

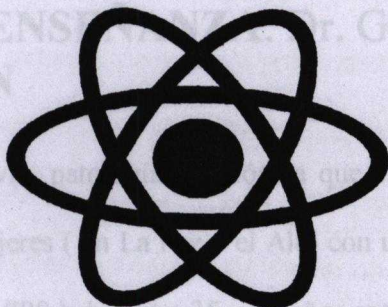
266

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE POST GRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA

INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL



CÁNCER DE CERVIX
MÉTODOS DE TRATAMIENTO, RESPUESTA Y
RECIDIVA LOCAL

AUTOR: Omar Angulo Taborga. Residente Segundo

Año Oncología (INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL – C.P.S.)

TUTOR: Dr. Gonzalo Rojas del Pozo

JEFE DE ENSEÑANZA: Dr. Gonzalo Rojas del Pozo

Cochabamba Febrero del 2004

Dr. Gonzalo Rojas del Pozo
ONCOLOGO - RADIOTERAPEUTA
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL
CAJA PETROLERA DE SALUD
R - 388

CÁNCER DE CERVIX MÉTODOS DE TRATAMIENTO, RESPUESTA Y RECIDIVA LOCAL

**AUTOR: Omar Angulo Taborga. Residente
Segundo Año Oncología (INSTITUTO ONCOLÓGICO
NACIONAL – C.P.S.)**

TUTOR: Dr. Gonzalo Rojas del Pozo

JEFE DE ENSEÑANZA: Dr. Gonzalo Rojas del Pozo

RESUMEN

El cáncer de cérvix, patología oncológica que en Bolivia se considera la de mayor frecuencia en mujeres (en La Paz y el Alto con una tasa de incidencia y morbilidad de 151.4 por 100.000 hab. Entre 35 y 64 años entre los años de 1988 y 1992) (1)

El presente estudio tiene como objetivo: Conocer las variables demográficas del cáncer de cérvix, estadiaje y tratamiento comparando radioterapia (RT) sola con tratamientos combinados de RT + braquiterapia (BQT) y/o quimioterapia (QT) concomitante y analizar los factores que mejoran la respuesta tumoral a la RT.

Es un estudio de revisión de casos retrospectivo longitudinal y analítico .

Ingresaron al estudio 100 pacientes con diagnóstico de cáncer de cervix tratadas en el Instituto Oncológico Nacional del 1998 al 2000.

Resultados:

Se encontró mayor número de casos diagnosticados entre 51 a 60 años (60%) , la histología más frecuente fue el carcinoma epidermoide con 94%, adenocarcinoma 4%, los estadios más frecuentes en los que se realizo el diagnóstico fueron E-II y III con 41% y 29% respectivamente.

De las pacientes tratadas en estadio II se observó 50% de respuesta completa (RC) y 25% de tasa libre de enfermedad (TLE) con RT sola, comparada con 81,8% de respuesta completa y 63,7% de TLE con tratamiento combinado de RT+ QT+ BQT. En el estadio III 28,6% de RC a la RT sola y 50% de RC a la RT+ QT+ BQT, con una TLE de 33,3% en este último grupo.

Las pacientes operadas no etapificadas que recibieron radioterapia mostraron del 50% al 70% de persistencia tumoral post tratamiento.

De todos los pacientes que presentaron respuesta completa con RT, se identificó el nivel de hemoglobina como factor de respuesta al tratamiento, observándose que el 73,7% de las buenas respondedoras tenían un nivel de hemoglobina mayor de 11 mg/dl.

Discusión :

En el estadio II la RT sola muestra resultados menores que la combinación de radioterapia con braquiterapia y/o quimioterapia (50% respuesta completa y 25% Tasa libre de enfermedad vs 82% de respuesta completa con 63% de Tasa libre de enfermedad a 30 meses en el grupo con terapia combinada). Nuestros resultados semejan a estudios de referencia con tratamientos combinados comparados con los publicados por el New England Journal of Medicine en abril de 1999 Mitchell Morris et al.

Las pacientes operadas no etapificadas tienen un mal pronóstico porque que sus tasas de persistencia tumoral son elevadas.

Dentro de los factores que condicionan y mejoran la efectividad de la RT hemos encontrado en nuestra muestra que la hemoglobina es el más importante. En efecto los pacientes con una Hemoglobina mayor a 11 ó 12 mg/dl mostraron una mejor respuesta tumoral al tratamiento con radioterapia.

