

Original

Cáncer ginecológico. Resultados diagnósticos y terapéuticos. Años 1977-1987

J. Cortés, J.J. Roselló, J. Torrecabota, C. Señor, G. Panadés, M. Llompart, J. Más, M.C. Yamo, J. Cartaña

Introducción

El cáncer ginecológico —genital y mama— es el más frecuente en la mujer y su primera causa de mortalidad. Ambas afirmaciones, conocidas clásicamente, se refrendan en nuestra Comunidad Autónoma.⁹

Trabajar en esta área de la actividad médica será, por lo tanto, tarea de la máxima importancia sanitaria. Así lo entendimos cuando en 1977 constituimos la Unidad de Oncología Ginecológica en el Hospital Son Dureta. Recogíamos en la iniciativa una triple necesidad:

- Atender, como ya se ha dicho, una necesidad asistencial prioritaria.
- Configurar un grupo de trabajo interdisciplinario que afrontara la problemática de la Oncología Ginecológica desde un punto de vista múltiple, tan necesario para una correcta estrategia diagnóstica y terapéutica.
- Trabajar de manera controlada y prospectiva, evitando la improvisación del «caso a caso» —tan dañina siempre, en

especial en Oncología— a través del diseño y seguimiento de unos protocolos asistenciales consensuados entre los miembros de la Unidad, base para una realmente valorable evaluación posterior de los resultados.

La iniciativa no tenía precedentes en nuestro ámbito.

El trabajo se inició en Mayo de 1977; diez años más tarde nos ha parecido que una valoración de los resultados tendría interés cierto, dado el tiempo transcurrido, el número de casos y, en especial, que los datos alumbrados constituirían los primeros conocidos en nuestra Comunidad Autónoma sobre las circunstancias diagnóstico-terapéuticas de este grupo tan importante de tumores.

Se presentan en este trabajo los resultados obtenidos por la Unidad de Oncología y Ginecología del Hospital Son Dureta en el tratamiento del cáncer ginecológico, período 1977-1987.

Material

Se han incluido en el estudio los siguientes casos por localizaciones:

— Cáncer de vulva:	51
— Cáncer de cérvix:	244
— Cáncer de cuerpo uterino:	237
— Cáncer epitelial de ovario:	85
— Cáncer de mama:	269

Criterio de inclusión

- Enfermas diagnosticadas, tratadas y seguidas por la Unidad, según protocolo (ver apartado de Método).

Criterio de exclusión

- Enfermas remitidas a la Unidad en cualquier momento de su proceso asistencial (ya diagnosticadas y/o ya tratadas), para completar su programa terapéutico y/o de seguimiento.
- Enfermas a las que por causa intercurrente de cualquier tipo, el Comité de Tumores en que semanalmente se constituía la Unidad decidió aplicar pautas de trata-

Premio Juan Femenia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca.

miento alternativas no ajustadas al protocolo.

La distribución por tipos histológicos de los diferentes tumores es la siguiente:

1. Vulva.	
— Epidermoide	47
— Verrucoso	2
— Indiferenciado	1
— Paget	1
2. Cérvix.	
— Epidermoide	202
— Adenocarcinoma	28
— Indiferenciado	10
— Teratoma maligno	1
— De células claras	1
— Sarcoma	1
— Adenoescamoso	1
3. Cuerpo uterino.	
— Adenocarcinoma	188
— Adenoacantoma	25
— Mülleriano Mixto	5
— Leiomiocarcinoma	5
— Indiferenciado	4
— Adenoescamoso	4
— De células claras	3
— Epidermoide	1
— Teratoma maligno	1
— Sarcoma	1
4. Epitelial de ovario.	
— Seroso-papilar	50
— Mucinoso	14
— Indiferenciado	4
— De células claras	4
— De Krukenberg	4
— Endometrioides	3
— Adenoacantoma	2
— Sin histología	4
5. Mama.	
— Ductal infiltrante	197
— Lobulillar infiltrante	23
— Inflamatorio	21
— Intraductal	7
— Paget	6
— Indiferenciado	5
— Papilar	3
— Sin histología	7

Método

Las enfermas han sido diagnosticadas, tratadas y seguidas según los protocolos que a continuación se describen.

1. Vulva

1a. Diagnóstico de extensión

1. Exploración genital, vaginal y rectal. Citología VCE. Palpación de áreas ganglionares inguinales.
2. Exploración de áreas ganglionares inguinales.
3. Análisis rutina sangre y orina.
4. Rx tórax.
5. Citoscopia.
6. Exploraciones especiales derivadas de la individualización de cada caso.

1b. Clasificación por estadios clínicos

- T1: Tumor menor de 2 cms. circunscrito a vulva.
 T2: Tumor mayor de 2 cms.
 T3: Extensión a uretra y/o periné y/o vagina y/o ano.
 T4: T3 más invasión ósea.
 N0: No ganglios palpables.
 N1: Palpable, no sospechoso.
 N2: Metástasis inguinal, superficial o profunda.
 N3: Nódulos fijos, ulcerados.
Estadio 0: Carcinoma in situ.
Estadio 1: T1 N0-1.
Estadio 2: T2 N0-1.
Estadio 3: T1 N2.
 T2 N2.
 T3 N0-1-2.

Estadio IIIa: Metástasis unilaterales inguinales.

Estadio IIIb: Metástasis bilaterales inguinales.

Estadio IV: T4 N0-1-2-3.

T1-2-3 N3

M1 con cualquier T o N.

1c. Tratamientos por estadios

Estadio 0:

Opción A: Vulvectomía simple (opción de exéresis de lesión unifocal hasta márgenes libres en casos individualizados).

Opción B: Radioterapia intersticial.

Estadio I y II:

Opción A: Vulvectomía con biopsia ganglionar inguinal bilateral.

Telerradioterapia complementaria en casos de ganglios positivos histológicos.

Opción B: Casos T1 menor de 1 cm.: radioterapia intersticial y telerradioterapia complementaria inguinal.

Estadios III y IV:

— Estadios III T1 N2 y T2 N2 X.

— Estadios IV T1 N3 y T2 N3.

Telerradioterapia a dosis media y Bleomicina simultánea (dosis: 4 mgrs/m²/i.m. 2 veces semanales) mientras dure la irradiación. Revalorización. 2 opciones:

— Pasar a I-II. A.

— Continuar telerradioterapia y Bleomicina.

— Resto de estadios III-IV: Individualización en Comité de Tumores.

1d. Seguimiento

— Primer año:

— Exploración genital mensual.

— Tórax semestral.

— Segundo al quinto año:

— Exploración genital semestral.

— Tórax anual.

Durante todo el seguimiento practicar Gammagrafía ósea opcional a recidiva local y/o síntomas.

2. Cérvix

2a. Diagnóstico de extensión

1. Exploración genital, vaginal y rectal.

2. Exploración clínica completa, incluyendo mamas.

3. Analítica rutina sangre y orina.

4. Colposcopia (destacar afectación vaginal).

5. Radiología: Tórax. Urografía intravenosa.

6. Cistoscopia.

7. Exploraciones especiales derivadas de la individualización de cada caso.

2b. Clasificación por estadios clínicos

— *Estadio I*

Carcinoma limitado al cérvix.

la

Carcinoma preclínicos del cérvix, es decir, únicamente diagnosticados por el microscopio.

la 1: Invasión estromal mínima microscópicamente evidente.

la 2: Lesiones detectadas microscópicamente que pueden ser medidas. Los límites superiores de la medición no deben mostrar una profundidad de invasión de más de 5 mm. medidos desde la base del epitelio, superficial o glandular, del cual se origina el tumor; como segunda medición, la diseminación horizontal no debe exceder de 7 mm. Lesiones mayores deben ser clasificadas como Estadio Ib.

