

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad de Ciencias Médicas

Hospital Bertha Calderón Roque



Tesis para optar al título de especialista en Ginecología y Obstetricia

**Sobrevida de cáncer cervicouterino estadios IIB y IIIB, de
pacientes atendidas en el año 2016, en el Hospital Bertha
Calderón Roque (2016-2021)**

Dr. Larry Somoza Jirón

R4 de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.

Tutor: Dr. Carlos Ruiz.

Cirujano Oncólogo

28 febrero, Managua, Nicaragua

OPINION DEL TUTOR

Por este medio, hago constar que la Tesis titulada ***“Sobrevida de cáncer cervicouterino estadíos IIB y IIIB, de pacientes atendidas en el año 2016, en el Hospital Bertha Calderón Roque”***, elaborado por el (la) sustentante ***Dr. Larry Francisco Somoza Jirón***, cumple Los criterios de Coherencia Metodológica de un trabajo Tesis de postgrado, guardando correctamente la correspondencia necesaria entre Problema, Objetivos, Hipótesis de Investigación, Tipo de Estudio, Conclusiones y Recomendaciones, cumple Los criterios de Calidad y Pertinencia, abordó en profundidad un tema complejo y demostró las hipótesis propuestas para este estudio, cumple con la fundamentación Bioestadística, que le dan el soporte técnico a la Coherencia Metodológica del presente trabajo, cumpliendo de esta manera con Los parámetros de calidad necesarios para su defensa, como requisito parcial para optar al grado de ***“Especialista en Ginecología y Obstetricia”***, que otorga la **Facultad de Ciencias Médicas, de la UNAN-Managua**.

Se extiende el presente ***Aval del Tutor Científico***, en la ciudad de Managua, a 28 días del mes de febrero del año dos mil veintidos.

Atentamente

Dr. Carlos Ruiz
Cirujano Oncólogo
Servicio de Oncología
Hospital Bertha Calderon Roque

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la sobrevida de pacientes con diagnóstico de cáncer de Cérvix Uterino Invasor estadio IIB y IIIB, Hospital Bertha Calderón Roque (2016 – 2021). **Materiales y métodos:** Estudio Descriptivo analítico retrospectivo, de pacientes diagnosticadas con cáncer de Cérvix Uterino Invasor estadio IIB y IIIB entre el 2016 y el 2021 en el Hospital Bertha Calderón Roque **Resultados:** La edad más frecuentemente afectada fue de 51 a 60 años (%). El estadio clínico que predominó fue el IIIB (78.3%). Los tipos histológicos principales fueron: carcinoma de células escamosas invasor (93%), adenocarcinoma invasor (6.2%). El grado de diferenciación que prevaleció fue el bien diferenciado (53.8 %). El tratamiento utilizado fue la quimioterapia concomitante con radioterapia y la braquiterapia. El 66.4% de las pacientes se encontraban vivas a los 5 años posterior al diagnóstico, Durante el seguimiento se identificó proctitis (16.6 %), infecciones (18.7 %) y enfermedad renal crónica (16.6%). La sobrevida global a 5 años fue de 66.4 %. La presencia de infecciones y proctitis estuvieron asociados con la sobrevida; (Phi 0.375 V de Cramer .005) **Conclusiones.**

El diagnóstico del cáncer de cérvix uterino sigue realizándose en etapas avanzadas. La edad más afectada por el cáncer fue de 51- 60 años. El tipo histopatológico predominante es el Carcinoma Escamoso invasor. La sobrevida global fue del 66.4 %. Teniendo el grupo de pacientes mayores de 60 años el comportamiento más bajo. Las complicaciones más frecuentes fueron infecciones, proctitis, enfermedad renal crónica.

(Palabras clave: Cáncer del cuello uterino; Neoplasias; Nicaragua; Sobrevida)

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación se la dedico a Dios y la Virgen María que son un manantial de bendiciones.

A mi señora madre, Marlin Jiron, quien siempre es mi motivación para seguir adelante.

A mi abuelita Josefina Gutiérrez, quien fue un pilar fundamental en mi vida y que aunque ya no este conmigo, su voz transita mi mente y me colma de paz y me motiva a seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

“A mis tutores, por el tiempo dedicado y los conocimientos brindados.”

“A mi madre por la vida y por enseñarme a vivirla.”

Por último pero no por eso menos importante a todos mis familiares y amigos. Personas que me han acompañado en este largo camino de luchas y sacrificio, y que me han impulsado seguir adelante a pesar de las dificultades.”

Índice	
I INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACION	4
IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V. OBJETIVOS	8
Objetivo General	8
Objetivos específicos.....	8
VI. MARCO TEORICO	9
6.1 Características anatómicas	9
6.2 Epidemiología	9
6.3 Diagnóstico del cáncer cérvico uterino	10
6.4 Estadificación del cáncer de cérvix uterino.....	14
6.4.1 Tipos histológicos de cáncer cérvico uterino	14
6.5 Agrupación de las Etapas Sistema FIGO. (International Federation of Gynecology and Obstetrics).....	18
6.6 Tratamiento basado en la última estadificación	22
VII. HIPOTESIS	29
VIII. DISEÑO METODOLOGICO.....	30

Tipo de estudio	30
Área de estudio	30
Universo y muestra.....	31
Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información .	38
Plan de Análisis Estadístico	33
IX. RESULTADOS	39
X.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	53
XI.- CONCLUSIONES.....	55
XII.- RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFÍA.....	57

I INTRODUCCION

En la mujer el cáncer de cérvix en el mundo ocupa el segundo lugar en incidencia y el tercer lugar en mortalidad, a pesar de esto es el segundo cáncer con mayor prevalencia. En los países desarrollados ocupa el 7mo lugar tanto en morbilidad como en mortalidad, no constituyendo un problema de salud, sin embargo para los países en vías de desarrollo sí lo es, siendo el segundo en incidencia y primero en mortalidad. (Constanza Pardo1, 2009)

El cáncer Cervico uterino tiene un aspecto social difícil de medir, pero muy fuerte: las mujeres con cáncer Cerviño uterino mueren cuando están activamente involucradas en mantener la familia. Cuando el cáncer afecta a la mujer, en consecuencia afecta la unidad de su familia, el pronóstico y supervivencia de sus hijos, la comunidad pierde un miembro económicamente activo y por ende afecta activamente la economía del país. Nicaragua tiene la tasa general de mortalidad por cáncer Cervicouterino más alta de todos los países centroamericanos, producto de una compleja epidemiología del subdesarrollo, siendo la primera causa de morbimortalidad en la mujer nicaragüense. (037, 2010)

La supervivencia para países desarrollados es de un 61 % y en los países en vías de desarrollo de 41 %. Se dice que esta diferencia se debe a la mayor calidad de los programas de tamizaje, al incremento del diagnóstico precoz, los avances en los tratamientos, uso combinado de tratamientos y mejor conocimiento de factores que pueden influir en ella; permitiendo individualizar los pacientes ante las conductas terapéuticas y mejorar programas de tamizajes. (Constanza Pardo1, 2009)

c El conocimiento de sobrevida en esta patología en las diferentes etapas o estadios nos revelará un importante hito en el manejo que se está brindando en nuestra unidad de salud.

II. ANTECEDENTES.

La supervivencia libre de enfermedad y de recaída local y regional entre pacientes con cáncer de cuello uterino, está determinada principalmente por el estadio clínico y la presencia de compromiso ganglionar, aunque la invasión del estroma y la presencia de invasión vascular o linfática son también factores de pronóstico para pacientes con tumores en estadios tempranos.

En Colombia se realizó un estudio descriptivo de supervivencia que incluyó todas las pacientes con cáncer de cuello uterino que fueron tratadas en el Instituto Nacional de Cancerología en el 2010. Se emplearon frecuencias y medidas de tendencia central y de dispersión, para resumir las variables categóricas y numéricas, respectivamente. El ANÁLISIS de supervivencia se realizó mediante el método de Kaplan-Meier y la regresión de Cox. (Constanza Pardo¹ , Ricardo Cendales², 2000)

Se trataron 651 pacientes en el 2000. Entre las 455 pacientes elegibles, 303 (66%) estaban vivas al finalizar el período. El tiempo medio de seguimiento para las pacientes que no murieron fue de 3,69 años, con una desviación estándar de 2,58 años. La probabilidad acumulada de supervivencia global a 5 años fue de 58,8% y el tiempo medio de supervivencia fue de 4,53 años. (Constanza Pardo¹ , Ricardo Cendales², 2000)

Un estudio realizado en el año 2016 en el Instituto Nacional de Cancerología de la ciudad de México, para la evaluación de la supervivencia del cáncer cervicouterino se determinó que la edad promedio fue de 50 años. El 83.22% (377 pacientes) presentaron histología escamosa. En el 38.19% (173 pacientes) presentaron etapa III (FIGO III). La mediana de seguimiento fue 2.5 años. La supervivencia global fue del 67.05% a 5 años. Según histología, la supervivencia global a 5 años fue del 67.33%(377 pacientes) para el escamoso y del 67.13% (57 pacientes), para el adenocarcinoma. Durante la evaluación

específica para cada una de los estadios clínicos, la supervivencia global para el estadio III fue del 47.4% (173 pacientes). (Michael Villalobos C., 2009-2013)

En Cuba, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en una serie de 853 pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello uterino (estadios IA-IVA, FIGO 2009). Se realizaron pruebas de hipótesis y análisis de supervivencia. Para la estimación de la supervivencia se utilizó el método estadístico de Kaplan-Meier. Se aplicó la prueba de Long Rank para comparar la supervivencia por estratos. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa $p < 0,05$. La edad promedio de las pacientes, 49,7 años (DS: $\pm 13,9$), 56,6 % no se habían realizado la citología cervical. El seguimiento citológico, según establece el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Cuello Uterino, se cumplió por 84,1 % de las mujeres pesquisadas; en 15,9 % de los casos, el periodo de seguimiento citológico fue superior a los 3 años. El carcinoma epidermoide fue la variedad histológica más frecuente (88,2 %). Del total de pacientes, 87,1 % fueron diagnosticadas en estadios localmente avanzados (FIGO IB2-IVA). La modalidad terapéutica más empleada fue la quimio radioterapia concurrente. La tasa de supervivencia global al diagnóstico fue de 47,2 %. La mediana de supervivencia fue de 4 años. (Dra. Lourdes B. González-Longoria Boada1, 2009)

Para Nicaragua el número total de muertes provocadas por cáncer en mujeres para el año 2011 fue de 1,846 mujeres, con una tasa estandarizada de mortalidad de 89.77. Al analizar por tipo específico de cáncer el carcinoma de cérvix uterino provocó 374 muertes reportadas, y una tasa de estandarizada de mortalidad de 18.43, representando el 22% de la mortalidad por cáncer en las mujeres nicaragüenses, ocupando el primer lugar de todos los tipos de cáncer. (O.P.S./O.M.S., 2013)

III. JUSTIFICACION

Originalidad: En Nicaragua el primer lugar en incidencia de cáncer ginecológico es el cáncer cervicouterino, actualmente se cuenta algunos estudios en torno a cáncer cervicouterino, pero ninguno específico para determinadas etapas del mismo. Gracias a las estrategias del ministerio de salud en los hospitales se cuenta con diferentes manejos tanto médicos como quirúrgicos para tratarlo, teniendo con esto disponible todos los tratamientos como en cualquier otro país, por lo que se esperaría una sobrevida similar a la reportada internacionalmente.

Conveniencia institucional: Al revisar la sobrevida del cáncer cervicouterino, se tiene que revisar el cumplimiento de protocolos de manejo nacionales e internacionales, y de esta forma evaluar si se está haciendo uso correcto de los recursos institucionales, para aumentar la sobre vida de estas pacientes.

Relevancia Social: ya que la investigación tiene trascendencia para toda la población ya que los resultados podrán beneficiar la salud y el bienestar, contribuyendo de esta manera a mejorar el nivel y calidad de vida de la población afectada.

Valor Teórico: por su aporte científico al mundo académico ya que se generara nuestras propias estadísticas, conoceremos así la calidad de atención de los servicios de salud y por consiguiente se mejorara la salud pública del país.

Relevancia Metodológica: ya que este estudio sienta las bases holísticas y sistémicas, para mejorar la forma de investigar esta problemática compleja.

