

11217

128

29



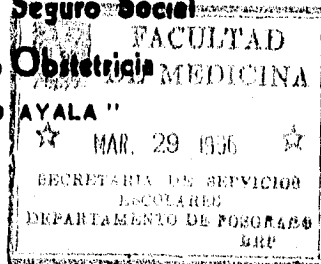
**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social

Hospital de Gineco ~~Obstetricia~~

"LUIS CASTELAZO AYALA"

T E S I S.



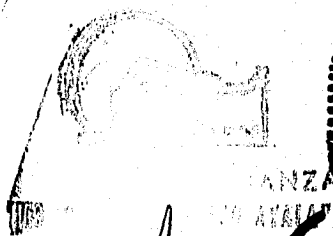
INCIDENCIA DE NEOPLASIAS GINECOLOGICAS
MAS FRECUENTES EN EL HOSPITAL
"LUIS CASTELAZO AYALA"

Que para obtener el Título de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
presentan

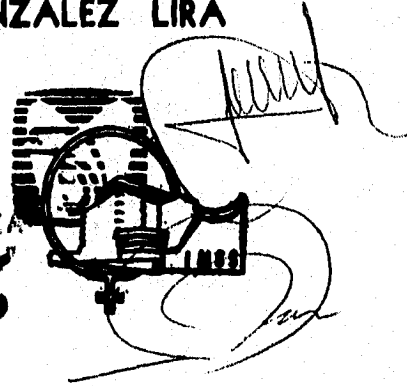
DRA. DULCE MARIA RAMIREZ SOLORIO
DR. GUILLERMO GONZALEZ LIRA



IMSS



México, D.F. Febrero de 1956



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS:

A MI MADRE:

Elogio a la mujer virtuosa.
mujer virtuosa ¿quien la hallará?
por que su estima sobrepasa
largamente a la de las piedras preciosas.
se levanta aun de noche y dá
comida a su familia
ciñe de fuerza sus lomos y
esfuerza sus brazos
hace telas y vende y da citas
al mercader.
fuerza y honor son su vestidura
y se ríe de lo por venir.

PROVERBIOS 31:10

A DIOS:

GRACIAS.
por que mejor es la sabiduría
que las piedras preciosas y todo
cuanto se puede desear no es
de compararse con ella.
Yo soy la inteligencia; mío es
el poder.
Por mi reinan los reyes y los
príncipes determinan justicia

PROVERBIOS 8:11-15

A MIS SOBRINOS:

Juan y Dulce

El que labra su tierra
se saciará de pan.
Más el que sigue a los
ociosos se llenará de
pobreza.

PROVERBIOS 28:19

Índice

Resumen	2
Antecedentes	3
Objetivo	11
Material y Métodos	13
Resultados y Discusión	14
Referencias	18
Tablas y Gráficas	12

Resumen:

En nuestro estudio el número total de casos con tumores del aparato genital femenino correspondió a 424 pacientes detectadas durante el años de 1994, el tumor ginecológico mas frecuente descrito es el CaCu que en nuestra población correspondió a 248 pacientes que representó el 58.6 % de la población total de 424 casos de cánceres ginecológicos analizadas durante el año de 1994. La edad media de las pacientes con cáncer cervical invasor es de 48 a 52 años, siendo el promedio de edad de 56.6 años para las pacientes con Ca cervical en muestra casuística.

La incidencia de Ca de endometrio fue del 18.20 % que correspondió a 77 pacientes cuya edad promedio fue de 57.7 años, el Ca de Utero o Leiomiomasarcoma se encontró en el 1.18 % que correspondió al 5 % de la población anual, la edad promedio de presentación correspondió a un promedio de 58.8 años, la distribución de este cáncer de acuerdo a su estirpe fue Adenocarcinoma poco diferenciado en anillo de sello 1, mixto del endometrio 1, de tipo endometriode bien diferenciado 49 casos, moderadamente diferenciado mucinoso 2 casos, papilar 2 casos, seroso 2, escamoso poco diferenciado 7, Carcinoma epidermoide de células grandes queratinizantes 9, no queratinizante 2 casos, Carcinoma epidermoide papilar 1 y carcinoma embrionario 1 caso. La frecuencia del coriocarcinoma fue del 1 caso que correspondió al 0.23 % del total de tumoraciones a este nivel, esta localización poco frecuente correspondió a lo descrito en la literatura mundial.

Los tumores malignos de ovario en nuestra población fue el 10.1% del total, que correspondió a 43 pacientes en el año de 1994 con una edad promedio de 52.7 años.

En relación a las tumoraciones de vagina se encontraron con una frecuencia de 8.03% que correspondió a 34 pacientes con una edad promedio del 60.38% la estirpe de esta neoplasia fue Adenocarcinoma de tipo mucinoso 2, de tipo papilar 3, de tipo mucoproducción 1 caso, Carcinoma epidermoide de células grandes queratinizantes 10 y no queratinizantes 7 casos, Carcinoma adenoescamoso bien diferenciado maduro en 1 caso y moderadamente diferenciado en 9 casos y por último el cáncer de vulva se encontró en 16 casos lo que representó un porcentaje total del 3.78 %.