Ib

Lesiones mayores que las encuadradas en Estadio la 2, sean o no visibles clínicamente. El espacio ocupado por el tumor no altera el estadiaje pero debería ser recogido específicamente para determinar si este parámetro debería afectar a las decisiones terapéuticas en el futuro.

— *Estadio II*

El carcinoma se extiende más allá del cuello, sin llegar a la pared pélvica.

II a: Afecta vagina, pero no su tercio inferior. No afecta parametrios.

II b: No afecta a la vagina. Afecta los parametrios sin llegar a la pared pélvica.

— *Estadio III*

El carcinoma alcanza la pared de la pelvis. Deben incluirse en este Estadio los casos que presenten en las pielografías hidronefrosis o exclusión renal por estenosis del uréter por el carcinoma, aunque éste no alcance pared pélvica.

— *Estadio IV*

El carcinoma se extiende más allá de la pelvis o afecta vejiga y/o recto.

2c. Tratamiento por estadios clínicos

A. *Estadio la*

1. Invasión igual o inferior a 3 mm.

a) Histerectomía total. Anexectomía condicionada a edad.

2. Invasión superior a 3 mm.

a) Wertheim.

b) Telerradioterapia sin ganglios o parametrios positivos histológicamente confirmados.

B. *Estadio Ib - II a - II b*

1. Radioterapia intracavitaria. Valoración.
Opciones:

- a) Respuesta (+): A.2.a.b.
- b) Respuesta (-): Telerradioterapia. Carbo-Platino: 100 mgr./m²/semana, 2-3 horas antes de la irradiación mientras ésta dure.

C. *Estadio III*

— B 1 b.

D. *Estadio IV*

Individualización en Comité de Tumores.

2d. *Seguimiento*

A: E.C.I./G(-)

— Control semestral, general y genital, con citología vaginal.

B: *Otros E.C.*

— *Primero-segundo año:*

- Control general y genital trimestral.
- Citología vaginal semestral.
- Rx. tórax semestral.
- Gammagrafía ósea opcional (recidiva local/síntomas).
- *Tercero-cuarto-quinto año:*
- Control general y genital semestral, con citología vaginal.
- Rx. Tórax anual.
- Gammagrafía ósea opcional (recidiva local/síntomas).

3. **Cuerpo Uterino**

3a. *Diagnóstico de extensión*

1. Legrado biopsia uterino fraccionado.
2. Exploración genital, vaginal y rectal. Citología VCE.
3. Exploración clínica completa incluyendo mamas.
4. Analítica rutina sangre y orina.
5. Radiología: Tórax. Urografía intravenosa.
6. Ecografía ginecológica.
7. Cistoscopia.
8. Exploraciones especiales derivadas de la individualización de cada caso.

3b. *Clasificación por estadios*

Estadio I:

Tumor limitado al cuerpo uterino.

Estadio II:

Tumor con extensión, histológicamente

comprobada al cérvix.

Estadio III:

Tumor con extensión fuera del útero pero sin sobrepasar la pelvis.

IIIa: Vagina.

IIIb: Parametrios.

IIIc: Anejos u otros tejidos pélvicos.

Estadio IV:

Tumor con extensión extrapélvica o afectación de vagina y/o recto. El simple edema de la pared de vejiga y/o recto no basta para etiquetar el caso dentro de este Estadio.

3c. *Tratamiento por estadios*

Estadio I

1. Opción no quirúrgica:

- a) Radioterapia intracavitaria.
- b) Telerradioterapia.
- c) Gestágenos.

2. Opción quirúrgica:

- a) Radioterapia intracavitaria.
- b) Histerectomía total con doble anexectomía y colpectomía de tercio superior.
- c) Telerradioterapia complementaria únicamente en:
 - Tumores poco diferenciados.
 - Tumores papilares.

Estadio II

1. Opción no quirúrgica: Igual a I.1.

2. Opción quirúrgica:

- a) Radioterapia intracavitaria.
- b) Wertheim.
- c) Telerradioterapia complementaria igual que en I.2.c y, además, en todo caso con ganglios pélvicos positivos, histológicamente confirmados.

Estadio III

1: Casos IIIa y IIIb:

a) Radioterapia dosis media (intracavitaria y/o externa) y gestágenos. Revalorización posterior:

Dos opciones:

— Pasar a II 2 b.

— Seguir telerradioterapia y gestágenos.

2. Radioterapia intracavitaria:

- a) Telerradioterapia.
- b) Gestágenos.

Estadio IV

1. Individualización en Comité de Tumores.

3d. Seguimiento

A: E.C.I.-II-Mo Go

1. Control general y genital semestral con citología vaginal.

B: Otros E.C.:

1. Primero-segundo año:

a) Control general y genital trimestral.

b) Citología vaginal semestral.

c) TGO. TGP. LDH. FA. Gamma GT. semestral.

d) Rx. Tórax semestral.

e) Gammagrafía ósea opcional (recidiva local/síntomas).

2. Tercero-cuarto-quinto año:

a) Control general y genital con citología vaginal semestral.

b) Tórax anual.

c) TGO. TGP. LDH. FA. Gamma GT anual.

d) Gammagrafía ósea opcional (recidiva local/síntomas).

4. Ovario

4a. Diagnóstico de extensión

1. Exploración clínica completa.

Valoración cuidadosa de presencia de ascitis. Si la hay, paracentesis y estudio citológico.

2. Exploración genital. Citología VCE.

3. Analítica general de sangre y orina.

Perfil hepático y renal.

ACE. Ca 125.

Sangre en heces.

4. Radiología: Tórax. Abdomen. Urografía intravenosa. Enema opaco.

5. Ecografía abdominal.

6. Exploraciones especiales derivadas de la individualización de cada caso (clínica, resultados exploraciones previas).

4b. Clasificación por estadios

Estadio I:

Crecimiento limitado a los ovarios.

Ia: Un ovario, no ascitis. Sin tumor en la superficie externa; cápsula intacta.

Ib: Los dos ovarios, no ascitis. Sin tumor en la superficie externa; cápsula intacta.

Ic: Estadio Ia o Ib pero con tumor en la superficie de uno o ambos ovarios, con la cápsula rota, o con ascitis con células ma-

lignas o con lavados peritoneales positivos.

Estadio II:

Crecimiento afectando uno o ambos ovarios con extensión pélvica.

Ila: Propagación a útero y/o trompas.

IIb: Propagación a otros tejidos de la pelvis.

IIc: Estadio Ila o IIb pero con tumor en la superficie de uno o ambos ovarios, con la cápsula rota, o con ascitis con células malignas, o con lavados peritoneales positivos.

Estadio III:

Crecimiento afectando uno o varios ovarios, con implantes peritoneales fuera de la pelvis y/o ganglios inguinales o retroperitoneales positivos. Metástasis hepáticas superficiales.

IIIa: Crecimiento limitado a la pelvis, con ganglios negativos pero con afectación histológicamente confirmada de la superficie peritoneal.

IIIb: Tumor de uno o ambos ovarios con implantes. Histológicamente confirmados de la superficie peritoneal, ninguno mayor de 2 cm. de diámetro. Ganglios negativos.

IIIc: Implantes abdominales mayores de 2 cm. y/o ganglios retroperitoneales o inguinales positivos.

Estadio IV:

Metástasis a distancia.

Estadio especial:

Casos insuficientemente explorados que se suponen cánceres de ovario sin haberse efectuado cirugía diagnóstica.

4c. Tratamiento por estadios

Estadios I-II:

a) Laparotomía reglada (ver hoja quirúrgica especificada). (Anexo I).

b) Histerectomía total con doble anexectomía (opción anexectomía en Estadios I cuando interese conservar capacidad genésica; deberá hacerse biopsia ovárica contralateral necesariamente).

c) Quimioterapia (no en Estadios Ia/Ib).

