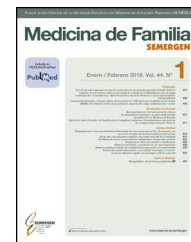




Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTA AL DIRECTOR

Factores que influyen en el retraso diagnóstico en el cáncer oral



Factors that influence the diagnostic delay of oral cancer

Sr. Editor:

El carcinoma epidermoide de la cavidad oral representa un problema de salud pública. Se considera el sexto cáncer más frecuente, y su incidencia está en aumento¹. Desafortunadamente, a pesar de cirugías agresivas y mutilantes, no se ha conseguido una mejoría de la supervivencia global (45-60% a 5 años)^{2,3}. En este sentido, el diagnóstico precoz podría ayudar a mejorar el pronóstico de esta enfermedad⁴. De hecho, un número considerable de pacientes se diagnostica en estadios avanzados⁵.

El objetivo principal de esta carta es focalizar la atención sobre un problema sanitario a menudo infravalorado. La historia clínica de 76 pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide oral entre los años 2013 y 2016 en el Hospital Universitario Virgen de la Nieves de Granada fue atentamente revisada. Los factores analizados fueron el retraso atribuible al paciente (tiempo que tardan en media los pacientes en consultar con un profesional), el retraso atribuible a los profesionales (tiempo que tardan los profesionales de atención primaria u odontólogos particulares en derivar los pacientes a un servicio especializado) y el retraso atribuible al sistema sanitario público (tiempo necesario para obtener una consulta en el servicio de cirugía oral y maxilofacial tras la petición del médico de familia). De acuerdo con nuestros resultados, el propio paciente es el principal responsable del retraso diagnóstico, 91,95 días fue el tiempo medio que tardaron los pacientes en acudir a su médico de familia tras la aparición del primer síntoma. Los síntomas más frecuentemente referidos fueron ulceración (77%), tumoración (11%), disfagia (6%), sangrado (2%) y otros (4%). Con respecto al retraso atribuible a los profesionales, 27,1 y 36,7 días fue el tiempo medio que los médicos de familia y odontólogos tardaron en derivar el paciente a un servicio especializado. En este sentido, el retraso atribuible

a los profesionales no resulta excesivo. Sin embargo, el retraso atribuible a las listas de espera del sistema sanitario público fue significativo (9,08 semanas, 63,59 días). Por lo tanto, el propio paciente y las listas de espera fueron los factores mayormente implicados en el retraso diagnóstico del cáncer oral. Estos 2 factores podrían ser fácilmente controlados y regulados. Campañas de sensibilización públicas podrían incrementar los conocimientos de la sociedad sobre esta enfermedad y reducir el retraso diagnóstico atribuible al paciente, como sugerido por Noonan⁶. Además, de acuerdo con Yeung, una mejoría de los protocolos de derivación y una interacción directa entre los centros de salud y los servicios especializados es fundamental⁷. En nuestro caso, tras un atento análisis de los resultados de este estudio, decidimos crear una conexión «directa» entre los médicos de atención primaria y nuestro servicio. Los médicos de familia fueron invitados a contactar telefónicamente con nuestra secretaria para derivar directamente los pacientes con síntomas de sospecha. Tal iniciativa está permitiendo reducir el retraso diagnóstico atribuible a las listas de espera en la mayoría de los casos. Esta conexión «directa» entre los centros de salud y los servicios de cirugía oral y maxilofacial debería extenderse a todo el territorio nacional.

Bibliografía

- Ergun S, Warnakulasuriya S, Duman N, Saruhanoglu A, Sevinc B, Ozturk S, et al. Micronuclear and sister chromatid exchange analyses in peripheral lymphocytes of patients with oral lichen planus—a pilot study. *Oral Dis.* 2009;15:499–504, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-0825.2009.01576.x>
- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin.* 2015;65:5–29, <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21254>
- Byers RM, Weber RS, Andrews T, McGill D, Kare R, Wolf P. Frequency and therapeutic implications of “skip metastases” in the neck from squamous carcinoma of the oral tongue. *Head Neck.* 1997;19:14–9.
- Crean SJ, Hoffman A, Potts J, Fardy MJ. Reduction of occult metastatic disease by extension of the supraomohyoid neck dissection to include level IV. *Head Neck.* 2003;25:758–62.
- Groome PA, Rohland SL, Hall SF, Irish J, Mackillop WJ, O’Sullivan B. A population-based study of factors associated with early

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.03.003>

1138-3593/© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

- versus late stage oral cavity cancer diagnoses. *Oral Oncol.* 2011;47:642–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.oraloncology.2011.04.018>
6. Noonan B. Understanding the reasons why patients delay seeking treatment for oral cancer symptoms from a primary health care professional: An integrative literature review. *Eur J Oncol Nurs.* 2014;18:118–24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2013.07.005>
7. Yeung CA. Referrals to dentists by GPs could delay diagnosis of oral cancer. *BMJ.* 2017;356:i6784.

P. Cariati*, M. Perez de Perceval Tara, J. Fernandez Solis e I. Martinez Lara

Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paolocariati1@gmail.com (P. Cariati).