

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Sobrevida de carcinoma oral de células escamosas: reporte de la Universidad de Chile.

Survival of oral squamous cell carcinoma: report of the University of Chile

Stefan Maraboli-Contreras¹, Daniela Adorno-Farias¹, Andrea Maturana-Ramirez¹, Gonzalo Rojas-Alcayaga¹, Mauricio Fuentes-Alburquenque², Iris Espinoza-Santander^{1*}

1. Departamento de Patología y Medicina Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

2. Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

* Correspondencia autor. Dra. Iris Espinoza-Santander | Servicio de Anatomía Patológica; Centro de Epidemiología y Vigilancia de las Enfermedades Bucales, Facultad de Odontología, Universidad de Chile | E-mail: iespinoz@u.uchile.cl | Dirección: Sergio Livingstone n° 943 - comuna Independencia, Santiago, Chile
Trabajo recibido el 19/12/2017.
Aprobado para su publicación el 28/04/2018

RESUMEN

El carcinoma oral de células escamosas es la neoplasia maligna más frecuente en la cavidad oral. Sin embargo, los estudios sobre supervivencia general en pacientes con cáncer oral son escasos en Chile. **Objetivo:** Determinar las características sociodemográficas y la supervivencia general de pacientes diagnosticados con carcinoma en labio y cavidad oral en el Servicio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología, Universidad de Chile. **Material y métodos:** Se seleccionaron los casos de carcinoma oral de células escamosas diagnosticados entre los años 2000-2012. Se incluyeron sólo los primeros diagnósticos y las recidivas fueron excluidas. **Resultados:** De 134 casos registrados, 120 cumplían los criterios de inclusión. El 60% correspondió a hombres (razón hombre-mujer 1,3:1) y la media de edad fue 63 años. La supervivencia general a dos años fue 48,3% y a cinco años 33,9% según estimación de Kaplan-Meier. Se detectó una mayor supervivencia en el grupo de pacientes que tenían menos de 55 años ($p < 0,05$). 79,2% de los casos fallecidos registra como causa de muerte cáncer oral. **Conclusiones:** El mayor porcentaje de personas diagnosticadas fueron hombres y adultos mayores. La supervivencia general a cinco años fue menor a lo determinado en reportes nacionales previos. Los adultos de 55 años y mayores presentaron una menor supervivencia general.

PALABRAS CLAVE:

Cáncer oral; Carcinoma; Células escamosas; Mortalidad.

Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 11(3); 147-151, 2018.

ABSTRACT

Oral squamous cell carcinoma is the most common malignant neoplasm of oral cavity. Research about general survival rates in patients with oral cancer is limited in Chile. **Objective:** To determine the sociodemographic characteristics and general survival of patients diagnosed with lip and oral carcinoma in the Pathological Anatomy Service at the School of Dentistry, University of Chile. **Material and methods:** All cases of oral squamous cell carcinoma selected were diagnosed between the years 2000 and 2012. All cases included in this study corresponded to the first diagnosis and tumor recurrence was excluded. **Results:** of the 134 registered cases, 120 were selected with inclusion criteria. 60% were men (male and female ratio of 1.3: 1) and median age 63 years-old. Overall survival at two years was 48.3% and at five years 33.9%, according to Kaplan-Meier estimate. A higher survival was detected in the group of patients younger than 55 years old ($p < 0.05$). In 79.2% of dead patients, the cause of death was registered as oral cancer. **Conclusions:** The highest percentage of patients diagnosed was men and elders. Five-year survival was lower than previously reported in national reports. Adults aged 55 years and older had a lower overall survival.

KEY WORDS:

Mouth neoplasms; Carcinoma; Squamous cell; Mortality.

Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral Vol. 11(3); 147-151, 2018.

INTRODUCCIÓN

Cáncer de labio, cavidad oral y orofaringe representan el 2,1% de la incidencia de cáncer según Globocan 2012⁽¹⁾. Sin embargo, existen importantes diferencias entre zonas geográficas y se ha descrito una alta incidencia en el sur y sureste de Asia, partes de Europa (Francia, Hungría, Eslovaquia y Eslovenia) y en Latinoamérica y Caribe (Brasil, Uruguay y Puerto Rico)⁽²⁾. En Chile, se estima que corresponde al 1,6% del total de los cánceres⁽³⁾. Entre los distintos tipos de neoplasias malignas que

pueden afectar la cavidad oral, el carcinoma oral de células escamosas (COCE) corresponde al diagnóstico más frecuente⁽⁴⁾.

