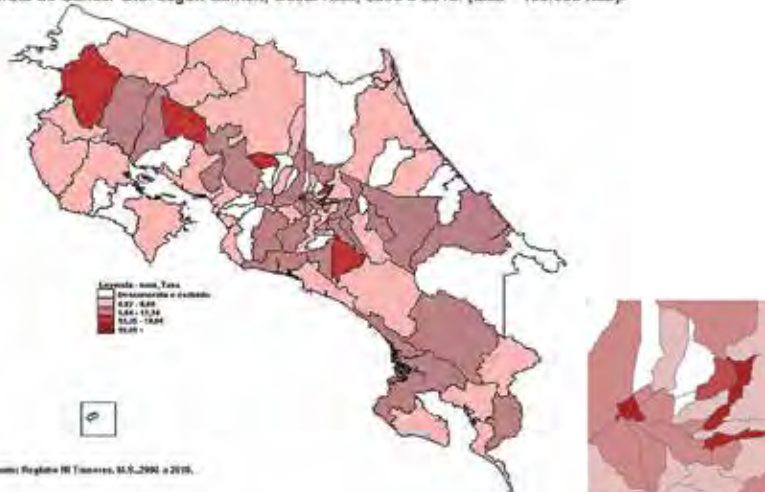
| MORFOLOGÍA DEL CÁNCER                                  | Porcentaje     |
|--|----------------|
| <b>Tumores de Células Escamosas</b>                    | 73,29%         |
| <b>Tumores SAI*</b>                                    | 9,77%          |
| <b>Adenomas y Adenocarcinomas</b>                      | 5,54%          |
| <b>Tumores Mucoepidermoides</b>                        | 4,89%          |
| <b>Tumores Epiteliales</b>                             | 2,61%          |
| <b>Linfoma Maligno, difuso SAI*, tipo especificado</b> | 2,28%          |
| <b>Tumores Complejos Mixtos y del Estroma</b>          | 0,65%          |
| <b>Tumores de Células Acinosas</b>                     | 0,33%          |
| <b>Linfoma Maligno, nodular o folicular</b>            | 0,33%          |
| <b>Otros Tumores Linforeticulares</b>                  | 0,33%          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>100,00%</b> |

Fuente Registro NI Tumores, MS, 2006 a 2010.  
\* "sin otra indicación"

Tasa Bruta de Cáncer Oral según Provincias, Costa Rica, 2006 a 2010. (Tasa \* 100.000 hab)



Tasa Bruta de Cáncer Oral según Cantón, Costa Rica, 2006 a 2010. (tasa \* 100.000 hab).



en la boca; sin embargo, cerca del 50% son diagnosticados en etapas tardías, cuando la supervivencia no supera el 35%, pero el caso contrario ocurre en los de diagnóstico precoz, cuando la supervivencia del paciente a los cinco años puede llegar a ser hasta del 80%. (Cuenca, E., Baca, P. 2005).

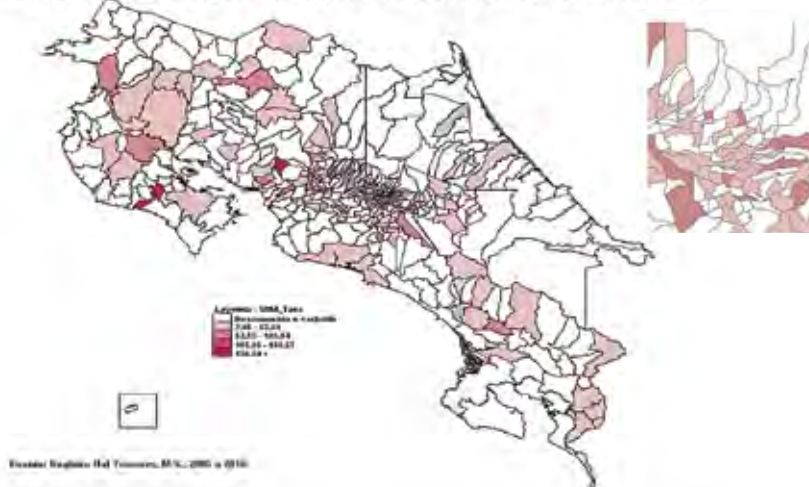
En este estudio se determinó, que el comportamiento de la tasa de AVPP, medida de impacto de la mortalidad prematura sobre la población con cáncer de la cavidad oral en nuestro país para este tipo de pacientes, es de 3,67 por 1.000 personas menores de 75 años, con una supervivencia de 8 meses.