1 línea:

— Carboplatino: 300 mg/m² en 100 c.c. suero glucosado en 30'.

— 4-Epirubicina: 60 mg/m² en 250 c.c.

**ANEXO I
CÁNCER DE OVARIO
HOJA PARA LAPAROTOMÍA REGLADA**

Laparotomía infra-supraumbilical

Fecha:

Hab. n:

NOMBRE Y APELLIDOS EDAD

H N.: Cirujano Dr.:

Resultados:

	áreas visual		áreas afectadas		Biopsia	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Diafragma derecho.....	()	()	()	()	()	()
Diafragma izquierdo.....	()	()	()	()	()	()
Hígado.....	()	()	()	()	()	()
Ovario derecho.....	()	()	()	()	()	()
Ovario izquierdo.....	()	()	()	()	()	()
Trompa derecha.....	()	()	()	()	()	()
Trompa izquierda.....	()	()	()	()	()	()
Útero.....	()	()	()	()	()	()
Peritoneo.....	()	()	()	()	()	()
Ganglios paraaórticos	()	()	()	()	()	()
Epliplón mayor.....	()	()	()	()	()	()
Epliplón menor.....	()	()	()	()	()	()
Mesenterio.....	()	()	()	()	()	()

ASCITIS.....	SI	NO				
	()	()				
lavado peritoneal	SI	NO			SI	NO
	()	()	Citología		()	()

Rotura quirúrgica tumor: SI NO
() () Aspecto macroscópico cápsula
 Rota () Integra ()

Intervención practicada

Tamaño tumoral residual T. inferior a 2 cm. () T.2 a 5 cm. ()
T. 5 a 10 cm. () T. mayor de 10 cm. ()

* El tamaño tumoral viene dado por el mayor de los dos diámetros del nódulo de superior tamaño.

suero fisiológico en 60'.
 — Ciclofosfamida; 600 mg/m² en 250 c.c. suero fisiológico en 60'.
 — Fortecortin 3 amp./e.v. antes y después.
 — Prinperán 2 amp./e.v. antes y después.
 6 ciclos cada 4 semanas.

Estadios III y IV:

- a) Individualización en Comité de Tumores.
- b) Intentar cirugía para:
 - Diagnóstico de extensión correcto.
 - Reducción al máximo de masa tumoral.
 - Obtención de histología.

Second-look: A efectuar al concluir la quimioterapia en aquellas enfermas en remisión completa.

4d. Seguimiento

A: *Enfermas en remisión parcial*

1. Seguimiento individualizado caso a caso.

B: *Enfermas en remisión completa (second-look negativo).*

1: Primero-segundo año:

- a) Control general y genital trimestral.
- b) Citología vaginal semestral.
- c) TGO. TGP. FA. LDH. Gamma GT. ACE. Ca 125. semestral.

- d) Rx. Tórax semestral.
 - e) Gammagrafía ósea opcional (síntomas/recidiva local).
2. Tercero-cuarto-quinto año:
- a) Control general y genital semestral.
 - b) Citología vaginal semestral.
 - c) Ecografía pélvica semestral.
 - d) TGO, TGP, FA, LDH, Gamma GT, anual.
 - e) Rx. Tórax anual.
 - f) Gammagrafía ósea opcional (síntomas recidiva local).

5. Mama

5a. Diagnóstico de extensión

1. Historia clínica.
2. Exploración.
3. Mamografía.
4. Punción.
5. Biopsia cutánea o del pezón si hay alteraciones cutáneas o del pezón (pueden realizarse con anestesia local y es imprescindible para el diagnóstico del Ca. inflamatorio y de la Enfermedad de Paget).
6. Si el tratamiento es quirúrgico, biopsia escisional intraoperatoria.
7. Si el tratamiento no es quirúrgico (IIIb y IV) es suficiente que la punción sea positiva para iniciar el tratamiento.

5b. Estudio de extensión

1. Analítica (que incluya: Calcemia, enzimas hepáticas, fosfatasas alcalinas, LDH y Gamma GT).
2. Radiografía de tórax.
3. Gammagrafía ósea: en T3 y T4 o si la paciente refiere sintomatología ósea de reciente aparición.
4. ECO o gammagrafía hepática sólo si las pruebas hepáticas están alteradas, existe sintomatología o hepatomegalia.
5. Exploración ginecológica y frotis VCE.

5c. Clasificación por estadios

1. T1s: Carcinoma in situ.
2. Estadio I: T-T1a o T1b con No o N1a y Mo.
3. Estadio II: T-T1a-T1b con N1b y Mo. T2a o T2b con No o N1b y Mo.
4. Estadio III: Subgrupo A: Cualquier T3 con No o N1 y Mo. T1-T2-T3 con N2.

Subgrupo B: Cualquier T4 con cualquier N1 y Mo. T1-T2 o T3 con N3 y Mo.
5. Estadio IV: Cualquier M1.
Nota.- Clasificación del To se hace post-quirúrgica.

5d. Tratamiento

— *Carcinoma in situ*:

Mastectomía simple.

— *Estadio I y II*:

a) Mastectomía con vaciamiento axilar (Madden):

— Si ganglios infiltrados:

Premenopáusicas: Quimioterapia (6 ciclos CMF).

Postmenopáusicas: Radioterapia y Tamoxifen 10 mg/2 v. al día/1 año.

— Si ganglios negativos:

Sólo irradiación de cadena mamaria interna en tumores de localización en cuadrantes internos o retroareolares.

— *Estadio IIIa*

— Cirugía (Madden o paliativa) y/o Radioterapia.

— Si ganglios infiltrados o sin vaciamiento axilar: Premenopáusicas: Quimioterapia (6 ciclos de CMF).

Postmenopáusicas: Tamoxifen 10 mg/2 v. al día/1 año.

— *Estadio IIIb*

— Radioterapia y además:

Premenopáusicas: Quimioterapia (6 ciclos de CMF).

Postmenopáusicas: Tamoxifen 10 mg/2 v. al día/1 año.

En algún caso especial puede plantearse cirugía igual que en estadio IIIa.

— *Estadio IV*

Premenopáusicas: castración (por radioterapia) y quimioterapia. Al fallo Aminoglutetimida.

Postmenopáusicas: Tamoxifen 20 mg/2 v. al día. Al fallo quimioterapia o Aminoglutetimida.

Nota.- El tipo de quimioterapia en el estadio IV dependerá de la localización de la metástasis, de la edad y estado general.

— *Carcinoma inflamatorio*

— Quimioterapia (CAF).

— Radioterapia si responde a los tres pri-

meros ciclos de CAF.

— Quimioterapia (hasta completar ocho ciclos de CAF).

— *Recidivas y metástasis*

El tratamiento se individualizará en cada caso en función de la localización y del tratamiento primario que haya recibido.

5e. Seguimiento

A. *In situ*: Cada seis meses (Exploración clínica). Anualmente mamografía contralateral.

B. *Infiltrante*: Cada tres meses el primer año. Cada cuatro meses el segundo año. Cada seis meses a partir del tercer año.

Los controles incluyen:

— Exploración clínica.

— Analítica (calcemia, enzimas hepáticas, fosfatasas alcalinas, LDH y Gamma GT).

— Radiografía de tórax, en cada control los tres primeros años y luego anual hasta los diez años.

— Gamma ósea y ECO hepática: sólo si existe alteraciones de la analítica, exploración positiva o sintomatología ósea o hepática.

— Mamografía contralateral anual.

5f. Tratamiento conservador del cáncer de mama

Se pretende sustituir en Estadios clínicos I y II, la mastectomía radical modificada por una tumorectomía y vaciamiento axilar, asociados a radioterapia.

1. Indicaciones

— Tumor menor de 4 cm.

— No adherido a piel ni a planos musculares.

