

El alelo *m* presentó una distribución similar, mayor prevalencia en la zona de bajo riesgo (66,3%vs 59,6% $p = 0,281$) aunque la diferencia no fue significativa. El genotipo *s1m1* fue significativamente más prevalente en la zona de bajo riesgo (78,0%vs 63,2% $p = 0,033$), mientras que el genotipo *s2m2* fue más prevalente en la zona de alto riesgo (36,8%vs 22,0% $p = 0,033$). La prevalencia de la combinación *cagA* positivo *s1m1* positivo fue igualmente más prevalente en la zona de bajo riesgo (81,5%vs 67,6% $p = 0,046$).

Conclusiones: A diferencia de lo reportado en el sur del país, donde las frecuencias de los genotipos más virulentos de *H. pylori* son ligeramente más altas en la zona montañosa (Pasto) que en la zona costera (Tumaco), en este estudio observamos una mayor frecuencia de los genotipos de mayor virulencia en la zona de menor riesgo. Las diferencias en el riesgo de cáncer gástrico en estas dos zonas no pueden explicarse por diferencias en la virulencia de las cepas circulantes.

ANÁLISIS DE SOBREVIVIDA DE UNA COHORTE CON CÁNCER DE CERVIX NO METASTÁSICO EN BOGOTÁ COLOMBIA, CLÍNICA ONCOCARE

Pedro Luis Ramos Guette

Grupo o dependencia: Dirección Científica.

pramos@oncocareltda; pramos@yahoo.com

Introducción: La información de incidencias y mortalidad de globocan del periodo 2008 en Colombia presenta una incidencia de 58.500 casos nuevos de cáncer, masculino 27.600 y femenino 30.900. Las tasas estandarizadas de incidencia por edad son masculino 160,8/ 100.000, femenino 144,1/ 100.000 y 150,2/ 100.000 para ambos sexos. La mortalidad es sexo masculino 16,7/ 100.000, femenino 17,3/ 100.000 y ambos sexos 34/ 100.000. Los 5 cánceres más frecuentes en el sexo femenino son mama, cérvix, gástrico, colorectal y tiroides. Durante el periodo 2004-2008 las muertes por cáncer en mujeres representan el 19,6% del total de la mortalidad o 15.848 muertes anuales. Las 5 primeras causas de muerte por cáncer fueron en mujeres mama (12,3%), cérvix (12,1%), gástrico (11,5%), pulmón (9,2%) y colorectal (7,6%). El cáncer de cérvix es la segunda causa de incidencia y mortalidad en Colombia. Se requiere conocer las cifras de supervivencia global y libre de la enfermedad en pacientes sin metástasis y la asociación con los factores pronósticos descritos en la literatura.

Objetivo: Describir las características clínicas, demográficas y la supervivencia libre de enfermedad y global en una cohorte de 143 mujeres con cáncer de cérvix en Bogotá, Colombia.

Materiales y métodos: Se trata de un estudio de cohorte bideccional. En la Clínica Oncocare se registró la información de las características clínicas, demográficas y los tiempos a recaída y muerte por cáncer u otras causas de una cohorte de 143 mujeres con cáncer de cérvix durante el periodo 2003-2012. Las pacientes fueron seguidas en intervalos cada 4 a 6 meses, en donde se documentaba el estado vital y la presencia de recaídas locales o sistémicas de la enfermedad. Se realizaron análisis descriptivos y se estimaron funciones de supervivencia usando el método de Kaplan Meier. Se realizó análisis de regresión de Cox para identificar factores asociados a la supervivencia.

Resultados: Se identificaron 143 pacientes para el análisis descriptivo y analítico. La mediana de seguimiento fue 18,16 meses, la edad promedio de las mujeres fue 54 años, 95,1% fueron diagnosticadas en estado avanzado IIA a IIIB, el tipo histológico más frecuente fue escamocelular. Se presentaron 13,9% recaídas, se observaron 13,2%. En el análisis univariado y multivariado no se evidencio

asociación de ninguno de los factores como estado clínico, grado histológico, tipo histológico, estado funcional de respuesta a quimioradioterapia con la supervivencia libre de enfermedad y global. **Conclusiones:** Los tiempos de supervivencia libre de enfermedad y global observados en la cohorte no se asocian con ningún factor pronóstico analizado y se requiere un seguimiento mayor para tener suficientes eventos que permitan conclusiones definitivas en el análisis.

RESULTADOS A LARGO PLAZO EN UNA COHORTE DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DE BOGOTÁ COLOMBIA

Pedro Luis Ramos Guette, Óscar Gamboa

Grupo o dependencia: Dirección Científica.

pramos@oncocareltda; pramos@yahoo.com

Introducción: Según datos reportados por la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC por sus siglas en inglés), la incidencia anual estandarizada por edad es de 31,2 por 100.000 mujeres y la mortalidad de 10 por 100.000 muertes de mujeres. Actualmente, el cáncer de mama es el de mayor incidencia entre las mujeres, con una mortalidad similar a la del cáncer de cuello uterino. Son pocos los estudios realizados en Colombia que muestren resultados a largo plazo en mujeres con cáncer de mama (7; 8).

Objetivo: Describir las características clínicas, demográficas, la supervivencia libre de enfermedad, global y los factores pronósticos asociados en una cohorte de 530 mujeres con cáncer de mama tratadas en Bogotá Colombia.

Materiales y métodos: En la Clínica Oncocare se registró la información de las características clínicas, demográficas y los tiempos a recaída y muerte por cáncer u otras causas de una cohorte de 530 mujeres con cáncer de mama, durante el periodo 2003-2012. Las pacientes fueron seguidas en intervalos cada 4 a 6 meses en donde se documentaba el estado vital y la presencia de recaídas locales, regionales o sistémicas de la enfermedad. Se realizaron análisis descriptivos y se estimaron funciones de supervivencia usando el método de Kaplan Meier. Se realizó análisis de regresión de Cox para identificar factores asociados a la supervivencia.

Resultados: La mediana de seguimiento fue 44 meses, la edad promedio de las mujeres fue 55,4 años, 40,75% fueron diagnosticadas en estado temprano, 73,40% fueron receptor hormonal positivo y 15,47% expresaron HER 2+. Se presentaron 50 recaídas de las cuales el 80% fueron sistémicas, se observaron 38 muertes de las cuales el 92% fueron por cáncer de mama. A los 60 meses de seguimiento el 85,72% de las pacientes estaban libres de enfermedad y el 89,71% vivas. De los factores analizados el número de ganglios y la respuesta clínica alcanzada con la quimioterapia neoadyuvante se asociaron a los tiempos de supervivencia. A mayor número de ganglios axilares positivos el riesgo de muerte aumentó HR de 2,52 (0,35 a 17,92), 5,38 (0,96 a 30,17), 19,96 (4,12 a 96,76) para 1 a 3, 4 a 9 y más de 10 ganglios positivos respectivamente. En las mujeres que alcanzaron una respuesta completa se observó 1 recaída y ninguna muerte, el HR para las mujeres que obtuvieron respuestas objetivas (completa o parcial) fue de 0,46 (0,18-1,16).

Conclusiones: La supervivencia libre de enfermedad y global se disminuye con el número de ganglios positivos. Alcanzar un grado de respuesta clínica objetiva (completa o parcial) disminuye el riesgo de recaída y el riesgo de muerte hay tendencia a disminuir pero no es significativo. En el análisis multivariado.