



ARTÍCULO ORIGINAL

Cáncer ginecológico: evolución de su frecuencia relativa en una institución de alta especialidad

Alfonso Torres-Lobatón^{a,*}, Carolina Amoretti^a y Fred Morgan-Ortiz^b

^a Servicio de Oncología, Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, México D.F., México

^b Maestría en Ciencias, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sin., México

PALABRAS CLAVE

Cáncer ginecológico;
Frecuencia relativa;
Evolución; México.

Resumen

Introducción: La frecuencia relativa de los cánceres del tracto genital femenino en nuestro país, ha sido encabezada por el cáncer cervicouterino (CaCu). Factores de diversa índole pueden estar influyendo en una modificación de esta frecuencia a favor de los cánceres de ovario y endometrio.

Objetivo: Mostrar la frecuencia relativa actual de los cánceres ginecológicos en un hospital de alta concentración, compararla con la de 2 estudios del siglo anterior y exponer algunos aspectos relevantes relacionados con la terapéutica de dichas neoplasias.

Material y métodos: Revisión de los años 2010 y 2011 de la casuística de los cánceres ginecológicos del Servicio de Oncología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, comparándola con la de los años 1964 y 1983-1984, respectivamente. Para la casuística actual, se analizó la terapéutica empleada y sus resultados globales.

Resultados: Se diagnosticaron 1,095 cánceres invasores, de los cuales 632 (57.8%) correspondieron a CaCu; 213 (19.4%) a cáncer de ovario; y 197 (17.9%) a cáncer del cuerpo uterino. Las cifras contrastan con las observadas en 2 períodos previos, años 1964 y 1983-1984: CaCu 89% y 86.9% respectivamente ($p=0.000001$); cáncer de ovario 6.3% y 6.2% y cuerpo uterino 2.9% y 4.5%, respectivamente ($p=0.000001$). Doscientos sesenta y cuatro de 896 de los casos con CaCu (29.4%), correspondieron a CaCu *in situ*. El 58.9% de los cánceres invasores se diagnosticaron en etapas avanzadas. Evolucionaron de 6 a 36 meses sin evidencia de enfermedad, el 57.5% de CaCu, el 45.8% de los cánceres de ovario y el 70.1% de los del cuerpo uterino.

Conclusiones: En esta serie se demostró un incremento real en la frecuencia de los cánceres de ovario y del cuerpo uterino. Aún predominan las etapas avanzadas de los cánceres ginecológicos.

* Autor para correspondencia: Teléfono: (04455) 2922 7086. Correo electrónico: drtorreslobaton@prodigy.net.mx (Alfonso Torres-Lobatón).

KEYWORDS

Gynecologic cancer;
Relative incidence;
Evolution; Mexico.

Gynecological cancer: evolution of its relative frequency in a highly specialized institution**Abstract**

Introduction: Gynecologic malignancies are a major public health problem in Mexico. Several conditions could be affecting the relative incidence of these tumors, mainly endometrial and ovarian neoplasms.

Objective: To show relative incidence of gynecologic malignancies at a single institution and compare results with those obtained from 2 reports of last century.

Material and methods: Retrospective review of the files of gynecologic cancer at the *Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"* in Mexico City from 2010 to 2011, comparing the incidence with that observed in 1964 and 1983-1984. The actual study included therapeutic aspects and global survival without cancer.

Results: We attended 1,095 neoplasm's which 632 (57.8%) were cervical cancer; 213 (19.4%) ovarian neoplasms and 197 (17.9%) uterine corpus cancer. These rates differ from those observed in 1964 and 1983-1984: Cervical cancer 89% and 86.9% respectively ($p=0.000001$); ovarian cancer 6.3% and 6.2% and uterine corpus cancer 2.9% and 4.5% respectively ($p=0.000001$). Two hundred and sixty four of 896 cases of cervical cancer (29.4%) were *in situ* neoplasm. The 58.9% of invasive gynecologic neoplasm were advanced diseases. At a follow up from 6 to 36 months were free of disease, 57.5% of patients with cervical cancer, 45.8% of ovarian cancer and 70.1% of uterine corpus cancer.

Conclusions: In this series we observed a true increase in the incidence of ovarian and uterine corpus neoplasms. At this time advanced diseases are predominant.