Importancia e implicaciones prácticas económico, social: Dado que esta investigación permitirá ampliar y profundizar los conocimientos sobre el manejo y la evolución de pacientes con cáncer cervicouterino y permitiera conocer la optimización de los recursos

disponible y su impacto en la sobre vida de las pacientes, toda esta información al contribuirá al fortalecimiento y modernización del Sistema Nacional de Salud

IV PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Caracterización

El cáncer cervicouterino, ocupa el primer lugar de incidencia de los cánceres ginecológicos a nivel mundial y con una tasa de sobre vida global del 80 %. En el 5% de los casos la enfermedad se diagnostica en estadios avanzados lo que predispone a la alta tasa de mortalidad con una sobrevida menor al 20% en 5 años. Las opciones de tratamiento consisten en cirugía, radioterapia y quimioterapia. Los datos que se tienen de sobrevida por estadio son datos de Europa y Estados Unidos países con un perfil epidemiológico y socioeconómico diferente a nuestro país.

Delimitación

En el hospital Escuela Bertha Calderón Roque se reciben todas las pacientes con cáncer cervicouterino del sistema público de salud, confirmando en este hospital el diagnóstico y realizando su estadificación por medio resultado histológico y cirugía en algunos casos. En general las pacientes tienen un buen pronóstico sin embargo, no está documentado.

Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesta, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio: ¿Cuál es el índice de sobrevida de las pacientes con cáncer cervicouterino IIB y IIIB manejadas en el hospital Escuela Bertha Calderón Roque de enero a diciembre 2016 ?

Sistematización

Las preguntas de sistematización correspondientes se presentan a continuación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y antecedentes ginecoostetricos de las pacientes que fueron tratadas por cáncer cervicouterino en el periodo de enero a diciembre del 2016 en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque?

¿Cuáles son las características de las pacientes según el estadio clinico, el abordaje terapeutico y características histológicas?

¿cuál es la correlación entre las complicaciones médicas y el tratamiento oncológico y la sobrevida de cáncer de cérvix uterino invasor estadio IIB y IIIB ?

¿Cuáles son los efectos de predicción entre el estadio clinico, las características histológicas, sobre el tiempo de sobrevida de los pacientes?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar el índice de sobrevida de las mujeres con diagnóstico de cáncer de cervicouterino estadios IIB y IIIB atendidas en HBCR, enero a diciembre del 2016

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y antecedentes ginecoobstetricos de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino estadios IIB y IIIB de las pacientes en estudio
2. Caracterizar a las pacientes según el estadio clínico, el abordaje terapéutico y características histológicas.
3. Establecer la correlación entre las complicaciones médicas y la sobrevida de cáncer de cérvix uterino invasor estadio IIB y IIIB
4. Determinar la relación entre el estadio clínico y las características histológicas, sobre el tiempo de sobrevida de los pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino en estudio de endometrio, en el HBCR de Enero 2016 ~~diciembre~~ ~~Enero~~ 2016 ~~13~~.

VI. MARCO TEORICO

6.1 Características anatómicas

El cuello uterino es contiguo al cuerpo del útero y actúa como su apertura. Es un órgano cilíndrico y fibroso, cuya longitud promedio es de 3 a 4 cm. El hocico de tenca es la parte visible del cuello uterino en un examen vaginal. La abertura del cuello uterino se denomina orificio externo, que se encuentra al principio del conducto endocervical y forma la superficie interna del cuello uterino. En la superficie superior del conducto endocervical, se encuentra el orificio interno, que es un estrechamiento de este conducto. El estrechamiento señala la transición del cuello uterino al cuerpo del útero. El conducto endocervical más allá del orificio interno se llama conducto endometrial. (Marañón Cardonne, Mastrapa Cantillo, Flores Barroso, Vaillant Lora, & Landazuri Llago, 2017)

El cuello uterino está revestido por dos tipos de células epiteliales: células escamosas en la cara más externa, y células cilíndricas y glandulares en el conducto interno. La zona de transición entre las células escamosas y las cilíndricas se denomina unión pavimentoso-cilíndrica. La mayoría de los cambios precancerosos y cancerosos se presentan en esta zona. El carcinoma de cuello uterino se origina en la unión pavimentoso-cilíndrica; puede incluir las células escamosas externas, las células glandulares internas o ambas. La lesión precursora es una displasia: neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o adenocarcinoma *in situ*, que posteriormente se puede tornar en cáncer invasivo. Este proceso puede ser bastante lento. (Marañón Cardonne, Mastrapa Cantillo, Flores Barroso, Vaillant Lora, & Landazuri Llago, 2017)

6.2 Epidemiología

En 2018, murieron de cáncer de cérvix unas 311 000 mujeres; más del 85% de esas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y medios. El control integral del Cáncer de cérvix uterino consiste en la prevención primaria (vacunación contra los el virus del papiloma humano), secundaria (detección y tratamiento de las lesiones precancerosas) y terciaria (diagnóstico y tratamiento del CCU invasivo) y los cuidados paliativos. (Cancer.Net, 2021)

En la actualidad, se estima que existen 500, 000 nuevos casos y 231, 000 muertes al año a nivel mundial, por CaCu es la segunda causa de muerte en el mundo, aproximadamente el 80% de los nuevos casos se reportan en países en desarrollo como África, América Latina y Asia; es uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país; ocupa el primer lugar de mortalidad en mujeres de 25 a 64 años de edad. (Eloísa Domínguez Trejo¹, 2017)

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo con 86% de los casos y 88% de las muertes en países en vías de desarrollo y es la causa más importante de años de vida perdidos (por cáncer) entre las mujeres de América Latina y el Caribe, donde se concentra 13% de los casos y 12% de las muertes que ocurren anualmente en el mundo. Si no se mejoran los programas de prevención, se ha estimado que el número de casos de cáncer de cuello uterino se incrementará en la región de 68000 en el año 2008 a 126000 en el año 2025, simplemente por el crecimiento y envejecimiento de la población. (Cancer.Net, 2021)

6.3 Diagnóstico del cáncer cérvico uterino

El cérvix normal se compone de diferentes tipos de células epiteliales, el canal cervical medio y el cérvix superior están compuestos por epitelio columnar secretor, originado embriológicamente de la invaginación de los conductos müllerianos. Existe un pequeño potencial neoplásico para este tipo de células. La vagina el ectocérvix distal están compuestos de epitelio escamoso, estas células escamosas reemplazan las células columnares müllerianos originales cuando se forma el canal útero vaginal. Existe un pequeño potencial neoplásico para este tipo celular.

La unión escamo-columnar (UEC) es el punto donde las células escamosas y columnares se encuentran. Esta unión se encuentra típicamente entre el ectocérvix central y

el canal cervical inferior, pero la localización varía a lo largo de la vida de la mujer, por el desarrollo fetal y la menopausia.

En las mujeres en edad reproductiva, la UEC se mueve hacia afuera por influencia hormonal. El pH ácido vaginal provoca irritación mecánica que induce el proceso de metaplasia escamosa, resultando una nueva UEC. Esta área entre la original y la nueva UEC es referida como la zona de transición. Las células escamosas inmaduras metaplásicas en esta zona de transformación son teóricamente las más vulnerables a neoplasia.

La mayoría de los carcinomas de células escamosas se originan en la UEC. En mujeres jóvenes la UEC es localizada fuera del orificio cervical externo y el tumor tiende a crecer hacia afuera (crecimiento exofítico). En contraste, en pacientes de mayor edad la UEC es localizada en el canal cervical, por lo que el cáncer cervical tiende a crecer hacia adentro, a lo largo del canal cervical (crecimiento endofítico). Las células de reserva en la unión escamo columnar han sido vigiladas con interés como origen del adenocarcinoma cervical. Sin embargo, la mayoría de los adenocarcinomas cervicales surgen en la unión escamocolumnar. La coilocitosis ha sido descrita en muestras de Papanicolaou por décadas y es reconocida como muestra de displasia leve. En 1970 Meisels y Fortin descubrieron que el VPH era el origen de atipia coilocítica. El VPH es asociado a un alto grado de lesiones cervicales es considerado el agente causal en el desarrollo de cáncer cérvico uterino. Esta relación ha sido descrita por Bosch y cols. y es ahora bien aceptado el modelo para entender la oncogénesis mediada por virus. (Dra. Lourdes B. González-Longoria Boada1, 2009)

El Cáncer Cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal. (Eloísa Domínguez Trejo1, 2017)

Infección por el virus del papiloma humano

Se ha demostrado que la infección por el papiloma virus humano (VPH) es la causa necesaria, pero no la única suficiente, del cáncer cervicouterino.1 La gran mayoría de las

mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncógeno nunca presenta cáncer cervicouterino. Esto sugiere que otros factores adicionales que actúan conjuntamente con el VPH influyen en el riesgo de aparición de la enfermedad. Cofactores como la paridad, el uso de anticonceptivos orales, el tabaquismo, la inmunosupresión—particularmente la relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la infección por otras enfermedades de transmisión sexual y la desnutrición se han asociado, en grado variable, con la aparición de cáncer invasivo del cuello uterino. Sin embargo, su función específica en la aparición del cáncer cervicouterino es poco clara aún. La edad de comienzo de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales que se han tenido, los antecedentes de infecciones de transmisión sexual y otras características de la actividad sexual se vinculan con la probabilidad de contraer el VPH. No se los considera cofactores para la progresión de la infección por el VPH a cáncer cervicouterino. (Eloísa Domínguez Trejo¹, 2017)

Acción de la infección por el VPH Si bien existen más de 50 tipos del VPH que infectan el aparato genital, se han identificado 15 de ellos (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82) como tipos oncógenos de alto riesgo vinculados al cáncer cervicouterino. Un análisis de los datos compartidos de 11 estudios de casos y testigos de nueve países (todos menos dos, países en desarrollo), que incluyen a 1.918 mujeres con cáncer cervicouterino, reveló que ocho tipos—16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58—daban razón del 95 por ciento de los cánceres de cuello uterino.² El tipo 16, el de mayor prevalencia, respondía por el 50 a 60 por ciento de los casos de cáncer cervicouterino. El VPH 18, segundo en orden de prevalencia, daba cuenta de un 10 a 12 por ciento.³ En los diferentes países y regiones varían los tipos de VPH de alto riesgo que tienen mayor prevalencia. El VPH es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes. Sin embargo, la infección desaparece o se torna indetectable en uno o dos años en la gran mayoría de los casos. Por ejemplo, entre una cohorte de mujeres universitarias seronegativas al VPH, el 46 por ciento contrajo una infección por el VPH dentro de los tres años. Después de una mediana de seguimiento de 60 meses, la mayoría de estas infecciones por el VPH no progresaron a lesiones cervicales. ((Hernández, 2014)

Paridad elevada: Un cofactor Los datos compartidos de ocho estudios de casos y testigos sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y dos estudios sobre el carcinoma in situ

(CIS), efectuados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervicouterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor.⁵ Otros estudios corroboran esta relación positiva encontrada entre la paridad elevada y el cáncer de cuello uterino. El motivo fisiológico de esta asociación está poco claro; las posibilidades incluyen factores hormonales vinculados al embarazo o traumatismo cervical asociado con el parto. (Members, 2014)

Características clínicas

Es posible que el cáncer de cuello uterino en estadio temprano no cause signos ni síntomas perceptibles.

Los siguientes son los posibles signos y síntomas de cáncer de cuello uterino invasor:

1. a) Hemorragia vaginal.
2. b) Flujo vaginal inusual.
3. c) Dolor pélvico.
4. d) Dispareunia.
5. e) Hemorragia poscoital.

Diagnóstico

Para diagnosticar un cáncer de cuello uterino, se pueden utilizar los siguientes procedimientos:

- Antecedentes y examen físico.
- Examen pélvico.
- Citología del cuello uterino (frotis de Pap).
- Prueba del VPH.
- Legrado endocervical.
- Colposcopia.

- Biopsia.

Factores pronósticos

El pronóstico de las pacientes con cáncer de cuello uterino depende, en gran medida, de lo avanzada que se encuentre la enfermedad en el momento del diagnóstico. Más de 90 % de los casos de cáncer de cuello uterino se pueden detectar temprano mediante las prueba de Papanicolaou y del VPH. En cerca de 33 % de las mujeres aptas, no se realizan las pruebas de PAP y VPH, lo que produce una tasa de mortalidad más alta de lo previsto.

