

ORIGINALES

Cáncer ginecológico y de la glándula mamaria en el Centro Estatal de Cancerología de Veracruz. S.S.

P. Coronel-Brizio y R. Guzmán García

Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. Centro Estatal de Cancerología (CECAN) Dr. Miguel Dorantes Mesa. Servicios de Salud del Estado de Veracruz. México.

SUMMARY

Nowadays, malign gynecologic and mammary gland tumors are diseases accounted as one of the main causes for morbidity and mortality worldwide.

Objective: To obtain and analyze information by means of keeping a record of all the patients treated for gynecologic and mammary gland cancer at the State Cancerology Center (Centro Estatal de Cancerología) in Veracruz, Mexico, in order to orient and monitor the institutional programs for the prevention, control and attention of these types of cancer.

Method: Retrospective analysis of the patients treated for gynecologic and mammary cancer from January 1, 1998 to December 31, 2001. Research included age, tumor location, histological variety, clinical condition and intrahospital mortality.

Results: 1405 patients diagnosed with gynecologic and mammary gland cancer were treated. The recorded frequency was of 60% in cervix, 20.2% in mammary gland, 13.4% in ovary, 3.5% in endometrium and 2.2% in vulva and vagina. Epidermoidal carcinoma and adenocarcinoma were predominant and more than 50% of cervix, breast and ovary cases were detected in advanced stages.

Conclusion: It is important for each institution to keep a record that favors local access to data in order to define strategies and establish mechanisms which enable decision making to improve prevention programs and encourage opportune attention.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los tumores malignos ginecológicos y de la glándula mamaria son padecimientos que presentan importantes desafíos para el presente ciclo en la oncología moderna, ya que son una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial^{1,2}. En la República Mexicana, la tendencia en el número de casos recogidos en el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM) se incrementó en un 27,2% y las defunciones registradas por el Sistema Epidemiológico y Estadístico lo hicieron en un 11,3%, ambas durante el período 1995-1999.

En México, de las 53.671 muertes reportadas por cáncer en la población general durante el año 1999, el 52,2% ocurrió en el sexo femenino y de ellas el cáncer del cuello del útero (CaCu) ocupó el primer lugar con 4.590 defunciones, seguido del cáncer (Ca) de la glándula mamaria con 3.425 defunciones, el cáncer de ovario se ubicó en el séptimo lugar con 1.153 casos y el cáncer del cuerpo del útero ocupó el lugar 17, aportando 384 casos³.

Por su parte, el estado de Veracruz, a través de las diferentes instituciones de salud, informó al RHNM para el mismo año un total de 3.447 casos oncológicos en la mujer; el CaCu es el más frecuente, con 1.666 casos, representando el 47,8% del total reportado, seguido del cáncer de mama con 14,5% (504 casos) y en cuarto lugar, se situó el cáncer de ovario.

Respecto a las defunciones, ubicaron a la entidad veracruzana en el quinto lugar nacional; el CaCu fue la principal causa de muerte en las mujeres de nuestra entidad, con 431 defunciones y una tasa de $57,8 \times 100.000$ habitantes (índice nacional $54,7 \times 100.000$), mientras que el cáncer mamario estuvo por debajo de la media del país. El grupo de edad más afectado en todo este tipo de neoplasias fue el de 30 a 49 años, seguido del grupo de 50 a 64 años; los cánceres de vagina y de vulva no se encontraron dentro de las principales causas de morbimortalidad en el RHNM³⁻⁶.

Aceptado para su publicación el 2 de mayo de 2002.

TABLA I. Frecuencia del cáncer ginecológico y de la glándula mamaria

LOCALIZACIÓN	N.º DE CASOS	%
Cuello del útero	851	60,6
Glándula mamaria	284	20,2
Ovario	189	13,5
Cuerpo del útero	49	3,5
Vulva	20	1,4
Vagina	12	0,9
Total	1.405	100,0

Fuente: CECAN, 1998-2001.

TABLA II. Cáncer ginecológico y de la glándula mamaria por grupos de edad

LOCALIZACIÓN	GRUPO DE EDAD					TOTAL
	< 19	20 -29	30-49	50-64	≥ 65	
Cuello del útero	1	27	440	263	120	851
Mama	1	9	137	92	45	284
Ovario	29	19	93	26	22	189
Endometrio	0	2	14	24	9	49
Vulva	0	0	0	5	15	20
Vagina	0	0	3	8	1	12
Total	31	57	687	418	212	1.405

Fuente: CECAN, 1998-2001.

OBJETIVO

Obtener y analizar la información a través del registro de pacientes atendidas por cáncer ginecológico y de la glándula mamaria en el Centro Estatal de Cancerología (CECAN) Dr. Miguel Dorantes Mesa, dependiente de los Servicios de Salud de Veracruz, México, para la orientación y monitorización de los programas de prevención, control y atención de estos tipos de cáncer en esta institución.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo una revisión y un análisis longitudinal y retrospectivo de las pacientes atendidas por cáncer ginecológico y de la glándula mamaria en el CECAN, ubicado en la ciudad de Xalapa, capital del estado de Veracruz, México, entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2001. La información se obtuvo de los registros de egreso del Departamento de Estadística e Informática, Archivo Clínico y del Servicio de Anatomía Patológica; se obtuvieron las siguientes variables: edad, localización del tumor maligno según topografía, variedad histológica, estadio clínico y mortalidad hospitalaria.

RESULTADOS

Durante el período analizado fueron atendidas en el CECAN 1.405 pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico y de la glándula mamaria, de los cuales 851 casos, que representaron más de la mitad del total reportado (60,6%), correspondieron al CaCu. Si excluimos el cáncer de mama, el porcentaje se eleva al 76% del cáncer ginecológico. El segundo lugar, de acuerdo con localización topográfica en la mujer, correspondió al cáncer de la glándula mamaria, con 284 casos y un porcentual del 20,2%, y siguieron en orden progresivo los cánceres de ovario, cuerpo del útero, vagina y vulva, cuyo porcentaje total no excedió el 6% de las pacientes atendidas durante el período de estudio (tabla I).

El análisis por grupo de edad señala que el CaCu presentó su mayor frecuencia (94,3% de los casos) a partir de la tercera década de la vida, con un pico máximo en el grupo de 30 a 49 años de edad. Similar situación se observa en el cáncer del seno, que afectó de manera preponderante al mismo grupo de 30 a 49 años, aunque su frecuencia es baja antes de los 30 años.

El cáncer de ovario tuvo un comportamiento en su presentación más estandarizado entre los diferentes grupos de edad; sin embargo, también existe mayor afección en el grupo de 30 a 49 años. La presencia de cáncer de endometrio afectó sobre todo al grupo de 50 a 64 años y únicamente se encontraron dos casos en pacientes con menos de 30 años.

El cáncer vulvar, como era de esperar, se presentó principalmente en pacientes mayores de 65 años y el cáncer de vagina lo hizo en el grupo de 50 a 64 años (tabla II).

Respecto a las variedades anatopatológicas predominantes, en el CaCu prevaleció la forma de carcinoma epidermoide en el 79% de los casos, seguido del adenocarcinoma, con un 6%. El cáncer canicular infiltrante del seno fue casi cuatro veces más frecuente que la estirpe lobular y el adenocarcinoma del endometrio ocupó casi la totalidad de la patología maligna del cuerpo del útero. La neoplasia epitelial del ovario ocupó histológicamente el tercer lugar entre todas las variedades, mientras que el vulvar y vaginal fueron de tipo escamoso.

Otras variedades histológicas encontradas fueron: un angiosarcoma y adenoideo quístico de mama, doce casos de células germinales del ovario y el cáncer adenoescamoso de cérvix que representó menos del 1% de todas las neoplasias en esta localización. En 23 casos no se obtuvo estos datos (tabla III).

En las tres principales localizaciones oncológicas (cuello uterino, mama y ovario) las pacientes fueron

TABLA III. Variedad anatopatológica del cáncer ginecológico y de la glándula mamaria

LOCALIZACIÓN	TIPO HISTOLÓGICO	N.º DE CASOS	%
Cuello del útero	Carcinoma epidermoide del cuello	795	56,6
	Adenocarcinoma del cuello uterino	214	3,4
Cuerpo del útero	Adenocarcinoma de endometrio	45	3,2
	Cáncer ductal invasor	214	15,2
Mama	Carcinoma lobular	58	4,1
	Adenocarcinoma	158	11,3
Vulva	Carcinoma escamoso	18	1,3
Otros		46	3,3
Datos no capturados		23	1,6
Total		1.405	100,0

Fuente: CECAN, 1998-2001.

atendidas en etapas avanzadas (estadios III-IV) y en el 7,3% de los casos no fue posible su clasificación, ya que las pacientes fueron tratadas previamente fuera de esta institución (tabla IV).

DISCUSIÓN

El CaCu se presenta como la principal causa de atención en este hospital, según lo reportado a nivel nacional en el RHN. Su alta frecuencia en la etapa reproductiva nos confirma la poca penetración y cobertura que los programas de detección oportuna continúan teniendo en nuestra población, respecto a la realización sistemática del estudio citológico cervicovaginal o frotis de Papanicolaou, cuya utilidad constituye, desde hace varias décadas, uno de los avances más importantes de la medicina preventiva⁷. Por otra parte, el diagnóstico se continúa haciendo en etapas avanzadas de la enfermedad, hecho que ensombrece la sobrevida y, consecuentemente, su curación. Las estirpes anatopatológicas encontradas se encuentran dentro de lo reportado en estudios similares.

Durante el año 2000 el Servicio de Citopatología del CECAN procesó e interpretó 68.540 citologías, de las cuales el 43,3% fueron primarias y el 56,6% secundarias, para una relación de 1 a 1:3, lo que significa escasa continuidad en el uso diagnóstico de este tipo de estudio. En 1.294 de las muestras interpretadas se identificaron displasias (2% del total), en 42 citologías CaCu *in situ* y en 28 casos de cáncer invasor detectado en el 71,5% de las pacientes con más de 45 años; el principal grupo de edad afectado en todos los casos por neoplasia intraepitelial fue el de 35 a 44 años únicamente se encontró un 0,2% de displa-

TABLA IV. Estadios clínicos del cáncer ginecológico y de la glándula mamaria

LOCALIZACIÓN	ESTADIO CLÍNICO		SIN CLASIFICAR CASOS (%)	TOTAL CASOS (%)
	I - II CASOS (%)	III - IV CASOS (%)		
Cuello del útero	364 (42,8)	426 (50,0)	61 (7,2)	851 (100)
Mama	114 (40,1)	149 (52,6)	21 (7,3)	284 (100)
Ovario	30 (15,7)	147 (78,0)	12 (6,3)	189 (100)
Endometrio	33 (67,3)	10 (18,2)	6 (14,5)	49 (100)
Total	541 (39,4)	732 (53,3)	100 (7,3)	1.373 (100)

Fuente: CECAN, 1998-2001.

sias en pacientes menores de 25 años y ninguna *in situ* o invasor.

La importancia del cáncer de mama radica en el hecho que, entre las neoplasias malignas, es la segunda causa de muerte (después del CaCu) en la mujer mexicana. Como se expone en el presente trabajo, los casos de cáncer de mama son poco frecuentes antes de los 30 años de edad, incrementa su incidencia en mujeres al final de la edad reproductiva y declina el número de casos después de la menopausia^{3,7}, datos similares a los reportados por el RHN. En los países occidentales la tasa se incrementa en las mujeres mayores de 65 años^{8,9}. Más del 53% de las pacientes se encontraban en etapas III y IV de la enfermedad, datos que fueron reportados por los autores del presente trabajo en 1996¹⁰, donde se encontró que en 104 pacientes estudiadas en la misma institución y similar población el tamaño promedio del tumor era de 5,3 cm y que el 74,8%, cuanto menos, había consultado una vez al médico antes de acudir al CECAN, pero sólo se les efectuó la exploración mamaria al 17,6% de las pacientes; ello indica unas deficiencias en la exploración médica de primer contacto y una escasa capacitación para la autoexploración por parte de la paciente; cuando ésta acude a un centro hospitalario se ha perdido un tiempo inapreciable en el diagnóstico oportuno y tratamiento específico que representa en la sobrevida y su calidad. El cáncer ductal fue más frecuente en proporción de 3 a 1 con respecto al cáncer lobulillar, como han reportado otros autores^{11,12}, y en 21 pacientes no se pudo hacer la clasificación debido a tratamientos previos recibidos fuera de esta unidad.

El cáncer epitelial de ovario constituyó el 83% de los tumores malignos con esta localización, y el de células germinales, con 12 casos, quedó en segundo lugar. Este tipo de neoplasia epitelial ocurre principalmente en mujeres posmenopáusicas y su frecuencia máxima se da entre los 45 y 69 años de edad^{1,7,11,12}. En el presente estudio su frecuencia fue mayor en las

mujeres premenopáusicas y edad reproductiva; su diagnóstico se realizó en el 78% de los casos en las etapas III y IV, porcentaje mayor a lo reportado por otros autores^{11,12}. El tumor de células germinales más frecuente fue el disgerminoma.

Desplazado al tercer lugar de las neoplasias ginecológicas se ubicó el cáncer de útero, que en su variedad de adenocarcinoma endometrial representó casi la totalidad en esta localización, el 67% se presentó en etapas tempranas (I y II), a diferencia del de cuello uterino, mama y ovario, ello debido probablemente a una detección más oportuna y al tipo de población que atiende esta institución, en su mayoría personas de bajo nivel socioeconómico, con nutrición deficiente y una escasa prescripción de la terapia hormonal de reemplazo, aunado a que la mayoría de las pacientes que acuden al CECAN son multíparas¹³, lo que conlleva cierta protección a esta patología.

El cáncer de vulva se presenta durante la tercera edad, predominando la variedad escamosa, a excepción de un caso que fue en la glándula de Bartholin.

La neoplasia maligna vaginal primitiva es sumamente rara. Algunos autores¹² refieren que su incidencia máxima puede situarse los 35 y los 90 años, y que para catalogarlo de primario debe cumplir los siguientes requisitos: estar situado generalmente en la mitad de la pared vaginal anterior, sin patología maligna cervical o vulvar previa; ya que, de otro modo, toda neoplasia que afecte al cérvix y la vagina se deberá clasificar como CaCu¹². De los 11 casos reportados de cáncer de vagina en la codificación de egreso, 8 de ellos tenían el antecedente de una citología cervicovaginal sospechosa de CaCu, que en su momento no fue ratificada mediante la toma de biopsia y que desde el inicio fueron tratadas fuera de la institución: dos tenían el antecedente de CaCu; por tal circunstancia, en 4 años se presentaron sólo dos casos de cáncer de vagina que fueron identificados como epidermoides y no se clasificó su estadio.

Se produjeron 250 muertes intrahospitalarias, con una tasa bruta de mortalidad general promedio durante los 4 años de 2,81 por cada 100 egresos, el 48% fue en varones y el 52% en mujeres. Las 10 principales causas de defunción fueron: cáncer de cuello uterino (1), cáncer de mama (2), leucemia (3), cáncer de ovario (4), cáncer gástrico (5), cáncer de partes blandas (6), cáncer de endometrio (7), cáncer de pulmón (8), cáncer de huesos (9) y cáncer de hígado y vías biliares (10).

La mayoría de los enfermos en fase terminal se da de alta voluntaria, para finalmente fallecer en su hogar³.

CONCLUSIONES

Atendiendo a lo anterior, es de vital importancia que cada institución cuente con un registro que favorezca el acceso local a la información, para definir estrategias y establecer mecanismos que permitan la toma de decisiones, a fin de mejorar los programas preventivos e impulsar la atención oportuna de este tipo de pacientes, intensificar la capacitación del médico de primer contacto para la búsqueda intencionada de las principales neoplasias que afectan a la mujer, así como promover la autoexploración mamaria y la citología cervicovaginal en las mujeres que han iniciado su actividad sexual y en aquellas que nunca se han realizado dicha prueba.

RESUMEN

Actualmente, los tumores malignos ginecológicos y de la glándula mamaria son una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial.

Objetivo: Obtener y analizar la información a través del registro de pacientes atendidas por cáncer ginecológico y de la glándula mamaria en el Centro Estatal de Cancerología del Estado de Veracruz, México, para la orientación y monitorización de los programas de prevención, control y atención de estos tipos de cáncer en esta institución.

Método: Análisis retrospectivo de pacientes atendidas por cáncer ginecológico y de la glándula mamaria, desde el 1 de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2001; se estudió: edad, localización del tumor, variedad histológica, estadio clínico y mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se atendieron 1.405 pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico y de la glándula mamaria, con frecuencia del 60% para el cáncer de cérvix, el 20,2% de mama, el 13,4% de ovario, el 3,5% de endometrio y el 2,2% de vulva y vagina. Predominaron los carcinomas epidermoides y adenocarcinomas y más del 50% de los casos de cáncer de cérvix, mama y ovario se presentaron en estadios avanzados.

Conclusión: Es importante que cada institución cuente con un registro que favorezca el acceso local de la información para definir estrategias y establecer mecanismos que permitan la toma de decisiones para mejorar los programas preventivos e impulsar la atención oportuna.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración del Dr. Víctor Leo Méndez, jefe del Departamento de Epidemiología, CECAN.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shingleton HM, Fowler WC, Jordan JA, Lawrence WD. Ginecología oncológica. México: McGraw-Hill Interamericana, 1998.
2. Hurtig AK, San Sebastian M. Gynecologic and breast malignancies in the Amazon basin of Ecuador, 1985-1998. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;76:199-201.
3. Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México, 1999. Dirección General de Epidemiología, 2001.
4. Secretaría de Salud. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México. Mortalidad y Morbilidad 1998. Dirección General de Epidemiología, 2000.
5. Secretaría de Salud. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México. Morbilidad y Mortalidad. Dirección General de Epidemiología, 1977.
6. Secretaría de Salud. Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias en México. Morbilidad y Mortalidad. Dirección General de Epidemiología, 1996.
7. Instituto Nacional de Cancerología. Manual de Oncología. Procedimientos médico-quirúrgicos. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000.
8. Odicino F, Favalli G, Zigliani L, Pecorelli S. Staging of gynecologic malignancies. *Surg Clin North Am* 2001;81:753-70.
9. Mirhashemi R, Nieves-Neira W, Averette HE. Gynecologic malignancies in older women. *Oncology (Huntingt)* 2001;15:580-6; 592-4, 597-8.
10. Coronel-Brizio P, Larios AA, Nieto RP. Semiología del cáncer de mama. *Ginec Obst (Mex)* 1996;64:109.
11. Berek JS, Hacker NF. Practical gynecologic oncology. 3th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
12. DiSaia PJ, Creasman WT. Oncología ginecológica clínica. 5a. ed. Madrid: Harcourt Brace de España, S. A., 1999.
13. Coronel-Brizio P, Olivares NJ, Palafox SF. Recurrencia de la lesión intraepitelial escamosa del cuello uterino posterior a histerectomía. *Ginecol Obstet (Mex)* 1999;67:415-8.