1665-9201 © 2014 Gaceta Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

Introducción

Las neoplasias del tracto genital femenino constituyen un importante problema de salud a nivel mundial. El cáncer cervicouterino (CaCu) por ejemplo, el segundo en frecuencia entre los cánceres de la mujer y el más común en países en vías de desarrollo, ocasiona en estas regiones, el mayor número de muertes por neoplasias del tracto genital; mientras que el cáncer de ovario cuya incidencia es mayor en países altamente industrializados, es responsable en esas áreas del mayor número de fallecimientos por neoplasias ginecológicas¹⁻⁵.

En México, publicaciones como las generadas en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan)⁶, mostraron para el periodo 2000-2004, que el cáncer de la mujer ocupó con 12,444 casos, el 69.6% de la totalidad de neoplasias registradas en ese lapso de tiempo. Los cánceres del tracto genital con 4,148 casos (21.5%), se ubicaron en el primer sitio entre las neoplasias del sexo femenino. Al CaCu le correspondió el 64.1% de dichos cánceres, al de ovario el 20.4% y del cuerpo del útero el 11.5%⁶.

De acuerdo al Registro Histopatológico de Neoplasias de la Secretaría de Salud México, en el año 2006 se contabilizaron a nivel nacional 12,690 cánceres del tracto genital, ocupando el CaCu el 61.7%, el de ovario el 17.9%, y el cuerpo del útero el 16.0%⁴.

Los datos referidos contrastan con las estimaciones publicadas por la *American Cancer Society* para el año 2012, en las que se consideraron un total de 88,750 casos nuevos de cáncer ginecológico, de los que casi el 80% correspondían a

cáncer del cuerpo uterino y al del ovario, al CaCu le corresponde únicamente el 13.7% de esas neoplasias³.

En la presente publicación se muestra la frecuencia relativa de los cánceres del tracto genital femenino para el periodo 2010-2011, del Servicio de Oncología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Se comparan algunos datos con los publicados en 2 períodos previos, se analiza brevemente la problemática que conlleva su terapéutica en una población carente de seguridad social; se analizan los resultados preliminares del tratamiento y se obtienen las conclusiones al respecto.

Material y métodos

Se revisaron los expedientes de 1,362 pacientes que acudieron al Servicio de Oncología del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", durante los años 2010 a 2011, en quienes se documentó histopatológicamente el diagnóstico de cáncer ginecológico en sus distintas localizaciones: cérvix, ovario, cuerpo uterino, vulva, vagina y placenta (neoplasias del trofoblasto).

Se llevó a cabo el análisis de la frecuencia relativa de cada una de estas neoplasias, obteniéndose para cada una de ellas, información relacionada con la edad, la clasificación clínica y los resultados globales de la terapéutica establecida. La clasificación clínica utilizada fue de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en su versión del año 2009¹.

Los resultados obtenidos en cuanto a la frecuencia relativa de las neoplasias y la clasificación clínica para el CaCu,

fueron contrastados con los reportados en publicaciones previas para el año de 1964⁷ y 1983-1984⁸. Estos fueron sometidos a análisis estadístico utilizando el sistema Epi-Info™ versión 6.04.

La terapéutica empleada varió en función de cada una de las neoplasias:

- *CaCu*: para las pacientes con carcinoma *in situ* que deseaban conservar la fertilidad se utilizó electrocirugía y para el resto, histerectomía extrafascial con rodete vaginal. Este último procedimiento se empleó para el manejo del carcinoma microinvasor. Para las etapas Ib1 y IIa1, se empleó indistintamente cirugía radical (histerectomía radical clásica o modificada) o bien, ciclo pélvico de radioterapia consistente en teleterapia con acelerador lineal o cobalto 60 (50Gy), más aplicación de material radioactivo intracavitario, baja o alta tasa de dosis (30Gy). Pacientes tratadas con cirugía con factores pronósticos adversos, recibieron consolidación con ciclo pélvico de radioterapia más quimioterapia concomitante^{1,2}. Las etapas avanzadas (Ib2 en adelante) se trataron con quimioterapia más radioterapia concomitantes. La quimioterapia empleada consistió en carboplatino o cisplatino a dosis de 40-50 mg/m² de superficie corporal. Con persistencia o recurrencia tumoral, las pacientes fueron consideradas para cirugías de rescate^{1,2}.
- *Cáncer de ovario*: las pacientes con neoplasias epiteliales consideradas elegibles para cirugías primarias, se abordaron quirúrgicamente mediante histerectomía total más salpingooforectomía bilateral, estudio citológico de lavado peritoneal, omentectomía y linfadenectomías pélvica y paraaórtica selectivas. En los casos avanzados se realizó además, cirugía de citorreducción primaria más quimioterapia de consolidación con 6 ciclos de platino más paclitaxel. Las pacientes no elegibles para cirugías primarias, recibieron quimioterapia de inducción con 3-4 ciclos a base de platino más paclitaxel, y con respuestas favorables se llevaron a cirugías de intervalo, más quimioterapia de consolidación⁹.

