

112402



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ONCOLOGIA
CENTRO MEDICO NACIONAL

"LA EDAD COMO FACTOR PRONOSTICO EN PACIENTES
CON CANCER CERVICO-UTERINO."

TRABAJO DE:

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN:

CIRUGIA ONCOLOGICA

P R E S E N T A:

DR. RAMON CABELLO MOLINA

ASESOR: DR. PEDRO MARIO ESCUDERO DE LOS RIOS

276612



IMSS MEXICO, D. F.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TRABAJO DE
T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
CIRUGÍA ONCOLÓGICA

**LA EDAD COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES
CON CÁNCER CERVICO – UTERINO**

PRESENTA:

- **DR RAMÓN CABELLO MOLINA**
RESIDENTE 4º AÑO DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA

ASESORES DE TESIS:

❖ **DR PEDRO MARIO ESCUDERO DE LOS RIOS**
JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA GINECOLOGICA-HO CMN SXXI IMSS

❖ **DRA SONIA LABASTIDA ALMENDARO**
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA HO CMN SXXI

JEFE DE ENSEÑANZA Y POSTGRADO HO CMN

❖ **DR SERAFIN DELGADO GALLARDO**

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA ONCOLOGICA
HOSPITAL DE ONCOLOGIA CMN SXXI

❖ **DR DARIO F. RODRIGUEZ CORIA**

D. F. R. C.

AGRADECIMIENTOS

- ❖ **A ESE ENTE INFINITO POR DEJARME APRENDER DE SU OBRA.**
- ❖ **A TODOS AQUELLOS SERES QUE ME PERMITEN ESCUCHAR SUS PENURIAS Y QUE ME HONRAN AL PERMITIRME AYUDARLES, GRACIAS A ELLOS.**
- ❖ **A MIS PADRES POR TODOS LOS ESFUERZOS REALIZADOS, POR EL APOYO QUE ME BRINDAN, SIN ELLOS NO HUBIERA SIDO POSIBLE NI SIQUIERA MI EXISTENCIA. TODO ELLO SE REFLEJA AHORA.**
- ❖ **A MARLENE POR SU COMPAÑÍA, AMOR Y SU COMPRESIÓN, POR MOSTRARME QUE LO SENCILLO ES LO MÁS LINDO DE LA VIDA; SU APOYO HA SIDO FUNDAMENTAL PARA LLEGAR A DONDE ESTOY.**
- ❖ **A GIOVANI POR ESA VITALIDAD QUE ME DA ANIMOS PARA CONTINUAR DÍA A DÍA**
- ❖ **A MIS HERMANOS: EVELIA, OSVALDO Y GRISELDA**
- ❖ **A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA HAN INFLUIDO PARA PODER CUMPLIR ESTA META.**
- ❖ **A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE HICIERON TODO LO POSIBLE POR TRUNCAR MI PASO, PUES GRACIAS A ELLOS LOS ESFUERZOS SE REDOBLARON.**

**EL DOLOR A VECES CON UNA SONRISA PUDE MITIGARSE
FEBRERO 2000**

ÍNDICE:

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3

OBJETIVOS 4

HIPÓTESIS 5

MATERIAL Y MÉTODOS 6

CRITERIOS DE INCLUSIÓN 8

RESULTADOS 9

DISCUSIÓN 13

CONCLUSIONES 14

BIBLIOGRAFÍA 15

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Después del Cáncer de Endometrio y Cáncer de Ovario, el carcinoma Cervico Uterino es la tercera causa de cáncer en la mujer en los países desarrollados (23), en tanto que en los países en desarrollo, específicamente en México continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer (24), el pico de incidencia alcanza su máximo hacia los 52 años y es más frecuente en aquellas mujeres con multiparidad, aquellas con inicio de vida sexual a edad temprana (< 15 años), pero sobre todo en aquellas en que se detecta el virus del papiloma (VPH) (25) (los subtipos más comúnmente asociados a Cáncer invasor son: 16,18,31,33), se reporta además que la incidencia cada vez es mayor en mujeres jóvenes. (25)

