



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

112 179

38



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

***"EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER GINECOLOGICO
EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE
SONORA. 1995-2001"***

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA

PRESENTA:

Dra. FABIOLA ESQUIVEL SILVA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hermosillo, Sonora a septiembre 2002

A



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA
DIVISION DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

“ EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER GINECOLOGICO
EN EL
HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA.
1995 – 2001 ”


SURGEN
DIVIS
TACIO
TESIS
Que para obtener el título de postgrado en Ginecología y Obstetricia
PRESENTA

DRA. FABIOLA ESQUIVEL SILVA


DR. FELIPE ARTURO MENDEZ VELARDE
PROFESOR TITULAR DEL CURSO


DR. RAMIRO GARCIA ALVAREZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
H. I. E. S. SONORA


DR. NORBERTO SOTELO CRUZ
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA


DR. ENRIQUE AVILA MONTEVERDE
CIRUJANO ONCÓLOGO ADSCRITO A GINECOLOGÍA
ASESOR


DR. GUILLERMO LOPEZ CERVANTES
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
ASESOR

TESIS CON
FOLIOS DE ORIGINAL

B

AGRADECIMIENTOS

A los doctores Enrique Avila Monteverde y Guillermo López Cervantes, tutores en la asesoría de esta tesis, por compartir conmigo el reto de esta investigación y alentarme siempre a alcanzarlo.

A todos mis maestros, que con su experiencia y conocimientos contribuyeron a mi formación como gineco-obstetra; con especial aprecio al doctor Dionisio Pérez Canal por instruirme con su ejemplo la disciplina y tenacidad en el ejercicio clínico diario, la excelencia en las acciones deben ir más allá de la bata blanca y el consultorio.

A mis amigos y compañeros de trabajo, por regalarme una familia a lo largo de estos cuatro años.

A todas aquellas mujeres que a pesar de su dolor y de su miedo, depositaron su confianza en mí y me permitieron aprender y adquirir habilidades a mis pacientes.

Muchas Gracias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

c

DEDICATORIA

A mis padres, mi gran orgullo. Por regalarme una vida llena de amor y con ella la oportunidad de estudiar y prepararme.

A Elsa, mi segunda madre. Por tu apoyo incondicional, gracias por enseñarme a encontrar la fuerza y tolerancia en los momentos difíciles.

A Juan Pablo, mi esposo. Por los anhelos compartidos, eres el aliciente para alcanzar nuevas metas.

Los quiero mucho.

0

TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN

Esquivel Silva, Fabiola*; Avila Monteverde, Enrique**; López Cervantes, Guillermo***.

"EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER GINECOLÓGICO EN EL HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA. 1995-2001".

INTRODUCCIÓN: Las neoplasias malignas del tracto reproductor femenino constituyen un nuevo problema de salud pública por su magnitud, trascendencia y gravedad de los daños en la población afectada. El presente estudio tiene como finalidad detallar el perfil epidemiológico que este padecimiento tiene en la población asistente al HIES.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo en el periodo comprendido entre mayo de 1995 a diciembre de 2001, revisándose el expediente de 301 pacientes femeninos con diagnóstico de neoplasia primaria en aparato reproductor, cuyo diagnóstico histopatológico haya sido establecido en la unidad, con la finalidad de captar las variables de topografía, estirpe histológica, etapa clínica, factores de riesgo asociados, sintomatología, métodos diagnósticos empleados, tratamiento y seguimiento del caso.

RESULTADOS: Se encontró una incidencia anual promedio de 43 casos, con una tasa de 19.2 casos por cada 1000 consultas de primera vez. La neoplasia más frecuente fue la de cuello uterino, seguida de la de mama. Los tumores malignos de endometrio y ovario constituyeron en conjunto el 20% de los casos. Los de menor incidencia fueron los de vulva y el leiomiomasarcoma. No se registraron casos de vagina o de placenta. El número total de casos se incrementó año tras año. El promedio de edad de las pacientes fue de 46.2 años, la mayoría de ellas, dedicadas al hogar, con bajo nivel escolar y residentes de la capital del Estado. La mayor parte de los casos de carcinoma cervicouterino se diagnosticó en etapas preclínicas, mientras que los casos de cáncer de mama, ovario y endometrio se diagnosticaron frecuentemente en estadios avanzados. Los factores de riesgo asociados que se encontraron en un mayor porcentaje fueron el antecedente de tabaquismo, la obesidad y la hipertensión arterial crónica. El tratamiento que se proporciona en la unidad es netamente quirúrgico, las pacientes que requieren tratamientos adyuvantes son referidas a otras unidades. No hay un seguimiento de los casos, en el 81% de los mismos, se desconoce la evolución de la paciente después de haber sido diagnosticada u operada.

CONCLUSIONES: Hay una elevada y progresivamente mayor incidencia de cáncer ginecológico en el HIES, con un perfil epidemiológico en la paciente similar a lo descrito en las referencias mundiales y nacionales, ofreciéndose un manejo meramente quirúrgico sin poder llevar seguimiento de los casos.

*Residente IV año en Ginecología y Obstetricia, HIES. Hermosillo, Sonora.

**Cirujano Oncólogo adscrito al servicio de Ginecología, HIES. Hermosillo, Sonora.

***Patólogo Jefe del Laboratorio de Anatomía Patológica, Presidente del Comité de Investigación, HIES. Hermosillo, Sonora.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEORICO.....	4
III. JUSTIFICACIÓN.....	21
IV. OBJETIVOS.....	23
V. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.....	25
VI. MATERIAL Y METODOS.....	26
VII. RESULTADOS.....	28
VIII. DISCUSIÓN.....	51
IX. CONCLUSIONES.....	53
X. BIBLIOGRAFÍA.....	56
XI. APÉNDICE.....	60

F

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

Los sorprendentes avances que experimentaron la ciencia y la tecnología a partir de la segunda mitad del siglo XX imprimieron un dramático cambio en el perfil epidemiológico de las enfermedades. El advenimiento de los antibióticos, aunado a la implementación de las medidas universales de higiene, logró abatir en un amplio margen la morbi-mortalidad por procesos infecto-contagiosos, así mismo, los índices de mortalidad materno-infantiles disminuyeron al proveer de servicios primarios de salud durante el embarazo y la infancia a un amplio sector de la población mundial. Estas medidas se tradujeron en un aumento en la esperanza de vida, lo que condicionó que estas nuevas sociedades se enfrentaran a procesos crónico-degenerativos, agregándose además la exposición permanente y a largo plazo ante agentes físicos, químicos y biológicos, productos todos ellos de la industrialización y contaminación del medio ambiente.

Es en este panorama donde emergen las neoplasias malignas como un nuevo problema de salud pública al condicionar año tras año la incapacidad, mutilación y muerte de millones de personas distribuidas en todo el orbe, involucrando no sólo al paciente afectado, sino también al entorno familiar, laboral y social en el que se desenvuelve.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es en el ámbito de la Ginecología donde encontramos la oportunidad como profesionales de la salud de poder llevar a cabo el diagnóstico oportuno de diversos tipos de cáncer en etapas preclínicas, debido ante todo, a la accesibilidad de los órganos involucrados, como lo es el caso de las neoplasias originadas en el cuello uterino o en la glándula mamaria, y el contar con marcadores tumorales altamente sugestivos (como el BRCA-1 para mama, el CA-125 para ovario y la gonadotropina coriónica humana para las neoplasias del trofoblasto) y métodos auxiliares de diagnóstico relativamente accesibles en costo para la pesquisa y seguimiento de lesiones sospechosas (como lo es el ultrasonido para los tumores de ovario y cuerpo uterino y la mamografía para los de glándula mamaria).

El presente trabajo tiene como finalidad detallar el perfil epidemiológico que las neoplasias malignas de origen ginecológico comparten en la población asistente al Hospital Infantil del Estado de Sonora; retomando en primer término los antecedentes relacionados al tema a nivel mundial, nacional, estatal y regional, para posteriormente analizar e ilustrar gráficamente los resultados de la investigación realizada en la población asistente en los últimos seis años, finalmente se muestran las conclusiones a las que se llegaron.

Espero que los datos aquí presentados sean utilizados en la práctica clínica diaria para beneficio de nuestros pacientes a través de la implementación de medidas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sistemáticas de detección oportuna del cáncer ginecológico en la población susceptible de padecerlo, el conocimiento de los recursos con los que se cuenta en la unidad para enfrentar el problema y la unificación de criterios para el diagnóstico, manejo, detección de complicaciones, referencia y seguimiento de los casos.

Dra. Fabiola Esquivel Silva.

© © ©

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEORICO

La palabra cáncer es un término genérico que engloba a muchos padecimientos diferentes que afectan a órganos distintos y tienen una historia natural y un pronóstico variables. Cada tejido del cuerpo puede dar origen a un tumor maligno, algunos pueden producir más de un tipo histológico y lo que es más, cada tipo de cáncer tiene características únicas. Los tumores malignos se relacionan a factores predisponentes que se conocen desde hace muchos años, al grado de que si se evitan, la enfermedad no ocurre. Muchos de estas neoplasias son de origen sencillo y tratamiento efectivo, otros requieren un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y finalmente un grupo pequeño presenta un pronóstico fatal a corto plazo.¹

Es por estas características que el cáncer es un padecimiento que por su magnitud, trascendencia y gravedad de los daños que produce en la población, se encuentra sujeto a una vigilancia epidemiológica en un amplio sector de los servicios de salud mundiales.

Las neoplasias malignas originadas en el aparato reproductor constituyen una de las áreas más desafiantes de la Ginecología, ya que a pesar de la mejoría espectacular en las últimas décadas en el tratamiento de enfermedades como el teratoma o la enfermedad gestacional del trofoblasto; la situación en otros tumores

¹ SSA. *Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas en México*. 1998. p.p. 27

ginecológicos como el originado en el ovario, endometrio y cérvix es muy diferente, al reportarse mundialmente tasas de mortalidad superiores al 50%.²

El cáncer de mama muestra particularmente desde hace veinte años una incidencia progresivamente en aumento en todo el mundo, colocándose como el tumor maligno más frecuente en la mujer, con más de 500,000 casos nuevos por año.

El aumento en la frecuencia de cáncer mamario se estima en promedio alrededor de 1% por año en los países industrializados y a un ritmo mayor en los países en desarrollo. Se calcula que la enfermedad afectará a 5 millones de mujeres en todo el mundo en la próxima década.³

Su etiología permanece en la actualidad desconocida y el riesgo relativo de su presentación difiere en los casos denominados como esporádicos, de los familiares y hereditarios. En los casos esporádicos, que corresponden a la mayoría; el riesgo relativo aumenta en forma variable con la edad, historia familiar de cáncer mamario, raza, antecedente de enfermedad mamaria benigna, nuliparidad, paridad tardía, dieta rica en grasas y obesidad, menarca temprana y menopausia tardía y consumo de alcohol.