- *Neoplasias germinales y del estroma*: las primeras fueron manejadas quirúrgicamente con cirugías conservadoras más quimioterapia de consolidación y, las segundas, con los mismos criterios para el cáncer epitelial más quimioterapia para tumores germinales (esquema denominado BEP, por bleomicina, etopósido y cisplatino)⁹.
- *Cáncer del cuerpo uterino*: se trató electivamente con cirugía consistente en histerectomía total más salpingooforectomía bilateral con linfadenectomía pélvica y paraaórtica selectivas. Con invasión cervical, histerectomía radical clásica. Con factores pronósticos adversos, las pacientes recibieron ciclo pélvico de radioterapia o selectivamente aplicación de material radioactivo intravaginal. Las etapas avanzadas recibieron además quimioterapia¹⁰.
- *Cáncer de vulva*: el tratamiento de elección fue la cirugía consistente en vulvectomía total con linfadenectomía inguinal bilateral. Con factores pronósticos adversos, las pacientes recibieron radioterapia al lecho quirúrgico. Lesiones avanzadas, no candidatas a cirugía recibieron radioterapia radical como tratamiento de base y de acuerdo a la respuesta, fueron o no consideradas para cirugía ulterior.
- *Cáncer de vagina*: se trató electivamente con ciclo pélvico de radioterapia con o sin quimioterapia concomitante.
- *Neoplasias del trofoblasto*: estas pacientes recibieron quimioterapia como tratamiento de elección con esquemas convencionales, que variaron de acuerdo al grado de avance de la enfermedad¹¹.

Resultados

Durante el lapso analizado se atendieron 1,362 pacientes, de las cuales 267 correspondieron a carcinomas *in situ*, 264 del cérvix, 2 de vulva y uno de vagina. La frecuencia relativa y los rangos de edad para los cánceres invasores se muestran en la tabla 1.

En cuanto a la edad, las pacientes con carcinomas *in situ* del cérvix tuvieron 43 años como edad promedio y las pacientes con cáncer invasor, 52 años. Si bien, la edad promedio de las enfermas con cáncer de ovario fue 48 años, las del

Tabla 1 Cáncer ginecológico. Frecuencia relativa y rangos de edad

Neoplasia	Nº de pacientes	Porcentaje (%)	Rangos de edad en años		
			Menor	Mayor	Promedio
Cáncer del cérvix*	632	57.8	20	90	52
Cáncer de ovario	213	19.4	14	91	48
Cáncer del cuerpo uterino	197	17.9	23	81	54
Cáncer de vulva	22	2.0	46	101	73
Cáncer de vagina	16	1.4	24	84	63
Neoplasia del trofoblasto	15	1.3	20	49	29
Total	1,095	99.8			

* No se incluyen carcinomas *in situ*: 264/896 de cérvix, (29.4%); 2/24 de vulva (8.3%) y 1/17 de vagina (5.8%).

subgrupo de neoplasias germinales de ovario tuvieron una edad promedio de 20 años. La edad promedio de cada una de las neoplasias ginecológicas con sus respectivos rangos se expone en la tabla 1.

La frecuencia relativa de los cánceres ginecológicos en 3 diferentes épocas (1964, 1983-1984 y 2010-2011), se muestra en la tabla 2. Se destaca el descenso que ha tenido la frecuencia del CaCu entre los cánceres invasores, la que llegó a representar el 89.4% de las neoplasias en el año 1964 y descendió a 57.8% para los años 2010-2011 ($p=0.000001$). Asimismo, se hace notar el ascenso que ha tenido en su frecuencia para el periodo 2010-2011, el cáncer de ovario y el cáncer del cuerpo uterino ($p=0.000001$).

Como se presenta en la tabla 3, el 58.9% de las pacientes de la serie global cursaba con neoplasias avanzadas. La cifra incluye el 64.5% de los cánceres invasores del cérvix, el 59.8% de cáncer de ovario y el 81.2% de cáncer de vulva.