En las pasadas tres décadas y desde la descripción de los diferentes tipos de histerectomía por PIVER (1) para el tratamiento de las mujeres con Cáncer de Cervix (CaCu), la histerectomía radical (HR) así como la linfadenectomía pélvica han ido conformando el tratamiento aceptado para pacientes con etapas tempranas (Ib – IIa) de CaCu (2). A través del tiempo se han investigado diferentes factores pronósticos que definitivamente tienen impacto en la sobrevida (SV) de éstas pacientes y en el periodo libre de enfermedad (PLE), pero en éstas pacientes, *¿cuáles son los factores que se asocian a una recurrencia temprana y PLE más corto?* En general se ha observado que la sobrevida de pacientes tratadas con HR es de 72 a 92%, pero con algunos factores pronósticos como Invasión al Espacio Linfovascular (LVSI) y Metástasis a Ganglios Pélvicos (MG) (6) ésta disminuye hasta 55% (3); las variables anteriores son las más estudiadas, otros factores que influyen en el pronóstico de sobrevida son: el tamaño del tumor, el grado de diferenciación tumoral, invasión al estroma cervical, compromiso parametrial y la histología; con respecto al factor *EDAD* aún es factor de controversia, pues algunos autores concluyen que ésta no es de carácter pronóstico (7,8,9), mientras que otros lo catalogan como factor pronóstico independiente que influye de manera importante en la sobrevida, concluyendo que las pacientes jóvenes tienen peor pronóstico (4,10,11), ya que se ha observado pueden presentar una enfermedad rápidamente progresiva y con metástasis de manera temprana (12). Existen varias series en las que se han observado resultados que concluyen: la edad sí constituye un factor pronóstico independiente para SV y PLE en pacientes jóvenes (algunas series con grupos por debajo de 35 y en otras con grupos por debajo de 42 años) y que incluso, han mencionado el tratamiento en pacientes jóvenes debe ser más agresivo que en pacientes con una edad más avanzada (12, 20).

Saint – Paul encuentra en su serie que las pacientes jóvenes tienen una tendencia a presentar una incidencia más alta de adenocarcinomas y observó que etapa por etapa, la sobrevida es menor en aquellas pacientes menores de 35 años de edad en comparación con aquellas mayores de dicha edad; las pacientes en etapas I tienen una sobrevida de 78.6% para menores de 35 años comparadas con 88.5% en igual etapa pero con una edad mayor a los 35 años y en etapa II; la sobrevida es de 45.5% para las menores de 35 años y 71% para aquellas de más de 35 años de edad (11). Robertson en una serie de 45 pacientes en que comparó menores de 35 años con 64 pacientes mayores de 55 años, encuentra que la recurrencia se da más tempranamente en mujeres jóvenes así como una menor sobrevida. Se incluyeron en su estudio pacientes con etapas I – IV y observó que aún en etapas III, la diferencia en cuanto SV y PLE son peores en aquellas pacientes menores de 35 años que en aquellas de 55 años (12). Hay muchos otros estudios que demuestran que la edad no es un factor independiente para SV y PLE (13.14.15.16.17), todos ellos también incluyen pacientes en etapas I – IV así como grupos de diferentes edades: menores de 35 y mayores de 55 años, menores de 50 y mayores de 65 años. En general, la controversia aun persiste en cuanto a sí la edad es o no, un factor pronóstico independiente; algunos autores incluso, mencionan que el tratamiento para las pacientes jóvenes debería ser más agresivo en comparación al de pacientes de edades mayores de 45 años (12).

En el presente estudio se analiza la variable EDAD, con otras variables que en la literatura se han determinado como factores pronósticos independientes de sobrevida en las pacientes con CaCu y que son sometidas a HR *, se dividen a las pacientes en 2 grupos: el grupo A para menores de 40 años y el grupo B para aquellas pacientes mayores de 40 años; se incluyeron pacientes sólo con etapas Ib a IIb y se realiza un análisis univariado y multivariado tomando también en cuenta otros factores ya establecidos (tamaño del tumor, histología, invasión al estroma, grado de diferenciación celular y número de ganglios metastásicos).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Será la edad un factor que influye en el Período Libre de Enfermedad (PLE) y la sobrevida de las pacientes con CaCu en etapas clínicas Ib a I Ib y que son sometidas a Histerectomía radical como tratamiento primario?

OBJETIVOS

Principal:

1. - Investigar si la edad en pacientes jóvenes influye como factor pronóstico de sobrevida, en pacientes con Carcinoma Cervico Uterino (CaCu) invasor y que son sometidos a Histerectomía radical por CaCu en etapas (Ib- IIb).