6.4 Estadificación del cáncer de cérvix uterino

El estadio clínico como factor pronóstico se complementa con varios hallazgos macroscópicos y microscópicos en las pacientes sometidas a cirugía. Datos probatorios (estadio clínico y otros hallazgos):

En un estudio sobre estadificación quirúrgico patológica de pacientes con carcinoma de cérvix uterino invasor, notificado por el Gynecologic Oncology Group (GOG), los factores pronósticos más destacados para el desarrollo de metástasis ganglionar y una disminución en la supervivencia sin enfermedad fueron el compromiso del espacio linfático capilar por el tumor, el aumento del tamaño del tumor y de la profundidad de la invasión estromal, que fue la más importante y reproducible. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2016, págs. 1-10)

En un estudio de 1028 pacientes sometidas a cirugía radical, las tasas de supervivencia se correlacionaron de manera más acorde con el volumen tumoral (determinado mediante una volumetría tumoral precisa) que con el estadio clínico o histológico.

6.4.1 Tipos histológicos de cáncer cérvico uterino

Histología y clasificación

La Organización Mundial de la Salud (WHO) reconoce dos tipos histológicos principales de cáncer invasivo: Carcinoma de células escamosas, que constituye cerca del

75% de todos los casos y el adenocarcinoma que constituye cerca del 15-25% de todos los casos. Otros tipos de carcinoma como el carcinoma adenoescamoso, carcinoma adenoide quístico y carcinoma metastásico constituyen el restante 3-5% de casos. Las técnicas de detección oportuna han disminuido la mortalidad principalmente debidas al carcinoma de células escamosas; sin embargo, la prevalencia del adenocarcinoma no ha tenido un impacto significativo por la realización de Papanicolaou.

Carcinoma de células escamosas del cérvix

Éstos son a su vez clasificados a su vez en que- ratinizados o no queratinizados. Los carcinomas queratinizados pueden ser bien diferenciados o moderadamente diferenciados y están compuestos de grandes células tumorales. Los carcinomas no queratinizados (carcinomas pobremente diferenciados) pueden ser de tipo de células grandes o de células pequeñas. Los cánceres verrucosos verdaderos del cérvix son raros.

Adenocarcinoma cervical

Son menos frecuentes y a pesar que cada tipo es diferente histológicamente no es infrecuente que dos o más formas histológicas de adenocarcinoma se encuentren en el mismo tumor. Típicamente surgen del endocérvix, pueden ser más difíciles de detectar por inspección visual del cérvix. El tipo de adenocarcinoma más frecuentemente encontrado en el cuello uterino es el adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical. Estos tumores pueden infiltrar de manera profunda hacia el estroma del cérvix, algunas veces con extensión parametrial y metástasis a ganglios sin una destrucción importante del exocérvix. Además existen otras variantes histológicas que incluyen el carcinoma endometriode, villoglandular, mesonéfrico seroso, tipo intestinal y en anillo de sello. El adenocarcinoma de células claras del cérvix es asociado con la exposición *in utero* al dietilelbestrol (DES), diagnosticado en mujeres jóvenes, se ha asociado a células de apariencia benigna, tiende a ser recurrente.

Carcinoma adenoescamoso

Consiste en un componente glandular maligno y un componente escamoso maligno, ocupando aproximadamente la tercera parte de los carcinomas cervicales con diferenciación glandular, es pobremente diferenciado, algunas veces se asocia a eosinofilia, de crecimiento

rápido, con una diseminación regional temprana y un incrementado riesgo de recurrencia después de la terapia quirúrgica o radioterapia.

Tumores neuroendocrinos del cérvix

Se dividen en tumores carcinoides típicos y atípicos, en carcinomas neuroendocrinos de células grandes o de células pequeñas y en carcinoma de células pequeñas no diferenciado. Son similares a los que aparecen en pulmón o tubo digestivo. Los carcinomas de células pequeñas no diferenciados son histológicamente similares al carcinoma de células anaplásicas del pulmón. Estos tumores son agresivos, con metástasis a distancia, incluyendo hueso, hígado, piel y otros sitios. Las metástasis cerebrales pueden ocurrir en la enfermedad avanzada, pero usualmente son precedidas por metástasis pulmonares. (Dra. Nelly Chavaro Vicuña, 2009)

- Tis: las células cancerosas sólo se encuentran en la superficie del cuello uterino (la capa de las células que reviste el cuello uterino) sin crecer hacia (invadir) los tejidos más profundos. (Tis no está incluida en el sistema FIGO).
- T1: las células cancerosas han crecido desde la capa de la superficie del cuello uterino hasta los tejidos más profundos de éste. Además, el cáncer puede estar creciendo hacia el cuerpo del útero, aunque no ha crecido fuera del útero.
- T1a: existe una cantidad muy pequeña de cáncer que sólo se puede observar con un microscopio.
- T1a1: el área de cáncer es de menos de 3 milímetros (alrededor de 1/8 de pulgada) de profundidad y de menos de 7 mm (alrededor de 1/4 de pulgada) de ancho.
- T1a2: el área de invasión del cáncer es entre 3 mm y 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada) de profundidad y de menos de 7 mm (alrededor de 1/4 de pulgada) de ancho.
- T1b: esta etapa incluye los cánceres de etapa I que se pueden ver sin un microscopio. Esta etapa incluye también los tumores cancerosos que se pueden ver solamente con un microscopio y que se han propagado a más de 5 mm (alrededor de 1/5 de pulgada)

de profundidad dentro del tejido conectivo del cuello uterino o que tienen más de 7 mm de ancho.

- T1b1: el cáncer se puede ver, pero no tiene más de 4 cm (alrededor de 1 3/5 de pulgada).
- T1b2: el cáncer se puede ver y tiene más de 4 centímetros.
- T2: en esta etapa, el cáncer ha crecido más allá del cuello uterino y el útero, pero no se ha propagado a las paredes de la pelvis o a la parte inferior de la vagina. Puede que el cáncer haya crecido hacia la parte superior de la vagina.
- T2a: el cáncer se ha propagado a los tejidos próximos al cuello uterino (parametrio).
- T2a1: el cáncer se puede ver, pero no tiene más de 4 cm (alrededor de 1 3/5 de pulgada).
- T2a2: el cáncer se puede ver y tiene más de 4 centímetros.
- T2b: el cáncer se ha propagado a los tejidos adyacentes al cuello uterino (el parametrio).
- T3: el cáncer se ha propagado a la parte inferior de la vagina o a las paredes pélvicas. El cáncer puede estar bloqueando los uréteres (conductos que transportan la orina de los riñones a la vejiga).
- T3a: el cáncer se ha propagado al tercio inferior de la vagina, pero no a las paredes pélvicas.
- T3b: el cáncer ha crecido hacia las paredes de la pelvis y/o está bloqueando uno o ambos uréteres (a esto se le llama hidronefrosis).
- T4: el cáncer se propagó a la vejiga o al recto o crece fuera de la pelvis.

Propagación a los ganglios linfáticos (N)

- NX: no se pueden evaluar los ganglios linfáticos cercanos.
- N0: no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes.

- N1: el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos.

Propagación distante (M)

- M0: el cáncer no se ha propagado a otros ganglios linfáticos, órganos o tejidos distantes.
- M1: el cáncer se propagó a órganos distantes (como por ejemplo el hígado o los pulmones), a los ganglios linfáticos del pecho o el cuello, y/o al peritoneo (el tejido que cubre el interior del abdomen).

6.5 Agrupación de las Etapas Sistema FIGO. (International Federation of Gynecology and Obstetrics).

Para asignar una etapa a la enfermedad, se combina la información sobre el tumor, los ganglios linfáticos y cualquier propagación del cáncer. Este proceso se conoce como agrupación por etapas. Las etapas se describen usando el número 0 y con números romanos del I al IV. Algunas etapas se dividen en sub etapas indicadas por letras y números. Las etapas FIGO son las mismas que las etapas AJCC, excepto que la clasificación por etapas FIGO no incluye los ganglios linfáticos hasta la etapa III. Además, la etapa 0 no existe en el sistema FIGO.

Estadio I El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

Estadaje de cáncer de cérvix uterino (FIGO 2018)	
(Neerja Bhatla, 2018)	
Estadio	Estadio
I	El carcinoma se encuentra estrictamente confinado al cérvix (extensión al cuerpo uterino debe ignorarse)
AI	Es el carcinoma invasivo que solo puede diagnosticarse por microscopía y que tiene un máximo de profundidad de invasión < 5 mm. (A)
IA1	La invasión estromal medida es menor de 3mm en profundidad
IA2	La invasión estromal medida ≥ 3 mm and <5 mm en profundidad
IB	Carcinoma invasivo con una invasión en profundidad ≥ 5 mm (mayor que el estadio IA), y la lesión se encuentre limitada al cérvix uterino. (B)
IB1	Carcinoma invasivo ≥ 5 mm de invasión estromal en profundidad, and <2 cm de su diámetro mayor
IB2	Carcinoma invasivo ≥ 2 cm y <4 cm en su diámetro mayor
IB3	Carcinoma invasivo ≥ 4 cm en su diámetro mayor
II	El carcinoma invade el útero, pero no se extiende hacia el tercio inferior de la vagina o la pared pélvica
IIA	Afectación limitada a los dos tercios superiores de la vagina sin afectación de parametrios
IIA1	Carcinoma invasivo <4 cm en su diámetro mayor

IIA2	Carcinoma invasivo ≥ 4 cm en su diámetro mayor
IIB	Afectación de los parametrios pero no existe afectación de la pared pélvica
III	El carcinoma afecta el tercio inferior de la vagina y/o se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o insuficiencia renal y/o afectación pélvica y/o afectación de ganglios linfáticos para aórticos
IIIA	El carcinoma afecta el tercio inferior de la vagina pero sin extensión a la pared pélvica
IIIB	Hay extensión a la pared pélvica y/o presencia de hidronefrosis o insuficiencia renal (sin el conocimiento de otra causa)
IIIC	Extensión a la pared pélvica y/o extensión a ganglios linfáticos para aórticos, independientemente del tamaño del tumor (anotándolos como r y p) *
IIIC1	Metástasis a ganglios linfáticos pélvicos solamente
IIIC2	Metástasis a ganglios linfáticos para aórticos
IV	El carcinoma se extiende hacia la pelvis verdadera o existe afectación de la mucosa de vejiga o recto (biopsia comprobada). El edema buloso, como tal, no permite que un caso sea asignado a la Etapa IV)
IVA	Existe extensión a los Órganos pélvicos adyacentes
IVB	Metástasis a Órganos distantes

En caso de duda, se debe asignar el estadio clínico en etapa inferior.

(A) La imagen y la patología se pueden usar, cuando estén disponibles, para complementar los hallazgos clínicos con respecto al tamaño y extensión del tumor, en todas las etapas.

(B) La afectación de los espacios vasculares / linfáticos no modifica la estadificación. La extensión lateral de la lesión ya no se considera.

(C) Indicación de la notación de r (imágenes) y p (patología) para indicar los hallazgos que se utilizan para asignar el caso a la Etapa IIIC. Ejemplo: si la imagen indica metástasis pélvica de los ganglios linfáticos, la asignación por etapas sería la Etapa IIIC1r, y si se confirma por hallazgos patológicos, sería la Etapa IIIC1p. El tipo de imagen realizada y la técnica de patología utilizada debe estar siempre documentada.

En países de ingreso bajo y medio el cáncer de cérvix ocupa el segundo lugar en incidencia. Y ocupa el tercer lugar en causas de mortalidad. Se ha estimado que del 85 al 90% de los casos ocurren en regiones de bajos recursos económicos afectando sobre todo a mujeres con bajos niveles socioeconómicos.

Estadificación

La clasificación de las etapas clínicas de la evolución del Carcinoma de Cuello, partiendo de la etapa cero, que correspondería al Carcinoma In situ (CIN-III o HSIL). Según lesiones del epitelio cervical método de Diagnóstico: Citología.

Estadio I: confinado al cuello del útero. Con un estadio IA si el tumor mide menos de 7 mm de superficie y 5 mm de invasión en profundidad; y un estadio IB si el tumor mide más o es macroscópico.

Estadio II: se extiende más allá del cuello, pero no se extiende a la pared de la pelvis y, si afecta a la vagina, no llega a su tercio inferior. Se clasifica como IIA si no afecta a parametrios (IIA1 si es menor de 4 cm y IIA2 si es mayor) y IIB si los afecta.

