

ABORDAJE DE LAS PACIENTES CON CANCER DE CUELLO UTERINO. OTRA DEUDA PENDIENTE.

Talamé Magdalena

Facultad de Ciencias Médicas UNL

Área: Ciencias de la Salud

Sub-Área: Medicina

Grupo: X

Palabras clave: Cáncer de Cérvix, Tratamiento, Sobrevida.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es el tercer cáncer más frecuente en las mujeres, representando el 8,2% del total, y la cuarta causa de muerte por cáncer, luego de mama, colon-recto y pulmón (1- 3).

En la República Argentina, según el Ministerio de Salud de la Nación, se diagnostican alrededor de 3.000 nuevos casos y mueren cerca de 1.600 mujeres por año (4). En 1980 la tasa de mortalidad estandarizada por edad (TEE) cada 100.000 mujeres fue de 7,1; en el 2009, casi 30 años después, la tasa aumentó a 7,5, a pesar de los esfuerzos en detección temprana (5).

Las provincias más afectadas a nivel país son las del norte; según el Instituto Nacional del Cáncer, la tasa de mortalidad provincial por cáncer cervicouterino más alta de 2014 se registró en Formosa (16,53 cada 100.000 mujeres). En este contexto Santa Fe, en el mismo año, se ubicaba por debajo de la media nacional (7,18), con una tasa de mortalidad de 6,9 por cada 100.000 mujeres. (6)

El tratamiento de elección depende de la estadificación de la enfermedad propuesta por la *Federation International of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), e influyen otras variables particulares de cada paciente como la edad, el deseo de conservar su fertilidad y las comorbilidades. La cirugía se reserva para pacientes con estadio (E) igual o menor a 2A. Para las pacientes con estadios más avanzados se prefiere el tratamiento quimiorradiante (7).

Según la *American Cancer Society*, teniendo en cuenta los protocolos de tratamiento aceptados, la sobrevida estimada a los 5 años de los distintos estadios es de: 80-100% para el estadio 1, 58-63% para el estadio 2, 32-35% para el estadio 3 y 16-15% para el estadio 4.

Así como en los países desarrollados los registros de tumores con base poblacional producen información sistémica y continua, no se da cuenta en el país ni en la provincia de datos fehacientes y actualizados (en general son proyecciones o estimaciones) respecto al diagnóstico, tratamiento y sobrevida de las pacientes con cáncer (8). En el caso de cáncer de cuello uterino, dada la alta prevalencia y tratándose de un cáncer altamente curable, conocer si los resultados del abordaje terapéutico son los esperados o no, además de la detección de lesiones precursoras, es imprescindible para tomar las acciones pertinentes destinadas a mejorar la salud de nuestras mujeres.

Proyecto: "Oncología genitomamaria: epidemiología, resultados del tratamiento, sobrevida y posibles modelos matemáticos" CAI+D 2011.

Director del proyecto: Dr. Seiref, Samuel.

Director del becario/tesista: Dr. Seiref, Samuel.

OBJETIVOS

- Ampliar las bases de datos existentes, recabando los datos faltantes y agregando otras variables relevantes, con el fin de analizar los resultados del tratamiento y la sobrevida de las pacientes tratadas por cáncer de cuello uterino en el Hospital Iturraspe de Santa Fe.
- Conocer la evolución en el tiempo de las pacientes de acuerdo al estadio del cáncer al momento del diagnóstico.
- Conocer el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el comienzo del tratamiento.
- Investigar el porcentaje de mujeres que continúan con sus controles post-tratamiento.
- Cuantificar la sobrevida post-tratamiento.

METODOLOGÍA

Se actualizó la base de datos de las pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estudiadas en el Servicio de Ginecología del Hospital J.B. Iturraspe de la ciudad de Santa Fe. Para ello, se revisaron las historias clínicas de los Servicios de Ginecología y Oncología del Hospital, desde el 01 de enero de 1998 hasta el 31 de diciembre de 2013. También se recabaron datos existentes en los archivos de los ateneos oncológicos, en las fichas de consultorio externo y en el registro de muertes por cáncer correspondiente al Programa Provincial de Oncología que funciona en el ex Hospital Italiano de la ciudad.