El cáncer oral y de orofaringe ha presentado una creciente relevancia debido a reportes de aumento de incidencia en jóvenes y a la identificación de un tipo fenotípico de carcinoma de células escamosas no queratinizante relacionado con el Virus Papiloma Humano (VPH) y con mejor pronóstico⁽⁵⁾. Los principales factores de riesgo reconocidos son tabaco y alcohol⁽⁶⁾.

Reportes sobre supervivencia del COCE en Chile son escasos. Un

estudio del Instituto Nacional del Cáncer determinó que la supervivencia global del cáncer intraoral fue de 57% a los 5 años, disminuyendo a 46% a los 10 años⁽⁷⁾. Recientemente, Momares y cols.⁽⁸⁾ describieron una supervivencia global de 46% a los 5 años y 34,3% a los 10 años. Sin embargo, se aprecia una caída fuerte en la supervivencia en los primeros meses posteriores al diagnóstico, sin precisar la tasa en un tiempo menor a los 5 años, por ejemplo, a los dos años. Un estudio de casos diagnosticados en el Centro de Referencia de Salud (CRS) Cordillera Oriente⁽⁹⁾, determinó una supervivencia global de 57,9% a los 5 años, asociándose a pacientes de sexo femenino, menores de 45 años.

El objetivo de este estudio es determinar el tiempo de supervivencia general a dos y cinco años y las características sociodemográficas de los pacientes diagnosticados con COCE en el Servicio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile entre los años 2000-2012.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño de este estudio fue observacional analítico. Se seleccionaron todos los casos con diagnóstico histopatológico de COCE, incluyendo todas las variantes reportadas en el libro de Tumores de Cabeza y Cuello de la Organización Mundial de la Salud de 2005⁽¹⁰⁾, diagnosticados entre los años 2000 y 2012 en el Servicio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología (SAP-FO) de la Universidad de Chile. Los criterios de inclusión fueron disponer de información del número de cédula de identidad (RUN o Rol Único Nacional), sexo y edad del paciente. Se excluyeron las segundas biopsias del mismo paciente. Esta investigación fue realizada en el contexto del Proyecto Fondecyt N° 11520248 cuyo principal objetivo fue evaluar las consecuencias y los factores implicados en una interacción funcional entre la exposición al humo de tabaco y virus papiloma en muestras de cáncer oral / bronquial, aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Este proyecto incluía el análisis prospectivo y retrospectivo de casos de COCE diagnosticados en SAP-FO; los casos retrospectivos fueron los incluidos en el análisis que constituye este artículo. Para conocer el estado del paciente y la causa de muerte en pacientes fallecidos se obtuvieron los certificados de defunción con causa de muerte a partir del Registro Civil, como ha sido realizado en estudios previos debido a que es una información disponible en forma libre con el Rut del paciente^(8,9). La fecha de término del análisis para este estudio fue noviembre 2014.

Se realizó estadística descriptiva de las características de los pacientes mediante cifras absolutas y relativas. Para describir los meses de supervivencia se realizaron curvas de supervivencia, considerando como fecha de inicio de seguimiento la del diagnóstico histopatológico y como término la fecha de deceso registrada en el certificado de defunción o el estado actual del paciente obtenido desde un protocolo para contacto telefónico y/o entrevista clínica del proyecto mencionado anteriormente. Para análisis de supervivencia se utilizó la estimación de Kaplan-Meier y para comparar las curvas de supervivencia la prueba Long-Rank. Para realizar estadística descriptiva y analítica se utilizó el software estadístico R⁽¹¹⁾ y se consideró como significativo un valor "p" menor o igual a 0,05.

RESULTADOS

Durante el periodo 2000-2012 se diagnosticaron 134 COCE en el Servicio de Biopsias de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Para los análisis de este trabajo se excluyeron 14 casos: dos biopsias que correspondían a segundas muestras de un tumor, dos recidivas en el mismo sitio anatómico y 10 casos que no contaban con los registros básicos de edad, sexo y/o RUN. En los casos con más de una biopsia de COCE se analizaron los datos del paciente en el momento del primer diagnóstico.

En los 120 pacientes incluidos en los análisis, la edad promedio en el momento de diagnóstico fue de 63,3 años, en un rango entre 17 a 97 años; en mujeres 65,8, SD=16,1 y en hombres 61,4 SD=12,7. El género predominante es el masculino, 69 hombres (57,5%) y 51 mujeres (42,5%); en una razón 1,3:1.

