

Registro de cáncer, Unidad de Oncología, Hospital Universitario Ramón González Valencia, Bucaramanga, Colombia (1996 - 1999)

Andrés Mantilla Reinaud, MD*

Boris Eduardo Vesga Angarita, MD**

Jesús Solier Insuasty Enríquez, MD[†]

Resumen

Los tumores malignos están entre las primeras causas de mortalidad en Colombia. Se busca establecer la frecuencia, distribución por género y edad, histología y estadio clínico de las neoplasias malignas valoradas en la Unidad de Oncología de la ESE-HURGV durante 1996-1999. Se incluyeron sujetos con edad mayor a 11 años con diagnóstico histopatológico confirmado. Se registraron 2.011 casos de cáncer, siendo más frecuente en mujeres (63,5%). Un 81,8% procedían de Santander, donde Bucaramanga aportó 515 casos (31,3%). Los diez cánceres más frecuentes fueron: cérvix (17,0%), piel (14,4%), mama femenina (12,2%), estómago (8,2%), vías respiratorias (4,4%), próstata (2,7%), tiroides (2,4%), ovario y anexos (2,3%), recto (2,3%) y esófago (2,0%). Los tipos histológicos más frecuentes fueron: para cérvix, el de células escamosas (85,2%); para piel, el carcinoma basocelular (67,0%); para mama femenina, el canalicular infiltrante (78,0%); para estómago, el adenocarcinoma tipo intestinal (32,1%); para vías respiratorias, el adenocarcinoma (21,3%); para próstata, el adenocarcinoma (76,4%); para tiroides, el carcinoma papilar (43,0%); para ovario y anexos, el cistadenocarcinoma seroso papilar (10,6%); para recto, el adenocarcinoma (57,4%); y para esófago, el carcinoma de células escamosas queratinizante (24,4%). Las cuatro primeras patologías entidades prevenibles; la presencia de estadios avanzados deja ver fallas en las campañas preventivas y obliga a las Escuelas de Medicina regionales a fortalecer la educación para la promoción y prevención en cáncer. [Mantilla A, Vesga BE, Insuasty JS. Registro de cáncer, Unidad de Oncología, Hospital Universitario Ramón González Valencia, Bucaramanga, Colombia (1996 - 1999). MedUNAB 2006; 9:14-19]

Palabras clave: Registro institucional de cáncer, cáncer del cuello uterino, cáncer de piel, cáncer de mama.

Summary

Malignant tumors are one of the first causes of mortality in Colombia. We like to establish frequency, distribution by gender and age, histology and clinical stage of malignant tumors from Unidad de Oncología del Hospital Univesitario Ramón González Valencia during 1996-1999. We only included subjects more than 11 years old with histopathological diagnosis confirmed. Data were obtained from clinical charts. We obtained 2.011 cancer records; female were more frequent affected (63,5%). The most frequently cancer was: cervix (17,0%), skin (14,4%), female breast (12,2%), stomach (8,2%), lung (4,4%), prostate (2,7%), thyroid (2,4%), ovary and annexes (2,3%), rectum (2,3%), and esophagus (2,0%). The histopathological types were: Squamous cell carcinoma in cervix uteri (85.2%), basocelular carcinoma in skin (67,0%), invasive intraductal in female breast (78,0%), intestinal adenocarcinoma in stomach (32,1%), adenocarcinoma in lung (21,3%), adenocarcinoma in prostate (76,4%), papilar carcinoma in thyroid (43,0%), serous papilar cystadenocarcinoma in ovary and annexes (10,6%), adenocarcinoma in colon and rectum (57,4%), and squamous cell carcinoma in esophagus (24,4%). The first four diseases entities were preventable, reflected our need to improve education in health promotion and prevention. We hope that this study will be the basis for future cancer's risk factors studies. [Mantilla A, Vesga BE, Insuasty JS. 1996-1999 Cancer Registry, Oncology Unit, Hospital Universitario Ramón González Valencia, Bucaramanga, Colombia. MedUNAB 2006; 9:14-19]

Key words: Institutional cancer registry, cervical uterine neoplasm, skin neoplasm, breast neoplasm.