Antecedentes

En México, el cáncer esta reconocido como un grave problema de salud pública, ya que se encuentra dentro de las tres primeras causas de mortalidad en el país. Por lo anterior, la Secretaría de Salubridad y Asistencia estableció en 1982 el Registro Nacional del Cáncer como parte de la Asociación de Lucha Contra el Cáncer, con la finalidad de crear un sistema de vigilancia epidemiológica del mismo.

A nueve años de su creación se cuenta con la notificación de casos de neoplasias malignas de 52 unidades hospitalarias en el área metropolitana de la Ciudad de México. Es importante señalar que, la información que se describe en el presente documento no corresponde a la de nivel nacional, ni al 100% de las unidades de salud que diagnostican cáncer en el Area metropolitana, posición que limita el hacer un análisis estadístico de los datos por carecer de base poblacional; sin embargo, se contempla un gran número de casos diagnosticados en los últimos 7 años, situación que propicia el hacer una reflexión sobre el comportamiento, de la notificación de casos en esta área.

Por otra parte, cabe señalar que la utilización de sistemas de información pasivos, como son los registros administrativos, como medida de vigilancia epidemiológica, han demostrado ser eficientes cuando no son utilizados de manera aislada.

Por lo anterior y debido a la tendencia y alto costo social que implica el problema, es evidente la necesidad de establecer estrategias para controlarlo y combatirlo; no obstante, sin la existencia de información confiable y oportuna, el éxito de las medidas adoptadas no estaría asegurado y menos aún su alcance y trascendencia.

Ante tal situación, es necesario contar con registros estatales de cáncer, que permitan mejorar la disponibilidad de la información existente, que cubra no solo a la población usuaria del Sistema de salud, sino también a la población en general y a grupos identificados como de mayor riesgo y por ende fortalecer el Registro Nacional del cáncer.

Es importante señalar que el nuevo sistema no desplazara a los ya existentes a nivel local, más bien los complementaría y ampliaría de manera que el diagnóstico y la vigilancia epidemiológica del cáncer sea más completo, permita describir

tendencias y contribuir a modelos predictivos que sean de mayor utilidad para evaluación de programas y toma de decisiones en el campo de salud pública.

El registro nacional del cáncer, surgió como un sistema de notificación permanente de casos nuevos de neoplasias malignas en el país, con la finalidad de precisar la trascendencia y magnitud de las neoplasias malignas; sin embargo, esto no ha sido factible, ya que a partir del establecimiento del mismo, la información ha sido obtenida en forma directa por personal del registro.

En la actualidad se recaba la información de 52 Unidades Hospitalarias correspondientes a: 12 unidades de salud del sector público; 28 del social y 12 de privados, del área metropolitana de la Ciudad de México.

Para obtener la información referente al cáncer, se diseñó, la "tarjeta de notificación", la que contiene un total de 22 variables, de los cuales el 9% (2) son abiertas y el 91% (20) cerradas.

Esta información contiene características de: 1. Unidad Hospitalaria (nombre de la institución, de la unidad y de la entidad federativa a la que corresponde); 2. Del paciente (nombre, edad, sexo, y entidad de residencia); 3. De la entidad nosológica (localización primaria, extensión, tipo histológico y confirmación morfológica del diagnóstico); 4. Tratamiento y seguimiento del paciente.

Para unificar criterios del personal técnico responsable de obtener la información de las unidades de salud y codificar los casos, se han realizado cursos de capacitación referente a: 1. Criterios para definir las neoplasias malignas; 2. La Clasificación Internacional de Enfermedades Oncológicas (CIE-O) y la Guía de resumen de extensión; 3. El llenado de la tarjeta de notificación; y 4. Cómo obtener la información de la fuente primaria

Se considera caso a todo paciente con diagnóstico de neoplasia maligna, y cuando éste haya sido confirmado a través de un estudio histológico, citológico, hematológico o autopsia.

En la última etapa se realizan dos tipos de validación de la información: en la primera se verifica que todas las variables hayan sido capturadas en forma correcta y en la segunda se ordenan todos los casos alfabéticamente para descartar dobles primarios, que son respetados como casos nuevos.

Por último se integra una base de datos que contiene todas las variables respectivas, que pueden ofrecer información de manera permanente.

Para el período 1982-1986, la captura de procesamiento se realizó en forma manual, por no contar con un sistema de cómputo; de los dos últimos años se cuenta con una base de datos.

Es importante señalar que, si bien es cierto que la información que se tiene actualmente en el registro, no es el 100 % de casos que se diagnostican en el área metropolitana, podemos observar que existe un número considerable de casos de los cuales se hace una descripción porcentual de su comportamiento por no contar con la base poblacional. Por lo anterior tenemos la limitación de que los resultados no sean comparativos en otros estados del país.