— De crecimiento lento.

— Con posibilidad de buenos resultados estéticos (la localización central es la peor estéticamente).

2. Tumorectomía

— Amplia, a ser posible con márgenes de seguridad de 1 cm. o más.

— Imprescindible la confirmación histológica, intraoperatoria, de que los bordes de resección estén libres. Si están afectados, o no se tiene la seguridad de que estén libres, se practicará mastectomía (Madden).

— Técnica:

a) Incisión concéntrica (Periareolar, submamaria). Radial sólo aceptable en CSE.

b) Señalar con un punto de seda la cara anterior del tumor y con uno de dexón el borde externo (para que el anatomopatólogo pueda orientar la pieza).

c) En profundidad debe llegarse hasta fascia pectoral.

3. Vaciamiento axilar

— Incisión: 2 tipos

a) En borde anterior pectoral mayor.

b) Transversa a 2 cm. del pliegue axilar.

— Tipo medio: Topográficamente delimitado por las siguientes estructuras.

— Por arriba: borde inferior de la vena axilar.

— Por delante: borde del músculo pectoral menor.

— Por detrás: borde del músculo dorsal ancho.

— Por abajo: borde anterior del músculo subescapular.

Es importante respetar las estructuras vasculares y nerviosas a fin de evitar la anestesia y dolor de la cara interna del brazo y del dorsal. (N. intercostal y paquete subescapular respectivamente).

4. Radioterapia

— Externa con cobalto.

— Sobredosificación lecho tumoral con Iridio.

5. Radioterapia externa.

a) Si axila negativa:

— C. externos: Irradiación sólo área mamaria.

— C. internos: Irradiación área mamaria y cadena mamaria interna.

b) Si axila positiva:

— C. externos: irradiación área mamaria y axila.

— C. internos: irradiación área mamaria, axila y mamaria interna.

Los tumores de localización central se tratarán igual que los C. internos.

6. Quimioterapia/Hormonoterapia

Premenopaúsicas con ganglios positivos: CMF 6 ciclos empezando al recibir en informe histológico.

Postmenopaúsicas con ganglios positivos: Tamoxifen 10 mg. cada 12 horas durante

1 año como mínimo.

7. Seguimiento

Mamografía al finalizar la radioterapia y cada 6 meses durante los dos primeros años. El resto igual que con cirugía radical.

En la valoración de resultados se han analizado los siguientes parámetros:

- Tipo histológico.
- Edad de los pacientes.
- Primer síntoma.
- Intervalo diagnóstico.
- Estadío Clínico F.I.G.O.
- Curva de supervivencia.
- Global.
- Por Estadíos Clínicos.

Se han realizado ajustes de mortalidad para cada una de las variables reseñadas. Cuando una enferma no había acudido a dos controles consecutivos de su plan de seguimiento, la Asistencia Social del Hospital la localizaba; si no lo conseguía o si la enferma renunciaba a los controles se consideraba «pérdida» a efectos de tabulación.

El estudio estadístico ha sido efectuado por el Departamento de Matemáticas de la Facultad de Ciencias Universidad de las Islas Baleares (Dres. P. Roca y J. Blat) por el método de Mantel y Cox.

Resultados

1. Cáncer de vulva

1.1. Edad:

Menos de 50 años: Ninguna enferma.

	Fallecidas	Perdidas
50-59 años	9	0
60-69 años	16	4
70-79 años	16	8
Más de 80 años	10	3

P: 0,4519. No significativo.

1.2. Primer síntoma:

Prurito vulvar	41
Autohallazgo Tm	10
Hemorragia	3
Vulvodinia	2
Escozor	1

1.3. Intervalo diagnóstico. Ajuste de mortalidad.

	Fallecidas
0- 3 meses	13
3- 6 meses	9
6- 9 meses	6
9-12 meses	4
12-15 meses	1
15-18 meses	1
+ 18 meses	16

1.4. Tipos histológicos. Mortalidad.

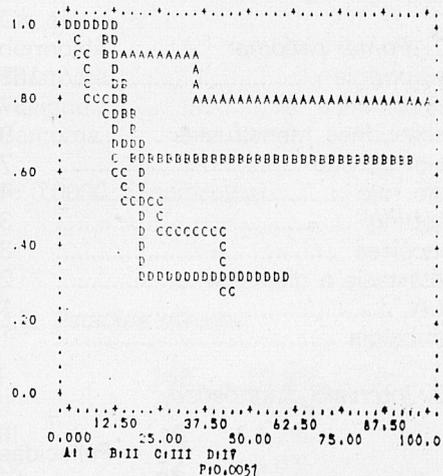
	Total	Fallecidas	Perdidas
Ca. epidermoide	47	18	3
Ca. verrucoso	2	0	0
C. indiferenciado	1	1	0
Ca. Paget	1	0	0

P: 0,0000. Significativo.

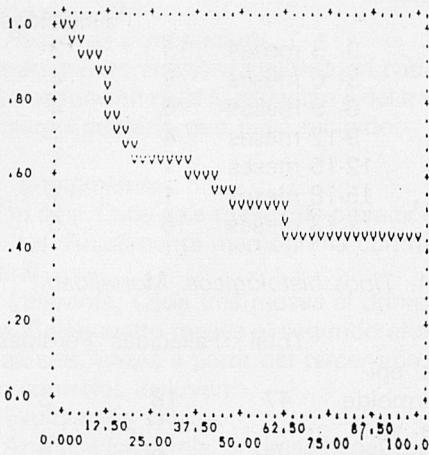
1.5. Estadíos clínicos.

I	16	31,3%
II	15	29,4%
III	17	33,3%
IV	3	5,8%

1.6. Curva de supervivencia por estadíos clínicos.



1.7. Curva de supervivencia global.



0- 3 meses	90	25
3- 6 meses	42	10
6- 9 meses	6	2
9-12 meses	9	4
+ 18 meses	11	4

P: 0,8479. No significativo.

2. Cáncer de cérvix

2.1. Edad

	Fallecidas	Perdidas
Menos de 29 años	6	0 0
30-39 años	31	3 4
40-49 años	61	4 16
50-59 años	78	10 19
60-69 años	41	4 10
70-79 años	24	2 12
Más de 80 años	3	1 1

P: 0,0096. Significativo.

2.2. Primer síntoma

Metrorragia	189
Asintomática	37
Alteraciones menstruales	9
Dolor pélvico	7
Flujo rojo	4
Spotting	3
Leucorrea	3
Metástasis a distancia	2
I.R.A.	1
Lumbalgia	1

2.3. Intervalo diagnóstico

	Fallecidas
0 meses	43 12

2.4. Tipos histológicos. Mortalidad.

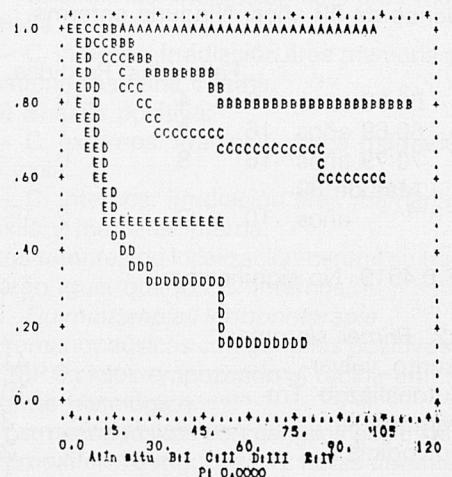
	Total	Fallecidas	Perdidas
Ca. epidermoide	202	52	22
Adenocarcinoma	28	5	2
Ca. indiferenciado	10	3	0
Teratoma maligno	1	0	0
Ca. células claras	1	1	0
Sarcoma	1	0	0
Adenocarcinoso	1	1	0

P: 0,0002. Significativo.