* Residente de Medicina Interna, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga.

** Residente de Medicina Interna, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga; actualmente residente de Cardiología, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia.

[†] Profesor Asociado, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander; Jefe, Unidad de Oncología, ESE Hospital Universitario Ramón González Valencia (actualmente ESE Hospital Universitario de Santander), Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Dr Insuasty. Departamento de Medicina Interna, Universidad Industrial de Santander, AA 678, Bucaramanga, Colombia. E-mail: jesuinsuastyasco@hotmail.com

Artículo recibido el 12 de octubre de 2004; aceptado el 14 de diciembre de 2005.

Introducción

Las enfermedades neoplásicas junto con las cardiovasculares y los decesos violentos son causa importante de muerte en la población colombiana. El registro adecuado y estimativo de dichas enfermedades ha demostrado que permite implementar las medidas de educación, promoción, prevención y control encaminadas a evitar o al menos reducir la morbilidad relacionada. Desafortunadamente, los registros actuales no son adecuados, ni suficientes, lo cual obviamente repercute en la planeación de las estrategias necesarias para contrarrestar los efectos sobre la población expuesta. Para el caso de Santander y específicamente Bucaramanga, es fundamental conocer cuál o cuáles son las patologías malignas más frecuentes, las áreas geográficas más afectadas y el estadio para el momento de la consulta.

Nuestro objetivo fue el establecer la frecuencia de neoplasias malignas sólidas en la Unidad de Oncología de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Ramón González Valencia (ESE-HURGV, actualmente Hospital Universitario de Santander, HUS) en Bucaramanga para el período comprendido entre el 1 de enero de 1996 al 31 de diciembre de 1999.

Bucaramanga es la capital del Departamento de Santander, y el Hospital Universitario es un centro de nivel terciario, que además brinda cobertura de salud a seis millones de habitantes del nororiente colombiano (Santander, sur del Cesar, sur del Bolívar, Arauca y Norte de Santander).

Posiblemente los resultados del presente estudio permitan aportar información importante para evaluar y replantear las medidas de prevención existentes y crear a la vez las no existentes mediante programas dirigidos a las zonas geográficas que presentan el problema.

Finalmente, es importante resaltar que únicamente observando el comportamiento epidemiológico de nuestra patología neoplásica y reconociendo las implicaciones de salud pública y su impacto socioeconómico, entenderemos la importancia de fomentar el conocimiento acerca de la promoción y prevención de estas enfermedades en el personal de salud en formación.

Metodología

Este es un estudio descriptivo, transversal, de tipo serie de casos, en el cual se tomaron las historias clínicas de las personas que consultaron a la Unidad de Oncología de la ESE-HURGV, actual Hospital Universitario de Santander, HUS, con diagnóstico citológico y/o histopatológico de neoplasia, durante el período comprendido del 1 de enero de 1996 al 31 de diciembre de 1999.

Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta: edad igual o mayor de 12 años, que el diagnóstico fuese realizado en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1996 y 31 de diciembre de 1999 y que existiese confirmación histopatológica y/o citológica de la enfermedad.

Los datos fueron digitados por duplicado en una base de datos diseñada en el programa computacional Epi Info 6,04C¹ para su posterior análisis. El análisis estadístico fue de tipo descriptivo, se emplearon parámetros de ubicación como promedios y descripciones de frecuencias.

Desde el punto de vista ético los datos que se utilizaron se obtuvieron de las historias clínicas; no existiendo intervención directa sobre los sujetos y el proceso de captura de la información, no afectando el curso clínico de la enfermedad. Los datos fueron manejados de manera global garantizándose la privacidad de cada sujeto. Por lo anterior fue considerada una investigación sin riesgo.