Al describir el comportamiento de los casos notificados por neoplasias malignas durante el período 1982-1988, se observa que el número de casos se ha mantenido relativamente constante, con un incremento al reporte de casos del 9%. Respecto a la distribución por sexos, ésta se ha mantenido constante, encontrándose mayor número de casos en mujeres, a una razón de 2:1.

Referente al comportamiento por grupos quinquenales, en el período 1985-1988, el número de casos para los grupos de 0 a 39 años presenta una tendencia ascendente especialmente en el sexo masculino. La proporción de casos en menores de 15 años fue en 1985 de 4.6 % y en 1988 de 5.4 % del total de casos para este grupo de edad.

Con relación al total de casos notificados por institución encontramos un aumento considerable de casos notificados por PEMEX e instituciones privadas, lo cual contrasta con la disminución de casos reportados por el ISSSTE para 1988.

Al describir el número de casos de neoplasias según población usuaria de 1982 a 1988, existe un aumento constante de casos notificados por las instituciones privadas del 9% al 14.6%, en tanto que el reporte de población asegurada ha disminuido proporcionalmente del 52.5 % al 47.4 %.

Respecto a las principales localizaciones anatómicas y tipos morfológicos de los tumores malignos en el Distrito Federal, las neoplasias localizadas en cervix y mama se mantienen en los primeros lugares aun cuando su tendencia es descendente.

Los tumores malignos en mama, leucemia y linfomas constituyen los cánceres más comunes y su frecuencia se ha incrementado en más del 10% del total de casos reportados para el mismo período.

Para el sexo masculino en el período 1982-1988 las principales localizaciones anatómicas y tipos morfológicos por tumores malignos son las leucemias, linfomas y los localizados en próstata, que ocupan aproximadamente la tercera parte de las neoplasias.

Referente al sexo femenino en el período antes mencionado, las neoplasias malignas que predominan son cervix y mama, que en conjunto representan el 51.6 % de los tumores malignos en la mujer.

Al desglosar los casos notificados por grupos de edad, encontramos que de 0 a 19 años los casos de neoplasias malignas predominan en el sexo masculino a una razón de 1:1.3, en el grupo de 20-24 mantienen una razón 1:1 y a partir del grupo de edad de 25-29 años este comportamiento se modifica, presentándose el mayor número de casos en el sexo femenino a una razón de, 1:1.7.

Con relación a la extensión clínica de los tumores malignos tenemos, para 1985 el 46.1% se encontraban localizados y en el 7.5% se desconoce su extensión; en 1986 el 57.3% de los casos la extensión se encuentra localizada y en el 2.3 % se desconoce; en 1987 en el 60.4 % de los casos la extensión clínica fue localizada y en el 5.8% se desconoce; en 1988 en el 56.3 % la extensión fue localizada y en el 7.6 % se desconoce.

Respecto al total de casos que se han notificado de 1982 a 1988 por unidad hospitalaria, el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con el 33.3 % (18 unidades) de las unidades hospitalarias que notifican al Registro Nacional del Cáncer.

Al describir el comportamiento de los principales casos de tumores malignos, tenemos: En cervix el mayor número de casos se han diagnosticado en el grupo de edad de 44 a 45 años, sin embargo al observarse el comportamiento de los casos tenemos que en el grupo de edad de 25 a 34 años se han presentado un incremento constante entre 1985 y 1988; para 1985 este grupo representa el 12.2% del total de casos y ascendió al 13% en 1986, 13.5% en 1987 y el 15.5% en 1988, esta misma tendencia la presenta el reporte de casos en mujeres entre los 35 y 44 años de edad.

Respecto al comportamiento de los casos notificados por tipo de población usuaria, el 53% de los casos se ha diagnosticado en población derechohabiente, sin embargo los casos diagnosticados en el período antes mencionado en población abierta se han incrementado el reporte en un 2.5% y en población privada, en un 3.4 %, en contraste al comportamiento en población asegurada, donde se observa una disminución de 5.9%. Esta tendencia descendente de neoplasias de cervix se observa

en el I.M.S.S. e ISSSTE, ya que han presentado un descenso de casos del 2.4 % y del 7.2 % respectivamente.

Respecto a las leucemias, en el periodo 1984-1988 los grupos de edad donde el mayor número de casos se notifican, es en los menores de 24 años de edad con un 43.2 % del total de casos, respecto a la distribución por sexo, se han mantenido constante a una razón de 1:1. Referente a su distribución por tipo de población usuaria se observa que en el 54.2% se diagnostica en población asegurada, sin embargo en el periodo antes mencionado la población asegurada y privada presentan una disminución de casos del 10 % y del 0.3 % respectivamente, en contraste a la población abierta en la que se observe un incremento del 10.3 %

Es importante mencionar que para 1982-1983 en el Registro Nacional del Cáncer los casos de linfomas y leucemias se describieron en forma conjunta, por lo anterior no fue factible analizarlos en los anteriores, teniendo para este periodo que del total de casos el 52.4% se diagnosticaron en población asegurada, el 42.7 % en población abierta y el 4.8 % en privados.