En la figura 1 se observa la distribución de los pacientes diagnosticados con COCE según grupo de edad y sexo. Se aprecia un aumento del diagnóstico de esta patología después de la cuarta década y que el mayor número de hombres diagnosticados se encuentra entre los 55 y 64 años; en cambio en mujeres después de los 75 años. El 93,3% de los casos tenían 45 años o más en el momento de su diagnóstico, y el 75,8% sobre 55 años.

Respecto al diagnóstico clínico registrado, el mayor porcentaje indicaba alguna neoplasia maligna (63,3%), aunque un porcentaje no despreciable (30,8%) indicaba una patología benigna (naturaleza inflamatoria, reaccional o neoplasia benigna). Cuatro casos tenían

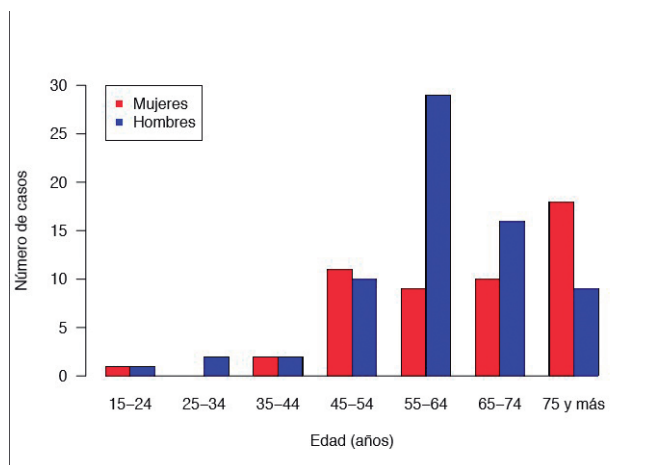


Figura 1. Distribución de los pacientes diagnosticados con carcinoma oral de células escamosas según grupo de edad y sexo.

como diagnóstico clínico una lesión potencialmente maligna, siendo dos queilitis actínicas, una eritroplasia y una leucoplasia.

La distribución de localizaciones anatómicas del tumor primario fue con mayor frecuencia lengua, seguida por encía/reborde. De las localizaciones anatómicas en lengua, el 84,4% correspondió a borde posterior y/o lateral. Respecto al hábito de fumar y consumo de alcohol ambos fueron más frecuentes en hombres que en mujeres, pero un alto porcentaje de los casos esta información no estaba consignada (Tabla 1).

El grado histológico más común fue COCE bien diferenciado para 75 (62,5%) de los casos, seguido por moderadamente diferenciado en 38 (31,7%) y pobremente diferenciado en 7 (5,8%).

Del total de pacientes estudiados, 62 (51,6%) fallecieron antes de 2 años desde la fecha del diagnóstico histopatológico; 37 (53,6%) de los hombres y 25 (49,0%) de las mujeres.

Curva de supervivencia desde el momento del diagnóstico inicial de COCE

En la serie de casos en estudio la supervivencia global a dos años fue 48,3% y a cinco años 33,9%.

En la figura 2, se observa la probabilidad de supervivencia estimada, en meses, según sexo, y se aprecia una caída brusca en los primeros dos años, tanto en hombres como mujeres, luego desciende en forma menos abrupta y posteriormente tiende a estabilizarse a partir de los 48 meses. La probabilidad de supervivencia para pacientes diagnosticados con COCE tiende a ser menor en hombres, sin embargo, se iguala la probabilidad de supervivencia con las mujeres en los 38 meses de seguimiento. No hay diferencia estadísticamente significativa en la supervivencia entre ambos sexos ($p=0,659$).

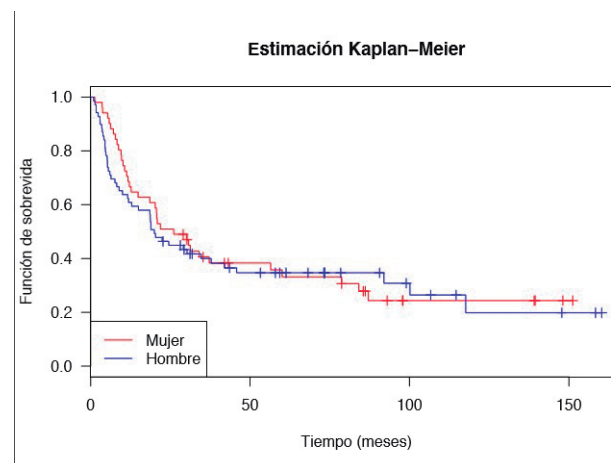


Figura 2. Probabilidad de supervivencia en pacientes diagnosticados con carcinoma oral de células escamosas entre los años 2000-2012, según sexo

La supervivencia estimada en los pacientes diagnosticados con COCE según grupo de edad se muestra en la figura 3, en la que se aprecia una menor supervivencia en los pacientes de 55 años y más. La diferencia es estadísticamente significativa ($p=0,003$).