Resultados

Se registraron 2.011 casos nuevos de cáncer en el período de tiempo entre 1996–1999, existiendo un predominio del género femenino (63,5%). Al ajustar los datos anteriores con el número de consultas externas en el respectivo año, se encontró que la tendencia empieza a disminuir a partir de 1997, no por la disminución de la incidencia, sino que coincide con la creación de nuevos centros de tratamiento del cáncer en la ciudad.

Las diez primeras causas globales de cáncer y su distribución por género se encuentran en la tabla 1. La distribución por edades de las diez primeras causas se presenta en la figura 1. Con respecto a la coexistencia de uno o más cánceres en un mismo sujeto se encontró que era único en 1952 (97,1%), dos en 52 (2,6%) y con tres patologías malignas en siete sujetos (0,3%). Se presentan a continuación algunas características de las cinco primeras patologías cancerígenas detectadas.

Tabla 1. Diez primeras localizaciones de cáncer, separadas por género

	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
1. Cérvix	0	343	343 (17%)
2. Piel	125	166	291 (14,4%)
3. Mama femenina	0	246	246 (12,2%)
4. Estómago	104	61	165 (8,2%)
5. Respiratorio	59	30	89 (4,4%)
6. Próstata	55	0	55 (2,7%)
7. Tiroides	9	40	49 (2,4%)
8. Anexos	0	47	47 (2,3%)
9. Recto	19	28	47 (2,3%)
10. Esófago	30	11	41 (2%)
Total	401	972	1373 (67,9%)

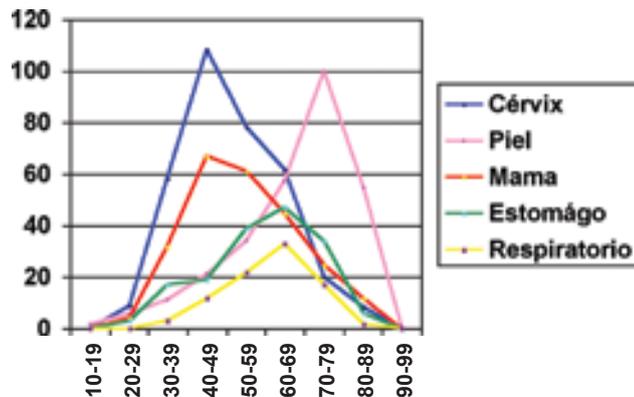


Figura 1. Distribución etárea de las principales patologías neoplásicas.

Cérvix. Se presentaron 343 casos, de los cuales Santander fue el departamento que más aportó con 248 casos (72,3%), en segundo lugar Cesar con 46 casos (13,4%). Del departamento de Santander, la mayoría de casos provienen de Bucaramanga y su Área Metropolitana, 107 casos (43%).

La presentación histológica más frecuente es el carcinoma escamocelular y se discrimina así: carcinoma de células escamosas grandes no queratinizante 240 (70%), seguido del carcinoma de células escamosas queratinizante 52 casos (15,2%), carcinoma de células escamosas 35 casos (10,2%). Se encontró también adenocarcinoma 9 (2,6%), carcinoma adenoescamoso 4 (1,2%), carcinoma sin otra especificación 8 (2,4%). En cuanto al estadio clínico, el 56,9% de los casos se encontró en niveles avanzados (III y IV).

Piel. Se presentaron 291 casos, de los cuales Santander fue el departamento que más aportó con 246 casos (84,5%), en segundo lugar Norte de Santander con 15 casos (5,2%). Del departamento de Santander, la mayoría de casos provienen de Bucaramanga y su Área Metropolitana, 141 casos (57%). La presentación histológica correspondió a carcinoma basocelular 195 (67%) casos y 96 (33%) casos a carcinoma escamocelular.