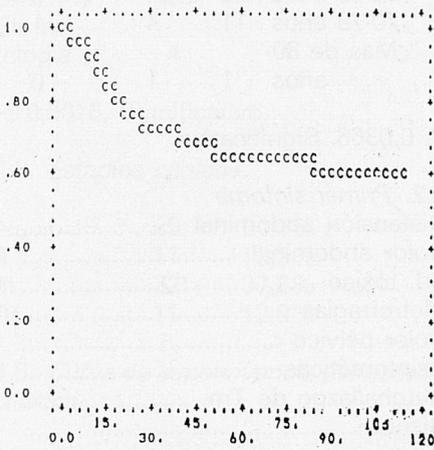
2.5. Estadios clínicos.

I	168	70,8%
II	41	17,2%
III	16	6,7%
IV	12	5,0%

2.6. Curva de supervivencia por estadios clínicos.



2.7. Curva de supervivencia global.



3. Cáncer de cuerpo uterino

3.1. Edad

	Fallecidas	Perdidas
Menos de 29 años	3	0
30-39 años	5	0
40-49 años	21	3
50-59 años	62	11
60-69 años	83	15
70-79 años	51	26
Más de 80 años	12	4

P: 0,0000. Significativo.

3.2. Primer síntoma

Metrorragia	199
Spotting	15
Flujo rojo	13
Alteraciones menstruales	9
Dolor pélvico	5
Asintomáticas	4
Distensión abdominal	3
Síndrome tóxico	1
Metástasis a distancia	1
Tm. abdominal	1

3.3. Intervalo diagnóstico. Ajuste de mortalidad.

	Fallecidas
0 meses	53
0- 3 meses	75
3- 6 meses	31
6- 9 meses	12
9-12 meses	19
12-15 meses	3
15-18 meses	4
+ 18 meses	31

P: 0,2277. No significativo.

3.4. Tipos histológicos. Mortalidad.

	Total	Fallecidas	Perdidas
Adenocarcinoma	188	42	16
Adenocantoma	25	5	2
Tm. Mülleriano mixto	5	5	0
Leiomioma	5	1	0
Ca. indiferenciado	4	3	0
Adenocarcinoma	4	2	1
Ca. células claras	3	2	1
Ca. epidermoide	1	0	0
Teratoma maligno	1	0	1
Sarcoma	1	0	1

P: 0,0000. Significativo.

3.5. Estadios clínicos.

I	168	70,8%
II	41	17,2%
III	16	6,7%
IV	12	5,0%

3.6. Curva de supervivencia por estadios clínicos.



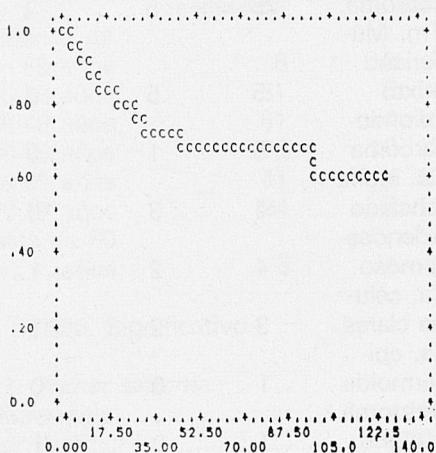
50-59 años	26	13	3
60-69 años	29	14	5
70-79 años	11	4	1
Más de 80 años	1	1	0

P: 0,0366. Significativo.

4.2. Primer síntoma

Distensión abdominal	44
Dolor abdominal	18
Sd. tóxico	15
Metrorragias	13
Dolor pélvico	7
Asintomáticas	4
Autohallazgo de Tm.	4
Disnea	3
Spotting	1
Estreñimiento	1
Dismenorrea	1
Sd. miccional	1

3.7. Curva de supervivencia global



4.3. Intervalo diagnóstico. Ajuste de mortalidad.

	Fallecidas	Perdidas
0 meses	14	7
0- 3 meses	44	18
3- 6 meses	16	8
6- 9 meses	2	2
9-12 meses	1	1
12-15 meses	2	0
+ 18 meses	2	1

P: 0,0000. Significativo.

4.4. Tipos histológicos. Mortalidad.

	Total	Fallecidas	Perdidas
Ca. seroso-papilar	50	22	6
Ca. mucinoso	14	4	2
Ca. indiferenciado	4	2	0
Ca. células claras	4	2	1
Tm. Krukerberg	4	3	0
Ca. endometrioides	3	0	0

4. Cáncer epitelial de ovario.

4.1. Edad.

	Fallecidas	Perdidas
Menos de 29 años	2	0
30-39 años	3	0
40-49 años	13	6

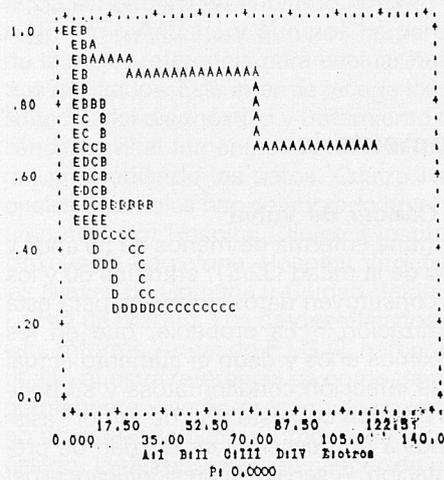
Adenoacantoma	2	1	0
Sin histología	4	4	0

P: 0,0016. Significativo.

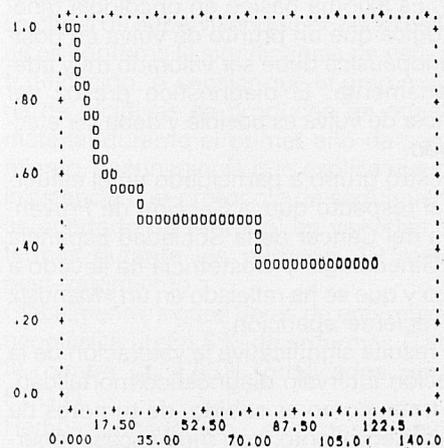
4.5. *Estadios clínicos.*

I	29	34,1%
II	11	12,9%
III	32	37,6%
IV	11	12,9%

4.6. *Curva de supervivencia por estadios clínicos.*



4.7. *Curva de supervivencia global.*



5. **Cáncer de mama**

5.1. *Edad.*

	Fallecidas	Perdidas
Menos de 29 años	8	2
30-39 años	38	11
40-49 años	42	5
50-59 años	71	13
60-69 años	60	12
70-79 años	39	8
Más de 80 años	11	3

P: 0,4126. No significativo.

5.2. *Primer síntoma.*

Autohallazgo Tm.	203
Zona indurada	17
Mastalgia	15
Retracción del pezón	11
Telorrea	8
Asintomáticas	6
Ulceración de pezón	6
Retracción cutánea	4
Lumbalgia	1
Sd. tóxico	1
Hematoma mamario	1

5.3. *Intervalo diagnóstico. Ajuste de mortalidad.*

	Fallecidas
0 meses	39
0- 3 meses	116
3- 6 meses	19
6- 9 meses	19
9-12 meses	21
12-15 meses	7
15-18 meses	8
+ 18 meses	27

P: 0,3454. No significativo.

5.4. *Tipos histológicos. Mortalidad.*

	Total	Fallecidas	Perdidas
Ca. ductal infiltrante	197	39	25
Ca. lobulillar infiltrante	23	0	3

Ca. infla- matorio	21	11	4
Ca. intra- ductal	7	0	0
Ca. Paget	6	0	2
Ca. indife- renciado	5	1	1
Ca. papilar	3	0	1
Sin his- tología	7	3	2

P: 0,0000. Significativo.

