
Estado Actual, Prevencion y Manejo del Cancer en Honduras

Dr. J. Angel Sanchez, Dm. Flora Duarte**, Dr. Rafael Mojica****

INTRODUCCION

El Cancer es uno de los retos mas grandes que enfrenta el ser humano, produce un cuarto de todas las muertes registradas en los paises desarrollados y ocupa el segundo lugar en frecuencia de mortalidad despues de las enfermedades cardiovasculares⁽¹⁾. En Honduras el cancer constituyo la quinta causa de muerte en 1989⁽²⁾, sin embargo la verdadera incidencia y mortalidad son dificiles de precisar ya que hasta en el 50% las causas de muerte son mal definidas en los expedientes clinicos de los pacientes atendidos en hospitales estatales⁽³⁾. Tampoco se ha llevado un control estricto de las enfermedades neoplasicas. Solo hasta recientemente contamos con un registro de tumores auspiciado por el Ministerio de Salud Publica (MSP).

A medida que las condiciones socioeconomicas mejoran, y la expectativa de vida al nacer se prolonga en los paises subdesarrollados, la incidencia de enfermedades neoplasicas aumenta⁽⁴⁾.

Creemos que existe una concepcion erronea en el publico y gremio medico en Honduras de lo que es el paciente con cancer, ya que la mayoria ve la enfermedad como incurable y mortal, sin embargo debemos precisar que es una enfermedad similar a otras, e incluso muchas veces la expectativa de vida es mejor que en pacientes

Profesor de la facultad de Medicina, UNAH, Medico Especialista Instituto Nadoral del Torax y de la Policlinica, Comayagua.
Jefe de departamento de Hematologia y Oncologia Hospital Escuela.
Hematologo Hospital Escuela.

Con infarto del miocardio, accidente cerebrovascular, o

Debido a ello hemos considerado necesario revisar la estadistica y la informacion disponible con la finalidad de conocer el presente status del cancer en Honduras y brindar informacion de como se maneja y previene el cancer en Honduras en forma general, asi como para contribuir con informacion que pudiera ser util para la elaboracion de estudios futuros.

MATERIAL Y METODOS

Los articulos referentes al cancer en Honduras publicados en la revista medica hondurena desde 1965 hasta Junio de 1992 y las tesis realizadas por sustentantes al grado de Doctor en medicina y cirugia de la UNAH disponibles en la biblioteca medica de la UNAH fueron estudiadas y revisadas, se incluyo tambien la informacion disponible en el ministerio de salud publica, y del registro nacional de tumores que funciona en el Hospital General San Felipe (HGSF) desde 1990.

RESULTADOS

Un total de 8 articulos aparecidos en la Revista Medica Hondurena y 19 tesis fueron seleccionados e incluidos en este estudio tambien se incluyo datos estadisticos del MSP.

El primer reporte de la condition del cancer a nivel nacional fue publicado por Bueso, Castillo y Alvarado, quienes estudiaron 11,840 biopsias reportadas con diagnostico de cancer, durante 1969 a 1979.

Se encontro un incremento en la la tasa por 100,000 habitantes de 26.09 en 1969 a 40.4 en 1979, el 70.8% de los casos correspondieron a mujeres y el 29.2% a hombres, existiendo un incremento en las mujeres a partir de los 30 años, alcanzando un pico maximo a los 50 años. Para los hombres el incremento se inicio a los 40 años, pero mostro una tendecia a continuar aumentando con la edad.

En la mujer el cancer del cuello uterino ocupo la mayor frecuencia seguida por cancer de piel y de mama con un porcentaje de 53.6%, 8.7%, y 6.4% respectivamente del total de numero de casos.

En el hombre la mayor frecuencia la constituyo el cancer de piel seguido por estomago, prostata y ganglios linfaticos (18.4%, 13.4%, 8.3%, 7.3% respectivamente).