INDICE DE CONTENIDO

INDICE DE GRAFICOS

CAPITULO I INTRODUCCION -----	2
GRAFICO N° 1 ----- I	
CAPITULO II OBJETIVOS -----	3
GRAFICO N° 2 ----- II	
CAPITULO III MARCO TEÓRICO -----	4
GRAFICO N° 3 ----- III	
INCIDENCIA-----	4
GRAFICO N° 4 ----- IV	
DIAGNÓSTICO-----	6
GRAFICO N° 5 ----- V	
TRATAMIENTO-----	8
GRAFICO N° 6 ----- VI	
RELACIÓN DE LA OXIGENACIÓN CON LA RADIOTERAPIA -----	17
GRAFICO N° 7 ----- VII	
GRAFICO N° 8 ----- VIII	
CAPITULO IV HIPÓTESIS -----	19
GRAFICO N° 9 ----- IX	
CAPITULO V MARCO METODOLÓGICO -----	19
GRAFICO N° 10 ----- X	
CAPITULO VI RESULTADOS -----	20
GRAFICO N° 11 ----- XI	
CAPITULO VII DISCUSIÓN -----	23
GRAFICO N° 12 ----- XII	
CAPITULO VIII CONCLUSIONES -----	25
GRAFICO N° 13 ----- XIII	
CAPITULO IX RECOMENDACIONES-----	26
GRAFICO N° 14 ----- XIV	
CAPITULO X REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	27
GRAFICO N° 15 ----- XV	
GRAFICO N° 16 ----- XVI	
GRAFICO N° 17 ----- XVII	

CAPITULO I : INTRODUCCIÓN

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1	I
GRAFICO N° 2	II
GRAFICO N°3	III
GRAFICO N° 4	IV
GRAFICO N° 5	V
GRAFICO N° 6	VI
GRAFICO N°7	VII
GRAFICO N° 8	VIII
GRAFICO N° 9	IX
GRAFICO N° 10	X
GRAFICO N° 11	XI
GRAFICO N° 12	XII
GRAFICO N° 13	XIII
GRAFICO N° 14	XIV
GRAFICO N° 15	XV
GRAFICO N° 16	XVI
GRAFICO N° 17	XVII

CAPITULO I : INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix, patología oncológica que en Bolivia se considera la de mayor frecuencia en mujeres (en La Paz y El Alto con una tasa de incidencia y morbilidad de 151.4/100.00 habitantes entre 35 y 64 años entre 1988-92) (1).

Esta patología tan frecuente en nuestro país, carece de estudios estadísticos actuales y programas de salud integrales de tratamiento (2-5).

El tratamiento de esta enfermedad depende del estadio tumoral, tomando a la vez invasión local, regional y a distancia. El estadio I puede ser tratado con cirugía sola o combinado con radioterapia externa (RT) y braquiterapia (BQT) según el compromiso ganglionar. El estadio II debe ser tratado con RT y BQT y en la última década se ha demostrado que la quimioterapia concomitante mejora los resultados del tratamiento (7-13).

En Bolivia, los avances en el tratamiento ya evidenciados, no han sido protocolizados para su uso racional a todo nivel, siendo algunos pacientes sometidos a tratamientos no adecuados como la cirugía en estadios avanzados disminuyendo su sobrevida y su pronóstico a largo plazo, por lo tanto, se intenta realizar una revisión de casos para conocer en detalle los resultados a tratamientos combinados protocolizados con el fin de demostrar la ventaja del uso de combinaciones y estandarizar el manejo de esta patología (1-5).

CAPITULO II : OBJETIVOS.

CAPITULO III : MARCO TEORICO

Objetivo General :

CANCER DE CÉRVIX:

Conocer las variables demográficas del cáncer de cérvix, estadiaje y tratamiento comparando RT sola con tratamientos combinados de RT + BQT y/o quimioterapia (QT) concomitante.

Objetivos específicos:

- Identificar la edad de mayor presentación en el cáncer de cérvix.
- Determinar la histología más frecuente en el diagnóstico.
- Conocer el estadio tumoral en el que se diagnostican.
- Conocer los tipos de tratamiento utilizados en cada estadio y sus indicaciones.
- Analizar los factores que mejoran la respuesta tumoral a la RT.
- Evaluar la respuesta a RT sola frente a tratamiento combinado con BQT y/o QT.
- Comparar los resultados de dichas opciones de tratamientos con los resultados de la literatura mundial.