

SEGUIMIENTO DE CANCER DEL UTERO

1970 - 1972

*Dr. Primitivo Correal B., M.S.P.**

INTRODUCCION

El Estudio Epidemiológico sobre Cáncer en el Departamento del Quindío se inició en enero de 1970, como un estudio prospectivo a diez años, tendiente a conocer una variedad de factores epidemiológicos que están ligados al problema del Cáncer y que se pueden resumir (1):

1. Distribución de casos de Cáncer en relación a localización raza y sexo.
2. Conocer el período de tiempo transcurrido entre los primeros síntomas al diagnóstico y tratamiento.
3. Estado clínico de la enfermedad cuando se hizo el primer diagnóstico.
4. Preparación del total de casos diagnosticados, confirmados por Anatomía Patológica.
5. Descripción del tratamiento inicial.
6. Supervivencia en relación a la localización del tumor, edad y sexo del paciente.
7. Estado del tumor en el momento de la defunción.

En el presente trabajo analizamos algunas características del Cáncer del Utero, durante los tres primeros años del Estudio.

Siendo el Cáncer Uterino el más frecuente dentro de la población femenina y sobre todo, llegando al diagnóstico en un estado avanzado cuando muy pocas esperanzas de éxito terapéutico puede alcanzarse, creemos que deben conocerse todos los hechos relacionados con el estudio del Carcinoma en el momento del diagnóstico y las demás variables epidemiológicas arriba indicadas, con el objeto de sacar las conclusiones más convenientes.

II. METODOLOGIA EMPLEADA

Con el objeto de alcanzar el máximo registro de pacientes, se siguieron los siguientes pasos a saber (2):

1. Diseño de formas estadísticas.
2. Divulgación de información al Cuerpo Médico del Departamento sobre los objetivos e importancia del Estudio.
3. Entrenamiento del médico coordinador y la señorita recolectora de datos en el Instituto Nacional de Cancerología.
4. Organización de la oficina de archivo de tumores.
5. Captación del paciente.

Preparación de la encargada de citas en el Hospital de Zona; consultorios médicos, Anatomía

*Coordinador Lucha contra el Cáncer. Servicio Seccional de Salud del Quindío. Armenia, Colombia.

Patológica, Rayos X, laboratorios; identificación de la Historia Clínica, visita periódica mensual o bimensual a las Instituciones de Salud para recolección de datos etc..

6. Seguimiento del Paciente.

Mediante encuestas domiciliarias, citas de pacientes visitados para control médico, entrevistas a Médicos para seguimiento de pacientes particulares, referencia a la Oficina Central por parte de los Médicos y consultas externas. Análisis semestral de la mortalidad suministrada por el Dane. Referencia de otras instituciones especializadas a nuestra oficina de los pacientes que han tratado, utilización de las emisoras para llegar a los pacientes que se consideran perdidos.

7. Referencia a Instituciones especializadas de los casos que no pueden ser tratadas en nuestro Hospital de Zona.

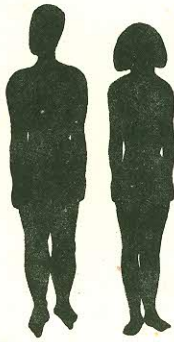
8. Informe mensual de la División de Epidemiología y Prevención del Instituto Nacional de Cancerología, donde se procesa y analiza la información.

III. ANALISIS

Partimos de la base de la gran confiabilidad del dato, ya que la casi totalidad de los casos (90o/o) tuvo confirmación anatómo-patológica.

La tabulación fue manual; se utilizaron los procedimientos estadísticos convencionales, para calcular prevalencia, incidencia y porcentaje de ocurrencia de acuerdo a las variables estudiadas. El análisis solo es descriptivo debido al corto tiempo que lleva el Estudio, pero se pretende que después de cinco años se puedan hacer cruces de variables y poder perfeccionar el proceso analítico.