Para los pacientes menores de 14 años, la mayor frecuencia la ocupo el cancer de los ganglios linfaticos seguido por del sistema hematopoyetico, ojo, y rinon, para los niños. Y en frecuencia descendente, ganglios linfaticos, rinon, ojo, y ovario para las niñas⁽⁹⁾

En el cuadro No. 1 podemos observar la descripcion y la frecuencia de los diferentes tipos de cancer en la decada de los 80s, aqui podemos notar que el cancer mas

Frecuente, tomando ambos sexos, continua siendo el de cervix, alcanzando alrededor de 1,000 casos anuales, el segundo lugar lo ocupa el cancer de piel que represento el 11.8 (2,841 casos), el tercer lugar el cancer de estomago con 2647 casos, durante el mismo periodo.

La grafica No. 1 muestra el aumento progresivo en el numero casos anualmente desde 1980 a 1989, donde a partir de 1987 se observan mas de 3,000 casos anuales, la poblacion mas afectada es el grupo de edad mas productivo del ser humano, comprendido ente los 15 y los 45 años, como lo podemos observar en el grafico No.2⁽¹⁰⁾

Hasta la fecha no encontramos estudios a nivel nacional del cancer de cervix, pero en 1990 se presentaron 229 casos en el HGSF presentandose la mayoría de los pacientes en estadios avanzados de la enfermedad, el grupo de edad, mas afectado lo constituyo mujeres de los 35 a los 45 años⁽¹¹⁾

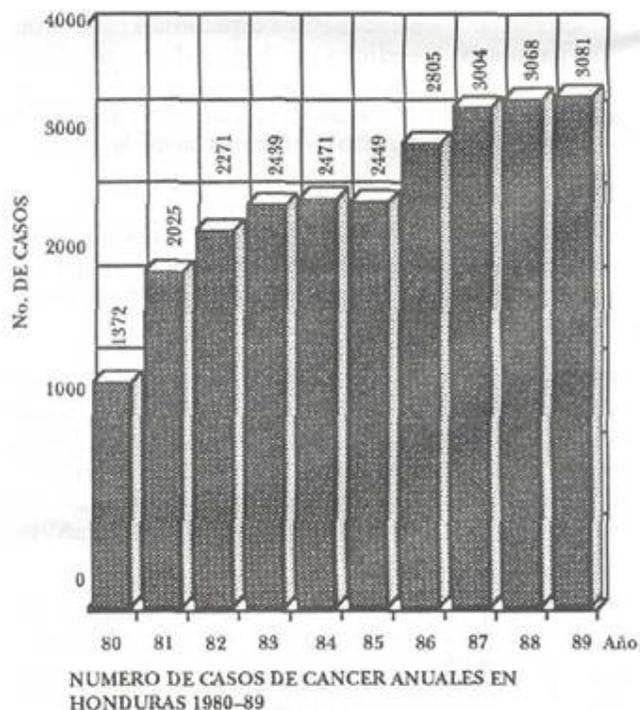
Rivas estudio 435 casos de cancer de estomago que se presentaron en el HGSF de 1971 a 1977, no hubo diferencia por sexo. ningun caso se presento en forma

CUADRO No. 1

Distribución de 24,985 casos de cáncer encontrados en Honduras de 1980 a 1989 (17,805 mujeres = 71.3% y 7071 hombres = 28.7%) (10).

Tipo de cáncer	Número	Porcentaje
CERVIX	10,500	42%
ESTOMAGO	2,647	11%
PIEL	2,841	11.5%
MAMA	1,224	4.89%
PROSTATA	561	2.24%
MED. OSEA	861	3.46%
G. LINFATICOS	523	2.24%
RECTO	280	1.12%
PENE	395	1.58%
V. BILIAR	249	0.99%
UTERO	391	1.56%
OVARIO	267	1.06%
TIROIDES	195	0.78%
PULMONES	169	0.69%
HIGADO	148	0.59%
LARINGE	148	0.59%
OTROS	3,585	14.3%
TOTAL	24,985	100%

GRAFICO No. 1



CUADRO No. 2

Distribuciones por sexo y grupo de edad mas frecuente de algunos tipos de cancer seleccionados en tesis de grado. La sobrevivencia no fue definida en la mayon'a de los estudios debido al pobre control en el seguimiento de los pacientes.