CaCu

Se atendieron 896 pacientes, de las cuales 632 mostraron lesiones invasoras (70.5%) y 264 (29.4%) carcinomas *in situ*.

La edad promedio de las pacientes con *carcinomas in situ* fue de 43 años, para las de cáncer invasor fue de 52 años.

Seiscientas ochenta pacientes (86.9%) mostraron carcinomas epidermoides, 98 (12.5%) adenocarcinomas y 4 (0.5%) carcinomas neuroendocrinos.

La frecuencia relativa de los estadios clínicos durante los periodos analizados se muestra en la tabla 4. Se destaca el incremento que han tenido las lesiones invasoras tempranas (estadios I, $p=0.000001$) y el descenso de las etapas III ($p=0.0002$).

Cáncer de ovario

Se registraron 213 casos, de los cuales 195 fueron lesiones primarias y 18 metastásicas. La frecuencia relativa de las 195 variantes histopatológicas primarias se muestra en la tabla 5. Ciento cincuenta y dos casos (78.0%) fueron neoplasias epiteliales; 30 (15.4%) germinales y 13 (6.6%) del estroma.

Cuarenta y tres pacientes de las 195 (28.2%) lesiones primarias quedaron fuera de clasificación, por haber recibido tratamiento inicial fuera del Servicio y no disponer de elementos para su correcta clasificación. De las 152

Tabla 2 Cáncer ginecológico. Frecuencia relativa en diferentes épocas

Neoplasia	(I) 1964 ⁷		(II) 1983-1984 ⁸		(III) 2010-2011		Significancia
	N°	%	N°	%	N°	%	
Cáncer de cérvix	380	89.4	727	86.8	632	57.8	I y II vs. III $p=0.000001$
Cáncer de ovario	27	6.3	52	6.2	213	19.7	I y II vs. III $p=0.00001$
Cáncer del cuerpo uterino	12	2.9	38	4.5	197	17.9	I y II vs. III $p=0.000001$
Cáncer de vulva	6	1.4	16	1.9	22	2.0	I vs. II vs. III $p=0.7209$
Cáncer de vagina			4	0.4	16	1.4	$p=0.0064$
Total	425	100	837	99.8	1080	99.8	

Tabla 3 Cáncer ginecológico. Relación estadio clínico y número de pacientes

Estadio clínico	Localización												Total	
	Cérvid		Ovario		Cuerpo del útero		Vulva		Vagina		Neoplasia del trofoblasto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
I	219	35.5	59	38.8	121	64.0	2	12.5	2	15.3	8	61.5	411 41.1	
II	190	31.0	2	1.3	19	10.0	1	6.2	4	30.7	0	0	216 21.6	
III	144	23.3	78	51.3	35	18.5	8	50.0	4	30.7	4	30.7	273 27.3	
IV	63	10.2	13	8.5	14	7.4	5	31.2	3	23.1	1	7.7	99 9.9	
Total	616	100	152	99.9	189	99.9	16	99.9	13	99.8	13	99.9	999 99.9	

Tabla 4 Cáncer del cérvix. Estudio comparativo de su frecuencia por estadios en 3 períodos diferentes

Estadio clínico	(a) 1964 ⁷		(b) 1983-1984 ⁸		(c) 2010-2011		Significancia
	N°	%	N°	%	N°	%	
I	35	9.3	104	15.8	219	35.5	(a) vs. (b) vs. (c) $p=0.000001$
II	76	20.2	270	41.1	190	31.0	(a) vs. (b) $p=0.000001$ (b) vs. (c) $p=0.0001$
III	167	44.4	214	32.6	144	23.3	(a) vs. (b) $p=0.0001$ (b) vs. (c) $p=0.0002$
IV	98	26.0	68	10.3	63	10.2	(a) vs. (b) $p=0.000001$ (b) vs. (c) $p=0.9352$
Total	376	99.9	656	99.8	616	99.9	

Tabla 5 Neoplasias del ovario (se excluyeron 18 pacientes con cánceres metastásicos)

Histopatología	N° de casos	Porcentaje (%)
Epiteliales	152	78.0
Germinales	30	15.4
Del estroma	13	6.6
Total	195	100

clasificables, el 68.4% de las neoplasias epiteliales se clasificó en estadios III y IV, y el 68.4% de las germinales, en estadio I (tabla 6).