Específico:

- a) Determinar si el período libre de enfermedad en las pacientes con CaCu en etapas Ib y IIa es influido por la edad de las mismas.**

HIPÓTESIS:

H1

Si la edad temprana es un factor pronóstico independiente que afecta la sobrevida en pacientes con CaCu invasor, entonces las pacientes menores de 40 años de edad tendrán peor pronóstico que las pacientes mayores de 40 años de edad.

H1

Si la edad temprana influye como factor independiente en el PLE de pacientes con CaCu invasor, entonces las pacientes menores de 40 años tendrán un PLE más corto que aquellas mayores de 40 años de edad con CaCu y en la misma etapa estudiada.

H1

Si las pacientes jóvenes con CaCu invasor tienen menor sobrevida, entonces las pacientes mayores de 40 años tendrán un mejor pronóstico.

Ho

Si la edad no constituye un factor pronóstico, entonces la sobrevida de acuerdo a la edad de las pacientes será igual en aquellas pacientes menores y mayores de 40 años, tratadas por CaCu en etapas Ib y IIb con HR.

Ho

Si la edad no influye en la SV y PLE en aquellas pacientes con CaCu en etapas Ib a IIb, entonces no habrá diferencia entre ambos grupos en dichos aspectos.

MATERIAL Y MÉTODOS

En un estudio retrospectivo se revisaron los expedientes clínicos y los reportes de patología de 150 pacientes tratadas en el servicio de Oncología Ginecológica del Hospital de Ginecología No. 4 del IMSS "Luis Castelazo Ayala" (OGLCA), en período de 1986 - 1999 a las cuales se les realizó el diagnóstico de Cáncer Cervico Uterino invasor y se seleccionaron aquellas pacientes con etapas Ib a IIb (según FIGO 1994; ver tabla I), que fueron tratadas inicialmente con Histerectomía radical (HR) tipo Piver III (1). En todos los casos se analizaron las siguientes variables: edad, tamaño del tumor, Invasión a Espacio Linfovascular (LVS), número de ganglios pélvicos con metástasis, invasión al estroma cervical, infiltración eosinofílica, necrosis, grado de diferenciación celular y distancia de los bordes quirúrgicos. El diagnóstico de la neoplasia se realizó basándose en criterios unificados para el estudio histopatológico de las piezas en el departamento de Patología del OGLCA (OMS).

<i>Stage</i>	<i>Definition</i>
Stage 0	Carcinoma in situ, intraepithelial carcinoma; cases of Stage 0 should not be included in any therapeutic statistics for invasive carcinoma.
Stage I	The carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the corpus should be disregarded).
Stage IA	Invasive cancer identified only microscopically. All gross lesions, even with superficial invasion, are stage IB cancers. Invasion is limited to measured stromal invasion with a maximum depth of 5 mm and no wider than 7 mm. (The depth of invasion should not be more than 5 mm taken from the base of the epithelium, either surface or glandular, from which it originates. Vascular space involvement, either venous or lymphatic, should not alter the staging.)
Stage IA1	Measured invasion of stroma no greater than 5 mm in depth and no wider than 7 mm.
Stage IA2	Measured invasion of stroma greater than 3 mm and no greater than 5 mm in depth and no wider than 7 mm.
Stage IB	Clinical lesions confined to the cervix or preclinical lesions greater than IA.
Stage IB1	Clinical lesions no greater than 4 cm.
Stage IB2	Clinical lesions greater than 4 cm.
Stage II	The carcinoma extends beyond the cervix, but has not extended onto the pelvic wall; the carcinoma involves the vagina, but not as far as the lower third.
Stage IIA	No obvious parametrial involvement.
Stage IIB	Obvious parametrial involvement.
Stage III	The carcinoma has extended onto the pelvic wall; on rectal examination there is no cancer-free space between the tumor and the pelvic wall; the tumor involves the lower third of the vagina; all cases with a hydronephrosis or nonfunctioning kidney should be included, unless they are known to be due to other cause.
Stage IIIA	No extension onto the pelvic wall, but involvement of the lower third of the vagina.
Stage IIIB	Extension onto the pelvic wall or hydronephrosis or nonfunctioning kidney.
Stage IV	The carcinoma has extended beyond the true pelvis or has clinically involved the mucosa of the bladder or rectum.
Stage IVA	Spread of the growth to adjacent organs.
Stage IVB	Spread to distant organs.

