

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer gástrico en el Departamento de Gastroenterología del Hospital Provincial de Ciego de Ávila.

Clinical and epidemiological behavior of gastric cancer in Gastroenterology Department of Provincial Hospital from Ciego de Avila.

Blanca Esther Reina Alfonso (1), Daily Lebroc Pérez (1), Mileydy Massip Ramírez (1).

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional-descriptivo prospectivo, con el objetivo de determinar el comportamiento del cáncer gástrico en el Departamento de Gastroenterología del Hospital Provincial de Ciego de Ávila, en el período comprendido de septiembre del 2006 a febrero del 2009. El universo de trabajo estuvo conformado por 1934 pacientes a los que se les practicó una endoscopia digestiva alta, de los cuales constituyeron la muestra un total de 41 pacientes con lesiones sospechosas de cáncer gástrico. Se distribuyeron a los pacientes según edad y sexo, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, hallazgos endoscópicos e histológicos. La edad más frecuente de aparición de la enfermedad correspondió a los pacientes entre los 60 y 69 años con un 30.4%, predominando el sexo masculino. El principal factor de riesgo fue el hábito de fumar con un 34.1%. El 58.5% de los pacientes presentaron pérdida de peso como la manifestación clínica más relevante. La variedad macroscópica que predominó fue el tipo ulcerado (34.1%), con mayor número de lesiones a nivel antral. Un 36.5% de los cánceres detectados correspondieron al Adenocarcinoma de tipo intestinal, constituyendo el antro la localización más frecuente.

Palabras clave: NEOPLASIAS GASTRICAS/epidemiología; NEOPLASIAS GASTRICAS/clasificación.

1. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Gastroenterología.

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico ha constituido un gran problema de salud a nivel mundial, por ser una de las enfermedades de más difícil control a pesar de que el mundo moderno cuenta con novedosas técnicas para su diagnóstico, sin embargo la mayoría de los centros hospitalarios no disponen de las mismas. Por otra parte es importante señalar que los programas de pesquiasaje para la detección precoz se aplican solo en algunos países como Japón (1). A partir de los últimos 50 años la frecuencia de esta enfermedad ha experimentado un progresivo descenso en todo el mundo. Sin embargo, a pesar de la disminución de su número, el cáncer gástrico sigue siendo un importante problema socio-sanitario, pues constituye la segunda neoplasia maligna del aparato digestivo (2). La mayor incidencia de la enfermedad se reporta en los países Asiáticos como Japón y China; en Europa, en Portugal y Rusia la incidencia se eleva (2-3). Es a partir de los años sesenta con el surgimiento de la endoscopia digestiva que se incrementa el diagnóstico en etapas más tempranas siendo posible disminuir la alta morbilidad que hasta esos momentos existía (3).

Cuba cuenta con escasos estudios de morbilidad que aporten datos clínicos, epidemiológicos y endoscópicos acerca del comportamiento del cáncer gástrico en la población cubana; tampoco existe un banco de datos disponibles en esta provincia y más específicamente en este municipio, y sin embargo es cada vez más frecuente la aparición de cáncer gástrico en la población y sobre todo en personas relativamente jóvenes (1, 4). En Japón, en cambio, el diagnóstico se hace en estadios tempranos hasta en un 50% de los casos, gracias a los programas de tamizaje (2, 5).

Es por ello que se consideró importante la realización de este estudio, teniendo como objetivos determinar el comportamiento del cáncer gástrico en el Departamento de Gastroenterología del

Hospital Provincial de Ciego de Ávila, distribuir a los pacientes en estudio según la edad y sexo, factores de riesgo, manifestaciones clínicas más frecuentes, describir la variante macroscópica teniendo en cuenta la localización endoscópica de la lesión, así como también la variedad hística teniendo en cuenta la localización endoscópica de la lesión encontrada en los pacientes con sospecha de cáncer gástrico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional- descriptivo prospectivo, para determinar el comportamiento clínico epidemiológico del cáncer gástrico en pacientes a los que se les practicó una endoscopia digestiva alta en el Departamento de Gastroenterología del Hospital Provincial de Ciego de Ávila, en el período comprendido de Septiembre del 2006 a Febrero del 2009. El universo (N) de trabajo quedó conformado por 1934 pacientes a los que se les practicó una endoscopia digestiva alta, quedando constituida la muestra (n) por 41 pacientes para un 2.1%, en los que se detectaron lesiones sospechosas de cáncer gástrico, que posteriormente fueron confirmadas mediante el estudio histológico.

