

Influencia de la edad en el comportamiento epidemiológico del cáncer ginecológico en la Isla de la Juventud.

Influence of age on the epidemiological behavior of gynecological cancer in the Isle of Youth.

Dr.C Heenry Luís Dávila Gómez¹, Dra. Eliany Regalado Rodríguez²

1 Dr. Heenry Luís Dávila Gómez: Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de I y II grado en Ginecología y Obstetricia. Especialista de I grado en Medicina Familiar. Máster en Atención Integral a la Mujer. Máster en Educación Médica. Diplomado en Videocolposcopia del TGI. Profesor e Investigador Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas Isla de la Juventud. Email: heenryluis781027@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1531-9850>

2 Dra. Eliany Regalado Rodríguez: Especialista de I grado en Ginecología y Obstetricia. Diplomado en Videocolposcopia del TGI. Profesor Instructor. Policlínico Universitario “Orestes Falls Oñate”, Isla de la Juventud. Email: eliany.regalado@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4324-3825>

RESUMEN

El envejecimiento poblacional global modifica la epidemiología del cáncer ginecológico, con aumento de la incidencia de cáncer de endometrio (CE) y ovario (CO) en mujeres mayores de 60 años, mientras el cáncer de cuello uterino (CCU) prevalece en jóvenes. En la Isla de la Juventud, el 20% de la población supera los 60 años, lo que exige estudios locales para optimizar estrategias de salud. Determinar la influencia de la edad en el comportamiento epidemiológico del cáncer ginecológico en la Isla de la Juventud (2020-2023), un estudio observacional descriptivo de corte transversal en el Hospital General Docente "Héroes del Baire" con las 84 pacientes con diagnóstico confirmado de CCU, CE o CO que completaron su evaluación en el territorio. El CCU representó 58,3% de los casos, el CE 32,1% y el CO 9,5%. El CCU fue más frecuente en mujeres <60

años mientras el CE predominó en ≥ 60 años ($\chi^2=10,2$; $p=0,006$). El área de salud mostró asociación con el tipo de tumor con CCU en áreas semi-rurales (38,8%) y CE en urbanas (55,6%). El estadio clínico varió de manera significativa con la edad: mujeres ≥ 60 años con CCU presentaron 41,2% de estadios III-IV vs. 84,2% de CE en estadios I-II. El grado de diferenciación fue en mayoría bien diferenciado en CCU (77,6%), con tendencia a menor diferenciación en CE en ≥ 60 años (47,4% moderadamente diferenciado). La edad influye de manera significativa en la distribución y características de los cánceres ginecológicos, con patrones diferenciados que requieren estrategias de screening y manejo adaptadas a grupos etarios y geográficos.

Palabras clave: cáncer ginecológico, tercera edad, envejecimiento

SUMMARY

Global population aging is changing the epidemiology of gynecological cancer, with an increase in the incidence of endometrial (EC) and ovarian (OC) cancer in women over 60 years of age, while cervical cancer (CC) is prevalent in young women. In the Isle of Youth, 20% of the population is over 60 years of age, necessitating local studies to optimize health strategies. To determine the influence of age on the epidemiological behavior of gynecological cancer in the Isle of Youth (2020-2023), a descriptive, cross-sectional observational study was conducted at the "Heroes del Baire" General Teaching Hospital with 84 patients with a confirmed diagnosis of CC, EC, or OC who completed their evaluation in the territory. CC accounted for 58.3% of cases, EC 32.1%, and OC 9.5%. CC was more common in women aged <60 years, while CE predominated in women aged ≥ 60 years ($\chi^2=10.2$; $p=0.006$). The health area was associated with tumor type, with CC occurring in semi-rural areas (38.8%) and CE occurring in urban areas (55.6%). Clinical stage varied significantly with age: 41.2% of women with CC aged ≥ 60 years presented with stages III-IV versus 84.2% with stages I-II. The degree of differentiation was mostly well-differentiated in CC (77.6%), with a tendency toward lesser differentiation in EC in those aged ≥ 60 years (47.4% moderately differentiated). Age significantly influences the distribution and characteristics of

gynecological cancers, with distinct patterns that require screening and management strategies tailored to age and geographic groups.

Keywords: gynecological cancer, elderly, aging.

