

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE MEDICINA



“CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES MENORES DE 50 AÑOS, ENTRE ENERO 2019 Y JUNIO 2023 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.”

Por

DR. EUGENIO ISAÍAS AGUAYO SAMANIEGO

Profesor titular del proyecto:

Dr. Med. Emilio Modesto Treviño Salinas

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

NOVIEMBRE, 2024

**“CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER
CERVICOUTERINO EN MUJERES MENORES DE 50 AÑOS, ENTRE
ENERO 2019 Y JUNIO 2023 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.”**

Aprobación de la tesis:



Dr. Med. Emilio Modesto Treviño Salinas
Director de la tesis



Dr. Med. Abel Guzmán López
Jefe de Servicio o Departamento



Dr. Med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fortaleza, perseverancia, resiliencia y disciplina para aferrarme a mis sueños y luchar por lo que quiero.

A mis papás Graciela y Esteban por siempre tener su respaldo en todo lo que busco hacer, por apoyarme hasta en los momentos más difíciles, por estar ahí siempre que los he necesitado.

A mi hermana Rebeca por ser mi más grande ejemplo, por siempre impulsarme a atreverme a hacer las cosas. Eres mi soporte, mi pilar, mi sustento más grande.

A Paco, Gera, Daniel, Fede, mis más grandes amigos y hermanos; siempre han sido un gran ejemplo que seguir, rendirse nunca ha estado en su vocabulario y eso me motivó a seguir adelante. Estaré eternamente agradecido con su apoyo y amistad incondicional.

A este equipo de trabajo, Marian, Miranda, este proyecto no se pudo haber realizado sin ustedes.

A mis maravillosos asesores de investigación, por el apoyo, la paciencia y el impulso que me dieron todos los días.

Y a Eugenio del pasado, todo lo que pasaste y te esforzaste para llegar a esta meta al fin ha rendido frutos. Debes estar orgulloso de todo lo que haz logrado y todo lo que estás por lograr.

De corazón, Gracias.

TABLA DE CONTENIDO

| Capítulo I | Página |
|-----------------------------|--------|
| 1. RESÚMEN | 9 |
| 1. ABSTRACT | 11 |
| Capítulo II | |
| 2. INTRODUCCIÓN | 13 |
| Capítulo III | |
| 3. HIPÓTESIS | 19 |
| Capítulo IV | |
| 4. OBJETIVOS | 20 |
| Capítulo V | |
| 5. MATERIAL Y MÉTODOS | 21 |
| Capítulo VI | |
| 6. RESULTADOS | 27 |
| Capítulo VII | |
| 7. DISCUSIÓN | 34 |
| Capítulo VIII | |
| 8. CONCLUSIÓN | 35 |

Capítulo IX

9.BIBLIOGRAFÍA 36

INDICE DE TABLAS

| Tabla | Página |
|--|---------------|
| 1. Características sociodemográficas y APNP de la población general.... | 27 |
| 2. Descripción de estados de procedencia de la población..... | 28 |
| 3. Descripción de frecuencia relativa y absoluta de estado civil de la población general..... | 29 |
| 4. Descripción de frecuencia relativa y absoluta de grado de escolaridad de la población general..... | 29 |
| 5. Descripción de frecuencia relativa y absoluta del tipo histológico de cáncer cervicouterino en la población general..... | 29 |
| 6. Descripción de frecuencia relativa y absoluta del subtipo histológico de cáncer cervicouterino en la población general..... | 30 |
| 7 Descripción de frecuencia relativa y absoluta de la variable histológica de cáncer cervicouterino en la población general..... | 31 |
| 8. Diferencia de proporciones de mortalidad entre grupos por tipo histológico..... | 31 |
| 9. Diferencia de proporciones de tabaquismo entre grupos por tipo histológico..... | 32 |
| 10 Diferencia de proporciones de gestas previas entre grupos por tipo histológico..... | 32 |

| | |
|---|----|
| 11. Diferencia de proporciones de antecedentes heredofamiliares de neoplasia por tipo histológico..... | 33 |
| 12. Descripción de frecuencia absoluta y relativa de estadio clínico en población general..... | 34 |
| 13. Descripción de frecuencia absoluta y relativa de estadio clínico dicotómico en población general..... | 36 |
| 14. Comparación entre estadio clínico y tipo histológico en población General..... | 37 |
| 15. Descripción de frecuencia absoluta y relativa del grado histológico en población general..... | 37 |
| 16. Comparación entre el grado y tipo histológico en población general..... | 37 |
| 17. Características clinico-epidemiologicas de la población por estadio clínico..... | 38 |
| 12. Características clinico-epidemiologicas de la población por grado histológico..... | 40 |

INDICE DE FIGURAS

| Figura | Página |
|--|---------------|
| 1. Frecuencia relativa de reporte histopatológico de cáncer cervicouterino en población general..... | 24 |

LISTA DE ABREVIATURAS

- VPH:** Virus del papiloma humano.
- OMS:** Organización mundial de la salud.
- CIE-10:** Clasificación internacional de Enfermedades 10'.
- FIGO:** Federación internacional de ginecología y obstetricia.
- APNP:** Antecedentes personales no patológicos.
- IVSA:** Inicio de vida sexual activa.

RESUMEN

INTRODUCCION:

El cáncer cervicouterino es causado por la infección persistente de serotipos de alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH), como el 16 y 18. Sin diagnóstico y tratamiento oportunos, puede progresar a cáncer invasor. En 2018, se reportaron 570,000 casos nuevos, siendo la segunda causa de muerte por cáncer en México. Estudios indican que la actividad sexual, el tabaquismo y el alcoholismo son factores de riesgo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha lanzado un programa para erradicarlo, con metas para la vacunación y el cribado. La nueva estadificación del cáncer cervicouterino se actualizó en 2021, reflejando cambios en su clasificación.

OBJETIVOS.

Describir las características clínico-epidemiológicas del cáncer cervicouterino de las pacientes menores a 50 años atendidas en el Hospital Universitario “José E. González” de enero 2019 a junio 2023.

MATERIAL Y METODOS.

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Se recaudaron datos sociodemográficos, clínicos y paraclínicos de los expedientes físicos de paciente con diagnóstico por CIE-10 C.53 correspondiente a tumor maligno del cuello del útero registrados por el departamento de estadística del Hospital Universitario “Dr. José E. González” entre Enero 2019 y Junio 2023. C Se realizó la descripción de frecuencia relativa y absoluta del tipo histológico reportado por el departamento de anatomía patológica.

RESULTADOS.

Se recabó los datos de 339 casos. La mediana de edad fue 39 años [34 – 46]. Se describió una mortalidad intrahospitalaria de 4.4% [n=15]. El 51% (n=164) fue población proveniente de Nuevo León. El reporte de las biopsias de anatomía patológica reportó un 89.1% de carcinoma espinocelular (n=302) y un 10% de adenocarcinoma (n=34) y un 0.9% de otros tipos de cáncer (n=3). El estadio clínico avanzado fue observado en 77.9% (n=264) de los casos. El grado histológico más frecuente fue moderadamente diferenciado en 67.3% (n=226) de los casos observados.

CONCLUSION.

El tipo histológico más frecuente reportado en nuestra población fue el carcinoma espinocelular, seguido del adenocarcinoma con una relación de 9:1 aproximadamente. El estadio clínico más frecuente fue estadio avanzado. El grado histológico más frecuente fue moderadamente diferenciado.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Cervical cancer is caused by the persistent infection of high-risk types of human papillomavirus (HPV), such as types 16 and 18. Without timely diagnosis and treatment, it can progress to invasive cancer. In 2018, there were 570,000 new cases reported, making it the second leading cause of cancer death in Mexico. Studies indicate that sexual activity, smoking, and alcohol consumption are risk factors. The World Health Organization has launched a program to eradicate it, with goals for vaccination and screening. The staging of cervical cancer was updated in 2021, reflecting changes in its classification.