ESTUDIO SOBRE CANCER
DEPARTAMENTO DEL QUINDIO
DISTRIBUCION DE CASOS POR SEXO Y LOCALIZACION ANATOMICA 1970 - 1972
FRECUENCIA DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO

%	Localización	Número		Número	Localización	%
39.5	APARATO DIGESTIVO	137		266	CUELLO UTERINO	44.5
16.4	PIEL	57		129	APARATO DIGESTIVO	21.5
12.4	APARATO RESPIRATORIO	43		71	PIEL	12.0
7.5	ORGANOS GENITALES	26		50	GLANDULAS MAMARIAS	8.5
5.0	GANGLIO LINF.	18		9	APARATO RESPIRATORIO	1.5
4.0	SISTEMA URINARIO	14		7	GANGLIO LINF.	1.0
1.5	SISTEMA NERVIOSO	5		2	SISTEMA URINARIO	0.3
13.5	OTRAS LOCALIZACIONES	48		64	OTRAS LOCALIZACIONES	11.5

IV. HALLAZGOS

En los cuadros y gráficas siguientes se resumen los siguientes hallazgos evaluados en el Estudio.

1. Frecuencia de Cáncer Uterino:

Durante los tres años del estudio se diagnosticaron 944 casos nuevos de cáncer en las diferentes localizaciones, siendo la correspondiente al cuello uterino, la más frecuente. Dentro del cáncer de la mujer ocupó el primer lugar con un 44.5o/o y en general para toda la población corresponde al 28.0o/o con un total de 266 casos nuevos.

2. Frecuencia de Cáncer de Utero según estado:

AÑO	IN-SI-TU	INVA-SIVO	TOTAL	TASAo/oooo
1970	45	51	96	114.6
1971	37	56	93	99.5
1972	36	41	77	74.2
TOTAL	118	148	266	96.1

En este cuadro vemos los siguientes hechos:

En 1970 con 96 casos nuevos diagnosticados correspondió a una incidencia de 114.6 por 0/oooo mujeres mayores de 15 años; en 1971 esa incidencia bajó al 99.5 y en 1972 fue de 74.2 por 0/oooo mujeres mayores de 15 años.

La sensible baja se podría explicar por posibles errores en los cálculos de población, que sólo podrán aclararse con el censo de población del presente año.

3. Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino:

AÑO	IN-SI-TU		INVASIVO		TOTAL	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
1970	—	0.0	31	60.5	31	32.0
1971	1	2.6	23	41.0	24	26.0
1972	—	0.0	8	19.5	8	12.0
TOTAL	1	0.9	64	43.0	65	24.0

Este cuadro nos muestra las muertes debidas al Cáncer de Utero, de acuerdo con el estado al momento del diagnóstico, discriminados por años, haciendo un corte al 31 de diciembre de 1972.

De las 96 pacientes diagnosticadas en 1970 habían muerto 31 todas ellas de Carcinoma Invasivo.

De las pacientes diagnosticadas en 1971 murió 1 de 37 casos de In-si-tu y 24 de 56 Invasivos, o sea el 43.0o/o.

Con relación a la muerte correspondiente al Carcinoma In-si-tu, propiamente no fue debida al Carcinoma sino a una complicación post-operatoria.

De las 41 pacientes diagnosticadas con Carcinoma Invasivo en 1972 se habían muerto 8 es decir el 19.5o/o.

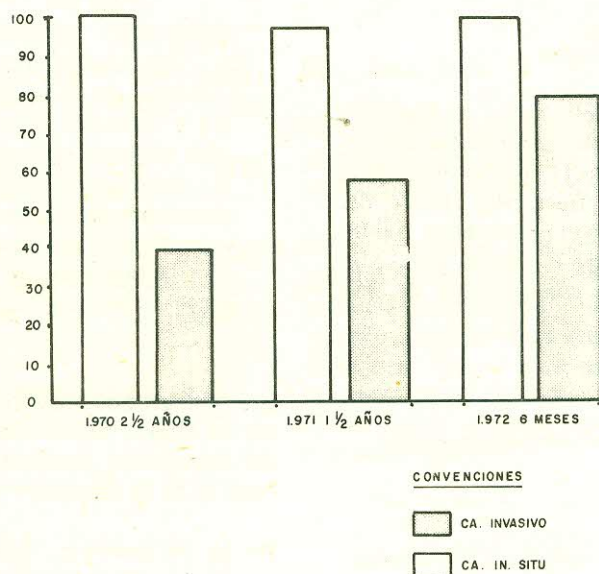
4. Supervivencia según estado del Tumor:

En esta gráfica se observa la supervivencia el 31 de diciembre de 1972 de acuerdo con el estado en el momento del diagnóstico.

Con relación a las pacientes de 1970, es decir con dos años y medio de seguimiento observamos lo siguiente:

Una supervivencia de 100.0o/o en las pacientes con Carcinoma incipiente; en cambio una supervivencia del 39.5o/o en las diagnosticadas con carcinoma invasivo.