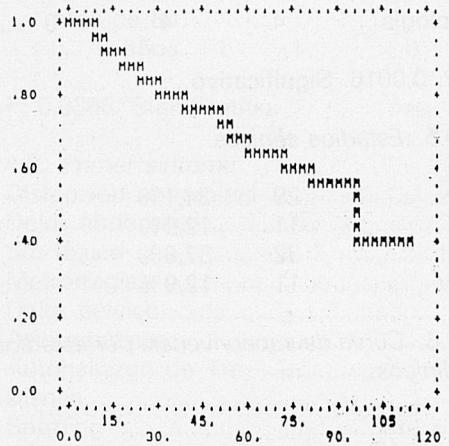
5.5. Estadios clínicos.

I	29	34,1%
II	11	12,9%
III	32	37,6%
IV	11	12,9%

5.6. Curva de supervivencia por estadios clínicos.



5.7. Curva de supervivencia global.



Comentarios

1. Cáncer de vulva

Ninguna enferma de menos de 50 años y más de la mitad (32/51) entre los 60 y los 80 constituyen datos normales para esta localización.²² Es probable, que en los próximos años y dado el aumento actual de la infección condilomatosa y su posible relación con este tipo de tumor⁸ asistamos a un descenso en la edad de presentación. A señalar la no significancia del ajuste edad/mortalidad.

41 enfermas consultaron por prurito vulvar. Es axioma básico en oncología ginecológica que un prurito de vulva en postmenopáusica debe ser valorado muy adecuadamente. El diagnóstico precoz del cáncer de vulva es posible y debe ser efectuado.

Nuestro grupo a participado en el esfuerzo al respecto que la Sección de Prevención del Cáncer de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ha llevado a cabo y que se ha reflejado en un «Manual» de reciente aparición.²

No resulta significativa la valoración de la relación intervalo diagnóstico/mortalidad. Se trata, como es sabido, de tumores de crecimiento lento, con muy escasa reper-

cusión sistémica precoz o a medio plazo. Esto, unido a que las enfermas por razones de mala educación sanitaria desgraciadamente muy frecuentes en nuestro medio, tardan en consultar, provoca demoras diagnósticas en algún caso realmente notables: 16 enfermas (5 fallecidas) tardaron más de un año y medio en acudir al médico.

La variedad escamosa es, en esta y en todas las series²² la más frecuente. Por supuesto, el tipo histológico constituye factor pronóstico de mortalidad significativa. La distribución por Estadios clínicos es superponible a la que la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (F.I.G.O.) publica en el último número de su Informe Anual¹¹ y que nos ha parecido la mejor referencia para evaluar nuestros resultados. Este informe recoge los resultados del diagnóstico y tratamiento del cáncer genital femenino en todo el mundo, promediando los datos. Cuatro Hospitales españoles han colaborado en el último número: Hospital Clínico e Instituto Dexeus de Barcelona, Hospital Virgen de las Nieves de Granada y Ciudad Sanitaria La Paz de Madrid. Los datos reflejados en este Informe Anual de F.I.G.O. han constituido nuestra referencia de comparación permanente y serán presentados a lo largo de esta discusión. Como ya se ha señalado, la distribución, en cáncer de vulva, por Estadios Clínicos en nuestro material se superpone a la de la F.I.G.O. (Tabla I).

La curva de supervivencia por Estadios Clínicos confirma la significancia de esta estratificación. A señalar que la gran mayoría de recidivas se producen en nuestro material durante el primer año de seguimiento, circunstancia que explica nuestra insistencia (ver protocolo de seguimiento en apartado de Método) en ver a las enfermas durante los primeros 12 meses post-tratamiento.

Globalmente, siguen libres de enfermedad neoplásica un 56,8% de enfermas (Tabla II), contra un 47,3% publicados por la F.I.G.O.

Hemos conseguido, en consecuencia,

TABLA I
CÁNCER DE VULVA. ESTADIOS CLÍNICOS

		F.I.G.O.
I	31,3%	30,5%
II	29,4%	31,7%
III	33,3%	28,5%
IV	5,8%	7,2%

TABLA II
CÁNCER DE VULVA

Total	Fallecidas	Perdidas	Siguen	F.I.G.O.
51	19	3	29(56,8%)	47,3%

para este tumor una supervivencia superior a la media esperada.

2. Cáncer de cérvix

La edad ha resultado significativa en relación a la mortalidad. 98 enfermas tenían menos de 49 años, 6 menos de 30.

El cáncer de cérvix puede decirse que es hoy un tumor frecuente en la primera mitad de la vida. Muy probablemente, y la literatura recoge esta impresión,⁷ asistiremos a su desplazamiento aún mayor hacia el primer tercio de la vida.

La probada relación etiológica del virus de condiloma con la variedad escamosa de este tumor¹³ es la causa de esta situación. No es sorprendente que 189 sobre 244 enfermas consultaran por síntomas hemorrágicos. Quizás si lo sea, y para bien, el alto número que en esta serie se ha diagnosticado de cánceres de cérvix asintomáticos: 37 sobre 244 (15%). Este dato avala el gran trabajo de detección que los ginecólogos de los Ambulatorios y Centros de Salud, en colaboración con el desaparecido Laboratorio de Citología del Servicio de Ginecología, han desarrollado durante todos estos años. Su trabajo, llevado a cabo en circunstancias no siempre adecuadas ha rendido, en este campo, un alto beneficio a la comunidad. Estas enfermas asintomáticas han tenido la máxima oportunidad de curación de una grave enfermedad y de hecho así ha ocurrido: únicamente una de estas enfermas falleció a causa del tumor. Un grupo de Oncología

Hospitalario no podrá obtener buenos resultados si no está bien coordinado con los profesionales que trabajan en la asistencia primaria. En nuestro caso, esta fue una idea básica de toda la Unidad desde el principio de su funcionamiento: publicamos y reeditamos un Manual³ a tal efecto y procuramos mantener relaciones fluidas con los compañeros extra-Hospitalarios. Los resultados avalan esta postura, que deseáramos que no se viera interrumpida.

Quizás porque se trata de síntomas alarmantes (hemorragia), quizás porque el promedio de edad es menor y quizás ello conlleve mejor educación sanitaria que en grupo de cáncer de vulva, el intervalo diagnóstico es aquí menor: 123 enfermas tardaron menos de tres meses en consultar, 43 menos de un mes. De todas formas, el ajuste de esta variable para mortalidad no resulta significativo: igual que en vulva este es un tumor de crecimiento lento, fundamentalmente loco/regional, con muy escasa participación metastásica inicial.

202 escamosos y 28 adenocarcinomas representan una proporción esperada.²⁰ El teratoma maligno referenciado ha constituido el primer caso comunicado a la literatura mundial:⁴ se trataba de una niña de 14 años que actualmente, 5 años después del tratamiento (tumorectomía) permanece libre de enfermedad. Evidentemente, el tipo histológico aquí también representa un factor pronóstico significativo.

Un 43,8% de nuestras enfermas fueron diagnosticadas en Estadio Clínico I; la F.I.G.O. da un 34,6% de promedio para este Estadio Clínico (Tabla III). Resalta aquí otra vez la excelente labor de Asistencia Primaria llevada a cabo, con la consiguiente mejora del pronóstico global, ya que este porcentaje de más en Estadios Clínicos I (+9%) se resta en los III (-8%), enfermas con enfermedad loco-regional avanzada.

Todos estos datos se reflejan con exactitud en las curvas de supervivencia por Estadios Clínicos y global. Las diferentes proporciones de Estadios Clínicos ya comen-

tadas tienen su más directa consecuencia en que nuestra supervivencia global media está nada menos que 11 puntos porcentuales por encima de la publicada por la F.I.G.O. (Tabla IV). Se trata sin duda de un dato relevante y muy satisfactorio.

3. Cáncer de cuerpo uterino

¿Estamos asistiendo a un descenso en la edad de presentación del adenocarcinoma de endometrio? En los libros de texto de la Especialidad puede leerse que este tumor es patología de la post-menopausia. En nuestra serie hay un 12% (29/237) de mujeres de menos de 50 años. Este es un dato de importancia clínico-diagnóstica cierta y que debe obligar a establecer un procedimiento histológico de diagnóstico (legrado-biopsia) ante una paciente con síntomas hemorrágicos aunque su edad no esté en la cincuentena. ¿Está este dato que estamos comentando en relación con factores de aporte hormonal y/o dietéticos tal como aparece en la literatura?¹⁵ Haría falta un estudio prospectivo serio, en nuestro medio, de casos y controles para dilucidar este punto, que dejamos aquí anotado.

Como era de esperar, la inmensa mayoría de nuestros pacientes consultaron por síntomas hemorrágicos, de manera precoz (53 antes de mes) pero, otra vez, 31 enfermas sobre 237 (17%) tardaron más de un año y medio en consultar. El ajuste para mortalidad no es significativo, pero esta circunstancia traduce, otra vez, una realidad sanitaria muy deficiente.

TABLA III
CÁNCER DE VULVA. ESTADIOS CLÍNICOS

	F.I.G.O.	
I	43,8%	34,6%
II	32,3%	34,1%
III	18,4%	26,2%
IV	5,3%	4,4%

TABLA IV
CÁNCER DE CÉRVIX

Total	Fallecidas	Perdidas	Siguen	F.I.G.O.
244	62	24	158(64,7%)	53,5%

Debe señalarse igualmente que únicamente 4 enfermas asintomáticas fueron diagnosticadas de la variedad tumoral que estamos discutiendo: dos, a partir de signos de sospecha aparecidos en la citología vaginal; dos, en piezas de histerectomías practicadas por otros motivos. Este hecho cuestiona tal como ya aparece en la literatura¹² la validez de la búsqueda sistemática de adenocarcinomas de endometrio en enfermas asintomáticas, validez que otros grupos de trabajo, en especial españoles, propugnan.¹

La distribución histológica de resultados se ajusta a la esperada.¹⁸ El carcinoma epidermoide de endometrio diagnosticado constituye una variedad extremadamente rara, tanto que el caso en si mereció una publicación aislada.⁵ El tipo histológico, como siempre, resultó variable de mortalidad significativa.

Por Estadios Clínicos, nuestros resultados (Tabla V) se superponen a los publicados por la F.I.G.O., en especial en los Estadios Clínicos I-II: 88% contra 87,5%. Pueden decirse, por lo tanto, que la estrategia diagnóstica seguida ha sido correcta. Esta igualdad de resultados es igualmente absoluta en la referente a mortalidad: estamos en la media publicada por la F.I.G.O., 65% de supervivencia (Tabla VI). Los resultados por lo tanto en este tumor son satisfactorios para nuestro grupo.

4. Cáncer epitelial de ovario

Hay una dispersión, como es sabido,¹⁶ en la edad de presentación del cáncer epitelial de ovario, con una concentración en el segundo tercio de la vida. La edad en si misma resultó, confirmando en esta serie lo igualmente ya sabido, variable pronóstica significativa.

Los cánceres de ovario no dan síntomas en Estadios Clínicos iniciales y cuando los dan, resultan inespecíficos. Esta afirmación clásica en Oncología ginecológica resume los datos de nuestros resultados en cuanto a primer síntoma de este tumor. Anotemos las 15 enfermas sobre 85 (17%) a las que vimos inicialmente con un síndrome tóxico, traduciendo la diseminación

TABLA V
CÁNCER DE CUERPO UTERINO. ESTADIOS CLÍNICOS

F.I.G.O.		
I	70,8%	74,0%
II	17,2%	13,5%
III	6,7%	6,2%
IV	5,0%	2,8%

TABLA VI
CÁNCER DE CUERPO UTERINO

Total	Fallecidas	Perdidas	Siguen	F.I.G.O.
237	60	22	155(65,4%)	65,1%

TABLA VII
CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO. ESTADIOS CLÍNICOS

F.I.G.O.		
I	34,1%	26,1%
II	12,9%	15,4%
III	37,6%	22,8%
IV	12,9%	19,4%

del tumor. Volveremos sobre este punto inmediatamente.

El intervalo diagnóstico ha resultado significativo por única vez en el global de nuestro estudio, y eso que las enfermas consultaron con una cierta rapidez: 58 sobre 85 antes de los tres meses. Pero el tumor, por su localización anatómica de origen, disemina pronto y no perdona demoras diagnóstico-terapéuticas.

El tipo histológico fue, igualmente, significativo para mortalidad y se ajustó a lo previsto: mayoría de serosos. Para nuestra satisfacción, únicamente 4 casos sin histología — hecho asumido por la F.I.G.O. en su clasificación — traduciendo la agresividad diagnóstica controlada — imprescindible para un buen manejo de este tumor — con que se ha trabajado. Esta afirmación se refleja claramente en la Tabla VII, que recoge la distribución por Estadios Clínicos de nuestros casos: tenemos un 34% de Estadio Clínico I contra un 26% a esperar y, lo que bajo nuestro punto de vista es más importante, nues-

tra serie no presenta casos no estudiados, con lo que ello representa de buena planificación, mientras que la serie F.I.G.O. asume un 17% de casos insuficientemente estudiados para diagnóstico y tratamiento correctos. Si en todos los tumores es importante la planificación de un buen diagnóstico de extensión, que conducirá a una propuesta terapéutica adecuada en ovario mucho más: se afirma,¹⁷ y hay acuerdo en ello, que una tercera parte de los fracasos terapéuticos en este tumor son debidos a un deficiente estudio de extensión y, en consecuencia, a un subtratamiento de la paciente. Nuestro grupo, conocedor del hecho, intentó desde el primer momento «presionar» para conseguir una exhaustiva exploración quirúrgica de las enfermas. Se diseñó una hoja ad hoc (ver apartado de Método) como guía. La buena respuesta inicial de los compañeros al respecto, nos satisfizo. Ello, unido a la evidente mejora que en los últimos años hemos tenido en el campo de la quimioterapia para esta variedad tumoral, nos ha conducido a poder presentar (Tabla VIII) unos resultados óptimos en el tratamiento de este tumor, gran reto de la Oncología Genital femenina: 10 puntos porcentuales por encima de la media F.I.G.O.

5. Cáncer de mama

El ajuste específico edad/mortalidad no ha resultado significativo. Estamos ante el tumor maligno más frecuente en la mujer y su primera causa de mortalidad, en cualquier sitio y, evidentemente, aquí también.⁹ Y, como vemos ahora, sin realmente edad específica de presentación. Aunque no sería correcto sacar conclusiones rotundas de un Registro Hospitalario como este, parece clara la dispersión, con 8 casos por debajo de los 30 años y 113 entre los 40 y los 60 sobre un total de 269. El autohallazgo del tumor constituye el principal motivo de consulta, con gran diferencia: 203/269, 75%. Se confirma así que la enseñanza de la auto-exploración mamaria es una de las más importantes armas de las que disponemos en el inten-

TABLA VIII
CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO

Total	Fallecidas	Perdidas	Siguen	F.I.G.O.
85	38	9	38(44,7%)	34,9%

TABLA IX
CÁNCER DE MAMA

Total	Fallecidas	Perdidas	Siguen
269	54	38	177(65,79%)

to de asintomáticas diagnosticadas⁶ están en función de que la nuestra era una Consulta de mujeres sintomáticas; estos seis tumores se diagnosticaron durante el seguimiento de enfermas de alto riesgo. No podemos establecer valoraciones al respecto al carecer de un registro paralelo de grupo de control —tampoco era este el planteamiento inicial del trabajo—, pero que duda cabe de que nuestras posiciones iniciales de establecer pautas más rigurosas de seguimiento en las mujeres a riesgo se ven así reforzadas.

Nos ha sorprendido el hecho de que el ajuste intervalo diagnóstico/mortalidad haya resultado no significativo, pero ahí están nuestros resultados. 155 enfermas sobre 269 consultaron antes de los tres meses; 27 tardaron más de un año y medio. Aún en este tumor, en que quizás el grado de información pública ha sido últimamente más alto, existen importantes demoras diagnósticas.

Hemos diagnosticado 197 cánceres ductales infiltrantes y 23 lobulillares infiltrantes sobre un total de 269, proporción esperada. A señalar los 21 carcinomas inflamatorios, variedad clínico/histológica excepcionalmente agresiva, que representan quizás una proporción algo mayor que la prevista.¹⁰ La máxima atención prestada a este tipo de diagnóstico, prodigando la biopsia cutánea, quizás haya motivado esta situación. Por supuesto, significancia alta pronóstica del tipo histológico.

La distribución por Estadios Clínicos y las curvas de supervivencia por Estadios Clínicos y global se ajustan a la media esperada.

Tenemos un 53% de Estadios Clínicos II: la mitad de nuestros casos se diagnostican en estadio local, aunque únicamente un 16% son I, cifra que debemos mejorar, pero que es equiparable a la de las grandes series publicadas en la literatura.⁶ Es necesario plantear programas serios, prospectivos, de detección precoz del cáncer de mama. Pero de nada sirve plantear políticamente la campaña, si previamente no se han creado las infraestructuras sanitarias y administrativas necesarias. Países que van por delante de nosotros en estos menesteres así lo han entendido porque así les ha ocurrido.¹⁴

La supervivencia obtenida es satisfactoria: 65% de enfermas libres de enfermedad es porcentaje superponible a los publicados recientemente.¹⁹

En la curva de mortalidad puede apreciarse que la recidiva del cáncer de mama, en nuestro material, es persistente en el tiempo, con reapariciones tumorales no infrecuentes más allá de los 5 años: el seguimiento de un cáncer de mama debe ser a largo plazo.

Conclusión

A partir del año 1977 la Unidad de Oncología Ginecología del Hospital Son Dureta, constituida por miembros de los Servicios de Ginecología, Medicina Interna/Oncología, Radioterapia y Anatomía Patológica, discutió, diseñó y controló unos protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cáncer genital femenino y de mama. Diez años más tarde, cuando la Unidad como tal ha dejado de trabajar, se presentan sus resultados: se han alcanzado niveles de supervivencia iguales a los esperados en cáncer de mama y de cuerpo uterino y superiores a los esperados en las otras localizaciones, vulva, cérvix y ovario.

Estos resultados, fruto del trabajo de la Unidad a lo largo de estos años en un área de labor médica cualitativa y cuantitativamente prioritaria, demuestran que el enfoque multidisciplinario, prospectivo y

controlado es el único válido en el manejo de esta importantísima patología, y representan los primeros datos dados a conocer en nuestra Comunidad Autónoma para estas localizaciones tumorales.

Bibliografía

1. De Arcos M, Viau G, Sebastián M y Pérez MJ. Systematic Endometrial Cytology Analysis of 12610 cases. Comunicación al XIV European Congress of Cytology. Madrid, 23-26 de Septiembre 1985.
2. Cortés J. Prevención del cáncer de vulva. En «Pautas de Detección, Diagnóstico y Tratamiento para una Prevención de los cánceres femeninos». Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Sección de Prevención del Cáncer Genital Femenino. 1989.
3. Cortés J, Rosselló JJ, Torrecabota J y Yarnoz MC. Manual de Oncología Ginecología para Médicos Generales. Primera Edición 1986 Instituto Nacional de la Salud. Segunda Edición 1988 Asociación Española contra el Cáncer. Conselleria de Sanidad y Seguridad Social. Govern Balear.
4. Cortés J, Rosselló JJ, Llopart M, Más J, Anglada P y Cartañá J. Teratoma inmaduro de cérvix. Primer caso registrado. Comunicación a la VII Reunión Anual de la Sección de Oncología Ginecológica. Bilbao, 3-6 de Junio de 1987.
5. Cortés J, Rosselló JJ y Llopart M. Primary Squamous Carcinoma of the Endometrium. Case Report. Eur. J. Gynaec. Oncol.: 9, 246-249, 1988.
6. Cutler SJ. Clasificación de la extensión de la enfermedad en el cáncer de mama. En «Seminarios de Oncología. Cáncer de mama». p.p.; 14-22. Ed. Panamericana. Buenos Aires. 1987.
7. Chapman JrGW, Abreo F y Thompson HE. Carcinoma of the Cervix in Young Females (35 Years and Younger). Gynecol. Oncol.; 31, 430-434, 1988.
8. Downey GO, Okagaki T, Ostrow RS, Clark BA, Twigg LB y Faras AJ. Condylomatous Carcinoma of the vulva with special reference to human papillomavirus D.N.A. Obstet. Gynecol.; 72, 68-73, 1988.
9. Govern Balear. Presidencia del Govern. Institut balear D'estadística: Moviment Natural de la Població. I: Defuncions 1986.
10. Maagensen CD. Inflammatory Carcinoma. En «Diseases of the Breasts». p.p.; 576-581. W.B. Saunders Co. Eds. Philadelphia. 1971.
11. International Federation of Gynecology and Obstetrics: Annual Report on the results of treatment in gynecological cancer. Vol. 20. Folke Pettersson Ed. Stockholm. 1988.
12. Koss LG, Schreiber K, Oberlander SG, Moussouris HF y Lesser M. Detection of Endometrial Carcinoma and Hyperplasia in Asymptomatic Women. Obstet. Gynecol. 64: 1-11, 1984.
13. Lancaster WD, Castellano C, Santos C, Delgado G, Kurman RJ y Jenson AB. Human papillomavirus D.N.A. in cervical carcinoma from primary and metastatic sites. Amer. J. Obstet. Gynecol.: 154, 115-118, 1986.
14. Moss, S. Breasts Cancer Screening. Lancet: I,

1.153-1.154, 1987.

15. Persson IR, Adami HO, Eklund G, Johansson EDB, Lindberg BS y Lindgren A. The risk of endometrial neoplasia and treatment with estrogens and estrogen-progestogen combinations. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*: 65, 211-217, 1986.

16. Piver MS. Ovarian Malignancies. The Clinical case of adults and adolescents. Churchill Livingstone Eds. Edinburgh. 1983.

17. Rubin SC, Hoskins WJ, Hakes TB, Markman M, Cain JM y Lewis Jr JL. Recurrence after negative second-look laparotomy for ovarian cancer: Analysis of risk factors. *Am. J. Obstet. Gynecol.*: 159, 1.094-1.098, 1988.

18. Di Saia PJ y Creasman WT. Adenocarcinoma of the uterus. En «Clinical Gynecologic Oncology». p.p.

161-197. The C.V. Mosby Company Eds. St. Louis. 1989.

19. Servicio de Oncología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Resultados en el tratamiento del cáncer. Jarpyo Editores. Madrid, 1986.

20. Shingleton HM y Orr Jr JW. Cancer of the Cervix. Diagnosis and treatment. Churchill Livingstone. Eds. Edinburgh. 1983.

21. Turner J, Roy D, Irwin G, Blamey R, Odling-Smee W y Mackenzie G. Does a booklet on breasts self-examination improve subsequent detection rates? *Lancet*: 2: 337-339, 1984.

22. Zaino RJ. Carcinoma of the Vulva, Urethra and Bartholin's Glands. En «Pathology of the Vulva and Vagina». p.p. 79-102. Churchill Livingstone Eds. New York, 1987.