TABLA I: Etapificación Clínica del Cáncer de Cervix según FIGO 1994 (tomado de CANCER principles and practic of oncology. De Vita 1997 5 ed).

Se dividió a las pacientes de acuerdo con el objetivo de este trabajo en 2 grupos según su edad; en el grupo A para aquellas pacientes de 40 años ó menores y grupo B para aquellas mayores de 40 años. Se compararon ambos grupos con las variables antes mencionadas.

Para el estudio y análisis estadístico se utilizaron χ^2 (Pearson), para análisis univariado prueba exacta de Fisher, así como regresión de Cox para análisis multivariado; el Método de Kaplan Meier para el análisis de sobrevida de las pacientes en estudio y comparación de curvas con la prueba de Log - rank.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- **Pacientes con diagnóstico de CaCu etapas IB y IIA**
- **Pacientes de todas las edades**
- **Pacientes con tratamiento primario de HR**
- **Pacientes con seguimiento de por lo menos un año**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- **Pacientes con tratamiento fuera de la unidad**
- **Pacientes con antecedentes de RT o QT previa**
- **Pacientes sin RHP**
- **Pacientes pérdidas o con menos de un año de seguimiento.**

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 150 pacientes cuyo rango de edad fue de los 25-66 años (media 42.9). En el grupo A se incluyeron 64 pacientes (42.7%) con un promedio de 35.9 años (25 –40años) y en el grupo B se incluyeron 86 pacientes (57.3%) con promedio de 44.1años (41-66años). La media de seguimiento fue de 35.7 meses; el síntoma más frecuente para la totalidad de las pacientes fue la hemorragia uterina anormal (19%), seguida de hemorragia postcoito (12%), descarga vaginal (10%) y un gran porcentaje se presenta como asintomáticas (32%); el diagnóstico se realizó principalmente por Biopsia dirigida por Colposcopia (32.7%).

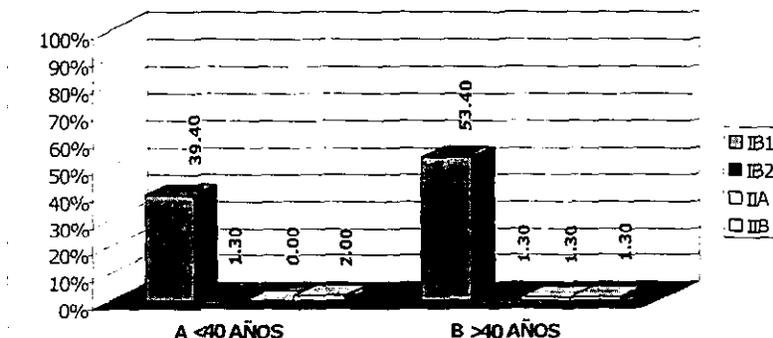
GRUPO	A <40 AÑOS	B >40 AÑOS	TOTALES
IB1	59	80	139
IB2	2	2	4
IIA		2	2
IIB	3	2	5
TOTAL:	64	86	150

TABLA II: DISTRIBUCION DE ETAPAS POR GRUPO (p = 0.5332 *)

* con Prueba de Pearson

La distribución por etapas fue la siguiente: para el grupo A, 59 (39.3%) en Etapa clínica (Ec) IB1, 2 (1.3%) en IB2, en Ec IIB 3 (2%); en el grupo B se tuvieron 80 (53.3%) en Ec IB1, 2 (1.3%) en Ec IB2, en EC IIA 2 (1.3%) y en Ec IIB 2 (1.3%) (p = 0.5332*).

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y ETAPA



GRAFICA 1: DISTRIBUCION DE EDAD Y ETAPA EN AMBOS GRUPOS (p = 0.5332*)
- PRUEBA DE PEARSON.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Por lo que se refiere al grado de diferenciación (GD), en ambos grupos se observó lo siguiente: grupo A: GI 15.3%, GII 18.7%, GIII 0%, no se reportó en un 8.7% y en el grupo B: GI con un 16%, GII un 25%, GIII 2.7% no se reportó en 13.3% ($p= 0.27494^{*1}$)

En cuanto a tipo Histológico se obtuvieron para el grupo A: 70.3 % de los casos fueron epidermoide, 17.2% adenocarcinoma, mixto 12.5 %; en tanto que en el grupo B: 70.9 % fueron epidermoides, adenocarcinoma 18.6 %, mixto 9.3% y se observó un caso (.7%) de Neuroendocrino; el subtipo histológico más frecuente en ambos grupos fue el de Células Grandes no Queratinizante (CGNQ).