Las neoplasias en estómago, son mas frecuentes en hombres que mujeres, a una razón de 1:1.2; los grupos de edad en donde se diagnosticaron el mayor número de casos es de los 55 a 69 años de edad ocupando el 34 % del total de casos, el comportamiento por grupo quinquenal es similar en los 4 años excepto en el grupo de 65 a 69 años de edad, donde se observa un incremento del 1.8 % anual.

Respecto a la distribución por tipo de población usuaria el 56.5% de los casos se diagnostican en población asegurada, sin embargo en población privada ha presentado un incrementado al reporte de caso del 1.1%.

Para la localización de tráquea, bronquios y pulmón es mas frecuente en hombres que en mujeres a una razón de 1:1.9; el grupo de edad mas afectado es el de 60 a 64 años.

Al analizar el comportamiento de las neoplasias por grupos de edad, esta es similar en todos los años excepto en el grupo de 45 a 49 años de edad donde existe un incremento al reporte de caso del 0.9%. En relación a la distribución por tipo de población usuaria, el 46.4 % se diagnostica en población abierta presentando un incremento al reporte de casos del 13.4 %, en población asegurada ha presentado una disminución del 13.5 % y en la privada se ha mantenido constante.

Los tumores malignos de la piel presenta una razón de 1:1.1, siendo mas frecuente en mujeres que en hombres, los grupos de edad mas afectados son los de

60 años y mas, ya que ocupan el 56.8 % del total de casos diagnosticados. Al analizar el comportamiento de las neoplasias por grupos de edad en el mismo periodo, este es similar para ambos sexos en todos los años. Respecto a la distribución por tipo de población usuaria el 50.4% se diagnostica en población asegurada, sin embargo para población abierta y asegurada existe una disminución del 8.6 % y 3.9 % respectivamente, en contraste a un incremento del 12.6 % para privada.

Para la localización de cáncer de hígado, presentan una razón de 1:1.1 siendo mayor para el sexo femenino, el grupo de edad mas afectado es de los 55 a 69 años, ya que representan el 36.6 % del total de casos diagnosticados. Al analizar el comportamiento de las neoplasias por grupos de edad, se observa que el comportamiento es similar para todos los grupos de edad excepto el de 60 a 64 años, en el que se presenta un incremento del 2 %. Respecto a la distribución por tipo de población el 57.8 % es diagnosticado en población usuaria, sin embargo, en el periodo 1982-1988 existe una disminución del 6.3 %, en contraste a la población abierta en la que se ha incrementado en un 6.2 % en el reporte antes mencionado.

Respecto a la mortalidad tenemos, que para el periodo comprendido de 1976 a 1987, la tasa de mortalidad general presenta una tendencia descendente a una razón de 1:0.7 a nivel nacional y Distrito Federal, sin embargo la mortalidad por tumores malignos para el mismo periodo es ascendente a una razón de 1:1.2.

Respecto a la mortalidad general por entidad federativa para 1986, los estados que presentan las tasas mas altas son Guanajuato, Oaxaca, Puebla y Tlaxcala con una tasa de 6.46; 7.53; 6.89 y 6.31 por 1000 habitantes, por otra parte las entidades federativas que presentan las tasas mas altas por tumores malignos son: Coahuila, Chihuahua, Jalisco, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas y Yucatán; con una tasa de 63.30; 67.18; 60.33; 59.74; 64.54; 62.47 y 65.96 por 100 000 habitantes.

Con relación a cuales son las principales causas de mortalidad general a nivel nacional, tenemos que en 1986-1987 los tumores malignos ocuparon el tercer lugar con una tasa de 45.3 y 45.1 por 100 000 habitantes, lo que representa para ambos años el 9% del total de las defunciones; en el mismo periodo, en el Distrito Federal, los tumores malignos ocuparon el segundo lugar con una tasa de 48.0 y 50.5 por 100 000 habitantes, esto es el 11.1 % y 11.8 % del total de las muertes presentadas.

Al analizar las principales causas de mortalidad por tumores malignos en el país, tenemos para ambos años a: los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón, del estómago, y del cuello del útero. Es importante considerar que las tres

primeras causas de defunción por tumores malignos ocupan el 33% del total de defunciones por neoplasias.

A nivel del Distrito Federal para el período antes mencionado tenemos como primeras causas de mortalidad por tumores malignos a los de tráquea, bronquios y pulmón; del estómago y de la mama de la mujer, esto es para ambos años el 27% del total de defunciones por neoplasias malignas.

Al desglosar la mortalidad general por sexo para 1986 y 1987 a nivel nacional en el hombre, los tumores malignos ocupan el tercer lugar, representando el 7.4 % del total de defunciones durante ambos años. En el Distrito Federal las neoplasias se encuentran en el tercer lugar, sin embargo ocupan el 9% del total de defunciones de la misma causa, por lo que ésta es mayor que la de nivel nacional.