Cáncer del cuerpo uterino

Se registraron 197 pacientes, de las cuales 174 (88.8%) correspondieron a carcinomas y 23 (11.6%) a sarcomas. Dentro de los carcinomas, el endometrioide con 140 casos (80.4%) fue el más frecuente. El resto estuvo constituido por carcinomas de células claras 13 casos (7.4%); el seroso papilar 10 (5.7%); el adenoescamoso 6 (3.4%) y el carcinosarcoma 5 (2.8%) casos.

Dentro del grupo de los sarcomas, el leiomiosarcoma con 10 casos (43.4%) fue el más frecuente. Le siguieron los sarcomas del estroma endometrial con 8 (34.7%), los aden sarcomas con 3 (13.0%) y otros con 2 (8.6%).

Los rangos de edad de las pacientes con cáncer del cuerpo uterino oscilaron entre los 23 y 81 años, con un promedio de 54 años (tabla 1).

En cuanto a la clasificación clínica, el 64.0% de los casos (121 pacientes) correspondió a estadios I. Cuarenta y nueve pacientes quedaron clasificadas en estadios III y IV (tabla 3).

Cánceres de vulva y vagina

Representaron el 2.0% y el 1.4% de la serie global, respectivamente. La edad promedio de 22 pacientes con cáncer de vulva invasor fue 73 años, y de 63 años para 16 pacientes

con cáncer invasor de vagina (tabla 1). La frecuencia de ambas lesiones ha sido similar en el curso de los años y como en la mayoría de los casos presentados, se destaca el predominio de lesiones avanzadas (tablas 2 y 3). Dos (8.3%) de 24 pacientes con cáncer de vulva cursaron con carcinomas *in situ*, al igual que una de 17 (5.8%) con cáncer de vagina (tabla 1).

Respecto a la histopatología, 22 (91.6%) pacientes con cáncer de vulva eran portadoras de carcinomas epidermoides, y 2 (8.3%) de adenocarcinomas. En la vagina se reportaron 13 (81.2%) carcinomas epidermoides, un (6.2%) adenocarcinoma, un (6.2%) melanoma y un (6.2%) sarcoma fusocelular.

Neoplasia trofoblástica gestacional

Este diagnóstico se estableció en 13 pacientes; 6 (46.6%) como enfermedad localmente invasiva y 7 (53.8%) con coriocarcinoma. La edad promedio del grupo fue 29 años con rangos de 20-49 años (tabla 1); las etapas clínicas correspondieron a estadio I, 8 (61.5%) pacientes; estadio III, 4 (30.7%) y estadio IV, una (7.7%).

Resultados globales del tratamiento

Únicamente 762 (70.8%) pacientes de las 1,075 diagnosticadas con cánceres invasores primarios terminaron su tratamiento, 177 (23.2%) de este grupo abandonaron su seguimiento sin evidencia de enfermedad durante los primeros meses consecutivos a la terminación de éste y no fueron consideradas para los resultados finales. Trescientas treinta y seis de las 585 (54.4%) restantes se mantenían vivas y sin evidencia de enfermedad entre 6 y 36 meses posteriores a la culminación de la terapéutica establecida.

Cuatro de las 264 (1.5%) pacientes con carcinoma *in situ* del cérvix, tratadas en forma conservadora, desarrollaron recurrencia tumoral local con el mismo diagnóstico y fueron resueltas finalmente con hysterectomías. Se mantenían libres de enfermedad hasta el momento de la publicación.

Los resultados globales de la terapéutica establecida por entidad patológica se evidencian en la tabla 7. El seguimiento sin evidencia de enfermedad por lapsos que variaron entre los 6 y 36 meses incluye, el 57.5% de las pacientes

Tabla 6 Neoplasias del ovario. Relación del estadio clínico con los tipos histopatológicos (se excluyeron 43 [28.2%] de 195 casos no clasificables)

Estadio clínico	Epiteliales		Germinales		Del estroma		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I	37	29.8	13	68.4	7	77.7	59	38.8
II	2	1.6	0	-	0	-	2	1.3
III	72	58.0	6	31.5	2	22.2	78	51.3
IV	13	10.4	0	-	0	-	13	8.5
Total	124	99.8	19	99.9	9	99.9	152	99.9