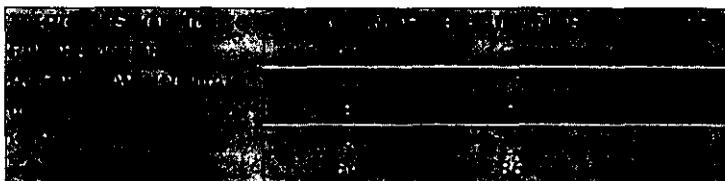
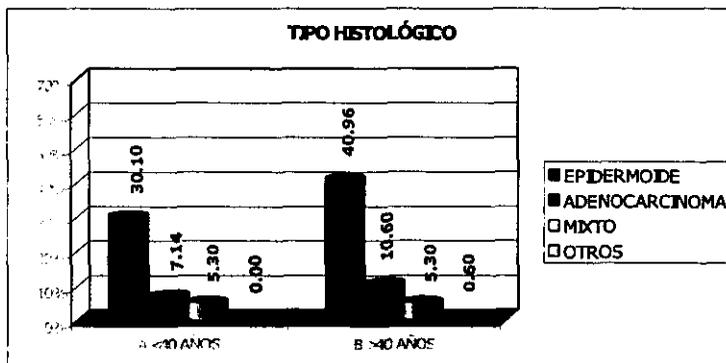


TABLA III: Distribución de tipo Histológico por grupo ($p= 0.6249^{*}$)
* Con prueba de Pearson

La invasión al estroma (IE) de $>50\%$, en el grupo A se observó en un 23% y una IE de $< 50\%$ en un 20.5% en tanto que en el grupo B se presentó en un 26.1% para $>50\%$ y en un 29.5% para IE de $<50\%$ ($p = 0.3340^{**}$); la Invasión Linfovascular (ILV) en el grupo A se observó en 11.5% en tanto que para el B se observó en un 14.5% ($p= 0.5517^{**}$) sin ser por lo tanto significativa; la infiltración eosinofílica (IEOS) se observó en 2.4% en el grupo A y en el B con un 4% ($p= 0.4910^{*}$). El factor Necrosis se observa en un 2.4% en el grupo A y en el grupo B en 3.2% ($p < 0.6249^{**}$).



GRAFICA 2: DISTRIBUCION DE TIPO HISTOLOGICO POR GRUPOS ($P < 0.6249^{*}$)
* CON PRUEBA EXACTA DE FISCHER

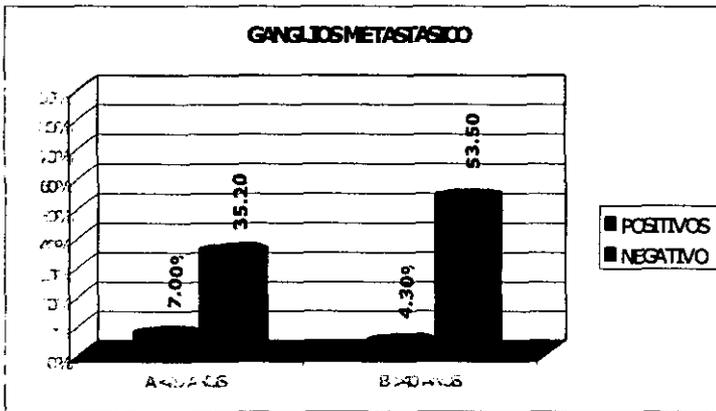
¹ * Se usa prueba de Pearson

La media de ganglios disecados en cada paciente fue de 17.1 ± 3 y se obtuvieron ganglios metastásicos en 10 ((16.7%) de los pacientes del grupo A, en tanto que se observó metástasis ganglionares en 6 pacientes (7.3%%) del grupo B ($p < .0713^*$); sitio donde se encontraron las metástasis a ganglios se distribuyó como sigue: en el grupo A: Parametriales izquierdos 10%, Pélvicos Izquierdos 50% y Pélvicos Derechos 40%; en el grupo B: Parametriales derechos 16.6%, Pélvicos Izquierdos 16.6% y los Pélvicos Derechos 66.6%. ($p = 0.0713^{*2}$)