Estadio III: el carcinoma se extiende a la pared pelviana. En la exploración al tacto rectal no existe espacio entre el tumor y la pared pelviana; el tumor se extiende además al tercio inferior de la vagina. Sería un estadio IIIA si afecta al tercio inferior de la vagina, y un IIB si afecta pared pélvica o tiene repercusión sobre el riñón.

Estadio IV: estadio metastásico local (puede infiltrar la pared de la vejiga urinaria o el recto) (IVA) o a distancia (IVB), por ejemplo si aparecen en los pulmones.

6.6 Tratamiento basado en la última estadificación

Las opciones de tratamiento para el carcinoma de células escamosas *in situ* incluyen:

- Criocirugía
- Cirugía láser
- Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP, LLETZ)
- Conización con bisturí frío
- Histerectomía simple (como el primer tratamiento o si el cáncer regresa después de otros tratamientos)

Las opciones de tratamiento para el adenocarcinoma *in situ* incluyen:

Histerectomía

Biopsia de cono (una posible opción para las mujeres que desean tener hijos). La muestra de cono no deberá tener células cancerosas en los bordes, y la mujer tiene que estar bajo observación minuciosa después del tratamiento. Una vez la mujer haya tenido sus hijos, se recomienda una histerectomía. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2016, págs. 1-10)

Etapa IA1

El tratamiento para esta etapa depende de si usted quiere mantener su capacidad de tener hijos (fertilidad) y si el cáncer ha crecido hacia los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos (invasión linfovascular).

Opciones de tratamiento para las mujeres que desean conservar la fertilidad:

Una **biopsia de cono** es el procedimiento preferido para las mujeres que desean tener hijos después de tratar el cáncer.

Si los bordes del cono no contienen células cancerosas (llamados *márgenes negativos*), la mujer puede estar bajo observación minuciosa sin tratamiento adicional siempre y cuando el cáncer no regrese.

Si los márgenes de la biopsia de cono tienen células cancerosas (llamados *márgenes positivos*), entonces es posible que algo de cáncer haya quedado. Esto puede ser tratado con una biopsia de cono repetida o una cervicectomía radical (extirpación del cuello uterino y la parte superior de la vagina). Se prefiere una cervicectomía radical si el cáncer ha invadido los vasos sanguíneos o linfáticos. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2016, págs. 1-10)

Opciones de tratamiento para las mujeres que no desean conservar la fertilidad:

Una histerectomía simple (total) puede ser una opción si el cáncer no muestra invasión linfovascular.

Si el cáncer ha invadido a los vasos sanguíneos o linfáticos, es posible que necesite someterse a una histerectomía radical junto con la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos.

Etapas IA2

El tratamiento para esta etapa depende en parte de si usted quiere mantener su capacidad de tener hijos (fertilidad).

Opciones de tratamiento para las mujeres que desean conservar la fertilidad:

Biopsia de cono (conización) con extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos (disección de los ganglios linfáticos de la pelvis).

Cervicectomía radical con disección de los ganglios linfáticos de la pelvis

Opciones de tratamiento para las mujeres que no desean conservar la fertilidad:

Radiación externa (EBRT) a la pelvis y braquiterapia

Histerectomía radical con extirpación de ganglios linfáticos pélvicos y toma de muestras de los ganglios linfáticos paraaórticos

Si ninguno de los ganglios linfáticos tiene cáncer, aún se puede considerar la radiación como una opción si el tumor es grande, si el tumor ha crecido hacia los vasos sanguíneos o linfáticos, o si el tumor está invadiendo el tejido conectivo circundante que sirve de apoyo a órganos como el útero, la vejiga, la vagina (el estroma).

Por lo general se recomienda radiación con quimioterapia si el cáncer se ha propagado a los tejidos adyacentes al útero (parametrio) o a cualquier ganglio linfático, o si el tejido extirpado tiene márgenes positivos. El médico también puede recomendar braquiterapia después de la quimioterapia y la radiación combinada. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2016, págs. 1-10)

Etapas IB y IIA

Las principales opciones de tratamiento son cirugía, radiación, o radiación administrada con quimioterapia (quimiorradiación concurrente).

Etapas IB1 y IIA1

Opciones de tratamiento para las mujeres que desean conservar la fertilidad:

Cervicectomía radical con disección de los ganglios linfáticos de la pelvis

Opciones de tratamiento para las mujeres que no desean conservar la fertilidad:

La histerectomía radical con extirpación de ganglios linfáticos en la pelvis y algunos ganglios linfáticos del área paraaórtica.

Si ninguno de los ganglios linfáticos tiene cáncer, aún se puede considerar la radiación como una opción si el tumor es grande, si el tumor ha crecido hacia los vasos sanguíneos o linfáticos, o si el tumor está invadiendo el tejido conectivo circundante que sirve de apoyo a órganos como el útero, la vejiga, la vagina (el estroma).

Por lo general se recomienda radiación con quimioterapia si el cáncer se ha propagado a los tejidos adyacentes al útero (parametrio) o a cualquier ganglio linfático, o si el tejido extirpado tiene márgenes positivos. El médico también puede recomendar braquiterapia después de la quimioterapia y la radiación combinada.

La radiación mediante braquiterapia y radioterapia de haz externo puede ser una opción si una mujer no está lo suficientemente saludable para la cirugía o si ella decide que no quiere someterse a cirugía

La quimioterapia (quimio) se puede administrar con radiación (quimiorradiación concurrente).

Etapas IB2 y IIA2

Opciones de tratamiento:

Quimiorradiación: Este suele ser el tratamiento convencional. La quimioterapia puede ser cisplatino o cisplatino y fluorouracilo. La radioterapia incluye tanto radiación externa como braquiterapia.

Histerectomía radical con disección de los ganglios linfáticos pélvicos y toma de muestras de los ganglios linfáticos paraaórticos: Si se encuentran células cancerosas en los ganglios linfáticos extraídos, o en los bordes del tejido extirpado (márgenes positivos), el tratamiento es cirugía seguida de radioterapia, la cual se administra a menudo con quimio (quimiorradiación concurrente). (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2016, págs. 1-10)

Algunos médicos recomiendan primero radiación administrada con quimioterapia seguido de una histerectomía.

Etapas IIB, III y IVA

Opciones de tratamiento:

Quimiorradiación: La quimioterapia puede ser cisplatino o cisplatino y fluorouracilo. La radioterapia incluye tanto radiación externa como braquiterapia.

Etapa IVB

En esta etapa, el cáncer se ha propagado de la pelvis a otras partes del cuerpo. La etapa IVB del cáncer cervical usualmente no se considera curable. Las opciones de tratamiento incluyen radioterapia y/o quimioterapia para tratar de desacelerar el crecimiento del cáncer o ayudar a aliviar los síntomas. La mayoría de los regímenes de quimioterapia convencionales incluyen un medicamento que contiene platino (cisplatino o carboplatino) junto con otro medicamento, tal como paclitaxel (Taxol), gemcitabina (Gemzar) o topotecán. El medicamento de terapia dirigida llamado bevacizumab (Avastin) puede añadirse a la

quimioterapia o la inmunoterapia sola con pembrolizumab (Keytruda®) también puede ser una opción. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2016, págs. 1-10)

Se están llevando a cabo estudios clínicos para probar otras combinaciones de medicamentos quimioterapéuticos, así como algunos otros tratamientos experimentales.

Cáncer de cuello uterino recurrente

A un cáncer que regresa después del tratamiento se le llama cáncer recurrente. El cáncer puede reaparecer localmente (en o cerca de donde se originó, tal como el cuello uterino, el útero o los órganos pélvicos adyacentes) o puede regresar en áreas distantes (como en los pulmones o los huesos).

Si el cáncer ha recurrido solamente en la pelvis, la cirugía extensa (exenteración pélvica) puede ser una opción para algunas pacientes. Algunas veces la radiación, la quimioterapia, la inmunoterapia o la terapia dirigida se pueden usar para desacelerar el crecimiento del cáncer o ayudar a aliviar síntomas, pero no se espera que curen el cáncer.

Si se utiliza la quimioterapia, usted debe entender los objetivos y limitaciones de este tipo de tratamiento. Algunas veces la quimioterapia puede mejorar su calidad de vida, y otras veces la podría empeorar. Es necesario que discuta esto con sus doctores.

Actualmente se están llevando a cabo estudios clínicos para evaluar nuevos tratamientos que pudieran beneficiar a aquellas pacientes con recurrencia a distancia del cáncer de cuello uterino. La información que se provee en [Estudios clínicos](#) puede ayudarle si usted está considerando participar en un estudio clínico. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2016, págs. 1-10)

Cáncer de cuello uterino durante el embarazo

Un pequeño número de casos del cáncer de cuello uterino se detecta en mujeres embarazadas. La mayoría de estos (70%) son cánceres en etapa I. El plan de tratamiento durante el embarazo se determina por:

- Tamaño del tumor
- Si los ganglios linfáticos cercanos tienen cáncer

- Cuán avanzado está el embarazo
- El tipo específico de cáncer de cuello uterino

Menor de 20 semanas de gestación: La estrategia tradicional es recomendar el tratamiento inmediato adecuado y acorde a la Etapa Clínica en que se hace el diagnóstico de cáncer cérvico uterino haciendo caso omiso al embarazo (tratarla igual que a una usuaria no embarazada).

2) Mayor de 20 semanas: Retrasar el tratamiento hasta alcanzar la madurez fetal, realizar cesárea y complementar el tratamiento, en etapas tempranas quirúrgicas se procederá a realizar la histerectomía radical en el mismo tiempo quirúrgico de la cesárea y en etapas avanzadas posterior al retiro de puntos se remite a radioterapia para planificar su manejo.

Cada caso debe ser manejado en particular con un comité multidisciplinario tomando en cuenta la decisión de la usuaria y familiares con respecto al tratamiento y el futuro del embarazo.

Seguimiento

Examen general, ginecológico y citología trimestral los dos primeros años, semestral del tercero al quinto año y luego anual. Radiografía de tórax anual, exámenes de laboratorio anual. Ultrasonido abdominal y pélvico semestral los dos primeros años, luego anual por 5 años.

Tratamiento de Estadios avanzados de cáncer de cuello uterino Estadios IIB, IIIA, IIIB y IVA:

En este grupo de pacientes la enfermedad está localmente avanzada, no son candidatas para la cirugía. El tratamiento standard es la radioterapia externa más Braquiterapia con Quimioterapia concomitante. Es importante completar la RT pelviana (45 a 50Gy) idealmente con 5 a 6 ciclos de cisplatino más Braquiterapia (Baja Tasa o Alta Tasa de dosis).

El agregado de cisplatino a la radioterapia ha demostrado reducir la recurrencia local y mejorar la sobrevida global en cinco ensayos aleatorizados. Se indica cisplatino concurrente para pacientes con adecuada función renal. Caso contrario, considerar otros agentes radiosensibilizantes como carboplatino, paclitaxel, fluorouracilo o gemcitabina semanal. Se aconseja hemograma completo semanal lo cual es particularmente importante en pacientes que realizan el campo extendido, porque conlleva un volumen mayor de médula ósea expuesta.

En relación al uso de quimioterapia y Braquiterapia de Alta Tasa, se considera que las dosis del quinto y sexto ciclos de quimioterapia pueden coincidir con el inicio de la Braquiterapia. Se recomienda no administrar quimioterapia en el mismo día de la braquiterapia, pero sí se puede administrar en el día de la RT externa. No debe haber interrupción entre la RT externa y la braquiterapia, ya que se compromete el control local y la sobrevida. (Sociedad Americana contra el Cáncer, 2016)

El tiempo total de RT externa y Braquiterapia no debe exceder las 8 semanas. La prolongación del tratamiento lleva a una reducción del control local y la sobrevida en aproximadamente 1% por cada día de demora en todos los estadios. La anemia es una característica principal en pacientes con cáncer de cuello uterino.

La anemia disminuye la efectividad y resultado de la RT debido a la radioresistencia de las células tumorales hipóxicas. Se acepta el valor de 12 g/dL de hemoglobina como valor óptimo y se recomienda transfundir con niveles por debajo de 10 g/dL. La evidencia actual no soporta aún el uso de la quimioterapia adyuvante. Hay actualmente estudios en curso en estadios IIB evaluando el rol de la neoadyuvancia seguida de cirugía. (Eloísa Domínguez Trejo1, 2017)

VII. HIPOTESIS

La sobrevida de las mujeres con CACU podría tener una relación de asociación con el tipo histológico y los estadios clínicos, siempre y cuando la muerte no se asocie a otras causas.