OBJECTIVE

To describe the clinical and epidemiological characteristics of cervical cancer in patients under 50 years old treated at the “José E. González” University Hospital from January 2019 to June 2023.

MATERIAL AND METHOD

Descriptive, observational, retrospective, and cross-sectional study. Sociodemographic, clinical, and paraclinical data were collected from the physical records of patients diagnosed with ICD-10 C.53, corresponding to malignant tumors of the cervix, recorded by the statistics department of the 'Dr. José E. González' University Hospital between January 2019 and June 2023. The relative and absolute frequency of the histological type reported by the pathology department was described.

RESULTS.

Data was collected from 339 cases. The median age was 39 years [34 – 46]. An in-hospital mortality rate of 4.4% [n=15] was reported. 51% (n=164) of the population was from Nuevo

León. The pathology biopsy reports showed 89.1% squamous cell carcinoma (n=302), 10% adenocarcinoma (n=34), and 0.9% other types of cancer (n=3). An advanced clinical stage was observed in 77.9% (n=264) of the cases. The most common histological grade was moderately differentiated in 67.3% (n=226) of the observed cases.

CONCLUSION.

The most frequently reported histological type in our population was squamous cell carcinoma, followed by adenocarcinoma at an approximate ratio of 9:1. The most common clinical stage was advanced, and the most common histological grade was moderately differentiated

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es el resultado de la exposición a largo plazo del epitelio del cuello del útero debido a una infección persistente y progresiva de alguno de los diferentes serotipos de alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH); entre los cuales destacan el serotipo 16, 18, 31, 33, entre otros. (Bychkovsky et al., 2016; Soto-Fuenzalida et al., 2020)

Estos ocasionan lesiones intraepiteliales las cuales van evolucionando tras el paso de los años. A falta de un diagnóstico oportuno, campañas de prevención y retraso en el tratamiento, puede progresar hasta llegar a un cáncer in situ, e inclusive un cáncer invasor. (Bhatla et al., 2019; Soto-Fuenzalida et al., 2020)

Según la Organización mundial de la salud, en 2018 con 570,000 casos nuevos, el cáncer cervicouterino ocupó el cuarto lugar entre los cánceres más comunes en la mujer.(Buskwofie et al., 2020; Organization, 2020) En México, el cáncer cervicouterino, representa el segundo lugar entre las causas de neoplasia ginecológica; además de ser la segunda causa de muerte por cáncer, precedido por el cáncer de mama. Se estima una incidencia de 12.6 casos por cada 100,000 mujeres. Con una incidencia en mortalidad de 1.6 entre cada 100,000 personas.(J. et al., 2024)

Un estudio prospectivo, observacional llevado a cabo en el Hospital regional materno infantil de Nuevo León, realizado por Soto-Fuenzalida et al 2020, demostró que, de 30 pacientes con serotipos positivos para VPH, los serotipos 31, y 33 fueron los más frecuentes; y compara diferentes artículos realizados en México donde describen una situación similar. Esto nos deja a ver la necesidad de mejorar las medidas preventivas realizadas y la necesidad de ampliar la cobertura de serotipos con la vacuna (Bychkovsky et al., 2016; Soto-Fuenzalida et al., 2020)

En el último reporte de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia sobre el cáncer en la mujer, en 2021; se estima que, de los más de 600,000 casos anuales mundiales de cáncer cervicouterino, los serotipos 16 y 18 son los responsables de más del 70% de los casos reportados; siendo los serotipos 31, 33, 45 y 52 los responsables del resto reportado. (Bhatla et al., 2019; Bychkovsky et al., 2016; Shrestha et al., 2018)

Entre los años 2008 - 2012, Rossana Ruiz et al. 2017, realizaron un análisis retrospectivo en pacientes peruanas de 35 años o menores quienes eran pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Donde se revisaron 449 casos de pacientes con enfermedades epiteliales neoplásicas, reportando que el carcinoma de células escamosas era el tipo histológico más común (84.9%); el tamaño tumoral reportado era de 4.98cm, los estadios más comunes fueron el IIB (47.4%) y IIIB (25.8%), con un 82.3% de las pacientes con una enfermedad localmente avanzada. (Ruiz et al., 2017)

Así mismo, entre los años 2009-2013, Medeiros-Verzaro et al 2018, realizaron un estudio descriptivo y retrospectivo en Maranhao, Brasil, donde se caracterizaron los aspectos clínicos y sociodemográficos de 559 mujeres adultas mayores con diagnóstico de cáncer cervicouterino. Donde se encontró que la edad promedio de presentación era de 69.91 años, sin tabaquismo y alcoholismo. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma de células escamosas (80.5%), y el 29% de los casos se reportaron en un estadio IIIB. Recalcando la necesidad de reforzar y mejorar las campañas de prevención del cáncer cervicouterino.(Medeiros-Verzaro & Helia de Lima Sardinha, 2018)

Además, Rozario et al 2018, publicaron un estudio retrospectivo observacional de 1004 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino entre 2012 y 2014, en el hospital Inca de Río de Janeiro, Brasil. Donde reportaron de la misma manera que el tipo histológico más frecuente es el carcinoma de células escamosas (83.9%), siendo el 70% de las

pacientes mayores de 40 años (48.9 años), la mayoría de las pacientes con antecedente de tabaquismo (45.8%), y el estadio de presentación más frecuente fue IIIB-IV (46.8%), seguido por IIB-IIIA (26.8%) y por último IA-IIA (26.5%). (Rozario et al., 2019)

En 2021, Sanchez-Mercader et al, realizaron un estudio epidemiológico sobre la tasa de mortalidad del cáncer cervicouterino en la República mexicana y Yucatán. Donde se reportó que el grupo de edad con más riesgo de mortalidad incluye a las mujeres mayores de 70 años; además se reportó que los estados con mayor mortalidad eran Colima, Yucatán, Veracruz y Chiapas. (Sánchez-Mercader et al., 2021)

En 2018, Reynoso-Noveron et al, realizaron un estudio epidemiológico de la proyección de la mortalidad por cáncer en nuestro país. Donde se evidencio que la mortalidad por cáncer cervicouterino a nivel nacional ha disminuido del 2000 (9 por cada 100,000 mujeres) al 2020 (5.7 por cada 100,000 mujeres), al contrario del marcado aumento de la incidencia de la mortalidad por cáncer de mama (10 por cada 100,000 mujeres). Lo que nos habla de que las medidas de prevención y tratamiento han ido mejorando, pero sin ser suficiente.(Reynoso-Noverón & Torres-Domínguez, 2017)

Como factores de riesgo para presentar infección por VPH y desarrollar a futuro cáncer cervicouterino podemos encontrar que la actividad sexual es el principal factor de riesgo para contraer infección de VPH genital y que el número de parejas sexuales tanto de la mujer como de sus compañeros a lo largo de su vida influye directamente en el riesgo de infección. El inicio de vida sexual temprana, el tabaquismo y el alcoholismo forman parte de los diferentes factores de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino. (Rozario et al., 2019; Ruiz et al., 2017)

En 2021 se actualizó la estadificación del cáncer cervicouterino por la FIGO, dónde se dejó de considerar a la dimensión horizontal de invasión; por lo que hubo modificación en

el subgrupo IB; además se decidió que con algún nódulo linfático positivo se estadifica automáticamente como IIIC.