La principal causa de defunción por neoplasia a nivel nacional en hombres es el cáncer localizado en tráquea, bronquios y pulmón, para ambos años y ocupa el 18% del total de defunciones por cáncer. En el Distrito Federal, se encuentra la misma localización y ocupa el 15.7% del total de defunciones.

Para 1986-1987 en el sexo femenino a nivel nacional los tumores malignos ocupan el segundo lugar dentro de la mortalidad general, esto es el 11.3% del total de defunciones en mujeres para ambos años.

Respecto a los tumores malignos de mama de la mujer para el periodo antes mencionado a nivel nacional, los estados que presentan las tasas de mortalidad mas elevadas son: Baja California, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas y el Distrito Federal. Con relación al grupo de edad se tiene que de los 45 años, la tasa de mortalidad se incrementa, observándose a mas del 70 % de las defunciones dentro de este grupo. Para el Distrito Federal, el comportamiento es similar al del nivel nacional, lo que representa mas del 80 % de defunciones para este grupo de edad.

Para la mortalidad por enfermedad de Hodgkin, a nivel nacional, el estado que mantiene la tasa mas elevada es Chihuahua, con 1.13 y 0.9 por 100 000 habitantes. Los grupos de edad mas afectados se localizan a partir de los 45 años de edad para ambos sexos; sin embargo, el sexo masculino presenta tasas mas elevadas respecto al femenino, a una razón de 1:2.2 para 1986 y de 1:1.6 para 1987. Para el Distrito Federal el comportamiento por grupo de edad es casi similar, para 1986 el sexo masculino presenta una tasa mayor a la femenina a una razón de 1:1.2 y para 1987 presenta una razón de tasa de 1:1.

Referente a la Próstata tenemos, a nivel nacional que, el estado que mantiene la tasa de mortalidad elevada es Colima, con 8.3 y 8.2 por 100 000 habitantes, los grupos de edad mas afectados son a partir de los 45 años de edad ya que ocupan aproximadamente el 98% del total de defunciones. Para el Distrito Federal, el Comportamiento es similar.

Respecto a leucemias en los años 1986 y 1987, a nivel nacional, el 28% de los estados mantienen la misma tasa, no se observan diferencias relevantes. Al desglosar por grupo de edad, a partir de los 45 años la tasa de mortalidad se duplica, y existe una tasa de mortalidad mayor en el sexo masculino que en el femenino a razón de 1:1.2. En el Distrito Federal, el comportamiento por grupo de edad y sexo es similar al de nivel, nacional para 1986; sin embargo para 1987 existe una tasa de mortalidad para ambos sexos casi igual a razón de 1:1.

En cuanto a las neoplasias del estómago, a nivel nacional, las entidades que mantienen las tasas elevadas son Chiapas y Jalisco. Los grupos de edad más afectados son los de 45 años y más para los dos sexos, existe una razón de defunciones de 1:1 por sexo. En el Distrito Federal se observa el mismo comportamiento por edad, sin embargo, se incrementa más en el sexo femenino que en el masculino a una razón de 1:1.2.

Con relación a la mortalidad por neoplasias de la tráquea, de los bronquios y del pulmón, a nivel nacional, los estados de Baja California, Coahuila, Jalisco, Nayarit, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas, mantienen las tasas de mortalidad mas elevadas para ambos años, los grupos de edad más afectados son a partir de los 45 años y presenta una tasa mayor el sexo masculino a razón de 1:2.1. En el Distrito Federal, el comportamiento por grupo de edad es igual al nacional, y se presenta una tasa de mortalidad mayor en los hombres que en mujeres, a una razón de 1:1.8.

Respecto a cáncer de hígado, los estados que presentan las tasas más elevadas en ambos años son: Coahuila, Jalisco, Tabasco, Tamaulipas y Zacatecas. En cuanto al grupo de edad y sexo, el comportamiento es similar, únicamente se presenta un incremento a partir de los 45 años de edad. Sin embargo la tasa de mortalidad en mujeres es mayor a razón de 1:1.3. Para el Distrito Federal el comportamiento es similar, sin embargo en el sexo femenino la tasa es mayor a razón de 1:1.3 y 1:1.7 para 1986 y 1987, (11).

Objetivos del estudio:

Determinar cuales son las Neoplasias en el aparato genital femenino mas frecuentes, su localización, presentación de edad mas frecuente asi como su estirpe histopatológica.

Planteamiento del Problema

Cual es la epidemiología en la presentación de las neoplasias ginecológicas mas frecuentes en el Hospital "Luis Castelazo Ayala"

Material y Métodos:

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, observacional descriptivo en expedientes clínicos de pacientes tratadas en la Consulta Externa del Servicio de Oncología Ginecológica del Hospital "Luis Castelazo Ayala", durante el año de 1994.

