

Caracterización clínico-epidemiológica del cáncer de cérvix

Clinical-epidemiological characterization of cervical cancer

Arguello, Mario¹; Tamayo, Patricia²; Pulla, Johnny³; Morquecho, Walter¹

ARGUELLO, M.; TAMAYO, P.; PULLA, J.; MORQUECHO, W. Caracterización clínico-epidemiológica del cáncer de cérvix. *J. health med. sci.*, 10(1):51-55, 2024.

RESUMEN: Antecedentes: A pesar de los importantes avances en la prevención y el tratamiento, el cáncer de cuello uterino sigue siendo una amenaza para la salud pública mundial y se cobra la vida de cientos de miles de mujeres cada año. Afecta desproporcionadamente a las mujeres de los países de ingresos bajos y medianos, donde el acceso a la vacunación, las pruebas de detección y el diagnóstico temprano suele ser limitado. El presente estudio tiene como objetivo determinar las características clínicas y epidemiológicas de esta patología. **Métodos:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se usó la información de las historias clínicas digitales de pacientes con cáncer de cérvix de SOLCA Guayaquil desde enero de 2010 a diciembre de 2014. **Resultados:** Se revisaron 1909 historias clínicas de pacientes con CC durante el periodo de estudio, fueron excluidas 211 por no cumplir criterios de elegibilidad, contando 1698 a evaluar. Respecto a los estadios (I-II-III-IV) el más frecuente fue el II (A-B) 54,2% de estos, el carcinoma escamocelular (44,6%) y adenocarcinoma (9,6%). El 32,2% corresponden a cánceres resecables (IA-IIA) y el 67,8% a cánceres no resecables. La media de edad fue de 55 años, la mediana de 54 y la moda de 45. Respecto a las comorbilidades, lo más frecuente fue la ausencia de estas (47,8%), seguida de las renales (6%) y ureterales (4,7%). **Conclusiones:** La edad de presentación del cáncer de cérvix en esta casa de salud es mayor al promedio global, pero más cercano a lo visto en Latinoamérica. Los estadios clínicos son relativamente avanzados al diagnóstico. Los tipos histopatológico más frecuentes fueron el carcinoma escamocelular y el adenocarcinoma. Lo que predominó fue la ausencia de comorbilidades.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de cérvix, neoplasias del cuello uterino, carcinoma escamocelular, adenocarcinoma.

INTRODUCCION

El cáncer de cérvix (CC) o cuello uterino es una enfermedad que afecta a las células del tejido que recubre la parte inferior del útero. Se estima que en el año 2020 se diagnosticaron 604.000 nuevos casos de CC en el mundo, lo que representa el 6,6% de todos los cánceres femeninos (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2023). Además, se produjeron 342.000 muertes por esta causa, lo que lo convierte en el cuarto tipo de cáncer más letal entre las mujeres (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2023). La mayoría de los casos y las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios, donde existen grandes desigualdades en el acceso a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del CC (Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2022; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2023).

En América Latina y el Caribe (ALC) en el 2018, vemos una realidad similar, hubo 56 000 nuevos casos y 28.000 muertes por CC, con una gran variación entre países (Pilleron *et al.*, 2020). Si bien en los últimos 10 años ha ido disminuyendo la incidencia y mortalidad de este cáncer, aún hay valores por encima (4 por cada 100.000) del punto de dejar de ser un problema de salud pública, propuesto por la Organización Mundial de la Salud en el 2018 (Pilleron *et al.*, 2020). Cabe destacar que de los registros de cáncer en ALC sólo el 10% son de alta calidad, con la excepción de Uruguay que el 100% de sus registros son de alta calidad (Piñeros *et al.*, 2017).

En Ecuador, el CC es la segunda causa de cáncer en mujeres y es el tercer cáncer más común en mujeres entre 15 y 44 años de edad (Bruni *et al.*, 2023). En 2018, se diagnosticaron más de

¹ Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, SOLCA-Guayaquil.

² Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL).

³ Centro Salud tipo A - Alausí-Chimborazo.

1,600 nuevos casos de CC en el país, con una tasa de mortalidad de 9 casos por cada 100,000 mujeres (Regalado *et al.*, 2021). De 1990 al 2016, la tasa de mortalidad ha incrementado un 46% con un promedio de 295 muertes cada año (Regalado *et al.*, 2021). Hay muy pocos datos en la literatura publicada sobre variables clínicas de este cáncer, por esto, el presente estudio tiene como objetivo determinar las características clínicas y epidemiológicas de acuerdo con la edad, histopatología y estadio clínico de las pacientes con CC entre el año 2010-2014.

MÉTODOS

Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se usó la información de las historias clínicas digitales de pacientes con cáncer de cérvix de SOLCA Guayaquil desde enero de 2010 a diciembre de 2014. El estudio fue aprobado el Comité de Investigación del hospital y fue realizado de acuerdo a los principios de la Declaración de Helsinki.

Las variables recolectadas fueron: edad, que posteriormente fue categorizada en grupos etarios por décadas y cada veinte años para el análisis; subtipo histológico de cáncer de cérvix (carcinoma escamocelular, adenocarcinoma y otros subtipos histológicos); estadio inicial (I, II, III y IV) con sus respectivas subdivisiones; estado funcional ECOG (0-4) y comorbilidades (renales, ureterales, trombosis, otras, ninguna).

Se usó Microsoft Excel para la tabulación de datos y el programa estadístico SPSS versión 29 para el manejo de los mismos. Para la interpretación de las variables cualitativas se empleó estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes; para las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central (media, mediana y moda), dispersión (desviación estándar, rango, rango intercuartílico, mínimo y máximo) y distribución (asimetría y curtosis). Se usaron tablas cruzadas para variables de interés.

RESULTADOS

Se revisaron 1909 historias clínicas (HC) de pacientes mujeres con CC al inicio del estudio, fueron excluidas 211 de acuerdo a criterios de elegibilidad, entrando a descripción estadística 1698.

Respecto a la edad (años) de las pacientes, su media fue de 55, la mediana de 54 y la moda de 45, en la **Figura 1** podemos ver su distribución por grupos.

En la **Tabla I** vemos que los pacientes tienen una relación de más de 4 a 1 respecto al número de pacientes con diagnóstico histológico, siendo el carcinoma escamocelular el más prevalente (1393 vs 302) respecto al adenocarcinoma y otros. Esto hace que las características más frecuentes sean: grupo etario el de 40 a 59 años con el 47% y el estadio II con 54%. Por otro lado, la gran mayoría de pacientes, más de 2/3, tuvo un buen estado funcional (ECOG), con puntuación de 0-1. Por último, respecto a las comorbilidades, lo que predominó fue la ausencia de estas con el 47,8% global, seguida de las renales y las ureterales con valores porcentuales alrededor del 6%.

Revisando la **Tabla II**, evidenciamos que la comorbilidad más frecuente fue la renal en el rango de 40 a 59 años con un 3,5% (60/1698) seguida de las ureterales en el rango de 60 a 79 años con un 2% (34/1698). Dentro de la categoría "otras" comorbilidades se incluyeron patologías muy frecuentes como hipertensión y diabetes, que en conjunto dieron el tercer porcentaje más alto dentro del análisis de la variable con 11% (184) después de la ausencia de comorbilidades con 48% y la ausencia de datos en las HC con el 30%.

Según la tabla III podemos ver que los pacientes con carcinoma escamocelular y: estadio IIB

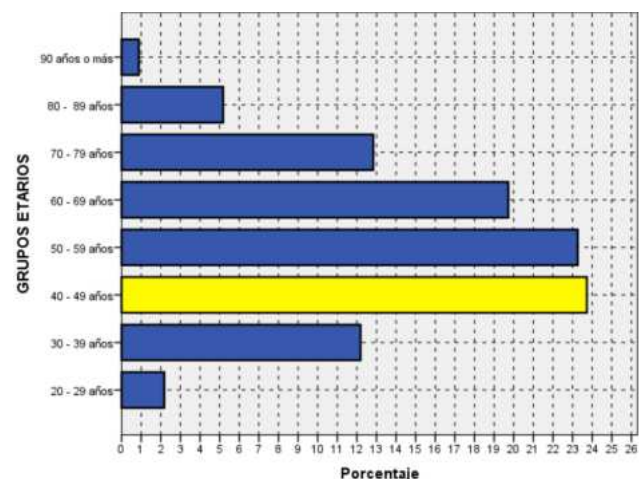


Figura 1. Frecuencia de grupos etarios de pacientes con cáncer de cérvix.

Tabla I. Características clínico demográficas de pacientes con cáncer de cérvix.

| Características | N (%) | Carcinoma Escamocelular N = 1393 (82,0%) | Adenocarcinoma N = 302 (17,8%) | Otros N = 3 (0,2%) |
|-----------------------------------|--------------|---|-----------------------------------|-----------------------|
| Grupos Etarios¹ | 1,698 | | | |
| 20 - 39 | 244 (14) | 195 (14) | 49 (16) | 0 (0) |
| 40 - 59 | 798 (47) | 632 (45) | 165 (55) | 1 (33) |
| 60 - 79 | 553 (33) | 474 (34) | 78 (26) | 1 (33) |
| 80 o más | 103 (6,0) | 92 (7,0) | 10 (3,0) | 1 (33) |
| Estadio Inicial | 1,698 | | | |
| I | 348 (21) | 273 (20) | 73 (24) | 2 (67) |
| II | 921 (54) | 757 (54) | 163 (54) | 1 (33) |
| III | 362 (21) | 308 (22) | 54 (18) | 0 (0) |
| IV | 67 (4,0) | 55 (4,0) | 12 (4,0) | 0 (0) |
| ECOG | 1,698 | | | |
| 0 - 1 | 1182 (70) | 970 (70) | 210 (70) | 2 (67) |
| 2 | 259 (15) | 216 (15) | 43 (14) | 0 (0) |
| 3 - 4 | 54 (3,0) | 40 (3,0) | 14 (4,0) | 0 (0) |
| Sin Datos | 203 (12) | 167 (12) | 35 (12) | 1 (33) |
| Comorbilidades | 1,698 | | | |
| Renales | 108 (6,0) | 89 (6,0) | 19 (6,3) | 0 (0) |
| Ureterales | 80 (4,7) | 62 (4,4) | 18 (6,0) | 0 (0) |
| Trombosis | 12 (0,7) | 8 (0,6) | 4 (1,3) | 0 (0) |
| Otras | 184 (10,8) | 147 (11) | 36 (12) | 1 (33) |
| Ninguna | 812 (47,8) | 671 (48) | 139 (46) | 2 (67) |
| Sin Datos | 502 (30) | 416 (30) | 86 (28) | 0 (0) |

Tabla II. Comorbilidades por grupos etarios en pacientes con cáncer de cérvix.

| Característica | N (%) | Renales N = 108 (6,4%) | Ureterales N = 80 (4,7%) | Trombosis N = 12 (0,7%) | Otras N = 184 (11%) | Ninguna N = 812 (48%) | Sin Datos N = 502 (30%) |
|-----------------------------------|--------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Grupos Etarios¹ | 1,698 | | | | | | |
| 20 - 39 | 244 (14) | 10 (9,0) | 10 (12,5) | 1 (8,3) | 12 (6,5) | 135 (17) | 76 (15,1) |
| 40 - 59 | 798 (47) | 60 (55) | 33 (41) | 7 (58,3) | 76 (41) | 399 (49) | 223 (44,4) |
| 60 - 79 | 553 (33) | 32 (30) | 34 (42,5) | 4 (33,3) | 83 (45) | 222 (27) | 178 (35,4) |
| 80 o más | 103 (6) | 6 (6,0) | 3 (4,0) | 0 (0) | 13 (7,1) | 56 (7,0) | 25 (5,0) |

Tabla III. Estadío inicial por tipo histológico en pacientes con cáncer de cérvix.

| Característica | N (%) | Ca Escamocelular N = 1393 (82%) | Adenocarcinoma N = 302 (17,8%) | Otros N = 3 (0,2%) |
|------------------------|--------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| Estadio Inicial | 1,698 | | | |
| I-A | 58 (3) | 46 (3,3) | 10 (3) | 2 (67) |
| I-B | 277 (16) | 215 (15) | 62 (21) | 0 (0) |
| I-C | 13 (1) | 12 (1) | 1 (0,3) | 0 (0) |
| II-A | 199 (12) | 146 (10) | 53 (18) | 0 (0) |
| II-B | 722 (43) | 611 (44) | 110 (36) | 1 (33) |
| III-A | 155 (9,0) | 134 (9,6) | 21 (7,0) | 0 (0) |
| III-B | 173 (10) | 147 (11) | 26 (8,6) | 0 (0) |
| III-C | 34 (2,0) | 27 (2) | 7 (2) | 0 (0) |
| IV-A | 46 (3) | 40 (3,0) | 6 (2,0) | 0 (0) |
| IV-B | 21 (1) | 15 (1,1) | 6 (2,0) | 0 (0) |

son los más prevalentes con un 36% (611/1698), seguido del estadio IB con un 12.7% (215/1698). Por otro lado, entre los pacientes con adenocarcinoma, el estadio IIB fue el más frecuente con 6.5% (110/1698). El 32% corresponden a cánceres resecables (estadios IA al IIA) y el 68% a cánceres no resecables (estadios IIB en adelante).

DISCUSION

En la actualidad el CC es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial y constituye una barrera importante para el aumento de la expectativa de vida en todos los países del mundo, representando un reto importante para los sistemas de salud en cuestiones de promoción, prevención de la enfermedad, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno; en especial en países en vías de desarrollo, donde los tiempos para buscar atención médica por parte de los pacientes son prolongados (Zewdie *et al.*, 2023).

En nuestro estudio el grupo de edad más frecuente fue entre los 40 y 49 años de edad, dato similar al reportado por el HPV Information Centre (Ecuador) en 2023, indicando el grupo con mayores casos fue comprendido entre los 45 a 49 años (Bruni *et al.*, 2023). Sin embargo, en nuestro estudio, el rango de edad comprendido entre los 50 y 59 años también tuvo una elevada frecuencia, datos un tanto distantes de lo que se ve en Estados Unidos, donde el diagnóstico más frecuente se da entre los 35 y 44 años, con una edad promedio de diagnóstico a los 50 y 52 años en Estados Unidos e Irán respectivamente (American Society of Clinical Oncology (ASCO), American Cancer Society (ACS) and Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, 2022; Anjam Majoumerd *et al.*, 2024).

Por otro lado, en el estudio de Pilleron *et al.* se informan mayores tasas de incidencia de CC entre el grupo de edad más joven de 0 a 29 años en registros de cáncer determinados en la región de América Latina y el Caribe (Pilleron *et al.*, 2020). La media de edad en el presente estudio fue de 55 años; dato muy cercano a la literatura en el ámbito local y mundial. En un estudio de supervivencia de pacientes con CC estadios clínicos IIB-III A-III B. SOLCA - Cuenca del 2009 - 2013 se reportó una edad media de 57.1 años (Morocho *et al.*, 2020).

En cuanto a los tipos histológicos más frecuentes de CC, en nuestro estudio encontramos

que el más prevalente es el carcinoma escamocelelular con el 82% y el adenocarcinoma con el 17,8%, porcentajes parecidos a la literatura por, indicando que la distribución de tipos histológicos en los Estados Unidos es del 75% para el carcinoma de células escamosas y el 25% para el adenocarcinoma (Adegoke, Kulasingam and Virnig, 2012; Stolnicu and Soslow, 2022); estos cánceres pueden estar asociados al VPH o ser independientes del VPH. El estadio clínico al más frecuente al momento del diagnóstico en nuestro estudio fue el II con el 54%, cifra cercana al estudio de Morocho *et al.*, reporta el estadio II con 60% (Morocho *et al.*, 2020).

CONCLUSIONES

En el presente estudio, el rango de edad que más frecuentemente presentó CC fue el comprendido entre 40 y 49 años (23.7%). El tipo histopatológico más común fue el carcinoma escamocelelular (82%) y el estadio clínico más frecuente fue el IIB (36%). Así también, las comorbilidades más frecuentes fueron las renales y las ureterales en ambos grupos con valores entre el 4 y el 6%. Cabe destacar que esta casa de salud recibe pacientes en estadios relativamente avanzados en su mayoría y, por lo tanto, este estudio sirve como punto de referencia para poder tomar medidas preventivas y detectar pacientes con CC en estadios más tempranos, dado que este tipo de cáncer es considerado curable al ser detectado en estos estadios.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al departamento de estadística y de docencia de SOLCA Guayaquil por la colaboración en facilitar los datos.

FINANCIAMIENTO

Los autores no recibieron ningún tipo de reconocimiento económico por este trabajo de investigación y los costos de la investigación fueron auto-financiados.

CONTRIBUCIONES DE AUTORES

– Concepción y diseño: Arguello Mario, Morquecho Walter.

- Recogida y curación de los datos: todos los autores.
- Análisis de datos e interpretación: Arguello Mario, Morquecho Walter.
- Escritura del manuscrito: Arguello Mario, Morquecho Walter, Tamayo Patricia.
- Aprobación final del manuscrito: todos los autores.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún tipo de conflicto de interés.

ABSTRACT: Background: Despite significant advances in prevention and treatment, cervical cancer remains a global public health threat, claiming the lives of hundreds of thousands of women each year. It disproportionately affects women in low- and middle-income countries, where access to vaccination, screening and early diagnosis is often limited. The present study aims to determine the clinical and epidemiological characteristics of this pathology. **Methods:** This is an observational, descriptive, retrospective and cross-sectional study. Information from the digital medical records of patients with cervical cancer from SOLCA Guayaquil from January 2010 to December 2014 was used. **Results:** 1909 medical records of patients with CHD were reviewed during the study period, 211 were excluded for not meeting eligibility criteria, leaving 1698 to be evaluated. Regarding stages (I-II-III-IV), the most frequent was stage II (A-B) 54.2% of them, squamous cell carcinoma (44.6%) and adenocarcinoma (9.6%). 32.2% correspond to resectable cancers (IA-IIA) and 67.8% to non-resectable cancers. The mean age was 55 years, the median was 54 and the mode was 45. Regarding comorbidities, the most frequent was the absence of these (47.8%), followed by kidney (6%) and ureteral (4.7%). **Conclusions:** The age of presentation of cervical cancer in this health center is higher than the global average, but closer to what is seen in Latin America. The clinical stages are relatively advanced at diagnosis. The most frequent histopathological types were squamous cell carcinoma and adenocarcinoma. What predominated was the absence of comorbidities.

KEYWORDS: Cervical cancer, Uterine Cervical Neoplasms, squamous cell carcinoma, adenocarcinoma.

REFERENCIAS

Adegoke, O., Kulasingam, S. Virnig, B. 'Cervical cancer trends in the United States: a 35-year population-based analysis', *Journal of women's health*, 21(10): 1031-1037, 2002. <https://doi.org/10.1089/JWH.2011.3385>.

American Society of Clinical Oncology (ASCO), American Cancer Society (ACS) and Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (2022) *Cáncer de cuello uterino: Estadísticas | Cancer.Net, Cancer.net*. <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-cuello-uterino/estadisticas>.

Anjam Majoumerd, A.; Hosseini, S.; Hosseini, S.M.H.; Roshandel, G.; Rahmanian, V.; Hazar, N. Epidemiology of cervical cancer in Iran in 2016: A nationwide study of incidence and regional variation, *Cancer reports* (Hoboken, N.J.) <https://doi.org/10.1002/CNR2.1973>.

Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Collado JJ, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. Human Papillomavirus and Related Diseases Report, ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre), 2023. <https://hvpcentre.net/datastatistics.php>.

Instituto Mexicano de Seguridad Social *Epidemiología del cáncer cervicouterino | Instituto Mexicano del Seguro Social | Gobierno | gob.mx, El Herald de México*. <https://www.gob.mx/imss/es/articulos/epidemiologia-del-cancer-cervicouterino-2022>.

Morocho, K.; villavicencio, E.; Andrade, A.; Roldan J. 'Supervivencia de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Cérvix, estadios clínicos IIB-III-IIIIB. SOLCA - Cuenca. 2009-2013.', *Oncología (Ecuador)*, 30(1): 53-65, 2020. <https://doi.org/10.33821/472>.

Organización Mundial de la Salud (OMS) *Cáncer de cuello uterino, World Health Organization (WHO)*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>. 2023.

Pilleron, S.; Cabasag, C.J.; Ferlay, J.; Bray, F.; Luciani, S.; Almonte, M.; Piñeros, M. 'Cervical cancer burden in Latin America and the Caribbean: Where are we?', *International Journal of Cancer*, 147(6): 1638-1648, 2020. <https://doi.org/10.1002/ijc.32956>.

Piñeros, M.; Abriata, M.; Graciela-mery, Les-bray, Freddie. Cancer registration for cancer control in Latin America: a status and progress report', *Rev Panam Salud Publica*; 41, ene. 2017. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33832>.

Regalado, J.G.; Quinde, V.; Bucaram, R. 'Situación Epidemiológica Del Cáncer Cérvicouterino En El Ecuador. 2020', *Revista Venezolana de Oncología*, 33(2), 2021. <https://www.redalyc.org/journal/3756/375665418004/>.

Stolnicu, S. and Soslow, R.A. 'Squamous and Glandular Epithelial Tumors of the Cervix: A Pragmatic Review Emphasizing Emerging Issues in Classification, Diagnosis, and Staging', *Surgical pathology clinics*, 15(2): 369-388, 2022. <https://doi.org/10.1016/J.PATH.2022.02.010>.

Zewdie, A., Shitu, S., Kebede, N. et al. 'Determinants of late-stage cervical cancer presentation in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis', *BMC cancer*, 23(1): 2023. <https://doi.org/10.1186/S12885-023-11728-Y>.

Autor de Correspondencia

Morquecho, Walter - SOLCA, Guayaquil, Av. Pedro Menéndez Gilbert,
e-mail: drwaltermorquecho@gmail.com

Recibido: 23 de Diciembre, 2023

Aceptado: 27 de Febrero, 2024

