

Incidencia del cáncer cutáneo no melanoma en los países del CILAD

Cutaneous cancer non melanoma in CILAD countries

Para conocer la epidemiología del cáncer cutáneo no melanoma (cáncer de labio, carcinoma basocelular y epidermoide) (CCNM) es preciso disponer de una buena información procedente de los registros del cáncer, de encuestas periódicas, estadísticas vitales y estudios prospectivos o retrospectivos. De todas estas fuentes de información, los registros de cáncer incluidos en redes internacionales son los más precisos por que establecen unas normas básicas homogéneas para su funcionamiento y publican periódicamente sus resultados. Por tanto, para conocer la incidencia del cáncer cutáneo en una población determinada es necesario disponer de un Registro de Cáncer (RC) que cubra una población lo mas amplia posible.

Los RC recogen de forma continua y sistemática datos sobre la aparición y características de todas las neoplasias incidentes en su zona con el fin de recoger y clasificar la información para realizar estadísticas, y para valorar y controlar su impacto en la comunidad. Disponer de un RC es imprescindible para conocer la incidencia y la prevalencia de un determinado cáncer, para definir los factores de riesgo en la población de ese país, planificar campañas de prevención necesarias, realizar una evaluación de los programas de diagnóstico precoz, evaluar la supervivencia y distribuir los recursos económicos y humanos necesarios para disminuir la incidencia y la mortalidad ocasionada por ese tumor.

Desde 1960 la UICC (Union for International Cancer Control) inició la publicación de "Cancer Incidence in Five Continents" (C15) que se ha seguido publicando posteriormente por la IARC (International Agency for Research on Cancer) de la OMS hasta la actualidad.

Cuando iniciamos nuestro estudio para conocer la incidencia del CCNM en los países del CILAD nos encontramos con dos grandes problemas: La escasez de RC en los veintidós países del CILAD y que en algunos registros no se incluye el CCNM. En el primer volumen del C15 (1960-1962) sólo se recogen datos de los registros de Cali (Colombia) y de Puerto Rico, registros que continúan funcionando hasta la actualidad, y de un registro de Chile cuya información desaparece en volúmenes posteriores. En el segundo volumen (1963-1966) solo se incluyen los registros de Cali y Puerto Rico; en el volumen III se suman dos de Brasil (Recife y Sao Paulo) y Cuba que también desaparecieron posteriormente en otros volúmenes. Así ocurre en otros volúmenes del C15, donde aparecen y desaparecen RCs en distintos países. En España el primer registro (Zaragoza) se incorporó en el volumen III (1969-72), en el volumen IV (1973-1977) aparece el de Navarra y en el volumen V el de Tarragona. En el Volumen VI (1983-1987) se incluyen los registros españoles del País Vasco, Granada y Murcia y aparece un registro en Portugal (Vila Nova de Gaia) que ya no figura en el siguiente volumen. En el volumen VII (1988-1992) se incluyen por vez primera los registros de Albacete y Asturias. Así, con el paso del tiempo, solo se mantienen algunos registros, otros desaparecen y se incluyen otros de nuevo cuño.

Llegados a este punto debemos preguntarnos ¿por que desaparecen algunos registros? Las causas son varias y conveniría analizarlas de forma individual. Muchas veces es la falta de una prioridad adecuada al problema del cáncer, otras veces faltan objetivos bien definidos y personal preparado, con pocos conocimientos y dedicación del director del registro y, como sucede otras muchas veces, por falta de recursos financieros.

El último informe publicado por el C15 es el Volumen IX (1998-2002) donde su incluyen datos de los registros de Argentina (Bahía Blanca), Brasil (Brasilia, Cuiaba, Goiaina y Sao Paulo), Colombia (Cali), Ecuador (Quito), Perú (Trujillo), Costa Rica y Puerto Rico. En Portugal hay dos registros (Porto y Sur) y en España once, unos uniprovinciales (Albacete, Cuenca, Girona, Granada, Tarragona y Zaragoza) y otros (Asturias, País Vasco, Canarias, Murcia y Navarra) cubren toda una Comunidad Autónoma, pero con ámbito nacional, es decir que incluyen a toda la población de un determinado país, sólo figura el registro de Costa Rica y anteriormente el de Puerto Rico, cuyos datos han desaparecido en esta última publicación.