De cada paciente se consideraron las siguientes variables: edad, fecha de diagnóstico, estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, fecha de inicio del tratamiento, tipo de tratamiento realizado, paciente viva o fallecida, fecha de último control y presencia o ausencia de enfermedad.

Para el análisis de los datos, los estadios de la enfermedad se agruparon en categorías: bajo la denominación estadio I (E I) los estadios 1A y 1B, en estadio II (E II) el 2A y 2B, estadio III (E III) para los estadios 3A y 3B y estadio IV (E IV) para 4A.

El mismo procedimiento se realizó con la variable tipo de tratamiento, las categorías en que se clasificaron las distintas modalidades terapéuticas fueron: tratamiento quirúrgico, tratamiento quirúrgico más radioterapia (RT) y/o quimioterapia (QT), RT y QT concomitante, sólo QT o RT y paliativo. Cabe destacar que los tratamientos propuestos en las primeras cuatro categorías son con intención curativa.

Los datos fueron procesados y analizados con el programa *SPSS Statics* versión 23.0. Para variables cuantitativas se utilizaron la media o mediana como medidas de tendencia central, y el desvío estándar y rango intercuartil como medidas de dispersión. Las cualitativas se presentan con frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó un gráfico de barras con intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se analizaron 563 pacientes. La variable edad se obtuvo de 470 de ellas. El rango fue de 21 a 84 años, con una mediana de 46, una media de 48,6 y un desvío estándar de 12,6 años.

Los diferentes estadios se presentaron con las siguientes frecuencias: E I N=117 (22%), E II N=196 (37%), E III N=186 (35%) y E IV N=33 (7%). Hubo un total de 31 pacientes de las cuales no se pudo recabar datos sobre esta variable. En la Figura 1 se grafica el porcentaje que representa cada uno de los estadios.

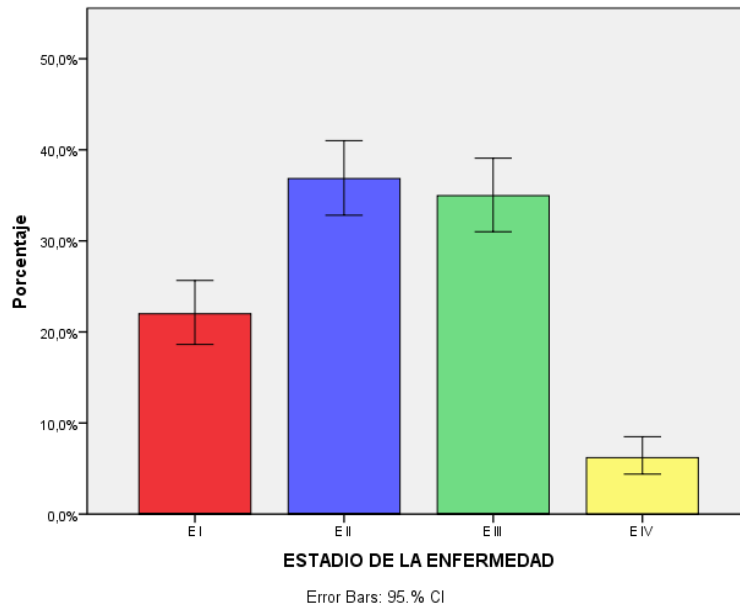


Figura 1: Representación gráfica del porcentaje de cada estadio de la enfermedad.

Teniendo en cuenta la clasificación de estadios de la FIGO, el que más recuento presentó fue el E 3B (N=183), le sigue el E 2B (N=174) y el E 1B (N=98).

El tipo de tratamiento realizado se consignó en 474 mujeres (84,19% de la muestra). El mayor porcentaje corresponde al tratamiento concomitante con QT y RT (71,7%, N=340), seguido por el quirúrgico (11,7%; N=55). La cirugía de elección fue la PIVER III (66,1% del total de las cirugías realizadas N=121), ya sea como único tratamiento, o combinada con QT y/o RT. La distribución de los tratamientos según estadios se puede ver en la Tabla 1.

TIPO DE TRATAMIENTO	ESTADIO				TOTAL
	E I	E II	E III	E IV	
Quirúrgico	49	5	0	1	55
Quirúrgico más QT y/o RT	17	5	0	2	24
QT y RT Concomitante	31	145	149	11	336
QT o RT	7	15	12	4	38
Paliativo	0	4	3	8	15
TOTAL	104	174	164	26	468

Tabla 1: Distribución de los tratamientos según estadio.