TIPO DE CANCER	NUM.	MASC/FEM	EDAD > F	SOBREVIDA	REF.	AÑO
BRONCOGENICO	168	94/74	60 - 69	18% < 1Año	20	78 - 86
MAMA	29	0/29	31 - 40	NE	21	80 - 90
COLORECTAL	40	19/21	60 - +	NE	22	85 - 88
COLON	51	30/21	50 - 60	15.6% 4Años	23	
TRACTO DIGESTIVO	309	216/93	40 - 50	NE	24	58 - 75
RIÑON	15	32/391	45 - 55	NE	25	81 - 85
MELANOMA	24	14/30	71 - +	NE	26	75 - 85
ENDOMETRIO	33	0/33	60 - 69	NE	27	80 - 87
PENE	91	91/0	61 - 70	NE	28	75 - 84
INTRACRANEAL	17	32/481	12/5	NE	29	81 - 85
NASOFARINGEO	14	32/390	50 - 69	NE	30	80 - 85
LARINGE	38	29/9	40 - +	NE	31	80 - 84
MEDIASTINO	22	32/486	21 - 50	NE	32	74 - 83
VESICULA BILIAR	51	13/118	51 - 70	NE	33	79 - 86
PANCREAS	43	18/25	51 - 65	NE	34	79 - 84
HUESO	42	30/12	16 - 30	NE	35	80 - 84
OVARIO	43	0/43	41 - 60	NE	36	81 - 85

NE: No estudiada

REF: referencia

y documentation del estudio hacen dificil interpretar los resultados, aun no se ha publicado los resultados finales⁶⁷>

De 82 casos de cancer de mama que se les incluyo en diferentes protocolos de tratamiento en el Hospital Escuela, hubo 7 grupos de tratamiento, la mayoria de ellas (77.5%) recibieron quimioterapia combinada con alguna otra modalidad terapeutica, otra vez la tasa de sobrevivencia no fue estudiada ni la tasa de respuesta definida en este reporte¹⁴-

Con respecto al manejo de las leucemias, en el estudio de Banegas 12 pacientes no recibieron ningun tratamiento, 79 tuvieron tratamiento de consolidation, mientras que 40 recibieron alguna forma de prevention meningeal con quimioterapia y 35 pacientes tuvieron alguna forma de tratamiento de mantenimiento. hubo 23 casos de leucemia linfoblasticas los que ameritaban tratamiento profilactico para el SNC sin embargo se le dio a 40 pacientes y solo se comprobo 3

Casos en forma inicial de infiltration meningeal, 16 de 23 casos de LLA, sufrieron recurrencia a nivel del SNC¹⁵-

En el estudio de Noe y Pinel se documento que la funcion renal (UREA y creatinina) y hepatica solo fue evaluada en 23% y 13% respectivamente, a pesar de que la mayoria de los pacientes recibieron antibioticos, solo en un 11 % se comprobo agente infeccioso por laboratorio. Con respecto al tratamiento estos fueron tratados en forma irregular sin ningun protocolo.

La tasa de sobrevivencia tampoco fue estudiada¹⁶>

En el manejo del linfoma de Burkitt a 7 pacientes no se les dio tratamiento especifico y estos ninos murieron de la enfermedad, aunque la tasa de mortalidad no se estudio en forma adecuada, se reportó que 22 de los 29 pacientes habianfallecido cuando el articulo fue escrito, los 22 pacientes tratados lo fueron en forma no uniforme con quimioterapia y uno recibio radioterapia, a pesar que se obtuvo en 16 pacientes una tasa de respuesta del

90% con ciclofosfamida, 11 pacientes de ellos murieron con recaídas tempranas⁽⁰⁷⁾

En el cáncer de tiroides estos pacientes fueron manejados con diferentes grados de tiroidectomía y a 5 pacientes se les practicó biopsia como único tratamiento", no se completó un estadio clínico adecuado, 14 pacientes recibieron cobaltoterapia y 2 Iodo radioactivo, de nuevo no se estudió la sobrevivencia ni la frecuencia anual, en 13.8% se sospechó malignidad antes de la cirugía⁽¹⁹⁾-

