



Artículos originales

Tasa de supervivencia y libre enfermedad en pacientes con cáncer cervicouterino estudiados entre 2006 a 2011 en el Instituto Oncológico Nacional

José María Barría Castro*, Livia Raquel Arosemena,* Cesar Ernesto Lam Chung,* Wister Fung.**

Palabras claves:

cáncer, cervicouterino, supervivencia, tasa de libre enfermedad.

Keywords:

cervical uterine cancer, survival, disease-free rate.

*Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá. **Estudiante del X semestre de la carrera de Medicina de la Universidad de Panamá.

Correspondencia a:
José M. Barría C.
jmbc_12@hotmail.com

Resumen

Introducción: el cáncer cervicouterino constituye un problema de salud para los países en desarrollo, ocupando el segundo lugar en mortalidad dentro de los tumores femeninos, llevando a una sobrevida baja.

Objetivo: describir las tasas de supervivencia y libre enfermedad a los 5 años en las pacientes con cáncer cervicouterino atendidas en el Instituto Oncológico Nacional, entre enero 2006 y julio 2011.

Método: estudio descriptivo de cohorte retrospectiva. El universo fueron todas las pacientes atendidas con cáncer cervicouterino en el Instituto Oncológico Nacional (ION) entre enero 2006 y julio 2011.

Se recogieron los datos de los expedientes mediante una encuesta previamente elaborada por los autores.

Resultados: de 123 pacientes atendidas durante el periodo de estudio solo se obtuvo 88 expedientes (71.5%). La edad promedio fue de 50.3 ± 14.2 . El estadio clínico I (52.3%) fue el más frecuente seguido del II (23.9%). La estirpe histológica predominante fue el carcinoma de células escamosas (85.2%) seguido del adenocarcinoma (10.2%). Las tasas de supervivencia global y de libre enfermedad a los 5 años fueron de 74 y 70% en todos los estadios clínicos y tipo de tratamiento agrupados, y fue mayor para el estadio clínico I (85% y 80%) seguido del II (76% y 81%) respectivamente.

Conclusión: Las tasas de supervivencia global y de libre enfermedad fue bastante alta para los estadios clínicos tempranos destacando así la importancia de la detección temprana.

Abstract

Introduction: Cervical cancer constitutes a health issue for developing countries, ranked second in mortality in female tumors, leading to low survival.

Aim: Describe the disease-free and survival rates at 5 years in patients with cervical cancer treated at the National Oncologic Institute, from January to July 2006 to 2011.

Methods: This is a retrospective descriptive cohort study. The universe was all the patients treated for cervical cancer at the institute from January to July in 2006. The data were collected from records through a survey previously elaborated by the authors.

Results: From 123 patients treated during the period of the study only 88 records were obtained (71.5%). The average age was 50.3 ± 14.2 . The clinical stage I (52.3%) was the most frequent, followed by stage II (23.9%). The predominant histological lineage was squamous cells carcinoma (85.2%) followed by adenocarcinoma (10.2%). The overall survival and disease-free rates were 74 and 70% in all clinical stages and treatments altogether, and was higher for the clinical stage I (85 and 80%) followed by stage II (76 and 81%) respectively.

Conclusions: The overall survival and disease-free rates were high for early clinical stages thereby highlighting the importance of early detection.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que pueden ocurrir en etapas de displasia leve, moderada y severa. Evolucionan a cáncer *in situ* (circunscrito a la superficie epitelial) y/o a cáncer invasor, en que el compromiso traspasa la membrana basal [1].

El cáncer cervicouterino se ubica en la segunda posición en frecuencia a nivel mundial, en lo que corresponde a los tumores malignos de la mujer y constituye un problema de salud para los países en vía de desarrollo y fue responsable de 250,000 muertes en el 2005 donde aproximadamente el 80% ocurren en países en desarrollo. Sin medidas de urgencia, las muertes debidas al cáncer cervicouterino aumentarán a un 25% en los próximos 10 años [2].

En el Registro Nacional del Cáncer del 2008 de la República de Panamá, se registraron 491 casos de cáncer cervicouterino durante el año 2005 y 454 casos en el año 2008, de los cuales el grupo de edad más afectado es el de 70 años o más con una tasa de 110,2 y de 69,1 por cada 100 mil habitantes en el 2005 y 2007 respectivamente, pero en número total de casos el grupo de edad más afectado son la edades de 30 a 49 años durante el 2005 al 2007 [3]. Por lo que en nuestro país el CaCu es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres y el segundo tipo de cáncer más frecuente en las mujeres.

En otros países en desarrollo, constituye la primera o segunda causa de muerte en mujeres en diferentes grupo de edades que oscilan entre 20 a 60 años [4,5] y en México el CaCu es responsable del 25% de las muertes por cáncer en mujeres con una supervivencia a los 5 años de 65%, 40% y 15% para las etapas II, III y IV, respectivamente [6].

En Panamá no contamos con esa información, razón por la cual nos motivamos a realizar el estudio, cuyo objetivo es presentar la supervivencia global y de libre enfermedad en pacientes con CaCu en el primer semestre del 2006 en el Instituto Oncológico Nacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de cohorte retrospectiva. El universo incluido fueron todas las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino y tratadas en el Instituto Oncológico Nacional de Panamá durante el

periodo entre enero 2006 y julio 2011 que corresponde a un total de 123 pacientes. No se realizó muestreo.

Se excluyeron del estudio a las pacientes con diagnóstico y tratamiento fuera del periodo del estudio, tratamiento incompleto y datos incompletos en el expediente clínico.

Se recogieron los datos solamente de los expedientes clínicos mediante una encuesta impresa elaborada por los autores y estructurada en 4 preguntas de selección múltiple (una sola opción) y 2 de llenar espacios según las variables estudiadas.

Recogimos los datos de las siguientes variables: edad, estadio clínico del cáncer basándonos en la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) [7,8], y la estirpe histológica del cáncer según la Organización Mundial de la Salud (OMS) [9], el tratamiento recibido, si hubo fallecimiento y/o remisión completa durante un periodo de 5 años (60 meses) siguientes hasta Julio 2011. No se tomaron datos que revelara la identidad de la paciente, solo las variables descritas previamente.

En el estadio clínico se usó la clasificación FIGO agrupada en 4 estadios: del I al IV respectivamente para analizarlo según tratamiento y las tasas de supervivencia global y de libre enfermedad, solo se incluyeron los subgrupos en la frecuencia de pacientes por estadio clínico.

En la estirpe histológica la agrupamos en 3 opciones: carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma y otros por ser las más frecuentes.

Para el tipo de tratamiento recibido se agrupó en 4 subgrupos basándonos en el glosario del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos [10]: radioterapia sola, radioterapia o cirugía y quimioterapia, cirugía y radioterapia, y solo cirugía.

El cálculo de la tasa de supervivencia global se basó en la cantidad de pacientes que sobrevivieron en un periodo de 60 meses después del tratamiento, y este lo analizamos en general, según el estadio clínico. Y la tasa de libre enfermedad a la cantidad de pacientes que lograron remisión completa en un periodo de 60 meses después del tratamiento.

Para el análisis de los datos se realizó la base de datos en el programa Epi InfoTM versión 7 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta GA) y se realizó las tablas y graficas en Microsoft Excel 2007 (Microsoft Corporation).

Se contó con la aprobación de la dirección del Instituto Oncológico de Panamá y su comité de ética interno.

RESULTADOS

Durante el periodo de Enero 2006 a julio de 2011 se atendieron 123 pacientes con CaCu de los cuales se logró revisar 99 expedientes de los cuales 11 fueron excluidos, obteniéndose así 88 casos.

La edad promedio fue de 50.3 ± 14.2 (mínimo de 23 y máximo de 88 años) con el grupo de edad más frecuente fue de 45 a 69 años (54.6%), el estadio clínico I (52.3%) fue el más frecuente seguido del II, III y IV respectivamente, y la estirpe histológica más diagnosticada fue el carcinoma de células escamosas (85.2%) seguido del adenocarcinoma y otras estirpes (tabla 1).

Desglosando los estadios clínicos a sus subgrupos, se observó que los tumores macroscópicos sin invasión a otros órganos representan un 64% (estadios clínicos IB2 al IIIB) (tabla 2).

Tabla 1. Perfil de las pacientes con cáncer cervicouterino según grupos de edad, estadio clínico agrupado y estirpe histológica. Instituto Oncológico Nacional. Panamá, enero-julio 2006.

Perfil	Frecuencia (%)
Grupos de edad:	
≤ de 44 años	30 (34.1)
45 a 69 años	48 (54.6)
≥ de 70 años	10 (11.4)
Estadio clínico agrupado:	
I	46 (52.3)
II	21 (23.9)
III	17 (19.3)
IV	4 (4.6)
Estirpe Histológica:	
Carcinoma de células escamosas	75 (85.2)
Adenocarcinoma	9 (10.2)
Otros	4 (4.6)
TOTAL	88 (100)

Fuente: Tasa de supervivencia y libre enfermedad en pacientes con cáncer cervicouterino. Instituto Oncológico Nacional. Enero 2006 a julio de 2011.

DISCUSIÓN

En este estudio se observó que el grupo de edad más afectado por el CaCu fue el de 44 a 69 años concordando con el reporte mundial de la OMS [2], y otro países [8,11,12], aunque en un estudio en Chile reportan una menor edad (desde los 30 años) [13].

Según la OMS cerca del 80% de los casos se encuentran dentro del estadio clínico IB2 al IIIB en los países en desarrollo y en nuestro estudio el mismo rango representa un 64% versus los IA1 al IB1 con un 32% de los casos por lo que no es la gran mayoría, a diferencia de otros estudios en México donde la mayoría son del estadio clínico II al III (más de 70%) [6] y en la India donde solo el estadio clínico III representa un 68% de los casos[14]. Esta diferencia tal vez se deba a las campañas de detección temprana en nuestro país.

Tabla 2. Pacientes con cáncer cervicouterino por estadios clínicos específicos según la FIGO*. Instituto Oncológico Nacional. Panamá, enero-julio 2006.

Estadio clínico específicos	Frecuencia (%)
Estadio clínico I:	
IA1	7 (8.0)
IA2	3 (3.4)
IB1	18 (20.4)
IB2	18 (20.4)
Estadio clínico II:	
IIA	7 (8.0)
IIIB	14 (15.9)
Estadio clínico III:	
IIIA	1 (1.1)
IIIB	16 (18.2)
Estadio clínico IV:	
IVA	1 (1.1)
IVB	3 (3.4)
TOTAL	88 (100)

* FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Fuente: Tasa de supervivencia y libre enfermedad en pacientes con cáncer cervicouterino. Instituto Oncológico Nacional. Enero 2006 a julio de 2011.

En cuanto a la estirpe histológica se ha descrito que el 90% son carcinoma de células escamosas y alrededor de 10% son adenocarcinomas y menos del 1% son otras estirpes [1] al igual que en otros estudios [13-18], aunque

en otro estudio el adenocarcinoma fue el más común. (66% de los casos) [19]. En este estudio se observó que la frecuencia no fue tan similar a otros países.

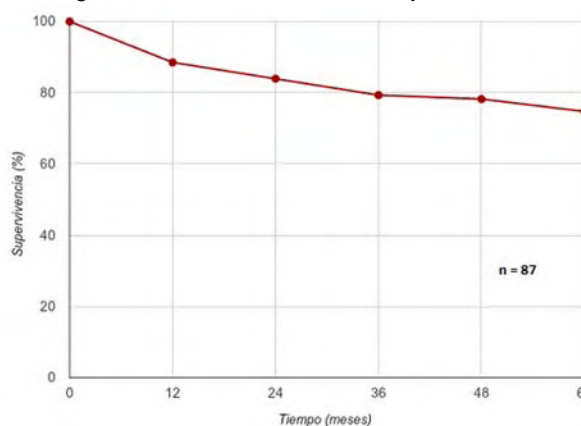
Tabla 3. Tipos de tratamientos recibidos por las pacientes con cáncer cervicouterino según estadio clínico agrupado. Instituto Oncológico Nacional. Panamá, enero-julio 2006.

Tipos de tratamientos	Frecuencia (%)*
Estadio clínico I:	
Cirugía Sola	17 (37.0)
RT/QT concomitante†	11 (23.9)
Cirugía + RT/QT concomitante	9 (19.6)
Cirugía + RT o viceversa	5 (10.9)
RT‡ sola	4 (8.7)
Estadio clínico II:	
RT/QT concomitante	16 (76.2)
Cirugía + RT/QT concomitante	2 (9.5)
Cirugía + RT o viceversa	2 (9.5)
RT sola	1 (4.8)
Estadio clínico III:	
RT/QT concomitante	11 (64.7)
RT sola	4 (23.5)
Paliativo	2 (11.8)
Estadio clínico IV:	
Paliativo	2 (50.0)
Cirugía + RT/QT concomitante	1 (25.0)
RT sola	1 (25.0)

* Este porcentaje está calculado en base al total de cada estadio clínico agrupado observado en la tabla 1. † RT/QT concomitante: Radioterapia en conjunto con Quimioterapia. ‡ RT: Radioterapia. Fuente: Tasa de supervivencia y libre enfermedad en pacientes con cáncer cervicouterino. Instituto Oncológico Nacional. Enero-Julio 2006 al 2011. La tasa de supervivencia y de libre enfermedad a los 5 años en general fueron de 74% (65/88) y 72% (63/88) respectivamente, independientemente de su estadio clínico y tipo de tratamiento. Se observó una leve declinación en la supervivencia, pero no se observa una rápida remisión después de los 20 meses a lo largo de los 5 años (gráfica 1 y 2).

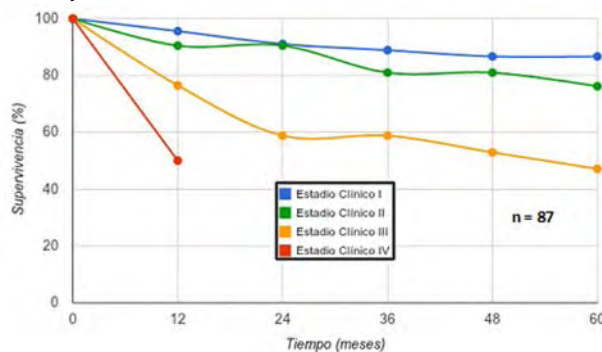
Los tratamientos fueron muy variados en cada estadio clínico y según guías clínicas [1,2] el estadio clínico I debe tratarse en su mayoría con cirugía a excepción del IB2 y se observó que la cirugía sola para este estadio en este estudio se realizó sólo en el 37% de los casos tal vez esto se explique por la inclusión del estadio clínico IB2 en el análisis de los datos. Para los demás estadios clínicos los tratamientos siguen las guías clínicas establecidas (Tabla 3).

Gráfica 1. Supervivencia global general versus tiempo en las pacientes con cáncer cervicouterino. Instituto Oncológico Nacional. Panamá, enero-julio 2006 al 2011.



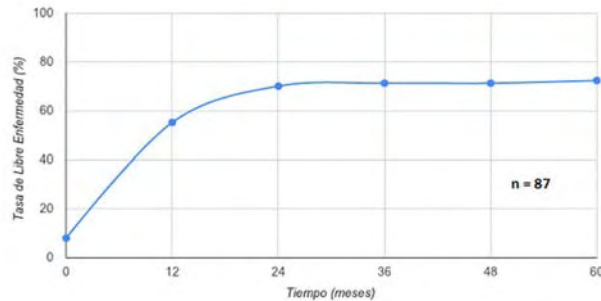
Fuente: Tasa de supervivencia y libre enfermedad en pacientes con cáncer cervicouterino. Instituto Oncológico Nacional. Enero-Julio 2006 al 2011.

Gráfica 2. Supervivencia global versus tiempo según estadio clínico agrupado en las pacientes con cáncer cervicouterino. Instituto Oncológico Nacional. Panamá, enero-julio 2006 al 2011.



Fuente: Tasa de supervivencia y libre enfermedad en pacientes con cáncer cervicouterino. Instituto Oncológico Nacional. Enero-Julio 2006 al 2011. La tasa de libre enfermedad a los 5 años fue mayor para el estadio clínico II con un 81% seguido del I y III respectivamente pero se observa una rápida remisión en el estadio I más que el II (gráfica 4). No hubo remisión completa en ningún caso en estadio IV.

Gráfica 3. Tasa de libre enfermedad general versus tiempo en las pacientes con cáncer cervicouterino. Instituto Oncológico Nacional. Panamá, enero-julio 2006 al 2011.



Fuente: Tasa de supervivencia y libre enfermedad en pacientes con cáncer cervicouterino. Instituto Oncológico Nacional. Enero-Julio 2006 al 2011. La tasa de supervivencia global a los 5 años fue mayor para el estadio clínico I con un 85% seguido del II y III respectivamente y para el estadio IV a los 5 años pero se observó una inclinación hacia la baja supervivencia en menos tiempo (gráfica 3).

La tasa de supervivencia global a los 5 años en general fue diferente, 74% versus 73, 38 y 51% según otros estudios [12, 19,20], respectivamente (Gráfica 1).

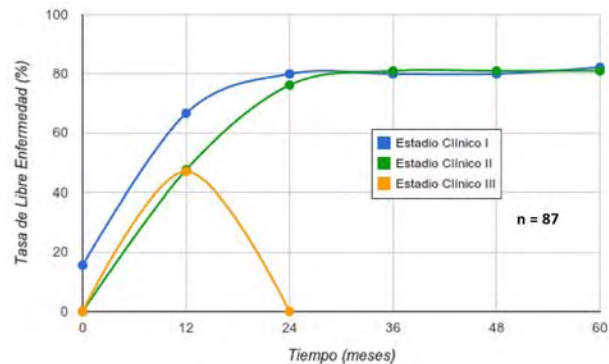
Por estadio clínico III agrupado fue similar la supervivencia (47% versus 40%), pero diferente para el estadio II (76% versus 65%) en comparación con un estudio en México [6]. Según la OMS [2], para los estadios clínico I la supervivencia a los 5 años es de 88%, para el II de 70%, para el III de 30% y el IV de 7.5% en comparación con este estudio donde fue similar para los estadios clínicos I (85%) y II (76%) pero diferente para el III (47%) y IV (7.5%) (Gráfica 2).

A pesar de las diferencias no podemos establecer si es estadísticamente significativa por el tamaño de la muestra y nuestro objetivo es la descripción de los resultados. Para la tasa de libre enfermedad general a los 5 años también hubo diferencias con la nuestra en comparación con otros estudios, 72% versus 76, 49 y 28.9% respectivamente [17,19-20] (Gráfica 3). No encontramos estudios que hayan calculado la tasa de libre enfermedad a los 5 años por estadios clínicos agrupados como hicimos con el nuestro sino que lo comparaban un tipo de tratamiento en particular y en estadios clínicos específicos (Gráfica 4).

Con estos resultados podemos plantear la hipótesis de que los estadios clínicos tempranos (IA1 al IB1) se han diagnosticado más en los últimos años disminuyendo su diferencia con los estadios clínicos tardíos (IB2 en adelante) por lo que la supervivencia y la tasa de libre enfermedad a los 5 años no presentan disminuciones bruscas a través del tiempo.

Dentro de las limitaciones en este estudio, podemos establecer que la falta de recursos del estado para la

Gráfica 4. Tasa de libre enfermedad versus tiempo según estadio clínico agrupado en las pacientes con cáncer cervicouterino. Instituto Oncológico Nacional. Panamá, enero-julio 2006 al 2011



Fuente: Tasa de supervivencia y libre enfermedad en pacientes con cáncer cervicouterino. Instituto Oncológico Nacional. Enero-julio 2006 al 2011.

digitalización de los expedientes es un factor importante ya que todavía manejamos los expedientes impresos y por la falta de infraestructura muchos se extraviaban afectando así al tamaño de nuestra muestra y prolongando nuestro periodo de recolección haciéndolo más laborioso.

CONCLUSIÓN

Las tasas de supervivencia global y de libre enfermedad fue bastante alta para los estadios clínicos tempranos destacando así la importancia de la detección temprana.

Recomendamos ampliar estos resultados con estudios más grandes para determinar los resultados de los tratamientos que reciben estas pacientes en nuestro país y así determinar la eficacia de los mismos a nivel nacional.

AGRADECIMIENTOS:

Queremos agradecer grandemente al Dr. Jorge Lasso de la Vega por su colaboración en el protocolo y al personal de registro médico del Instituto Oncológico Nacional por brindarnos el apoyo necesario para que se llevara a cabo la recolección de datos de los expedientes impresos.

REFERENCIAS

- [1] MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Cancer Cervicouterino 2. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005.
- [2] WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Switzerland: World Health Organization, 2006.
- [3] REGISTRO NACIONAL DEL CANCER. Principales causas de Tumores Malignos en la República de Panamá. Panamá: MINSA, 2007.
- [4] Solís JA. Manejo del Cancer Cervicouterino Ib2-Ila. *RevChilObstetGinecol.* 2004; 69(5): 384-391.
- [5] Fernández MC, Preval M, Tamayo R, Hernández M. Caracterización de un grupo de pacientes con cáncer cervicouterino ingresadas en un servicio de radioterapia. *Rev. Cubana Enfermer.* 2006; 22(1).
- [6] Mejía-Gamboa U, De la Huerta R. Radioterapia y quimioterapia en el tratamiento del cáncer cervicouterino. *RevSanidMilitMex.* 2004;58(2):68-74.
- [7] Instituto Nacional del Cáncer [internet]. Estados Unidos: Instituto; CC1937 [actualizado en el 2010, septiembre 22; citado 2011, octubre 15]. Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/detección-diagnóstico/estadificación>.
- [8] TNM Classification of malignant tumors. L. Sobin and Ch. Wittekind (eds.), UICC International Union against Cancer, Geneva, Switzerland, pp155-157; 6th ed. 2002.
- [9] WHO histological classification of tumors of the uterine cervix [Internet]. France, Lyon: IARC; c2011. [Actualizado en el 2011, citado en el 2011 Octubre 15]. IARC Screening Group [Cerca de 2 pantallas]. Disponible en: <http://screening.iarc.fr/atlasclassifwho.php>
- [10] Instituto Nacional del Cáncer [internet]. Estados Unidos: Instituto; CC1937 [actualizado en el 2010, septiembre 22; citado 2011, octubre 15]. Disponible en <http://www.cancer.gov/dictionary>.
- [11] Cabrera C, Preval M, Tamayo R, Hernández M. Caracterización de un grupo de pacientes con cáncer cervicouterino ingresadas en un servicio de radioterapia. *Rev. Cubana Enfermer.* 2006; 22(1).
- [12] Cornelia T, Adela V. The Experience of TirguMures Oncology Clinic Regarding the Treatment of Cervical Cancer. *Acta Medica Marisiensis.* 2011; 57(4):364-7.
- [13] San Martín R, Suárez E, Olfos P, Escudero P, Rojas L, Larraguibel R et al. Cáncer Cervicouterino estadio IB2: Tratamiento con Radioquimioterapia Concomitante y Cirugía. *RevChilObstetGinecol.* 2003; 68(6): 447-57.
- [14] Azad SK, Choudhary V. Treatment results of radical radiotherapy of carcinoma uterine cervix using external beam radiotherapy and high dose rate intracavitary radiotherapy. *Journal of Cancer Research and Therapeutics.* 2010;6(4):482-6.
- [15] Suprasert P, Charoenkwan K, Cheewakriangkari C. Outcomes of advanced and recurrent cervical cancer treated with cisplatin and generic topotecan: retrospective analysis in a tertiary care hospital in Thailand. *J GynecolOncol.* 2010;21(4):237-40.
- [16] Turan T, Yildirim BA, Tulunay G, Boran N, Yildiz F, Faruk M. Experience in stage IB2 cervical cancer and review of treatment. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association.* 2010;11(1):27-37.
- [17] Shanta V, Selvaluxmy G, Swaminathan R, Shanthi P. Evolution in the Management of Locally Advanced Cervical Cancer: The Experience of Cancer Institute (WIA), Chennai, India. *AsianPacific J CancerPrev.* 2010; 11:1091-8.
- [18] Hernández-Aten D, Medina-Villaseñor E, Ybarra-Yee R, Hernández-Naranjo MA. Histerectomía radical en cáncer cervicouterino recurrente, posterior a radioterapia primaria. *GAMO.* 2005;4(6):152-8.
- [19] Torres-Lobatón A, Castillo-Pinto F, Román-Bassaure E, Luján-Castilla JP, Enriquez-Barrera M, Florentino-González R et al. Teleterapia más cirugía en el manejo del cáncer cervicouterino invasor. *GAMO.* 2009; 8(4):146-53.
- [20] García J, Noriega J. El Tratamiento Actual del Cáncer Cervicouterino. *GinecolObstetMex.* 2008; 76(2):131-9.