Por lo que la nueva estadificación del cáncer cervicouterino según la FIGO, queda de la siguiente manera(Bhatla et al., 2019):

Estadio I El carcinoma es estrictamente confinado al cérvix

IA Carcinoma Invasor que puede ser diagnosticado solo microscópicamente, con una invasión $\leq 5\text{mm}$

IA1 Invasión estromal \leq a 3mm en profundidad

IA2 Invasión estromal > 3 y \leq a 5mm

IB Carcinoma invasor mayor a 5 mm; con una lesión limitada al cuello uterino

IB1 Carcinoma invasor >5 mm de invasión estromal y ≤ 2 cm

IB2 Carcinoma invasor >2 cm y ≤ 4 cm

IB3 Carcinoma invasor > 4 cm

Estadio II Carcinoma que invade más allá del útero, pero que no se extiende al tercio inferior de la vagina, ni a pared pélvica.

IIA Involucro limitado a los dos tercios superiores de la vagina sin involucro de parametrios

IIA1 Carcinoma invasor ≤ 4 cm

IIA2 Carcinoma invasor > 4 cm

IIB Involucro de parametrios sin invadir pared pélvica

Estadio III El carcinoma involucra el tercio inferior de la vagina y/o se extiende hacia la pared pélvica y/o provoca hidronefrosis, falla renal y/o involucra nódulos linfáticos pélvicos y paraaórticos

IIIA Involucro del tercio inferior de la vagina, sin extensión a pared pélvica

IIIB Extensión a pared pélvica y/o hidronefrosis, falla renal

IIIC Involucro de nódulos linfáticos paraaórticos y pélvicos

IIIC1 Nódulos linfáticos pélvicos

IIIC2 Nódulos linfáticos paraaórticos

Estadio IV El carcinoma se extiende más allá de la pelvis verdadera, involucro a mucosa de vejiga o recto.

IVA Metástasis a órganos pélvicos adyacentes

IVB Metástasis a órganos distantes

En nuestro país contamos con el antecedente de dos estudios publicados en 2006 y 2013, en los que se realizó la caracterización de este en el hospital central de chihuahua y en el Instituto nacional de cancerología, respectivamente.

Salas-Urrita et al 2006, realizaron un estudio observacional y transversal donde se incluyeron a 2602 mujeres entre 13 y 80 años que se realizaron examen de Papanicolau durante el año 2004, donde reportaron que solo el 5.46% (142 pacientes) resultaron con diagnóstico de cáncer cervicouterino, donde el 90.1% se reportó como NIC I, y solo el 0.7% tumoración maligna no especificada. (Salas-Urrutia et al., 2006)

Solares-Jacinto et al 2013, realizó una estudio observacional, descriptivo y retrospectivo donde incluyo 2339 casos de cáncer cervicouterino diagnosticados entre 2004 y 2008 en el Instituto nacional de cancerología. Donde se encontró que el grupo de edad con mayor incidencia fue de 35 a 64 años, el estadio clínico más frecuente fue IIB a IVB, el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide de células grandes queratinizadas.(Rozario et al., 2019)

Se estima que para el 2030 existan más de 700,000 casos nuevos de cáncer cervicouterino al año. Esto ha llamado la atención a instituciones internacionales como la

OMS, por lo que se ha establecido un programa mundial para la erradicación del cáncer cervicouterino. Donde se busca que el 90% de las niñas estén vacunadas frente al VPH para la edad de 15 años, el 70% de las mujeres realicen su cribado anual con los exámenes de máxima calidad para los 35 años y 45 años, y que el 90% de las mujeres identificadas con cáncer cervicouterino reciban tratamiento. (Organization, 2020)

HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO

Debido que es un estudio de prevalencia, en el que se busca la descripción epidemiológica y clínica del cáncer cervicouterino en nuestro hospital; no se cuenta con una hipótesis.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Describir las características clínico-epidemiológicas del cáncer cervicouterino de las pacientes menores a 50 años atendidas en el Hospital Universitario “José E. González” de enero 2019 a junio 2023.

Objetivos secundarios:

1. Correlacionar el grado histológico del cáncer cervicouterino con el perfil demográfico de nuestra población
2. Determinar la prevalencia de los subtipos histológicos del cáncer de cervicouterino en un hospital de tercer nivel al norte del país.
3. Determinar la prevalencia de los factores de riesgo en las pacientes con cáncer cervicouterino en un hospital de tercer nivel.
4. Determinar si el diagnóstico primario de cáncer cervicouterino se realiza en nuestra institución o provienen referidas de hospitales de segundo nivel.

Material y métodos:

DISEÑO:

Es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal

UNIVERSO DE TRABAJO

Los datos se obtuvieron de los expedientes del archivo clínico de los casos registrados con el CIE-10 C53 cáncer cervicouterino, dentro de un periodo comprendido de enero 2019 a junio 2023.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

a) Criterios de inclusión

1. Mujeres entre 18 y 50 años con diagnóstico de cáncer cervicouterino

b) Criterios de exclusión

1. Registros repetidos
2. Expedientes incompletos
3. Expedientes con fecha diferente a la que abarca nuestro estudio
4. Pacientes mayores de 50 años y menores de 18 años

c) Criterios de eliminación

1. Expedientes que no concreten el diagnóstico definitivo por biopsia de cáncer cervicouterino.

MUESTRA:

Se solicitó la base de datos electrónica del registro de las pacientes con diagnóstico del CIE-10 C53, Neoplasias del cuello uterino. Donde se incluyeron solo los expedientes que cuenten con el diagnóstico por biopsia de cáncer cervicouterino. Por medio de la historia

clínica se obtuvieron las demás variables a estudiar como el estado civil, escolaridad, inicio de vida sexual, compañeros sexuales, fecha de última citología cervical y estadio clínico.

PROCEDIMIENTOS

Se realizó la búsqueda de los casos de cáncer cervicouterino en el Hospital Universitario “José E. González”, con apoyo del departamento de archivo clínico del hospital del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”; quienes proporcionaron una base de datos electrónica con los registros de los expedientes, edad, CIE-10 y entidad federativa de los expedientes a revisar de enero 2019 a junio 2023. Se eliminarán registros quienes no cuenten con expediente físico, o que no cumplan con el diagnóstico por biopsia de cáncer cervicouterino, además se excluirán los casos con Lesión intraepitelial de bajo grado o alto grado. Con los datos obtenidos del expediente clínico físico se realizó una nueva base de datos para agregar a las variables: número de compañeros sexuales, inicio de vida sexual, antecedentes heredofamiliares, tabaquismo, última citología cervical, y el resultado de histopatología.

VARIABLES POR ESTUDIAR

Además de las variables demográficas como sexo, edad, antecedentes personales de importancia, antecedentes gineco-obstétricos y de citología cervical, entre otros, también se revisaron variables de importancia clínica, como lo son:

| Nombre de la variable | Tipo de variable | Definición conceptual | Definición operacional | Unidad/Escala |
|------------------------------|-------------------------|---|--|----------------------|
| Estadio | Cualitativa | Etapa clínica que describe la extensión | Grado de extensión, tanto microscópica | I • IA |