Razón por la cual, la posibilidad de alcanzar un tratamiento exitoso que ofrezca una mejor calidad de vida con la terapia empleada para estas personas, se ve drásticamente disminuida, de lo que se desprende, que es necesario educar a la población sobre la necesidad de prestar más atención a cierto tipo de lesiones que se presentan en un momento dado.

Es de tomar en cuenta que a pesar de que la cavidad bucal es una zona de fácil acceso a la exploración, tanto para el médico u odontólogo así como para el paciente, el período medio que pasa entre el comienzo de los síntomas y la consulta al médico especialista, es de unos 5 meses. (Pena, A., y cols, 2006)

Referente a esto, en cuanto a la práctica del examen clínico, se hace mención, que en general, no se tiende a examinar totalmente la cavidad bucal; los odontólogos especialistas en el campo, suelen inspeccionar el área relacionada con los intereses de la especialidad, es decir, regularmente dientes y encías, pero ignoran lesiones en tejidos contiguos. Igual pasa en otras especialidades médicas como la otorrinolaringología, donde se exa-

Tasa Bruta Cáncer Oral según Distritos, Costa Rica, 2006 a 2010, (Tasa \* 100,000 hab)



**Porcentaje de Establecimientos que hacen diagnóstico de los casos, Costa Rica, 2006 a 2010.**

| Servicio de Salud    | Porcentaje     |
|----------------------|----------------|
| H. Nacionales grales | 62,21%         |
| H. Regionales        | 16,61%         |
| Otros                | 8,47%          |
| H. Periféricos       | 3,91%          |
| Cl. Metropolitanas   | 2,61%          |
| Areas Salud          | 0,98%          |
| H. Especializados    | 0,65%          |
| NS/NR                | 4,56%          |
| <b>TOTAL</b>         | <b>100,00%</b> |

fuerite: Registra NI Tumores, M.S., 2006 a 2010.

mina parcialmente la boca. (Rocha, A. 2009)

Es aquí donde la permanente actualización del odontólogo, anudado a herramientas conceptuales como incidencia, prevalencia, mortalidad y zona de atracción de la morfología del cáncer de cavidad oral en Costa Rica, además de la frecuencia de localización de las manifestaciones en boca, son de gran utilidad para el profesional en Odontología, quien debe guiar y educar al paciente.

Dado que el cáncer de cavidad oral es una enfermedad potencialmente prevenible y en aras de descu-

brir a tiempo cambios que ocurran en la mucosa bucal, la Sociedad Americana de Cáncer (ACS por sus siglas en inglés) y la Asociación Dental Americana (ADA) sugieren que es recomendable efectuar un examen cuidadoso de cáncer oral por lo menos cada tres años en pacientes sanos entre 20 a 39 años, y anualmente en individuos mayores de 40, haciendo insistencia en pacientes asintomáticos con riesgo, que posean historia personal de consumo de tabaco y alcohol. De esta forma, existe una mayor posibilidad de que alguna lesión premaligna o maligna no pase inadvertida y sea diagnosticada de forma tardía. En este estudio se de-

terminó un riesgo relativo de 10,64 para la población comprendida de 20 a 64 años con una fracción etiológica del 90,6%.