GANGLIOS A < 40 AÑOS		B > 40 AÑOS - 70 AÑOS	
POSITIVOS	10	6	3
NEGATIVOS	54	77	71

TABLA IV: ESTADO GANGLIONAR POR GRUPOS ($p = 0.0713^*$)
 * CON PRUEBA EXACTA DE FISCHER

No se observaron metástasis a ganglios retroperitoneales en ninguno de los 2 grupos. En cada grupo se tienen 4 pacientes en que no se reporta la variable ganglios metastásicos en el expediente.

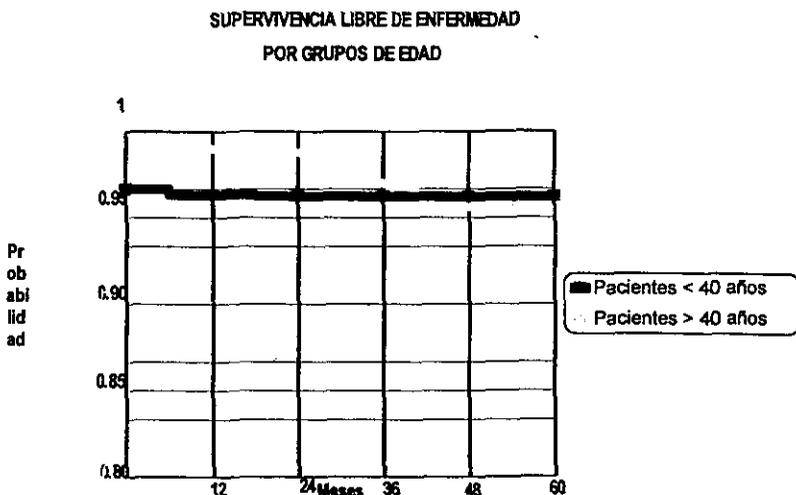


GRAFICA 3: ESTADO GANGLIONAR POR GRUPOS: ($p < 0.0713$)
 * CON PRUEBA EXACTA DE FISCHER.

² Se usa prueba exacta de Fischer

Se presentaron 9 pacientes con recurrencia que significa un 6% del total del grupo, 5 para el grupo A y 4 para el grupo B ($p < 0.3311^*$). En ambos grupos la recurrencia fue local y sólo un paciente en el grupo B la recurrencia fue a distancia. El tratamiento para la recurrencia local se dio con RT en 6 pacientes (66.6%), con RT + QT en un paciente (11.1%) y con Cirugía (excenteración) 2 pacientes (22%). En cuanto recurrencia se distribuyó como sigue: en el grupo A el rango de presentación de recurrencia es de 12 - 52 meses (mediana 18 meses) y en el grupo B el rango de presentación de la recurrencia fue de 18-42 meses (mediana 24 meses).

Al momento del cierre del estudio no hubo muertes en ningún grupo; se reporta un 72% de las pacientes que se tienen vivas sin actividad tumoral: 41.7% en el grupo A y 58.3% en el grupo B; 26% de las pacientes del grupo están perdidas sin actividad tumoral (PSAT) y 2% vivas con actividad tumoral. El periodo libre de enfermedad se reporta de 18 y 24 meses. El promedio de sobrevivida libre de enfermedad calculada para el grupo A: es de 0.9706 a 18 meses y para el B: 0.9851 a los 18 meses y a los 42 meses 0.956 ($p < 0.9326^{**}$).



Gráfica 4: Supervivencia libre de enfermedad en ambos grupos
 $p = 0.9326^{***}$

*** Se usa Log -Rank test

DISCUSIÓN:

De acuerdo a nuestros resultados, el CaCu tiene una distribución similar etapa por etapa en la población de menos de 40 años y mayores de ésta edad y que la incidencia mayor es en Ec IB1 con un 38% para el grupo de menores de 40 años y 53.3% en aquellas mayores de ésta edad, de acuerdo a análisis estadísticos concluimos que no hay diferencias significativas en este aspecto entre ambos grupos; Por otro lado se concluye que no hay diferencias en cuanto al grado de diferenciación del tumor en ambos grupos siendo el más frecuentemente observado el tipo moderadamente diferenciado. El Cáncer Epidermoide continua siendo el tipo histológico más común en ambos grupos etarios, lo que concuerda con lo reportado por múltiples series que reportan incluso un 85% de incidencia de éste tipo histológico(21). Por lo que se refiere a ganglios metastasicos concluimos la incidencia de éstos no tiene diferencia estadísticamente significativa al comparar ambos grupos, aunque parecería por los resultados obtenidos que hubiese una tendencia en las pacientes jóvenes a tener una incidencia mas alta de metástasis a ganglios etapa por etapa, nuestro valor de p resulta no significativo ($p= 0.0713$). Comparando las recurrencias observadas concluimos, que no hay diferencia entre ambos grupos pues los resultados obtenidos nos muestran una incidencia similar en ambos grupos así como un PLE similar, aunque no tuvimos muertes en nuestros grupos de estudio, la sobrevida libre de enfermedad calculada también es similar en ambos grupos (grupo A= 97.06% y grupo B= 98.5%) ésta es similar a la reportada por Saint – Paul en su serie, en la cual reporta un 95 % en aquellas pacientes menores de 35 años a 24 meses en tanto que para aquellas pacientes mayores se reporta con 97.5% en el mismo periodo.

Por lo tanto y a pesar de que existen varias series en las que se han observado resultados que concluyen, la edad sí constituye un factor pronostico independiente en pacientes jóvenes (algunas con grupos por debajo de 35 y en otros estudios grupos por debajo de 42 años) con CaCu (4,10,11,12,19,20,22), por citar algunos Radiumhemet con 2695 pacientes, en Mayo Clinic con 1451 pacientes; el estudio de Montreal con 1418 pacientes (4); en ambos estudios observaron peor sobrevida en pacientes jóvenes con diagnóstico de CaCu en etapas IIB, Loud encuentra que el pronostico es más favorable en aquellas pacientes de mayor edad, que en pacientes jóvenes con CaCu IIB (5,21). Un estudio más es el de M.D. Anderson con 1085 pacientes, observó que hay diferencia en aquellos pacientes menores y mayores de 35 años con diferencias etapa por etapa, teniendo las pacientes jóvenes peor sobrevida que las pacientes con mayor edad. Un estudio mas es el de Rotterdam, en que los grupos de estudio fueron pacientes de más de 45 años y menor de 45 años, observándose que la edad que marca la diferencia en su serie es el de mayores y menores de 28 años. Por nuestra parte concluimos que la EDAD NO CONSTITUYE UN FACTOR PRONOSTICO en las pacientes jóvenes y que ésta

solamente puede tener impacto cuando se asocia a factores pronósticos ya conocidos para las pacientes con CaCu.

CONCLUSIONES:

De acuerdo a los resultados obtenidos concluimos, que no hay diferencia entre ambos grupos en cuanto a sobrevida ya que, aunque no tuvimos muertes en ninguno de los grupos, la Sobrevida libre de enfermedad, fue similar en ambos grupos y el impacto que pudiese tener la edad en este aspecto se descarta, ya que nuestra conclusión se apoya estadísticamente al obtener una p no significativa para este aspecto y al comparar ambos grupos.

El período libre de enfermedad fue similar en ambos grupos y estadísticamente no significativo por lo que se concluye que la edad no tiene impacto en esta variable para las pacientes con edades menores de 40 años.

La evolución y estado de las pacientes en ambos grupos, así como la sobrevida libre de enfermedad similar en ambos grupos por lo que concluimos que el pronóstico en pacientes jóvenes así como en pacientes mayores de 40 años es similar con sobrevidas calculadas hasta de 42 meses con porcentajes parecidos en ambos grupos.

Por lo observado podemos concluir que la edad NO CONSTITUYE UN FACTOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE y NO TIENE IMPACTO EN LA SOBREVIDA Y PERÍODO LIBRE DE ENFERMEDAD EN LAS PACIENTES aun cuando éstas sean menores de 40 años, por lo tanto el tratamiento que se pudiese ofrecer en pacientes menores de 40 años no debería ser diferente del ofrecido para aquellas pacientes que rebasan esta edad.