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes diagnosticados con carcinoma oral de células escamosas entre los años 2000-2012 según sexo

	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Grupo de edad			
Menos de 55 años	15 (21,7)	14 (27,5)	29(24,2)
55 años y más	54 (78,3)	37 (72,5)	91(75,8)
Hipótesis diagnóstica clínica			
COCE u otra neoplasia maligna	45 (65,2)	31 (60,7)	76 (63,3)
Lesiones inflamatorias o reaccionales	13 (18,8)	9 (17,6)	22 (18,3)
Neoplasia benignas o tumor no especificado	6 (8,7)	9 (17,6)	15 (12,5)
Lesiones potencialmente malignas	3 (4,3)	1 (1,9)	4 (3,3)
No indica diagnóstico clínico presuntivo	2 (2,8)	1 (1,9)	3 (2,5)
Localización anatómica			
Lengua	17 (23,1)	16 (33,3)	33 (27,5)
Encía/reborde	10 (14,4)	10 (19,6)	20 (16,6)
Mucosa bucal (no especificado)	8 (11,5)	4 (7,8)	12 (10,0)
Maxila (no especificado)	7 (10,1)	4 (7,8)	11 (9,1)
Bermellón de labio	7 (10,1)	2 (3,9)	11 (9,1)
Piso de boca	5 (7,2)	3 (5,8)	9 (7,5)
Mandíbula (no especificado)	6 (8,7)	2 (3,9)	8 (6,6)
Trígono retromolar	4 (5,8)	3 (5,8)	7 (5,8)
Paladar	2 (2,9)	2 (3,9)	4 (3,3)
Sin información	4 (5,8)	4 (7,8)	8 (6,6)
Consumo de tabaco			
Fumador	21 (30,4)	4 (7,8)	25 (20,8)
Ex Fumador	3 (4,3)	3 (5,8)	6 (5,0)
No Fumador	11 (15,9)	18 (35,2)	29 (24,1)
Sin Información	34 (49,2)	26 (50,9)	60 (50,0)
Consumo de alcohol			
Bebedor	11 (15,9)	3 (5,8)	14 (11,6)
Ex Bebedor	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,8)
No Bebedor	4 (5,7)	7 (13,7)	11 (9,1)
Sin Información	53 (76,8)	41 (80,3)	94 (78,3)
Total	69 (100)	51 (100)	120 (100)

Causa de muerte registrada

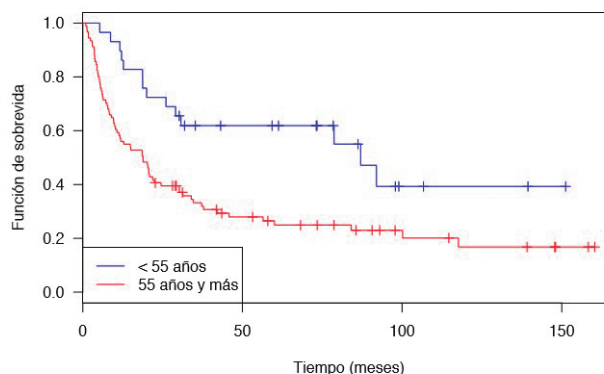
A la fecha de término del presente estudio se determinó que el 68,3% (n=82) de los pacientes se encuentra fallecido. Respecto a la causa de muerte, en 65 casos (79%) la causa registrada fue cáncer oral; esto como única causa de muerte (42,6%) o cáncer oral asociado a otra causa del tipo paro cardiorrespiratorio/falla multiorgánica/insuficiencia respiratoria aguda/shock séptico (36,5%). En 21% no se precisa como causa de muerte la presencia o asociación con cáncer oral; además, un caso fallecido no tenía registrada la causa de defunción (tabla 2).