VIII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

De acuerdo al *método de investigación* el presente estudio es observacional y según el *nivel inicial de profundidad del conocimiento* es descriptivo (Piura, 2006). De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2014, el tipo de estudio es correlacional. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo , por el período y secuencia del estudio es transversal y según el análisis y alcance de los resultados el estudio es analítico y predictivo (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

En el ámbito clínico-quirúrgico, la presente investigación no es un estudio de caso, en el cual se fundamenta en la aplicación del Enfoque Mixto, promueve la integración completa, es de carácter explicativo y se orienta por una generalización analítica o naturalista para construir y probar teorías.

Área de estudio

El área de estudio de la presente investigación, estará centrada en las pacientes con diagnóstico de CACU IIB y IIIB, atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el año 2016. La presente investigación, se realizará en este Hospital debido a que cuenta con el servicio de referencia nacional de Oncología-Ginecológica.

Universo y muestra

El tamaño de la muestra en el presente estudio, se corresponde con el Muestreo No Probabilístico, que incluye pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino en etapas IIB y IIIB, atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el año 2016 al 2021. El tamaño de muestra probabilístico corresponde al total del universo de acuerdo al criterio Basado en Expertos en el que si el universo es menor a 200, es idóneo estudiarlo en su totalidad. El tamaño de muestra no probabilístico en este estudio fue definido por el universo de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino, atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el año 2016 al 2021, que si cumplieron los criterios de inclusión.

Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información

La presente investigación se adhiere al *Paradigma Socio-Crítico*, de acuerdo a esta postura, todo conocimiento depende de las prácticas de la época y de la experiencia. No existe, de este modo, una teoría pura que pueda sostenerse a lo largo de la historia. Por extensión, el conocimiento sistematizado y la ciencia se desarrollan de acuerdo a los cambios de la vida social. La praxis, de esta forma, se vincula a la organización del conocimiento científico que existe en un momento histórico determinado. A partir de estos razonamientos, la teoría crítica presta especial atención al contexto de la sociedad (Pérez Porto, 2014).

En cuanto al enfoque de la presente investigación, por el uso de datos cuantitativos y análisis de la información cualitativa, así como por su integración y discusión holística-sistémica de diversos métodos y técnicas cuali-cuantitativas de investigación, esta investigación se realiza mediante la aplicación del *Enfoque Filosófico Mixto de Investigación* (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, págs. 532-540).

A partir de la integración metodológica antes descrita, se aplicaron las siguientes técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación:

Técnicas Cuantitativas

Análisis descriptivo, tablas de contingencia, Anova, análisis ortogonales, análisis multivariado y Prueba de Kaplan y Meier.

Técnicas Cualitativas

Análisis documental, entrevista vía telefónica.

Procedimientos para la Recolección de Datos e Información

Para la recolección de la información se utilizara para las técnicas cualitativas un cuestionario el cual se llenara con datos del expediente y a través de una entrevista vía telefónica con la paciente o sus familiares para lo que se utilizara lápiz y papel. Este cuestionario es parte de la Ficha de recolección de Datos. Luego estos datos se vaciaran en una computadora en la matriz de análisis.

Para la técnica cuantitativa se utilizó la ficha de recolección de datos, el programa SPSS V. 24 y el programa Infostat para realizar un análisis estadístico y pruebas de hipótesis estadística.

Sobrevida global de acuerdo a si está viva o muerta en el momento del control el cual se realiza cada 3 meses en los primeros dos años y cada seis meses hasta cumplir 5 años.

Sobrevida libre de enfermedad es el tiempo en meses desde que termina el tratamiento hasta el momento en que se diagnostica una recurrencia.

Plan de Tabulación y Análisis Estadístico

Plan de Tabulación

Para nuestros objetivos descriptivos uno y dos Describir las características sociodemográficas y antecedentes ginecoobstetricos de las pacientes diagnosticadas con CACU IIB y IIIB en el HBCR de Enero 2016 a Diciembre 2016 y Caracterizar el diagnóstico clínico y, terapéutico y quimioterapéutico de las pacientes con cáncer cervicouterino en el HBCR, se presento en cuadros de frecuencia y gráficos las siguientes variables: Edad,

procedencia, escolaridad, diagnóstico histológico, tratamiento oncológico, complicaciones relacionadas con los tratamientos, persistencia, recurrencia, metástasis a distancia.

Para el objetivo específico tres de tipo correlacional Establecer las relaciones de asociación entre el estadio clínico y manejo de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino IIB y IIIB, se relacionó por medio de análisis de contingencia las variables para un análisis de contingencia el Estadio clínico, complicaciones presentadas y sobrevida.

Para el diseño del plan de tabulación que responde al objetivo específico sobre *relación de causalidad (objetivo 4)*: Determinar el efecto del estadio clínico y tipo histológico, sobre el tiempo de sobrevida de los pacientes diagnosticadas con CACU IIB y IIIB, en el HBCR de Enero 2016 a Diciembre 2016 Se realizaron los Análisis de Contingencia para estudios correlacionales, definidos por aquellas variables de categorías que sean pertinentes, a las que se les podrá aplicar la Prueba de Independencia de χ^2 (Chi Cuadrado) para identificar diferencia significativa entre los grupos de estudio Se consideró una asociación o diferencia estadísticamente significativa cuando el valor de P menor a 0.05.

De acuerdo a la demanda definida en los objetivos específicos, para estudios analíticos y predictivos, se realizaron los análisis inferenciales pruebas de hipótesis específicas como: el Análisis de Regresión Logística para determinar los Índices de Sobrevida de acuerdo a la Prueba de Kaplan y Meier.

Plan de Análisis Estadístico

A partir de los datos que sean recolectados, se diseñó la base de datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 24 para Windows. Una vez que se realice el control de calidad de los datos registrados, serán realizados los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (*cuantitativas o cualitativas*) y guiados por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos. Serán realizados los análisis descriptivos correspondientes a: (a) para las variables nominales transformadas en categorías: El análisis de frecuencia, (b) para las variables numéricas (continuas o discretas) se realizaron las estadísticas descriptivas, enfatizando en el Intervalo de Confianza para variables numéricas. Además, se realizarán gráficos del tipo: (a) pastel o

barras de manera univariadas para variables de categorías en un mismo plano cartesiano, (b) barras de manera univariadas para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta de múltiples factores en un mismo plano cartesiano, (c) gráfico de cajas y bigotes, que describan en forma clara y sintética, la respuesta de variables numéricas, discretas o continuas.

Se realizaron los *Análisis de Contingencia para estudios correlacionales*, definidos por aquellas variables de categorías *que son pertinentes*, a las que se les puede aplicar las Pruebas de Asociación de Phi, V de Cramer, la Prueba de Independencia de χ^2 (Chi Cuadrado). Los análisis estadísticos antes referidos, se realizarán de acuerdo a los procedimientos descritos en Pedroza y Dicoskiy, 2006.

Matriz de Operacionalización de Variables

Objetivos EspecíficoS	Variable Conceptual	Subvariable s, o Dimensiones	Variable Operativa ó Indicador	Técnicas de Recolección de Datos e Información y Actores Participantes	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
1. Determinar las características sociodemográficas y antecedentes ginecoobstetricos de las pacientes con diagnostico de cancer de cervix estadios IIB y IIIB	Características sociodemográficas	Edad	Años cumplidos	Revisión de expediente clínico	Cuantitativa continua	Menor 30 30-40 años 41-50 años 51-60 años Mayor 60 años
		Prodecencia		Revisión de expediente	Cuantitativa continua	Urbana Rural
		Escolaridad		Revisión de expediente	Cuantitativa continua	Analfabeta Primaria Secundaria universitaria
	Antecedentes ginecoobstetricos	Gestas		Revisión de expediente	Cuantitativa continua	1-6

						7 – 12 13- 18 19 - 24
		Partos		Revisión de expediente	Cuantitativa continua	1-6 7 – 12 13- 18 19 - 24
		Cesareas		Revisión de expediente	Cuantitativa continua	Ninguno Uno Dos Tres Cuatro
		Aborto		Revisión de expediente	Cuantitativa continua	Ninguno Uno Dos Tres Cuatro
2. Caracterizar a las pacientes según el estadio clínico, el abordaje terapéutico y características histológicas.	Hallazgos Histopatológicos y Métodos Clínicos utilizados para el diagnóstico del cáncer de cérvix uterino invasor IIB	Hallazgos Histopatológicos	Variedad histológica reportada por patología, en el expediente clínico	Revisión de Expediente Clínico	Cualitativa Nominal	carcinoma escamoso invasor de cérvix adenocarcinoma invasor de cérvix Tumores neuroendocrinos invasores de cérvix
	Estadio Clínico al momento del diagnóstico	Estadio Clínico al momento del diagnóstico		Revisión de Expediente Clínico	Cualitativa Nominal	IIB IIIB
	cumplimiento del manejo terapéutico de las pacientes con	Quimioterapia concomitante con Radioterapia	Tratamiento del cáncer mediante fármacos o	Revisión de Expediente Clínico	Dicotómica	SI NO

	diagnóstico de cáncer de cérvix uterino invasor estadio IIB y IIIB		productos químicos que destruyen las células cancerosas asociado al uso de Radioterapia			
		Braquiterapia	tipo de radioterapia interna, donde se utiliza una fuente radioactiva que se coloca dentro del cuerpo o cerca del tumor	Revisión de Expediente Clínico	Cualitativa Dicotómica	SI NO
3. Establecer la correlación entre las complicaciones médicas y la sobrevida de cáncer de cérvix uterino invasor estadio IIB y IIIB	Presencia de complicaciones	complicaciones	Presencia de complicaciones durante el seguimiento clínico de pacientes con diagnóstico de Cáncer de cérvix invasor IIB y IIIB	Revisión de Expediente Clínico	Cualitativa Dicotómica	Anemia Infección Proctitis Cistitis Neutropenia
	Seguimiento clínico y citológico	Seguimiento clínico	Evaluación clínica de las pacientes para el control y diseminación de la enfermedad	Revisión de Expediente Clínico	Cualitativa nominal	Si NO
		Seguimiento citológico		Realización de citologías de control para la evaluación de recurrencia de la enfermedad	Revisión de Expediente Clínico	Cualitativa dicotómica

<p>4. Determinar la relación entre el estadio clínico y las características histológicas, sobre el tiempo de sobrevida de los pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino en estudio de endometrio, en el HBCR de</p>	<p>Tiempo de sobrevida global de las pacientes por grupo etáreo y variedad histopatológica</p>	<p>Tiempo de sobrevida a 5 años</p>	<p>Describe el porcentaje de pacientes con diagnóstico de CACU IIB y IIIB, que todavía están vivas durante un periodo de evaluación de 5 años después del diagnóstico o comienzo del tratamiento por cáncer. (2013-2018)</p>	<p>Revisión de Expediente Clínico</p>	<p>Dicotómica</p>	<p>Vivas Muertas</p>
<p>Enero 2016 2 diciembre Enero 2016</p>		<p>Fallecidas durante el periodo de estudio</p>	<p>Estará representado por las mujeres diagnosticadas por CACU IIB y IIIB, fallecidas durante el manejo terapéutico y el proceso de la realización del presente estudio</p>	<p>Revisión de Expediente Clínico</p>	<p>Dicotómica</p>	<p>SI NO</p>

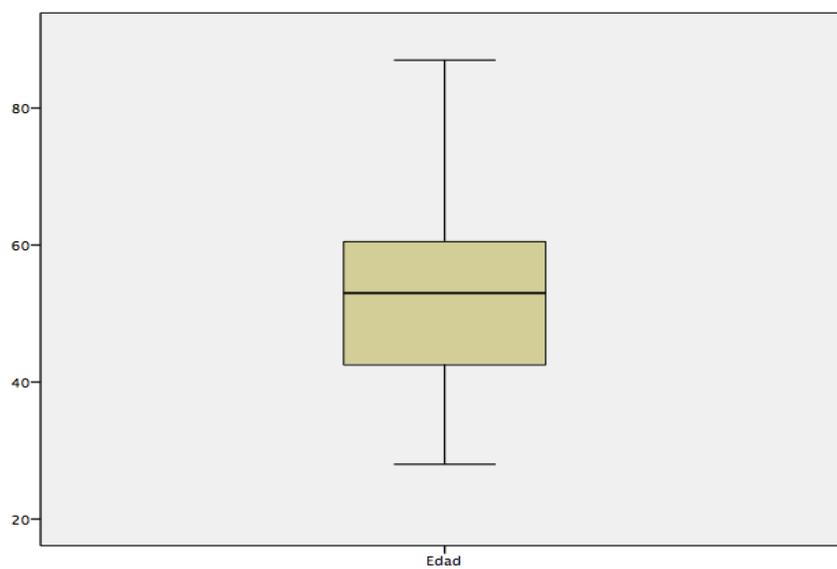
IX. RESULTADOS

Objetivo No. 1

Describir las características sociodemográficas y antecedentes clínicos de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino estadios IIB y IIIB de las pacientes en estudio.