SUPERVIVENCIA SEGUN ESTADO DEL TUMOR



Con relación a las pacientes de 1971 se observa una supervivencia del 97.4o/o en las pacientes con cáncer incipiente y solo de un 59.0o/o en las diagnosticadas con cáncer invasivo.

Al analizar los datos de las pacientes de 1972, es decir las que tienen un promedio de segui-

miento de 6 meses, el 100.0o/o de las diagnosti-
cadas como In Situ continúan en seguimiento, mientras que las diagnosticadas como invasivo, sólo el 80.5o/o no habían muerto.

5. Estado y Método de Tratamiento:

ESTADO	T R A T A D O S						NO TRATADOS	
	CIRUGIA		RADIOTERAPIA		MIXTO		No.	o/o
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o		
IN SITU	97	100.0	—	0.0	—	0.0	21	18.0
INVASIVO	17	19.0	62	70.0	9	11.0	60	40.5
TOTAL	114	61.0	62	33.0	9	6.0	81	30.5

En este cuadro se puede apreciar el método de tratamiento empleado de acuerdo con el estado en el momento del diagnóstico.

De las pacientes diagnosticadas durante los tres años, es decir 266, se trataron 185 o sea el 69.50/o las cuales corresponden a 97 carcinomas incipientes y 88 invasivos.

Con relación al carcinoma insitu, el 18.00/o no habían recibido tratamiento en la fecha de corte de este estudio; en cambio para cáncer invasivo, el porcentaje de no tratados fue mayor, alcanzando el 40.50/o. El tratamiento se clasificó como quirúrgico, radioterápico y mixto. El 100.00/o de las pacientes con carcinoma insitu recibieron tratamiento quirúrgico.

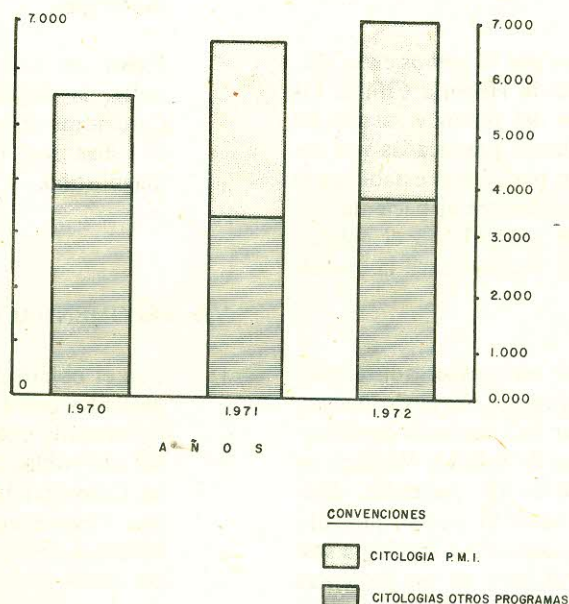
Con relación a las pacientes con carcinoma invasivo tratadas, el 70.00/o recibieron radioterapia como tratamiento único; el 19.00/o recibieron tratamiento quirúrgico y el 11.00/o tratamiento mixto, es decir cirugía y radioterapia.

Con relación a las 21 pacientes con carcinoma insitu no tratadas, se encontraron las siguientes razones:

1. Rechazo del tratamiento por parte del paciente o de los familiares.
2. Pacientes perdidas sin tratamiento debido a que no han regresado.
3. Inconvenientes momentáneos para el tratamiento, pero con interés de acudir a él.
4. En tres pacientes con biopsia positiva para carcinoma insitu, se practicaron citologías cervico-vaginales posteriormente con resultados negativos.
6. *Citologías Cervico-Vaginales tomadas distribución por Programa y por Años:*

En esta gráfica se aprecia el aumento progresivo del número de citologías durante los últimos tres años. Debiéndose en su mayoría este aumento a las citologías tomadas en el Programa Materno Infantil.

CITOLOGÍAS CERVICO-VAGINALES TOMADAS
DISTRIBUCION POR PROGRAMA Y POR AÑOS



V. DISCUSION

El Carcinoma del Utero comprende casi el 80o/o de las neoplasias malignas del aparato genital femenino.

El cuello es la parte preferida, siguiéndole en orden de frecuencia el cuerpo, el ovario, la vulva, la vagina, y la trompa (3).

La incidencia promedio de 96. casos por 100.000 mujeres mayores de 15 años durante el período de tres años estudiado, nos muestra el gran problema que representa el Cáncer de Cérvix dentro de la población femenina.

La Citología Cervico—vaginal permite descubrir tempranamente los casos, los cuales son más frecuentes a medida que aumenta la edad en la mujer, observándose la mayor frecuencia relativa en las mujeres de 45 años (4).

Desafortunadamente por el corto período de estudio no podemos derivar aún conclusiones definitivas sobre mortalidad y supervivencia de acuerdo a los estados del tumor en que se hace el diagnóstico, pero considerado como un solo grupo los casos de Carcinoma invasivo, puede observarse como a los dos años y medio promedio de seguimiento sólo vive el 39.5o/o de las pacientes; al año y medio únicamente el 59o/o y a los seis meses el 80.5o/o continúa con vida de acuerdo con el seguimiento.

El seguimiento se lleva a cabo por lo menos cada año, extractándose del control de la Historia Clínica los datos pertinentes a evolución del tumor y estado del paciente; las visitas domiciliarias practicadas por las auxiliares del Estudio, tienen por objeto establecer el estado de salud en que se encuentra el paciente, así como, en darles las citas de control con el Médico Ginecólogo, quien en último término hace la evaluación del proceso morbosos.

En un estudio longitudinal de esta embergadura, para todo el Departamento del Quindío, es obvio pensar, en la necesidad de establecer una perfecta coordinación entre todas las Agencias de Salud y Médicos en particular para evitar pérdidas de pacientes. Esta situación la hemos logrado hasta el punto que sólo perdemos un 29o/o de los pacientes con citología sospechosa y positivas, y un 18.5o/o de los pacientes diagnosticados como tal (5).

VI. CONCLUSIONES

El estudio de seguimiento de pacientes con Cáncer de Cuello Uterino en el Departamento del Quindío, nos muestra lo siguiente:

1. El Cáncer Uterino ocupa el primer lugar como localización general y representa el 44.5o/o del Cáncer en la mujer.
2. Anualmente se diagnostican un promedio de 89 casos nuevos de Cáncer Uterino, lo que corresponde a una tasa de 96 por 100.000 mujeres mayores de 15 años.
3. El 24.0o/o de las pacientes diagnosticadas habían muerto el 31 de diciembre de 1972.
4. Aproximadamente el 47.0o/o de los Carcinomas de Utero son diagnosticados en la etapa incipiente.
5. Como era de esperarse se aprecia en una forma clara la mayor supervivencia en las pacientes con Carcinoma In—si—tu que en las de Cáncer Invasivo.
6. 85 pacientes o sea el 69.5o/o recibieron tratamiento específico; el 61.0o/o quirúrgico, el 33.0o/o radioterápico y el 6.0o/o mixto.
7. En las pacientes con Carcinoma Invasivo, la gran mayoría 70.0o/o fueron tratadas con Radioterapia.
8. Existe un buen porcentaje de pacientes no tratadas, la mayoría de ellas con diagnóstico de Carcinoma Invasivo, esto debido a que muchas de ellas son intratables en el momento del diagnóstico.

VII. RECOMENDACIONES

1. Con el objeto de detectar un mayor número de pacientes con Carcinoma In—si—tu de cérvix se recomienda extender la citología Cervico—vaginal a la población mayor de 35 años (que llega a las Consultas Externas) que consultan en nuestros Organismos Sanitarios, ya que el grupo Materno—Infantil por lo general es menor de esa edad; donde menos probabilidades se encuentran de diagnosticar el tumor.

2. Perfeccionar las técnicas de seguimiento con el objeto de que un alto porcentaje de las pacientes tengan evaluación médica anual que nos per-

mita un análisis de todas las variables epidemiológicas que nos hemos propuesto.

BIBLIOGRAFIA

1. Gaitán Márquez, Eduardo. *Estudio epidemiológico en el Departamento del Quindío; proyecto 1969.*
2. Correal Barrios, Primitivo. *Estudio epidemiológico de cáncer en el Departamento del Quindío; informe 1970.*
3. Tortora, Mario. *Prevención del cáncer del útero y de la mama; monografía 1971.*
4. Correal Barrios, Primitivo. "Estudio de citología cervico-vaginal en el Departamento del Quindío 1966-1971". *Boletín del Instituto Nacional de Cancerología* (Bogotá) 2(3):57-62, Enero-Diciembre, 1972.
5. Correal Barrios, Primitivo. *Estudio epidemiológico; evaluación de actividades 1973.*