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el tratamiento se pudo analizar en un total de 362 pacientes. Éste fue menor a un año en 319 (88,1%) de ellas, e igual o mayor a un año en 43 mujeres (11,9%).

En el seguimiento se confirmó el óbito de 75 pacientes (13,3%); 121 mujeres (21,49%) están vivas y han realizado controles ginecológicos durante el año 2015 o en el período enero-julio del 2016. El porcentaje más significativo, es decir 65,19% (N=367) no tiene datos al respecto en ninguna de las fuentes consultadas.

La fecha del óbito se constató en 57 de las 75 pacientes fallecidas, y se obtuvo que la media de los años transcurridos desde el diagnóstico hasta su óbito fue 2,12 años y la

mediana 1 año, con un rango de 0 a 14 años. Analizando los cuartiles, se observó que en el 50% de la población este tiempo es de entre 1 y 2 años.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

A pesar del esfuerzo realizado no fue posible completar todos los campos de la base debido a que muchas las historias clínicas carecían de los datos. Este conflicto denota la imperiosa necesidad de implementar modalidades sistematizadas y confiables de recolección de datos, para luego poder analizarlos y extraer conclusiones que permitan mejorar y redireccionar las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello de útero.

De las pacientes de las que se obtuvo información, se destaca el escaso porcentaje que regresó al Hospital para control en el último año. El mayor número corresponde a mujeres de las que no se sabe si fallecieron o están vivas, y de ser así, si están libres de enfermedad. Estos datos revisten una importancia fundamental al momento de calcular la sobrevivencia y evaluar el resultado de los tratamientos.

Es desalentador observar que los estadios más frecuentes al momento del diagnóstico son el 3B y 2B. Se estima que, en promedio, pasan 10 años desde las lesiones precancerosas hasta el cáncer invasor; cabe entonces preguntarse ¿cuáles son los motivos por los que estas mujeres no fueron alcanzadas por los programas de prevención primaria de la salud? (9) Esto habla de la necesidad de seguir trabajando interdisciplinariamente en el *screening*, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- (1) **Instituto Nacional del Cáncer.** Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por IARC para Argentina en 2012 según localizaciones tumorales más frecuentes. <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/incidencia/> ultima vez:13/09/16
- (2) **Instituto Nacional del Cáncer.** Mortalidad por cáncer en hombres y mujeres de Argentina 2014. Distribución absoluta y relativa de los principales sitios tumorales.. <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/incidencia/> ultima vez: 13/06/09
- (3) **International Agency Research on Cancer: GLOBOCAN 2012 cervical cancer: Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012.** <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp> ultima vez: 12/09/16
- (4) **Instituto Nacional del Cáncer.** Datos epidemiológicos del Programa Nacional de Prevención de Cáncer cervicouterino. <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/index.php/equipos-de-salud/datos-epidemiologicos> última vez: 13/09/16
- (5) **Arrossi S.** 2008. Proyecto para el mejoramiento del Programa nacional de prevención de cáncer de cuello de útero en la Argentina. OPS/OMS Buenos Aires, Argentina. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000008cnt-05-Diagnostico_Pub64_OPS.pdf última vez: 13/06/09
- (6) **Programa Provincial de Oncología.** Situación del cáncer uterino en la provincia de Santa Fe. <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/165378/805186/file/Situaci%C3%B3n%20del%20c%C3%A1ncer%20de%20cuello%20uterino%20Santa%20Fe%202011.pdf> ultima vez 12/09/16.
- (7) **Chuang L., Temin S., Camacho R.,** 2016. Management and care of women with invasive cervical cancer: American Society of Clinical Oncology resource-stratified clinical practice guideline. J Global Oncol 10.1200/JGO.2016.003954
- (8) **Lorin L., Bertaut A., Hudry D., et al.,** 2015. About invasive cervical cancer a French population based study between 1998 and 2010. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 191,1-6.
- (9) **Shim S.H., Lee S.W., Park J.Y., et al.,** 2013. Risk assessment model for overall survival in patients with locally advanced cervical cancer treated with definitive concurrent chemoradiotherapy. Gynecol Oncol,128, 54–9.