		Estadístico	Error típ.	
Edad	Media	52.51	1.077	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	50.38	
		Límite superior	54.64	
	Media recortada al 5%	52.24		
	Mediana	53.00		
	Varianza	165.815		
	Desv. típ.	12.877		
	Mínimo	28		
	Máximo	87		
	Rango	59		
	Amplitud intercuartil	19		
	Asimetría	.260	.203	
	Curtosis	-.318	.403	

Tabla 1 Edad de las de las mujeres con cáncer de cervicouterino estadios IIB y IIIB atendidas en HBCR, enero a diciembre del 2016



La edad de las de las mujeres con cáncer de cervicouterino estadios IIB y IIIB atendidas en HBCR, enero a diciembre del 2016 estuvo comprendida entre 28 y 87 años, con una mediana de 52 y una desviación estandar del 12.8

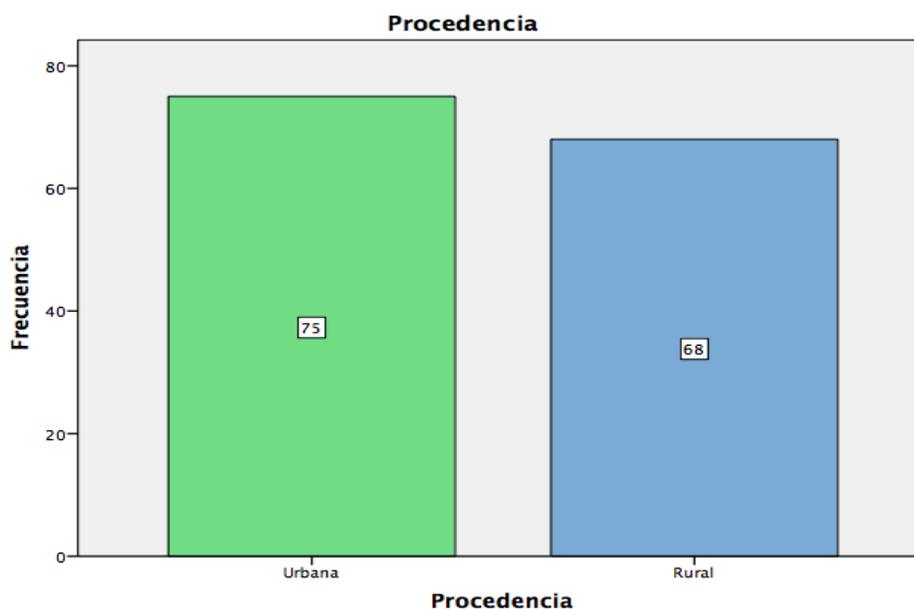


Figura 1: Procedencia de mujeres con cáncer de cervicouterino estadios IIB y IIB atendidas en HBCR, enero a diciembre del 2016

En la figura 1 observamos que el 52.4% de era de procedencia urbana y un 47.6 % era de área rural.

Tabla 2 Escolaridad de mujeres con cáncer de cervicouterino estadios IIB y IIB atendidas en HBCR, enero a diciembre del 2016

		Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad	Analfabeta	36	25.2%
	Primaria	68	47.6%
	Secundaria	35	24.5%

	Universitaria	4	2.8%
	Total	143	100.0

En relación a la escolaridad de las pacientes observamos que el 25.2% eran analfabetas, y un 47.6% tenían al menos educación primaria, es importante señalar que solo el 2.8 % tenía educación superior.

Tabla No 3 Antecedentes Gineco-obstétricos de mujeres con cáncer de cervicouterino estadios IIB y IIIB atendidas en HBCR, enero a diciembre del 2016

Antecedentes Gineco-Obstétricos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Gestas	143	0	16	5.49	3.530
Para	143	0	16	5.03	3.435
Aborto	143	0	3	.31	.653
Cesárea	143	0	3	.16	.499
Total	143				

En relación a los antecedentes obstétricos de las pacientes en estudio verificamos que el máximo número de gestas fue de 16, así como un mínimo de 0, prevalecieron los partos vía vaginal,

Objetivo No. 2

Caracterizar a las pacientes según el estadio clínico, el abordaje terapéutico y características histológicas.

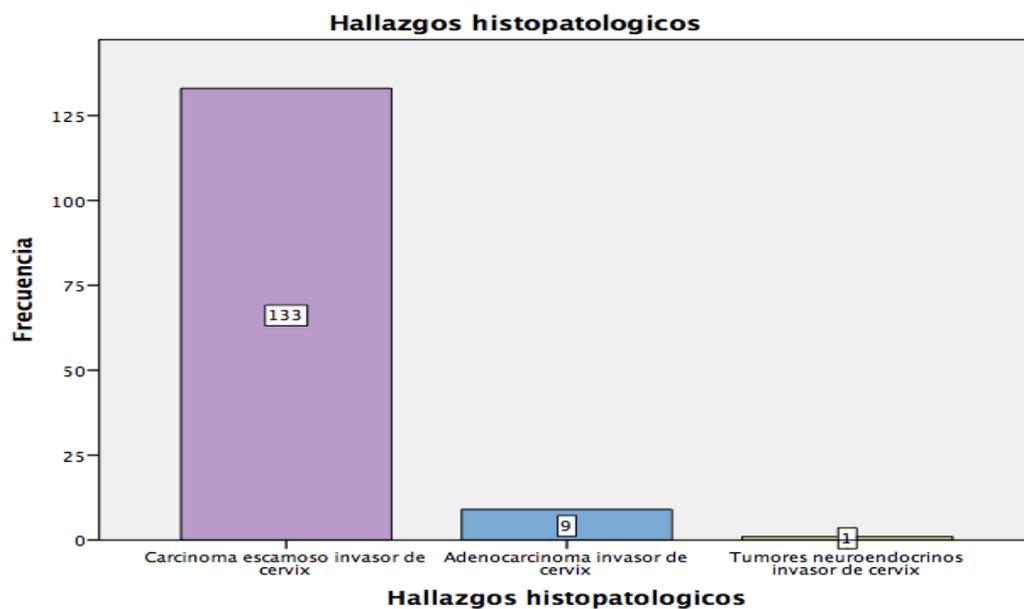


Figura No 2: Hallazgos histopatológicos de mujeres con cáncer de cervicouterino estadios IIB y IIIB atendidas en HBCR, enero a diciembre del 2016

En la figura 2 se establece que el 93 % correspondió con carcinoma escamoso invasor, solo obtuvimos un caso de tumor neuroendocrino invasor de cérvix.

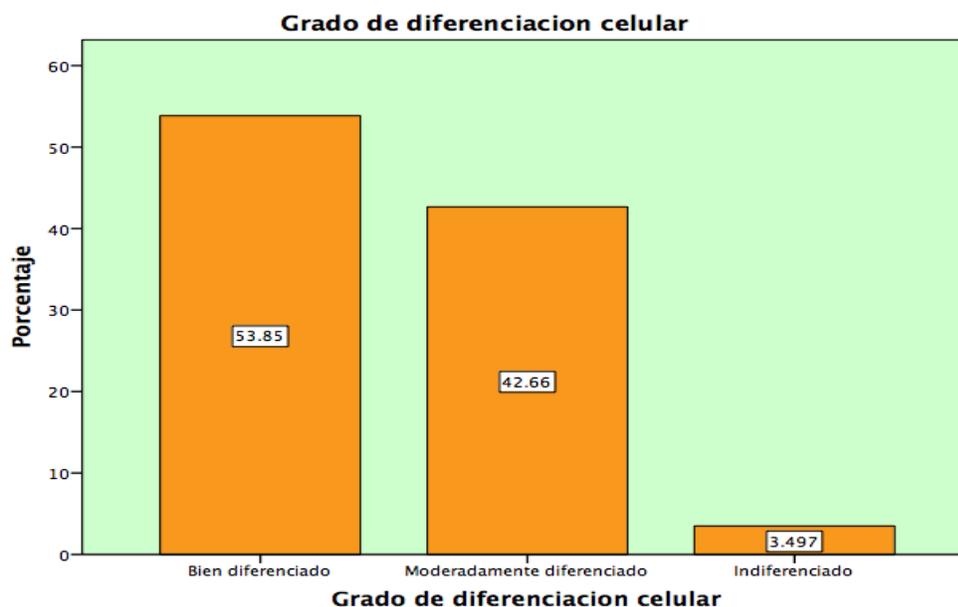


Figura No.3 grado de diferenciación celular de mujeres con diagnóstico de cáncer de cervicouterino estadios IIB y IIIB atendidas en HBCR, enero a diciembre del 2016

En la Figura No 3 el relación al grado de diferenciación celular prevaleció la forma bien diferenciada con el 53.8%, seguido de la forma moderadamente diferenciada con el 42.7%

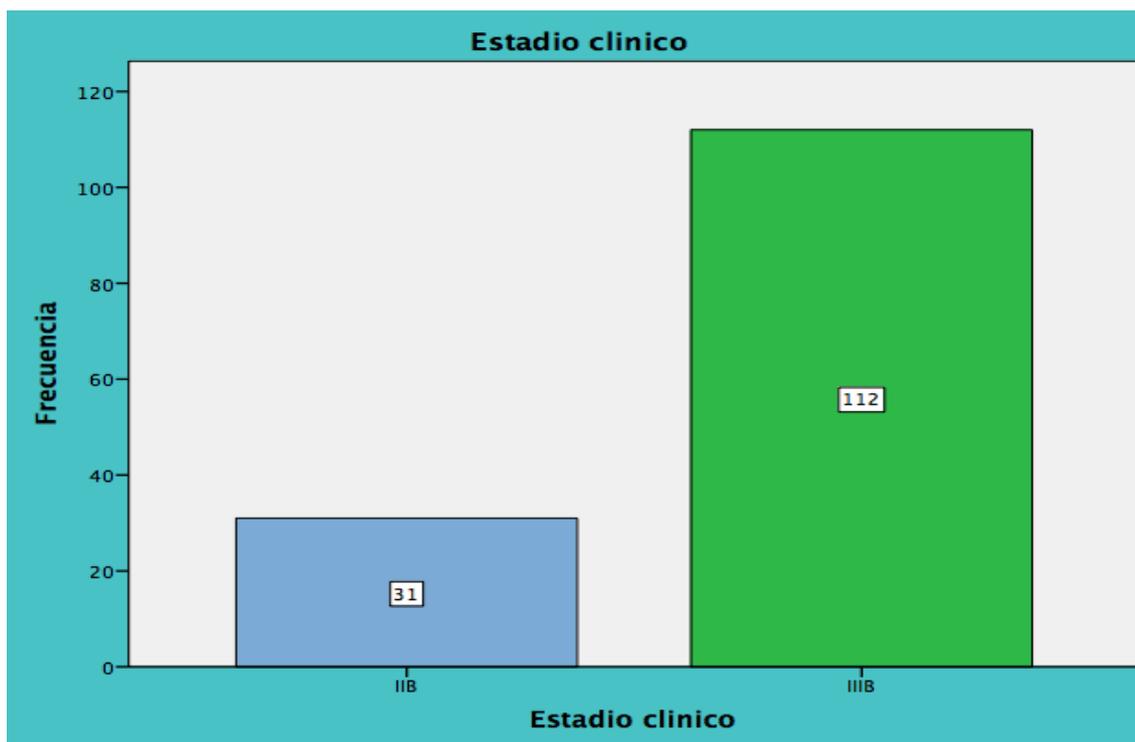


Figura No 4: Estadio clínico mujeres con diagnóstico de cáncer de cervicouterino estadios IIB y IIIB atendidas en HBCR, enero a diciembre del 2016

El estadio clínico IIIB predominó en el 78.3% de las pacientes en relación al estadio IIB que se presentó en el 21.7% de las mujeres que se estudiaron.