DISCUSIÓN

Este estudio investigó la supervivencia de los pacientes con COCE diagnosticados en el Servicio de Biopsias de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile. Los resultados muestran una probabilidad de supervivencia de 48,3% a los dos años y 33,9% a los cinco años según estimación Kaplan-Meier.

Estos hallazgos aportan con importante información de supervivencia global luego del diagnóstico de COCE, lo que muestra ser menor a lo reportado previamente en Chile^(7,8,9,12). (Tabla 3)

Respecto a las fortalezas de este trabajo podemos mencionar el número

Estimación Kaplan-Meier**Figura 3.** Probabilidad de supervivencia en pacientes diagnosticados con carcinoma oral de células escamosas entre los años 2000-2012, según grupo de edad.**Tabla 2.** Distribución de la causa de muerte registrada en los pacientes diagnosticados con carcinoma oral de células escamosas entre los años 2000-2012

	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Cáncer oral	19 (41,3)	16 (44,4)	35 (42,6)
Cáncer oral asociado a otra causa de muerte	18 (39,1)	12 (33,3)	30 (36,5)
Paro cardiorrespiratorio/Falla multiorgánica /Insuficiencia respiratoria aguda	3 (6,5)	3 (8,3)	6 (7,3)
Shock séptico / sepsis	3 (6,5)	3 (8,3)	6 (7,3)
Otro	2 (4,3)	2 (5,5)	4 (4,8)
Sin registro	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (1,2)
Total	46 (100)	36 (100)	82 (100)

de pacientes mayor que otras series de casos publicados de Chile^(9,12) y que se analizó exclusivamente el tipo histológico carcinoma escamoso, la neoplasia maligna más frecuente de la cavidad oral reportada en Chile⁽⁴⁾. El estudio de Bórquez y cols.⁽⁷⁾ incluyó otros tumores como neoplasias de glándulas salivales, que generalmente tienen mayor supervivencia, dependiendo del tipo histológico y compromiso en el momento del diagnóstico. Otra fortaleza es que, para el cálculo de la supervivencia, todos los pacientes tuvieron un tiempo mínimo de seguimiento de 22,7 meses (exceptuando los que fallecieron antes), lo que es mayor que lo descrito en otros reportes que realizaron seguimiento mínimo de 35 días⁽⁶⁾ o no mencionan el tiempo mínimo de seguimiento realizado^(9,11). Estas consideraciones metodológicas pueden ser importantes para explicar las diferencias en el promedio de supervivencia obtenido entre diferentes estudios.

En relación a las limitaciones de este estudio se debe tener presente que sus resultados aportan, especialmente, en un contexto de un Servicio de Anatomía Patológica inserto en una Facultad de Odontología y localizada en la Región Metropolitana. Los resultados pueden ser distintos para casos diagnosticados en otros Servicios de Anatomía Patológica de hospitales públicos y clínicas privadas, aunque hasta la fecha no existen estudios que analicen este efecto en Chile. Por otra parte, en regiones con mayor porcentaje de población rural, por el menor uso de servicios dentales, se puede esperar un diagnóstico aún más tardío, aunque esta variable tampoco ha sido abordada en estudios previos en nuestro medio. Respecto a la entidad clínica en estudio se debe tener presente que se han incluido todas las variantes de COCE, entre estas los casos de carcinoma verrucoso que se caracterizan por un crecimiento exofítico, invasión superficial y un mejor pronóstico que otros subtipos⁽¹⁰⁾ y que no se ha realizado desagregación por ubicación anatómica por el reducido número de casos en algunas localizaciones, factor que también está relacionado con variabilidad en el pronóstico. Por otra parte, no contamos con la información de estadiaje TNM, debido a que los casos

Tabla 3. Estudios chilenos de supervivencia global por cáncer oral

Autor de publicación	Año	Lugar	Número de pacientes	Tipo de paología	Supervivencia global				
					1 Año	2 Años	3 Años	4 Años	5 Años
Arriagada y cols.	2010	Hospital Regional de Talca y Hospital Base de Curicó. VII Región.	36	COCE	*	*	*	*	58,4%
Bórquez y cols.	2011	Instituto Nacional del Cáncer. Santiago.	137	CIO	*	*	*	*	56,9%
Momares y cols.	2014	Departamento de Patología Oral U. Mayor y Fundación Arturo López Pérez. Santiago.	161	COCE	*	*	*	*	46%
Rivera y cols.	2014	Hospital Carlos Van Büren, Valparaíso. V Región.	39	COCE	93,8%	*	50%	50%	*
Feldman y cols.	2015	Centro de Referencia en Salud Cordillera Oriente. Santiago.	13	COCE	*	*	*	*	57,9%
Presente estudio	2018	Servicio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología U. de Chile. Santiago.	120	COCE	61,6%	48,3%	40,8%	37,5%	33,9%