DISCUSION

En Honduras existe la tendencia a incrementarse año con año el número de casos de cáncer, sin embargo a la inversa, los cánceres más frecuentes en nuestro medio, han ido disminuyendo en número en otros países por razones que no son del todo claras⁽³⁾-

Más alarmante aún, es el incremento que el cáncer ha alcanzado como causa de muerte, por ejemplo en 1983, ocupaba la octava posición representando el 5.1% del total de muertes, para 1986 ocupaba ya el sexto lugar y el 6.6% del total de muertes reportadas⁽³⁸⁾ para el próximo siglo probablemente ocupe el segundo o tercer lugar y el 15%-25% del total de muertes.

El cáncer de cervix es una enfermedad curable cuando se detecta en forma temprana⁽³⁸⁾ pero continuando causando estragos en nuestra población femenina, detectándose la mayoría de los casos en forma avanzada⁽¹¹⁾-

El cáncer basocelular de piel, a pesar de no constituir una amenaza para la vida del paciente, constituye un aumento en la morbilidad y acarrea un gasto de salud pública, es también probablemente prevenible regulando la exposición a la radiación ultravioleta⁽³⁹⁾-

Campanas de detección temprana para cáncer gástrico han sido llevadas a cabo en Japón, mostrando estas un aumento en la detección temprana y disminución en la mortalidad por esta patología⁽⁴⁰⁾- A pesar que este es el cáncer más frecuentes en hombres, no hemos definido los factores genéticos y/o ambientales asociados con cáncer gástrico en Honduras y la mayoría de los casos continúan presentándose en forma avanzada, con una pobre expectativa de vida al momento del diagnóstico. Tampoco manejamos estos pacientes en forma uniforme por la ausencia de protocolos de tratamiento.

La mamografía, combinada con visitas médicas frecuentes y autoexamen de las mamas también han producido una mejoría en la expectativa de vida en las mujeres afectadas con cáncer de mama⁽⁴¹⁾ nosotros aún no contamos con campañas de educación y detección temprana a pesar que esta neoplasia ocupa el segundo lugar de frecuencia en la mujer hondureña si excluimos el cáncer basocelular de piel.

En el cáncer de próstata el tacto rectal ha demostrado ser eficaz en la detección temprana⁽⁴²⁾ la sensibilidad mejora cuando el examen digital es combinado con ultrasonografía y la medición antígeno específico de la próstata en sangre periférica⁽⁴³⁾- Así en nuestro medio debe implantarse el tacto rectal en forma obligada como parte del examen físico en todo hombre mayor de 40 años y repetirse anualmente ya que el aumento progresivo de casos de cáncer proporcional a la edad es debido precisamente al cáncer de próstata.

Si bien la oncología profiláctica aún no se ha implementado en nuestro medio, preocupamos el hecho que no nos estemos preparando para el futuro, y problemas como la contaminación ambiental, uso indiscriminado de pesticidas, consumo del alcohol y de tabaco, que representan agentes etiológicos para el desarrollo de cáncer, pasan desapercibidos por el público en general, el gremio médico y las autoridades respectivas de nuestro país.

El futuro pues, no nos parece mejor al pasado y probablemente para el próximo siglo, contemos con epidemias de cáncer de pulmón, de hígado, de próstata y de piel incluyendo melanomas malignos relacionados con factores ambientales mencionados.

La evaluación del paciente con cáncer se hace de manera incompleta, en la mayoría no se hace clasificación por estadios clínicos, por ejemplo en el estudio de Noe y Pinel solo a un porcentaje pequeño se valoró la función renal y hepática denotando esto el poco conocimiento de las complicaciones que el paciente con leucemia puede desarrollar, en otro estudio de cáncer broncogénico en el Instituto Nacional del Torax no se le dio ningún tipo de tratamiento al 43.4% de 168 casos de cáncer de pulmón, 82.1% del total de pacientes estaban muertos antes de un año⁽²⁰⁾

Nos parece que en forma general al paciente con cancer se le e valua solo de una manera superficial e incomple ta.

El manejo especifico del cancer se ve limitado en nuestro pais, la falta de recursos economicos, la falta de sistematizacion y protocolos de tratamiento, aunados a la ausencia de investigacion clinica y de laboratorio en el area de la oncologia son solo algunos de los aspectos que inciden en el pobre resultado del manejo del cancer.

En conclusion, el cancer en Honduras es un problema que crece cada dia mas, lo visible es la punta del iceberg por lo que es imprescindible empezar campafias de educacion, prevencion, protocolos de investigacion clinica'y de laboratorio asi como racionalizar y normatizar los esquemas terapeuticos con la valoracion cientifica de los resultados alcanzados. Si no tomamos estas medidas el iceberg oculto saldra a flote en forma completa para el proximo siglo.

REFERENCIAS

1. Cancer facts and figures 1991. American Cancer Society., editada por American Cancer Society. 1991
2. Aguilar HL. Comunicacion personal. Division de epidemiologia del ministerio de salud publica, datos aun no publicados 1992.
3. Salud en cifras 1987-1991. Ministerio de Salud Pública. Tegucigalpa 1992.
4. Fraumeni Jr JF, Hoover RN, Devesa SS, et al. Epidemiology of cancer, in cancer principles and practice, 3rd edition, by Devita V, Hellman S and Rosenberg SA. JB Lippincott Company, Philadelphia, 1989, pp 196-227.
5. Pasternak RC, Braunwald E, Alpert JS. Acute myocardial infarction in Harrison's principles of internal medicine. Braunwald E. et al eds. 11 TH edition. McGraw-Hill book company NY. 982-993 pp
6. Kistler JP, Ropper AH, Martin JB. Cerebrovascular diseases, in Harrison's principles of internal medicine. Braunwald E. et al eds. 11 TH edition. McGraw-Hill book company NY. pp1930-1959.
7. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, et al. The efficacy of Azidothymidine (AZT) in the treatment of AIDS and AIDS-related complex. N Engl J Med 317(4):185-191,1987
8. Volpi A, Maggioni A, Franzosi GM, et al. In hospital prognosis of patients with acute myocardial infarction complicated with ventricular fibrillation. New Engl J Med 317(5):257-261, 1987.
9. Bueso CE, Castillo JC, Alvarado D. Cancer en Honduras 1969-1979. revista Medica Hondurena 50(1):136-47,1982
10. Hernandez RD, Guillen RA, Miranda PM, Sierra CD. Epidemiologia del cancer en Honduras durante 1980-1989. Tesis, 1990.
11. Registro de cancer Hospital General San Felipe, 1990. Publicacion del ministerio de salud publica, division de epidemiologia. Tegucigalpa.
12. Rivas A. Cancer gastrico en Honduras. Revista Medica Hondurena. 50(1):68-71, 1982.
13. Aguilar HG, Castro LA. Sobrevida de los pacientes con cancer gastrico en el Hospital Escuela y Hospital General San Felipe, en el periodo, 1979-1986. Tesis, 1987.
14. Morales P, Ponce M., Flores OR. Cancer de mama, analisis de 6 anos en el Hospital Escuela. Revista Medica Hondurena. 55(2):223-229,1987
15. Banegas DM. Leucemia aguda, incidencia en el Hospital Escuela en la edad comprendida de 13-35 anos, en el periodo 1980-1985. Tesis, 1986
16. Bennet JM, Catovsky D, Daniel M-T, et al. Proposed revised criteria for the classification of acute myeloid leukemia: A report of the french American-British cooperative group. Ann Inter Med. 103:620-629,1985
17. Noe ML, Pinel RE. Aspectos epidemiologicos de las leucemias y las complicaciones de la enfermedad y de su tratamiento, en pacientes del Hospital Escuela, durante el periodo de 1985 a 1990. Tesis, 1991
18. Cardona V., Medina R., Figueroa M., Glazer R. El linfoma de Burkitt en Honduras. Revista Medica Hondurena. 53(1):30-37,1985