Tabla 7 Resultados del tratamiento

Cáncer	Pacientes que completaron su tratamiento		Evolución sin evidencia de enfermedad*	
	N°	%	N°	%
Cérvix	461/632	72.9	190/330	57.5
Ovario	132/195	67.6	55/120	45.8
Cuerpo del útero	138/197	70.0	73/104	70.1
Vulva	10/22	45.5	5/10	50.0
Vagina	8/16	50.0	3/8	37.5
Neoplasia del trofoblasto	13/13	100	10/13	76.9
Total	762/1075	70.8	336/585	57.4

*De 6 a 36 meses.

con CaCu, el 45.8% de las de ovario y el 70.1% de las del cáncer del cuerpo uterino.

Discusión

La cifra de 57.8% de diagnósticos de CaCu invasor mostrada en la presente serie, es menor al 64.1% de los registrados en el INCan para el periodo 2000-2004, y se acerca a la cantidad de 61.7% del Registro Histopatológico de Neoplasias publicado para el 2006^{4,6}.

La frecuencia del CaCu invasor en nuestra Institución ha ido disminuyendo paulatinamente en el curso de los años. Ésta fue del 89.4% en 1964⁷, manteniéndose en 86.8% durante los años 1983-1984⁸ y siendo del 57.8% para los años 2010 y 2011. Consideramos que estas cifras reflejan un cambio en la epidemiología de los cánceres del tracto genital en nuestro país, la que se hará más patente en años venideros a expensas de un mayor número de los cánceres uterinos y de ovario, los cuales son los que predominan en países altamente industrializados³. El incremento del síndrome metabólico entre la población femenina adulta de nuestro país, está contribuyendo para modificar el perfil epidemiológico de los cánceres del tracto genital.

En la Institución de los autores las cifras porcentuales de casos de cáncer de ovario y de cáncer uterino hace 26 años

eran únicamente del 6.2% y 4.5%⁸, respectivamente, actualmente son del 19.7% y 17.9%, lo que muestra un incremento real en el diagnóstico de estas entidades. Los datos publicados por el Registro Histopatológico de Neoplasias para el 2006, del 17.9% de casos para el cáncer de ovario y del 16.0% para los de cáncer uterino⁴, recuerdan a los de nuestra serie.

La cifra de 264 casos de carcinomas *in situ* del cérvix aquí mostradas (29.4%), son superiores a las del 16.0% publicadas por el INCan, pero menores al 39.8% del Registro Histopatológico de Neoplasias referido para el 2006⁴. Es de esperar un incremento de estos diagnósticos, en la medida que vayan mejorando los programas de pesquisa para esta enfermedad en nuestro país, ya que la cobertura actual sólo alcanza el 43.2% de la población⁴.

Llama la atención que el 58.8% de las pacientes de esta serie, cursara con lesiones avanzadas al momento de su ingreso al Servicio. En la Institución de los autores se reciben pacientes sin acceso a la seguridad social y una buena parte de ellas, proceden del interior del país, pues se carece de la infraestructura necesaria para un tratamiento integral de estas lesiones en sus lugares de origen.

De acuerdo a los datos aquí mostrados, se ha incrementado en un 19.7% la cifra de diagnósticos de CaCu en estadio I en los últimos 26 años y se ha abatido en un 9.3% la de

estadios III. Lamentablemente, el 64.5% de las neoplasias invasoras corresponden a las etapas avanzadas de la enfermedad, lo que podría contribuir a que aún se registren más de 4,000 defunciones anuales por esta neoplasia a nivel nacional⁴.

Los reportes de las etapas clínicas para el resto de las neoplasias analizadas, son similares a los que muestra la bibliografía consultada al igual que sus variantes histopatológicas^{1,2,9,11}.

La terapéutica establecida a nuestras pacientes es la recomendada por la literatura médica internacional y sus resultados aún cuando son preliminares, también recuerdan los respectivos reportes^{1,2,9,11}.

Se destaca que el 29.2% de las enfermas en las que se documenta el diagnóstico de cáncer no inician o concluyen la terapéutica establecida, y que el 23.2% de la serie global abandone su seguimiento durante los primeros meses posteriores a la terminación del tratamiento. Lo anterior, lo justificamos por el tipo de población que acude a nuestro Servicio, parte de ella del interior del país, la cual carece de suficientes recursos para solventar lo costoso de los tratamientos, a pesar de los apoyos que les brinda la Secretaría de Salud.