CIO: Cáncer intraoral (carcinoma epidermoide, adenocarcinoma, carcinoma adenoide quístico, melanoma y otros tipos histológicos); COCE: Carcinoma oral de células escamosas. *: no reportado

corresponden a biopsias de primera sospecha diagnóstica de COCE, realizadas por cirujano-dentistas, y el estadiaje se realizó posteriormente en los diferentes centros oncológicos donde fueron derivados los pacientes para su tratamiento. Por último, la información sobre hábito de fumar y consumo de alcohol fue registrada en una muestra reducida de casos impidiendo un análisis detallado de estos factores de riesgo de cáncer oral; problema comúnmente descrito en estudios retrospectivos de este tipo⁽⁶⁾.

Respecto a la comparación de la supervivencia obtenida en esta serie de casos con otros países, esta también muestra ser menor. Recientemente, en Brasil se describió una supervivencia global de 55,1% a los 10 años⁽¹³⁾ y Alemania de 54,6% a los 5 años⁽¹⁴⁾. En Estados Unidos se obtuvo un 63,2% de supervivencia global según el reporte de Surveillance Epidemiology and End Result Program (SEER) año 2005-2011⁽¹⁵⁾, pero este incluyó cáncer de orofaringe, que se asocia con mayor supervivencia.

Respecto a los resultados por sexo se demuestra que, coincidiendo con reportes internacionales y nacionales, los hombres son más afectados que las mujeres. En este reporte se observó una relación hombre: mujer de 1,3:1, similar a lo reportado previamente en Chile que fue 1,4:1⁽⁶⁾ y en Tailandia de 1,3:1⁽¹⁶⁾. Mientras que en Brasil parece ser mayor esta diferencia, 1,8:1⁽¹³⁾. Sin embargo, esta diferencia entre hombres y mujeres es menor a lo descrito previamente por Rojas y cols.⁽⁴⁾ que obtuvo una relación de 2,1:1, a partir de datos de la misma Institución del presente estudio, pero incluyendo un periodo de tiempo anterior, entre los años 1975-2006. Este último estudio muestra un aumento del número de casos de carcinoma escamoso en mujeres y coincide con la observación descrita por Riera y cols.⁽³⁾, a partir de datos de altas hospitalarias en Chile, que muestra un aumento del número de mujeres afectadas en los últimos años.

En esta serie de casos de SAP-FO la media de edad de los pacientes diagnosticados con COCE fue 63,3 años, levemente menor a la edad promedio de 64,4 años reportada por Momares y cols.⁽⁸⁾ en Chile y a lo descrito por Iamaron y cols.⁽¹⁶⁾ en Tailandia, 65 años. La distribución según grupo de edad muestra que 93,3% de los casos fueron diagnósticos en pacientes de 45 años y más, detectándose una mayor afectación en pacientes de más edad que lo reportado previamente en Chile, con datos de registros de altas hospitalarias, en que 84,4% eran adultos sobre 45 años⁽³⁾. En nuestra investigación sólo el 6,7% (n=8) de los pacientes diagnosticados con COCE tenían menos de 45 años, por lo que parece ser todavía una patología de baja incidencia en este grupo de edad. Una revisión de 46 estudios publicados encontró que 4-6% de los casos de COCE ocurre en menores de 40 años⁽¹⁷⁾ y otra menciona que menos de 5,5% de los casos se diagnostica en el mismo grupo de edad⁽¹⁸⁾. Un estudio retrospectivo en Alemania determinó que 3,9% de los pacientes eran menores de 40 años⁽¹⁹⁾.