Se seleccionaron pacientes mayores de 20 años a los que se les practicó una endoscopia digestiva alta detectándose lesiones sugestivas de cáncer gástrico las que se confirmaron posteriormente mediante estudio histológico. Quedaron excluidos del estudio los pacientes con síntomas sospechosos de la enfermedad y factores de riesgo en los cuales la endoscopia digestiva alta y el estudio histológico fueron negativos y los pacientes con lesiones sospechosas de la enfermedad en la endoscopia oral con exámen histológico negativo.

De los pacientes incluidos en el estudio se analizaron las siguientes variables:

1. Sexo
2. Edad
3. Factores de riesgo establecidos para cáncer gástrico
4. Manifestaciones clínicas características de la enfermedad.
5. Hallazgos endoscópicos
6. Hallazgos histológicos

Se recogieron de cada paciente los datos obtenidos de la planilla de recolección previamente elaborada por los autores del trabajo. Los resultados obtenidos fueron presentados en tablas y se utilizó el % como medida de resumen. Se aplicó método estadístico exacto de Fisher como alternativa a la prueba de chi-cuadrado en los casos en que fue necesario.

RESULTADOS

En la Tabla No. 1 se distribuyeron a los pacientes de acuerdo a la edad y el sexo, del total de la muestra 23 correspondieron al sexo masculino y 18 al femenino, con discreto predominio del primero con un 56.0% de los casos en relación al segundo. El mayor número de pacientes correspondió al grupo de edades comprendido entre 60 a 69 con 13 pacientes para un 31.7%.

En la Tabla No. 2 se distribuyeron a los pacientes de acuerdo a los factores de riesgo para el cáncer gástrico. De todos los factores estudiados el hábito de fumar con un total de 14 pacientes para un 34.1%, así como el consumo de alimentos en salazón, encurtidos, ahumados y en conserva con 12 para un 29.2%, el consumo de alcohol con 11 casos para un 26.8% y la presencia de gastritis crónica atrófica con 10 para un 24.3% fueron los más significativos.

La Tabla No. 3 muestra los principales síntomas y signos referidos por los pacientes en estudio, donde la pérdida de peso con 24 pacientes para un 58.5% y la astenia con 21 para un 51.2%, constituyeron los síntomas más frecuentes referidos en el interrogatorio. La pérdida de peso y la palidez cutáneo-mucosa con 13 para un 31.7%, son los dos signos predominantes en los pacientes estudiados.

En la actualidad, la endoscopia es el método de elección para el diagnóstico del cáncer gástrico. En la Tabla No. 4 se puede apreciar que del total de los cánceres detectados por endoscopia digestiva alta en el grupo de pacientes estudiados, 18 de ellos para un total de 43.9%, estaban localizados en el antro gástrico, siendo la segunda localización más frecuente el cuerpo con 14 para un total de 34.1%. En cuanto a la variedad macroscópica el tipo ulcerado fue el que mayor incidencia mostró con 19 casos para un 46.3%, seguido del tipo vegetante con 12 para un 29.2%.

La Tabla No. 5 muestra la distribución de los pacientes teniendo en cuenta la variedad hística y la localización endoscópica de la lesión, determinándose que el adenocarcinoma de tipo intestinal correspondió al 51.2% de los casos detectados de 21 de ellos, seguido por el adenocarcinoma de tipo difuso con un 43.9% para un total de 18. En relación a la localización endoscópica, las lesiones detectadas en su mayoría se encontraban localizadas en el antro con 18 para un 43.9%; de los cuales 15 para un 36.5% correspondieron al tipo intestinal; seguida del cuerpo con 14 para un 34.1% de los casos siendo sin embargo el tipo histológico más frecuente en esta localización el Adenocarcinoma de tipo difuso con 10 para un 24.3%.