Algunos de estos RC no incluyen el CCNM, situación que se puede explicar por las características propias de estos tumores que generalmente aparecen en edades avanzadas de la vida, con escasa sintomatología y que muchas veces no llegan a diagnosticarse ni a tratarse. En otras ocasiones el tratamiento se realiza en medio extrahospitalario, con difícil acceso a los registros y, por ultimo, su alta morbilidad y baja letalidad hace que no figuren como causa de la muerte en los certificados de defunción. Además de estos motivos, su elevada incidencia obliga a consumir mas tiempo y más recursos que, en muchos

casos, pueden ir en detrimento de otras neoplasias. Todo ello nos lleva a considerar que existe un "subregistro", situación en la que se entra cuando un RC no tiene recogidos todos los casos incidentes de un determinado cáncer ocurrido en una población. Por tanto tenemos que admitir que, en mayor o menor grado, siempre existe un subregistro en el CCNM. Por todo ello somos conscientes de que con los datos que disponemos en el momento actual, sólo podemos hacer una aproximación a la incidencia real del CCNM en los países del CILAD.

El carcinoma basocelular es el CCNM con mayor incidencia en todos los registros tanto americanos como europeos. Su mayor incidencia la encontramos en Brasil (Goiania) con 149 casos por cien mil habitantes en hombres y 137 en mujeres. La menor incidencia se produce en Argentina (Bahía Blanca) con 12,9 en hombres y 9,5 casos por cien mil habitantes en mujeres. En los registros españoles la mayor incidencia la encontramos en el de Navarra (86,1 y 59,7 en hombres y mujeres respectivamente), seguido de Granada (61,1) en hombres y Tarragona (53,0) en mujeres. Los registros portugueses no incluye el carcinoma basocelular.

El carcinoma espinocelular tiene una incidencia menor. También la mayor incidencia la encontramos en los registros brasileños, especialmente en el de Goiania con cifras de 46,8 en hombres y 36,7 en las mujeres. En los demás registros latinoamericanos encontramos una variabilidad importante en las cifras, desde 3,4 y 1,1 en hombres y mujeres de Argentina, a 4,4 y 2,5 en Valdivia y 10,4 y 6,6 en Costa Rica, pero siempre con un claro dominio en varones. En los registros europeos la incidencia es más homogénea con un máximo en hombres en Navarra (17,9) y un mínimo en el registro del Sur portugués (9,0) y en las mujeres la incidencia máxima la encontramos en Granada (8,0) y la mínima en Zaragoza. No entendemos como un cáncer con capacidad metastásica frecuente no se incluye en algunos registros como ocurre en el de Cali, algunos españoles (Albacete, Asturias, País Vasco, Canarias y Cuenca) y portugueses (Porto).

El cáncer de labio, el que más problemas de metástasis ganglionares suele plantearnos a los dermatólogos, no se incluye como tal en el volumen IX del C15 sino que se agrupa en el epígrafe "oral cavity and pharynx" (C00-14) por lo que los últimos datos que disponemos son del volumen VIII. La máxima incidencia en los registros americanos también la encontramos en Brasil (Goiania) con (2,6 y 0,8) y nos llama la atención que hay varios registros sin ningún caso en ambos sexos (Costa Rica, y Quito) y otros que no llegan a la unidad (Uruguay, Puerto Rico, Cuba). Por el contrario en los registros europeos la incidencia es mucho mayor especialmente en los hombres con una incidencia en Cuenca (14,3) y Granada (12,1). Por el contrario la incidencia máxima en mujeres no llega a la unidad en ninguno de los registros.

En general podemos concluir que en los países del CILAD el CCNM tiene una incidencia mayor de los tres tumores en hombres que en mujeres. Las diferencias en la incidencia en los RC de los países americanos y europeos son mínimas en los Carcinomas basocelulares y espinocelulares, a excepción de los RC de Brasil que presentan unas cifras muy superiores. En el cáncer de labio, la incidencia es mucho mayor en los registros de españoles y en todos hay una clarísima diferencia entre hombres y mujeres.

Finalizamos expresando nuestras dudas y nuestros deseos. Hay muchos países que no tienen establecidos actualmente ningún RC; en otros posiblemente exista un subregistro importante que nos oculta parcialmente la realidad. Por otra parte el CCNM, por su incidencia y trascendencia constituye un problema de salud que es preciso cuantificar para asignarle los recursos necesarios. Por todo ello creemos que es necesario convencer a las autoridades sanitarias de la necesidad de crear y dotar Registros de Cáncer que funcionen y registren el CCNM; concienciarlos de esta necesidad es misión nuestra, de los dermatólogos.

Salvio Serrano Ortega, Agustín Buendía Eisman

Cátedra de Dermatología.

Universidad de Granada (España).