En relación a la supervivencia según edad, en nuestro estudio detectamos una mayor supervivencia en adultos menores de 55 años que entre aquellos de 55 años y más. El hallazgo que los pacientes adultos más jóvenes tienen mejor pronóstico ha sido descrito previamente en

estudios internacionales^(19,20). Udeabor y cols.⁽¹⁹⁾ en Alemania encontraron una supervivencia de 64% a los cinco años en adultos menores de 40 años y de 57% en mayores de 40 años. Goldenberg y cols.⁽²⁰⁾ también detectaron una mayor supervivencia de COCE en adultos más jóvenes y concluyen que esto no parece estar influenciada por características específicas de los pacientes, como género, raza, sitio o etapa; de tal modo, que las causas que explican esta mayor supervivencia es una pregunta aún sin resolver que se debería seguir investigando. Como una explicación biológica plausible podríamos mencionar la mayor capacidad regeneradora y respuesta inmunológica de los pacientes más jóvenes, menor presencia de comorbilidades e incluso mejores condiciones de salud bucal que favorezcan la respuesta local de los tejidos, lo que podría ser investigado en estudios posteriores.

Por otra parte, la edad de 55 años como punto de análisis para esta patología ha sido demostrada como relevante en un estudio reciente sobre mortalidad por cáncer oral en Chile entre los años 2002-2010 que determinó que desde esa edad comienza un aumento importante de la mortalidad y alrededor del 83% del total de fallecidos por este cáncer ocurre en el grupo de 55 años y más⁽²¹⁾.

Respecto al grado histológico, el mayor porcentaje correspondió a un grado de diferenciación moderado o bien diferenciado, que en conjunto representa al 94,2% de los casos, mayor que lo reportado en estudio de Tailandia, 79,4%⁽¹⁸⁾.

Los sitios más afectados en COCE fueron lengua (27,5%) y encía (16,6%), lo que coincide con la mayor frecuencia en lengua reportada en la literatura⁽²²⁾. Rusthoven y cols. describen que la localización en lengua presenta menor supervivencia al ser comparada con otros sitios. En esta localización la invasión a nódulos linfáticos cervicales se produce con más frecuencia⁽²³⁾. La segunda localización más asociada en encía es de gran relevancia, si consideramos que se ha reportado que el COCE en esta ubicación presenta una temprana invasión ósea, lo que aumenta significativamente la posibilidad de metástasis ganglionar y peor supervivencia⁽²⁴⁾. Las ubicaciones más frecuentes encontradas en este estudio pueden ser difíciles de examinar sin entrenamiento.

El 63,3% de los diagnósticos clínicos presuntivos correspondían a COCE u otra neoplasia maligna, lo que demuestra que el diagnóstico se realizó, en un alto porcentaje, cuando las características clínicas eran muy sugerentes.

La baja supervivencia a los dos años pone de manifiesto la naturaleza agresiva de este tipo de cáncer o alternativamente, el diagnóstico tardío de éste. El número de casos con diagnóstico presuntivo de lesiones potencialmente malignas fue sólo 3,3%, por lo que podemos sospechar que el diagnóstico tardío contribuye a la baja supervivencia de esta serie. El estudio histopatológico en lesiones potencialmente malignas permite determinar grados de displasia en el epitelio, lo que constituye una de las principales variables predictoras de desarrollo de cáncer oral⁽²⁵⁾.

El presente estudio contribuye con un reporte de desfavorable supervivencia global en paciente con diagnóstico de COCE, debido a que 48,3% de los pacientes sobrevive luego de dos años tras su diagnóstico y sólo 33,9% a los 5 años, menor a lo reportado previamente en Chile.

Los hallazgos sugieren implementar con urgencia políticas públicas que puedan mejorar la supervivencia de los pacientes con COCE. Como primera medida se debe educar sobre la existencia del cáncer oral en la población y como realizarse un autoexamen, mejorar el entrenamiento a los profesionales de salud en el reconocimiento de lesiones potencialmente malignas, y promover la realización de un examen minucioso de la mucosa oral en todas las oportunidades de atención odontológica, especialmente, en pacientes con factores de riesgo, y a