Es de esperarse que con la extensión de los Programas de Gratuidad como el Seguro Popular implementado por el Gobierno Federal actualmente para pacientes con CaCu, queden cubiertas la totalidad de padecimientos ginecológicos, a fin de incrementar la oferta de atención y mejorar los resultados terapéuticos obtenidos a la fecha.

Conclusiones

- La frecuencia del CaCu invasor en relación al resto de los cánceres ginecológicos, ha descendido del 86.8% en los años de 1983-1984, al 57.8% para el periodo 2010-2011.
- Para el mismo periodo, se ha incrementado del 6.2% y 4.5%, la frecuencia de los cánceres de ovario y del cuerpo uterino al 19.7% y 17.9%, respectivamente. Estas cifras muestran un incremento real en el diagnóstico de estas enfermedades y recuerdan a las publicadas por el Registro Histopatológico de Neoplasias para el año 2006.
- El 58.8% de las pacientes con cánceres del tracto genital que acuden al Servicio de Oncología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, ingresan con etapas avanzadas.
- La cifra de 264 casos de CaCu *in situ* que representa el 29.4% de los diagnósticos de CaCu, es menor a la del 39.8% publicada por el Registro Histopatológico de Neoplasias para el 2006.
- El 64.5% de los diagnósticos de CaCu invasor corresponden a las etapas avanzadas de la enfermedad.
- El 29.2% de las pacientes en las que se documenta el diagnóstico de cáncer ginecológico, no inician o no concluyen su tratamiento y, el 23.2% de las que si lo terminan, abandona su seguimiento sin evidencia de enfermedad durante los primeros meses consecutivos a la terminación de éste.

- Es deseable una ampliación del Programa de Seguro Popular implementado por el Gobierno Federal, para abarcar a la totalidad de diagnósticos de cáncer ginecológico, a fin de disminuir la cifra de lesiones avanzadas que ahora se diagnostican, y asegurar la culminación de la respectiva terapéutica.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

1. Hacker FN, Friedlander. Cáncer cervical. En: Berek SJ, Hacker (Eds). Oncología Ginecológica. 5^a Ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2010. p. 341-376.
2. Eifel JP, Berek SJ, Markman AM. Carcinoma of the Cervix. In: DeVita, Hellman & Rosenberg's (Eds). Cancer: Principles & Practice of Oncology. 8th Edition. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 1497-1550.
3. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer Statistics, 212. CA Cancer J Clin 2012;62:10-29.
4. Fernández CSB, Leon AG, Herrera TMC, et al. Perfil Epidemiológico de los tumores Malignos en México. Dirección General de Epidemiología (SINAIS/SINAVE/DGE/Salud). México D.F.: Secretaría de Salud; 2011. p.46-122.
5. Gallegos GV, Gallegos GM, Velazquez MGP, et al. Cáncer cervicouterino Causas de citología no útil. Rev Latinoamer Patol Clin 2012;59:23-27.
6. Rizo RP, Sierra CMI, Vázquez PG, et al. Registro Hospitalario de Cáncer. Compendio de Cáncer 2000-2004. Cancerología 2007;2:203-287.
7. Rodríguez CH, Coronado MR. Cáncer ginecológico. Magnitud del Problema Clínico. Bases del tratamiento quirúrgico Hospital General de México 1964. Rev Med Hosp Gen 1965;XX-VIII:345-352.
8. Torres LA, Plata NP, Cruz TF, et al. Cáncer ginecológico, 1983-1984. Frecuencia relativa y resultados del tratamiento. Unidad de Oncología. Hospital General de México. Rev Med Hosp Gen (Mex) 1987;50:169-177.
9. Gallardo RD, Cantú De LD, Alanis LP, et al. Tercer Consenso Nacional de Cáncer de Ovario 2011. Grupo de Investigación en Cáncer de Ovario y Tumores Ginecológicos de México “GICOM”. Rev Invest Clin 2011;63:665-702.
10. Ruvalcaba LE, Cantú De LD, Leon R E, et al. Primer Consenso Mexicano de Cáncer de Endometrio. Grupo de Investigación en Cáncer de Endometrio. “GICOM” Rev Invest Clin 2010;62:585-605.
11. Berkotwitz SR, Goldstein PD. Neoplasia trofoblástica gestacional En: Berek & Hacker (Eds). Oncología Ginecológica. 5^a Ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 593-613.