Tabla No 4 Tratamiento oncológico recibido mujeres con diagnóstico de cáncer de cervicouterino estadios IIB y IIIB atendidas en HBCR, enero a diciembre del 2016

En el tabla N 4 se indica el manejo terapéutico realizado con el uso de quimioterapia concomitante con radioterapia en las pacientes del estudio representó el 90% (n=129), de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix uterino estadio clínico IIB y IIIB. La utilización de la braquiterapia en las pacientes del estudio representó el 87% (n=125) de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix uterino estadio clínico IIB y IIIB. En cuanto la relación

estadística entre el abordaje terapéutico y sobrevida se observó que la prueba de χ^2 de Cramer, aportó las evidencias estadísticas de un valor de $p=.373$ y $.400$, el cual representa una asociación moderada entre haber cumplido el tratamiento oncológico y la sobrevida a 5 años.

		Sobrevida a 5 años		Total
		Si	No	
Quimioterapia concomitante con radioterapia	Si	94	35	129
	No	1	13	14
Total		95	48	143

Phi .373 χ^2 de Cramer .373

		Sobrevida a 5 años		Total
		Si	No	
Braquiterapia	Si	92	33	125
	No	3	15	18
Total		95	48	143

Phi .400 χ^2 de Cramer .000

Objetivo No. 3

Establecer la correlación entre las complicaciones médicas durante el seguimiento clínico y citológico y la sobrevida de cáncer de cérvix uterino invasor estadio IIB y IIIB

Tabla No 5 Complicaciones médicas durante el seguimiento clínico y citológico y la sobrevida de cáncer de cérvix uterino invasor estadio IIB y IIIB

En la tabla N 5 se puede observar que el cuadro clínico de Anemia prevaleció en ambos grupos de pacientes, ya que en las pacientes fallecidas ($n=48$), la anemia se presentó en el 35.4% de las pacientes. Y en el grupo de las pacientes vivas ($n=95$) el cuadro clínico de anemia se presentó en el 31.5%. No se encontró asociación entre la anemia y las pacientes.

En el grupo de las pacientes fallecidas (n=48) la infección (18.7%), proctitis (16.6%), enfermedad renal crónica (16.6%) fueron las complicaciones que se presentaron durante el seguimiento de las pacientes. Ambas complicaciones presentaron valores de V de Cramer denotando asociación con los grupos de pacientes fallecidas. Y valores de p que indicaron significancia estadística.

		Sobrevivida a 5 años		Total
		Si	No	
Complicaciones	Anemia	30	17	47
	Infección	13	9	22
	Proctitis	21	8	29
	Cistitis	16	1	17
	Mucositis	6	1	7
	Neutropenia	5	1	6
	Fístula rectovaginal	2	3	5
	Enfermedad Renal Crónica	2	8	10
Total		95	48	143

Phi .375 .005

V de Cramer .375 .005

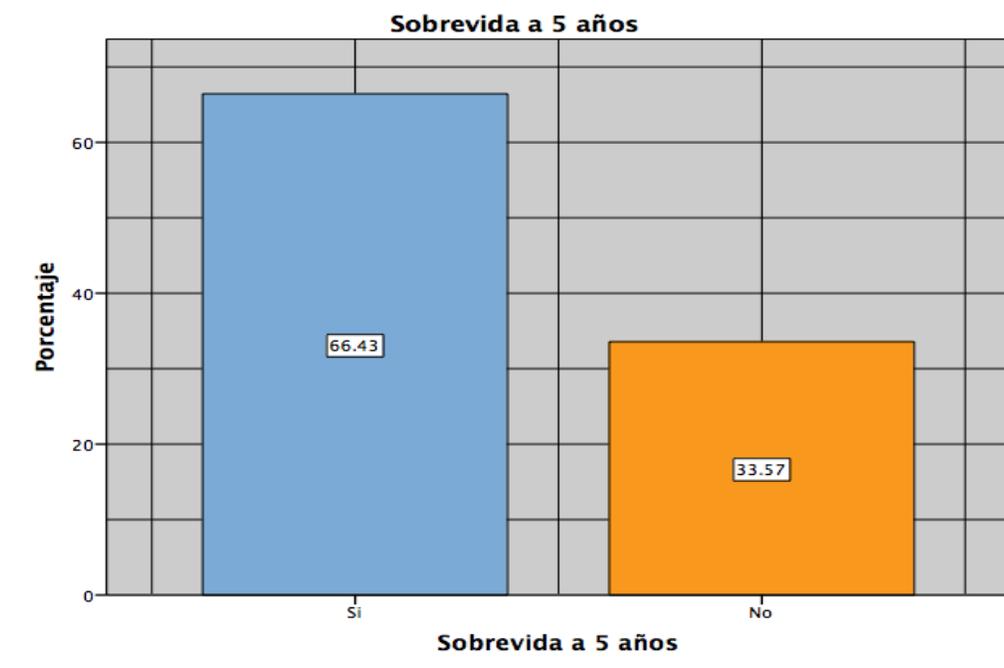


Figura No 5: Sobrevida a 5 cinco años de pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino en estudio en el HBCR de Enero 2016 diciembre 2016.

En relación a la supervivencia de las pacientes en estudio, obtuvimos que el 66.43% de las pacientes sobrevivió durante los 5 años de seguimiento, el 33.57% fallecieron meses después del diagnóstico.

Objetivo no. 4

Determinar la relación entre el estadio clínico, las características histológicas, sobre el tiempo de supervivencia de los pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino en estudio en el HBCR de Enero 2016 diciembre 2016.

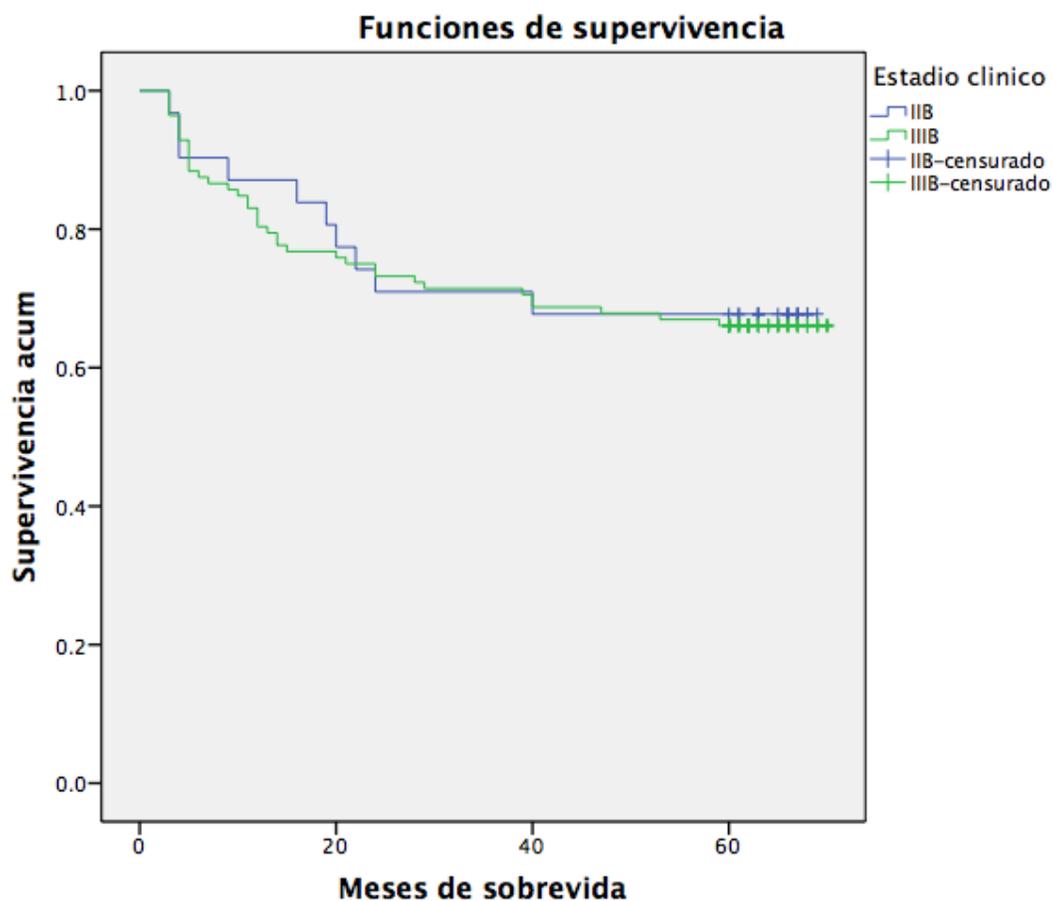


Figura No 7 Análisis de sobrevida (Kaplan-Meier) en relación a los estadios clinicos de las pacientes a los 5 años con diagnóstico de cáncer de cérvix uterino invasor estadio IIB y IIIB en el Hospital Bertha Calderón Roque del 1° de enero 2016 – 31 de diciembre 2016.

Media ^a			
Estimación	Error típico	Intervalo de confianza al 95%	
		Límite inferior	Límite superior
51.986	2.229	47.617	56.355

En la figura N 6 se indica el Análisis de sobrevivencia (Kaplan-Meier) en relación al estadio clínico y el tiempo de supervivencia global media de las pacientes con diagnóstico de CACU IIB y IIIB correspondiente al 51.98 meses. El estadio clínico II B con 51.93 meses, y el IIIB con 51.81 meses.

Comparaciones globales			
	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	0.039	1	0.843
Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para diferentes niveles de Estadio clinico.			

Resumen del procesamiento de los casos				
Estadio clinico	N° total	N° de eventos	Censurado	
			N°	Porcentaje
IIB	31	10	21	67.70%
IIIB	11	38	74	66.10%
	2			
Global	14	48	95	66.40%
	3			

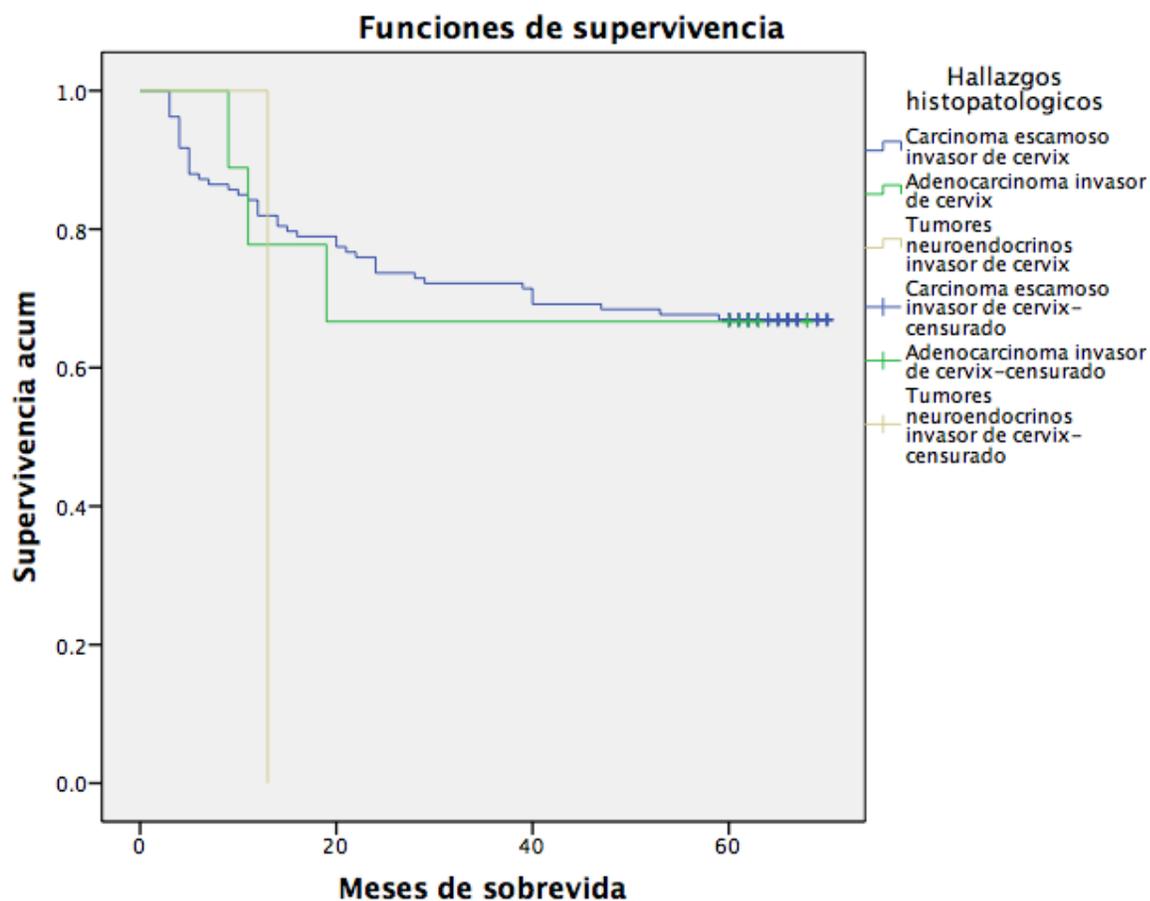


Figura No 8 Análisis de sobrevida (Kaplan-Meier) en relación a los tipos histopatológicos de las pacientes a los 5 años con diagnóstico de cáncer de cérvix uterino invasor estadio IIB y IIIB en el Hospital Bertha Calderón Roque del 1° de enero 2016 – 31 de diciembre 2016.