19. Lagos CH, Arias C. Cancer de la glandula tiroides. revision de 36 casos. revista Médica Hondurena. 55(4):250-254, 1988.
20. Ochoa ES, Portillo LA. Cancer broncogenico en el Instituto Nacional del Toraxanos 1978-1986. Tesis. 1987.
21. Vaquedano MA, Barahona MR. Incidencia y frecuencia del cancer de mama en el Hospital Vicente D'antoni, la Ceiba, departamento de Atlantida, periodo 1980-1990. Tesis, 1991.
22. Mejia E. Frecuencia del cancer de colon y recto complicaciones quirurgicas. Hospital Escuela 1985-1988. Tesis de grado. 1989.
23. Zuniga S. Adenocarcinoma del colon y recto. Revista Medica Hondurena. 41 (1):62-92, 1973.
24. Zuniga S. Cancer primitivo de tracto digestive Revista Medica Hondurena. 36(1): 197-220. 1968.
25. Godoy JG. Tumores renal es malignos en pacientes adultos en el Hospital Escuela, en el periodo de 1 de enero de 1981 al 31 de diciembre de 1985. Tesis, 1986.
26. Mendez A. Melanoma maligno en los hospitales Escuela y General San Felipe, periodo 1975-1985. Tesis, 1986.
27. Coto RM. Estudio retrospectivo del adenocarcinoma de endometrio durante el periodo 1980-1987, en el Hospital General San Felipe. Tesis, 1988.
28. Reyes R, Vallejo AR. Cancer de pene, Estudio retrospectivo y lineal simple realizado en los hospitales: General San Felipe y Hospital Escuela en el periodo 1975-1984. Tesis, 1985.
29. Caballero CO. Tumores intracraneales en el Hospital Leonardo Martinez Valenzuela en el periodo comprendido de 1981-1985. Tesis, 1986.
30. Ordonez JA. Cancer nasofaringeo, estudio retrospectivo en cinco años, 1980-1985, Hospital Escuela y Hospital San Felipe. Tesis, 1986.
31. Gomez HC. Cancer de laringe: epidemiologia y sobrevivencia a cinco años. Hospital General San Felipe y Hospital Escuela 1980-1984. Tesis, 1985.
32. Escoto HL. Tumores del mediastino Instituto Nacional del Torax, periodo enero 1974-diciembre 1983. Tesis, 1985.
33. Enriquez RE. Carcinoma de la Vesicula Biliar en el Hospital Escuela periodo 1979-1986. Tesis, 1987.
34. Garcia C. Incidencia del cancer pancreatico en el Hospital Escuela durante el periodo 1979-1984 Tesis. 1986.
35. Mendoza L. Neoplasia malignas primarias de hueso, Hospital Escuela, Bloque Medico Quirurgico, 1 de enero de 1980-31 de Diciembre 1984. Tesis, 1986.
36. Hernandez FA. Cancer de ovario y su tratamiento multidisciplinario en el Hospital Escuela 1981-1985. Tesis, 1986.
37. Bulnes R, Rivera R. Carcinoma epidermoide del cervix uterino tratamiento con radioterapia y quimioterapia asociadas. Informe preliminar. Revista Medica Hondurena 55(1):9-13, 1987.
38. Fidler HK, Boyes DA, Worth AJ. Cervical cancer detection in British Columbia. J Obstet Gynecol Br Comm. 75:395-98, 1968.
39. Glass AG, Hoover RN. The emerging epidemic of melanoma and squamous cell skin cancer. JAMA 262:2097-100. 1989.
40. Kaneko E, Nakamura T, Umeda N, et al: Outcome of gastric carcinoma detected by gastric mass survey in Japan. Gut 18:6-26, 1977.
41. Tabar L, Fagerberg CJG, Gad A, et al: Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography: Randomized trial from the breast cancer screening working group of the Swedish national board of health and welfare. Lancet 1:829-832, 1985.
42. Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL. et al. Measurement of prostate-specific antigen in serum as a screening test for prostate cancer N Eng J Med 324:1156-1161. 1991.
43. Catalona WJ. PSA screening for prostate cancer. Educational book. 28th ASCO annual meeting San Diego CA. may 17-19. 1992. 200-203 pp.