El carcinoma espinocelular, epidermoide o de células escamosas es la forma neoplásica más frecuente de cáncer de cavidad oral, y representa más del 90% de todos los tipos de cáncer que se pueden presentar en la cavidad oral (Gavira, L. y Monsalve, P., 2006). Esta cifra representó en este estudio un 73,29% del total de los casos informados en nuestro país por el Registro Nacional de Tumores, donde Alajuela y San José fueron las dos provincias donde se informó mayor cantidad de casos. ■■■

1 Dr. William Lao Gallardo  
Epidemiólogo de la Subárea de Odontología, Área Regulación, Sistematización, Diagnóstico y Tratamiento, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social.  
Correo electrónico: wlao@ccss.sa.cr

2 Dra. Karen Sobalvarro Mojica  
Jefatura Especialidades Odontológicas, Hospital San Vicente de Paúl - Heredia, Caja Costarricense de Seguro Social, Magíster en Administración de Servicios de Salud Sostenible.  
Correo electrónico: ksobalva@ccss.sa.cr

## BIBLIOGRAFÍA

Cuenca, E., Baca, P. (2005). *Odontología preventiva y comunitaria (3ª Edición)*. Barcelona España: Elsevier Masson.

García, M., Lence, J.J., Sosa, M., Martín L., Fernández, L. (1999). *Distribución del cáncer bucal por etapas clínicas. Cuba (1988-1994)*. *Rev. Cubana Oncología*, 15(3):170-5

García, M., Lence, J.J., Sosa, M., Martín L., Fernández, L. (1999). *Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987-1996)*. *Rev. Cubana Oncología*, 15(2):114-18

Garavello, W., Ciardo, A., Spreafico, R., Gaini R. (2006). *Risk factors for distant metastases in head and neck squamous cell carcinoma*. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 132(7):762-6.

Gaviria, L., Monsalve, B., Monsalve, P., Peláez, M. (2006). *Caracterización del cáncer oral en 127 muestras tomadas en laboratorios de la ciudad de Medellín de 1999 al 2003*. *CES Odontol*, 19(1):39-49.  
<https://doi.org/10.1001/archotol.132.7.762>

Herranz, J. (2001) *Diagnóstico precoz del cáncer de cavidad oral*. *Guía Clínica*, 1(20):35-47

Kujan, O., Glenney, A.M., Oliver, R.J. (2008). *Programas de cribaje para la detección precoz y prevención del cáncer oral*. *Revisión Cochrane Plus* 2008; 3

Lao, W., Meléndez, R., Herrera, A., Corrales, R. (2012). *Estudio descriptivo de cáncer bucal, en los egresos hospitalarios de la Caja Costarricense de Seguro Social en los años 2001 a 2008*. *Revista Científica Odontológica. Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica Vol. 6; 6(2): 52-58*

Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. Revisión*. Washington, D.C: OPS, vol 3; 554

Pena, A., Arredondo, M., Vila, L. (2006). *Comportamiento clínico y epidemiológico del cáncer de cavidad oral*. *Rev. Cubana de Estomatología*, marzo; vol 43 (1):0-0.

Rocha, A. (2009) *Oral cancer: The role of the dentist in early diagnosis and control*. *Rev Fac. Odontology Universidad Antioquia*, vol. 21(1): 112-121.

Rojas, M. (2008). *Manual sobre el uso de una escala de riesgo para el cáncer bucal*.

Sánchez, S., Juárez, T., Espinela, M., Mould, J., Gómez, D., Hernández, J., Leiva, R. (2008). *Egresos hospitalarios por cáncer bucal en el IMSS (1991-2000)*; *Revista Médica Instituto Mexicano Seguro Social*, 46 (1): 101-108.

Sciubba, J.J. (2001). *Oral cancer and its detection: history-taking and the diagnostic phase of management*. *Jam Dent Assoc*, 132:10-18.  
<https://doi.org/10.14219/jada.archive.2001.0380>

---

*Seguro, G., Arlindo, P (2007). A histological and clinical study on oral can-cer: Descriptive analyses of 365 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Nov 1; 12(7):E474-8*



Derechos de Autor © 2015 William Lao Gallardo y Karen Sobalvarro Mojica. Esta obra se encuentra protegida por una [licencia Creative Commons de Atribución Internacional 4.0 \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)