Se determinó la edad de presentación de la neoplasia, la localización del tumor y las características histopatológicas de aquellas pacientes con diagnóstico confirmado de Cáncer ginecológico que contaron con estudio histopatológico de la neoplasia, se excluyeron aquellos casos en los cuales no se contó con la información suficiente.

Procedimiento para obtener los datos: Se obtuvieron de los archivos clínicos de cada paciente en el Servicio del Archivo clínico del Hospital

No se determinó evaluación estadística de esta muestra, El sistema de captación de la información (Hoja de recolección de datos) Se anexa al final

Descripción del Programa de Trabajo (Metodología):

Se investigaron las pacientes en quienes se estableció el diagnóstico de Cáncer Ginecológico que se hayan manejado durante el año de 1994 se revisaran los expedientes clínicos de las pacientes llenándose por cada uno de ellos una hoja de recolección de datos, las variables anotadas se vaciaron posteriormente a una sábana de datos en donde se analizaron estadísticamente las proporciones. La fase de recolección de datos fue el mes de diciembre de 1994. El análisis estadístico la primer semana de enero, la elaboración de resultados y elaboración en si del trabajo durante la segunda y tercer semana de enero de 1995

Resultados:

Los tumores del aparato genital femenino suponen un 24 % de los cánceres en las mujeres. Si se incluye el cáncer in situ, el tumor ginecológico más frecuente es el cáncer del cuello uterino y supone un 12 % del total de los tumores, en nuestros casos esta patología correspondió a 248 pacientes que representó el 58.6 % de la población total de 424 casos de cánceres ginecológicos analizadas durante el año de 1994. La edad media de las pacientes con cáncer cervical invasor es de 48 a 52 años, siendo el promedio de edad de 56.6 años para las pacientes con Ca cervical en nuestra casuística, la mayor parte de las tasas de incidencia ajustadas por edad publicadas en Europa y Norteamérica oscila entre 10 y 20 casos nuevos cada 100,000 mujeres al año. Existen diferencias geográficas importantes: las tasas de incidencia más altas corresponden a Sudamérica, Sudeste Asiático y África Subsahariana, mientras que las más bajas se hallan en Oriente medio, Irlanda y España (1), ver la gráfica N°1.

Tanto la incidencia como la mortalidad por cáncer de cuello uterino han disminuido progresivamente en la mayor parte de los países desarrollados a lo largo de los últimos 20 años. En algunos países como el Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda y ciertas zonas de los EE.U.U., se han descrito aumento de las tasas de mortalidad en pacientes jóvenes (menores de 45 años) a pesar de las campañas de detección precoz iniciadas en dichos países (2).

Se han calculado 45,509 casos de Ca Cu invasivo en 1992, incluyendo 13,500 casos de Ca de cervix, 32,000 casos de Ca de cuerpo del útero o endometrio.

La incidencia de Ca Cu invasivo ha disminuido notablemente en los últimos años. El Ca Cu in situ, una condición precancerosa, es ahora más frecuente que el cáncer invasivo, especialmente en mujeres mayores de 50 años.

El Ca Cu es más común en mujeres de bajo nivel socioeconómico.

El Ca de endometrio es más común en mujeres adultas y su diagnóstico usualmente se hace después de los 50 años de edad (3).

El sarcoma uterino es el 3 % de las neoplasias ginecológicas malignas del útero, se presenta en mujeres blancas, y el 10 % en mujeres negras. La incidencia es de 1.7 sobre 100,000 mujeres mayores de 20 años, la edad media de presentación es de 45-55 años para los leiomiomas, 42 a 53 años para los sarcomas. En nuestra población la incidencia de Ca de endometrio fue del 18.20 % que correspondió a 77

pacientes cuya edad promedio fue de 57.7 años, el Ca de Utero o Leiomiomas se encontró en el 1.18 % que correspondió al 5 % de la población anual, la edad promedio de presentación se puede observar en la gráfica 3 y correspondió a un promedio de 58.8 años, la distribución de este cáncer de acuerdo a su estirpe se muestra en la Tabla N° 1.

El cáncer de endometrio tiene una incidencia de 34,000 casos por año, la tasa de mortalidad es de 3,000 por año, su prevalencia de 7.38 casos por 1,000 mujeres, 5.45 por 1,000 mujeres, su alta incidencia es atribuida al alto uso de exposición prolongada de estrógenos, se presenta en medio socioeconómico medio y alto, edad media de 60 años. En relación a la menopausia el 75 % es el en periodo posmenopausico y 25 % en periodo premenopausico. Existen pruebas de que el cáncer de endometrio se asocia con frecuencia a trastornos metabólicos como la obesidad, la hipertensión y la diabetes. La terapia con estrógenos después de la menopausia es otro factor causal (4,5).

Coriocarcinoma; es una neoplasia maligna que surge del corion embrionario, implicando a ambas capas del epitelio trofoblástico. El 50 % de los coriocarcinomas están precedidos 1 por una mola, un 25 % por un aborto y un 22 % por un parto normal y el resto por embarazos ectópicos, en nuestra casuística la frecuencia de este tumoración fue del 1 caso que correspondió al 0.23 % del total de tumoraciones a este nivel, la localización del tumor más frecuente es el tumor primario en el útero (6). Es un tumor muy raro y aparece sobre todo en mujeres menores de 35 años. En Europa y Norteamérica, la incidencia es de 1:14,000 y 1:20,000 embarazos, en Filipinos 1:338 embarazos, la incidencia también es alta en China e Indonesia.

Los tumores de ovario malignos suponen un 20 % de todos los tumores del aparato genital femenino en nuestra población correspondió al 10.1% del total que correspondió a 43 pacientes en el año de 1994 con una edad promedio de 52.7 años y la incidencia media del conjunto de tipos histológicos es de 15,000 por cada 100,000 mujeres por año. Ocupa el 6º lugar de cánceres ginecológicos y causa de muerte, en 1990 se presentaron 20 casos en 12,500 defunciones, su mayor pico de incidencia es la 7ª década de la vida por debajo de los 50 años es raro que se presente, el más común es el seroso, donde generalmente el marcador tumoral Ca 125 se encuentra elevado, es mucinoso en un 12% endometrioides en el 15% e indiferenciado 17%, células claras 6% y tipos raros como las variantes malignas de breiner.

En relación a las tumoraciones de vagina se encontraron con una frecuencia de 8.03% que correspondió a 34 pacientes con una edad promedio del 60.38%, la

estirpe se muestra en la Tabla N° II, por último las cánceres de vulva se encontraron en 16 casos estudiados en el año, lo que representó un porcentaje total del 3.78 %.

Bibliografía:

1. Kim DS, Moon H, et al: two-year survival: preoperative adjuvant chemotherapy in the treatment of cervical cancer stage IB and III with bulky tumor *Gynecol Oncol*; 33: 225-230, 1989.
2. Park TK, Choi DH, Kim SN et al: Role of induction chemotherapy in invasive cervical cancer. *Gynecol Oncol*; 41: 107-112, 1991
3. Stehman B: Pathology of cervical carcinoma and its prognostic implication *Seminars in Oncology*; 1 feb, 1994.
4. Hatch: Preinvasive cervical neoplasia. *Seminars in Oncology*; 1 feb: 12116, 1994
5. National Cancer Institute Workshop: The Bethesda System for reporting cervical-vaginal cytologic diagnoses. *JAMA*; 262: 931-934, 1989
6. Lazcano PE, Alonso RP, Lopez CL, Hernández AM: Cancer of the uterine cervix. Historical perspective. *Ginecol Obstet Mex*, 1994; 62: 40-7
7. Saltagun QJ, Pérez RJ, Cherem B,- Pon-as E: Analysis of 1000 hysterectomies. Technical simplifications and reflections. *ISSSTE Hospitals. Ginecol Obste Mex*, 1994; 62: 35-9.
8. Gonzalez SJL, Rodriguez de Santiago JD, Menendez VJ: The combined colposcopic index as a diagnostic method in human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia. *Ginecol Obstet Mex*, 1993; 61: 72-5.
9. Piver MS, Baker TR, Piedmonts NI, Sandecki AM: The epidemiology and etiology of ovarian cancer. *Semin Oncol*, 1991; 18(3): 177-85
10. Dusembery KE, Carson LF, Potish RA: Perioperative morbidity and mortality of gynecologic brachytherapy. *Cancer*, 1991; 67(11): 2786-90.
11. Registro Nacional del Cáncer: 1-14, 1993

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nº de paciente

Nombre: **Cédula**

Edad

Antecedentes

Diagnóstico

Localización de la neoplasia

Metástasis

Método diagnóstico

Estudio Histopatológico

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

19

Tabla N° I. Estirpes encontradas en Cáncer de Endometrio

Estirpe	N°
Adenocarcinoma poco diferenciado en Anillo de sello	1
Adenocarcinoma mixto del endometrio	1
Adenocarcinoma de tipo endometroide bien diferenciado	49
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado mucinoso	2
Adenocarcinoma papilar	2
Adenocarcinoma seroso	2
Adenocarcinoma escamoso poco diferenciado	7
Carcinoma epidermoide de células grandes queratinizante	9
Carcinoma epidermoide de células grandes no queratinizante	2
Carcinoma epidermoide papilar	1
Carcinoma embrionario	1

Tabla N° II. Estirpes encontradas en Cáncer de Vagina

Estirpe	Nº
Adenocarcinoma de tipo mucinoso	2
Adenocarcinoma de tipo papilar	3
Adenocarcinoma mucoproducor	1
Carcinoma epidermoide de células grandes queratinizante	10
Carcinoma epidermoide de células grandes no queratinizante	7
Carcinoma adenoescamoso bien diferenciado maduro	1
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	9

Tabla N° 3. Estirpe de el Cáncer Cervicouterino

Carcinoma Epidermoide poco diferenciado	64
Carcinoma Epidermoide de Células Grandes no queratinizantes	68
Carcinoma Epidermoide de Células Grandes Queratinizante	47
Carcinoma Epidermoide de Células Pequeñas	6
Carcinoma Adeno Escamoso Poco Diferenciado	5
Adeno Carcinoma Endometroide Moderadamente Diferenciado	8
Adenoma Papilar	5
Adenoma Mucinoso	3
Adenoma Escamoso Maduro Bien Diferenciado	34
Adenoma de Células Claras Moderadamente Diferenciado	5
Cisto Adenoma Moderadamente Diferenciado	1
Carcinoma Neuroendócrino	2

Tabla N° 4. Estirpe encontrada en los Cánceres de Vulva

Carcinoma Epidermoide de Células Grandes no Queratinizante	2
Espiradeno Ecrino Maligno	1
Carcinoma Adenoide Quístico	1
Carcinoma Epidermoide de Células GrandES Queratinizantes	1
Adeno Carcinoma Variante Cribiforme y Comedo	1

Tabla N° 5. Estirpe encontrada de los tumores de Ovario

Cistadenocarcinoma Bien Diferenciado Endometroide	5
Cistadenocarcinoma Seroso	9
Cistadenocarcinoma Papilar	9
Cistadenocarcinoma Mucinoso	2
Adenocarcinoma de Células Claras	9
Adenocarcinoma Seroso	1
Adenocarcinoma Endometroide	3
Disgerminoma Puro	2
Tumor de Krukemberg	1
Tumor de Brenner	1
Sarcoma	1

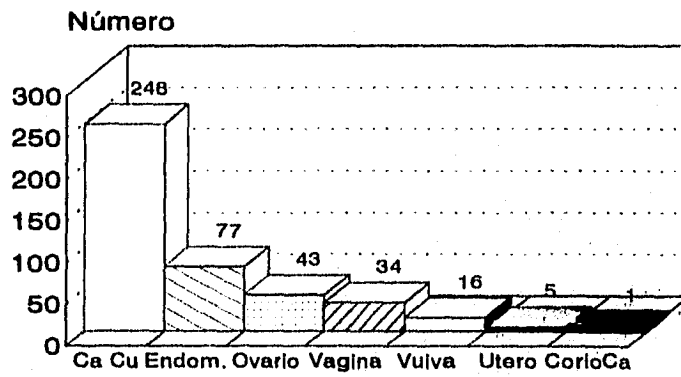
Tabla N° 6. Estirpe de los tumores del Cuerpo Uterino

Sarcoma Uterino de Estroma	1
Tumor Mülleriano Mixto Maligno	1
Leiomio Sarcoma	3

Tabla N° 7. Estirpe de Coriocarcinomas encontrados

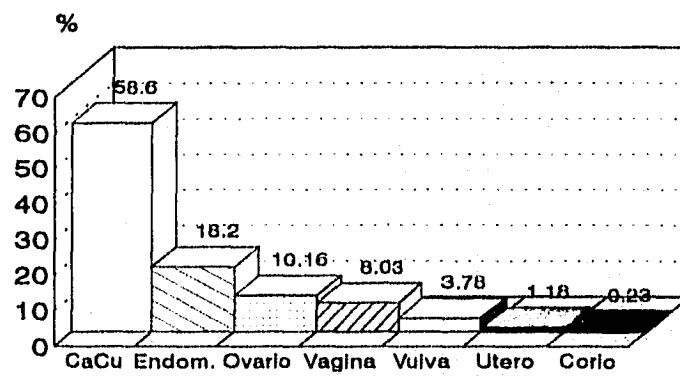
Coriocarcinoma Gestacional	1
----------------------------	---

FRECUENCIA DE TUMORES MALIGNOS DE ACUERDO A SU LOCALIZACION



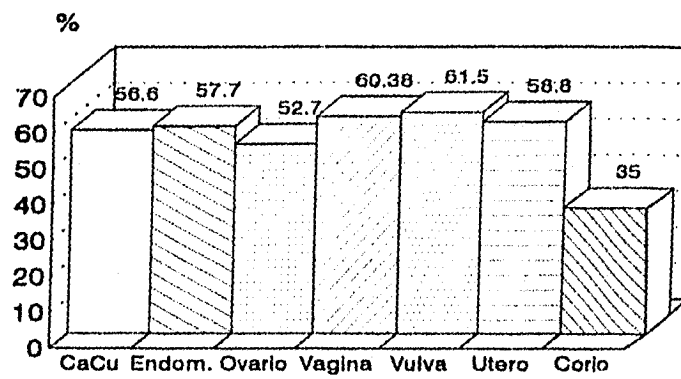
Gráfica N° 1

**PORCENTAJE DE TUMORES MALIGNOS DE
ACUERDO A SU LOCALIZACION**



Gráfica N° 2

**EDAD DE LAS PACIENTES CON TUMORES
MALIGNOS DE ACUERDO A SU LOCALIZACION**



Gráfica N° 3