| | | | | |
|--|------------------------|--|---|---|
| | | de la neoplasia, tanto local como a distancia (metástasis), el cual ya ha sido determinado en guías de diagnóstico y tratamiento internacionales | como macroscópica, la cual se determina mediante estudios histológicos y de imagen. [3] | <ul style="list-style-type: none"> ○ IA1 ○ IA2 ● IB <ul style="list-style-type: none"> ○ IB1 ○ IB2 ○ IB3 <p>II</p> <ul style="list-style-type: none"> ● IIA <ul style="list-style-type: none"> ○ IIA1 ○ IIA2 ● IIB <p>III</p> <ul style="list-style-type: none"> ● IIIA ● IIIB ● IIIC <ul style="list-style-type: none"> ○ IIIC1 ○ IIIC2 <p>IV</p> <ul style="list-style-type: none"> ● IVA ● IVB |
| Tipo histológico | Cualitativa | Tejido del cual se ha originado la neoplasia, así como su grado de diferenciación | Tipo histológico determinado en una muestra histológica obtenida por biopsia (o pieza quirúrgica) | <ul style="list-style-type: none"> ● Células escamosas ● Adenocarcinoma ● Carcinoma adenoescamoso ● Tumor neuroendocrino ● Otro |
| Institución en que se dió el diagnóstico | Cualitativa | Institución médica en que se realizó el diagnóstico y le fue reportado al paciente | Diagnóstico realizado en nuestra institución, o en una institución externa | <ul style="list-style-type: none"> ● Diagnosticado en nuestra institución ● Diagnosticado en institución externa |
| Tratamiento | Cualitativa dicotómica | Abordaje terapéutico utilizado en la paciente dependiendo de las características de la neoplasia y su estadio | Tratamiento utilizado | <ul style="list-style-type: none"> ● Quirúrgico <ul style="list-style-type: none"> ○ Con tratamiento adyuvante (especificando cual) ○ Sin tratamiento |

| | | | | |
|--|--------------------------|--|--|---|
| | | | | <p>adyuvante</p> <ul style="list-style-type: none"> • No quirúrgico |
| Tipo de tratamiento quirúrgico (variable de subgrupo, solo aplica en los pacientes en que se utilizó este tipo de tratamiento) | Cualitativo | Extensión de la resección quirúrgica de la lesión y de tejidos vecinos dependiendo de la extensión de esta, así como los deseos genésicos y otras características de la paciente | Extensión de la resección quirúrgica | <ul style="list-style-type: none"> • Conización • Traquelectomía • Histerectomía (especificada en grados) • Histerectomía radical • Exenteración pélvica |
| Factores de riesgo | Cualitativo (dicotómico) | Presencia (o ausencia) de antecedentes de exposición a factores de riesgo documentados para la presencia de cáncer cervicouterino, como lo son el tabaquismo, inicio temprano de vida sexual activa, multiparidad, uso prolongado de anticonceptivos orales, infección documentada por virus del papiloma humano, entre otros. | Valoración de la presencia (o ausencia) de cada uno de los antecedentes. | Si/No |

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En la estadística descriptiva se reportaron frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para las variables cuantitativas se reportaron medidas de tendencia central y dispersión (media/mediana; desviación estándar/rango Intercuantil).

En la estadística inferencial se evaluó la distribución de la muestra por medio de la prueba de Kolmogórov-Smirnov

Se comparó variables categóricas por medio de la prueba de Chi cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher. Para las comparar grupos independientes se utilizaron las pruebas de T-student y/o U de Mann Whitney. Se utilizaron los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman para identificar el grado de asociación entre variables continuas.

Se consideró un valor de $p < 0.05$ y un intervalo de confianza al 95% como estadísticamente significativo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.

Consideraciones éticas:

Debido a que se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional, no se tiene como objetivo el realizar intervenciones o toma de laboratorios; los cuales pongan en riesgo a los sujetos de estudio; por lo que se considera una investigación sin riesgo según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo N° 17. El presente estudio se llevó a cabo siguiendo lo expuesto en La Declaración de Helsinki y el código de las Buenas Prácticas Clínicas. Además, se sometió ante el Comité de Ética en Investigación y Comité de Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

No se compartió información personal de los expedientes revisados, excluyendo nombre, dirección. Con el fin de mantener la privacidad de las pacientes. La información obtenida se utilizó con fines exclusivos de investigación.

En miras de proteger la confidencialidad de la información recolectada de los sujetos de investigación, ésta fue recolectada en una base de datos codificada y especializada, cuyo acceso fue exclusivo del investigador principal y del tesista, en donde además todo identificador de los sujetos relacionado con su identidad será omitido, y sustituido con un identificador numérico. Una vez el estudio haya concluido, la base de datos será archivada y ya no se tendrá acceso a la misma.

Infraestructura, recursos humanos

El estudio se llevó a cabo dentro de las instalaciones del Hospital Universitario “José E. González” en el departamento de archivo, participaron médicos internos de pregrado, medico pasante del servicio social y un residente de posgrado de Ginecología y obstetricia.

RESULTADOS

La muestra recabada fue de 339 casos. Las características sociodemográficas y de antecedentes personales patológicos se resumen en la tabla 1. La Mediana de edad fue de 39 años con un rango Intercuantil de 34 a 46 años. La mediana de inicio de vida sexual activa en la población fue de 17 años, la mediana de contactos sexuales fue de 2 parejas. Se describió una prevalencia de tabaquismo de 14.5% (n=49). La mortalidad reportada en el expediente clínico fue de 4.4% (n=15). Únicamente 1.2% de las pacientes reportaron ser nuligesta (n=4) y hasta un 10.6% (n=36) contaban con antecedente de cáncer gineco obstétrico.

Tabla 1.

Características sociodemográficas y APNP de la población general.

| Características sociodemográficas | n | (%) |
|---|----|-----------|
| Edad, años Me [p ₂₅ – p ₇₅] | 39 | [34 – 46] |
| IVSA, # Me [p ₂₅ – p ₇₅] | 17 | [15 – 18] |
| Contactos sexuales, # Me [p ₂₅ – p ₇₅] | 2 | [1 – 3] |
| Tabaquismo | 49 | (14.5) |
| Mortalidad | 15 | (4.4) |
| Nuligesta | 4 | (1.2) |
| APP Cáncer gineco obstétrico | 36 | (10.6) |

Nota: Se describieron las frecuencias en frecuencia absoluta y relativa. Se describieron las medidas de tendencia central en Mediana y rango Intercuantil.

Se recabaron los expedientes de un hospital de tercer nivel de concentración del noreste de México. Representando los siguientes estados como los más representados en la muestra. El estado con mayor número de casos estudiados fue de Nuevo León con 51.3% (n=174), seguido de Tamaulipas con un 44.2% (n=150). El resto de la muestra 4.4% (n=25) son del estado de: Coahuila, Veracruz, CDMX, Chihuahua y San Luis Potosí.

Tabla 2

Tabla 2.

Descripción de estados de procedencia de la población.

| Estado de proveniencia | n (%) |
|------------------------|------------|
| Nuevo León | 174 (51.3) |
| Tamaulipas | 150 (44.2) |
| Veracruz | 1 (0.3) |
| Coahuila | 20 (2.9) |
| CDMX | 1 (0.3) |
| Chihuahua | 1 (0.3) |
| San Luis Potosí | 2 (0.6) |

Nota: Se describieron las frecuencias en frecuencia absoluta y relativa.

El estado civil más prevalente descrito en nuestra población fue casado con el 26.3% de los casos (n=123) de unión libre y soltero con el 24.8% y 24.5% de los casos respectivamente. El resto de la muestra se reportó como divorciada, separada o viuda conjuntando 14.4% (n=49) Tabla 3

Tabla 3.

Descripción de frecuencia relativa y absoluta de estado civil de la población general.

| Estado civil | n (%) |
|--------------|------------|
| Soltera | 83 (24.5) |
| Casada | 123 (36.3) |
| Unión libre | 84 (24.8) |
| Divorciada | 16 (4.7) |
| Separada | 1 (0.3) |
| Viuda | 32 (9.4) |

Nota: Se describieron las frecuencias en frecuencia absoluta y relativa.

El grado de escolaridad más prevalente descrito en la población atendida en el periodo del estudio fue de secundaria con 55.2% de los casos recabados (n=187). Seguido de preparatoria con 19.2% (n=65) y primaria con 17.1% de los casos (n=58). Siendo el resto de los casos observados: sin escolaridad, técnicos y licenciatura responsables del 8.4% de la muestra (n=29). Tabla 4

Tabla 4.

Descripción de frecuencia relativa y absoluta de grado de escolaridad de la población general.

| Escolaridad | n (%) |
|--------------|------------|
| Ninguna | 3 (0.9) |
| Primaria | 58 (17.1) |
| Secundaria | 187 (55.2) |
| Preparatoria | 65 (19.2) |
| Técnico | 1 (0.3) |
| Licenciatura | 25 (7.4) |

Nota: Se describieron las frecuencias en frecuencia absoluta y relativa.

En la descripción por histopatología el tipo histológico más prevalente fue carcinoma espinocelular con 89.1% de los casos (n=302), seguido de adenocarcinoma con 10% de los casos (n=34) y 0.9% se describieron como otros tipos histológicos (n=3) Tabla. 5. En la descripción detalla de subtipo histológico se describió como la más frecuente al subtipo carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado en el 62% de los casos (n=211), de los adenocarcinomas el más incidente fue el adenocarcinoma moderadamente diferenciado en 4.4% de los casos (n=15), de los casos descritos como otros tipos histológicos correspondieron a carcinoma neuroendocrino de células pequeñas y carcinosarcoma en 0.6% y 0.3% de los casos respectivamente. Se realiza la descripción detallada de los subtipos histológicos en la tabla 6.

Tabla 5. Descripción de frecuencia relativa y absoluta del tipo histológico de cáncer cervicouterino en la población general.

| Tipo histológico | n (%) |
|-------------------------|------------|
| Carcinoma espinocelular | 302 (89.1) |
| Adenocarcinoma | 34 (10.0) |
| Otros tipos | 3 (0.9) |

Nota: Se describieron las frecuencias en frecuencia absoluta y relativa.

Figura 1. Frecuencia relativa de reporte histopatológico de cáncer cervicouterino en población general.

REPORTE HISTOLOGICO DE CANCER CERVICOUTERINO

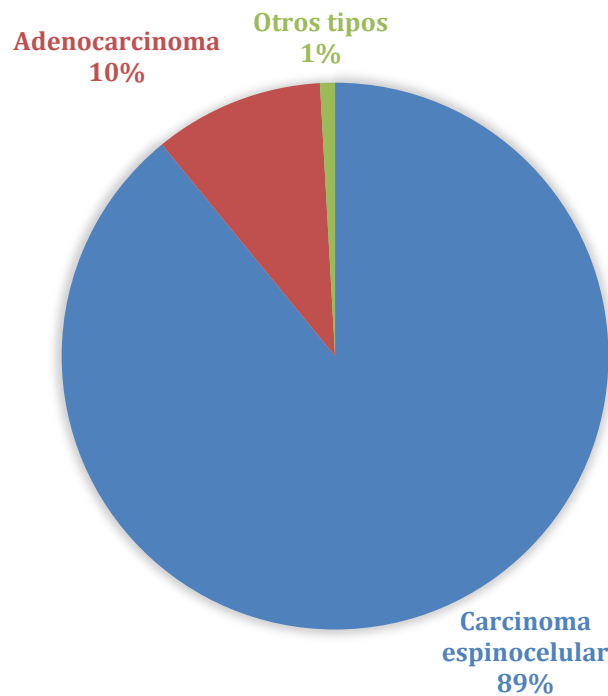


Tabla 6.

Descripción de frecuencia relativa y absoluta del subtipo histológico de cáncer cervicouterino en la población general.

| Subtipo histológico | n | (%) |
|--|-----|--------|
| Adenocarcinoma bien diferenciado | 6 | (1.8) |
| Adenocarcinoma de células claras | 1 | (0.3) |
| Adenocarcinoma in situ | 1 | (0.3) |
| Adenocarcinoma moderadamente diferenciado | 15 | (4.4) |
| Adenocarcinoma poco diferenciado | 11 | (3.2) |
| Carcinoma espinocelular bien diferenciado | 18 | (5.3) |
| Carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado | 211 | (62.2) |
| Carcinoma espinocelular poco diferenciado | 73 | (21.5) |
| Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas | 2 | (0.6) |
| Carcinosarcoma | 1 | (0.3) |

Nota: Se describieron las frecuencias en frecuencia absoluta y relativa.

En la descripción de la variable histológica el más descrito fue el invasor, seguido del queratinizante y el villoglandular, con 93.2%, 24.8% y 1.2% de los casos respectivamente.

Tabla 7.

Tabla 7.

Descripción de frecuencia relativa y absoluta del variable histológica de cáncer cervicouterino en la población general.

| Variable histológica | n (%) |
|----------------------|------------|
| Invasor | 316 (93.2) |
| Queratinizante | 84 (24.8) |
| Villoglandular | 4 (1.2) |

Nota: Se describieron las frecuencias en frecuencia absoluta y relativa.

Al compara mortalidad entre grado histológico se describió una mortalidad intrahospitalaria de 2.9% (n=1) en los casos de adenocarcinoma contra un 4.6% (n=14), sin encontrar una diferencia estadísticamente significativa $p = 1$. Tabla 8

Tabla 8.

Diferencia de proporciones de mortalidad entre grupos por tipo histológico.

| | Carcinoma espinocelular n (%) | Adenocarcinoma n (%) | Valor de P |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|---------------|
| Vivo | 288 (95.4) | 33 (97.1) | |
| Defunción intrahospitalaria | 14 (4.6) | 1 (2.9) | |
| Total | 302 (100) | 34 (100) | 1.0 |

Nota: Diferencias entre las proporciones fueron evaluadas mediante test exacto de Fisher. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$

En la comparación de tipo histológico entre el grupos de fumadores y no fumadores se describió una prevalencia de tabaquismo del 13.9% (n=42) y 14.7% (n=5) en el grupo con carcinoma espinocelular y adenocarcinoma respectivamente. No se describió una

diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con un valor de $p = .899$. Tabla 9.

Tabla 9.

Diferencia de proporciones de tabaquismo entre grupos por tipo histológico.

| | Carcinoma espinocelular n (%) | Adenocarcinoma n (%) | Valor de P |
|---------------------|----------------------------------|-------------------------|---------------|
| Tabaquismo positivo | 42 (13.9) | 5 (14.7) | |
| Tabaquismo negativo | 260 (86.1) | 29 (85.3) | |
| Total | 302 (100) | 34 (100) | 0.889 |

Nota: Diferencias entre las proporciones fueron evaluadas mediante X^2 de Pearson. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$

En la comparación de tipo histológico entre el grupos de fumadores y no fumadores se describió una prevalencia de tabaquismo del 13.9% (n=42) y 14.7% (n=5) en el grupo con carcinoma espinocelular y adenocarcinoma respectivamente. No se describió una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con un valor de $p = .899$. Tabla 10.

Tabla 10.

Diferencia de proporciones de gestas previas entre grupos por tipo histológico.

| | Carcinoma espinocelular n (%) | Adenocarcinoma n (%) | Valor de P |
|------------|----------------------------------|-------------------------|---------------|
| Múltiparas | 298 (98.7) | 34 (100) | |
| Nulíparas | 4 (1.3) | 0 (0) | |
| Total | 302 (100) | 34 (100) | 1.0 |

Nota: Diferencias entre las proporciones fueron evaluadas mediante Test exacto de fisher. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$

Se describió una prevalencia de antecedentes heredofamiliar de cáncer gineco-obstétrico de 10.6% (n=32) en el grupo cáncer espinocelular y de 8.8% (n=3) en el grupo con

adenocarcinoma. Sin reportarse diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p=.420$). Tabla 11

Tabla 11.

Diferencia de proporciones de antecedentes heredofamiliares de neoplasia por tipo histológico.

| | Carcinoma espinocelular n (%) | Adenocarcinoma n (%) | Valor de P |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|---------------|
| Cáncer gineco- obstétrico | 32 (10.6) | 3 (8.8) | |
| Otros tipo de cáncer | 12 (4.0) | 3 (8.8) | |
| Negado | 258 (85.4) | 28 (82.4) | |
| Total | 302 (100) | 34 (100) | 0.420 |

Nota: Diferencias entre las proporciones fueron evaluadas mediante Test exacto de fisher. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$.

En la descripción del estadio clínico, el más prevalente fue IIB con 16.5% ($n=56$), seguido de IIIC1 con 15.3% ($n=52$) y en tercer lugar los estadios IIIB y IVA, ambos con 15.0% ($n=51$). Los estadios menos prevalentes fueron in situ 0.3% ($n=1$) y IA1 e IA2 con 0.6% ($n=2$) en ambos casos. La descripción de frecuencias completa se observa en la tabla 12.

Tabla 12.

Descripción de frecuencia absoluta y relativa de estadio clínico en población general.

| Estadio clínico | n (%) |
|-----------------|-----------|
| IA1 | 2 (0.6) |
| IA2 | 2 (0.6) |
| IB1 | 15 (4.4) |
| IB2 | 20 (5.9) |
| IB3 | 12 (3.5) |
| IIA1 | 8 (2.4) |
| IIA2 | 16 (4.7) |
| IIB | 56 (16.5) |
| IIIA | 11 (3.2) |

| | |
|---------|-----------|
| IIIB | 51 (15.0) |
| IIIC1 | 52 (15.3) |
| IIIC2 | 17 (5.0) |
| IVA | 51 (15.0) |
| IVB | 25 (7.4) |
| In situ | 1 (0.3) |
| Total | 339 (100) |

Nota: Se describieron las frecuencias en frecuencia absoluta y relativa.

En la descripción de estadio bajo de IA1 a IIA2 y estadio avanzado de IIB en adelante. Se describió como la presentación más frecuente en nuestra población el estadio avanzado con 77.9% de los casos (n=264) y 22.1% en estadio bajo (n=75). Tabla 13

Tabla 13.

Descripción de frecuencia absoluta y relativa de estadio clínico dicotómico en población general.

| Estadio clínico | n (%) |
|------------------|------------|
| Estadio bajo | 75 (22.1) |
| Estadio avanzado | 264 (77.9) |
| Total | 339 (100) |

Nota: Se describieron las frecuencias en frecuencia absoluta y relativa.

Al comparar las diferencias de proporciones entre el tipo histológico y el estadio clínico en que se presentan los pacientes en nuestra población. Se observó que el 80.1% (n=242) de los carcinomas espinocelulares se presentan en estadio avanzado, comparado con 55.9% (n=19) de los adenocarcinomas, siendo esta una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$). Confiriendo en nuestra población el tener carcinoma espinocelular una razón de posibilidades de 1.434 (IC al 95%, 1.058 – 1.945) para presentar un estadio clínico avanzado. Tabla 14.

Tabla 14.

Comparación entre estadio clínico y tipo histológico en población general

| | Carcinoma espinocelular n (%) | Adenocarcinoma n (%) | Valor de P |
|------------------|----------------------------------|-------------------------|---------------|
| Estadio bajo | 60 (19.9) | 15 (44.1) | |
| Estadio avanzado | 242 (80.1) | 19 (55.9) | |
| Total | 302 (100) | 34 (100) | .001 |

Nota: Diferencias entre las proporciones fueron evaluadas mediante X^2 de Pearson. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$.

El grado histológico más frecuente en nuestra población fue el moderadamente diferenciado con 67.3% (n=226), seguido del poco diferenciado en el 25.0% de los casos (n=84) y en última instancia el poco diferenciado en el 7.7% de los casos (n=26). Tabla 15.

Tabla 15.

Descripción de frecuencia absoluta y relativa del grado histológico en población general.

| Grado histológico | n (%) |
|----------------------------|------------|
| Bien diferenciado | 26 (7.7) |
| Moderadamente diferenciado | 226 (67.3) |
| Poco diferenciado | 84 (25.0) |
| Total | 336 (100) |

Nota: Se describieron las frecuencias en frecuencia absoluta y relativa.

Al realizar el contraste entre el grado y tipo histológicos no se encontró una diferencia de proporciones entre un grado histológico bajo contra un grado histológico moderado y alto. Se observó que el 75.8% (n=229) de los carcinomas espinocelulares fueron moderado y bien diferenciados contra un 67.6% (n=23) sin ser estadísticamente significativa ($p=.296$)

Tabla 16.

Comparación entre el grado y tipo histológico en población general

| | Carcinoma espinocelular n (%) | Adenocarcinoma n (%) | Valor de P |
|------------------------------|----------------------------------|-------------------------|---------------|
| Poco diferenciado | 73 (24.2) | 11 (32.4) | |
| Moderado y bien diferenciado | 229 (75.8) | 23 (67.6) | |

| | | | |
|-------|-----------|----------|------|
| Total | 302 (100) | 34 (100) | .296 |
|-------|-----------|----------|------|

Nota: Diferencias entre las proporciones fueron evaluadas mediante X^2 de Pearson. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$.

Las características clínico-epidemiológicas compartidas por grupos según su estadio clínico bajo o alto no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Se describió una Mediana de edad de 39 años [34 – 46] y 40 años [34 – 45] en los grupos de estadio bajo y alto respectivamente. El estado de mayor representabilidad en nuestra población fue Nuevo León con el 54.7% (n=41) en el grupo de estadio bajo y 50.2% (n=131) en el grupo de estadio alto. No se describió diferencia en el grado de escolaridad teniendo hasta escolaridad básica el 76.0% (n=57) el grupo de estadio bajo y 72.4% (n=189) el grupo de estadio alto. La mediana de edad de IVSA fue de 17 años [15 – 18] en población general y ambos grupos. La mediana de contactos sexuales previos fue de 1 contacto [2-3] en población general y ambos grupos. El porcentaje de AHF de cáncer ginecoobstétrico fue de 12.0% (n=9) y 10.0% (n=26) en el grupo de estadio bajo y alto respectivamente. Solamente se describió un 2.7% (n=2) de pacientes nuligesta en el grupo con estadio bajo contra 0.8% (n=2) en el grupo de estadio alto. El porcentaje de casos con APNP de tabaquismo positivo fue de 10.7% (n=8) y 14.3% (n=39) en los grupos de estadio bajo y alto. No se describió diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad intrahospitalaria entre los grupos con estadio bajo y alto, describiéndose un porcentaje de 1.3% (n=1) y 5.4% (n=14) respectivamente. Tabla 17.

Tabla 17.

Características clínico-epidemiológicas de la población por estadio clínico.

| | Total n (%) | Estadio bajo n (%) | Estadio alto n (%) | Valor de P |
|---------------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| Edad, años Me [p25 – p75] | 39 [34 – 46] | 39 [34 – 46] | 40 [34 – 45] | .956 |
| Estado | | | | .790 |
| Nuevo León | 172 (51.2) | 41 (54.7) | 131 (50.2) | |
| Tamaulipas | 149 (44.3) | 31 (41.3) | 118 (45.2) | |
| Otros estados | 15 (4.5) | 3 (4.0) | 12 (4.6) | |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|------|
| Escolaridad | Basica | 246 (73.2) | 57 (76.0) | 189 (72.4) | .537 |
| | Media o superior | 90 (26.8) | 18 (24.0) | 72 (27.6) | |
| IVSA, años Me [p25 – p75] | | 17 [15 – 18] | 17 [15 – 18] | 17 [15 – 18] | .908 |
| Parejas sexuales, contactos Me [p25 – p75] | | 2 [1-3] | 2 [1-3] | 2 [1-3] | .588 |
| AHF Cancer | Ca ginecologico | 35 (10.4) | 9 (12.0) | 26 (10.0) | .864 |
| | Otros tipos | 15 (4.5) | 3 (4.0) | 12 (4.6) | |
| | Negado | 286 (85.1) | 63 (84.0) | 223 (85.4) | |
| Gestas | Multipara | 332 (98.8) | 73 (97.3) | 259 (99.2) | .181 |
| | Nuligesta | 4 (1.2) | 2 (2.7) | 2 (0.8) | |
| Mortalidad | Viva al alta | 321 (95.5) | 74 (98.7) | 247 (94.6) | .205 |
| | Defuncion intrahospitalaria | 15 (4.5) | 1 (1.3) | 14 (5.4) | |
| Tabaquismo | Positivo | 47 (14.0) | 8 (10.7) | 39 (14.3) | .347 |
| | Negativo | 289 (86.0) | 67 (89.3) | 222 (85.1) | |

Nota: Se describieron las frecuencias en frecuencia absoluta y relativa. Diferencias entre las proporciones fueron evaluadas mediante X^2 de Pearson o test exacto de Fisher dependiendo el número de casos observados por grupo. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$.

No se describieron diferencias en las características clinico-epidemiologicas entre los grupos por grado histológico, salvo en mortalidad. La mediana de edad descrita por grado histológico fue 39 años [34 – 46] y 40 años [34 – 45] en el grupo poco diferenciado y moderadamente/bien diferenciado. El estado más representativo de la población fue Nuevo León en ambos grupos, con un 53.6% (n=45) en el grupo poco diferenciado y 50.2% (n=131) en el grupo moderadamente/bien diferenciado. No se describieron diferencias en el grado de escolaridad entre el grupo poco diferenciado y moderadamente/bien diferenciado siendo de 72.6% (n=61) y 73.4% (n=185) respectivamente. La mediana de edad de IVSA fue de 17 años en ambos grupos con un rango Intercuantil de 14 a 18 años en el poco diferenciado y 15 a 18 años en el moderadamente/bien diferenciado. El número de contactos sexuales fue el mismo en ambos grupos con 2 parejas [1 – 3]. Los AHF de cáncer ginecoobstetrico fue de 10.7% (n=9) y 10.3% (n=26) en los grupos poco diferenciado y moderadamente/bien diferenciado respectivamente. No se observaron casos de pacientes nulíparas en el grupo con grado histológico poco diferenciado, contrastado con 4 casos de mortalidad

intrahospitalario en el grupo moderadamente/bien diferenciado. Se observó una prevalencia de tabaquismo positivo en el 14.3% (n=12) y 13.9% (n=35) de los casos en los grupos poco diferenciado y moderadamente/bien diferenciado. Tabla 18.

Se describió una mortalidad intrahospitalaria de 13.1% (n=11) en el grupo con grado histológico poco diferenciado y 1.6% (n=4), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < .001$), presentado una razón de posibilidades para mortalidad intrahospitalaria de 8.25 (IC al 95%, 2.69 – 25.2) el presentar un grado histológico poco diferenciado en nuestra población. Tabla 18.

Tabla 18.

Características clinico-epidemiológicas de la población por grado histológico.

| | | Total | | Poco diferenciado | | Mod. y bien diferenciado | | Valor de P |
|--|-----------------------------|-------|-----------|-------------------|-----------|--------------------------|-----------|-----------------|
| | | n | (%) | n | (%) | n | (%) | |
| Edad, años Me [p25 – p75] | | 39 | [34 – 46] | 39 | [34 – 46] | 40 | [34 – 45] | .926 |
| Estado | Nuevo León | 172 | (51.2) | 45 | (53.6) | 131 | (50.2) | .088 |
| | Tamaulipas | 149 | (44.3) | 32 | (38.1) | 117 | (46.4) | |
| | Otros estados | 15 | (4.5) | 7 | (8.3) | 8 | (43.2) | |
| Escolaridad | Básica | 246 | (73.2) | 61 | (72.6) | 185 | (73.4) | .887 |
| | Media o superior | 90 | (26.8) | 23 | (27.4) | 67 | (26.6) | |
| IVSA, años Me [p25 – p75] | | 17 | [15 – 18] | 17 | [14 – 18] | 17 | [15 – 18] | .488 |
| Parejas sexuales, contactos Me [p25 – p75] | | 2 | [1-3] | 2 | [1-3] | 2 | [1-3] | .924 |
| AHF Cancer | Ca ginecológico | 35 | (10.4) | 9 | (10.7) | 26 | (10.3) | .565 |
| | Otros tipos | 15 | (4.5) | 2 | (2.4) | 13 | (5.2) | |
| | Negado | 286 | (85.1) | 73 | (86.9) | 213 | (85.4) | |
| Gestas | Múltipara | 332 | (98.8) | 84 | (100) | 248 | (98.4) | .576 |
| | Nuligesta | 4 | (1.2) | 0 | (0) | 4 | (1.6) | |
| Mortalidad | Viva al alta | 321 | (95.5) | 73 | (86.9) | 248 | (98.4) | <.001 |
| | Defunción intrahospitalaria | 15 | (4.5) | 11 | (13.1) | 4 | (1.6) | |
| Tabaquismo | Positivo | 47 | (14.0) | 12 | (14.3) | 35 | (13.9) | .928 |
| | Negativo | 289 | (86.0) | 72 | (85.7) | 217 | (86.1) | |

Nota: Se describieron las frecuencias en frecuencia absoluta y relativa. Diferencias entre las proporciones fueron evaluadas mediante X^2 de Pearson o test exacto de Fisher dependiendo el número de casos observados por grupo. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$.

DISCUSION

Existe poca literatura de la epidemiología y caracterización histopatológica del cáncer cervicouterino en nuestro país. Desde décadas anteriores y actualmente la infección por el VPH sigue siendo la causa más frecuente de riesgo para desarrollar cáncer cervicouterino. En nuestro estudio recabamos los principales factores de riesgo que están íntimamente relacionado con la infección por VPH, se destacan: A) El inicio de vida sexual activa en la población de estudio fue entre 15- 18 años (con una media de 17 años) esto principalmente a la escasa educación sexual, falla o escaso uso de métodos de barrera y por la pobre aplicación de la vacuna contra el VPH; que funcionan como métodos preventivos para contraer la infección por el VPH. B) El número de parejas sexuales fue de 1-3 parejas (con una media de 2 parejas) es un dato bastante destacable debido a la estrecha relación entre el número de contactos sexuales con el incremento de infección por VPH. C) El tabaquismo se considera que las mujeres que consumen tabaco (14.5 en nuestro estudio) tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino, debido principalmente al efecto dañino que genera a nivel del ciclo celular.

Otros factores sociodemográficos a destacar en este estudio son: A) El antecedente de cáncer gineco obstétricos en las familiares de primer grado de las mujeres en nuestro estudio 36 (media 10.6) entre los cánceres que se recabaron en el estudio son: cáncer cervicouterino, cáncer de endometrio y cáncer de ovario dentro de los familiares de nuestro grupo poblacional en estudio, y se ha asociado estrecha relación en el incremento de cáncer cérvico uterino en las mujeres cuya familia tiene el antecedente de alguno de los tipos de cáncer mencionados. B) La mortalidad del cáncer cérvico uterino en las pacientes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Universitario

“Dr. José E. González” fue de 15 (media 4.4), es decir el impacto que tiene el cáncer cérvico uterino en la población es importante, ya que, es un tipo de cáncer que se puede prevenir con la aplicación de la vacuna de VPH y el uso de métodos de barrera, que hoy en día gran parte de la población no utiliza y puede incrementar el riesgo a una infección por VPH y en la peor de las circunstancias a un desarrollo de cáncer.

Al comparar nuestros resultados con lo descrito en la CDMX en el Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) observamos una proporción similar de adenocarcinoma de 9.0%, carcinoma espinocelular de 77.6% y 13.4% de otros tipos en un periodo observado entre el 2004 y 2008. La desproporción entre el diagnóstico de otros tipos de casos puede ser explicada al ser un centro de referencia a nivel nacional donde el número de casos observados en su centro de histopatologías atípicas se espera estar sobrerrepresentada en contraste con la población general.

El estadio clínico más frecuente en nuestra población fue el IIB, seguido del IIIC y la menos prevalente, in situ. Esto es coincidente con lo observado en la población descrita en la CDMX en el INCAN en el periodo de 2004 a 2008, reforzando la observación de que el cáncer cervicouterino se presenta en estadios clínicos avanzados con mayor frecuencia en población mexicana, sin presentar cambios en dos regiones con alta densidad población y acceso a la salud en el país con más de una década de separación. Al ser una enfermedad con tratamiento preventivo y curable en estadios tempranos, se debería promover el seguimiento constante de la epidemiológica y caracterización clínico-epidemiológicas de la población para monitorizar de manera constante las repercusiones de las estrategias de salud pública en el país.

CONCLUSION

La mediana de edad en la población fue de 39 años [34 – 46], el estado más representado fue Nuevo León en el 51.3% de los casos. La mediana de edad de IVSA fue de 17 años [15 – 18] en la población, con una mediana de contactos sexuales de 2 [1 – 3]. El 14.5% de la población presentaba APNP de tabaquismo positivo. Se describió una mortalidad intrahospitalaria de 4.4%. Se observaron una prevalencia de 1.2% de nuligesta en los casos observados y AHF de primer grado de cáncer gineco obstétrico en 10.6% de los casos. Se observó una mortalidad intrahospitalaria de 4.4% en el periodo de estudio observado en nuestra población.

El tipo histológico más frecuente reportado en las biopsias de cáncer cervicouterino, en el hospital universitario “Dr. José E. González” entre Enero 2019 y Junio 2023 fue carcinoma espinocelular con un 89.1%, seguido de adenocarcinoma con el 10%, carcinoma neuroendocrino de células pequeñas en 0.6% y Carcinosarcoma en 0.3% de los casos.

El grado histológico más prevalente en la población fue el moderadamente diferenciado con 67.3% de los casos, seguido de poco diferenciado en el 25% de los casos y el menos prevalente fue el bien diferenciado 7.7%.

El estadio clínico más prevalente en la población estudiada fue el avanzado en 77.9% y 22.1% se reportaron como estadio bajo.

El presentar carcinoma espinocelular en nuestra población confiere una razón de posibilidades de 1.434 (IC al 95%, 1.058 – 1.945) para presentar un estadio clínico avanzado.

El presentar un grado histológico poco diferenciado en nuestra población confiere una razón de posibilidades para mortalidad intrahospitalaria de 8.25 (IC al 95%, 2.69 – 25.2).

BIBLIOGRAFIA

- Bhatla, N., Berek, J. S., Cuello Fredes, M., Denny, L. A., Grenman, S., Karunaratne, K.,...Natarajan, J. (2019). Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet*, 145(1), 129-135. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12749>
- Buskwofie, A., David-West, G., & Clare, C. A. (2020). A review of cervical cancer: incidence and disparities. *Journal of the National Medical Association*, 112(2), 229-232.
- Bychkovsky, B. L., Ferreyra, M. E., Strasser-Weippl, K., Herold, C. I., de Lima Lopes, G., Jr., Dizon, D. S.,...Goss, P. E. (2016). Cervical cancer control in Latin America: A call to action. *Cancer*, 122(4), 502-514. <https://doi.org/10.1002/cncr.29813>
- J., F., Ervik M, L. F., M, L., Colombet M, M. L., Piñeiros M, Z. A., I, S., & F, B. (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. International Agency for Research on Cancer. Retrieved 24 March 2024 from <https://gco.iarc.who.int/today>
- Medeiros-Verzaro, P., & Helia de Lima Sardinha, A. (2018). [Sociodemographic and clinical characterization of elderly women with cervical cancer]. *Rev Salud Publica (Bogota)*, 20(6), 718-724. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.69297>
(Caracterizacáo sociodemografica e clinica de idosas com cancer do colo do utero.)
- Organization, W. H. (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. World Health Organization.
- Reynoso-Noverón, N., & Torres-Domínguez, J. A. (2017). Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 8(1), 9-15.

- Rozario, S. D., Silva, I. F. D., Koifman, R. J., & Silva, I. F. D. (2019). Characterization of women with cervical cancer assisted at Inca by histological type. *Rev Saude Publica*, 53, 88. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001218>
- Ruiz, R., Serrano, M., Ruiz, E. F., Mantilla, R., Valdivieso, N., Olivera, M.,...Gomez, H. L. (2017). [Clinical-pathological features and survival in young women with cervical cancer: a retrospective analysis from the instituto nacional de enfermedades neoplasicas]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 34(2), 218-227. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2653> (Características clinico-patológicas y sobrevida en mujeres jóvenes con cancer cervical: analisis retrospectivo del instituto nacional de enfermedades neoplasicas.)
- Salas-Urrutia, I., Villalobos, E. A., & Ramírez-Vega, B. L. (2006). Prevalencia de displasia y cáncer cervicouterino y factores asociados en el Hospital Central de Chihuahua, México. *CIMEL Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana*, 11(1), 12-15. (IN FILE)
- Shrestha, A. D., Neupane, D., Vedsted, P., & Kallestrup, P. (2018). Cervical Cancer Prevalence, Incidence and Mortality in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev*, 19(2), 319-324. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.2.319>
- Soto-Fuenzalida, G. A., Hernández-Hernández, J. A., López-Sánchez, R. d. C., Aguayo-Millán, C. D., Villela-Martínez, L. M., Espino-Rodríguez, M.,...Ortiz-López, R. (2020). Typification of high-risk human papillomavirus serotypes. *Ginecología y obstetricia de México*, 88(10), 659-666.

Sánchez-Mercader, A., Cámara-Salazar, A., Traconis-Díaz, V., & Sánchez-Buenfil, G.
(2021). Analysis of cervical cancer mortality in Mexico and the State of Yucatan.
Ginecología y Obstetricia de México, 89(09), 671-677.

RESUMEN AUTOBIBLIOGRÁFICO

Dr. Eugenio Isaías Aguayo Samaniego

Candidato al grado de MÉDICO ESPECIALISTA en Ginecología y Obstetricia

TESIS: “Caracterización clínico-epidemiológica del cáncer cervicouterino en mujeres menores de 50 años, entre enero 2019 y junio 2023 en un hospital de tercer nivel.”

Área de estudio: Ginecología

Biografía

Lugar y fecha de nacimiento: Monterrey, Nuevo León. 16 de diciembre 1991

Mis padres, la Sra. Graciela Margarita Samaniego Garza y el Sr. Esteban Aguayo Guajardo

Educación superior: Licenciatura en Médico Cirujano y Partero por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Maestría en Gestión Directiva de Instituciones de Salud por la Universidad Tecnológica de Latinoamérica .

Postgrado programa de especialización de Ginecología y Obstetricia por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Año 4/4.