BIBLIOGRAFIA:

1. - Piver M, Rutledge F, et al: Five Classes of extended Hysterectomy for women with cervical Cancer. *Obstet Gynecol* 1974; 44(2): 265-272 (Clásico y Básico).
2. - Sevin B, Nadji M, et al. : Prognostic Factors of Early stage cervical cancer treated by radical hysterectomy. *Cancer* 1995; 78(10) : 1978 –1985
3. -Roman L, Felix J, et al: Influence of quantity of lymph-vascular space invasion on the risk of nodal metastases in women with early-stage squamous cancer of cervix. *Gynecol Oncol* 1998; 68: 220 – 225.
4. - Spanos W, King A, et al: Age as a Prognostic Factor in carcinoma of the Cervix. *Gynecol Oncol* 1998; 35: 66- 68
5. - Kyriakos M Kempson R; et al. : Carcinoma of Cervix in young women. *Obstet Gynecol.* 1971; 38 : 930-944
6. - Rahaul A, Velden J; et al: Identification of high-risk groups among node-positive patients with stage IB and IIA cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 1997; 64 : 463 – 467
7. - Inoue T, Morita K: The prognostic significance of number of positive nodes in cervical Carcinoma stages IB, IIA, y IIB. *CANCER* 1990; 65 : 1923 – 1927
8. - Crtin J: Radical Hysterectomy – the treatment of choice for early –stage cervical carcinoma. *Gynaecol Oncol* 1996; 62 : 132 – 138 (ed)
9. -Sevin B, Nadji M; et al: Prognostic factors of early stage cervical cancer treated by radical hysterectomy. *CANCER* Nov. 13, 1995; 76(10): 1978- 1985.
10. - Brewster WR, Di Saia PJ. et al “Young age prognostic factors in cervical cancer; results of a population – based study” *Am J of Obst Gynecol* June 1999; 180(6): 1464 – 1467
11. - Saint Paul M, Bremond A. et al “Cervical Cancer before 35 years of age in a series of 449 cases in stage IA2 and IV” *Radiother Oncol* 1987 Nov; 10(3): 1670 – 1674
12. - Robertson D, Fedorko DM. et al “Age is prognostic variable in cervical squamous cell carcinoma”. *NZJ Obstet Gynaecol* 1989 Feb; 29 (1): 47 – 51
13. - Brewster WR. et al “Young age as a prognostic factor in cervical cancer; results of a population – based study” *AM J Obstet Gynecol* 1996, 180 (6): 980 – 987
14. - Meanwell CA et al “Young age as a prognostic factor in cervical cancer: analysis of population based data from 10,022 cases” *Am J Obstet Gynecol* Jun 1999, 180 (6): 1464- 1367
15. - Antin-Cultver H, Bloss JD. et al “Comparison of adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the uterine cervix bases epidemiologic study” *Br Med J (Clin Res Ed)* Feb 1988; 296 (619): 386 – 391

16. - Smales E, Perry CM. et al "The influence of age on prognosis in carcinoma of cervix" *Am J Obstet Gynecol* May 1992; 166(5): 1507 – 1514
17. - Ashby MA, Smales E. et al "Invasive Carcinoma of cervix in young women: Clinical data and prognostic features" *Br J Obstet Gynaecol* August 1987; 94(8): 784- 787
18. - WestRR. et al "Cervical cancer : age at registration and death" *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1993; 22(7): 737 – 742
19. - Chen CA, Huang SC. et al "Influence of histologic type and age on survival rates for invasive cervical carcinoma in Taiwan" *Br Cancer* Feb 1977; 35(2): 236- 241
20. - Kaplan M "Investigation og age as aprognostic factor in early stage invasive cancer of cervix" *Gyneacol Oncol* May 1999; 73(2): 184 – 190
21. - Murrell DS. et al "Carcinoma of cervix in women up years of age" *Gynecol Oncol* May 1988; 30(1): 51.-56
22. - Clark MA, Naahas W. et al "Cervical Cancer: women ages 35 an younger compared to women age 36 and older" *Lancet* 1990 Jan; 335(8681): 97 –99
23. - *Decisión making in Cancer* 1997
24. – Yuh- Chen Y, Chih- long C; et al " Modified radical hysterectomy for early Ib cervical cancer" *Gyneacol Oncol* 1999, 74(2): 241 – 244
25. – *Manual de Oncología INCAN "Datos epidemiológicos"* En: *Cáncer Cervicouterino invasor*, Cap 49: 369 Octubre 1999 1ª ed.