quienes se atienden en el GES Salud Oral Integral de los 60 años debido a que es la única edad de garantía de atención odontológica en adultos más cercana a la edad cuando se diagnostica el mayor número de casos de COCE.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del trabajo declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. IARC Publications 2014. (Consultado el 21 de enero, 2016). Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
2. Warnakulasuriya S. Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncol.* 2009;45(4-5): 309-316.
3. Riera P, Martínez B. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile. *Rev. Méd. Chile.* 2005;133(5): 555-563.
4. Rojas-Alcayaga G, Brignardello R, Espinoza I, Franco ME, Lobos N, Ortega AV. Oral Malignant tumours: a report of 728 cases in Chile. *Acta Odontol Latinoam.* 2010;23(2):136-142.
5. El-Mofty SK. Human papillomavirus-related head and neck squamous cell carcinoma variants. *Semin Diagn Pathol.* 2015;32(1):23-31.
6. Radoi L, Menvielle G, Cyr D, Lapôte-Ledoux B, Stücker I, Luce D et al. Population attributable risks of oral cavity cancer to behavioral and medical risk factors in France: results of a large population-based case-control study, the ICARE study. *BMC Cancer.* 2015;15:827.
7. Bórquez M, Capdeville F, Madrid M, Veloso O, Cárcamo P. Supervivencia global y por estadios de 137 pacientes con cáncer intraoral: Experiencia del Instituto Nacional del Cáncer. *Rev Chil Cir.* 2011;63(4): 351-355.
8. Momares B, Contreras G, Martínez B, Ávalos J N, Carmona L. Supervivencia en carcinoma espinocelular de mucosa oral: análisis de 161 pacientes. *Rev Chil Cir.* 2014;66(6):568-576.
9. Feldman B, Castro A, Salinas O, Sotomayor D. Supervivencia y factores pronósticos de 13 pacientes con carcinoma espinocelular oral diagnosticados en el CRS Cordillera Oriente, entre los años 2001 - 2015. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2016;76(2): 173-183.
10. Barnes L, Eveson J.W, Reichart P, Sidransky D. (Eds.): World Health Organization: Classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. IARC Press: Lyon; 2005.
11. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing 2014. (Consultado el 8 de diciembre, 2017). Disponible en: <http://r-project.org/>
12. Arriagada O, Venegas R, Cantín M, Zavando D, Manterola C, Suazo I. Rol de las características clínicas e histológicas como factores pronósticos para la supervivencia en pacientes con carcinoma de células escamosas de la cavidad oral. *Rev Chil Cir.* 2010;62:441-8.
13. Dantas TS, de Barros Silva PG, Sousa EF, da Cunha Mdo P, de Aguiar AS, Costa FW, et al. Influence of educational level, stage, and histological type on survival of oral cancer in a Brazilian population: A retrospective study of 10 years observation. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(3):e2314.
14. Listl S, Jansen L, Stenzinger A, Freier K, Emrich K, Holleczer B, et al. Survival of patients with oral cavity cancer in Germany. *PLoS One.* 2013;8(1):e53415.
15. Cancer Stat Facts: Oral cavity and pharynx cancer. Surveillance, epidemiology, and end results program. (Consultado 22 de Agosto 2017). Disponible en: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html>.
16. Iamaroon A, Pattanaporn K, Pongsiriwet S, Wanachantararak S, Prapayastok S, Jittidecharaks S, et al. Analysis of 587 cases of oral squamous cell carcinoma in northern Thailand with a focus on young people. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004;33:84-8.
17. Llewellyn CD, Johnson NW, Warnakulasuriya KA. Risk factors for squamous cell carcinoma of the oral cavity in young people-a comprehensive literature review. *Oral Oncology.* 2001;37(5):401-18.
18. Toner M, O'Regan EM. Head and neck squamous cell carcinoma in the young: a spectrum or a distinct group? Part 2. *Head Neck Pathol.* 2009;3(3):249-51.
19. Udeabor SE, Rana M, Wegener G, Gellrich NC, Eckardt AM. Squamous cell carcinoma of the oral cavity and the oropharynx in patients less than 40 years of age: a 20-year analysis. *Head Neck Oncol.* 2012; 30;4:28.
20. Goldenberg D, Brooksby C, Hollenbeak CS. Age as a determinant of outcomes for patients with oral cancer. *Oral Oncol.* 2009;45:e57-61.
21. Ramírez V, Vásquez-Rozas P, Ramírez-Eyraud P. Mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile, años 2002-2010. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* 2015;8(2):133-138.
22. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2015;65(1):5-29.
23. Rusthoven K, Ballonoff A, Raben D, Chen C. Poor prognosis in patients with stage I and II oral tongue squamous cell carcinoma. *Cancer.* 2008;15;112(2):345-51
24. Lubek J, El-hakim M, Salama AR. Gingival carcinoma: retrospective analysis of 72 patients and indications for elective neck dissection. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2011;49:182-5
25. Sperandio M, Brown AL, Lock C, Morgan PR, Coupland VH, Madden PB, et al. Predictive value of dysplasia grading and DNA ploidy in malignant transformation of oral potentially malignant disorders. *Cancer Prev Res (Phila).* 2013;6(8):822-31.