Mama femenina. Se presentaron 246 casos, de los cuales Santander fue el departamento que más aportó con 205 casos (83,3%), en segundo lugar Cesar con 18 casos (7,3%). Del departamento de Santander, la mayoría de casos provienen de Bucaramanga y su Área Metropolitana, 133 casos (64,9%). La presentación histológica correspondió a carcinoma canalicular infiltrante 191 (77,6%) casos, adenocarcinoma 19 (6,9%) casos, carcinoma sin especificar 8 (3,3%) casos, carcinoma intraductal no infiltrante 4 (1,6%) casos, otros casos 24 (24%). En cuanto al estadio clínico el 71,5% de los casos se encontró en niveles avanzados.

Estómago. Se presentaron 165 casos, de los cuales Santander fue el departamento que más aportó con 137 casos

(83%), en segundo lugar Norte de Santander con 16 casos (9,7%). Del departamento de Santander, la mayoría de casos provienen de Bucaramanga y su Área Metropolitana, 71 casos (51,8%). La presentación histológica más frecuente es el adenocarcinoma, tipo intestinal 53 (32,1%), seguido por adenocarcinoma de tipo difuso 23 casos (13,9%). Cincuenta y un casos (30,9%) fueron clasificados simplemente como adenocarcinomas sin otra especificación -debido a la falta de estandarización de los reportes de histopatología-. En este mismo orden de ideas 8 (40%) casos fueron reportados como carcinoma sin otra especificación y en 9 (5,5%) el diagnóstico se reportó como adenocarcinoma metastático, debido a que el mismo se hizo en biopsias de sitios metastáticos distantes al tumor primario. En cuanto al estadio clínico, un caso (0,6%) estuvo en estadio I, nueve (5,5%) en estadio III, 82 casos (50%) en estadio IV, 71 casos (43,3%) no fueron estadificados.

Vías respiratorias. Se presentaron 89 casos, de los cuales Santander fue el departamento que más aportó con 71 casos (79,8%), en segundo lugar Cesar con 7 casos (7,9%). Del departamento de Santander, la mayoría de casos provienen de Bucaramanga y su Área Metropolitana, 37 casos (52%). La presentación histológica predominante fue el cáncer de células no pequeñas con 42 (47,2%) casos, luego células pequeñas 7 (7,9%) casos, siendo 40 (44,9%) casos metastáticos al pulmón.

Según el lugar de procedencia de los sujetos, el departamento de Santander aportó la mayoría de los casos (81,8%), siendo las cinco primeras causas de cáncer: cérvix (15,1%), piel (15%), mama femenina (12,5%), estómago (8,3%) y respiratorio (4,3%).

Del departamento de Santander los municipios de donde más provienen los sujetos son Bucaramanga y su Área Metropolitana aportando 964 (58,5%) pacientes, Barrancabermeja 122 (7,4%) pacientes, San Vicente 54 (3,3%) pacientes, San Gil 33 (2%) pacientes, Málaga 19 (1,2%), otros municipios del área de influencia aportaron porcentajes menores. Las cinco primeras causas de cáncer de Bucaramanga fueron mama femenina (16%), piel (15%), cérvix (14%), estómago (7%) y respiratorio (5%). En Bucaramanga existió un predominio en el género femenino (67%), los cánceres más frecuentes al separarlos por género mostraron una incidencia por 10.000 habitantes en mujeres de 23,7 para cáncer de mama, 20,0 para cáncer de cérvix, 16,0 para cáncer de piel, 4,0 para cáncer de estómago y 4,3 para ovario. En hombres la incidencia por 10.000 habitantes fue de 13,0 para cáncer de próstata, 13,0 para cáncer de piel, 12,4 para cáncer de estómago, 6,4 para cáncer de pulmón y 4,1 para linfoma.

Al discriminar por cada una de las comunas de la ciudad de Bucaramanga, se encontró que el mayor número de casos procedía de la Comuna 3, correspondiendo al área del Barrio San Francisco.

Discusión

Este estudio sobre la presentación del cáncer en la Unidad de Oncología del ESE-HURGV, muestra las frecuencias relativas de presentación de las neoplasias malignas con su correspondiente estadio, tipo y subtipo histológico, constituyéndose hasta el momento en el único registro publicado disponible de dicho servicio.

Es llamativa la incidencia tan alta de cáncer de cérvix en nuestra población, inclusive superando al cáncer de piel, que de acuerdo con la mayoría de estadísticas nacionales e internacionales ocupa el primer lugar como causa de enfermedad maligna.² Además de la alta frecuencia se observa que la mayoría de casos detectados en la Unidad de Oncología corresponde a estadios avanzados (III y IV). El mayor volumen de pacientes con cáncer de cérvix procede de Santander, siendo Barrancabermeja el municipio más afectado (dato no tabulado). Al observar el comportamiento en las diferentes comunas se encuentra que es la neoplasia maligna predominante en los estratos socio-económicos uno, dos y tres, comenzando a mostrar presencia a partir de los 20 años con un pico de presentación relativamente temprano (en comparación con otras series) entre los 40 y 49 años. Este comportamiento epidemiológico del cáncer de cérvix puede ratificar una vez más el papel patogénico del virus del papiloma humano, asociado a promiscuidad sexual y bajo estrato socioeconómico.² La anterior información nos obliga a implementar campañas de detección temprana y educación con respecto a los factores de riesgo que en la actualidad son claramente identificables.³

El cáncer de piel ocupó el segundo lugar como causa global de cáncer en nuestro registro, siendo la primera neoplasia maligna en hombres y la segunda en mujeres. Se observó más frecuentemente en Santander (ubicación geográfica de la Unidad de Oncología) y Norte de Santander. Para Santander la mayoría de casos provienen del Área Metropolitana de Bucaramanga, y el municipio de Floridablanca (aledaño a Bucaramanga) ocupa el primer lugar dentro de las neoplasias allí registradas. Al analizar la presentación por tipos histológicos se observa una predominancia marcada por el carcinoma basocelular, lo cual está de acuerdo con la mayoría de las estadísticas registradas.^{2,4} Posiblemente en los departamentos con mayor frecuencia registrada exista una especial susceptibilidad genética dada por la raza predominante (blanca) o existan otros factores genotípicos asociados. Pese a la alta frecuencia del cáncer de piel, este no tiene grandes implicaciones con relación a la mortalidad, pero sí genera gran morbilidad.

El cáncer de mama femenina cuyo tratamiento quirúrgico y médico (quimio y radioterapia) implica altos costos⁴ sigue apareciendo como una causa importante de neoplasia tumoral maligna, a pesar de la tendencia a nivel mundial a reducir su presentación gracias a la detección temprana mediante el autoexamen mamario y mamografías sistemáticas.⁴ Se observa con mayor frecuencia en los

estratos socioeconómicos más altos (cuatro, cinco y seis) y al igual que los otros procesos malignos aquí reportados se detectan en estadios avanzados. Posiblemente exista una influencia heredofamiliar importante ya que la época de presentación es relativamente temprana al comparar con otras series⁴ (pico de presentación entre los 40 y 49 años, empezando a reportar casos a partir de los 20 años).

El cáncer gástrico aparece en cuarto lugar en mujeres y segundo en hombres, con una frecuencia de presentación muy similar a la del cáncer de piel, lo cual podría implicar una alta frecuencia en nuestra población de una neoplasia también prevenible⁵ mediante educación en hábitos alimenticios (preservación de los alimentos bajo refrigeración, consumo de frutas, tratamiento adecuado de la infección por *Helicobacter pylori*) y realización de endoscopia seriada en grupos de alto riesgo.⁴ Se aprecia además como la cuarta causa de malignidad en Santander tanto para hombres como mujeres; la mayoría de casos en estadios avanzados (III y IV), y el tipo histológico más frecuente en la variedad intestinal, relacionada con el bajo nivel socio-económico.^{4,5}

El cáncer de origen respiratorio (que incluye vías respiratorias altas y pulmón) ocupa el quinto puesto como causa global de cáncer en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario de Santander; es la tercera causa en hombres y la sexta en mujeres. La mayoría de casos provienen de Santander y Cesar. Se presenta dos veces más frecuente en hombres y la mayoría de los tipos histológicos son adenocarcinomas. Los anteriores datos se correlacionan con las estadísticas a nivel mundial que informan en los últimos años mayor predominio del adenocarcinoma con respecto al cáncer escamocelular.⁶

El cáncer de colon y recto tiene dos picos de presentación, el primero en el grupo etáreo de los 40–49 años y el segundo entre los 70–79 años. Esta distribución también sigue el patrón epidemiológico informado en la literatura. El primer grupo está ligado a trastornos de origen genético (cáncer no polipósico hereditario) y daría pie para investigaciones adicionales.

Con respecto a los cánceres de próstata, tiroides y anexos, se puede decir que en general describen el comportamiento esperado de acuerdo a las estadísticas mundiales.^{7,8}

Al comparar la frecuencia en los diferentes años se observa una tendencia estable con respecto a la presentación de nuevos casos de cáncer en el período de tiempo estudiado, lo cual puede sugerir el pobre impacto de las medidas de control y prevención de cáncer en nuestra región.

El patrón epidemiológico encontrado en el presente estudio presenta prácticamente el mismo tipo de frecuencia reportado por Castro y colaboradores.⁹ En el presente estudio al igual que el realizado entre 1990-1995, la consulta por cáncer continúa mostrando un claro predominio del género femenino con una relación 2:1.

Las principales causas guardan un comportamiento ligeramente diferente al reportado por el DANE¹⁰ a nivel nacional. Sobresale como causa fundamental de mortalidad tanto para hombres como para mujeres el cáncer gástrico. En esta casuística las diez primeras localizaciones por género fueron: para masculino, piel (15,9%), estómago (8,8%), faringe (8,1%), próstata (6,4%), cavidad oral (6,1%), linfoma no Hodgkin (5,4%), laringe (4,6%), cerebro (4,3%) y tejidos blandos (3,9%) para un total de 69,9%; el resto de las localizaciones constituyeron el 30,1%. En cuanto al género femenino fueron en su orden: cuello uterino 555 (38,8%) casos, mama 282 (19,7%) casos, piel 219 (7,6%) casos, ovario (3,6%), cuerpo uterino (2,4%), colon y recto (2,3%), estómago (2%), pulmón (2%), cavidad oral (2%) y primario desconocido (2%), para un total de 82,4%; el 17,6% restante se localizó en otro sitio. Se observa claramente que el número de casos de cáncer de cérvix diagnosticados en el periodo de tres años superará sustancialmente al encontrado en el período de 5 años, cuando complete igual tiempo de reclutamiento de pacientes.

El incremento de casos también fue notorio para el cáncer de piel (no melanoma), mama femenina, pulmón, como también cáncer gástrico. Este último, ya duplica la frecuencia de los casos reportados en el estudio inicial del período 1990-1995, máxime si se tiene en cuenta que el porcentaje de pacientes aportados por cada uno de los departamentos de la zona de influencia de la Unidad de Oncología se mantiene prácticamente sin modificación, pese a las restricciones que impone la Ley 100 de 1993 para la atención de los pacientes de otros departamentos en la ESE-HURGV. Este incremento en el número de casos seguramente guarda relación con la instauración de un equipo de trabajo en oncología, de gran capacidad de atención, haciendo más fácil el acceso de cierta población a los servicios de seguridad social, al florecimiento de la formación de una "cultura oncológica".

El aumento de la frecuencia de casos año tras año, también puede significar la falta de detección precoz de las diferentes neoplasias, lo cual debe alertar para implementar medidas educativas, tanto en promoción y prevención de las neoplasias que afectan a nuestra población; sobre todo que la mayoría de ellas son en gran parte prevenibles.

Llama la atención que en el estudio inicial de 1990-1995, los tumores de cabeza y cuello ocuparon el cuarto lugar luego del cáncer de cérvix, mama y piel. El tumor primario con mayor número de casos (cabeza y cuello) fue faringe, seguido por tumor de cavidad oral, de predominio escamocelular en ambas neoplasias malignas. En este estudio no figuran los tumores de cabeza cuello como causa fundamental, apareciendo dentro de las diez primeras causas el carcinoma de esófago. Esta diferencia seguramente se relaciona con la mejoría en la calidad de la recolección de la información con el estudio actual, antes que a la disminución en incidencia de los primeros tumores o aumento de los segundos.

Para el 2002 según Contanza Pardo y colaboradores¹¹ del Instituto Nacional de Cancerología (INC), de Bogotá (Colombia), se reportaron 4.900 casos nuevos de cáncer, 13% más que el año anterior. De ellos, 3.071 (61,5%) fueron mujeres y 359 (7,2%) menores de 17 años. El 97% tenía verificación histológica. Los tipos de cáncer más frecuentes fueron cuello uterino (14,4%), piel (13,3%), mama (12,2%), estómago (6,5%) y sistema hematopoyético (5,5%). El cáncer de pulmón tuvo una baja participación. El 79,8% de los casos provenían de Bogotá y los departamentos vecinos. La proporción de pacientes tratados antes de ingresar al INC fue mayor que en los dos años anteriores (28%, 31% y 34,8%, respectivamente, $p < 0,001$).¹²

La distribución observada por tipo de cáncer en la Unidad de Oncología es similar a las estimaciones para el país. Muchas veces el cáncer de piel no se incluye en los registros de poblaciones dado su bajo potencial de mortalidad. En nuestro medio el cáncer de pulmón ocupa el segundo lugar debido posiblemente a que la Unidad de Oncología está inmersa en un hospital general, sitio donde son diagnosticados por el servicio de Medicina Interna y remitidos para manejo a la Unidad Especializada de Oncología.

El análisis de casos nuevos en un Registro de Cáncer no permite hacer inferencias sobre la distribución de cáncer en Santander y el nororiente colombiano, aun cuando la Unidad de Oncología es uno de centro de referencia de ésta región. A diferencia del INC el cáncer colo-rectal en nuestro medio ocupa el noveno lugar, situación que debe analizarse debido al estrato bajo y medio que maneja el servicio. Pero con respecto a estudios previos de la Unidad de Oncología⁹ y del Registro Poblacional de Cali¹³ muestra una tendencia creciente a aumentar el número de casos nuevos.

Como menciona la literatura a nivel mundial se hace necesario mantener una vigilancia estricta de los patrones epidemiológicos del comportamiento del cáncer puesto que cada medio,¹³ con sus respectivos hábitos, costumbres, alteraciones genéticas,¹⁴ tipo de alimentación, exposición a riesgos¹⁵ y nivel de desarrollo¹⁶ será afectado por diferentes tipos de cáncer.¹⁷

Como conclusiones tenemos:

- Las cuatro neoplasias malignas más frecuentemente presentadas en la Unidad de Oncología de la ESE-HURGV corresponden a entidades que resultarían potencialmente prevenibles, condición que obliga a las Escuelas de Medicina regionales a fortalecer la educación para la promoción y prevención en cáncer.
- La mayoría de los pacientes con neoplasias malignas que acuden a consulta a la Unidad de Oncología del HUS cursan con estados avanzados que implican pésimo pronóstico y empobrecen el costo-beneficio de cualquier acción terapéutica.

- La morbimortalidad de las primeras diez causas de consulta pueden disminuirse a través de programas de acción educativa, promoción y prevención.
- Los cánceres más frecuentes con alto riesgo de mortalidad (excluyendo el cáncer no melanoma de piel): cérvix en mujeres y gástrico en hombres se ciñen a un comportamiento epidemiológico de bajas condiciones socioeconómicas, patrones infecciosos que les ubican en áreas geográficas correspondientes. Por el contrario, el cáncer de mama se observa con mayor frecuencia en las comunas de estrato socioeconómico más alto.
- Las neoplasias malignas predominantes en edades jóvenes (alrededor de los 40 años) son el cáncer de cérvix, y mama femenina. El cáncer gástrico presenta su pico más alto alrededor de los 40 a 50 años. Por el contrario, en edades avanzadas (mayores de 65 años), predominan el cáncer de próstata, pulmón, esófago y piel.

Referencias

1. Dean AG, Coloumbier A, Dean F, et al. Epi Info, Versión 6. Program for Public Health on IBM-compatible Micocomputer Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, 1995.
2. Wagner R. Skin cancers. In: Manual of clinical oncology. New York: Little, Brown and Company, 3 ed, 1995: 288-91.
3. Farias-Eisner R. Gynecologic cancers. In: Manual of clinical oncology. New York: Little, Brown and Company, 3 ed, 1995: 200-7.
4. Haskell C. Breast cancer. In: Manual of clinical oncology. New York, Little, Brown and Company, 3 ed, 1995: 183-99.
5. Tabarra H. Gastrointestinal tract cancers. In: Manual of clinical oncology. New York: Little, Brown and Company, 3 ed, 1995: 148-52.
6. Tabbarah H. Lung cancer. In: Manual of clinical oncology. New York: Little, Brown and Company, 3 ed, 1995: 133-44.
7. Figlin R. Urinary tract cancers. In: Manual of clinical oncology. New York, Little, Brown and Company, 3 ed, 1995: 248-55.
8. Carlson H. Endocrine neoplasm. In: Manual of clinical oncology. New York, Little, Brown and Company, 3 ed, 1995: 273-84.
9. Castro MA, Cobos F, Corzo EG, Forero PL, Insusaty JS. Registro y análisis del comportamiento del cáncer en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga durante los años de 1990 – 1995. *Médicas UIS* 2000; 14: 92-7.
10. Defunciones 1999. Bogotá, Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Anuario General de Estadística, 1999.
11. Pardo C, Murillo R, Piñeros M, Castro MA. Casos nuevos de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología, Colombia, 2002. *Rev Colomb Cancer* 2004; 7:4-19.
12. Piñeros M, Pardo C, Cantor LF, Hernández G, Martínez T, Pérez N, et al. Registro Institucional de Cancerología, Empresa Social del Estado. Resultados principales, año 2001. *Rev Colomb Cancer* 2002; 6:4-49.
13. Glaser SL, Clarke CA, Gomez SL, O'Malley CD, Purdie DM, West DW. Cancer surveillance research: a vital subdiscipline of cancer epidemiology. *Cancer Causes Control* 2005; 16:1009-19.
14. Caan B, Sternfeld B, Gunderson E, Coates A, Quesenberry C, Slattery ML Life After Cancer Epidemiology (LACE) Study: A cohort of early stage breast cancer survivors (United States). *Cancer Causes Control* 2005; 16:545-56.
15. Vermeulen R, Kromhout H. Historical limitations of determinant based exposure groupings in the rubber manufacturing industry. *Occup Environm Med* 2005; 62:793-9.
16. Lee W, Colt JS, Heineman EF, McComb R, Weisenburger DD, Lijinsky W et al. Agricultural pesticide use and risk of glioma in Nebraska, United States. *Occup Environ Med* 2005; 2:786-92.
17. Lau S, Franco EL. Management of low-grade cervical lesions in young women. *Can Med Assoc J* 2005; 173:771-4.