



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARIA DE SALUD

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

**DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO, CARACTERÍSTICAS  
CLINICO-PATOLOGICAS Y TRATAMIENTO PARA CANCER  
CERVICOUTERINO EN PACIENTES DE 35 AÑOS O MENORES, EN  
HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO DEL 2011 A 2020**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE ESPECIALISTA  
EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

PRESENTA:

ARMANDO ALVAREZ MORENO

ASESORES:

DR. XICOTENCATL JIMENEZ VILLANUEVA

DR. OTONIEL LOPEZ RIVEROL

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AUTORIZACIONES**

---

**DRA ERIKA GOMEZ**  
SUBDIRECTORA DE LA UNIDAD DE ENSEÑANZA

---

**DR ERIK EFRAIN SOSA DURAN**  
JEFA DE POSGRADO

---

**DR XICOTENCATL JIMENEZ VILLANUEVA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO EN GINECOLOGÍA  
ONCOLOGICA

---

**DR. OTONIEL LOPEZ RIVEROL**  
ASESOR

## **AGRADECIMIENTOS**

Primero le doy gracias a dios por permitirme llegar hasta esta parte de mi carrera, por crecer tanto como persona como el lo profesional, a la honorifica Universidad Nacional Autónoma de México. A mi esposa Alexandra Fuentes Pino que sin ella no hubiera sido posible llegar hasta este momento, a mi hijo Sebastián por inconscientemente motivarme a ser mejor cada día. A mi madre que no llego hasta el momento de concluir mi carrera pero que se que desde el cielo estará orgullosa de mis logros. Sin duda alguna a mi padre y mis hermanas que siempre me motivaron a nunca rendirme. Al Dr. Román Fuentes y la Dra. Silvia Pino por siempre brindarme su apoyo incondicional en todos estos años.

A mi profesor el Dr. Jiménez que me brindo la oportunidad de hacer la subespecialidad, por brindarme siempre sus conocimientos y apoyo en todo momento. A mis maestros Dra. Hernández, Dra. Alvarado, Dr. López, Dra. Delgado, Dr. Ramírez, Dr. Rosas que han sido mis mentores principales en este proceso de formación.

Este es el resultado de un gran esfuerzo, dedicación, tiempo, sacrificios, pero siempre diré que ha valido la pena cada segundo. Solo me queda agradecer por todo el apoyo brindado durante este tiempo.

# INDICE

Resumen.....	6
1.- Marco Teórico	
1.1 Introducción .....	7
1.2 Epidemiología .....	7
1.3 Factores de Riesgo .....	7
1.3.1 Factores de Riesgo Asociados a VPH .....	8
1.3.2 Factores de Riesgo No Asociados a VPH.....	8
1.4 Distribución por edades.....	10
2. Antecedentes.....	14
3.- Justificación.....	15
4.- Hipotesis.....	16
5.- Objetivos .....	17
5.1 Objetivo General.....	17
5.2 Objetivo Especifico .....	17
6. Material y Métodos .....	18
6.1 Diseño de Investigación .....	18
6.2 Criterios de Inclusión .....	18
6.3 Criterios de Exclusión.....	18
6.4 Criterios de Eliminación.....	18
6.5 Selección de Muestra .....	18
6.6 Definición de Variables.....	19
6.7 Recolección de Datos.....	20
6.8 Analisis Estadístico.....	20
6.9 Recursos .....	20
6.10 Aspectos Éticos .....	21
7. Resultados.....	22

8. Discusión .....	27
9. Conclusiones .....	28
10. Bibliografía.....	29
11. Anexos.....	32

## RESUMEN

### **Introducción:**

Las estadísticas mundiales sobre cáncer muestran que el cáncer de cérvix fue en 2018 la cuarta causa de mortalidad oncológica en la mujer con 311 365 (7.5%) muertes. Existiendo múltiples factores de riesgo relacionados al desarrollo de esta patología; en el caso especial de población menor de 35 años que ha tenido un aumento en su incidencia en los últimos años y de la cual no se cuentan estudios o información actual, el obtener factores de riesgo relacionados con esta población nos ayudara a comprender mejor y saber identificar dichos factores **Objetivo:**. Identificar los factores de riesgo para cáncer cervicouterino en pacientes menores de  $\leq 35$  años en pacientes del Hospital Juárez de México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, descriptivo y analítico en pacientes  $\leq 35$  años que acuden a al Hospital Juárez de México con diagnóstico de cáncer cervicouterino, durante el periodo 2011 a 2020 midiendo factores de riesgo. Se utilizó el programa estadístico SPSS. **Resultados: se incluyeron 52 pacientes dentro del estudio**, la media de edad fue de 21.25 años, el 65.4% reportaron infecciones vaginales recurrentes, 27% 34.6% reportaron uso de ACO y tabaquismo respectivamente. El IMC su media fue de 24.42 y en cuanto al nivel socioeconómico el 67 % se encontró en un nivel bajo. En cuanto a la escolaridad 38.4% solo contaba con secundaria completa cpmparado con 3.85% de licenciatura y el tipo histológico mas comune fue el Epidermoide con 61.6% seguido de un 13.5% de adenocarcinoma. La presentación clínica mas común fue IIIB con un 26.9%, seguida de IIB con un 17.3%. El tratamiento de mayor frecuencia utilizado en nuestros pacientes fue el de QT / RT con un 48.1% (n=25) seguido por histerectomía PIVER en un 30.8%, radioterapia en un 4%, cono terapéutico 5.8%, quimioterapia en 3.8% y solamente el 3.8% no recibieron tratamiento. Y el el 0% de nuestra población se había vacunado contra virus de papiloma humano.

**Conclusión.** Los factores de riesgo encontrados en las mujeres de esta investigación son similares a los descritos en la literatura. El VPH se presentó en la totalidad de los casos y no encontramos diferencia significativa en los factores de riesgo en cuanto al tipo histológico del tumor. El hallazgo principal y nuestro mas importante aportación es que el 0% de nuestra población se había vacunado contra virus de papiloma humano.

**Palabras clave:** Cáncer cervicouterino, pacientes jóvenes, factores de riesgo, vacunación para VPH

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1 Introducción

Las estadísticas mundiales sobre cáncer muestran que el cáncer de cérvix fue en 2018 la cuarta causa de mortalidad oncológica en la mujer con 311 365 (7.5%) muertes, solo después del cáncer de mama 626679 (15%), pulmón 576060 (13.8%) y cáncer colorectal 396 568 (9.5%).<sup>(1)</sup> El cáncer de cuello uterino es el tercer diagnóstico de cáncer ginecológico más común y la causa de muerte entre los cánceres ginecológicos en los Estados Unidos<sup>(1)</sup>; tiene tasas de incidencia y mortalidad más bajas que el cáncer de cuerpo uterino y de ovario, sin embargo, en países que no tienen acceso a programas de detección y prevención del cáncer de cuello uterino, sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad por cáncer. <sup>(1)(2)</sup>

## 1.2. Epidemiología

En 2018, el cáncer de cuello uterino representó un estimado de 570.000 nuevos casos de cáncer y 311.000 muertes en todo el mundo<sup>(3)</sup> y fue el cuarto cáncer más común en mujeres.<sup>(1)</sup> El 84% de los casos de cáncer de cuello uterino procedían de regiones menos desarrolladas, las mujeres de países en desarrollo, el cáncer de cuello uterino fue el segundo tipo de cáncer más común (15,7 por 100.000 mujeres) y la tercera causa más común de mortalidad por cáncer (8,3 por 100.000).<sup>(4)</sup> En México los datos más recientes de mortalidad por CaCu se reportan por el INEGI en 2012, el CaCu fue el segundo tumor maligno por el cual fallecieron mujeres en México (10.4%)<sup>(5)</sup>. GLOBOCAN 2018 en México reporta como 3° de incidencia oncológica con 11 por cada 100 000 y el 2° en mortalidad con 5.3 por cada 100 000.

## 1.3. Factores de Riesgo

Hoy en día se sabe de los **diferentes factores de riesgo** para cáncer cervicouterino relacionados con VPH y no relacionados con VPH; los dos tipos histológicos principales el adenocarcinoma y el carcinoma de células escamosas, comparten muchos de los mismos factores de riesgo. Relacionados con el VPH: en casi todos los casos, el cáncer de cuello uterino se debe a una infección por el virus del papiloma humano (VPH).



### 1.3.1 Factores de Riesgo Asociados a VPH

Los factores de riesgo asociados con los cánceres relacionados con el VPH incluyen (6):

- Inicio temprano de la actividad sexual: en comparación con la edad de la primera relación sexual de 21 años o más, el riesgo es aproximadamente 1,5 veces mayor entre los 18 y 20 años y el doble entre los menores de 18 años. (6)
- Varias parejas sexuales: en comparación con una pareja, el riesgo es aproximadamente el doble con dos parejas y el triple con seis o más parejas.
- Una pareja sexual de alto riesgo (por ejemplo, una pareja con múltiples parejas sexuales o una infección conocida por VPH).
- Historial de infecciones de transmisión sexual (p. Ej., Chlamydia trachomatis, herpes genital).
- Edad temprana al primer nacimiento (menos de 20 años) y paridad creciente (tres o más nacimientos a término); estos probablemente se deben a la exposición al VPH a través de las relaciones sexuales.
- Antecedentes de neoplasia o cáncer intraepitelial escamoso vaginal o vulvar (la infección por VPH también es la causa de la mayoría de los casos de estas afecciones). (6)
- Inmunosupresión (p. Ej., Infección por VIH). (6)

### 1.3.2. Factores de Riesgo No Asociados a VPH

Existen también los factores de riesgo no relacionado con el VPH como lo son:

- **Nivel socioeconómico bajo:** en los Estados Unidos, la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino son más altas en pacientes que viven en comunidades con niveles de pobreza más altos en comparación con niveles de pobreza más bajos, probablemente debido al acceso limitado a la atención médica y los programas de detección (7,8).
- **Raza no blanca:** las estimaciones de cáncer de cuello uterino son más altas para ciertos grupos raciales, y las mujeres negras no hispanas tienen las tasas de incidencia y mortalidad más altas (9).

●**Uso de anticonceptivos orales:** un análisis colaborativo de datos de 24 estudios epidemiológicos encontró que, entre las usuarias actuales de anticonceptivos orales, el riesgo de cáncer de cuello uterino invasivo aumentaba con el aumento de la duración del uso ( $\geq 5$  años de uso versus nunca uso: riesgo relativo [RR] 1,90; IC del 95%: 1,69 - 2,13). El riesgo disminuyó después de que cesó el uso, y en 10 años o más había vuelto al de nunca los usuarios <sup>(10)</sup>. En otra revisión sistemática que incluyó 12 estudios de pacientes con cáncer de cuello uterino encontró que, en Aquellas que se sabía que eran positivas al VPH, el aumento de la duración del uso de anticonceptivos orales se asoció con un aumento en la tasa de cáncer de cuello uterino <sup>(11)</sup>. La incidencia de cáncer de cuello uterino por duración del uso incluyó lo siguiente: 5 a 9 años (razón de probabilidades [OR] 2,82) y  $\geq 10$  años (OR 4,03), si bien algunos estudios sugieren que el adenocarcinoma parece tener una asociación más fuerte con los anticonceptivos orales que el cáncer de células escamosas <sup>(12)</sup>, otros encontraron un aumento del riesgo similar con el aumento de la duración de los anticonceptivos orales para los carcinomas adenocelulares y de células escamosas <sup>(13)</sup>. Una de los posibles mecanismo, podría ser hormonal mediante estrógenos, estos inducen la actividad de c-Jun y proteínas de la familia API, aumentando la transcripción de las proteínas E6 y E7 del serotipo 16 de VPH mediante una transcripción génica del virus <sup>(14)</sup>.

●**Fumar cigarrillos:** fumar se asocia con un mayor riesgo de carcinoma de células escamosas del cuello uterino, pero no de adenocarcinoma <sup>(15,16)</sup>. En un estudio, el tabaquismo aumentó el riesgo de carcinoma escamoso en aproximadamente un 50% (RR: 1,50; IC del 95%: 1,35 - 1,66) pero no aumentó el riesgo de adenocarcinoma (RR: 0,86; IC del 95%: 0,70 - 1,05) <sup>(16)</sup>.

●**Genética:** aunque no existe un modelo bien establecido de base genética para el cáncer de cuello uterino, los estudios de población han demostrado una mayor incidencia de cáncer de cuello uterino en las familias. En el pasado, este agrupamiento familiar se había atribuido a exposiciones ambientales compartidas. Sin embargo, los datos posteriores que comparan hermanos completos y medios hermanos han demostrado que los factores de riesgo heredables superan con creces los componentes ambientales compartidos. Como ejemplo, un estudio sueco

de más de 9.000 hermanos o medios hermanos con cáncer de cuello uterino o precáncer atribuyó el 64 por ciento de los casos a la genética y solo el 36 por ciento a exposiciones ambientales <sup>(17)</sup>. Se están realizando investigaciones para identificar alteraciones genéticas que pueden hacer que los pacientes sean menos propensos a eliminar las infecciones persistentes por VPH y más susceptibles al desarrollo de cáncer de cuello uterino. Los hallazgos hasta la fecha incluyen una asociación de cáncer de cuello uterino con una gran variedad de polimorfismos en una amplia Variedad de genes, incluidos los que regulan la inmunidad y la susceptibilidad <sup>(18)</sup>, la producción de citocinas <sup>(19,20)</sup>, la angiogénesis, las vías supresoras de tumores <sup>(21,22)</sup> y transductores de señales y activadores de las vías de transcripción <sup>(23)</sup>.

#### 1.4. Distribución por edades

Otro punto importante dentro de los factores de riesgo es la distribución por edades: en todo el mundo en 2012, los riesgos acumulados de desarrollar cáncer de cuello uterino y de mortalidad por cáncer de cuello uterino a los 74 años fueron los siguientes: países desarrollados (0,9 por ciento de incidencia / 0,3 por ciento de mortalidad) y países en desarrollo (1,6 por ciento / 0,9 por ciento) <sup>(24)</sup>. La edad promedio al momento del diagnóstico de cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos de 2014 a 2016 fue de 50 años; solo el 2,7 por ciento de los casos se diagnosticaron en pacientes de 85 años o más. De 2014 a 2016, la incidencia de cáncer de cuello uterino ajustada por edad en los Estados Unidos en niñas menores de 20 años fue de 0,1 por 100.000, aumentó a 1,3 por 100.000 en mujeres de 20 a 34 años y alcanzó un máximo de 2,2 a 2,3 por 100.000 en mujeres de 35 a 54. Los datos ajustados por histerectomía y por edad sugieren que las tasas más altas de muerte por cáncer de cuello uterino se dan ahora en mujeres mayores y, por lo tanto, algunos médicos continúan examinando a mujeres con una esperanza de vida prolongada hasta los 74 años <sup>(25,26)</sup>. Sin embargo, hoy en día, nos llama la atención el hecho de que se estén presentando pacientes jóvenes con patología CACU más agresiva y en estadios más avanzados que en años previos; en un estudio previo realizado en población mexicana *Tirado-Gómez y Cols.* encontraron una serie de factores se asociaron con un incremento en la probabilidad de

desarrollar CaCu: analfabetismo (RMP=4.8); ausencia de escolaridad (RMP=12.5); falta de seguridad social (RMP=5.7); consumo de tabaco en algún momento de la vida (RMP=0.7); nivel socio-económico bajo (RMP=10.8); más de tres partos (RMP=4.2); uso de anticonceptivos hormonales (RMP=1.6); presencia de infección vaginal (leucorrea) en los últimos tres meses (RMP=2.7) e inicio de la vida sexual activa antes de los 20 años (RMP=2.6), estos factores que no están directamente relacionados con VPH podrían ser importantes en el estudio de nuestra patología <sup>(27)</sup>. En población latina Montero y Cols. durante 2018, reportaron un predominio de Las féminas que comenzaron sus relaciones sexuales a los 15-19 años de edad (68,8%), seguidas de aquellas menores de 15 años ( 24 %) para desarrollar CaCu; los resultados de esta serie muestran que la aparición del cáncer cervicouterino tiene una estrecha relación con el inicio temprano de las relaciones sexuales, el inicio del primer coito en edades tempranas, antes de los 20 años de edad, y de manera marcada en aquellas que comienzan sus relaciones sexuales antes de los 18 años, este factor es abordado mundialmente desde el punto de vista epidemiológico y existe un consenso general acerca de que estas relaciones en edades tempranas predisponen a lesiones cervicales. Por otra parte, existió un predominio de aquellas mujeres que tuvieron de 2 a 4 parejas sexuales, seguidas del grupo con 5 y más. El aumento del número de estas parejas acrecienta el riesgo de la afección, por lo que constituye un factor de riesgo en la aparición de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino <sup>(28)</sup>.

Específicamente el estudio de pacientes menores de 35 años con patología de cáncer cervicouterino es escaso en la literatura; *Han y Cols* reportan en su artículo “la creciente frecuencia de cáncer de cuello uterino en mujeres coreanas menores de 35 años”, la edad temprana en el momento de la primera relación sexual, múltiples parejas sexuales, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo y paridad alta como principales factores. Los rápidos cambios culturales en la sociedad coreana han afectado el comportamiento sexual y la actividad social, conduciendo a más oportunidades de infección por VPH, esta es probablemente una de las posibles razones del aumento de la incidencia de pacientes jóvenes con

cáncer de cuello uterino durante las últimas dos décadas. Entre los factores epidemiológicos revisados entre las pacientes jóvenes, la educación y los antecedentes de embarazo fueron significativos. La educación de las mujeres aumentó significativamente durante el período de estudio. Este hallazgo no es consistente con estudios previos sobre los factores de riesgo asociados con el cáncer de cuello uterino. La correlación entre el cáncer de cuello uterino y estos dos factores no se pudo explicar en este estudio. Sin embargo, es probable que una mayor educación y un menor número de embarazos estén relacionados con las Tendencias sociales cambiantes en Corea; concluyeron que los resultados del estudio mostraron que el cáncer de cuello uterino se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes y que estos pacientes tienen una forma más agresiva de la enfermedad que la que se observó en el pasado; con un aumento de las metástasis en los ganglios linfáticos y el tamaño del tumor, también encontraron que estas mujeres tienen un nivel educativo más alto y tienen menos embarazos.<sup>(29)</sup>

En América latina Aragona y cols en su estudio “elevada mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres jóvenes del área metropolitana de Buenos Aires” se comenta que la frecuencia de CaCu en mujeres jóvenes es baja y que son las  $\geq 35$  años las más expuestas a la enfermedad, que las infecciones por HPV son transitorias y de regresión espontánea en  $> 90\%$  de los casos debido a la respuesta inmune del huésped, esto, sumado a la lenta progresión natural de la infección hacia el cáncer (10-20 años) en el porcentaje restante, son los principales argumentos que justifican dicha aseveración. Sin embargo, no se ha hecho referencia alguna al pronóstico de aquellas mujeres  $< 35$  años cuando el CaCu ya está instalado. El estudio reveló que la probabilidad de las mujeres menores de 35 años de estar vivas a los 5 años del diagnóstico de CaCu es menor al 50% y literatura de Norteamérica, Europa y Asia referida a este tópico no arroja evidencia concluyente acerca de la influencia de la edad al momento del diagnóstico del CaCu sobre su pronóstico.<sup>(30)</sup> En cuanto a tratamiento de pacientes con CaCu; aproximadamente 15% de todas las etapas de cáncer Cervicouterino y un 45% de los tratamientos quirúrgicos en etapa  $< IB$  ocurren en mujeres  $< 40$  años; siendo la histerectomía radical y linfadenectomía pélvica el procedimiento quirúrgico estándar para la enfermedad

temprana. En pacientes jóvenes que desean preservar la fertilidad la enfermedad micro invasiva está asociada con una incidencia baja de metástasis linfáticas, siendo el tratamiento conservador con conización una opción, el cono cervical con bisturí frío o (LEEP/LEETZ) siempre que no presenten lesiones confluentes o ILV y no haya lesión en los márgenes de la pieza quirúrgica se puede recomendar en pacientes seleccionadas <sup>(5,31,32)</sup>. Recordando que el tratamiento dependerá de la etapa clínica al momento del diagnóstico.

El CaCu, indicador de inequidad social, sigue siendo un grave problema de salud pública en México. Se suele afirmar que su frecuencia en mujeres jóvenes es baja y que las más expuestas son aquellas mayores de 35 años. Sin embargo, como ginecólogos oncólogos, con frecuencia acompañamos a morir a mujeres jóvenes menores de 35 años que no han tenido acceso a tamizaje ni a tratamiento oportuno y adecuado del cáncer invasor. El presente estudio tiene como objetivo central describir los factores de riesgo, características clínico-patológicas y tratamiento para CaCu en pacientes  $\leq 35$  años de nuestra población, del hospital Juárez de México . Además, determinar la histología más común, si el nivel económico y educativos es un factor determinante para evaluar la significancia clínica en esta población.

## 2.- ANTECEDENTES

En México, el cáncer cervicouterino es un problema de salud pública. GLOBOCAN en 2018 lo reporto como la tercera causa de incidencia y la segunda causa de mortalidad en la mujer por causa oncológica. Se explica que la frecuencia de CaCu en mujeres jóvenes es baja y que son las  $\geq 35$  años quienes están más expuestas a la enfermedad, que las infecciones por HPV son transitorias y de regresión espontánea en  $> 90\%$  de los casos, debido a la respuesta inmune del huésped, esto, sumado a la lenta progresión natural de la infección hacia cáncer (10-20 años) en el porcentaje restante, son los principales argumentos que justifican dicha aseveración. Sin embargo, no se ha hecho referencia alguna a la población de aquellas mujeres  $< 35$  años con diagnóstico de cáncer cervicouterino y que está creciendo y presentándose mayormente en los servicios de ginecología oncológica y que preocupantemente se presenta en estadios más avanzados y agresivos. Sin embargo, la poca existencia estudios en esta población es escasa lo que complica su estudio. Nosotros planteamos que el estudio de los factores de riesgo en esta población, permitirán establecer su posible uso como factores prevenibles o detectables en la prevención. Además, el establecimiento de una asociación entre lo descrito por la literatura en pacientes mayores de 35 años y nuestra población, podrían también sugerir su búsqueda intencionada en la consulta preventiva de 1er y segundo nivel de atención.

### 3.- JUSTIFICACIÓN

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública a nivel mundial y en México es la segunda causa de mortalidad por neoplasias en mujeres mayores de 25 años. El incremento de pacientes jóvenes con patología avanzada es una nueva problemática a la cual nos enfrentamos. Si bien, el diagnóstico de esta patología consta de la suma de varias pruebas como son el examen clínico de la paciente, la realización de la citología cervical y el examen histológico de una biopsia, el identificar factores de riesgo predisponentes específicamente para población joven toman una gran relevancia, más aún si estos son prevenibles o altamente identificables en el interrogatorio ginecológico. Actualmente no existen estudios o reportes de factores de riesgo predisponentes en población mexicana joven con CaCu menor a 35 años. Por tal motivo, en este estudio pretendemos determinar los principales factores de riesgo para desarrollar CaCu en pacientes menores de 35 años. De establecer una relación entre los factores de riesgo y la expresión de CaCu, permitirá proponer atención dirigida y cuidado a estos factores de riesgo durante el interrogatorio, en la consulta ginecológica de primera vez y subsecuente en los diferentes niveles de atención, siendo el mejor tratamiento la prevención y siendo el CaCu un ejemplo claro de la prevención.

Las implementaciones de los factores de riesgo encontrados servirían para tener un antecedente importante en la prevención y el seguimiento de pacientes jóvenes con CaCu con un posible efecto benéfico a futuro en la prevención.

Por otro lado, es importante mencionar que este estudio proporcionara conocimiento básico que contribuirán al mejor entendimiento de los factores de riesgo en cáncer cervicouterino en población mexicana. Además, podría abrir el panorama al desarrollo de nuevas estrategias preventivas y estudios en esta patológica oncológica.



#### **4.- HIPÓTESIS**

Existe relación entre factores de riesgo para cáncer cervicouterino y la expresión de la enfermedad en pacientes  $\leq 35$  años, a menor edad de inicio de vida sexual, mayor número de parejas sexuales y menor estado socioeconómico se presentará mayor factor de riesgo para CaCu.

## **5.- OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Identificar los factores de riesgo para cáncer cervicouterino en pacientes menores de  $\leq 35$  años con reporte histopatológico confirmado en pacientes del Hospital Juárez de México.

### **5.2 OBJETIVOS PARTICULARES**

- ✓ Saber el tipo histológico más común en esta población y saber si hay correlación clínico patológica con su histología
- ✓ Conocer la clínica con la que inicia la patología en esta población
- ✓ Conocer el tratamiento que reciben las pacientes  $\leq 35$  años en este hospital con diagnóstico de cáncer cervicouterino
- ✓ Saber la etapa clínica FIGO al momento del diagnóstico en esta población
- ✓ Establecer recomendaciones que mejoren la previsión en paciente con cáncer cervicouterino menores de 35 años de edad.

## **6. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **6.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, descriptivo y analítico en pacientes  $\leq 35$  años que acuden a al Hospital Juárez de México con diagnóstico de cáncer cervicouterino, durante el periodo 2011 a 2020 midiendo factores de riesgo.

### **6.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Mujeres mexicanas con diagnóstico y reporte histopatológico de cáncer cervicouterino en cualquier etapa clínica.
- Pacientes que acudan a consulta de oncología en Hospital Juárez de México
- Pacientes menores o iguales de 35 años
- Pacientes con estudio socioeconómico avalado por trabajo social

### **6.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes mayores de 36 años
- Pacientes sin valoración de estudio socioeconómico
- Historia clínica incompleta

### **6.4 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes sin reporte histopatológico confirmatorio
- Expediente clínico incompleto

### **6.5 SELECCIÓN DE MUESTRA**

Es un estudio que incluye todas las pacientes que cumplan los criterios de selección en el periodo de 2011 a 2020 en la población del Hospital Juárez de México.

## 6.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidad de Medición
Edad de inicio de vida sexual	Edad en años	Años	Cualitativa	Ordinal	Años
# De parejas sexuales	Numero		Cuantitativa	Continua	#
Etapa Clínica	Clasificación Internacional FIGO	Etapa clínica	Cualitativa	Ordinal	I, II, III y IV
Edad de 1er embarazo	Edad en años	Años	Cualitativa	Ordinal	Años
Número de embarazos	Numero		Cuantitativa	Continua	#
Uso de anticonceptivos hormonales	Presente vs ausente	Si (presente) No (ausente)	Cualitativa	Ordinal	Si (presente) No (ausente)
Infecciones vaginales, recurrentes, ¿cuantos episodios al año?	Presente vs ausente	Si (presente) No (ausente)	Cuantitativa	Continua	#
Tabaquismo	Presente vs ausente	Si (presente) No (ausente)	Cualitativa	Ordinal	Si (presente) No (ausente)
Tipo Histológico	OMS	Histología	Cualitativa		Tipo histológico
Índice de masa corporal	OMS	Grado	Cuantitativa	Ordinal	Grados
Vacunación para VPH	Presente vs ausente	Si (presente) No (ausente)	Cualitativa	Ordinal	Si (presente) No (ausente)

## **6.7 RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se utilizaron los registros del servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Juárez de México para obtener la base de datos de las pacientes sujetas al estudio. Posteriormente se solicitarán los expedientes clínicos para recabar los datos y colocarlos en una hoja de Excel y posteriormente utilizar el programa estadístico Zigma plot 12.

## **6.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizó el programa estadístico SPSS, con el que se realizó un análisis descriptivo de los datos para identificar la distribución a partir de la prueba estadística de Shapiro-Wilk donde se tomará diferencia significativa los valores con una  $p < 0.05$ . Posteriormente se procedió a realizar el análisis estadístico acorde a la distribución de los datos, utilizando pruebas paramétricas en las distribuciones normales (Chi cuadrada) y no paramétricas en la distribución no normal.

## **6.9 RECURSOS**

### **Recursos Humanos:**

Responsable:

Álvarez Moreno Armando Médico Residente de 7º año del servicio de Oncología Ginecológica del Hospital Juárez de México.

Director de Tesis:

Jimenez Villanueva Xicotencatl Médico Adscrito al servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

**Recursos materiales:**

Expediente clínico, hoja de recolección de datos, computadora con paquetería Office y programa Zigma Plot.

**Recursos Financieros:**

Financiado en su totalidad por el responsable de la tesis.

**6.10 ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudio es una investigación retrospectiva por lo que no produce riesgo al paciente y no se tiene conflicto de interés

## 7.- RESULTADOS

Las características sociodemográficas de los sujetos del estudio se despliegan en la tabla 1, en la cual podemos observar que la media de edad de las pacientes que ingresaron con diagnóstico de cáncer cervicouterino en el Hospital Juárez de México del 2011 – 2020 fue de  $31.25 \pm 3.6$  años.

	Media	Desviación Estándar
Edad	31.25	3.6

Tabla 1. Frecuencia de edad.

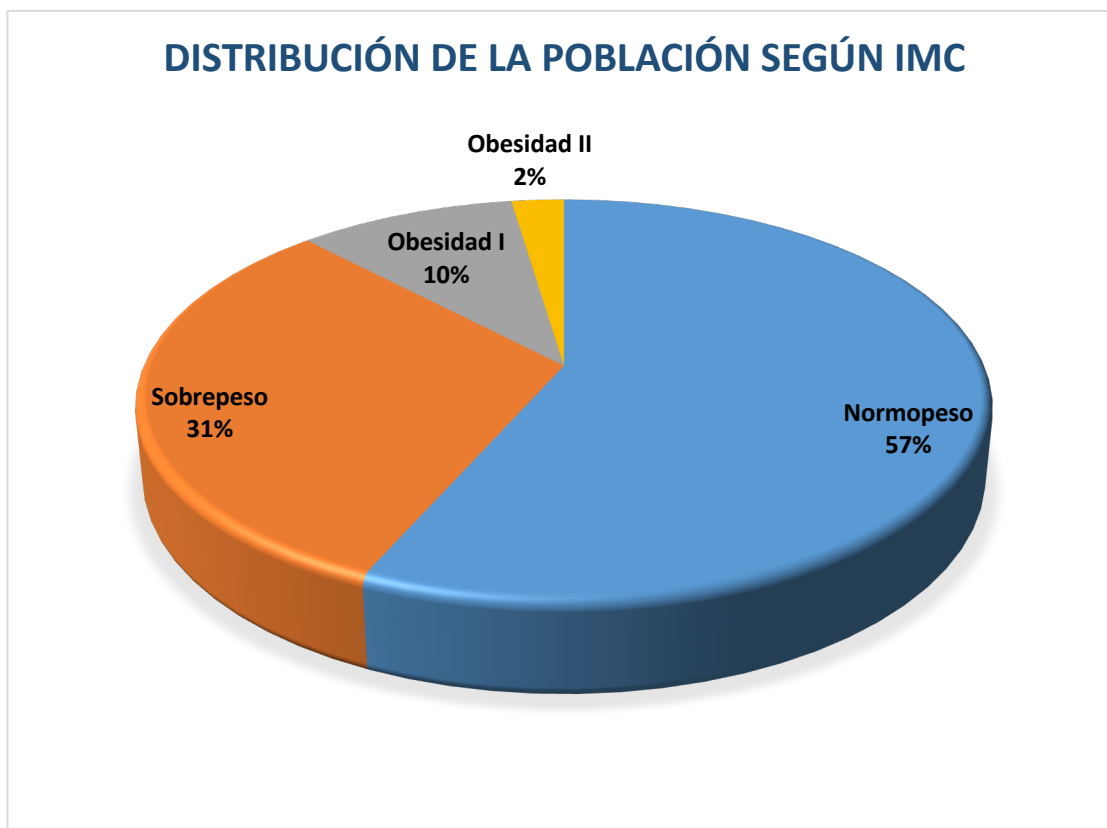
Dentro de los factores de riesgo asociados con los cánceres relacionados con el VPH se encontraron los siguientes resultados: La media de edad de inicio de vida sexual fue de  $19.8 \pm 5.6$ , siendo la edad más común los 17. En cuanto al número de parejas sexuales, el promedio mencionó haber tenido 3, siendo la máxima un total de 11. En cuanto a infecciones vaginales recurrentes, el 65.4% de la población las presentó con una media de 2 episodios al año con un máximo de 5.

Como es bien sabido existen también los no relacionados con el VPH, de los cuales se registraron las siguientes frecuencias en nuestra población. El uso de anticonceptivos orales en nuestra población fue de un 27% (n=14) y un 73% (n=38) no. En cuanto al hábito del tabaquismo, el 34.6 % de nuestra población refirió que sí, mientras que un 65.4% restante no. (Tabla 2):

Factor de riesgo	Frecuencia	%
Uso de anticonceptivos hormonales	14	27
Tabaquismo	18	34.6
	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>
Número de embarazos	2.38	1.48
Índice de Masa Corporal	24.41	

Tabla 2. Frecuencia de factores de riesgo no asociados a VPH.

Otro factor importante, es el IMC, en la población estudiada, la media presente fue de 24.41, se distribuyó de la siguiente manera: El 57% se encontró en un peso normal (n=29), 31 % en sobre peso (n=16), obesidad grado I el 10% (n=5) y obesidad grado II (n=2) el 2% (gráfico 1)

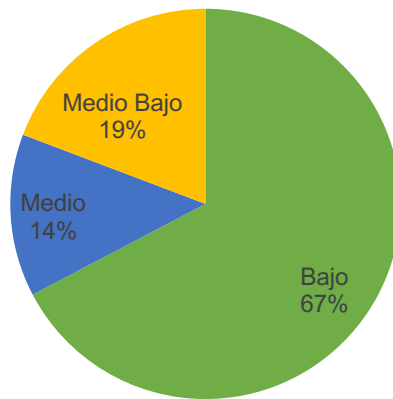


**Gráfico 1. Distribución proporcional de las características sociodemográficas.**

En cuanto al nivel socioeconómico, los resultados de nuestro estudio (gráfico 2) demostraron que más del 50% se encuentra en un nivel bajo.



## NIVEL SOCIOECONÓMICO



**Gráfico 2. Distribución proporcional de estrato socioeconómico.**

Otro factor mencionado en la literatura es el grado de escolaridad. En nuestra población de mujeres, el 38.46% concluyó la secundaria, 36.54% la preparatoria, 9.61% la licenciatura, 3.85% refirieron preparatoria trunca, y el 1.92% bachillerato completo e incompleto respectivamente.

En cuanto a las características histopatológicas y clínicas del cáncer cervicouterino en nuestro estudio estos fueron los resultados encontrados:

El tipo histológico más común fue carcinoma epidermoide con un 61.6% siendo el carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado el más común. (Tabla 4)

Tipo Histológico	Frecuencia	%
Adenocarcinoma	7	13.5
Carcinoma Epidermoide	32	61.6
Carcinoma Escamoso	1	1.9
Carcinoma In Situ	11	21.1
Glassy Cel	1	1.9

**Tabla 3. Frecuencia tipo histológico de CaCu**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Carcinoma Epidermoide Moderadamente Diferenciado	25	48.1
	Carcinoma Epidermoide Poco Diferenciado	5	9.6
	Carcinoma In Situ	11	21.2
	Carcinoma Epidermoide Bien Diferenciado	2	3.8
	Carcinoma Escamoso Poco Diferenciado	1	1.9
	Adenocarcinoma Poco Diferenciado	2	3.8
	Glassy Cel Poco Diferenciado	1	1.9
	Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado	4	7.7
	Adenocarcinoma Endocervical	1	1.9
	Total	52	100.0

**Tabla 4. Frecuencia de estirpe histológica**

En la clasificación internacional FIGO (Tabla 5) siendo la presentación clínica más común en nuestro hospital la de IIIB con un 26.9%.

Etapa Clínica	Frecuencia	%
IA2	4	7.7
IB1	1	1.92
IIA2	1	1.92
IIB	9	17.30
IIIB	14	26.9
IIIC1	5	9.61
IIIC2	1	1.92
In Situ	13	25
IVA (Vejiga)	2	3.84

**Tabla 5. Frecuencia de etapa clínica según clasificación internacional FIGO**

Como ya se mencionó dentro de nuestra población de estudio el tipo histológico de mayor prevalencia fue el de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado que en un 28% se presentó con una etapa clínica de IIB y IIIB respectivamente, el resto lo podemos observar en la tabla 6.

**Tabla 6. Frecuencia estirpe histológica según la etapa clínica.**

Tipo_Cod		Etapa_Cod										Total	
		In Situ	IVA (Vejiga)	IA2	IB1	IB3	IIA2	IIB	IIIB	IIIC1	IIIC2		IB2
Carcinoma Epidermoide Moderadamente Diferenciado	0	0	0	0	2	2	1	7	7	4	1	1	25
Carcinoma Epidermoide Poco Diferenciado	0	0	0	0	1	0	0	2	2	0	0	0	5
Carcinoma In Situ	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
Carcinoma Epidermoide Bien Diferenciado	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Carcinoma Escamoso Poco Diferenciado	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Adenocarcinoma Poco Diferenciado	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
Glassy Cel Poco Diferenciado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Adenocarcinoma Moderadamente Diferenciado	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4
Adenocarcinoma Endocervical	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>52</b>	

El tratamiento de mayor frecuencia utilizado en nuestros pacientes fue el de QT / RT con un 48.1% (n=25) seguido por histerectomía PIVER en un 30.8%, radioterapia en un 4%, como terapéutico 5.8%, quimioterapia en 3.8% y solamente el 3.8% no recibieron tratamiento.

El hallazgo principal que dejara una importante aportación es que el 0% de nuestra población se había vacunado contra virus de papiloma humano.

## 8. DISCUSIÓN.

La identificación de los factores de riesgo para cáncer cervicouterino es de suma importancia para orientar la toma de decisiones clínicas. En cuanto a los factores de riesgo asociados con el VPH como son el inicio temprano de vida sexual, es bien mencionado en la literatura que el riesgo es 1.5 mayor en los jóvenes con edades que oscilan entre los 18 y 20 años y el doble entre los menores de 18, siendo en nuestro estudio la edad promedio de 19.8 años y la más común de 17, lo que hace probable que la mayoría de las pacientes estudiadas tenga el doble de riesgo de presentar esta patología. En cuanto al número de parejas sexuales en nuestra población encontramos un promedio de 3 parejas por persona, con un máximo de 11 en algunos casos.<sup>6</sup> Así mismo el 44.2% de la población tenía el antecedente de haber presentado una neoplasia intra cervical. Otro factor importante mencionado en la literatura es la edad temprana al primer nacimiento menor a 20 años, en nuestra población más del 50% presentó una edad promedio de 18 años siendo la más común 19, lo que nos refleja que es un factor de prevalencia y muy común en la población<sup>6</sup>.

En cuanto a los factores conocidos y estudiados no relacionadas con el VPH, que se presentó casi en la totalidad de la población estudiada, está el nivel socioeconómico. El 67% se consideró de nivel bajo, lo que juega un papel importante en cuanto al acceso a la atención médica, así como a los programas de detección oportuna y temprana.<sup>7-8</sup>

Como lo menciona Appleby en su análisis de 24 estudios epidemiológicos, el uso de anticonceptivos orales en un periodo mayor a 5 años es un factor importante para el cáncer de cuello uterino invasivo, en nuestra población solo el 27% refirió el uso de anticonceptivos en un periodo inferior a 3 años por lo cual al momento no representa un factor de riesgo común.<sup>10-11.</sup>

En un estudio realizado en población mexicana por Tirado, Gómez y colaboradores se mencionan que dentro de los factores que se asocian con un incremento para desarrollar CaCu, se encuentra el analfabetismo o grado de escolaridad baja, consumo de tabaco, falta de seguridad, nivel socioeconómico e inicio de vida sexual

antes de los 20 años. En nuestra investigación se encontró que más del 50% de la población concluyeron la secundaria (38.46%) o la preparatoria (36.54%), 34.6% de las mujeres estudiadas mujeres (n=18) consumían tabaco de manera habitual y probablemente el factor de mayor impacto fue el inicio de vida sexual a una edad temprana (17 años). <sup>6-7-8-27</sup>

En cuanto al tratamiento utilizado se menciona que el estándar es la histerectomía radical y linfadenectomía pélvica, a pesar de eso en nuestro hospital el 48.1% se utilizó quimioterapia + radioterapia seguido por la histerectomía en un 30.8%.

## **9. CONCLUSION**

Los factores de riesgo encontrados en las mujeres de esta investigación son similares a los descritos en la literatura. El VPH se presentó en la totalidad de los casos y no encontramos diferencia significativa en los factores de riesgo en cuanto al tipo histológico del tumor.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Siegel R, Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R L. Global Cancer Statistics 2018. Globocan Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 cancers in 185 Countries. *CA CANCER J CLIN* 2018;68-394-424
2. [Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2020. \*CA Cancer J Clin\* 2020; 70:7.](#)
3. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health* 2020; 8:e191.
4. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015; 65:87.
5. *Gaceta Mexicana de Oncología*, Volumen 13, supl4, octubre 2014.
6. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *Int J Cancer* 2007; 120:885.
7. Singh GK, Miller BA, Hankey BF, Edwards BK. Area Socioeconomic Variations in U.S. Cancer Incidence, 1975-1999. National Cancer Institute; Bethesda, MD 2003.
8. Yu L, Sabatino SA, White MC. Rural-Urban and Racial/Ethnic Disparities in Invasive Cervical Cancer Incidence in the United States, 2010-2014. *Prev Chronic Dis* 2019; 16:E70
9. Saraiya M, Ahmed F, Krishnan S, et al. Cervical cancer incidence in a prevaccine era in the United States, 1998-2002. *Obstet Gynecol* 2007; 109:360.
10. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Appleby P, Beral V, et al. Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* 2007; 370:1609.
11. Gierisch JM, Coeytaux RR, Urrutia RP, et al. Oral contraceptive use and risk of breast, cervical, colorectal, and endometrial cancers: a systematic review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2013; 22:1931.
12. Franco EL, Schlecht NF, Saslow D. The epidemiology of cervical cancer. *Cancer J* 2003; 9:348
13. Green J, Berrington de Gonzalez A, Sweetland S, et al. Risk factors for adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix in women aged 20-44 years: the UK National Case-Control Study of Cervical Cancer. *Br J Cancer* 2003; 89:2078.
14. Smith JS, Green J, Berrington de Gonzalez A, Appleby P, Peto J, Plummer M, Franceschi S, Beral V. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a

- systematic review. *Lancet*. 2003 Apr 5;361(9364):1159-67. doi: 10.1016/s0140-6736(03)12949-2. PMID: 12686037.
15. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *Int J Cancer* 2007; 120:885.
  16. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Appleby P, Beral V, et al. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *Int J Cancer* 2006; 118:1481.
  17. Hemminki K, Chen B. Familial risks for cervical tumors in full and half siblings: etiologic apportioning. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15:1413.
  18. Liu L, Yang X, Chen X, et al. Association between TNF- $\alpha$  polymorphisms and cervical cancer risk: a meta-analysis. *Mol Biol Rep* 2012; 39:2683.
  19. Grimm C, Watrowski R, Baumühlner K, et al. Genetic variations of interleukin-1 and -6 genes and risk of cervical intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol* 2011; 121:537.
  20. Wang Q, Zhang C, Walayat S, et al. Association between cytokine gene polymorphisms and cervical cancer in a Chinese population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 158:330
  21. Craveiro R, Bravo I, Catarino R, et al. The role of p73 G4C14-to-A4T14 polymorphism in the susceptibility to cervical cancer. *DNA Cell Biol* 2012; 31:224..
  22. Wang L, Gao R, Yu L. Combined analysis of the association between p73 G4C14-to-A4T14 polymorphisms and cancer risk. *Mol Biol Rep* 2012; 39:1731
  23. Wang K, Zhou B, Zhang J, et al. Association of signal transducer and activator of transcription 3 gene polymorphisms with cervical cancer in Chinese women. *DNA Cell Biol* 2011; 30:931.
  24. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2015; 65:87.
  25. Beavis AL, Gravitt PE, Rositch AF. Hysterectomy-corrected cervical cancer mortality rates reveal a larger racial disparity in the United States. *Cancer* 2017; 123:1044.
  26. Stang A, Hawk H, Knowlton R, et al. Hysterectomy-corrected incidence rates of cervical and uterine cancers in Massachusetts, 1995 to 2010. *Ann Epidemiol* 2014; 24:849.
  27. Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cérvicouterino invasor en mujeres mexicanas. *Salud Publica Mex* 2005;47:342-350.
  28. Montero Lora ; Ramón Jimenez; Valverde Ramón, Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino / Main risk factors in the emergence of cervical cancer. *Medisan* ; 22(5)mayo 2018.

29. Han, Chan Hee y col. " The Increasing Frequency of Cervical Cancer in Korean Women under 35". Investigación y tratamiento del cáncer: revista oficial de la Asociación Coreana del Cáncer, vol. 40,1 (2008).
30. Aragona A, Soderini A, Moschen H, Bonavia E, Garrido R, Cuneo N. Elevada mortalidad por cáncer cérvico-uterino en mujeres jóvenes del área Metropolitana de Buenos Aires [High mortality for cervical cancer in young women from the Metropolitan Area of Buenos Aires]. Medicina (B Aires). 2018;78(4):234-242. Spanish. PMID: 30125250.
31. NCCN Guidelines Version 1.2020 cervical cáncer
32. Bentivegna E, Gouy S, Maulard A, . Oncological outcomes after fertility- sparing surgery for cervical cancer: a systematic review. Lancet Oncol. 2016



## 11. ANEXOS:



DESCRIPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y TRATAMIENTO PARA CÁNCER CERVICOUTERINO EN PACIENTES  $\leq 35$  AÑOS, EN HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO DEL 2011 A 2020

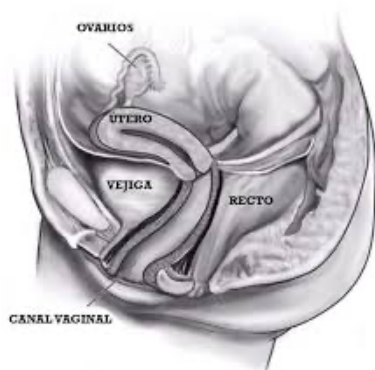
### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS ONCOLOGÍA GINECOLOGICA

Fecha de 1ª consulta oncología:

- I. Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Expediente: \_\_\_\_\_ Edo Civil: \_\_\_\_\_ Elaboración: \_\_\_\_\_  
Edo Hormonal: Premenopausia ( ) Postmenopausia ( )  
Vivienda: Urbana ( ) Rural ( ) Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_ Kg Talla: \_\_\_\_\_ M IMC: \_\_\_\_\_ Perdida de peso: \_\_\_\_\_  
Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_\_ Cesárea: \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_  
1er parto: \_\_\_\_\_ Menarca: \_\_\_\_\_ Ciclos: \_\_\_\_\_ #PS: \_\_\_\_\_  
IVSA: \_\_\_\_\_ Infecciones vaginales: Si ( ) No ( ) Cuantas/año: \_\_\_\_\_  
ECOG: \_\_\_\_\_ Dieta: \_\_\_\_\_
- II. Antecedentes familiares de Cáncer: 1er grado ( ) 2º grado ( )  
¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
Antecedente de sangrado uterino anormal o dispareunia:  
Si ( ) No ( ) Cual: \_\_\_\_\_ Características: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Antecedente de NIC: Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_ VPH: Si ( ) No ( ) Cual \_\_\_\_\_  
#PAPs: \_\_\_\_\_ 1er PAP: \_\_\_\_\_ Ultimo PAP: \_\_\_\_\_  
Colposcopia: Si ( ) No ( ) Resultado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- III. Menopausia: \_\_\_\_\_ Anticoncepción: Si ( ) No ( )  
¿Cual?: \_\_\_\_\_  
Antecedente de sustitución hormonal: Si ( ) No ( )  
¿Cual?: \_\_\_\_\_  
Patología previa: HAS ( ) DM2 ( ) Ginecológica ( )  
Inmunosupresión ( )  
Otros: \_\_\_\_\_

IV. Tabaquismo: Si ( ) No ( ) Tiempo: \_\_\_\_\_  
Alcoholismo: Si ( ) No ( ) tiempo: \_\_\_\_\_  
Antecedente de radiación: Si ( ) No ( ) Tiempo: \_\_\_\_\_

V. Exploración:



Tacto vaginal, características:

Adenopatías: si ( ) No ( ) Inguinales ( ) Supraclavicular ( )  
Estadio Clínico: Tamaño tumoral:

VI. Estudios que presenta:

Laboratorios: Qs: \_\_\_\_\_  
Bh: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

Biopsia o PAP: Biopsia: Institucional ( ) Externa ( ) Fecha: \_\_\_\_\_  
Reporte Histológico: \_\_\_\_\_  
ILV: Si ( ) No ( ) Grado: \_\_\_\_\_  
PAP: Institucional ( ) Externa ( ) Fecha: \_\_\_\_\_  
Reporte: \_\_\_\_\_

VII. Tratamiento: Cono:

HTA:

QT/RT

Progresión: Si ( ) No ( ) Recaida: Si ( ) No ( )