INTRODUCCIÓN

El cáncer ginecológico representa un reto significativo para la salud pública a nivel global, de acuerdo con las estimaciones de la OMS, el cáncer de cuello uterino (CCU) es el cuarto más común entre las mujeres, con cerca de 604.000 nuevos diagnósticos y 342.000 muertes al año, siendo el 90% de la carga de enfermedad en naciones de ingresos bajos y medios.¹ El cáncer endometrial (CE) muestra un aumento constante en su incidencia, que se vincula a factores hormonales y metabólicos predominantes en poblaciones envejecidas, mientras que el cáncer ovárico (CO) mantiene una elevada mortalidad debido a diagnósticos tardíos.²

En el área de las Américas, la tasa de incidencia de CCU muestra considerables variaciones, con un promedio ajustado de 14,9 por cada 100.000 mujeres, lo que pone de manifiesto las desigualdades en el acceso a programas de detección y vacunación contra el virus de papiloma humano (VPH).³ En Cuba, el cáncer ocupa el segundo lugar entre las causas de muerte y los tumores ginecológicos constituyen el 18% de todas las neoplasias malignas en mujeres, con una tasa para el CCU de 21,5 por 100.000, que excede la media regional.⁴ El envejecimiento de la población, se considera un factor fundamental en la epidemiología del cáncer, las proyecciones de las Naciones Unidas sugieren que para el año 2050, el 22% de la población mundial tendrá más de 60 años, lo que tendrá un impacto considerable en la demanda de servicios oncológicos.⁵ Este fenómeno se relaciona con un aumento en la incidencia de cánceres vinculados a la edad, como el CE y el CO, mientras que el CCU se asocia en su mayoría con infecciones por VPH en mujeres jóvenes.⁶ Las directrices de la FIGO, la ACOG y SEGO subrayan la importancia de contar con estrategias de cribado adaptadas a la edad: se sugiere realizar el cribado de CCU hasta los 65 años si los antecedentes son favorables; sin embargo, se observan brechas en su aplicación, en especial en regiones rurales y semi-rurales,^{7,8} a si mismo la atención

oncológica en personas mayores enfrenta retos específicos, que incluyen comorbilidades, uso de múltiples medicamentos y vulnerabilidades socioeconómicas, que pueden demorar tanto el diagnóstico como el tratamiento.⁹ En la Isla de la Juventud, el envejecimiento poblacional ocurre de manera acelerada, con un 20% de sus habitantes mayores de 60 años y una tasa de dependencia que sobrepasa el 60%.¹⁰ Investigaciones previas en contextos similares, identificaron desigualdades en el acceso al cribado de CCU entre mujeres mayores, lo que a menudo resulta en diagnósticos en etapas avanzadas.^{2,6} Por lo tanto, es crucial estudiar el comportamiento del cáncer ginecológico en este entorno para idear intervenciones efectivas. El objetivo principal de este estudio es analizar cómo la edad afecta el comportamiento epidemiológico del CCU, CE y CO en mujeres de la Isla de la Juventud durante el período 2020-2023, centrado en la edad, el color de la piel, el área de procedencia, el estadio clínico y el grado de diferenciación histológica.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, siguiendo las directrices STROBE para reportar estudios observacionales, en el Hospital General Docente "Héroes del Baire", en el período de enero de 2020 a diciembre de 2023. Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico histológico CCU, CE o CO que completaron su proceso diagnóstico en el territorio y tenían registros completos de sus historias clínicas, el muestreo fue no probabilístico de tipo censal e incluyó la totalidad de la población accesible (n=84). Como variable dependiente se definió el tipo de cáncer ginecológico (CCU, CE, CO) y como variables independientes: edad (dicotomizada en <60 años y ≥60 años), área de salud (semi-rural, urbano, rural según clasificación del MINSAP), color de la piel (blanca, negra, mestiza), estadio clínico (clasificado según FIGO 2018)¹¹, y grado de diferenciación histológica (bien diferenciado, moderadamente diferenciado y poco diferenciado). Los datos se obtuvieron de las historias clínicas individuales mediante un formulario de recolección estandarizado y se procesaron en Microsoft Excel. Se utilizó un análisis descriptivo con frecuencias absolutas y relativas para

variables categóricas. La asociación entre variables se evaluó con la prueba de chi-cuadrado de Pearson, se consideró significativo un valor de $p<0,05$, no se realizó análisis multivariado debido al tamaño muestral limitado. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la institución y se garantizó la confidencialidad y anonimato de los datos, mediante codificación de la información personal. Se otorgó exención de consentimiento informado por ser un estudio retrospectivo con datos secundarios anonimizados.

RESULTADOS

Se analizaron 84 casos de cáncer ginecológico, la distribución por localización fue: CCU 49 casos (58,3%), CE 27 casos (32,1%) y CO 8 casos (9,5%). La mediana de edad fue 62 años (rango: 23-87 años). El CCU fue más frecuente en mujeres <60 años (65,3% vs. 34,7%; $p<0,05$), mientras el CE predominó en >60 años (70,4% vs. 29,6%; $p<0,05$). El CO mostró distribución similar entre grupos (tabla 1).

Tabla 1. Distribución por localización y edad

Localización	≤ 60 años n (%)	>60 años n (%)	Total n (%)
CCU	32 (65,3)	17 (34,7)	49 (58,3)
CE	8 (29,6)	19 (70,4)	27 (32,1)
CO	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (9,5)
Total	44 (52,4)	40 (47,6)	84 (100)

Fuente: historias clínicas

En la población estudiada se observó un predominio de pacientes de piel blanca en las tres localizaciones (CCU 63,3%; CE 63,0%, CO 50,0%), aunque en la última se encontró mayor proporción de mujeres de piel negra/mestiza. Entre las pacientes de 60 años y más no se observó una variación de este comportamiento.

De manera general, se observó asociación significativa entre área de salud y tipo de tumor ($\chi^2=12,8$; $p=0,012$): el CCU predominó en áreas semi-rurales (38,8%) mientras el CE (55,6%) y el CO (50,0%) predominaron en áreas urbanas. En mujeres ≥ 60 años el CCU predominó en áreas urbanas (52,9%) y el CE mostró mayor frecuencia en áreas rurales (36,8%), aunque mantuvo predominio urbano (42,1%). (tabla 2).

Tabla 2. Área de procedencia para mayores de 60 años

Área de salud	CCU n (%)	CE n (%)	CO n (%)	Total n (%)
Urbano	9 (52,9)	8 (42,1)	1 (25,0)	18 (45,0)
Rural	5 (29,4)	7 (36,8)	0 (0)	12 (30,0)
Semi-Rural	6 (35,3)	3 (15,8)	1 (25,0)	10 (25,0)
Total	20 (100)	18 (100)	2 (100)	40 (100)

Fuente: historias clínicas

Estadio clínico al diagnóstico: El CCU y CE se diagnosticaron principalmente en estadio I (59,2% y 66,7%, respectivamente), mientras el CO se diagnosticó en estadios avanzados (62,5% en III-IV; $p=0,019$). En mujeres >60 años, el CE se diagnosticó en estadios tempranos (84,2% en I-II) vs. CCU (41,2% en III-IV; $\chi^2=9,3$; $p=0,028$). (Tabla 3)

Tabla 3. Estadio clínico del CCU y CE al diagnóstico para todas las edades

Estadio	CCU ≤60 n (%)	CCU >60 n (%)	CE ≤60 n (%)	CE >60 n (%)
I	20 (62,5)	9 (52,9)	6 (75,0)	12 (63,2)
II	5 (15,6)	2 (11,8)	1 (12,5)	5 (26,3)
III	5 (15,6)	4 (23,5)	1 (12,5)	1 (5,3)
IV	2 (6,3)	2 (11,8)	0 (0)	1 (5,3)
Total	32 (65,3)	17 (34,7)	8 (29,6)	19 (70,4)

Fuente: historias clínicas

En cuanto al grado de diferenciación histológica (tabla 4), el CCU mostró predominio de las formas bien diferenciadas (77,6%), mientras el CE mostró distribución heterogénea (44,4% bien diferenciado, 37,0% moderadamente diferenciado; $p=0,044$). En 60 años, el CE tuvo 47,4% de casos moderadamente diferenciados vs. 70,6% de CCU bien diferenciados ($\chi^2=7,1$; $p=0,069$).

Tabla 4. Grado de diferenciación histológica para todas las edades

Grado	CCU n (%)	CE n (%)	CO n (%)	Total n (%)
BD	38 (77,6)	12 (44,4)	3 (37,5)	53 (63,1)
MD	7 (14,3)	10 (37,0)	3 (37,5)	20 (23,8)
PD	4 (8,2)	5 (18,5)	2 (25,0)	11 (13,1)
Total	49 (100)	27 (100)	8 (100)	84 (100)

Fuente: historias clínicas

DISCUSIÓN

El análisis a nivel local indica que el cáncer de cuello uterino (CCU) presentó una prevalencia del 58,3%, seguido por el cáncer de endometrio (CE) con un 32,1% y el cáncer de ovario (CO) que alcanzó un 9,5%. Estos hallazgos muestran discrepancias en comparación con las cifras globales de GLOBOCAN 2020, que estableció para América Latina una tasa de incidencia de CCU de 14,9 por cada 100.000 mujeres, CE de 8,5 y CO de 6,1.² La alta proporción de CCU coincidió con lo reportado por la OMS en 2020 referente a países de ingresos medianos, donde este tipo de cáncer puede representar hasta el 60% de los casos de cáncer ginecológico.¹ No obstante, la elevada frecuencia de CE (32,1%) apunta a una transición epidemiológica asociada al envejecimiento, fenómeno que Otero-Leyva y colaboradores documentaron previamente en Cuba.¹² La significativa relación entre la edad y el tipo de cáncer ($p=0,006$) concuerda con la fisiopatología de estas neoplasias, el predominio de CCU en mujeres menores a 60 años (65,3%) estuvo en línea con su etiología viral (VPH) y su conexión con la actividad sexual temprana, como se mencionó en las guías de la ACOG de 2016.⁸ Por otro lado, la mayor incidencia de CE en mujeres mayores de 60 años (70,4%) se relacionó con la exposición prolongada a estrógenos no opuestos y la insulinorresistencia típicas de la posmenopausia.¹³ La distribución más equilibrada del CO entre los dos grupos etarios refleja su multifactorialidad y la ausencia de factores de riesgo asociados únicamente a la edad,² aunque el pequeño tamaño de la casuística no permite hacer otras inferencias. La notable relación entre el área de salud y el tipo de tumor ($p=0,012$) destacó un punto crítico, la mayor prevalencia de CCU en las zonas semi-rurales (38,8%) puede ser indicativa de limitaciones en el acceso a programas de detección y determinantes sociales, un problema que mencionó la PAHO en 2020 para las áreas rurales de América Latina.³ La alta incidencia de CE en las zonas urbanas (55,6%) podría vincularse a una mayor obesidad y sedentarismo en estos contextos, factores de riesgo establecidos para este cáncer.¹³ El comportamiento inverso observado en mujeres mayores de 60 años, donde hay una mayor prevalencia de CE en áreas rurales (36,8%), requiere investigación adicional, pues podría asociarse a factores dietéticos, reproductivos

o genéticos específicos de esa población. La alta proporción de diagnósticos en estadio I para CCU (59,2%) y CE (66,7%) sugirió una eficacia relativa del sistema de salud cubano en la detección temprana, en especial para el CE, donde el sangrado postmenopáusico facilita una consulta más pronto, el resultado es prometedor, al considerar que, a nivel internacional, solo entre el 50-60% de los casos de CE son diagnosticados en etapas iniciales,¹² sin embargo la significativa cantidad de CCU en estadios III-IV en mujeres mayores de 60 años (41,2%) pone de manifiesto una significativa deficiencia en el cribado de este grupo. Esto se alinea con las observaciones de Smith y colaboradores que indicaron que las mujeres de edad avanzada con frecuencia subestiman su riesgo de CCU y abandonan los cribados.⁶ Las guías de la SEGO sugieren que el cribado se continúe hasta los 65 años siempre que los antecedentes sean apropiados, pero este estudio sugiere que tal estrategia puede ser insuficiente en contextos de alto riesgo.¹⁵ El diagnóstico tardío del CO (62,5% en estadios III-IV) fue congruente con su naturaleza asintomática en etapas iniciales y la carencia de métodos de cribado eficaces, un desafío global que aún no se resuelve.⁹

La alta proporción de CCU bien diferenciado (77,6%) sugirió un comportamiento menos agresivo en esta población, lo que podría resultar en mejores expectativas de recuperación. En contraste, la variabilidad en el CE (44,4% bien diferenciado, 37,0% moderadamente diferenciado) con una tendencia hacia menor diferenciación en mujeres mayores (47,4% moderadamente diferenciado; $p=0,069$) posee relevancia epidemiológica. Los tumores moderadamente y poco diferenciados en CE se relacionan con un riesgo elevado de recurrencia y menor tasa de supervivencia.¹¹ Esta divergencia con la literatura, que por lo general reporta una mayor incidencia de CE bien diferenciados, podría atribuirse a factores genéticos o ambientales específicos de la región que ameritan estudios moleculares adicionales.¹⁴ Estos resultados resaltan la necesidad de adaptar las estrategias de cribado y manejo a la edad y el contexto geográfico, para las mujeres mayores, se recomienda reforzar el cribado de CCU mediante abordajes comunitarios y educación sobre síntomas, para CE, el enfoque debe ser la monitorización de factores de riesgo metabólicos. Las diferencias entre las áreas

de procedencia sugieren la necesidad de descentralizar servicios y capacitar a profesionales de atención primaria en la detección temprana. Como principal fortaleza del estudio se reconoce el enfoque poblacional en un contexto «subestudiado», con data local relevante para políticas de salud. Dentro de las limitaciones se señalan un diseño observacional que no permite inferir causalidad, un tamaño muestral pequeño, en particular para el CO, lo que limita el poder estadístico.

CONCLUSIONES

El cáncer de endometrio afecta predominantemente a mujeres mayores de 60 años, con diagnóstico en estadios tempranos, independientemente del área de residencia. El cáncer de cuello uterino es más frecuente en mujeres ≤ 60 años, pero en mayores se diagnostica en estadios avanzados, sugiriendo barreras en el acceso al cribado. El cáncer de ovario presenta diagnóstico tardío en todos los grupos etarios, con distribución similar entre jóvenes y mayores. Las diferencias geográficas en la distribución de tumores subrayan la necesidad de investigar factores ambientales y de acceso a servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Cervical cancer. [en línea] 2022 [citado 15 may 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. [en línea] 2021 [citado 4 feb 2021]; 74(3): 229-263. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38572751/>
3. Pan American Health Organization. Cancer in the Americas: Country profiles 2020. Washington, D.C.: PAHO. [en línea] 2020 [citado 19 ago 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/cancer>

4. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Anuario Estadístico de Salud 2022. La Habana: MINSAP. [en línea] 2023 [citado 19 ago 2023]. Disponible en: <https://files.sld.cu/dne/files/2023/10/Anuario-Estadistico-de-Salud-2022-Ed-20231.pdf>
5. United Nations. World Population Ageing 2019. New York: UN. [en línea] 2020 [citado 19 ago 2023]. Disponible en: <WorldPopulationAgeing2019-Report-1.pdf>
6. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, Wender RC. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines. CA Cancer J Clin. [en línea] 2019 [citado 15 mar 2019]; 69(3): 184-210. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30875085/>
7. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and corpus uteri. Int J Gynaecol Obstet. [en linea] 2018 [citado 11 oct 2018]; 125(2): 97-98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24630859/>
8. ACOG Practice Bulletin No. 157: Cervical Cancer Screening and Prevention. Obstet Gynecol. [en linea] 2016 [citado 19 ene 2016]; 127(1): e1-e20. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2016/01000/practice_bulletin_no_157_cervical_cancer.49.aspx
9. Miller KD, Nogueira L, Devasia T, Mariotto AB, Yabroff KR, Jemal A, Kramer J, Siegel RL. Cancer treatment and survivorship statistics, 2022. CA Cancer J Clin. [en línea] 2022 [citado 23 jun 2022]; 72(5): 409-436. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35736631/>
10. Oficina Nacional de Estadística e Información. Demografía de la Isla de la Juventud 2021. La Habana: ONEI; [en linea] 2022 [citado 19 ago 2023]. Disponible en: <https://www.onei.gob.cu/aep-isla-de-la-juventud-2021>
11. Berek JS, Matias-Guiu X, Creutzberg C, Fotopoulos C, Gaffney D, Kehoe S, Lindemann K, Mutch D, Concin N; Endometrial Cancer Staging Subcommittee, FIGO Women's Cancer Committee. FIGO staging of endometrial cancer: 2023. Int

- J Gynaecol Obstet. [en linea] 2023 [citado 20 jun 2023]; 162(2): 383-394. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14923>
12. Otero-Leyva M, Almeida-Esquivel Y, Piñón-García K, Creagh-García J, Ramos-García DE. Caracterización clínica e histopatológica de pacientes con cáncer de ovario. Rev Ciencias Médicas [en línea] 2023 [citado 31 oct 2023]; 7: e5974. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5974>
13. Felix AS, Yang HP, Bell DW, Sherman ME. Epidemiology of Endometrial Carcinoma: Etiologic Importance of Hormonal and Metabolic Influences. Adv Exp Med Biol. [en linea] 2017 [citado 19 ago 2023]; 943: 3-46. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-43139-0_1
14. Lortet-Tieulent J, Ferlay J, Bray F, Jemal A. International patterns and trends in endometrial cancer incidence, 1978-2013. J Natl Cancer Inst. [en linea] 2018 [citado 19 ago 2023]; 110(4): 354-361. Disponible en: <https://academic.oup.com/jnci/article/110/4/354/4555056>
15. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía de cribado de cáncer de cérvix 2022. Madrid: SEGO; [en linea] 2022 [citado 10 mar 2023]. Disponible en https://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2025/07/AEPCC_guia_CRIBADO_2025.pdf