La historia familiar en dos o más miembros de primero o segundo grado impacta importantemente en el riesgo relativo de padecerlo el resto de los familiares femeninos, además, existe al mismo tiempo la tendencia de presentación en

² Shingleton, HM et. al. *Oncología Ginecológica...* p.p.

³ Ahued, R. *Ginecología y Obstetricia aplicada...* p.p. 380.

mujeres más jóvenes así como la frecuencia alta de casos bilaterales. Así mismo, se conocen una serie de síndromes familiares que aumentan el riesgo relativo de cáncer mamario, que se asocian a la presentación de otras localizaciones tumorales malignas y benignas, tal es el caso de los síndromes de Linch II, Li-Fraumeni y Cowden. ⁴

Además de los datos epidemiológicos anteriormente comentados, resalta el hecho de que alrededor del 50% de las pacientes portadoras de cáncer de mama, se diagnostican en estadios avanzados (III y IV); lo que coloca a la detección temprana del cáncer mamario como la mejor alternativa de prevención para mejorar los índices de sobrevivida, además de permitir la cirugía conservadora del órgano, disminuir la necesidad de terapia adyuvante y reducir las secuelas de un tratamiento extenso y la recurrencia del tumor. ⁵

Por otra parte, a nivel mundial el carcinoma cervicouterino es la segunda causa más frecuente de cáncer en mujeres, y en la mayoría de los países en desarrollo ocupa el primer sitio en frecuencia, observándose la máxima tasa de incidencia en Sudamérica e India. En los países desarrollados en los que se han establecido programas permanentes de pesquisa, la mortalidad por carcinoma del cérvix ha disminuido hasta en un 70% en los últimos 40 años.

Los índices de morbilidad y mortalidad del cáncer cervicouterino están condicionados por dos grupos de factores: sociales y biológicos. Los factores

⁴ Ahued, R. et. al. op.cit. p.p. 380

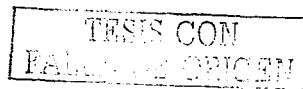
⁵ Morfin, J. *Epidemiología del cáncer*....p. 3

sociales son las constantes epidemiológicas observadas en los grupos poblacionales que con mayor frecuencia padecen el tumor. En Latinoamérica las más significativas abarcan el inicio precoz de las relaciones sexuales (antes de los 16 años), el antecedente de más de una pareja sexual estable, la multiparidad, la infección por virus de papiloma humano (tipos 16, 18, 6, 11), pobres condiciones económicas, el bajo nivel de educación de la enferma y de su pareja y la ausencia de citología cervical.⁶

Es así como la ignorancia y la pobreza determinan hábitos y costumbres sexuales que favorecen la infección por VPH, el desconocimiento de los riesgos que esto implica y la carencia de recursos para acudir al médico. Esta situación, aunada a las deficiencias nutricionales, las infecciones de transmisión sexual, el tabaquismo, los cambios en la inmunocompetencia; favorece a largo plazo la liberación de oncogenes y la inactivación de genes supresores, iniciándose de este modo la cascada de cambios moleculares que terminan en cáncer invasor, diseminación del tumor y la muerte de la enferma.

En el caso del cáncer de endometrio, parece ser que su incidencia se ha incrementado en los últimos años debido posiblemente a la mayor esperanza de vida en la mujer, los cambios en los hábitos dietético-nutricionales, así como mejores métodos de diagnóstico y tratamientos oportunos. Su mayor incidencia se presenta en sociedades de mujeres profesionistas con altos ingresos económicos

⁶ Herrero, R. et.al. *Risk factors for invasive....*



en países desarrollados, como lo es el caso de EEUU, con cifras de 45.8 por 100,000 y de Alemania donde alcanza cifras de 33.8 por 100,000. En contraparte, las tasas más bajas se registran en Japón y la India, con 1.7 y 1.8 por 100,000 mujeres, respectivamente.

El carcinoma de endometrio es una enfermedad predominantemente de mujeres posmenopáusicas, más del 70% se presenta después de los 50 años. Actualmente se acepta como una neoplasia hormonodependiente, cuya patogenia es el resultado del desequilibrio entre la estimulación estrogénica persistente y una inadecuada secreción de progesterona, lo cual se manifiesta por alteraciones morfológicas y funcionales endometriales.

El diagnóstico temprano es la clave para el éxito del tratamiento de esta neoplasia, por lo que es esencial identificar en forma temprana a aquellas mujeres con altas posibilidades de desarrollarla. Al respecto y de acuerdo al conocimiento actual, los factores que han demostrado una asociación significativa son la obesidad, el antecedente de otros cánceres hormonodependientes (como el de mama y ovario), el antecedente de tumores ováricos productores de estrógenos, la nuliparidad, la menarca precoz y la menopausia tardía, la anovulación crónica y la administración exógena de estrógenos.

El cáncer de ovario es también una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia después de la menopausia, pero puede desarrollarse en cualquier

edad. En los países desarrollados una de cada 100 mujeres la presenta. A su incidencia se ven asociados los antecedentes familiares de cáncer, especialmente mamario y de colon, las enfermedades virales, el talco aplicado en genitales externos y la ovulación frecuente.

Esta neoplasia es un padecimiento asintomático y esa es la razón por la que frecuentemente se encuentra en etapas avanzadas. El mejor recurso disponible para su diagnóstico oportuno es el ultrasonido pélvico, realizado ya sea por vía abdominal o vaginal; los marcadores tumorales (Ca-125, Ca-19-9, alfafetoproteína, deshidrogenasa láctica, antígeno carcinoembrionario, gonadotropina coriónica) son sugerentes pero no concluyentes.⁷

En relación al cáncer de vulva, podemos mencionar que es una enfermedad poco frecuente, aunque últimamente ha experimentado un incremento del 5 al 8% del total de tumores que afectan al aparato genital femenino. Sólo los cánceres de trompa y vagina son más raros.⁸ Este aumento en su incidencia se puede explicar al considerar el hecho de que en las últimas décadas se ha incrementado la expectativa de vida en la población femenina, con un incremento real del número de casos; ya que se trata de un padecimiento más frecuente en mujeres de edad avanzada (el 50% de las pacientes portadoras tienen setenta años o más).⁹

⁷ Ahued, R. op.cit. p.p. 365

⁸ Barber, HRK. *Manual de Oncología*....p.p. 229

⁹ Ahued, R. op.cit. p.p. 337.

En cuanto a los factores de riesgo, se incluye en ellos el número de parejas sexuales (cinco o más durante la vida se asocia con un riesgo de dos a tres veces mayor), el tabaco y los condilomas genitales aumentan el riesgo hasta 35 veces, otros factores de riesgo mencionados en la literatura son la mala higiene de la región vulvar y los estados irritativos crónicos, como la leucoplasia, craurosis vulvar, enfermedad granulomatosa, prurito, lesiones pigmentadas y úlceras crónicas.

En México la mortalidad por tumores malignos se ha incrementado en forma sorprendente en la última mitad del siglo, resultado del impacto que la transformación del país en su organización social y el desarrollo económico han tenido sobre el estado de salud de la población.

En 1950 el número de defunciones por cáncer fue de 8,655 y la tasa por 100,000 habitantes de 32.4; en 1980 la tasa se incrementó a 41.8, registrando 28,106 muertes y para 1998 las defunciones notificadas alcanzaron la cifra de 52,681 y la tasa se elevó a 54.7. El peso relativo en relación con todas las causas de muerte se elevó de 2.0% en 1950 a 11.8% en 1998.¹⁰

Para 1998, el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México (RHNM) notificó un total de 87,910 casos de cáncer en nuestro país, predominando el sexo femenino con el 64.8 % del número total de casos y el 52.2% (27,499) de muertes

¹⁰ SSA. *Registro Histopatológico*....p.p. 31

por esta enfermedad. En la distribución de las defunciones según grupos de edad y sexo, las tasas de mortalidad a partir de los 25 años se incrementan en las mujeres como resultado de la alta frecuencia de los tumores malignos de los órganos reproductivos. Esta tendencia se sostiene hasta los 64 años y después de los 65, vuelven a ser los hombres los más afectados.

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS SEGUN RESIDENCIA HABITUAL, MÉXICO, 1998			
ENTIDAD FEDERATIVA	DEFUNCIONES	TASA PORCENTAJE	TASA
Aguascalientes	501	1.0	55.6
Baja California	1,356	2.6	57.7
Baja California Sur	242	0.5	57.5
Campeche	348	0.7	51.4
Coahuila	1,389	2.6	60.9
Colima	321	0.6	64.8
Chiapas	1,603	3.0	40.8
Chihuahua	1,864	3.5	62.3
Distrito Federal	6,242	11.8	78.3
Durango	777	1.5	53.5
Guanajuato	2,202	4.2	47.3
Guerrero	1,136	2.2	38.5
Hidalgo	1,029	2.0	46.8
Jalisco	4,006	7.6	61.4
México	5,082	9.6	38.4
Michoacán	2,297	4.4	58.5
Morelos	863	1.6	59.2
Nayarit	678	1.1	63.3
Nuevo León	2,400	4.6	65.7
Oaxaca	1,686	3.2	48.1
Puebla	2,287	4.3	45.0
Querétaro	580	1.1	43.5
Quintana Roo	240	0.5	31.0
San Luis Potosí	1,242	2.4	53.7
Sinaloa	1,648	3.1	66.7
Sonora	1,523	2.9	70.4
Tabasco	898	1.7	49.9
Tamaulipas	1,643	3.1	62.0
Tlaxcala	383	0.7	40.3
Veracruz	4,110	7.8	56.5
Yucatán	1,008	1.9	63.6
Zacatecas	646	1.6	61.8
Extranjeros	351	0.0	0.0
TOTAL	62,881	100.0	64.7

* Tasa por 100,000 habitantes.
 Fuente: SEED, Dirección General de Epidemiología, 1998

Figura 1: Mortalidad por tumores malignos en México por entidades federativas, 1998.¹¹

¹¹ Tomado de *Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México, 1998*.

En la figura anterior podemos observar como la distribución de la mortalidad en las entidades federativas registró valores que oscilaron entre 31.0 y 78.3, el valor nacional fue de 54.7. La entidad con tasa más alta registró 250% más que el estado con el índice más bajo.

Las entidades con tasas más altas fueron el Distrito Federal con 78.3, Sonora 70.4, Sinaloa 66.7, Nuevo León 65.7 y Colima 64.8. Los estados con índices más bajos fueron Quintana Roo con 31.0, Estado de México y Guerrero 38.4, Tlaxcala 40.3 y Chiapas 40.8.

La mayor proporción de las defunciones se observó en el hogar, donde se registró el 59.5% de las muertes con 31,336 casos, en las unidades médicas del sector público se registraron 17 mil casos que representan al 32.1%, mientras que en los hospitales privados se registró sólo el 4.9% del total. Seguramente la naturaleza del padecimiento hace que 6 de cada 10 enfermos sean atendidos en su hogar por sus familiares durante los últimos días de su vida.

El 55% del total de defunciones se registró en población que no manifestó ocupación específica, como lo son las amas de casa, el número de defunciones en este grupo fue de 29,207. (ver figura 2)

MORTALIDAD POR TUMORES MALIGNOS SEGÚN OCUPACIÓN, MÉXICO-1998		
OCUPACIÓN	DEFUNCIONES	PORCENTAJE
No ocupados	29,207	55.4
Agricultura, ganadería y silvíc.	7,893	15.0
Arte y Trab. fab. Rep. y Mantto.	3,834	7.3
No especificado	2,645	5.0
Comerciantes y emp. del com.	2,422	4.6
Apoyo en actividades Admvs.	1,854	3.5
Profesionales	1,079	2.0
Conductores y ayud. de maq.	740	1.4
Trab. de la Educación	615	1.2
Trab. en Serv. Pers. en Estab.	505	1.0
Serv. de Protección y Vigilancia	441	0.8
Técnicos	432	0.8
Trab. del arte y espectáculos	206	0.4
Vendedores Ambulantes	161	0.3
Funcionarios y Direc. de S. Pub.	160	0.3
Trab. en Serv. Domésticos	131	0.2
Oper. máquina fija de mov.	107	0.2
Ayudantes de peones y similares	102	0.2
Jefes, supervisores y otros	96	0.2
Jefes Depto. Coord. Admvs.	38	0.1
Otros no clasificados	18	0.0

Fuente: SEED, Dirección General de Epidemiología, 1998

Figura 2: Mortalidad por tumores malignos en México según ocupación, 1998

En relación con la escolaridad, las defunciones fueron más numerosas en los grupos de población con menos escolaridad, encontrándose la menor mortalidad entre los que habían cursado preparatoria o profesional.

El cuello del útero y la glándula mamaria fueron los órganos que ocuparon los primeros lugares en el grupo de mujeres, con el 34.2 y 16.7 por ciento respectivamente. Cabe mencionar que los órganos femeninos en conjunto constituyeron el 69.5% con 39,599 casos. Las neoplasias malignas de ovario y cuerpo uterino presentaron una frecuencia semejante (3.5 y 2.5 por ciento

respectivamente); así mismo, se reportan porcentajes de incidencia muy bajos para vagina, vulva y placenta (0.8, 0.4 y 0.1 por ciento).

MORTALIDAD POR TUMOR MALIGNO EN CUELLO DEL ÚTERO SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO, MÉXICO-1998		
GRUPO DE EDAD	MUJERES	TASA
5 - 14	3	0.0
15 - 24	9	0.1
25 - 34	205	2.5
35 - 44	737	12.8
45 - 64	1,953	32.3
65 y más	1,631	67.5
Se ignora	7	0.0
TOTAL	4,545	10.5

*Tasa por 100,000 mujeres del grupo de edad
Fuente: SEED, Dirección General de Epidemiología, 1998

Figura 3:
Mortalidad por cáncer cervicouterino según grupo etario, México, 1998.

En nuestro país el cáncer cervicouterino constituye la tercera causa de muerte en la población general y la primera en el sexo femenino, durante 1988 se registraron 4,545 defunciones, abarcando el 8.6% de todas las muertes por cáncer y la tasa fue de 10.5.

Como se aprecia en la figura anterior, los grupos más afectados son los de 45 a 64 años y el de 65 y más años, con tasas de 32.3 y 67.5 respectivamente. El 43% de las defunciones se observó en el grupo de 45 a 64 años y el 35.9% en el grupo de 65 y más, acumulando entre los dos, el 78% de muertes ocurridas.

La distribución de la mortalidad por cáncer del cérvix en el país oscila entre 9.4 y 24.8%. Las entidades con valores más altos fueron Nayarit (24.8), Yucatán (23.1), Colima (27.1), Morelos (18.9) y Veracruz (18.2).

El cáncer de mama es la segunda neoplasia más frecuente en el género femenino encontrándose un caso de cáncer mamario por cada dos de cáncer cervicouterino. La figura 4¹² nos permite apreciar que los casos inician muy temprano es nuestro medio pues en el grupo de menores de 30 años ya se presenta el 2.6%. Entre los 40 y 54 años se concentra casi el 38.9% del total.

Figura 4: Incidencia de cáncer mamario por grupo de edad y sexo. México, 1998.

Glándula Mamaria			
GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0 - 4	0	0	0
5 - 9	0	0	0
10 - 14	0	0	0
15 - 19	0	0	0
20 - 24	0	47	47
25 - 29	0	171	171
30 - 34	0	526	526
35 - 39	0	914	914
40 - 44	1	1,254	1,255
45 - 49	0	1,350	1,350
50 - 54	1	1,089	1,090
55 - 59	2	915	917
60 - 64	0	779	779
65 - 69	3	597	600
70 y más	1	1,096	1,097
Sin dato	0	752	752
TOTAL	3	9,490	9,493

El tercer lugar de frecuencia se encuentra ocupado por los tumores malignos de ovario, en 1998 se informaron 2,012 casos y la proporción en relación con todas las neoplasias capturadas fue de 3.5%.

Las pacientes presentan el tumor desde edades tempranas, pues en el grupo de menores de 25 años ya se concentra el 9.5%, a partir de entonces los casos se

¹² Tomado de *Registro Histopatológico....p.77*

incrementan progresivamente hasta los 50-59 años, en que empiezan a declinar para volver a incrementarse en el grupo de 70 y más años. (ver fig.5)¹³

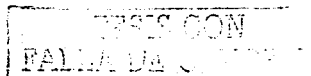
Ovario		
Edad	Casos	Tasa
0 - 4	6	0.3
5 - 9	5	0.2
10 - 14	7	0.3
15 - 19	84	4.2
20 - 24	88	4.4
25 - 29	121	6.0
30 - 34	100	5.0
35 - 39	172	8.5
40 - 44	187	9.3
45 - 49	225	11.2
50 - 54	206	10.2
55 - 59	198	9.8
60 - 64	148	7.4
65 - 69	118	5.9
70 y más	213	10.6
Sin dato	134	6.7
TOTAL	2,310	11.6

Figura 5: Incidencia de cáncer de ovario según grupo de edad. México, 1998

En el caso particular de Sonora, podríamos decir que es una región con una baja frecuencia de cáncer si se compara con las incidencias reportadas para el resto de las entidades federativas.

Para 1998 se informaron en el estado 2,310 casos que corresponden al 2.6 por ciento del total nacional; sin embargo, la tasa registrada por cada 100,00

¹³ Tomado de *Registro Histopatológico de...* p.p 76



habitantes fue de 70.4 (ver fig.1) lo que ubica a Sonora en el segundo sitio de las estadísticas nacionales, siendo sólo superado por el Distrito Federal, área de importante concentración demográfica. Estos datos nos permiten conocer el impacto real de la enfermedad en la población regional.

De las neoplasias malignas registradas en el estado al sexo femenino le correspondió el 58.7% con 1,357 casos. Los cánceres más frecuentes fueron el del cuello uterino con 31.2% y 423 casos, el de la glándula mamaria con 280 casos y 20.6% y el de ovario con 3.4% y 46 casos. La distribución de los casos por topografía y grupo de edad no difirieron importantemente de lo presentado en el resto del país. (figuras 6, 7 y 8)

Cuello del Utero		
GRUPO DE EDAD	FEMENINO	%
0 - 4	0	0.0
5 - 9	0	0.0
10 - 14	0	0.0
15 - 19	3	0.7
20 - 24	20	4.7
25 - 29	46	10.9
30 - 34	57	13.5
35 - 39	92	21.7
40 - 44	52	12.3
45 - 49	39	9.2
50 - 54	28	6.6
55 - 59	34	8.0
60 - 64	20	4.7
65 - 69	15	3.5
70 y más	16	3.8
Sin dato	1	0.2
TOTAL	423	100.0

Figura 6:
Incidencia de
cáncer
cervicouterino
por grupo de
edad.
Sonora, México,
1998. (*)

FUENTE: Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México, 1998.

Figura 7: Incidencia de cáncer mamario según grupo de edad y sexo. Sonora, México, 1998.

Glándula mamaria			
GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0 - 4	0	0	0
5 - 9	0	0	0
10 - 14	0	0	0
15 - 19	0	0	0
20 - 24	0	0	0
25 - 29	0	6	6
30 - 34	0	16	16
35 - 39	0	37	37
40 - 44	0	43	43
45 - 49	0	49	49
50 - 54	0	34	34
55 - 59	0	26	26
60 - 64	0	15	15
65 - 69	0	17	17
70 y más	0	37	37
Sin dato	0	0	0
TOTAL	0	290	290

Figura 8: Incidencia de cáncer de ovario según grupo de edad. Sonora, México, 1998.

Ovario			
GRUPO DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
0 - 4	0	0	0.0
5 - 9	0	0	0.0
10 - 14	0	0	0.0
15 - 19	0	0	0.0
20 - 24	1	0	2.2
25 - 29	2	0	4.3
30 - 34	2	0	4.3
35 - 39	8	0	17.4
40 - 44	4	0	8.7
45 - 49	3	0	6.5
50 - 54	7	0	15.2
55 - 59	5	0	10.9
60 - 64	4	0	8.7
65 - 69	4	0	8.7
70 y más	6	0	13.0
Sin dato	0	0	0.0
TOTAL	37	0	109.0

FUENTE: Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas en México, 1998.

Además de lo registrado en los reportes oficiales de los servicios de salud nacionales, encontramos también referencias sobre la epidemiología del cáncer en la región en trabajos realizados por investigadores locales, como es el caso del estudio hecho con población general del norte del estado en 1989 por Platt y colaboradores¹⁴ y el publicado en 1991 por Rodríguez,¹⁵ donde se analiza al sur de Sonora. En ambas estadísticas se presenta también al carcinoma cervicouterino

¹⁴ Platt, J., et al. *Incidencia del cancer...* p.p. 1-2

¹⁵ Rodríguez, P.J., et.al. *Registro regional de....* p.p. 1233-1237

como la neoplasia maligna más frecuente, con el 23.3% y el 21.9% del total de los casos reportados.

En nuestra institución, contamos con el antecedente de los trabajos realizados en 1998 por los doctores Morfin Ruiz¹⁶, Martínez Cedrano¹⁷ y López Avila¹⁸, todos ellos médicos residentes del Hospital Infantil del Estado de Sonora en el área de Gineco-Obstetricia, quienes en sus respectivas tesis abordan y describen la epidemiología del cáncer mamario, el cervicouterino y la enfermedad trofoblástica gestacional en la población asistente al hospital, éste último trabajo sólo como referencia al tema, ya que hasta esa fecha no existían reportes de coriocarcinoma, la única variedad histológica de la enfermedad molar con características propias de una neoplasia maligna.

En su trabajo Morfin se aboca a describir la epidemiología del cáncer mamario en el periodo comprendido entre junio de 1995 a octubre de 1997, en una población de estudio de 23 pacientes, presentando entre otras variables, edad, antecedentes familiares de la enfermedad, método diagnóstico empleado, tipo histológico y estadio al diagnóstico, así como el manejo quirúrgico y sus complicaciones.

Por su parte, López Avila muestra la epidemiología del cáncer cervicouterino en la

¹⁶ Morfin, J. *Epidemiología del cáncer de mama...* p.p. 1-40

¹⁷ Martínez, D. *Epidemiología de la enfermedad trofoblástica...*p.p. 1-33

¹⁸ López, C. *Cáncer cervicouterino. Epidemiología...* p.p. 1-50

población asistente a la unidad, a través del estudio estadístico realizado en un grupo de 55 casos, en un período de tiempo de dos años (junio de 1995 a mayo de 1997), reportando un perfil epidemiológico similar al descrito en las literaturas de índole nacional y mundial.



JUSTIFICACION

La frecuencia de cáncer originado en el aparato reproductor en la población femenina se ha incrementado a lo largo de la última década, presentándose además cada vez con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, menores de la cuarta década de la vida, etapa no sólo reproductiva sino productiva para la mujer.

En México, el cáncer cervicouterino, mamario y de ovario ocupan los primeros lugares en orden de frecuencia de las neoplasias malignas que afectan a las mujeres y son responsables de la mayor parte de las muertes femeninas por cáncer, condicionando de este modo un importante impacto negativo en la vida familiar, el medio laboral y el desarrollo económico de nuestra sociedad, al tenerse que invertir un gran porcentaje de recursos humanos y financieros en la atención de pacientes portadoras de una entidad patológica que aún en nuestros tiempos y a pesar de los muchos adelantos en cuanto a tratamiento, diagnóstico y prevención se refiere, su tasa de mortalidad sigue siendo en la mayor parte de los casos, superior al 50% en plazos no mayores a cinco años.

Partiendo de este contexto, el estudio de la distribución de las neoplasias malignas ginecológicas en la población asistente a la consulta y hospitalización del Hospital Infantil del Estado de Sonora, y sus determinantes asociadas, nos permitirán

mejorar la sobrevida y curación de las pacientes, al contribuir en el planeamiento y evaluación de las intervenciones específicas, con el fin de establecer el diagnóstico de procesos oncológicos originados en el aparato reproductor femenino en etapas preclínicas, diagnóstico que hasta el momento es factible realizar con la implementación del estudio oportunamente dirigido en la población con factores de riesgo asociados.

☪ ☪ ☪

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer las características epidemiológicas de las neoplasias malignas originadas en el aparato reproductor femenino en las pacientes atendidas en el Hospital Infantil del Estado de Sonora entre los años 1995 a 2001.

OBJETIVOS PARTICULARES

1. Identificar la incidencia de los diferentes tipos de cáncer de origen ginecológico en la población femenina de pacientes del H.I.E.S.
2. Identificar los factores de riesgo asociados a la incidencia.
3. Conocer la etapa clínica en la que se diagnostica el cáncer.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. Identificar la correlación existente entre el órgano afectado y la estirpe histológica de la lesión.
5. Identificar la correlación existente entre el tipo histológico y la etapa clínica al momento del diagnóstico
6. Conocer la sobrevida de la paciente a la que se le diagnostica cáncer.
7. Conocer los métodos y recursos con los que se cuenta en el H.I.E.S. para establecer el diagnóstico de cáncer.
8. Conocer las diferentes opciones terapéuticas que se brinda a la paciente con cáncer para su manejo en el servicio de Ginecología del H.I.E.S.



DESCRIPCION DEL ESTUDIO

- ❖ transversal
- ❖ retrospectivo
- ❖ observacional
- ❖ descriptivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

Se consultó el archivo de reportes quirúrgicos del servicio de Patología del HIES en el periodo comprendido entre mayo de 1995 a diciembre de 2001 con el fin de obtener una relación de los casos registrados con diagnóstico de cáncer que involucrara al aparato reproductor femenino.

Los criterios de inclusión fueron:

- Paciente del sexo femenino
- Diagnóstico de neoplasia primaria en útero (cuello, cuerpo o salpinges), glándula mamaria, ovario, vulva, vagina y placenta o sus anexos.
- Diagnóstico histopatológico realizado por el servicio de Patología de la unidad.
- Expediente disponible en archivo clínico.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes referidas de otras unidades que carezcan de estudio histopatológico confirmatorio realizado en esta unidad.

- Pacientes cuyo diagnóstico se haya establecido fuera del periodo de tiempo que comprende el corte transversal del estudio.
- Pacientes sin expediente.

Se encontraron 598 casos, de los cuales se procedió a solicitar en el departamento de Archivo y Estadística su expediente correspondiente para obtener la información relacionada con la edad, órgano afectado, estirpe histológica, etapa al diagnóstico, lugar de origen, antecedentes gineco-obstétricos, heredofamiliares y factores de riesgo asociados, así como la sintomatología motivo de consulta, los métodos auxiliares de diagnóstico empleados, el manejo quirúrgico y no quirúrgico que se le ofreció a la paciente y finalmente la evolución y seguimiento del caso.

Todas estas variables fueron captadas a través de una hoja de recolección de datos (ver formato en apéndice) para finalmente concentrar los mismos en una hoja electrónica de cálculo y proceder a su análisis estadístico.

Los resultados finales se muestran en tablas y gráficos para presentar su presentación.

96 96 96

RESULTADOS

Se eliminaron 297 pacientes por no encontrarse su expediente en Archivo Clínico, quedando una muestra de 301 pacientes. El número total de casos por año presentó la siguiente incidencia:

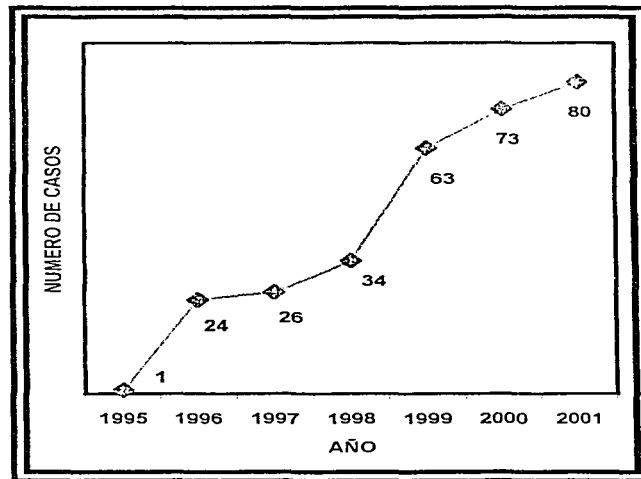


Figura 9:
Incidencia anual de neoplasias malignas del aparato reproductor en mujeres.
HIES, 1995-2001

FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

En base a estos datos se calculó una incidencia anual promedio de 43 casos y una tasa anual promedio de 19.2 casos nuevos por cada 1000 consultas de primera vez y una tasa anual promedio de 14 casos por cada 1000 ingresos.

TESIS CON
PALMILLA DE ORIGEN

La siguiente tabla muestra la distribución de los casos por año según la topografía.

**Tabla 1: Distribución anual de cáncer ginecológico en mujeres según topografía.
HIES, 1995-2001**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL	%
CERVIX	1	14	15	22	27	39	42	160	53.1
MAMA	0	7	7	5	23	18	20	80	26.5
ENDOMETRIO	0	2	1	7	6	9	13	38	12.6
OVARIO	0	1	3	0	4	7	4	19	6.3
VULVA	0	0	0	0	1	0	1	2	0.6
OTROS*	0	0	0	0	2	0	0	2	0.6
TOTAL	1	24	26	34	63	73	80	301	100

* Leiomiocarcoma

FUENTE: Archivo Clínico, HIES.

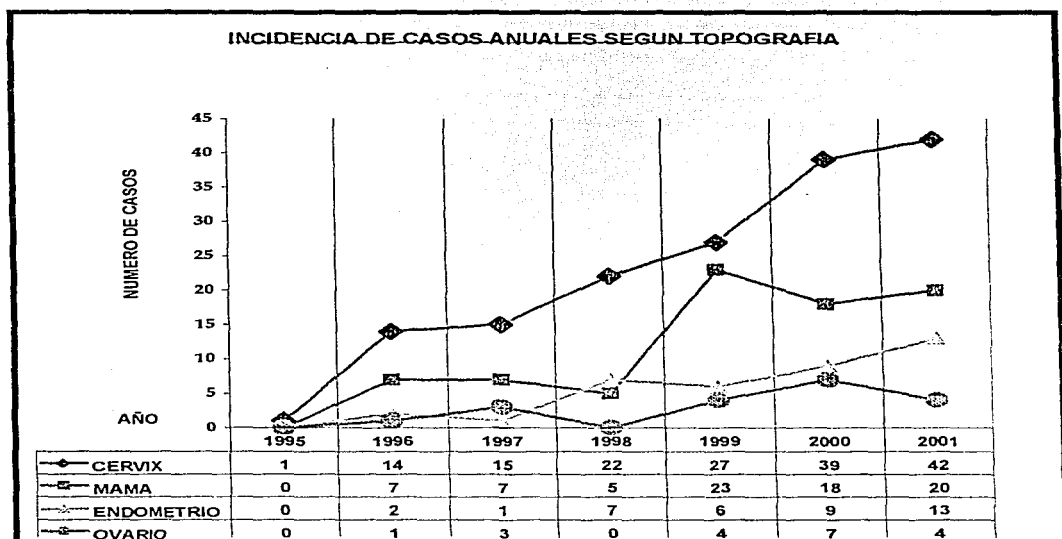
Estos datos muestran que el cáncer originado en el cuello uterino es la neoplasia maligna más frecuente, con una presentación en nuestra unidad de aproximadamente cinco casos en cada diez mujeres a las que se les diagnostica cáncer en el aparato reproductor; también destaca el hecho de que hay un caso de cáncer de glándula mamaria por cada dos de cervix. Las neoplasias de endometrio y ovario constituyen en conjunto cerca del 20% de los casos registrados. Los casos de menor incidencia son los tumores malignos de vulva y el leiomiocarcoma (0.6% para cada uno).

No se registraron en el periodo casos de cáncer de vagina u originado en placenta y sus anexos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación se muestra gráficamente la distribución de los tumores malignos ginecológicos de mayor incidencia a lo largo del periodo de estudio según el tejido de origen.

Figura 10: Distribución anual de neoplasias malignas ginecológicas según topografía.
HIES, 1995-2001.



FUENTE: Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

IMPRESO CON
PAPEL DE ORIGEN

La siguiente tabla detalla los tipos histológicos reportados para cada topografía:

Tabla 2: Distribución de las neoplasias malignas originadas en el aparato reproductor femenino según tipo histológico.
HIES, 1995-2001.

TOPOGRAFIA	TIPO HISTOLOGICO	No.	%
CÉRVIX	Adenocarcinoma bien diferenciado	10	3.3
	Adenocarcinoma de células claras	1	0.3
	Adenoescamoso	1	0.3
	Epidermoide de células grandes no queratinizante	72	23.9
	Epidermoide de células grandes queratinizante	26	8.6
	Epidermoide de células pequeñas no queratinizante	7	2.3
	Epidermoide moderadamente diferenciado	9	2.9
	Epidermoide poco diferenciado	1	0.3
ENDOMETRIO	Adenocarcinoma	34	11.2
	Adenocarcinoma de células claras	1	0.3
	Carcinoma tipo endometriode	1	0.3
	Sarcoma del estroma endometrial	2	0.6
MAMA	Adenocarcinoma	2	0.6
	Canalicular	8	2.6
	Carcinoma inflamatorio	1	0.3
	Carcinosarcoma	1	0.3
	Cistosarcoma	1	0.3
	Comedocarcinoma	1	0.3

TRUJILLO CON
VALLE DEL ORIGEN

TOPOGRAFIA	TIPO HISTOLOGICO	No.	%
MAMA	Ductal	13	4.3
	Intraductal	29	9.6
	Linfoma no Hodgkin	1	0.3
	Lobulillar	5	1.6
	Medular	2	0.6
	Phylodes maligno	4	1.3
	Quístico papilar	1	0.3
	Tubular	1	0.3
OVARIO	Carcinoma indiferenciado	4	1.3
	Cistoadenocarcinoma endometriode	2	0.6
	Cistoadenocarcinoma mucinoso	2	0.6
	Cistadenocarcinoma seroso papilar	9	2.9
	Teratoma inmaduro	1	0.3
	Tumor de Krukenberg	1	0.3
VULVA	Adenocarcinoma	1	0.3
	Epidermoide queratinizante	1	0.3
OTROS	Leiomiocarcinoma	2	0.6
SIN DATO		3	0.9

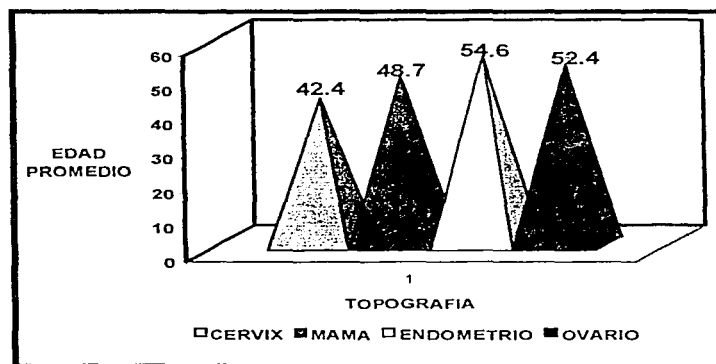
FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

Como se puede observar, el carcinoma epidermoide de células grandes queratinizantes del cérvix fue el tipo histológico más frecuente en la muestra, así mismo, la glándula mamaria fue el órgano con mayor diversidad de tipos histológicos para neoplasias malignas originadas en su topografía. Cabe

mencionar que de los casos de cáncer de endometrio, se reportó el grado de malignidad en 28 de ellos (73.6%), correspondiendo el 71.4% (n=20) a neoplasias de I grado de malignidad, el 17.8% (n=5) a II grado y el 10.7% (n=3) a un III grado. El 91% (n=274) de los casos fueron captados a través de la consulta externa, el 8.9% (n=27) restante se ingresó por el servicio de urgencias. Del total de pacientes, el 37.2% (n=112) fueron referidas desde unidades de primer y segundo nivel de atención.

El promedio de edad de las pacientes fue de 46.2 años, con un rango entre los 20 y 86 años, podemos observar una diferencia de más de 10 años entre el grupo de pacientes con cáncer cervicouterino en relación al grupo de pacientes con neoplasias originadas en endometrio (ver figura 11).

Figura 11:
Distribución de las neoplasias malignas ginecológicas según edad promedio de presentación y topografía. HIES, 1995-2001



FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

TESIS CON
MALLA DE ORIGEN

El 54.1% (n=163) de las pacientes son originarias del municipio de Hermosillo, con el 8.3% (n=25) del resto del área correspondiente a la jurisdicción sanitaria I, conforman el 62.4% del total. Le sigue la jurisdicción de Santa Ana en frecuencia con 48 casos (15.9%), la de Ciudad Obregón con 26 (8.6%), la de Caborca con 21 (6.9%) y Navojoa con 14 pacientes (4.6%). (ver figura 12)

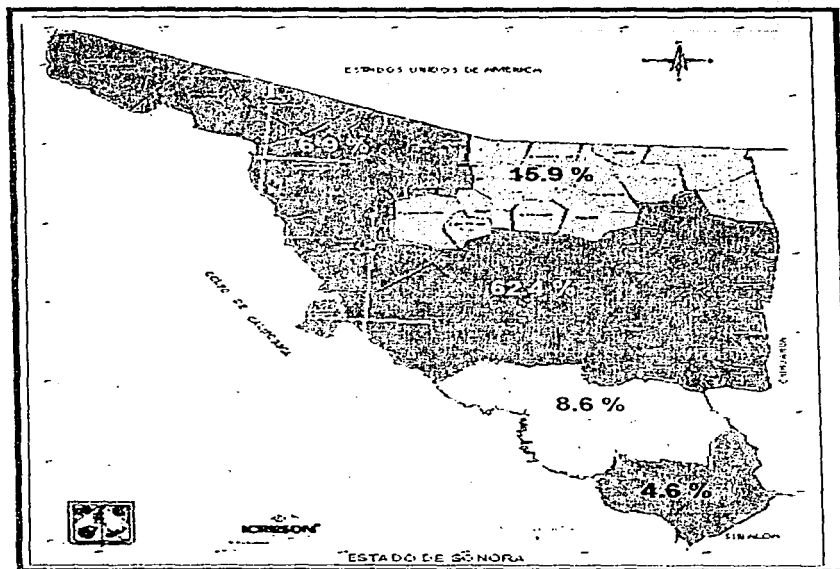


Figura 12:
Distribución del
cáncer ginecológico
en Sonora según
jurisdicción sanitaria.
HIES, 1995-2001

FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La población presentó la siguiente distribución en relación a su estado civil:

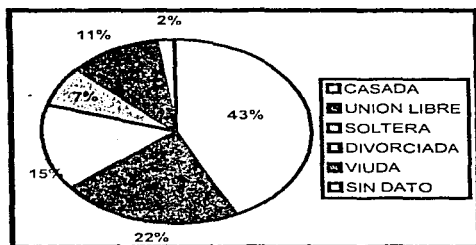


Figura 13:
Distribución de casos de cáncer ginecológico según estado civil de la paciente. HIES, 1995-2001.*

A continuación se muestran las tablas correspondientes a los índices de ocupación y escolaridad de la muestra.

OCUPACION	N	%
HOGAR	270	89.7
EMPLEADA	14	4.6
COMERCIANTE	4	1.3
CAMPESINA	3	0.9
PROFESIONISTA	2	0.6
PROSTITUCION	2	0.6
SE DESCONOCE	6	1.9
TOTAL	301	100

Tabla 2: Distribución de casos de neoplasias malignas ginecológicas según ocupación de la paciente. HIES, 1995-2001.*

ESCOLARIDAD	N	%
PRIMARIA	169	56.1
SECUNDARIA	58	19.2
PREPARATORIA	24	7.9
PROFESIONAL	7	2.3
NINGUNA	31	10.2
SE DESCONOCE	12	3.9
TOTAL	301	100

Tabla 3: Distribución de casos de neoplasias malignas ginecológicas según escolaridad de la paciente. HIES, 1995-2001.*

* FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El grupo de pacientes estudiadas presentó la menarca a la edad promedio de 13.3 años, con un rango entre los 9 y los 19 años y una mediana de 14 años. El 35.5% (n=107) eran pacientes postmenopáusicas, presentando una edad promedio de presentación a los 48.1 años. (ver figura 14).

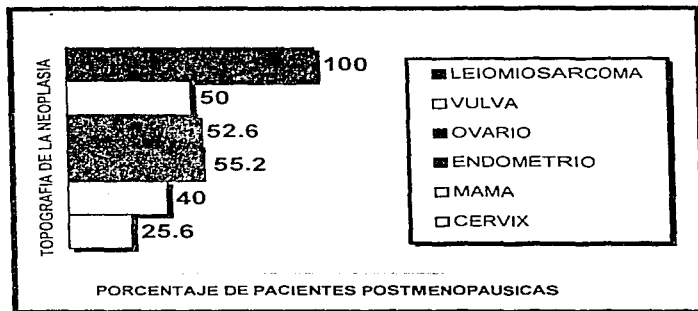


Figura 14:

Distribución de casos de cáncer ginecológico en pacientes postmenopáusicas según topografía. HIES, 1995-2001.

FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

Estos datos nos permiten apreciar que el leiomioma es una neoplasia con una presentación exclusiva en pacientes postmenopáusicas dentro de la muestra de estudio, también podemos observar que el cáncer cervicouterino presenta una baja frecuencia entre este grupo.

Las figuras 15, 16 y 17 muestran la distribución de la muestra en relación al antecedente de inicio de vida sexual, el número de parejas sexuales y la paridad dependiendo de la topografía de la neoplasia.

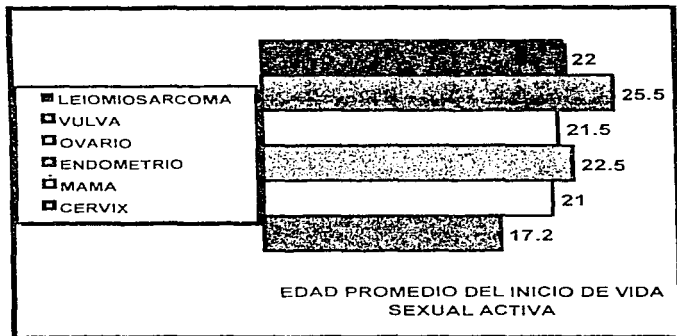


Figura 15:
Distribución de las neoplasias malignas ginecológicas según topografía y edad promedio del inicio de actividad sexual. HIES, 1995-2001.*

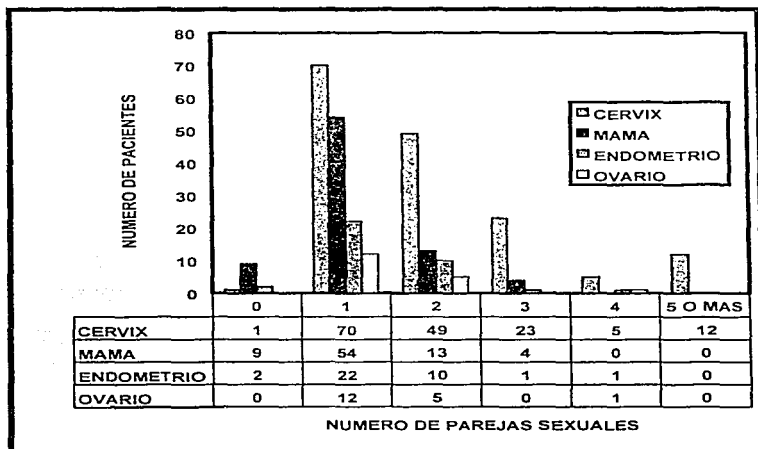


Figura 16:
Distribución de los casos de cáncer ginecológico según topografía y número de parejas sexuales de la paciente. HIES, 1995-2001.*

* FUENTE: Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

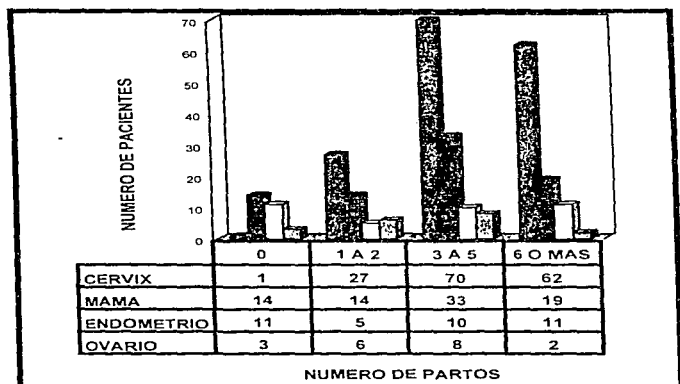


Figura 17:

Distribución de neoplasias malignas de origen ginecológico según topografía y paridad de la paciente.
HIES, 1995-2001.

FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

Podemos apreciar cómo el antecedente de inicio de vida sexual antes de los 20 años, las múltiples parejas sexuales (más de cinco) y la multiparidad (tres o más partos) fue más frecuente entre las pacientes con tumores malignos originados en el cérvix. Así mismo, la nuliparidad fue más frecuente entre las pacientes con neoplasias hormonodependientes (mama y endometrio).

Se encontró el antecedente de compañeros sexuales de alto riesgo en 55 pacientes (18.2%); de éstas, 51 mujeres (92.7 %del grupo) eran portadoras de carcinoma cervicouterino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la tabla 5 se muestran los datos encontrados en relación al uso de métodos de anticoncepción, cabe mencionar que el 9.9% (n=30) utilizó más de un método y que 117 mujeres (38.8%) no empleaba ninguno.

METODO	N	%
CONDON	11	3.6
DIU	36	11.9
HORMONALES	73	24.2
OTB	94	31.2
NO USA	117	38.8

Tabla 5: Relación de métodos anticonceptivos empleados por pacientes con cáncer del aparato reproductor.
HIES, 1995-2001.

FUENTE: Archivo Clínico, HIES.

La siguiente tabla nos permite apreciar los datos encontrados en relación a la presentación de embarazo y cáncer en la población de estudio, el cual tuvo una incidencia de 1.3%.

Tabla 6: Incidencia de embarazo y cáncer del aparato reproductor según trimestre de la gestación y topografía.
HIES, 1995-2001

TRIMESTRE	CERVIX	MAMA	N	%
I	2	0	2	0.6
II	0	1	1	0.3
III	1	0	1	0.3
TOTAL	3 (0.9%)	1 (0.3%)	4	1.3

FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

El tipo sanguíneo más frecuente fue el tipo O (+) con 149 casos (49.5%), le siguió el tipo A (+) con 84 casos (27.9%), el B (+) con 19 casos (6.3%), el resto de hemotipos constituyeron en conjunto el 12.9% (n=49).

En relación al uso de tratamientos hormonales previos, se encontró este antecedente en el 28.5% de los casos (n=86), la mayoría (n=58) con fin anticonceptivo.

Así mismo, el 54.4% (n=164) de las pacientes tenía antecedentes de cirugías de índole gineco-obstétricas (cesárea, salpingoclasia, ooforectomía uni o bilateral e histerectomía), siendo la oclusión tubaria el procedimiento quirúrgico previo más frecuente en la muestra (92 casos, 30.5%).

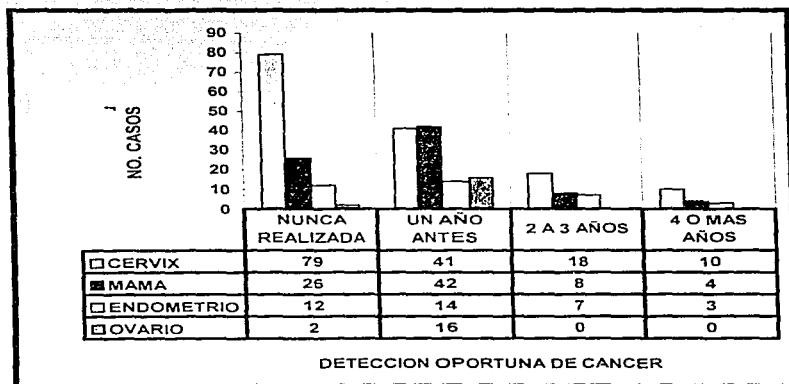


Figura 18:
Relación entre los casos de neoplasias malignas ginecológicas según topografía y el antecedente de DOC en la paciente.
HIES, 1995-2001.

FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

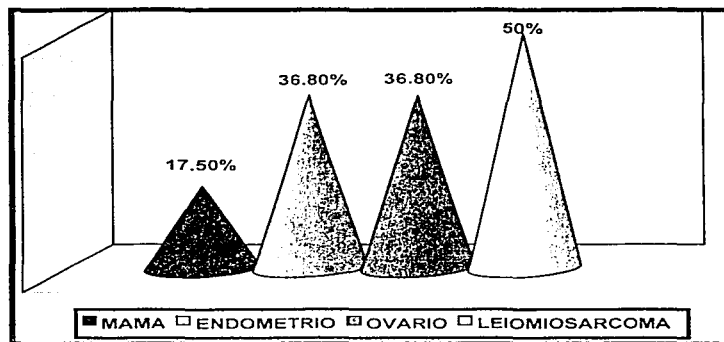
La figura anterior nos muestra la alta frecuencia de casos de cáncer de cérvix entre mujeres sin citología cervicovaginal previa, además resalta el hecho de que un alto porcentaje de las pacientes portadoras de cáncer mamario, refería la realización del exámen un año antes, lo cual podría hacer suponer que no se está realizando la exploración mamaria al momento de efectuar la toma de citología cervicovaginal o quizá la técnica de exploración mamaria no es adecuada. También cabe mencionar que la mayor parte de las pacientes con neoplasias malignas de ovario contaban con citologías cervicovaginales normales recientes. Así mismo, se encontró en 18 casos (5.9%) el antecedente de infección por papilomavirus reportado por citología cervical, con una distribución de 16 casos entre pacientes portadoras de carcinoma de cérvix, lo que arroja una incidencia del 10% entre este grupo de neoplasias.

En la muestra se encontró reportado el antecedente de menstruaciones irregulares en 35 casos (11.6%) con distribución exclusiva entre pacientes con neoplasias hormonodependientes, siendo las de endometrio y ovario las de incidencia más elevada. (ver figura 19).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 19:

**Incidencia de menstruaciones irregulares entre
pacientes con neoplasias de origen ginecológico
hormonodependientes según topografía del tumor.
HIES, 1995-2001**



FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

Se encontró el antecedente de cáncer de origen ginecológico en familiares de primera línea (madre, hermanas o hijas) en 35 pacientes (11.6%). En 21 de estos casos (6.9%) la topografía de la neoplasia era la misma, siendo los tumores malignos de mama los que en mayor porcentaje presentaron este antecedente. (ver figuras 20 y 21).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

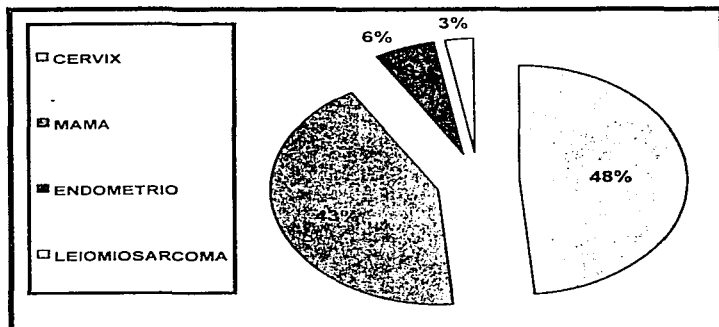


Figura 20: Distribución de casos de neoplasias malignas ginecológicas con antecedente de familiares de primera línea con cáncer ginecológico. HIES, 1995-2001.*

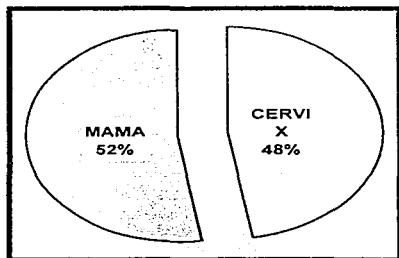


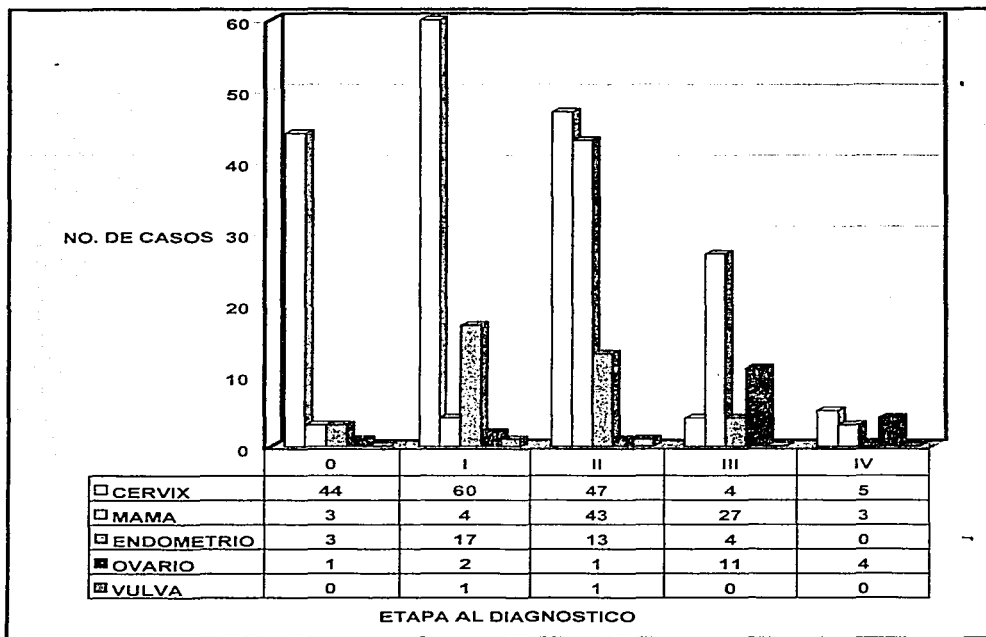
Figura 21: Distribución de los casos de cáncer ginecológico con antecedente familiar de cáncer con la misma topografía en familiares de primera línea. HIES, 1995-2001.*

* FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la figura 22 se muestra la distribución de los casos según la etapa clínica al momento del diagnóstico y del órgano primario afectado.

Figura 22: Distribución de neoplasias malignas del aparato reproductor femenino según topografía y etapa clínica al diagnóstico.
HIES, 1995-2001



FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Podemos observar cómo a pesar de que el cáncer cervicouterino es la neoplasia maligna del tracto reproductor más frecuente, la mayor parte de los casos se diagnostican en etapas tempranas (estadios 0 y I), con un pronóstico favorable

para la vida y susceptibles en un amplio margen de tratamientos conservadores, situación totalmente diferente para las neoplasias originadas en mama y especialmente en ovario, cuyo diagnóstico se realiza la mayor de las veces en etapas clínicas más allá de un estadio II, con menores índices de sobrevida a largo plazo, además de requerir tratamientos adyuvantes que suelen mermar la calidad de vida de la paciente afectada.

En relación a la sintomatología motivo de consulta, se encontró que el carcinoma cervicouterino presenta el cuadro clínico más diverso, con una gama de síntomas que van desde la paciente completamente asintomática (principalmente en etapas preclínicas de la lesión) hasta aquellas entidades caracterizadas por un importante ataque al estado general, relacionados estos últimos a etapas avanzadas de la enfermedad. La neoplasia más consistente en su cuadro clínico de presentación fue el carcinoma de vulva donde en ambos casos se diagnosticó la enfermedad por la presencia de una tumoración asociada a vulvodinia. El principal signo asociado al cáncer mamario fue la presencia de tumor, lo mismo que el sangrado transvaginal anormal para el originado en endometrio. Las neoplasias de ovario se presentaron más frecuentemente como una tumoración acompañada de dolor pélvico crónico.

En la tabla 7 se enlistan los principales síntomas asociados a cada topografía y el porcentaje de presentación para cada grupo de neoplasias, cabe aclarar que en un amplio porcentaje las pacientes refirieron más de un síntoma.

Tabla 7
Distribución de la
síntomatología
asociada a las
neoplasias malignas
originadas en el
aparato reproductor
femenino según
topografía.
HIES, 1995-2001.

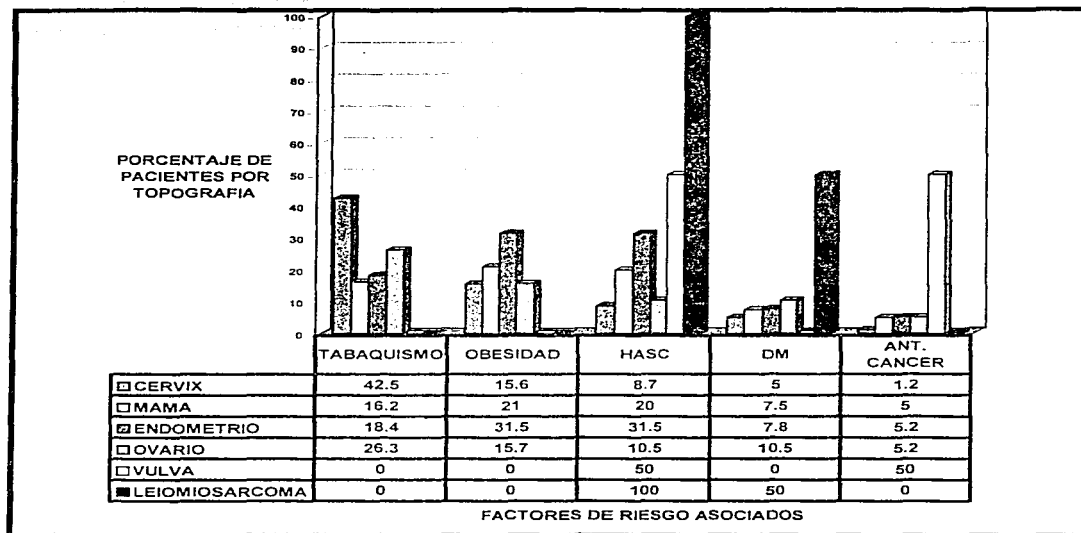
TOPOGRAFIA	SIGNO / SINTOMA	No.	%	
CERVIX	Asintomática	67	41.8	
	Sangrado transvaginal anormal	70	43.7	
	Pérdida ponderal	17	10.6	
	Leucorrea	15	9.3	
	Dolor pélvico crónico	11	6.8	
	Dispareunia	10	6.2	
	Otros	11	6.8	
	MAMA	Tumor	72	90
MAMA	Mastalgia	25	31.2	
	Teloreea	12	15	
	Otros	2	2.5	
	ENDOMETRIO	Sangrado transvaginal anormal	33	86.8
	ENDOMETRIO	Dolor pélvico crónico	5	13.1
Pérdida ponderal		2	5.2	
Dismenorrea		2	5.2	
Otros		4	10.5	
OVARIO	Dolor pélvico crónico	12	63.1	
	Tumor abdominal	10	52.6	
	Pérdida de peso	6	31.5	
	Ataque al estado general	5	26.3	
	Ascitis	5	26.3	
	Otros	5	26.3	
VULVA	Tumor en vulva	2	100	
	Vulvodinia	2	100	
LEIOMIOSARCOMA	Sangrado transvaginal anormal	2	100	
	Dolor pélvico agudo	1	50	

FUENTE:
Archivo Clínico y
Bioestadística, HIES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación se grafican los principales factores de riesgo asociados :

Figura 21:
Distribución de las neoplasias malignas ginecológicas según topografía
y factores de riesgo asociados.
HIES, 1995-2001.



FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las tablas que se ilustran a continuación permiten detallar los métodos auxiliares empleados en la unidad para establecer el diagnóstico de cáncer originado en el aparato reproductor femenino y los diferentes tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos a los que fueron sometidas las pacientes.

Tabla 8: Distribución de métodos auxiliares empleados en el diagnóstico de neoplasias malignas originadas en el aparato reproductor femenino según topografía.
HIES, 1995-2001.

TOPOGRAFIA	METODO DIAGNOSTICO	N°.	%
CERVIX	Citología cervicovaginal	115	71.8
	Colposcopia	97	60.6
	Biopsia	44	27.5
	USG pélvico	8	5
	Legrado uterino instrumentado	4	2.5
MAMA	Mamografía	49	61.2
	Biopsia por aspiración con aguja fina. (BAAF)	63	78.7
	Biopsia excisional	23	28.7
	USG mamario	4	5
ENDOMETRIO	Legrado uterino instrumentado	32	84.2
	USG pélvico	20	52.6
	Citología cervicovaginal	6	15.7
OVARIO	USG pélvico	15	78.9
	Cuantificación sérica de CA-125	15	78.9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TOPOGRAFIA	METODO DIAGNOSTICO	N°	%
OVARIO	Citología cervicovaginal	2	10.5
	Biopsia de tumor	1	5.2
	Cuantificación sérica de HGC	1	5.2
VULVA	Biopsia de la lesión	2	100
LEIOMIOSARCOMA	USG pélvico	2	100
	Biopsia endometrial	1	50

FUENTE: Departamento de Archivo y Bioestadística, HIES.

TABLA 9: Distribución de métodos terapéuticos empleados en el tratamiento de las neoplasias malignas ginecológicas según topografía.

HIES, 1995-2001.

PROCEDIMIENTO	CERVIX	MAMA	ENDOMETRIO	OVARIO	VULVA	LEIOMIOSARCOMA	TOTAL
HTA	85	0	28	12	0	2	127
CONIZACION	19	0	0	0	0	0	19
SOB	12	0	21	16	0	2	51
HTV	1	0	0	0	0	0	1
MASTECTOMIA	0	66	0	0	0	0	66
CUADRANTECTOMIA	0	3	0	0	0	0	3
TUMORECTOMIA	0	1	0	0	0	0	1
VULVECTOMIA	0	0	0	0	2	0	2
RADIOTERAPIA	45	3	14	1	0	0	63
QUIMIOTERAPIA	0	43	3	11	0	0	57
HORMONOTX	0	15	2	1	0	0	18
NINGUNO	0	5	9	3	0	0	17

FUENTE: Departamento de Archivo y Bioestadística, HIES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las siguientes gráficas muestran la evolución de los casos detectados en la unidad y el seguimiento de los mismos por parte del servicio tratante.

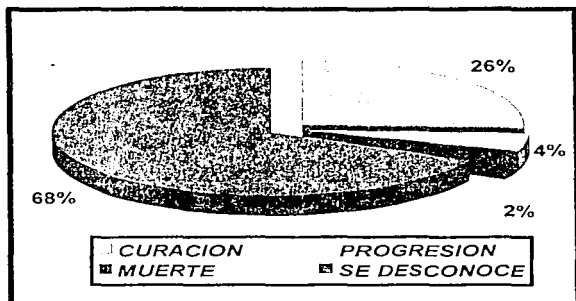


Figura 22: Distribución de las neoplasias malignas ginecológicas según evolución presentada. HIES, 1995-2001.*

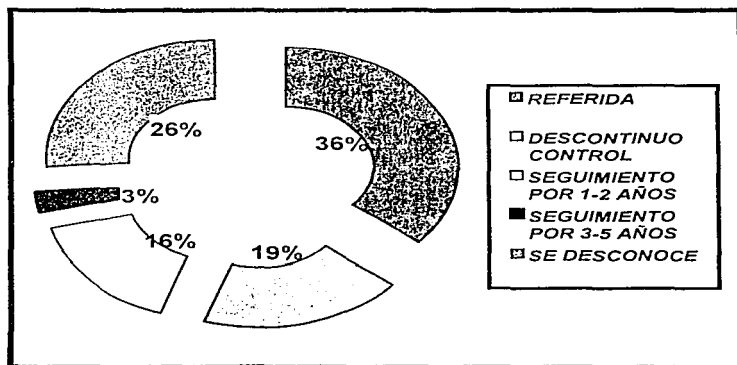


Figura 23: Distribución de los casos de cáncer ginecológico según seguimiento del caso. HIES, 1995-2001.*

* FUENTE: Archivo Clínico y Bioestadística, HIES.

TESIS CON
PAPEL DE ORIGEN

DISCUSIÓN

Los resultados previamente expuestos muestran que las neoplasias malignas originadas en el aparato reproductor muestran una elevada frecuencia entre la población de mujeres que acuden al HIES en relación a lo reportado en la literatura de índole mundial, nacional y estatal, fenómeno que puede resultar del hecho de ser ésta una institución de concentración, donde cerca del 40% de las pacientes fueron referidas de otras unidades. También resalta el aumento progresivo de los casos a lo largo del periodo de estudio, con un incremento de mujeres afectadas en aproximadamente 3.5 veces en los últimos años, principalmente a expensas de un mayor número de pacientes con cáncer cervicouterino y de mama.