En la figura N 7 se indica el Análisis de sobrevida (Kaplan-Meier) en relación al diagnóstico histopatológico y el tiempo de supervivencia global media de las pacientes con diagnóstico de CACU IIB y IIIB fue de 51.9 meses, siendo el carcinoma escamoso invasor con 52.3 meses, el Adenocarcinoma invasor de 49.6 meses y el tumor neuroendocrino de 13 meses.

La gráfica muestra que la mayor cantidad de fallecidas ocurrió en el carcinoma escamoso invasor, debido a que la mayoría de las pacientes fueron diagnosticadas con este

tipo histopatológico, pero se indica también un mayor tiempo de supervivencia de las pacientes con un mejor pronóstico.

Resumen del procesamiento de los casos				
Hallazgos histopatológicos	Nº total	Nº de eventos	Censurado	
			Nº	Porcentaje
Carcinoma escamoso invasor de cervix	133	44	89	66.90%
Adenocarcinoma invasor de cervix	9	3	6	66.70%
Tumores neuroendocrinos invasor de cervix	1	1	0	0.00%
Global	143	48	95	66.40%

Comparaciones globales

	Chi-cuadrado	gl	Sig.
Log Rank (Mantel-Cox)	3.148	2	0.207

Prueba de igualdad de distribuciones de supervivencia para diferentes niveles de Hallazgos histopatológicos.

X.- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Entre las limitantes del estudio se destacan: una base de datos incompleta del número de casos con esta patología. en muchas ocasiones no había correspondencia con el diagnóstico. La interrupción del tratamiento o abordaje terapéutico, en muchas pacientes que provenían de zonas con lejanía geográfica. Los números telefónicos no están actualizados y en muchos casos no estaban plasmados, hecho que no permitió poder comunicarnos con estas pacientes o sus familiares.

Entre los hallazgos relevantes en este estudio se destacan: 1) mujeres con una edad promedio de 52 años la mayoría con un nivel académico de primaria aprobado, un gran porcentaje analfabeta, con antecedente de 0 a 16 gestaciones; 2) con un grado histológico que correspondió a carcinoma de células escamosas invasor del cérvix bien diferenciado; 3) Los factores pronósticos que influyen en la sobrevida fueron las complicaciones que se presentaron durante el tratamiento y posterior a ellas como infección, proctitis y enfermedad renal crónica 4) con sobrevida libre de enfermedad de 61.2% de las pacientes en estudio siendo la edad con mejor pronóstico de 41-50.

La sobrevida global después de 5 años de tratamiento fue de 66.4 % del total de las pacientes en estudios. Las tasas de supervivencia relativa estandarizada a cinco años varían entre 28 y 64% en poblaciones de algunos países en vías de desarrollo coincidiendo con nuestro estudio. Estos resultados concuerdan con estudios realizados en institutos de cancerología de México y Chile en donde describen que el cáncer cérvico uterino estadio IIIB su tipo histológico más frecuente es carcinoma de células escamosas invasor. (Neerja Bhatla, 2018)

La prevalencia del cáncer de cérvix uterino en Nicaragua, sigue siendo un problema de salud pública, los resultados obtenidos determinan que en el grupo de estudio, el 47.8% de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix uterino invasor, tenía una procedencia rural y con multiparidad, ambos factores en primer lugar se determinan que el acceso a los

servicios de salud, se encuentra limitado, asociado a un nivel de educación en salud sexual y reproductiva deficiente, lo que conlleva a que el diagnóstico sea en etapas tardías. (Cancer.Net, 2021)

Con respecto a las complicaciones encontrada en nuestro estudio se correlacionan con el estudio de sobrevida realizado en el Instituto Nacional de Cancerología 2016 la cual reporta que se asocian a la sobrevida la proctitis y las infecciones. (H, 2016)

Análisis de sobrevida (Kaplan-Meier) en el tiempo de supervivencia global media de las pacientes con diagnóstico de CACU IIB y IIIB fue de 52 meses, siendo el mejor índice de supervivencia para el estadio IIB, con 51.9 meses, seguido muy de cerca del estadio IIIB con 51.8 meses. Encontramos diferencia estadísticamente significativa en relación al tipo histológico y la sobrevida. Las tasas de supervivencia relativa estandarizada a cinco años varían entre 28 y 64% en poblaciones de algunos países en vías de desarrollo lo que coincide con los resultados obtenidos en estos estudios. (Cancer.Net, 2021)

Estos resultados tienen muchas aplicaciones; demuestran que el perfil nuestras pacientes no difiere de otras pacientes en otros países. Si se conoce la sobrevida en Nicaragua, desde que se haga el diagnóstico de cáncer de cérvix podremos predecir el pronóstico de una forma más real de acuerdo a las condiciones de las pacientes, de la institución y del país. Estos resultados implican una base para desarrollar estrategias que ayuden a mejorar la sobrevida.

XI.- CONCLUSIONES

1. La edad de las de las mujeres con cáncer de cervicouterino estadios IIB y IIIB atendidas en HBCR, enero a diciembre del 2016 estuvo comprendida entre 28 y 87 años. El grupo etario que predominó fue entre 51 a 60 años con el 27.9%, estas mujeres en su mayoría habían alcanzado el grado de educación primaria (47.6%), y de procedencia urbana (52.4%).
2. El estadio clínico IIIB predominó en el 78.3% de las pacientes en relación al estadio IIB que se presentó en el 21.7%. El tipo histopatológico del cáncer de cérvix uterino invasor fue el Carcinoma escamoso (93%), con un grado de diferenciación bien diferenciado (53.8%). El 90% de las pacientes recibieron quimioterapia concomitante con radioterapia y en el 87% recibieron tratamiento con braquiterapia.
3. Las complicaciones asociadas a la sobrevida del cáncer cérvico uterino IIIB fueron infección (18.7%), proctitis (16.6%), enfermedad renal crónica (16.6%)
4. La sobrevida global a los 5 años de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix uterino invasor estadio IIB y IIIB fue del % (66.4), la tasa global media de 51.98 meses, muy cerca del IIIB con 51.81 meses. El tiempo de supervivencia global media de las pacientes en relación al tipo histopatológico se encontró que el carcinoma escamoso invasor fue de 52.3 meses y Adenocarcinoma invasor de 49.6 meses.

XII.- RECOMENDACIONES

- Impulsar unidades de apoyo a las pacientes diagnosticadas con cáncer en el Hospital Bertha Calderón, en donde se les pueda dar un seguimiento oportuno durante todo su tratamiento oncológico así como el acompañamiento posterior a su diagnóstico para fortalecer su calidad de vida
- Promover la realización de diferentes estudios en el Hospital Bertha Calderón para determinar los diferentes factores pronósticos de supervivencia, que consolidará la sobrevivencia de nuestras pacientes, de tal manera que se pueda dilucidar mecanismos y esquemas de tratamiento acorde a las necesidades de nuestra población.

BIBLIOGRAFÍA

Eloísa Domínguez Trejo¹, O. P. (2017). Factores de riesgo para Cáncer Cérvico Uterino en pacientes atendidas en el Centro Estatal de Cancerología “Dr. Miguel Dorantes Mesa”.

(Hernández, F. &. (2014). Enfoque Filosófico Mixto de Investigación. 532-540.

Members, A. f. (2014). *Alliance for Cervical Cancer Prevention Members*, 1-2.

Constanza Pardo¹ , Ricardo Cendales². (2000). *Supervivencia de pacientes con cáncer de cuello uterino tratadas en el Instituto Nacional de Cancerología.*

Constanza Pardo¹, R. C. (2009). Supervivencia de pacientes con cáncer de cuello uterino tratadas en el Instituto Nacional de Cancerología. *Biomédica, Revista del Instituto Nacional de Salud.*

037, N. (2010). *Protocolo de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino a través del Tamizaje con inspección visual con Ácido Acético (IVAA) y Tratamiento con Crioterapia.*

Sociedad Americana contra el Cáncer. (2016). 1-10.

FASGO. (2017). MANEJO TERAPEUTICO DEL CARCINOMA DE CUELLO UTERINO.

Cancer.Net, J. E. (enero de 2021). *Cáncer de cuello uterino: Estadísticas*. Obtenido de American Cancer Society (ACS, Sociedad Americana Contra el Cáncer):
www.cancer.net

- Cáncer., S. A. (2018). Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2018-2020. *Sociedad Americana Contra El Cáncer*.
- H, M. C. (2016). Supervivencia de cáncer cervicouterino escamoso y adenocarcinoma en pacientes atendidas en el Instituto Nacional del Cáncer, 2009-2013. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 263-267.
- Neerja Bhatla, D. A. (2018). Cancer of the cervix uteri . *Special Issue: FIGO Cancer Report 2018*, 22-36.
- Marañón Cardonne, T., Mastrapa Cantillo, K., Flores Barroso, Y., Vaillant Lora, L., & Landazuri Llago, S. (2017). Prevención y control del cáncer de cuello uterino. *Portal Regional da BVS Informação e Conhecimento para a Saúde* .
- Dra. Lourdes B. González-Longoria Boada¹, D. J. (2009). HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO “CARLOS MANUEL DE CESPEDES” GRANMA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO.
- Dra. Nelly Chavaro Vicuña, D. G. (2009). Cáncer cervicouterino. *Anales de Radiología México 2009*.
- Michael Villalobos C., C. W. (2009-2013). Supervivencia de cáncer cervicouterino escamoso y adenocarcinoma en pacientes atendidas en el Instituto Nacional del Cáncer.

ANEXOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Hospital Bertha Calderón Roque
Cancer de Cérvix Uterino Estadio IIB y IIIB.
Sobrevivencia a 5 años (2016-2021) Servicio de Oncología.

Nombre _____ # expediente _____
No. Telefono _____

I.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad: _____

Procedencia: urbana _____ rural _____

Escolaridad: Analfabeta _____ Primaria _____ Secundaria _____ Universitaria _____

Antecedentes gineco-obstetricos G _____ P _____ C _____ A _____

II.- HALLAZGOS CLÍNICO PATOLÓGICOS Y ABORDAJE TERAPEUTICO ESTADIO CLINICO: _____

Hallazgos histopatológicos: Carcinoma Escamoso Invasor de Cérvix _____

Adenocarcinoma Invasor de Cérvix _____ Tumores neuroendocrinos invasor de Cérvix _____

Grado de Diferenciación celular: Bien Diferenciado _____ Moderadamente diferenciado _____ Indiferenciado _____ Anaplásico _____ Presencia de Hidronefrosis: Hidronefrosis Derecha _____ Hidronefrosis Izquierda _____ Hidronefrosis derecha e izquierda _____

Quimioterapia concomitante con Radioterapia SI _____ NO _____
Braquiterapia SI _____ NO _____

III- COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA SOBREVIDA

Complicaciones: anemia _____ infección _____ proctitis _____ cistitis _____ mucositis _____ neutropenia _____ Fistula rectovaginal _____

IV.- SEGUIMIENTO CLÍNICO Y CITOLÓGICO DE LAS PACIENTES

Seguimiento Clínico SI _____ NO _____ Seguimiento Citológico SI _____ NO _____ Recaida _____ Persistencia _____ Progresion _____ Metastasis a distancia _____

V.- SOBREVIVENCIA DE PACIENTES SOMETIDAS A TRATAMIENTO

Sobrevida a los 5 años: SI _____ NO _____ Si fallecio, fecha/año _____

Libre de enfermedad o no _____ Si es no, fecha
de recaída:

OBSERVACIONES:
