

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"MANUEL ASCUNCE DOMENECH"
CAMAGÜEY

Comportamiento del cáncer cérvico uterino durante el quinquenio 2002-2006 en la provincia Camagüey
Cervical uterine cancer behaviour during 2002- 2006 in Camagüey province

Ahimara Varela Álvarez (1), Roisy Valladares Lorenzo (2), Telma M. Ferrá Torres (3), Odalys Durruthy Wilson (1), Dinorah Córdova Dalacio (4), Mario Mendoza del Pino (5).

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal para conocer el comportamiento del cáncer cérvico uterino en la provincia Camagüey durante el quinquenio 2002-2006, la muestra estuvo representada por 568 mujeres con este diagnóstico durante la etapa estudiada. Como fuente primaria de datos se utilizaron las historias clínicas individuales, el modelo 68-04 del MINSAP y una encuesta confeccionada a criterio de autores. Las variables seleccionadas fueron procesadas de forma computarizada. Los resultados se ilustraron en tablas permitiéndonos formular conclusiones y dar respuesta a nuestro objetivo. Durante el período estudiado se diagnosticaron en la provincia 568 casos de carcinoma del cuello uterino, falleciendo por ésta causa 245 pacientes. El grupo de edad de 40-44 años, resultó el de mayor número de casos. Se apreció relación significativa de esta neoplasia con los factores de riesgo descritos en la literatura; prevaleciendo el bajo nivel cultural, el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años y el antecedente de infecciones de transmisión sexual. La etapa clínica II b fue la más común al diagnóstico y como variedad histológica con mayor frecuencia: el carcinoma epidermoide invasor, hallado en 79% de los diagnósticos.

Palabras Clave: NEOPLASIAS DEL CUELLO UTERINO /epidemiología, NEOPLASIAS DEL CUELLO UTERINO/patología, FACTORES DE RIESGO.

1. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica.
2. Especialista de Segundo Grado en Anatomía Patológica.
3. Especialista de Segundo Grado en Dermatología.
4. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Profesor Instructor
5. Especialista de Segundo Grado en Dermatología. Profesora Consultante.

INTRODUCCIÓN

El cáncer se ha convertido en un problema sanitario de primer orden, con el agravante de que tanto su incidencia como su mortalidad aumentan a pesar de los grandes programas diagnósticos y terapéuticos alcanzados en los últimos años (1).

En Cuba el cáncer ocupa el segundo lugar entre las diez primeras causas de muerte, solo precedido por las enfermedades cardiovasculares (2) y es la primera causa de años de vida perdidos en el país (3).

El cáncer cérvico uterino (CCU) se ubica actualmente como el segundo cáncer más común en la población femenina mundial (4). Según la Organización Mundial de la Salud, el CCU es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo con unas 300.000 muertes al año. El 80% de los casos corresponden a los países en vías de desarrollo y cerca de 500 000 casos nuevos se presentan anualmente (5).

En Cuba, en 2003 el CCU fue el tercer cáncer más frecuente, superado por el de mama y piel, así como la cuarta causa de muerte sólo antecedida por aparato respiratorio, mama, e intestino, excepto recto, en 2006 (2).

Se ha demostrado que el ADN del PVH está presente en la mayoría de las lesiones intraepiteliales del tracto genital femenino inferior y en más del 99% de los cánceres cervicales. Hoy en día se acepta que el CCU es como una enfermedad de transmisión sexual (6).

A pesar de ser la infección por PVH la causa necesaria del cáncer de cérvix, no es de ninguna manera suficiente para el desarrollo de este tumor (7). La persistencia del virus en el epitelio cervical es el factor más importante de riesgo de desarrollo de lesiones displásicas y de cáncer de cuello (8).

Los factores que influyen en la persistencia del virus están ligados al hospedero (estado inmunitario), al virus (genotipo, carga viral) y ambientales (8). Entre los factores medio ambientales se señalan edad temprana del primer coito, número de parejas sexuales, infecciones de transmisión sexual asociadas (candidiasis, trichomoniasis, clamidiasis), hábito de fumar, multiparidad y uso prolongado de anticonceptivos orales (9). Otros autores plantean el estado nutricional e inmunológico, laceraciones y traumatismos durante el parto, cervicitis y carcinoma de pene en el compañero sexual (10).

La detección precoz del CCU se ha logrado a través del frotis de Papanicolau y es la técnica validada para cribado poblacional (6). El estudio histopatológico define el diagnóstico de CCU, así como su diferenciación histológica.

La repercusión de ésta patología en el mundo y la importancia de realizar investigaciones que ayuden a encontrar variantes para continuar luchando contra esta entidad, que merma la capacidad de vida en los años fértiles de la mujer, nos motivó a realizar el presente estudio.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal para estudiar el comportamiento del cáncer cérvico uterino durante el quinquenio 2002–2006 en la provincia Camagüey. El universo estuvo constituido por la totalidad de mujeres con el diagnóstico de lesiones malignas del cuello uterino en la Provincia.

Como fuente de datos primarios se utilizaron las historias clínicas individuales de las pacientes atendidas en Hospital Materno Provincial Ana Betancourt de Mora y las del Hospital Oncológico María Curie (en los casos que hubiesen sido remitidas a esta entidad para seguimiento), el modelo 68-04 del MINSAP y una encuesta confeccionada a criterio de autores según los objetivos trazados y la bibliografía revisada, realizada a pacientes en consultas y que recogían las variables siguientes: Grupo de edad, escolaridad, hábito de fumar, edad de las primeras relaciones sexuales promiscuidad, promiscuidad del compañero sexual ,antecedentes obstétricos métodos anticonceptivos utilizados, realización sistemática de la citología orgánica, antecedentes de infecciones vaginales, antecedentes de enfermedades inmunosupresivas , etapa clínica al diagnóstico y clasificación histológica.

Los datos obtenidos se codificaron manualmente y procesaron en computadora IBM-compatible mediante el programa estadístico SPSS-10 para hallar distribución de frecuencia y tablas de contingencia.

Los resultados se mostraron en tablas y se usaron los siguientes modelos estadísticos: Frecuencia, porcentaje y probabilidad.

RESULTADOS

TABLA 1

Al analizar la muestra de estudio con relación a la morbimortalidad, se aprecia que el número de casos diagnosticados, oscila en cifras por encima de 100, observándose la mayor incidencia, en el año 2004, con 131 diagnósticos. La mortalidad ha disminuido, de 64 pacientes, para una tasa de mortalidad de 16,2 por cien mil en 2002, hasta alcanzar una tasa de 10, con 39 pacientes, en el 2006.

TABLA 2

Con referencia a la distribución por grupos de edades, se comprobó un predominio del grupo de 40 a 44 años, con 108 casos seguida por el grupo de 60 años y más con 104 pacientes.

TABLA 3

Se comprobó que la mayoría de las pacientes, el 77%, tenían bajo nivel cultural, el 69 % de las mismas tuvieron relaciones sexuales antes de los 18 años, 64 % tenían historia de infecciones de transmisión sexual incluyendo el PVH, 61% habían sufrido infecciones vaginales y con igual por

ciento, se relacionó la multiparidad. El tabaquismo, la promiscuidad sexual, la no sistematicidad en los exámenes del programa nacional de prevención, la ingestión de anticonceptivos orales y el compañero sexual de riesgo, obtuvieron cifras, entre 51 y 58 %.

TABLA 4

Se apreció que la mayor parte de las pacientes fueron diagnosticada en la etapa clínica II b, en todos los años, con un total de 284 casos, seguido por el NIC III con 184 pacientes.

TABLA 5

Del total de enfermas, 82 (85,5 %), no fueron diagnosticadas por el programa nacional de detección del cáncer cérvico uterino.

TABLA 6

El carcinoma epidermoide en sus diferentes variantes, con 454 casos, representó un 79%. De ellos , el de mayor incidencia, fue el invasor de células grandes queratinizantes con 136 pacientes (24%), seguido por el de células grandes no queratinizantes con 105 casos (18 %) y el de células pequeñas poco diferenciadas con 87 (15 %). El de menor cuantía dentro de este grupo fue el microinfiltrante con 57 pacientes (10 %). El carcinoma in situ apareció en 46 pacientes con un 0,8%, seguido por el carcinoma indiferenciado, el adenoescamoso y el adenocarcinoma, este último, solo diagnosticado en 5 pacientes para un 1 % del total de casos.

DISCUSIÓN

Como se aprecia las tasas de mortalidad decrecieron con el decursar de los años investigados. De una tasa de 16,2 en 2002 a una de 10 por cien mil mujeres, en 2006.

En España la tasa anual ajustada de cáncer de cérvix, excluido el carcinoma in situ, es 7,2 por 100 000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 2,7 por 100 000 mujeres (6). En los Estados Unidos más de 10 000 casos nuevos son diagnosticados anualmente (11). Su tasa de incidencia en América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo (12).

En México constituye la primera causa de morbimortalidad en las mujeres. En el 2001 el CCU ocupó el primer lugar entre los tumores malignos en la población femenina, con una tasa de mortalidad de 18,3 por 100 000 mujeres de 25 y más años. Por otra parte, 24.4% del total de casos nuevos de neoplasias malignas, registradas durante ese año, correspondieron a CCU (13).

En Chile, constituye un importante problema de salud pública. En el año 2002 fallecieron 632 mujeres, ocupando el cuarto lugar entre las muertes por cáncer en la mujer y el primer lugar en la tasa de años de vida potencialmente perdidos con 129 por 100.000 mujeres (14).

En Cuba, el número de fallecidas ha disminuido a partir del año 2000. En el 2002 fallecieron 465 mujeres con una tasa de 8.3 por cien mil en tanto que en el 2005 ocurrieron 412 defunciones y una tasa de 7.3 por cien mil (15).

El predominio de los grupos de edades entre 40 y 44 años y el de 60 años y más, (edades éstas en la vida de la mujer que coinciden con el inicio del período peri y post menopaúsico), concuerdan con lo señalado por Martínez Camilo V. y Torriente Hernández B., acerca de que, se observa un incremento en los últimos años de lesiones del cuello uterino en el periodo climatérico, edad en que se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida la infección del tracto urogenital, favorecida por el factor hormonal, al declinar la función ovárica.

A pesar de que se considere que el PVH sea la causa necesaria del CCU, la mayoría de las mujeres infectadas resuelven espontáneamente, solo un pequeño grupo experimentan una persistencia que las pondrá en un riesgo elevado de progresión neoplásica. Los principales co-factores de progresión medio ambientales son: el tabaco., el uso prolongado se contraceptivos orales, la multiparidad y las ITS asociadas. Del conjunto de riesgos resultantes de estos co-factores probablemente depende el riesgo global de persistencia del PVH, requisito necesario en la carcinogénesis cervical (6,8).

Rosell Juarte E. y col. (16), observaron que, el bajo nivel de escolaridad, el tener varias parejas sexuales, la multiparidad, las relaciones sexuales precoces y el tabaquismo fueron factores de riesgo con significación estadística, lo que coincide con esta investigación, sin embargo, no hallaron valor estadístico al uso de anticonceptivos orales.

Amaro Hernández F. y col. (17), en Camagüey demostraron una asociación estadística significativa entre el CCU y los factores de riesgo, citando en orden de frecuencia: la multiparidad, la promiscuidad, la infección por PVH y el inicio precoz de las relaciones sexuales.

Tirado Gómez LL. y Col. (13), además de encontrar los factores predisponentes antes mencionados, halló el nivel socioeconómico, como un factor asociado a esta neoplasia.

Las mujeres con coinfección por otros agentes de transmisión sexual, tienen mayor probabilidad de presentar cáncer cérvico uterino que aquellas sin coinfección (18).

Suárez González JA y col. (19), plantean que, los antecedentes de enfermedades benignas del cuello, cervicitis y desgarro posparto, son factores de riesgos significativos en la aparición de citologías alteradas.

Es necesario considerar la influencia del hombre en la génesis del cáncer uterino. La probabilidad de que las mujeres sean portadoras de PVH y el riesgo de padecer de cáncer de cérvix se ha relacionado con la presencia de ADN viral en el pene o la uretra de su pareja sexual. Además, las mujeres tienen un riesgo tres veces superior de padecer la enfermedad, si su compañero sexual ha tenido previas esposas que han desarrollado la enfermedad (8,20).

La mayor parte de las pacientes fueron diagnosticada en la etapa clínica II b, con el 50 % del total de casos estudiados, es ésta etapa donde el carcinoma se extiende más allá del cuello uterino pero no alcanza la pared pélvica, afecta la vagina pero no su tercio inferior (21). El NIC III representó el 32,3 %.

Estos resultados, no coinciden con los del resto del país, en que la mayoría de los casos diagnosticados durante el periodo 2001-2005, fueron en la etapa clínica 0, seguido por la etapa I y II (22).

La mayoría de las pacientes no fueron diagnosticadas por el programa nacional del cáncer cérvico uterino. De ellas el mayor número se habían realizado la prueba citológica alguna vez, pero sin sistematicidad, otro pequeño grupo nunca se la habían realizado, en ambos casos por negativa personal a la toma de la muestra en la comunidad, tratándose sobre todo de mujeres con bajo nivel cultural.

El carcinoma epidermoide fue el tipo histológico más frecuentemente encontrado con 79 %, lo que coincide con los datos nacionales, en que se reporta un 75 % (15).

En una investigación realizada, en México se encontró que el carcinoma epidermoide fue la variedad histológica de mayor incidencia con el 87,7 % del total de casos, seguido por los adenocarcinomas en un 9,4% y los carcinomas adenoescamosos en un 2,8% (15).

CONCLUSIONES

1. En el quinquenio 2002-2006 se diagnosticaron 568 casos de cáncer cérvico uterino en la provincia de Camagüey.
2. La morbilidad osciló en cifras por encima de 100, observándose la mayor incidencia en el año 2004, con 131 diagnósticos.
3. La tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino disminuyó gradualmente.
4. Se comprobó un predominio del grupo de 40 a 44 años, seguido por el grupo de 60 años y más.
5. Se apreció una relación significativa en la aparición del cáncer cérvico uterino con los factores de riesgo descritos, destacándose el bajo nivel cultural, el inicio precoz de las relaciones sexuales y el antecedente de infecciones de transmisión sexual.
6. Aproximadamente las dos terceras partes de los casos tenían antecedente de infección por PVH.
7. La mayoría de las pacientes no fueron diagnosticadas por el programa nacional del cáncer cérvico uterino, que de cumplirse el mismo se mejoraría los niveles de salud en mujeres de nuestra provincia.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study was carried out to know the behavior of uterine cervical cancer in Camagüey province from 2002 to 2006, the sample was represented by 568 women with this diagnosis during the studied time. As primary source of data individual clinical histories were used, the model a 68-04 of the MINSAP and a survey designed according to the authors' criterion. The selected variables were processed in a computerized form. The results were illustrated in chart allowing formulating conclusions and giving answers to our objective. 568 people with cervical cancer were diagnosed during the studied period. For this reason 245 patients died. Most of the cases were between 40 and 44 years of age. A significant relation of this neoplasia with the risk factors described in literature was observed, being prevalent the low cultural background, the beginning of sexual intercourse before 18 years of age and sexual-transmitted -disease antecedent. Stage IIb was the commonest during the application of the diagnosis and as the most frequent histological variety: invasive epidermoid carcinoma, found in 79% of the diagnoses done.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Farrera, W. Cáncer cérvico uterino. Tratado de Medicina Interna. 14 a. ed. New York: Harcourt; 2002.
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud. Ciudad de la Habana: Editorial del Ciencias Médicas; 2006.
3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015, La Habana; 2006.
4. Braillard Pocard PM, Braverman A, Cabrera MN, Chapier VV. Cáncer de cérvix: incidencia según edad y estadio tumoral. Rev Postg Vía Cated Med [serie en internet]. 2005 [citado 12 Jul 2006]; (141): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista141/3_141.htm
5. López Saavedra A, Lizano Soberón M. Cáncer cérvico uterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina [página en Internet] 2003? [citado 12 Jul 2006] [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.cuautitlan.unam.mx/comunidad/uc2005/pdf-s/com25feb.pdf>
6. Sociedad Española de Ginecología.. La infección por papilomavirus. Madrid: SEGO; [2003?].
7. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz M, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer world wide: a meta-analysis. Br J Cancer. 2003; 88: 63-73.
8. Aubin JL, Pretet C, Mougin D, Riethmuller R. Ann Dermatol Venereol. 2007; 134(1): 94-99.
9. Los virus del papiloma humano y cáncer: preguntas y respuestas. [página en Internet] 2004 [citado 7 Ene 2006] [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV-spanish>
10. Carvajal Balaguera J, Martín García Almenta M, Oliart Delgado de Torres S, Camuñas Segovia J, Peña Gamarra L, Gómez Maestro P, et al. Condiloma acuminado gigante inguinal y perineal: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. MAPFRE Med. 2006; 17(2):144-50.
11. Kresge KJ. Cervical cancer vaccines: introduction of vaccines that prevent cervical cancer and genital warts may fore-shadow implementation and acceptability issues for a future AIDS vaccine. IAVI Rep [serie en internet]. 2005 [citado 12 Jul 2006]; 9(5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.aegis.org/pubs/iavi/2005/IAVI0511-01_EN.html
12. Valentín Martínez C, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en internet]. 2006 [citado 18 Jul 2006]; 32(1): [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_1_06/gin01106.htm
13. Tirado Gómez LL, Mohar Betancourt A, López Cervantes M, García Carrancá A, Franco Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Públ Mex [serie en internet]. 2005 [citado 12 Jul 2006]; 47 (5): [aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/47/475_3.pdf
14. Santiago de Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica dev Cáncer Cérvicouterino 2. Santiago: MINSAL; 2005.
15. Cuba. Miniasterio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Salud 2005. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2006.

16. Rosell Juarte E., Muñoz Dobargane A., Cepero Muñoz F., Cardoso Hernández J. Estenoz Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Arch Med Camagüey [serie en internet]. 2007; [citado 8 feb 2008]; 11(supl. I): [aprox 8 p.]. Disponible en: <http://shine.cmw.sld.cu/amc/v11supl.I/830.htm>
17. Amaro Hernández F, Polo Cardoso K, Mendoza del Pino M, PJ Pareta L, Cardoso Núñez O. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer cérvico uterino en un área de salud. Arch Med Camagüey [serie en internet]. 2003 [citado 18 jul 2006]; 7(supl. 2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://shine.cmw.sld.cu/amc/v7supl2/830.htm>
18. Alliance for Cervical Cancer Prevention Members. Factores de riesgo de cáncer cérvico uterino: indicios hasta la fecha. [página en Internet] 2004 [citado 12 Jul 2006] [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: http://www.path.org/files/RH_questions_asked_fs_sp.pdf
19. Suárez González JA, Figueroa Verdecia D, Galvez Puyuelo AF. Algunos factores biosociales relacionados con la aparición de citología alterada En: UNNINET. VI Congreso virtual de Anatomía patológica, 1-31 Marzo 2004, Trinidad. [página en Internet] 2004 [citado 12 Jul 2006] [aprox. 28 pantallas]. Disponible en: <http://conganat.uninet.edu/6CVHAP/autores/trabajos/T331/index.html>
20. León Cruz G, Bosques Diego O de J, Silveira Pablos M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [serie en internet]. 2004 [citado 18 Jul 2006]; 30(3): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2004000300007&script=ci_arttext
21. Cabezas E. Infecciones de transmisión sexual. En: Rigol Ricardo O, editor. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2004. p.297-312.
22. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario Estadístico de Salud 2006. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2007.

ANEXOS

Tabla 1. Morbi-Mortalidad por cáncer cérvico uterino quinquenio 2002-2006. Provincia Camagüey.

Años	No de casos	Fallecidos	Tasa
2002	106	64	16.2
2003	112	58	14.7
2004	131	44	11.2
2005	116	40	10.3
2006	103	39	10,0

Fuente: Registro primario. P1, 711 E-09

Tabla 2. Casos según grupos de edades.

Grupo de edades	2002	2003	2004	2005	2006	Total
-25 años	2	1	5	-	-	8
25-29	4	2	5	6	5	22
30-34	11	20	13	13	12	69
35-39	23	20	17	17	15	92
40-44	26	18	24	22	18	108
45-49	10	15	16	17	16	74
50-54	9	11	9	10	9	48
55-59	4	10	12	9	8	43
60 y más	17	15	30	22	20	104
Total	106	112	131	116	102	568

Fuente: Registro primario. P2, 597 E-26

Tabla 3. Relación del cáncer cérvico uterino con factores de riesgo.

Factores de riesgo	No	%
Bajo nivel cultural	287	77
Relaciones sexuales antes de los 18 años	258	69
APP de infección por HPV	237	64
Infecciones vaginales	226	61
Multiparidad.	229	61
Tabaquismo	218	58
Promiscuidad sexual.	209	56
No sistematicidad del examen citológico.	204	55
Ingestión de anticonceptivos orales.	194	52
Compañero sexual de riesgo.	189	51
Enfermedades y tratamiento inmunosupresor.	59	15

Fuente: Registro primario. P2, 651 E-29

Tabla 4. Etapas clínicas al diagnóstico.

Etapas Clínicas	2002	2003	2004	2005	2006	Total
NIC III	40	30	50	34	30	184
I a	3	4	5	5	4	21
I b	2	1	0	2	2	7
II a	3	0	0	1	0	4
II b	44	66	62	59	53	284
III a	2	1	0	0	1	4
III b	8	8	11	12	10	49
IV	4	2	3	3	3	15
Total	106	112	131	116	103	568

Fuente: Registro primario. P2, 345 E-25

Tabla 5. Relación de casos diagnosticados con el Programa de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino.

Programa	2002	2003	2004	2005	2006	Total	%
SI	9	16	17	20	19	82	14,5
NO	97	96	114	96	84	486	85,5
Total	106	112	131	116	103	568	100,0

Fuente: Registro primario. P 2,541 E-26

Tabla 6. Diagnóstico Histológico del Cáncer cérvico uterino 2002 – 2006.

Resultados histológicos.	No	%
Carcinoma in situ.	46	8,0
Carcinoma epidermoide miroinfiltrante.	57	10,0
Carcinoma epidermoide invasor de células grandes queratinizantes.	136	24,0
Carcinoma epidermoide invasor de células grandes no queratinizantes.	105	18,0
Carcinoma epidermoide invasor de células pequeñas poco diferenciadas.	87	15,0
Carcinoma epidermoide invasor de células pequeñas en avena.	68	12,0
Adenocarcinoma.	5	1,0
Carcinoma adenoescamoso.	26	5,0
Carcinoma indiferenciado.	38	7,0
Total.	568	100,0

Fuente: Registro primario. P 2,588 E-24