DISCUSIÓN

El cáncer gástrico puede presentarse a cualquier edad, y en ambos sexos, sin embargo, es mucho menos frecuente por debajo de los 30 años, aumentando su frecuencia a partir de esa edad, hasta alcanzar su mayor incidencia entre la sexta y la séptima década de la vida, predominando en el sexo masculino con una proporción de 2,7:1, según describen estudios realizados en países como EE.UU. y Chile (2, 6), los cuales a su vez coinciden con el presente trabajo (Tabla No. 1). En Centroamérica, Costa Rica es reconocida por tener la más alta incidencia: 51,5 por 100.000 habitantes en hombres y 28,7 por 100.000 habitantes en mujeres y Cuba registra la menor incidencia en el área del Caribe (6). Ha sido muy controvertido el papel del hábito de fumar como factor de riesgo en la génesis del cáncer gástrico, pero algunos estudios han confirmado este riesgo en fumadores frecuentes y en los que empiezan a fumar en edad temprana (6-7). Lo mismo ocurre con el alcohol, cuyo efecto en la aparición del cáncer gástrico se cree sea mediado por el efecto directo del mismo sobre la mucosa, desencadenando cambios a nivel celular que derivan en la aparición de gastritis crónica superficial y gastritis crónica atrófica cuyo papel en la génesis del cáncer de estómago es bien conocida (7). En varios trabajos se han podido describir algunos alimentos y ciertas prácticas en la preparación y conservación de los mismos como factores importantes en la génesis del cáncer gástrico (2, 8). Se admite que se debe evitar o disminuir la ingestión de comidas manipuladas con ahumados, salados, colorantes o cualquier medio químico de conservación (8).

El cáncer gástrico temprano es asintomático en muchas instancias y se detecta por estudios de grupos poblacionales (pesquisajes) (9-11). Generalmente los síntomas y signos aparecen en estadios más avanzados de la enfermedad donde la posibilidad de actuación terapéutica y el pronóstico son reservados (11). En el 40% de los pacientes se detectan metástasis en el hígado y los pulmones (12). Los síntomas iniciales que presentan estos pacientes son inespecíficos o pueden estar ausentes, especialmente en las formas más incipientes (13). En un estudio realizado por Evans y cols, se demostró que si la endoscopia se priorizaba en adultos sintomáticos digestivos de 40 años o más, por cada 58 procedimientos realizados se lograría detectar un cáncer gástrico con un 20 % de incipientes y un 60.8% de resecabilidad; si este se efectúa en el sexo masculino de la misma edad se diagnosticaría un cáncer gástrico por cada 22 procedimientos (13).

Estudios realizados por Aiello (14) refieren que aproximadamente el 60% de los cánceres gástricos ocupan los segmentos pilórico y antral, el 25% el cuerpo gástrico, el 15% fundus y cardias, lo que concuerda con los hallazgos encontrados en este estudio y el de otros autores (tabla 4). Sin embargo Meriggi (15) presenta en su trabajo un 39% de pacientes con cáncer en la región piloroantral, cifras notablemente inferiores a las que se exponen en este estudio. Algunos estudios concuerdan con que el tipo endoscópico más frecuente lo constituyen las formas ulceradas que en un porcentaje de los casos asientan sobre una lesión vegetante o infiltrante adoptando una forma mixta (16-17). Plantean además que las formas ulceradas predominan en la región antral, mientras que las vegetantes e infiltrantes lo hacen con mayor frecuencia hacia el cuerpo y el fundus gástrico coincidiendo con lo encontrado en el presente estudio (16-17).

A pesar de la mayor incidencia del Adenocarcinoma de tipo intestinal con respecto al difuso, este último tal y como muestran Llorens y colaboradores (18) en su estudio ha experimentado un ascenso a nivel mundial. También en dicho estudio (18) se refleja como el Adenocarcinoma de tipo intestinal tiene por ubicación más frecuente el antro, siendo muy raro su presencia en otras áreas del estómago, lo mismo ocurre con el tipo difuso; esta preferencia de uno y otro se cree se encuentre en relación con las características anatomopatológicas del propio estómago y factores de riesgo relacionados con los cambios celulares en las diferentes porciones del mismo como por ejemplo, el *Helicobacter pylori*, la anemia perniciosa, etc. (18).

El adenocarcinoma es la variante histológica que con mayor frecuencia se observa en el estómago con sus dos subtipos clásicos, el de patrón intestinal formado por glándulas intestinales neoplásicas y el difuso formado por células mucosas de tipo gástrico que no suelen formar glándulas, sino que infiltran de forma individual en pequeños grupos, algunos tienen una imagen en anillo de sello (19-21). En un estudio realizado en el Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" en Santiago de Cuba, acerca del comportamiento clínico-morfológico del cáncer gástrico diagnosticado por biopsia, la gran mayoría, 72 casos para un 75,8%, fueron adenocarcinomas de tipo intestinal, seguidos por el difuso de células en anillo de sello con 9 para un 9,5%, teniendo concordancia por tanto con el presente estudio (22) (Tabla No. 5). La historia natural del cáncer gástrico termina con la muerte del paciente, bien por metástasis o por un progresivo deterioro del estado general, que incluso puede llegar a la caquexia (23). El pronóstico del cáncer gástrico depende fundamentalmente de su diagnóstico temprano, de la profundidad de la invasión cancerosa, de su tipo histológico y la extensión del tumor (23). Los resultados del tratamiento actual del cáncer son promisorios y contrastan fuertemente con los penosos resultados que se observaban hace solamente unas pocas décadas (23).

CONCLUSIONES

El grupo de edad más afectado por el cáncer gástrico correspondió a los pacientes entre 60 y 69 años de edad, con un ligero predominio del sexo masculino sobre el femenino. Dentro de los factores de riesgo establecidos para el cáncer gástrico el hábito de fumar ocupa el primer lugar, seguido del consumo de alimentos en salazón, encurtidos, en conserva y ahumados y de la ingesta de alcohol. Las manifestaciones clínicas más relevantes en el grupo estudiado fueron: la pérdida de peso, la astenia y la sensación de repletud gástrica. Teniendo en cuenta la localización endoscópica de la lesión la variedad macroscópica que prevaleció en el grupo estudiado lo constituyó el tipo ulcerado con un predominio de las lesiones a nivel del antro gástrico. Según la localización endoscópica de la lesión la variedad histológica que predominó fue el Adenocarcinoma de tipo intestinal correspondiendo el antro gástrico con la localización más frecuente.

ABSTRACT

A prospective descriptive observational study was carried out, in order to determine the gastric cancer behavior in Gastroenterology Department of Provincial Hospital from Ciego de Avila, between September 2006 and February 2009. The universe consisted of 1934 patients who underwent upper digestive endoscopy, which were sampled a total of 41 patients with suspicious lesions of gastric cancer. Patients were distributed by age and sex, risk factors, clinical manifestations, endoscopic and histological findings. The most common age of onset of the disease corresponded to patients between 60 and 69 years with 30.4%, predominating male sex. Smoking was the main risk factor with 34.1%. 58.5% of patients experienced weight loss as the most important clinical manifestation. The predominant macroscopic variety was the ulcerated type (34.1%), with higher number of lesions at level antral. A 36.5% of cancers detected corresponded to the intestinal-type adenocarcinoma, the antrum constituted the most common localization.

KEYWORDS: GASTRIC NEOPLASMS/epidemiology; GASTRIC NEOPLASMS/classification.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ajani J. Clinical Practice Guidelines in Oncology: Gastric cancer [Internet]. 2007. [citado 23 Jul 2007]. National Comprehensive Cancer Network [aprox. 27 pantallas]. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/gastric.pdf
2. Llorens P. Epidemiología del cáncer gástrico en Chile. Enfermedad Apar Digest [Internet]. 2003 [citado 18 Jun 2006]; 6(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/EnfermedadDigestivo/06n2/pdf/a06.pdf>
3. On Chan A, Chun Yu Wong B. Epidemiology of gastric cancer [Internet]. Waltham (MA): Uptodate; 2005. [citado 15 Feb 2006]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Temas de Medicina Interna. Cáncer de Estómago. 4th ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.
5. Calvo A, Pruyas M, Nilñsen E, Verdugo P. Pesquisa poblacional de cáncer gástrico en pacientes sintomáticos digestivos, período 2001-2006. Rev Med Chil. 2007; 129:749-755.

6. Alberts SR, Cervantes A, Van de Velde JH. Gastric cancer: epidemiology, pathology and treatment. *Ann Oncol*. 2007; 14(2): 31-36.
7. Kawada N. *Gastroenterology*. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2006.
8. Correa P. Etiopatogenia del cáncer gástrico. *Trib Méd*. 1994; 89(6): 261-262.
9. Noa Pedroso G, Alonso Galván P, Copello O. Sintomatología más frecuente y diagnóstico positivo del cáncer gástrico. *Rev* 16 Abr. 1999; 199: 18-24.
10. Hospital 12 de octubre. Subcomisión de tumores digestivos. Protocolo de cáncer [Internet]. Madrid; 2004 [citado 15 Abr 2006]. Hospital 12 de Octubre [aprox. 21 pantallas]. Disponible en: http://www.h12o.es/publica_docu/protocolos/ProtocoloGastrico.pdf
11. Clinical Practice Guidelines in Oncology: gastric cancer [Internet]. 2006. [citado 11 Feb 2006]. National Comprehensive Cancer Network [aprox. 20 pantallas]. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/gastric.pdf
12. Arenas JI, Montalvo I, Tejada A. Carcinoma gástrico y otros tumores malignos del estómago. En: Berenguer M. *Tratado de Gastroenterología* [Libro en CD-ROM]. Madrid: Harcourt; 2005.
13. Evans DMD, Craven JL, Murphy F. Comparison of early gastric cancer in Britain and Japan. *Gut*. 2008; 19:1-9.
14. Aiello A, Colombatti A, Figueroa R, Mateus E, Guerra O. Cáncer de estómago: nuestra experiencia. *Oncoméd*. 2008; 1(1):21-29.
15. Meriggi F, Forni E. Radical surgical treatment of gastric cancer. Personal experience. *G Cir*. 2005; 23(10):361-7.
16. Llorens P, Burmeister R, Altschiller G, Pisano R. Resultados del diagnóstico del cáncer gástrico con especial referencia a aspectos clínicos, endoscópicos, radiológicos y patológicos. En: Llorens P, editor. *Capítulos escogidos en gastroenterología*. Santiago de Chile; 2006. p.98-153.
17. Monarraga J. Cáncer gástrico, estado actual. Argentina: Congreso de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva; 2007. p.149-156.
18. Llorens S, Contreras M, Luis P. Diagnóstico de la metaplasia intestinal gástrica antral y angular por cromosendoscopia en sus etapas iniciales. *Gastroenteol Latinoam*. 2007; 18(1): 13-20.
19. Carriero Junior JS, Nogueira AM. Estudo comparativo de adenocarcinomas do terço proximal do estômago e da junção esôfago-gástrica. *Rev Méd Minas Gerais*. 2008; 18(1): 24-30.
20. Shiu MH, Perrotti M, Brennan MF. Adenocarcinoma of the stomach: a multivariate analysis of clinical, pathologic, and treatment factors. *Hepatogastroenterol*. 2008; 36:7-12.
21. Basili G, Nesi G, Barchielli A, Manetti A, Biliotti G. Pathologic features an long term results in early gastric cancer: report of 116 cases 8-13 years after surgery. *World J Surg*. 2003; 27(2): 149-52.
22. Herrera Pérez MA, Cirión Martínez GR, Ramos Pérez LC. Estudio clínico-morfológico del cáncer gástrico diagnosticado por biopsia [tesis]. Holguín: Hospital Abel Santamaría Cuadrado; 2003.
23. Bertuccio P, Chantenoud L, Levi F, Praud D, Ferlay J, Negri E, et al. Recent patterns in gastric cancer: a global overview. *Int J Cancer*. 2009; 125(3): 666-73.

ANEXOS

Tabla No. 1. Distribución de los pacientes de acuerdo a la edad y el sexo. Hospital Provincial de Ciego de Ávila. Septiembre 2006- Febrero 2009.

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
Edad (años)	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	1	4.3	0	0	1	2.4
30-39	1	4.3	1	5.5	2	4.8
40-49	2	8.6	3	16.6	5	12.1
50-59	5	21.7	4	22.2	9	21.9
60-69	7	30.4	6	33.3	13	31.7
70-79	6	26.0	2	11.1	8	19.5
80 y más	1	4.3	2	11.1	3	7.3
Total	23	56.0	18	43.9	41	100

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla No. 2. Distribución de los pacientes según los factores de riesgo para el cáncer gástrico. Hospital Provincial de Ciego de Ávila. Septiembre 2006- Febrero 2009.

Factores de riesgo establecidos	No.	% n=41
Hábito de fumar	14	34.1
Alimentos en salazón, encurtidos, en conserva, ahumados	12	29.2
Alcohol	11	26.8
Alimentos no refrigerados	1	2.4
Exposición a sustancias tóxicas y/o radiaciones ionizantes	2	4.8
Antecedentes patológicos personales de:		
Pólipos gástricos	5	12.1
Gastritis crónica atrófica	10	24.3
Metaplasia intestinal	2	4.8
Enfermedad de Menetrier	0	0
Anemia Perniciosa	2	4.8
Antecedentes patológicos familiares de:		
Cáncer gástrico	4	9.7
Pólipos gástricos	3	7.3
Úlcera gástrica	4	9.7
Metaplasia intestinal	2	4.8
Gastritis crónica atrófica	6	14.6

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla No. 3. Distribución de los pacientes según los síntomas y signos de la enfermedad. Hospital Provincial de Ciego de Ávila. Septiembre 2006- Febrero 2009.

Síntomas y signos	No.	% n=41
Pérdida de peso	24	58.5
Astenia	21	51.2
Sensación de repletud gástrica	20	48.7
Meteorismo	17	41.4
Acidez	9	21.9
Dolor en epigastrio	5	12.1
Anorexia	19	46.3
Melena	3	7.3
Hematemesis	6	14.6
Náuseas	4	9.7
Vómitos	3	7.3
Palidez cutáneo mucosa	13	31.7
Ictericia	6	14.6
Hepatomegalia	3	7.3
Masa abdominal palpable en epigastrio	2	4.8

Fuente: Planilla de recolección de datos

Tabla No. 4. Distribución de los pacientes teniendo en cuenta la variedad macroscópica según la localización endoscópica. Hospital Provincial de Ciego de Ávila. Septiembre 2006- Febrero 2009.

Variedad macroscópica		Localización endoscópica									
		fundus		cardias		cuerpo		antro		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
vegetante	ulcerado	1	2.4	1	2.4	8	19.5	2	4.8	12	29.2
	infiltrante	1	2.4	1	2.4	3	7.3	14	34.1	19	46.3
	ulcerado-infiltrante	2	4.8	1	2.4	2	4.8	1	2.4	6	14.6
	ulcerado-infiltrante	1	2.4	1	2.4	1	2.4	1	2.4	4	9.7
Total		5	12.1	4	9.7	14	34.1	18	43.9	41	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

p=0.33

Tabla No. 5. Distribución de los pacientes teniendo en cuenta la variedad macroscópica y la variedad hística. Hospital Provincial de Ciego de Ávila. Septiembre 2006- Febrero 2009.

Variedad hística		Localización endoscópica									
		fundus		cardias		cuerpo		antro		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Adenocarcinoma tipo difuso	Adenocarcinoma tipo difuso	3	7.3	2	4.8	10	24.3	3	7.3	18	43.9
	Adenocarcinoma tipo intestinal	2	4.8	2	4.8	2	4.8	15	36.5	21	51.2
	Leiomiomasarcoma	0	0	0	0	1	2.4	0	0	1	2.4
	Linfoma	0	0	0	0	1	2.4	0	0	1	2.4
Total		5	12.1	4	9.7	14	34.1	18	43.9	41	100

Fuente: Planilla de recolección de datos.

p=0.47