Y es en la topografía de la neoplasia maligna donde coincidimos con las estadísticas nacionales y estatales que ubican al cáncer originado en cuello uterino en primer lugar, seguido del originado en mama; sin embargo, el tercer sitio en orden de frecuencia no sólo corresponde a los tumores malignos del endometrio, sino que además su frecuencia de presentación es cinco veces mayor a lo reportado a nivel nacional, presentando una distribución similar a lo descrito para poblaciones de países desarrollados, situación que es posible explicar si retomamos que los principales factores de riesgo asociados que se reportaron en

la muestra fueron además del tabaquismo, la obesidad e hipertensión arterial crónica.

Es así como nuestra población de pacientes afectadas por neoplasias malignas ginecológicas fluctúan en un perfil epidemiológico que se caracteriza en una parte por los factores de riesgo asociados al bajo nivel educativo y de desarrollo social, que se traducen en una conducta sexual de alto riesgo en ellas o en su pareja, que las expone a padecer cáncer cervicouterino tempranamente; y por otra, están los factores de riesgo asociados a la obesidad y trastornos crónico-degenerativos que la acompañan, que favorecen estados de hiperestrogenismo persistente y su asociación con neoplasias malignas hormonodependientes (mama y endometrio).

En relación a la etapa clínica al momento del diagnóstico cabe resaltar la importancia de los métodos auxiliares para reconocer a la enfermedad en etapas preclínicas, como lo demuestra que el 65% de las pacientes con carcinoma cervicouterino de la población de estudio, hayan sido diagnosticadas en etapas de microinvasión tisular, gracias a la implementación de la citología cervicovaginal como estudio de tamizaje; que finalmente se ha traducido en una disminución en los índices de mortalidad por esta causa.

Finalmente cabe mencionar que en nuestra institución se está diagnosticando y dando tratamiento quirúrgico de las neoplasias malignas ginecológicas, sin embargo hay un nulo seguimiento de los mismos, como lo demuestra el hecho de que en el 81% de los casos se desconoce la evolución de la paciente después de haber sido establecido el diagnóstico o haber sido intervenida quirúrgicamente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

1. La incidencia promedio de neoplasias malignas originadas en el aparato reproductor de la mujer en el HIES es de 43 casos anuales.
2. Existe un incremento progresivo en la incidencia anual de casos de cáncer ginecológico en el HIES en los últimos seis años.
3. Las principales tumores malignos ginecológicos que se diagnostican en la unidad son los originados en cérvix, mama y endometrio.
4. Hay un mayor porcentaje de neoplasias malignas de mama y cuerpo uterino en relación al promedio nacional.
5. El perfil epidemiológico de la paciente portadora de cáncer ginecológico es similar a lo descrito a nivel mundial, nacional y regional.

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

6. La mayor parte de las neoplasias malignas de cuello uterino se diagnostican en etapas preclínicas, en la mayor parte de los casos de cáncer de mama y ovario se establece su diagnóstico en estadios avanzados.
7. Los principales factores de riesgo asociados fueron en orden de frecuencia: el antecedente de tabaquismo, la obesidad y la hipertensión arterial crónica.
8. Los principales métodos auxiliares empleados en el diagnóstico del cáncer ginecológico fueron la citología cervicovaginal para el originado en cuello uterino, la mamografía acompañada de biopsia por aspiración de la lesión para el de glándula mamaria, el legrado uterino-biopsia para el de endometrio y el ultrasonido pélvico con cuantificación sérica del marcador Ca-125 para el de ovario.
9. La sintomatología asociada a cáncer fue principalmente el sangrado transvaginal anormal para los casos de neoplasias avanzadas de cuello uterino, endometrio y leiomiomas, la presencia de tumoración para los casos de glándula mamaria, el dolor pélvico crónico asociado a tumoración pélvica en los casos de ovario y la vulvodinia acompañada de tumoración vulvar en las neoplasias de vulva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10. El manejo que se ofrece en el HIES a la paciente con cáncer ginecológico es netamente quirúrgico para continuar el tratamiento adyuvante en otra unidad.

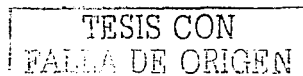
11. No existe un seguimiento de los casos de las pacientes posterior a ser intervenidas quirúrgicamente y/o ser referidas a otra unidad.

o o o

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

1. Ahued, R., Fernández del Castillo, C. Obstetricia y Ginecología aplicadas. 1ª ed. Editorial JGH editores. México, 2000. p.p 337-386.
2. Barber, HRK. Manual de Oncología Ginecológica. 2ª ed. Ed. Interamericana-McGraw-Hill, 1989. p.p. 229.
3. Brinton, LA., Hoover, RN. Reproductive, menstrual and medical risk factors for endometrial cancer. Results from a case-control study. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1992; 167: 1317-1325.
4. Dexeus Trias de Bes, S. Sinopsis de Oncología Ginecológica. Ed. Masson, 1996.
5. Disaia, P., Creasman, W. Oncología Ginecológica Clínica. 4ª ed. Editorial Mosby. 1994
6. Gale, O. Barnard, O. Diagnóstico y tratamiento ginecobstétrico. 6ª ed. Editorial El Manual Moderno. México, 1993.



7. García, J. Epidemiología del cáncer en México. Epidemiologia, 1996. 28(13) p.p 1-2.
8. Herrero, R., Brinto, LA., Reeves, CW., Brenes, M., Tenorio, GF, Britton, RM, Gaitán, E., Montalbán, P., Rawls, WE. Risk factors for invasive carcinoma of the uterine cervix in Latin America. Bulletin of PAHO. 1990; 24 (3).
9. James, H:W., Seegal, G. Tratado de Ginecología de Novak. 10ª ed. Editorial Panamericana.
10. López, C. Cáncer cervicouterino. Epidemiología y presentación clínica en el departamento de Obstetricia del H.I.E.S. 1995-1997. Tesis del Hospital Infantil del Estado de Sonora. México, 1998. p.p 1-50.
11. Martínez, D. Epidemiología de la enfermedad trofoblástica gestacional en el servicio de Ginecología y Obstetricia-H.I.E.S. Tesis del Hospital Infantil del Estado de Sonora. México, 1998. p.p 1-33.
12. Morfin, J. Epidemiología del cáncer de mama en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. TESIS del H.I.E.S. México, 1998. p.p 1-40
13. Pérez,R. Principios de Patología. 3ª ed. Editorial Panamericana. México, 1990.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

14. Platt, J., Gracia C, Vitelas, FJ. Incidencia del cáncer en la población general del norte de Sonora. Revista Médica del Hospital General del Estado. Sonora, México. 1989. p.p. 1-6.
15. Rodríguez, PJ. Registro regional de tumores para el sur de Sonora. Cancerología. México, 1991. p.p. 1233-1237.
16. Shingleton, HM., Fowler, WC., Jordan, JA., Lawrence, WD. Oncología Ginecológica: Diagnóstico y tratamiento. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. México, 1998.
17. San José, S., Basch, F., Muñoz, N. Socioeconomic differences in cervical cancer, two cases-control studies in Colombia and Spain. American Journal of Public Health. 1996; 1532-1533.
18. Secretaria de Salud. Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas en México. Compendio de Mortalidad y Morbilidad, 1998. México, 1998.
19. Soper, J.T., Hammond, Ch. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. 6ª ed. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20. Zeichner, I., Mohar, A., Ramírez, M. Epidemiología del cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología (1989-1990). Cancerología. México, 1993; 39: 125.

66 66 66

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

APENDICE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NO. REGISTRO QUIRURGICO _____ NO. EXPEDIENTE _____ AÑO _____
ORGANO PRIMARIO: VULVA () VAGINA () CERVIX () ENDOMETRIO () OVARIO ()
MAMA () PLACENTA () OTROS () _____
DX. HISTOLOGICO: _____ ETAPA CLINICA AL DX. _____
CAPTADA A TRAVES DE: URGENCIAS () CONSULTA EXTERNA () REFERENCIA ()

EDAD: _____ LUGAR DE ORIGEN _____ OCUPACION _____
EDO. CIVIL: SOLTERA () CASADA () U.LIBRE () DIVORCIADA () VIUDA ()
ESCOLARIDAD: NINGUNA () PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA ()
UNIVERSIDAD ()

MENARCA _____ MENOPAUSIA _____ IVSA _____ MENSTRUACIONES IRREGULARES ()
N° CS _____ ALTO RIESGO () GESTAS: NINGUNA () 1-2 () 3-5 () 6-8 () MAS DE 8 ()
EDAD AL PRIMER PARTO _____ EDAD AL ULTIMO PARTO _____
EMBARAZO AL MOMENTO DEL DX.: 1ER TRIMESTRE () 2° () 3° ()
LACTANCIA: NO () SI () PERIODO MÁXIMO EN MESES _____
MAC: NO () CONDON () DIU () HORMONALES () SCB ()
DOC: NO () SI () FUD: UN AÑO ANTES () 2-3 AÑOS () 4-5 AÑOS () MAS DE 5 AÑOS ()
INFECCION POR: VPH () HERPES ()
TRATAMIENTOS HORMONALES: TRH () MAC () POR IRREGULARIDAD MENSTRUAL ()
CIRUGIAS G.O.: NO () SI () CESAREA () SCB () HTA () SOB () SOU ()
LAPAROSCOPIA ()
PATOLOGÍA MAMARIA PREVIA NO () SI ()
MAMOGRAFIAS PREVIAS: NO () SI () NORMAL () ANORMAL ()
PESO _____ GPO SANGUÍNEO _____ RH _____

HISTORIA FAMILIAR DE CA. GINECOLÓGICO

MADRE () MISMA TOPOGRAFIA () OTRA TOPOGRAFIA ()
HERMANA () () ()
HIJA () () ()

ANTECEDENTE PERSONAL TABAQUISMO () OBESIDAD () D.M. () HASC () CANCER ()
RADIACIÓN PÉLVICA PREVIA () OVARIOS POLIQUÍSTICOS () HEPATOPATIA ()

MOTIVO DE PRIMERA CONSULTA: ASINTOMÁTICA () TUMOR () MASTALGIA ()
TELORREA () DOLOR PÉLVICO CRÓNICO () DOLOR PÉLVICO AGUDO () ASCITIS ()
STV ANORMAL () DISMENORREA () DISPAREUNIA () VULVODINIA () PERDIDA
FONDERAL () ATAQUE AL EDO. GENERAL ()

MÉTODOS DIAGNOSTICOS AUXILIARES SUGERENTES DE MALIGNIDAD

USG MAMARIO () USG PÉLVICO () MAMOGRAFIA () CA-125 () PAP ()
BAAF () BIOPSIA EXCISIONAL () COLPOSCOPIA () HGC () ALFAFETOPROTEINA ()

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE MANEJO

CUADRANTECTOMIA () MASTECTOMIA () HTA () SOB () CONIZACION ()
VULVECTOMIA ()

TRATAMIENTOS NO QUIRÚRGICOS: RADIOTERAPIA () QUIMIOTERAPIA () HORMONAL ()

EVOLUCION: CURACIÓN () PROGRESIÓN () MUERTE () SOBREVIDA: MENOR A UN AÑO ()
1-2 AÑOS () 3-5 AÑOS () 6 AÑOS O MAS ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN