



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



ORIGINAL

Cáncer de cérvix: estudio de la casuística en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza desde el año 2003 al 2011



Y. José Gutiérrez*, F. Puig Ferrer, M. Horno Octavio, T. Catalán Sesma y M.Á. Ruiz Conde

Servicio de Ginecología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Recibido el 14 de junio de 2013; aceptado el 4 de noviembre de 2013

Disponible en Internet el 4 de febrero de 2014

PALABRAS CLAVE

Cáncer de cérvix;
Radioquimioterapia;
Cribado

KEYWORDS

Cervical cancer;
Chemoradiotherapy;
Screening

Resumen El cáncer de cérvix es el segundo tumor ginecológico a nivel mundial. El principal motivo identificado es no haber practicado un cribado citológico adecuado. Hemos elaborado un estudio descriptivo de los casos de cáncer de cérvix atendidos en nuestro centro desde enero del 2003 hasta diciembre del 2011. En este periodo fueron diagnosticadas de este tipo de cáncer 213 pacientes. La media de edad fue de $54,80 \pm 16,22$; con un rango de 19 a 89 años y una moda de 49 años. El 81,6% de las pacientes fueron españolas y el 18,4% extranjeras. En cuanto al tratamiento del proceso el 59,4% de las pacientes se operaron de entrada y en el 40,6% el tratamiento inicial fue la radioquimioterapia. El estadio tumoral más frecuente fue el IIB seguido del IB1. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma escamoso (61,3%) seguido del adenocarcinoma (22,6%). La mayor parte de las pacientes atendidas en el Hospital eran de nuestra área (84,8%) y un 15,2% fueron remitidas de otros centros u otras regiones.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cervical cancer: Casuistics in the Hospital Universitario Miguel Servet of Zaragoza 2003-2011

Abstract Cervical cancer is the second most frequent gynecological tumor worldwide. The main reason for this frequency is not practicing adequate cytological screening. We performed a descriptive study of patients with invasive cervical cancer treated at our center from January 2003 through December 2011. In this period, 213 patients were diagnosed with cervical cancer. The mean age was 54.80 ± 16.22 years, with a range of 19 to 89 years and a mode of 49 years. A total of 81.6% of the patients were Spanish and 18.4% were foreign. Treatment was surgical in 59.4% of the patients and the initial treatment was radio-chemotherapy in 40.6%. The most frequent tumoral stage was IIB followed by IB1. The most common histological type was

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yjosegu@hotmail.com (Y. José Gutiérrez).

squamous carcinoma (61.3%), followed by adenocarcinoma (22.6%). Most of the patients treated at the hospital came from our catchment area (84.8%) and 15.2% were sent from other centers or regions.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de cérvix es el tumor con mayor incidencia y mortalidad en las mujeres, a nivel mundial, después del cáncer de mama. El 83% de los casos se producen en los países en vías de desarrollo y es menos frecuente en los países con más recursos. En Europa es globalmente el cuarto cáncer más común y la séptima causa de mortalidad por cáncer. España se encuentra entre los países europeos con una incidencia más baja, pero continúa siendo un problema no resuelto ya que, a pesar de las campañas de cribado con una elevada cumplimentación, cada día mueren en nuestro país 2 mujeres por este tipo de cáncer.

Material y métodos

Nuestro centro, el Hospital Miguel Servet, está situado en la ciudad de Zaragoza, quinta en población del país y primera de Aragón. Se trata de un hospital terciario, que asiste a una población de 530.510 personas. Además es hospital de referencia de oncología ginecológica de la comunidad autónoma de Aragón. La población total de Aragón es de 1.277.471, lo que supone el 2,85% del total de la población española. La población total de la provincia de Zaragoza es de 917.288 habitantes (el 71,8% de los habitantes de Aragón).

Realizamos una revisión retrospectiva de los casos de cáncer de cérvix asistidos en nuestro hospital desde enero del 2003 hasta diciembre del 2011. En este periodo de tiempo tratamos a 213 pacientes con este tipo de tumor.

Incluimos a todas las pacientes atendidas en nuestro centro por un diagnóstico de cáncer de cérvix infiltrante desde el año 2003 hasta el 2011, tanto los casos con un diagnóstico realizado en nuestra área sanitaria como los derivados de otras provincias o países.

No fueron incluidas las pacientes con lesiones cervicales displásicas de alto grado ni las diagnosticadas de carcinoma «in situ».

Para poder realizar el estudio, identificamos a las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix a partir de la base de datos informatizada que existe en nuestro centro de esta patología. En esta base están recogidas todas las pacientes asistidas en nuestro centro diagnosticadas desde el 2003 hasta la actualidad. Se efectuó una revisión individualizada de cada una de las historias clínicas de las pacientes incluidas en el estudio, previa solicitud por escrito de las mismas en el Servicio de Archivos Clínicos.

Toda la información obtenida fue transcrita a una base de datos informatizada, utilizando la aplicación Statistic Process Social Sciences (SPSS) 15.0 para Windows (Copyright® SPSS Inc., 2006. Licencia Universidad de Zaragoza), que permitió su posterior análisis estadístico.

Resultados

Aunque la incidencia de cáncer de cérvix en nuestro centro se ha mantenido prácticamente estable desde el año 2003, desde enero de este año y hasta diciembre del 2011 atendimos a 213 pacientes con un cáncer invasivo. La [figura 1](#) muestra la evolución del número de casos asistidos en nuestro centro en el periodo de estudio.

La media de edad al diagnóstico fue de $54,80 \pm 16,22$, con un rango de 19 a 89 años y una moda de 49 años.

En cuanto a la procedencia de las pacientes incluidas en el estudio, 184 (84,8%) mujeres fueron derivadas desde nuestra área sanitaria, es decir de nuestros centros médicos de especialidades o desde el Servicio de Urgencias de ginecología, mientras que 33 (15,2%) llegaron desde otros hospitales de la comunidad de Aragón, de otras provincias de España o incluso de otros países. Analizando la nacionalidad de origen, 177 (81,6%) pacientes fueron españolas y 40 (18,4%) de nacionalidad extranjera.

El análisis del tratamiento realizado de forma inicial nos mostró que 130 pacientes fueron operadas (59,4%) y en 87 (40,6%) pacientes no se realizó cirugía, escogiendo un tratamiento primario con radioterapia y/o quimioterapia.

La indicación quirúrgica se fundamentó en el estadio y el tamaño tumoral, considerando no operables de entrada a las pacientes con un estadio IIB o superior y las pacientes con tumores localmente avanzados > 4 cm. Únicamente una paciente no aceptó ser operada a pesar de presentar un estadio quirúrgico y en otro caso se contraindicó la cirugía por la presencia de una ataxia cerebelosa severa asociada a gran patología de base. La [tabla 1](#) muestra la evolución anual del tipo de tratamiento primario recibido por nuestras pacientes.

En algunos casos, las pacientes intervenidas precisaron tratamientos adyuvantes. La [tabla 2](#) describe los tratamientos complementarios aplicados tras la cirugía. La [tabla 3](#) muestra los tratamientos llevados a cabo en las 87 pacientes en las que no se realizó cirugía de forma primaria.

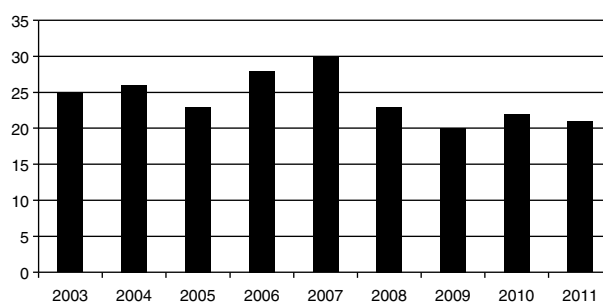


Figura 1 Evolución número de cánceres asistidos en el periodo de estudio.

Tabla 1 Tipo de tratamiento primario en el periodo de estudio por años

	Total	Quirúrgico		No quirúrgico	
2003	24	12	50%	12	50%
2004	26	21	80,8%	5	19,2%
2005	23	11	47,8%	12	52,2%
2006	28	15	53,6%	13	46,4%
2007	30	15	50%	15	50%
2008	23	16	69,6%	7	30,4%
2009	20	15	75%	5	25%
2010	22	16	72,7%	6	27,3%
2011	21	9	42,9%	12	57,1%

Tabla 2 Tipo de tratamiento complementario realizado tras la intervención (n = 130)

Ninguno	71	54,60%
Radioterapia	27	21,25%
Quimioterapia	4	3,10%
Radioterapia + quimioterapia	27	21,25%

Tabla 3 Tipo de tratamiento realizado en las pacientes no intervenidas (n = 87)

Ninguno ^a	1	1,15%
Radioterapia	6	6,90%
Quimioterapia	2	2,30%
Radioterapia + quimioterapia	74	85,05%
Paliativos	4	4,60%

^a La paciente no aceptó ningún tratamiento de los propuestos.

En cuanto a la histología tumoral, el carcinoma epidermoide fue el más frecuente (151 [69,5%]), en el estudio inicial efectuado mediante biopsia o conización. Estos resultados coincidieron con el estudio anatomopatológico definitivo en el que el carcinoma epidermoide continuó siendo el más frecuente (133 [61,3%]). Las tablas 4 y 5 muestran los resultados del estudio histológico inicial y definitivo en nuestras pacientes.

Para finalizar nuestro análisis observamos que, al realizar la estadificación tumoral, el estadio más frecuente en

Tabla 4 Histología en el estudio anatomopatológico inicial: biopsia-cono

Tipo	N.º pacientes	%
Ca. epidermoide	151	69,5
Adenocarcinoma	49	22,6
Mixto: escamoso + ADC	2	0,9
Neuroendocrino	1	0,5
Céls. pequeñas	2	0,9
Glassy-cell	2	0,9
Ca. papilar	3	1,4
Ca. Neuroendocrino	2	0,9
Rabdomiosarcoma	1	0,5
Mulleriano mixto	3	1,4
Metastásico	1	0,5

Tabla 5 Histología en el estudio anatomopatológico definitivo

Tipo	N.º pacientes	%
Ausencia tumor ^a	21	9,7
Ca. in situ	2	0,9
Ca. epidermoide	133	61,3
Adenocarcinoma	49	22,6
Ca. escamoso + ADC	1	0,5
Otros tipos histológicos	11	5,1

^a Ausencia de tumor: tumor microinfiltrante extirpado en cono-biopsia con ausencia en pieza quirúrgica.

nuestras pacientes fue el IIB, seguido en frecuencia del IB1. La tabla 6 muestra la relación de los diferentes estadios.

Discusión

A pesar de que la incidencia de cáncer de cérvix invasivo está disminuyendo en la mayoría de los países europeos gracias a los programas de cribado, la vacunación frente al virus del papiloma y los cambios de estilos de vida en la población, continúa siendo un problema sanitario de primera magnitud¹⁻³.

Según datos publicados en *The Lancet*⁴ en septiembre del 2011, el número de casos de cáncer de cérvix a nivel mundial aumentó desde 1980 al año 2010 un 0,6% anual, pasando de 378.000 casos a 454.000.

La incidencia de carcinoma invasivo en España es de 1.948 casos nuevos al año, con una mortalidad aproximada de 721 mujeres al año. Esta incidencia se halla en el segmento bajo europeo, con una tasa poblacional media de 6,3 casos por 100.000 habitantes/año y una mortalidad de 1,9 por 100.000 habitantes/año. Zaragoza está entre las regiones con una incidencia media-baja con 5,7 por 100.000 mujeres/año. La mortalidad que el cáncer de cérvix provoca en nuestro país es de 3,6 por 100.000 mujeres/año, es decir cada día mueren 2 mujeres por este tipo de cáncer⁵.

En nuestro estudio recogimos un total de 213 pacientes con un cáncer invasivo desde enero del 2003 hasta diciembre del 2011. El año con menor número de casos fue 2009 con 20 mujeres y el año con un mayor número de casos fue 2007 con 30. Aunque la incidencia se muestra más o menos estable en

Tabla 6 Estadios tumorales en las pacientes del estudio

Estadio	N.º pacientes	%
IA1	31	14,3
IA2	6	2,8
IB1	53	24,4
IB2	21	9,7
IIA	16	7,4
IIB	62	28,6
IIIA	10	4,6
IIIB	9	4,1
IIIC	1	0,5
IV	7	3,2
Grupo III (sarcoma)	1	0,5

2012 (datos no incluidos en el estudio) hemos recogido 32 casos, superando incluso la cifra del 2007.

Los resultados muestran que el tratamiento inicial fue quirúrgico en el 59,4% de los casos y en el 40,6% se realizó radioterapia y/o quimioterapia primaria, siendo el estadio lo que determinó en la mayoría de las ocasiones la elección del tratamiento en primera instancia, resultados similares a los de de Juanes et al.⁶ que estudiaron las hospitalizaciones por cáncer de cuello de útero en la comunidad de Madrid de 1999 a 2002.

Pensamos que esta patología es lo suficientemente importante como para requerir un aumento del esfuerzo por nuestra parte para intentar reducir su incidencia. Se trata de una enfermedad con una historia natural conocida en la que podemos intervenir si se detecta a tiempo^{7,8}. Coordinando todas las actividades dirigidas a la prevención tanto primaria como secundaria, se podría aumentar la cobertura del cribado, uno de los principales criterios de control de calidad, y mejorar la técnica de la obtención, procesado y lectura de las muestras, ya que la correcta realización de estos pasos es fundamental para lograr unos resultados fiables con bajas tasas de falsos negativos. Otro tema que podríamos mejorar es el control del intervalo entre las citologías, ya que en algunos casos de cáncer se había espaciado demasiado la toma de las mismas⁹.

Pretendemos poner en funcionamiento en el año 2013 un Proceso de Cáncer de Cérvix que nos permita agilizar la atención y tratamiento de los casos detectados de cáncer invasivo, de importancia extrema, ya que el pronóstico es directamente proporcional al estadio clínico y una demora en el inicio del tratamiento puede transformar a pacientes con un estadio inicial quirúrgico a estadios más avanzados que ya no serían susceptibles de cirugía sino de quimioterapia y radioterapia, empeorando mucho el pronóstico y aumentando la mortalidad asociada. Este proceso favorecería la coordinación entre los diferentes especialistas implicados en la asistencia y planificación del tratamiento de las pacientes¹⁰.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Castellsagué X, Rémy V, Puig-Tintoré LM, Sainz de la Cuesta R, González Rojas N, Cohet C. Epidemiology and costs of screening and management of precancerous lesions of the cervix in Spain. *J Low Genit Tract Dis.* 2009;13:38–45.
2. Limia A, Pachon I. Coverage of human papillomavirus vaccination during the first year of its introduction in Spain. *Euro Surveill.* 2011;16:19873.
3. Cortés J. Prevención primaria y secundaria de los cánceres de cuello de útero y vulva: recomendaciones para la práctica clínica. *Prog Obstet Ginecol.* 2010;53 Supl 1:1–19.
4. Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AJ, Lozano R, Lopez AD, Murray CJ, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: A systematic analysis. *Lancet.* 2011;378:1461–84.
5. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer.* 2010;127:2893–913.
6. De Juanes JR, Arrazola P, García de Codes A, Gil R, San Martín M, Gil A, et al. Hospitalizaciones por cáncer de cuello de útero en la Comunidad de Madrid, 1999-2002. *Prog Obstet Ginecol.* 2010;53:297–302.
7. Oncoguía SEGO: Cáncer de cuello uterino 2008. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, octubre 2008. ISBN Vol 1: 978-84-612-7.
8. Torné Bladé A, Bayas Rodríguez JM, Castellsagué Piqué X, Castro Sánchez M, García García E, Martínez Escoriza JC, et al. Vacunación frente al cáncer de cérvix en mujeres fuera de los programas de vacunación sistemática, con o sin infección por el virus del papiloma humano o lesión cervical. Encuesta de opinión y recomendaciones. *Prog Obstet Ginecol.* 2012;55 Supl.1:10–31.
9. Arbyn M, Anttila A, Jordan J, Ronco G, Schenck U, Segnan Wiener NHG, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. International Agency for Research Cancer. 2nd ed. Belgium: Office for Official Publications of the European Communities; 2008.
10. Sánchez Vico AB, Lujano Arenas C, Cueto Camarero MM. Valoración de la calidad y resultados del Proceso de Detección Precoz del Cáncer de Cérvix desde Atención Primaria en una Zona Básica de Salud urbana (2006-2008). *Med fam Andal.* 2011;12:286–93.