CÁNCER DE CUERPO DE ÚTERO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Incidencia 2018-2020 y supervivencia a 1, 3 y 5 años

Comunidad de Madrid

CÁNCER DE CUERPO DE ÚTERO EN LA COMUNIDAD DE MADRID. INCIDENCIA 2018-2020 Y SUPERVIVENCIA A 1, 3 Y 5 AÑOS

ÍNDICE

RESUMEN **3**

LISTADO DE ACRÓNIMOS **5**

1. INTRODUCCIÓN **6**

2. MATERIAL Y MÉTODOS **7**

3. RESULTADOS **9**

3.1. Indicadores de calidad 9

3.2. Características de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid 10

3.3. Incidencia del cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid 11

3.4. Supervivencia de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid 13

3.4.1. Supervivencia global de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid 14

3.4.2. Supervivencia de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por características sociodemográficas y tumorales en la Comunidad de Madrid 14

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES **16**

5. BIBLIOGRAFÍA **18**

6. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS **21**

7. ANEXOS **21**

RESUMEN

Introducción: Los cánceres ginecológicos son un conjunto de tumores que afectan a la vulva, vagina, el cuello del útero, cuerpo del útero, ovarios, trompas de Falopio y el peritoneo. Dentro de este grupo de tumores, el cáncer de cuerpo de útero es el más frecuente. Por otro lado, este grupo de tumores engloba entidades de diferentes características desde el punto de vista etiopatolótico, epidemiológico y clínico. Conocer dichas diferencias es de vital importancia para mejorar su prevención, diagnóstico precoz y abordaje terapéutico. En Europa, en 2024, la incidencia de de cáncer de cuerpo uterino, fue de 26 casos por cada 100.000 mujeres. Este informe presenta un análisis de la incidencia del cáncer de cuerpo de útero en mujeres mayores de 20 años de la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta variables sociodemográficas y características tumorales. Asimismo, se presentan estimadores de supervivencia a 1, 3 y 5 años tras el diagnóstico.

Métodos: Los datos se han obtenido del Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid (RECAM). Se han incluido todos los casos incidentes (primarios) de cáncer de cuerpo de útero diagnosticados entre los años 2018 y 2020 en mujeres mayores de 20 años residentes en la Comunidad de Madrid. Se realizó un estudio descriptivo de las características de los tumores diagnosticados, mediante frecuencias relativas y absolutas por tipo de tumor, resumen de extensión al diagnóstico y nivel socioeconómico. Se calcularon tasas brutas (TB), tasas específicas (TEE) por grupos quinquenales de edad y tasas ajustadas por población europea (TA-E), por resumen de extensión y por nivel socioeconómico. Finalmente, se calculó la supervivencia observada y neta a 1, 3 y 5 años, globalmente y de forma separada para cada variables de interés.

Resultados: Entre los años 2018 y 2020 se diagnosticaron un total de 1.887 tumores de cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid. El 53,2% de los tumores se diagnosticaron en mujeres mayores de 64 años. El 40,2% de las pacientes pertenecían al grupo de nivel socioeconómico bajo. El subtipo morfológico más frecuente fue el carcinoma endometrial de tipo I (74,1%), y el 35,7% de los tumores eran bien diferenciados histológicamente. La mayor parte de las pacientes fueron diagnosticadas en estadios iniciales (64,0%).

La tasa bruta de incidencia de cáncer de útero fue de 22,1 casos por 100.000 mujeres. La tasa de incidencia específica por edad (TEE) mostró un incremento según aumentaba la edad. La tasa de incidencia fue mayor entre las mujeres con nivel socioeconómico bajo (Q1).

Globalmente, la supervivencia neta (SN) al quinto año del diagnóstico fue del 77,6%. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia por grupos de edad (menor en el grupo de mayor edad). Con respecto a las características tumorales, se evidenció una menor supervivencia en las mujeres con tumores con alto grado de diferenciación histológica, en pacientes con sarcomas y en pacientes con estadio metastásico en el momento del diagóstico.

Conclusiones: En la Comunidad de Madrid, las tasas de incidencia de cáncer de cuerpo de útero son similares a las descritas por otros registros de cáncer de nuestro entorno. Por grupos de edad, el cáncer de endometrio afecta principalmente a mujeres mayores de 65 años. La mayoría de los tumores diagnosticados son carcinomas endometriales, con grado de diferenciación bajo (G-I) y extensión localizada al diagnótico. La supervivencia estimada para las pacientes que residen en la Comunidad de Madrid se asemeja a la descrita a nivel europeo. Estos datos reflejan la relevancia de mantener la vigilancia epidemiológica del cáncer como herramienta de utilidad a la hora de planificar y evaluar las políticas de salud pública en la Comunidad de Madrid.

ABSTRACT

Introduction: Gynaecological cancers are group of tumours that affect the vulva, vagina, uterus, ovaries, fallopian tubes and peritoneum. Within this group of tumours, the corpus uteri cancer is the most frequent. On the one hand, this group of tumours encompasses conditions with different characteristics from an aetiopathological, epidemiological and clinical perspective. Understanding these differences is of vital importance for improving prevention, early diagnosis and treatment. In Europe, in 2024, the incidence rate of endometrial cancer was 26 cases per 100,000 inhabitants. This report presents an análisis of the incidence of endometrial cancer in women aged 20 and over years in the Community of Madrid, taking into account sociodemographic varaibles and tumour characteristics. It also presents survival estimates at 1,3 and 5-years following diagnosis.

Methods: Data were obtained from the Population-Based Cancer Registry of the Community of Madrid (RECAM). All incidents malignant corpus uteri neoplasms diagnosed between 2018-2020 among women aged over 20 residing in the Community of Madrid were included. Descriptive analysis were perfomed for tumour characteristics, using relative and absolute frecuencies by tumour, stage at diagnosis and socioeconomic status. Crude, age-specific and age-standardised incidence rates were calculated each five-year group and adjusted by the European standard population by stage at diagnosis and socioeconomic status. Finally, observed and net survival at 1,3 and 5-year were estimated globally and stratified by studied variables.

Results: Between 2018 and 2020, 1.887 tumours of corpus uteri were diagnosed in the Community of Madrid. Up to 53,2% of neoplasms were diagnosed in women over 64 years of age. 40,2% of the patients belong to the most deprived socioeconomic status. The most common morphological subtype was endometrial carcinoma, type I (74,1%), and 35,7% of the tumour were well differentiated. The majority ot patients were diagnosed at an earlt stage (64,0%). Crude incidence rate of corpus uteri was 22,1 cases per 100,000 women. Aged-specific incidence showed increasing rates across age. Incidence rate was higher among most deprived women (Q1).

Overall, 5-year net survival was 77,6%. Statistically significant differences were identified across groups of age (with survival being lower in the oldest age group). Regarding tumour characteristics, lower survival in women with poorly-differentiated tumours, sarcomas and metastasic tumours at diagnosis were found.

Conclusions: In the Community of Madrid, the incidence rates of corpus uteri neoplasms were similar to those reported by other cancer registries in the region. By groups of age, corpus uteri neoplasms mainly affects women over 65 years. The majority ot tumours were diagnosed are endometrial cancinomas, low grade of histological differentiation, and local stage at diagnosis. The estimated survival for patients living in the Community of Madrid are similar to those reported at European level. These data highlight the importance of maintaining epidemiological surveillance of cancer as a useful tool for planning and evaluation public health policies in the Community of Madrid.

LISTADO DE ACRÓNIMOS

- CIE-O-3.1: Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, tercera edición, primera revisión.
- CM: Comunidad de Madrid.
- DCI: Casos identificados inicialmente únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Initiated*).
- DCO: Casos identificados únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, *Death Certificate Only*).
- DT: desviación típica.
- ENCR: Red Europea de Registros de Cáncer (por sus siglas en inglés, *European Network of Cancer Registries*).
- FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
- IACR: Asociación Internacional de Registros de Cáncer (por sus siglas en inglés, *International Association of Cancer Registries*).
- IARC: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (por sus siglas en inglés, *International Agency for Research on Cancer*).
- IC95%: Intervalo de confianza al 95%.
- N/A: No aplica.
- NE: No especificado/a.
- NSE: nivel socioeconómico
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- RAE-CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.
- RECAM: Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid.
- REDECAN: Red Española de Registros de Cáncer.
- SAI: Sin otra indicación (por sus siglas en latín, *Sine Alter Indicatio*).
- SN: Supervivencia neta.
- SO: Supervivencia observada.
- TA-E: Tasa de incidencia ajustada por población estándar europea (2013).
- TB: Tasa de incidencia bruta (o cruda).
- TEE: Tasa de incidencia específica por grupo de edad.

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer es un conjunto de enfermedades con un gran impacto individual y social en todas las regiones del mundo, independientemente de su nivel de renta. Según las estimaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), sólo en 2024 se diagnosticaron más de 20 millones de casos nuevos en el mundo, y se produjeron 9,7 millones de defunciones por cáncer (1). El cáncer supone la primera o segunda causa de muerte prematura en la mayor parte de los países del mundo (2). Los cánceres ginecológicos son un grupo de tumores que afectan al aparato genital femenino, incluyendo vulva, vagina, cuello de útero, cuerpo de útero, ovario y trompas de falopio.

En Europa, la incidencia de cánceres ginecológicos fue de 58 casos por 100.000 mujeres en 2024, siendo el cáncer de cuerpo de útero el más frecuente, con una incidencia de 26 casos por 100.000 mujeres (3).

En España, las estimaciones más recientes elaboradas por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) indican que a lo largo del año 2026 se diagnosticarán más de 7.759 cánceres primarios de cuerpo uterino, lo que corresponde con una tasa de incidencia ajustada por población europea de 26,3 casos por 100.000 mujeres (4). En cuanto a la mortalidad, 5.078 mujeres fallecieron por algún cáncer ginecológico en España en 2024 de las cuales el 33,8% fallecieron por cáncer de cuerpo de útero, lo que supone un 3,8% del total de fallecimientos por cáncer en mujeres (5).

El cáncer de cuerpo de útero, o cáncer de endometrio, se origina frecuentemente en el revestimiento epidelial de la cavidad y se extiende hacia el miometrio (6). Existen dos subgrupos de cáncer de endometrio (tipo 1 y tipo 2), los cuales difieren en sus características tumorales. Los tumores pertenecientes al tipo 1 son considerados tumores estrógeno-dependientes y asociados a un mejor pronóstico; mientras los tumores tipo 2 no se consideran estrógeno-dependientes y se relacionan a un peor pronóstico (7). Existen también otros subtipos de tumores que se originan en los tejidos estromales y musculares del miometrio, denominados sarcomas uterinos, los cuales representan el 3-7% de los tumores de útero (8).

Como en muchos cánceres, la etiología de los tumores ginecológicos es multifactorial. En el cáncer de cuerpo de útero los factores de riesgo son la edad avanzada, factores metabólicos como la obesidad moderada (Índice de Masa Corporal >40kg/m^2), la resistencia a la insulina o hiperinsulinemia, entre otros (9). Por otro lado, los factores reproductivos como la exposición prolongada a tratamientos estrogénicos, la aparición de menarquia temprana (<12 años de edad) o menopausia tardía (>55 años de edad), la infertilidad y/o la nuliparidad, son otros de los factores de riesgo destacados para el cáncer de endometrio. Asimismo, la prescripción prolongada de tratamientos antineoplásicos como el tamoxifeno para el cáncer de mama, aumentan el riesgo de cáncer de endometrio (10–13). Desde el punto de vista genético, destaca el síndrome de Lynch que aumenta el riesgo de padecer cáncer de endometrio entre otros tipo de cáncer, así como en menor medida, el síndrome de Cowden y la mutación en BRCA1 y BRCA2 (12).

La finalidad de este informe es proporcionar datos de incidencia y de supervivencia de los nuevos casos de cáncer de cuerpo de útero en las mujeres residentes en la Comunidad de Madrid (CM), y describir las características de estos tumores desde el punto de vista patológico y clínico. Para ello, se han analizado los datos del Registro Poblacional de Cáncer de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, que recoge información sobre todos los nuevos casos de cáncer que se diagnostican en la población que reside en la región. En este trabajo se presenta la incidencia de los cánceres de cuerpo de útero en mujeres mayores de 20 años residentes en la CM en un periodo de tres años (2018, 2019 y 2020), y la supervivencia a 1, 3 y 5 años.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos analizados en este informe proceden del Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid (RECAM). El RECAM recoge información sobre todos los casos incidentes (primarios) de cáncer diagnosticados a la población que reside en la CM. Se considera tumor primario aquel que se origina en un lugar y/o tejido inicial, sin tratarse de una extensión, recurrencia ni metástasis (14). Para este trabajo se seleccionaron todas las pacientes mayores de 20 años de edad con un diagnóstico de cáncer de cuerpo de útero realizado entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2020. Se realizó un seguimiento del estado vital de las pacientes estudiadas hasta el 31 de diciembre de 2024.

Por su carácter poblacional, el RECAM cuenta con varias fuentes de información para la identificación de los casos, incluyendo el Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD) de hospitales públicos y privados, la base de datos de Atención Primaria y las bases de datos de mortalidad de la CM. La información contenida en dichas fuentes es procesada y combinada para la obtención de una serie de casos posibles, que posteriormente son revisados manualmente a través de la consulta en la historia clínica informatizada. La metodología de trabajo del RECAM es la recomendada por la Red Europea de Registros de Cáncer (en inglés – *European Network of Cancer Registries* – ENCR –) (15,16) y la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC – *International Agency for Research on Cancer*) para los registros poblacionales de cáncer. Una de las características que mejor define a los Registros de Cáncer de Base Poblacional es su capacidad para referir los casos incidentes a una población de referencia (la población a riesgo). En el RECAM la población de referencia es el conjunto de personas que residen en la CM, considerando como residente a todos aquellos que llevan al menos 6 meses residiendo en la región. Por este criterio, se han excluido del registro aquellas pacientes que no lleven residiendo en la CM al menos 6 meses, utilizándose como indicador el estar de alta en la base de datos de tarjeta sanitaria al menos 6 meses antes del diagnóstico.

Para cada nuevo caso, se recoge información acerca de las variables básicas definidas a nivel internacional como imprescindibles para los registros de cáncer de base poblacional, incluyendo la fecha de incidencia, la topografía (localización y sub-localización primaria), la morfología (histología del tumor primario), el grado de diferenciación histológica, el comportamiento y la base de diagnóstico. La información relativa a los diagnósticos de cáncer se codifica siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, en su versión 3.1 (CIE-O-3.1) (17). En este trabajo se incluyen únicamente los casos con código topográfico “C54._”invasivos (comportamiento /3). Las morfologías histológicas se clasificaron en 6 grupos descritos en el Anexo 1: carcinoma endometrial, tipo I; carcinoma endometrial, tipo II; sarcomas uterinos; adenosarcomas; otros carcinomas específicos y carcinomas inespecíficos.

Adicionalmente, como parte de las variables denominadas de alta resolución, se recogió información relativa al estadio al diagnóstico, siguiendo las indicaciones de la Clasificación FIGO (2018) – Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia – para cada tumor ginecológico (6,8) y el resumen de extensión, correspondiendo el estadio I localizados; los estadios II-IIIC, a tumores regionales; y los estadios IVA- IVB, a tumores metastásicos.

Tras la validación de los casos de cáncer de cuerpo de útero, se evaluó la coherencia interna y la validez de los datos usando la herramienta IARCTools, diseñada para detectar combinaciones de códigos topográficos-morfológicos poco probables o inverosímiles, entre otras verificaciones (18). Posteriormente se calcularon varios indicadores de calidad propuestos por la IARC (19): el porcentaje de tumores diagnosticados con confirmación microscópica; el porcentaje de casos con base de diagnóstico desconocida; el porcentaje de casos identificados inicialmente únicamente por el certificado de defunción (en inglés *Death Certificate Initiated* – DCI –); el porcentaje de casos identificados únicamente por el certificado de defunción (en inglés *Death Certificate Only* – DCO –); así como la proporción de casos denominados “No específicos” (8000 – Neoplasia).

Por último, se actualizó el estado vital de las pacientes a día 31 de diciembre de 2024 mediante el Índice Nacional de Defunciones (INDEF) (20), el cual contiene información de todas las personas fallecidas e inscritas en alguno de los Registros Civiles del Estado Español, sin detalle de la causa de fallecimiento. Todas las personas sin constancia del fallecimiento (en el INDEF, tarjeta sanitaria, o historia clínica) se consideraron vivas al final del periodo de seguimiento (31/12/2024).

Asimismo, para estudiar la relación entre el nivel socioeconómico y los indicadores epidemiológicos estudiados, se usó el indicador de renta neta media por persona por sección censal del Atlas de Distribución de Renta de los Hogares, año 2023 (ADRH) calculado por el Instituto Nacional de Estadística (INE). El ADRH es una operación basada íntegramente en la explotación de registros administrativos que proporciona información sobre el nivel y la distribución de renta desglosada según variables demográficas básicas de la población a nivel territorial muy detallado, en concreto de todos los municipios, distritos y secciones censales (21). A cada una de las pacientes se le asignó el nivel de renta de la sección censal en la que residían, habiendo georreferenciado previamente la dirección postal registrada en la tarjeta sanitaria en los 6 meses previos al diagnóstico. Para este trabajo se calcularon los terciles del nivel de renta media por persona correspondiente a las secciones censales de la CM (Q1: nivel socioeconómico bajo, Q2: nivel socioeconómico intermedio, Q3: nivel socioeconómico alto).

Se realizó el estudio descriptivo de las variables recogidas por el RECAM mediante el cálculo de frecuencias relativas y absolutas, por tipo de tumor, resumen de extensión y nivel socioeconómico. Se calcularon las tasas brutas (TB) por 100.000 mujeres y las tasas específicas (TEE) para los grupos de edad de 20-34, 35-49, 50-64, 65-79, 80 años o más. El numerador corresponde al número de casos nuevos de cáncer de cuerpo de útero en mujeres en el grupo de edad correspondiente y el denominador se obtuvo del Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (22) a 1 de julio de 2018, 2019 y 2020 desagregado para esos mismos rangos de edad. Finalmente, se calcularon las tasas ajustadas (TA-E) por edad según la población estándar europea (2013) que permiten la comparación con otros registros. Así mismo, se calcularon las TB, TEE y TA-E por resumen de extensión al diagnóstico y nivel socioeconómico (Q1-Q3).

Se realizó el análisis de supervivencia a 1, 3 y 5 años empleando el método completo para definir los años de diagnóstico. Se calculó la curva de supervivencia observada (SO) mediante el método Kaplan – Meier y el test log-rank para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre grupos para el cáncer de cuerpo de útero. Con el fin de ajustar la supervivencia a la probabilidad de sobrevivir al cáncer en ausencia de otras causas de muerte, se estimó la supervivencia neta (SN) y la supervivencia neta estandarizada (SN-E) utilizando el estimador Pohar-Perme (29), usando las tablas de vida estratificadas por sexo, edad y periodo de la CM.

Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico Stata (STATA/BE versión 18.0).

3. RESULTADOS

Entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2020 se registraron 1.887 casos de cáncer de cuerpo de útero en mujeres de 20 o más años de edad residentes en la CM.

3.1. Indicadores de calidad

En la Tabla 1 se presentan los indicadores de calidad calculados y los valores de referencia esperados propuestos por la ENCR y la IARC.

Tabla 1. Indicadores de calidad de los datos de cáncer de cuerpo de útero en el Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Indicador	Rango esperado	Resultado observado total
Validación microscópica	>85%	96,9%
Base de diagnóstico desconocida	N/A	2,0%
Proporción de casos DCI*	N/A	2,4%
Proporción de casos DCO**	<5%	1,3%
Proporción de casos no especificados (NE)***	<10%	3,7%

*DCI – Casos identificados inicialmente únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, Death Certificate Initiated)
**DCO – Casos identificados únicamente por el certificado de defunción (por sus siglas en inglés, Death Certificate Only)
*** NE – Se consideraron casos "No Específicos" los tumores registrados con un código morfológico 8000/3
N/A – No aplica

Todos los indicadores se encuentran dentro de los rangos de referencia y son similares a los indicadores proporcionados por otros registros de cáncer de base poblacional españoles (24).

Globalmente, el 96,9% (N=1.828) de los tumores presentaron confirmación microscópica. De estos, el 97,6% (N=1.784) fue diagnosticado con una histología del tumor primario, el 0,7% (N=13) por histología de una metástasis y el 0,1% (N=1) por citología. En el 2,0% (N=38) de todos los casos se desconoce la base de diagnóstico. El 3,7% de todos los casos (N=69) fueron registrados con un código de morfología inespecífico (8000/3 o 8010/3).

3.2. Características de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid

La Tabla 2 muestra las características de las 1.887 pacientes con cáncer de útero incluidas en el estudio.

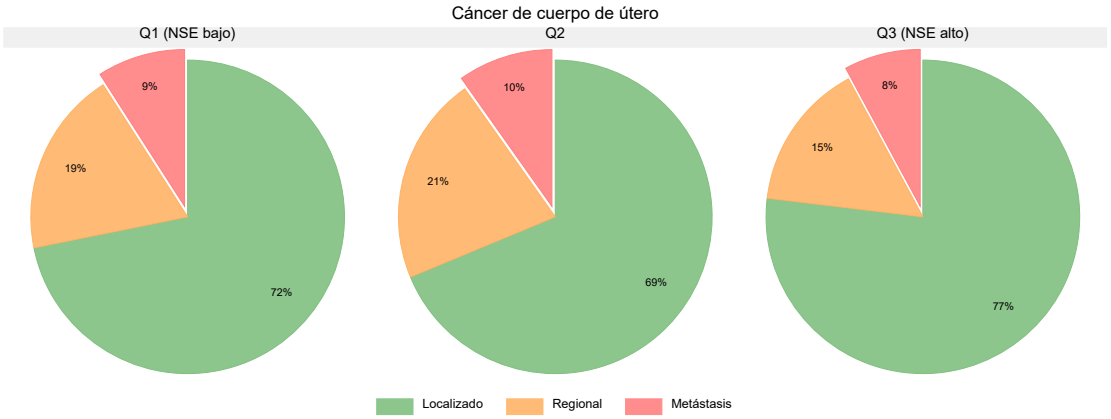
La media de edad al diagnóstico fue de 65,8 años (DT: 12,6). Aunque sólo el 9,5% de los tumores se diagnosticaron en pacientes menores de 50 años, hasta el 37,3% de los tumores (N=704) se diagnosticaron entre los 50-64 años, mientras que el 38,6% (N=728) se diagnosticó en mujeres de 65-79 años. El 40,2% de las pacientes con cáncer de útero pertenecía al grupo con nivel socioeconómico bajo (Q1), frente al 25,2% de pacientes del nivel socioeconómico alto (Q3). El 88,4% de las pacientes habían nacido en España. Las morfologías más habituales fueron carcinomas endometriales de tipo I (N=1399, 74,1%), seguidas de las de tipo II (16,2%). El 35,7% (N=674) de los tumores presentaron un grado de diferenciación 1 (GI, bien diferenciado). En relación con el estadio al diagnóstico del tumor en el momento del diagnóstico, cabe destacar que el 64,0% de los cánceres de cuerpo de útero estaban en estadios iniciales en el momento del diagnóstico. Por otro lado, un 8,1% de los tumores se diagnosticaron en estadio metastásico.

Tabla 2. Características de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero (C54). Comunidad de Madrid, 2018-2020 (N=1.887).

	N (%)
N	1.887 (100,0%)
Edad al diagnóstico (años cumplidos) Media (DT)	65,8 (12,6)
Grupos de edad	
20-49 años	180 (9,5%)
50-64 años	704 (37,3%)
65-79 años	728 (38,6%)
80+ años	275 (14,6%)
Nivel socioeconómico (NSE; terciles)	
Q1 (NSE bajo)	759 (40,2%)
Q2	652 (34,6%)
Q3 (NSE alto)	475 (25,2%)
País de nacimiento	
Nacido en España	1.668 (88,4%)
Nacido en el extranjero	217 (11,5%)
Desconocido	2 (0,1%)
Morfología (CIE-O 3.1)	
Carcinoma endometrial, tipo I	1.399 (74,1%)
Carcinoma endometrial, tipo II	305 (16,2%)
Sarcomas uterinos	80 (4,2%)
Adenosarcoma	6 (0,3%)
Otros carcinomas específicos	28 (1,5%)
Inespecíficos	69 (3,7%)
Grado de diferenciación (CIE-O-3.1)	
Grado I, Bien diferenciado	674 (35,7%)
Grado II, Moderadamente diferenciado	502 (26,6%)
Grado III, Pobremente diferenciado	435 (23,1%)
Grado IV, Indiferenciado, Anaplásico	21 (1,1%)
Tipo de células no determinado, no indicado o NA	255 (13,5%)
Resumen de extensión (FIGO)	
Localizado (FIGO IA-IB)	1.208 (64,0%)
Regional (FIGO IIA-IIIC)	320 (17,0%)
Metástasis (FIGO IVA-IVB)	152 (8,1%)
Desconocido	207 (11,0%)

El Anexo 2 muestra las características del total de pacientes con cáncer de cuerpo de útero por nivel socioeconómico, y el Gráfico 1 presenta la distribución del resumen de extensión por el nivel socioeconómico de las pacientes, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

Gráfico 1. Distribución del resumen de extensión del cáncer de cuerpo de útero por nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2020.



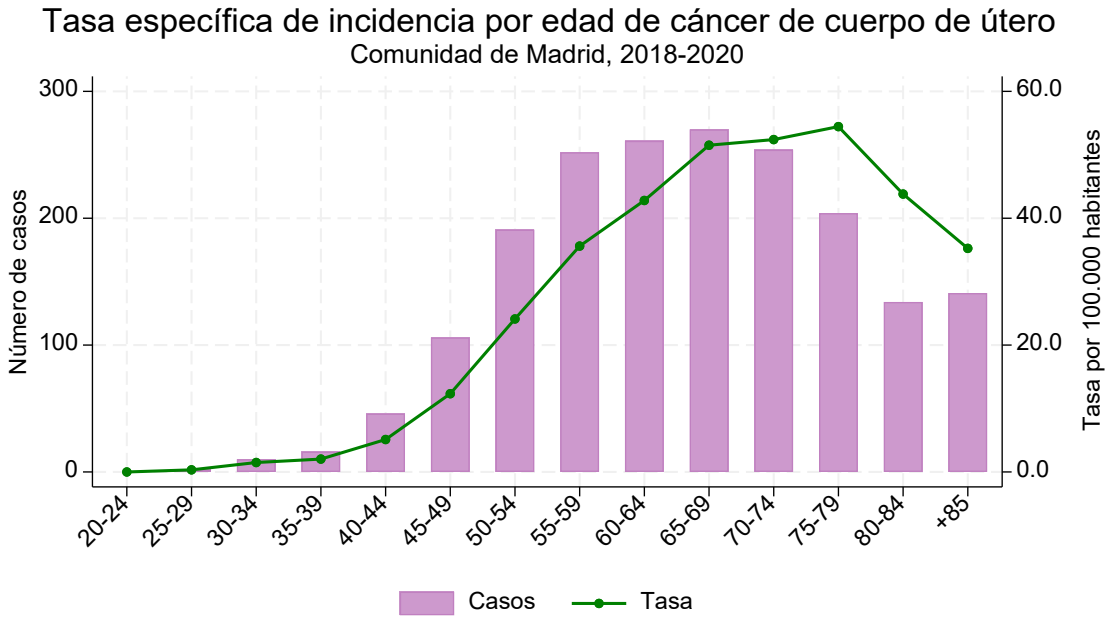
3.3. Incidencia del cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid

La tasa bruta (TB) de incidencia de cáncer de cuerpo de útero corresponde a 22,1 casos por cada 100.000 mujeres, y la tasa de incidencia ajustada por edad fue de 22,5 casos por 100.000 mujeres (IC95%: 21,8-23,2).

El Gráfico 2 y el **Anexo 3** muestra el número de casos y las tasas específicas por edad (TEE) para el cáncer de útero en la Comunidad de Madrid. La frecuencia relativa de cáncer de cuerpo de útero aumenta de forma pronunciada hasta los 50-59 años de edad y alcanzando su mayor número de diagnósticos entre las mujeres de 65-69 años. Posteriormente, el número de casos de cáncer de cuerpo de útero desciende de forma notoria hasta los 80-84 años de edad.

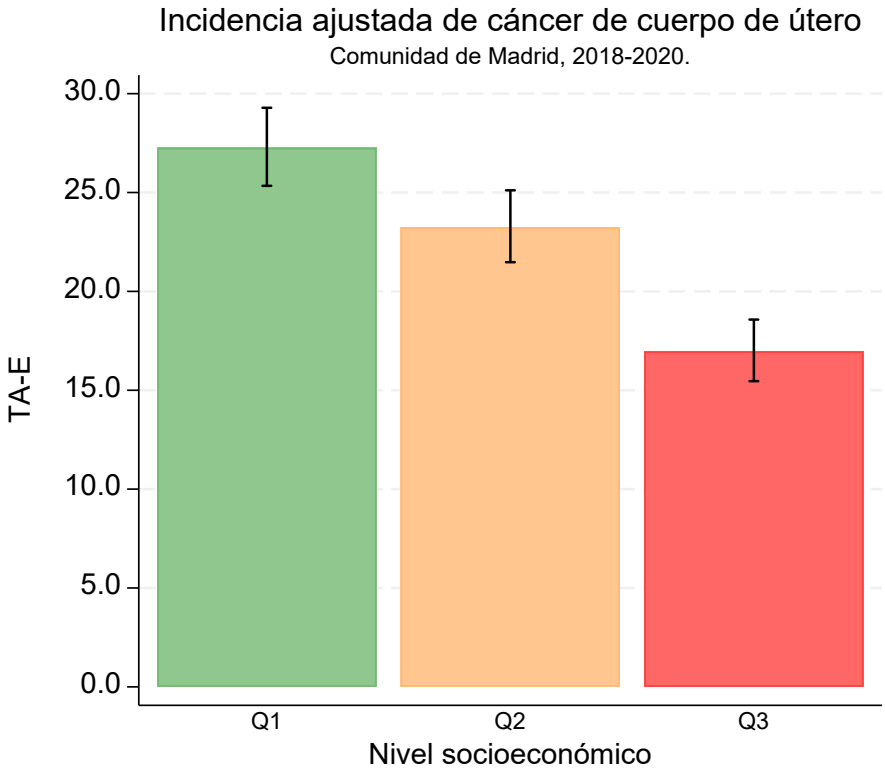
Si bien es cierto que en términos de incidencia se evidencia un importante aumento con la edad de las TEE desde los 0,3 casos por 100.000 mujeres en el grupo de 25-29 años, a los 51,5 en el grupo de 65-69 años; posteriormente, las TEE aumentan ligeramente hasta alcanzar una tasa de 54,4 casos por 100.000 mujeres en el grupo de entre 75 y 79 años de edad, para descender a partir de los 80 años.

Gráfico 2. Frecuencia de casos y tasas de incidencia específicas por edad (por 100.000 mujeres) para el cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2020.



El Gráfico 3 y el
Anexo *4* muestra las tasas de incidencia por nivel socioeconómico. Se observan diferencias en la tasa de incidencia ajustada de cáncer de cuerpo de útero por nivel socioeconómico, mostrando una mayor incidencia en mujeres de baja renta (Q1).

Gráfico 3. Tasa de incidencia ajustada (por 100.000 habitantes) de cáncer de cuerpo de útero por nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2020.



TA-E: Tasa de incidencia ajustada por población Europea (2013).
Q1: nivel socioeconómico bajo | Q3: nivel socioeconómico alto

3.4. Supervivencia de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid

De los 1.887 casos diagnosticados entre los años 2018-2020 de cáncer de cuerpo de útero, a 31 de diciembre de 2024 habían fallecido 515 mujeres, 495 de ellas en los primeros 5 años tras el diagnóstico.

Para el análisis de supervivencia se excluyeron todos los casos identificados únicamente por el certificado de defunción (denominados DCO – *Death Certificate Only*) y los diagnosticados por autopsia (N=25). El análisis se restringe al rango de edad 20-99 por imperativo del método, por lo que finalmente el análisis de supervivencia se realizó sobre 1.861 casos.

Los resultados detallados de supervivencia observada y neta del cáncer de útero desagregada por grupos de edad, nivel socioeconómico, país de nacimiento, grado de diferenciación, grupos morfológicos y estadio al diagnóstico se encuentran en el

Anexo 5.

3.4.1. Supervivencia global de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid

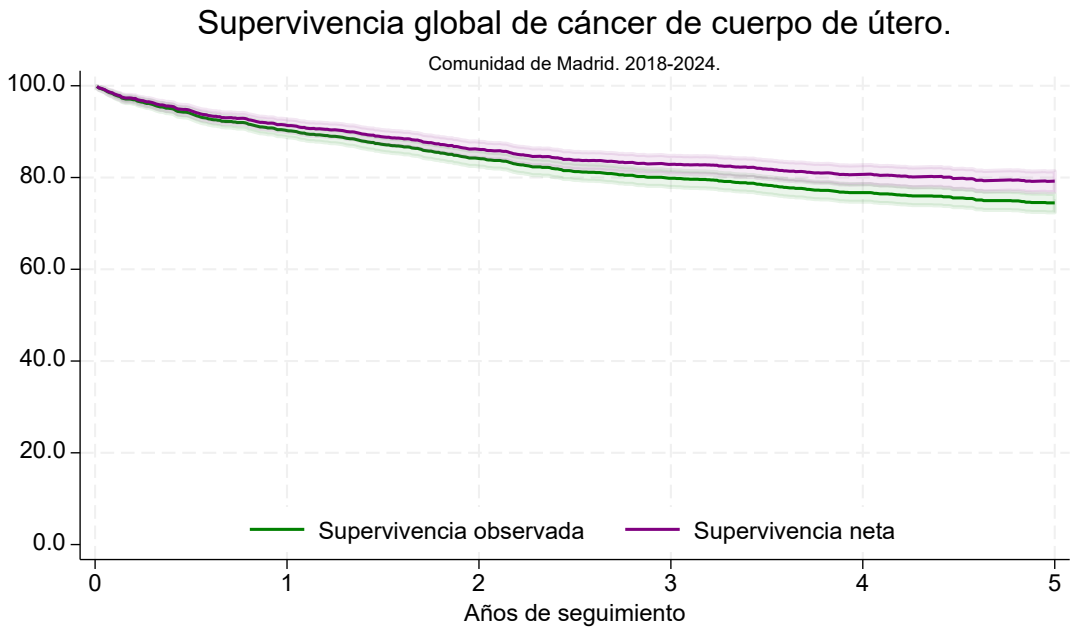
En conjunto, la supervivencia observada (SO) global tras el diagnóstico de cáncer fue de 89,2% (IC95%: 87,7-90,5) en el primer año tras el diagnóstico y de 73,3% (IC95%: 71,2-75,3) al quinto año (Tabla 3 y

Gráfico *4*)**.** La supervivencia neta (SN), ajustada por otras causas de mortalidad, fue ligeramente superior a la observada (77,6%; IC%: 75,3-79,8) a los 5 años.

Tabla 3. Supervivencia observada (SO) y neta (SN) de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2024 (n=1.861).

	1er año		2º año		3er año		4º año		5º año	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
SO	89,2	(87,7-90,5)	82,9	(81,2-84,5)	78,7	(76,8-80,5)	75,6	(73,6-77,4)	73,3	(71,2-75,3)
SN	90,2	(88,7-91,6)	84,8	(82,9-86,5)	81,5	(79,5-83,4)	79,2	(77,1-81,2)	77,6	(75,3-79,8)

Gráfico 4. Supervivencia observada y neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

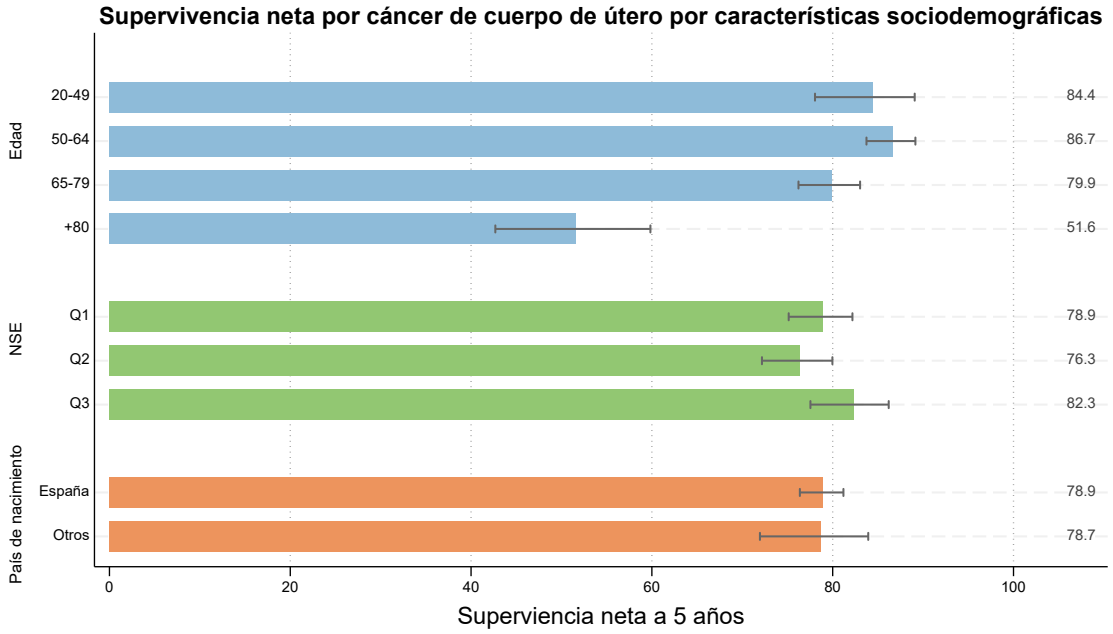


3.4.2. Supervivencia de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por características sociodemográficas y tumorales en la Comunidad de Madrid

El Gráfico 5 presenta la supervivencia neta estratificada por características sociodemográficas, incluyendo grupos de edad, nivel socioeconómico y país de nacimiento.

Se aprecia una disminución de la supervivencia en el grupo de mayor edad. La supervivencia de las pacientes con menos de 65 años fue superior al 80% a los 5 años: 84,4% en el grupo de 20-49 años (IC95%: 78,0-89,1) y 86,7% en el de 50-64 años (IC95%: 83,7-89,2). No se aprecian diferencias en la supervivencia neta en función del nivel socioeconómico ni por el país de origen.

Gráfico 5. Supervivencia neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por características sociodemográficas. Comunidad de Madrid, 2018-2024.



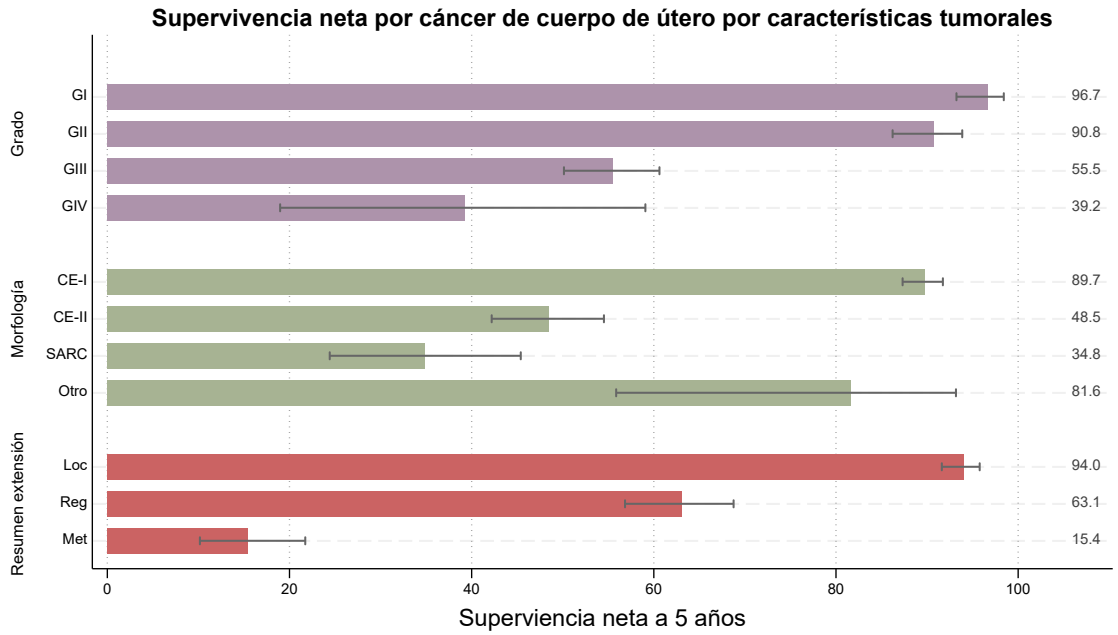
*NSE: nivel socioeconómico; Q1: nivel socioeconómico bajo| Q3: nivel socioeconómico alto

El Gráfico 6 representa la supervivencia neta por características tumorales, incluyendo el grado de diferenciación histológica, el subtipo morfológico y el estadio al diagnóstico. Por grado de diferenciación histológica, la SN fue menor en las pacientes con tumores pobremente diferenciados e indiferenciados, con una supervivencia estimada a los 5 años del 55,5% y del 39,2%, respectivamente, frente estimaciones de supervivencia superiores al 90% en pacientes con tumores bien y moderadamente diferenciados.

Con respecto a las estimaciones de supervivencia por el subtipo morfológico del tumor, las pacientes con tumores del grupo de carcinoma endometrial-tipo I mostraron los mejores estimadores de supervivencia a los 5 años (89,7%), mientras que las pacientes con carcinomas endometriales-tipo II y sarcomas presentaron estimadores de supervivencia inferiores al 50% a los 5 años (48,5% y 34,8%, respectivamente). Las pacientes con tumores clasificados como adenosarcomas presentaron una supervivencia del 100% a los 5 años (*datos no mostrados*).

Finalmente, al estudiar la supervivencia neta en función del estadio en el momento del diagnóstico, se encontraron importantes diferencias, siendo del 94,0% en las pacientes con tumores diagnosticados en estadios iniciales, del 63,1% (IC95%: 56,8-68,8) en las pacientes con tumores en estadios II-III en el momento del diagnóstico y del 15,4% (IC95%: 10,2-21,7) en pacientes con estadio metastásico (Estadio IV) al diagnóstico (Gráfico 6).

Gráfico 6. Supervivencia neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por características tumorales. Comunidad de Madrid, 2018-2024.



* GI: Grado I, bien diferenciado; GII: Grado II, moderadamente diferenciado; GIII: Grado III, pobremente diferenciado; GIV: Grado IV, indiferenciado.
* CE-I: Carcinoma endometrial, tipo I; CE-II: Carcinoma endometrial, tipo II; SARC: Sarcomas uterinos; Otro: Otros carcinomas específicos.
* Loc: Localizado (FIGO IA-IB); Reg: Regional (FIGO IIA-IIIC); Met: Metástasis (FIGO IVA-IVB)

Para profundizar en el análisis de supervivencia, se estimó la supervivencia neta a los 5 años del diagnóstico de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero, por nivel socioeconómico y estadio al diagnóstico. El Anexo 6 muestra que no existen diferencias en la supervivencia de las pacientes diagnosticadas de un cáncer de útero por nivel socioeconómico al estudiar las pacientes por estadio al diagnóstico. En los tumores con extensión regional en el momento del diagnóstico sí existe un descenso de 11 puntos en la SN entre el nivel de privación Q1 y el nivel de privación Q3, aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística [SN-Q1: 60,0% (IC9%: 50,0-68,7) vs. SN-Q3: 71,4% (IC95%: 55,2-82,6)].

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El actual informe presenta una descripción detallada de la epidemiología del cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid, aportando estimaciones de incidencia poblacional de cáncer de cuerpo de útero para el periodo del 2018 al 2020, así como estimaciones de supervivencia a 1, 3 y 5 años del diagnóstico de estos tumores, teniendo en cuenta variables propias del tumor y características sociodemográficas de las pacientes estudiadas.

En total, se incluyeron en este trabajo 1.887 pacientes con cáncer de cuerpo de útero, siendo las tasas estandarizadas de 22,5 casos por cada 100.000 mujeres mayores de 20 años. Estas tasas son similares a las reportadas por el Sistema Europeo de Información en Cáncer (ECIS) desde los distintos registros españoles en ese periodo de estudio, cuyos valores oscilan entre los 18 y los 30 casos por 100.000 mujeres (25) y a las descritas por otros registros internacionales (26,27). Al igual que en otros registros, la incidencia aumentó con la edad de la pacientes, alcanzando su mayor tasa de incidencia en el grupo de entre 75-79 años (26,27). Con respecto al nivel socieconómico, el cáncer de cuerpo de útero fue más frecuente en mujeres de menor NSE, algo ya descrito en la literatura (28,29). En relación con las características histopatológicas de los tumores estudiados, el grupo morfológico más frecuente fueron los carcinomas endometriales-tipo I, de los cuales el 94% de los tumores eran adenocarcinomas endometroides. El 35,7% de los tumores presentaron un grado de diferenciación bajo (G-I) y la mayor parte se diagnosticaron en estadios iniciales (el 64,0% estaban localizados en el momento del diagnóstico). Las

características tumorales son similares a las encontradas en otros estudios y lo reconocido por la literatura (12,30,31).

El riesgo de padecer un cáncer de endometrio tiene un origen multifactorial, combinando, entre otros, factores metabólicos, sexuales o genéticos. Entre ellos destacan la obesidad, la resistencia a la insulina, la exposición prolongada a tratamientos hormonales y la predisposición genética asociada al síndrome de Lynch. Asimismo, la IARC reconoce la terapia estrogénica prolongada, la terapia combinada con estrógeno y progesterona y el tamoxifeno como agentes carcinogénicos con evidencia suficiente para el cáncer de endometrio. Cabe destacar, que en España menos del 5% de la población utiliza terapia combinada y menos del 1% tratamientos estrogénicos para la menopausia, mientras que el uso de tratamientos para la diabetes aumenta con la edad, con una prevalencia casi del 20% entre las mujeres mayores de 65 años (32).

La distribución por edad y por nivel socioeconómico de la incidencia de cáncer de cuerpo de útero en las mujeres que residen en la Comunidad de Madrid es similar a la descrita en otras poblaciones, y podría explicarse por la desigual distribución de estos factores de riesgo. En concreto, se observa una mayor prevalencia de los factores de riesgo de este tumor en mujeres post-menopáusicas y con menor nivel socioeconómico (33,34). En la Comunidad de Madrid, el Informe del Estado de Salud de la Población muestra una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres post-menopáusicas (42,6%) y en mujeres de nivel socioeconómico bajo (51,9%), cifras que podrían contribuir a explicar en parte las diferencias en la incidencia por grupos de edad y nivel socieconómico encontradas en este trabajo (35).

En relación con el análisis de supervivencia, nuestros resultados muestran una supervivencia observada y neta a los 5 años del 73,3% (IC95%: 71,2-75,3) y 77,6% (IC95%: 75,3-79,8), respectivamente. El estudio EUROCARE-6 realizado a nivel europeo sobre cáncer ginecológico mostró estimaciones similares con una supervivencia relativa a 5 los años de 76,2% (74,4% en España) (36). En consonancia con lo descrito por otros registros (6,37), se han observado diferencias en la supervivencia neta asociadas al grado de diferenciación histológico, al subtipo morfológico y al resumen de extensión, siendo esta última variable la que se asocia con mayores diferencias en el pronóstico de las pacientes. En el caso de las mujeres con tumores en estadio metastásico al diagnóstico, la SN a los 5 años es sólo del 15,4% (vs. 94% en resumen de extensión localizado).

Por características sociodemográficas, en este trabajo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia por país de nacimiento ni por nivel socioeconómico en las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Tampoco se encontraron diferencias en la supervivencia por nivel socioeconómico en las distintas categorías del resumen de extensión.

La metodología de RECAM presenta grandes fortalezas por su carácter poblacional, permitiendo ofrecer tasas de incidencia y supervivencia reales, válidas y fiables. Los indicadores de calidad del RECAM son similares a los proporcionados por otros registros poblacionales de cáncer de nuestro entorno, lo que sugiere una alta validez interna. La incorporación de múltiples fuentes de información – incluyendo datos hospitalarios, de atención primaria y de mortalidad – así como la revisión manual de la historia clínica aporta exhaustividad y garantiza la calidad de los datos. De esta forma, además de la recogida detallada de información, se ha minimizado la posibilidad de inclusión de casos diagnosticados en personas con residencia habitual en otras comunidades autónomas que son diagnosticadas y/o tratadas en la Comunidad de Madrid. Sin embargo, también se han identificado algunas limitaciones, como la falta de acceso a la historia clínica en pacientes que son diagnosticadas y/o tratadas en servicios hospitalarios del ámbito privado. Esto limita la recogida de información necesaria para la validación de algunos casos, así como la recogida de variables más detalladas de algunos tumores. Asimismo, el Atlas de Distribución de Renta de los Hogares es una medida ecológica del nivel socioeconómico de las pacientes que asigna a cada persona el nivel socioeconómico medio de la sección censal en la

que reside. Este indicador, aunque es ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos, podría infraestimar el efecto real del nivel socioeconómico a nivel individual de las pacientes.

Como conclusión, este informe presenta un análisis detallado de la incidencia y supervivencia de las mujeres que residen en la Comunidad de Madrid con un diagnóstico de cáncer de cuerpo de útero entre los años 2018 y 2020. Se han analizado las características de una amplia serie de pacientes, brindando información de gran valor tanto para los profesionales como para las pacientes, que permite conocer mejor la epidemiología de este grupo de tumores ginecológicos en la población estudiada. El avance en la vigilancia epidemiológica y en el registro de cáncer como parte de las competencias de la Dirección General de Salud Pública permite disponer de datos consolidados con los que compararnos con otras regiones y países de nuestro entorno, que además serán de utilidad a la hora de tomar decisiones para los planes de control de cáncer de la Comunidad de Madrid.

Agradecimientos: A Clotilde Sevilla Hernández, Sonia Ávila Arroyo, Beatriz Tabarés Rodríguez, Melanie Ventura Jiménez, María Legarreta Uriarte, David Parra Blázquez por su ayuda en el desarrollo del Registro de Cáncer de la Comunidad de Madrid.

Informe elaborado por: Candela Pino Rosón y Nuria Aragonés. Unidad Técnica de Vigilancia y Registro de Cáncer. Área de Vigilancia de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Cita recomendada:

Dirección General de Salud Pública. Cáncer de cuerpo de útero en la Comunidad de Madrid. Incidencia 2018-2020 y supervivencia a 1, 3 y 5 años. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. Número 9. Volumen 31. Septiembre 2026.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Cancer Today [Internet]. [citado 10 de agosto de 2026]. Disponible en: https://gco.iarc.who.int/today/
2. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. Cancer. 15 de agosto de 2021;127(16):3029-30. doi:10.1002/cncr.33587 PubMed PMID: 34086348.
3. Data Explorer | ECIS - European Cancer Information System [Internet]. [citado 10 de agosto de 2026]. Disponible en: https://ecis.jrc.ec.europa.eu/data-explorer#/estimates/estimated-incidence-mortality-by-country?indicator=IN&country=EU27X&sex=2&cancerEntity=31&ageFrom=0&ageTo=85%2B&yearFrom=2024&yearTo=2024&orderedByIndicator=IN&statistic=ASR_EU_NEW
4. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). Estimaciones de la incidencia del cáncer en España, 2026. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).; 2026.
5. INE [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2026]. Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad. Disponible en: https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?tpx=76940
6. Amant F, Mirza MR, Koskas M, Creutzberg CL. Cancer of the corpus uteri. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2018;143(S2):37-50. doi:10.1002/ijgo.12612
7. Bokhman JV. Two pathogenetic types of endometrial carcinoma. Gynecologic Oncology. febrero de 1983;15(1):10-7. doi:10.1016/0090-8258(83)90111-7
8. Mbatani N, Olawaiye AB, Prat J. Uterine sarcomas. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2018;143(S2):51-8. doi:10.1002/ijgo.12613
9. Hooks O, Jhumkhawala V, Sibson K, Shrontz A, Krishnan SS, Ahmad S. Diabetes, Obesity, and Endometrial Cancer: A Review. Current Oncology. 29 de noviembre de 2025;32(12):672. doi:10.3390/curroncol32120672
10. Hoffman BL, Schorge JO, Halvorson LM, Hamid CA, Corton MM, Schaffer JI. Cáncer endometrial. En: Williams Ginecología, 4e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education;

2020 [citado 11 de agosto de 2026]. Disponible en: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1178954212
11. Hoffman BL, Schorge JO, Halvorson LM, Hamid CA, Corton MM, Schaffer JI. Sarcoma uterino. En: Williams Ginecología, 4e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2020 [citado 11 de agosto de 2026]. Disponible en: accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1178954299
12. Crosbie EJ, Kitson SJ, McAlpine JN, Mukhopadhyay A, Powell ME, Singh N. Endometrial cancer. The Lancet. abril de 2022;399(10333):1412-28. doi:10.1016/S0140-6736(22)00323-3
13. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Biological agents. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2012;100(Pt B):1-441. PubMed PMID: 23189750; PubMed Central PMCID: PMC4781184.
14. Working Group Report. International rules for multiple primary cancers (ICD-0 third edition). Eur J Cancer Prev. agosto de 2005;14(4):307-8. doi:10.1097/00008469-200508000-00002 PubMed PMID: 16030420.
15. Eden M, Crocetti E, Van Eycken E, Dolores Chirlaque M, Katalinic A, Miranda A, et al. Recommendaciones ENCR: Codificación de la fecha de incidencia [Internet]. 2022. Disponible en: https://encr.eu/sites/default/files/Recommendations/ENCR%20Recommendation%20DOI_Mar2022_ES.pdf
16. Visser O, Caetano dos Santos FL, Cuccaro F, Forjaz G, Michalek I, Mousavi M, et al. ENCR Recommendation Basis of Diagnosis. 2022.
17. Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM, et al. Clasificación Internacional de enfermedades para oncología. Rev Inst Med trop S Paulo. agosto de 2003;45(4):224-224. doi:10.1590/S0036-46652003000400018
18. Ferlay J, Burkhard C, Whelan S, Parkin DM. Check and conversion programs for cancer registries (IARC/IACR Tools for Cancer Registries). International Agency for Research on Cancer; 2005. Report IARC Technical Report No.42.
19. CI5: Cancer Incidence in Five Continents [Internet]. [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: https://ci5.iarc.who.int/ci5-xii/chapters
20. Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Estadísticas y Estudio- Estadísticas Sanitarias - Índice Nacional de defunciones [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/IND_TipoDifusion.htm
21. INE [Internet]. [citado 10 de agosto de 2026]. INEbase / Nivel y condiciones de vida (IPC) /Condiciones de vida /Atlas de distribución de renta de los hogares / Últimos datos. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177088&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
22. Instituto de Estadística. Comunidad de Madrid [Internet]. 2026 [citado 26 de junio de 2026]. Comunidad de Madrid. Indicadores demográficos básicos. Disponible en: https://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas
23. Coviello E, Seppä K, Dickman PW, Pokhrel A. Estimating Net Survival using a Life-Table Approach. The Stata Journal: Promoting communications on statistics and Stata. abril de 2015;15(1):173-85. doi:10.1177/1536867X1501500111
24. Bray F, Colombet M, Aitken J, Bardot A, Eser S, Galceran J, et al. Cancer Incidence in Five Continents Vol.XII (IARC CancerBase No.19) [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer.; 2023. (IARC Scientific Publications; n.º 169). Disponible en: https://ci5.iarc.who.int/
25. ECIS - European Cancer Information System | ECIS - European Cancer Information System [Internet]. [citado 5 de agosto de 2025]. Disponible en: https://ecis.jrc.ec.europa.eu/
26. Belgian Cancer Registry (BCR). Cancer Fact Sheet Corpus Uteri cancer, 2024 | Belgian Cancer Registry [Internet]. 2026 [citado 11 de agosto de 2026]. Disponible en: https://kankerregister.org/en/publicaties/cancer-fact-sheet-cervical-cancer-2023

27. Uterine cancer incidence statistics | Cancer Research UK [Internet]. [citado 11 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/uterine-cancer/incidence
28. Rose J, Baandrup L, Hertzum-Larsen R, Aarestrup J, Baker JL, Kjær SK. Trends in the incidence of endometrial intraepithelial neoplasia and endometrial cancer by type, age, and socioeconomic status in Denmark 2005–2022. Maturitas. junio de 2026;209:108959. doi:10.1016/j.maturitas.2026.108959
29. Helpman L, Pond GR, Elit L, Anderson LN, Seow H. Endometrial cancer presentation is associated with social determinants of health in a public healthcare system: A population-based cohort study. Gynecologic Oncology. julio de 2020;158(1):130-6. doi:10.1016/j.ygyno.2020.04.693
30. Evans T, Sany O, Pearmain P, Ganesan R, Blann A, Sundar S. Differential trends in the rising incidence of endometrial cancer by type: data from a UK population-based registry from 1994 to 2006. Br J Cancer. 26 de abril de 2011;104(9):1505-10. doi:10.1038/bjc.2011.68 PubMed PMID: 21522151; PubMed Central PMCID: PMC3101940.
31. Rodríguez-Palacios DÁ, Colorado-Yohar SM, Velten M, Vaamonde-Martín RJ, Ballesta M, Chirlaque MD. Incidence and Trend of Type I and II Endometrial Cancer in Women from Two Population-Based European Cancer Registries (1998–2012). Int J Environ Res Public Health. 23 de marzo de 2022;19(7):3789. doi:10.3390/ijerph19073789 PubMed PMID: 35409473; PubMed Central PMCID: PMC8997612.
32. Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Encuesta de Salud de España – ESdE 2023 [Internet]. [citado 15 de septiembre de 2026]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEspana/ESdE2023/ESdE2023Detalles.htm
33. Massouh N, Jaffa AA, Jaffa MA. Diabetes and the social, biologic, and behavioral determinants of endometrial cancer in the United States. BMC Cancer. 29 de abril de 2024;24(1):540. doi:10.1186/s12885-024-12192-y
34. Dossus L, Allen N, Kaaks R, Bakken K, Lund E, Tjonneland A, et al. Reproductive risk factors and endometrial cancer: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. International Journal of Cancer. 2010;127(2):442-51. doi:10.1002/ijc.25050
35. IESP - Desigualdades sociales en salud | Comunidad de Madrid [Internet]. 2023 [citado 11 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/salud/iesp-desigualdades-sociales-salud
36. Sant M, Chirlaque Lopez MD, Agresti R, Sánchez Pérez MJ, Holleczek B, Bielska-Lasota M, et al. Survival of women with cancers of breast and genital organs in Europe 1999–2007: Results of the EUROCARE-5 study. European Journal of Cancer. octubre de 2015;51(15):2191-205. doi:10.1016/j.ejca.2015.07.022
37. Impact of socio-economic deprivation on endometrial cancer survival in the North West of England: a prospective database analysis [Internet]. [citado 12 de agosto de 2026]. Disponible en: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.16618

6. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tablas

Tabla 1. Indicadores de calidad de los datos de cáncer de cuerpo de útero en el Registro Poblacional de Cáncer de la Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Tabla 2. Características de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero (C54). Comunidad de Madrid, 2018-2020 (N=1.887).

Tabla 3. Supervivencia observada (SO) y neta (SN) de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2024 (n=1.861).

Gráficos

Gráfico 1. Distribución del resumen de extensión del cáncer de cuerpo de útero por nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Gráfico 2. Frecuencia de casos y tasas de incidencia específicas por edad (por 100.000 mujeres) para el cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Gráfico 3. Tasa de incidencia ajustada (por 100.000 habitantes) de cáncer de cuerpo de útero por nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Gráfico 4. Supervivencia observada y neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

Gráfico 5. Supervivencia neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por características sociodemográficas. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

Gráfico 6. Supervivencia neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por características tumorales. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

7. ANEXOS

Anexo 1. Grupos morfológicos (CIE-O 3.1).

Anexo 2. Características de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero (C54-55). Comunidad de Madrid, 2018-2020 (N=1.887).

Anexo 3. Tasas de incidencia específica por grupos de edad de cáncer de cuerpo de útero (por 100.000 mujeres). Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Anexo 4. Tasas de incidencia brutas y ajustadas de cáncer de cuerpo de útero (por 100.000 mujeres) por nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

Anexo 5. Supervivencia observada (SO) y neta (SN) tras 5 años del diagnóstico de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

Anexo 6. Supervivencia neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por resumen de extensión según el nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

Anexo 1. Grupos morfológicos (CIE-O 3.1).

Carcinoma endometrial, tipo I	Carcinoma endometrial, tipo II	Sarcomas uterinos	Adenosarcoma	Otros carcinomas específicos	Carcinomas inespecíficos
8140/3 – Adenocarcinoma, SAI 8230/3 – Carcinoma sólido, SAI 8380/3 – Adenocarcinoma endometroide, SAI 8382/3 – Adenocarcinoma endometroide, variante secretora 8383/3 – Adenocarcinoma endometroide, variante de células ciliadas 8480/3 – Adenocarcinoma mucinoso 8481/3 – Adenocarcinoma productor de mucina	8020/3 – Carcinoma indiferenciado, SAI 8021/3 – Carcinoma de tipo anaplásico, SAI 8050/3 – Carcinoma papilar, SAI 8260/3 – Adenocarcinoma papilar, SAI 8310/3 – Adenocarcinoma de células claras, SAI 8441/3 – Cistoadenocarcinoma seroso, SAI 8460/3 – Cistoadenocaricnoma seroso papilar 8461/3 – Carcinoma papilar de superficie serosa 8950/3 – Tumor mülleriano mixto 8951/3 – Tumor mesodérmico mixto 8980/3 – Carcinosarcoma, SAI 8981/3 – Carcinosarcoma embrionario	8890/3 – Leiomiosarcoma , SAI 8891/3 – Leiomiosarcoma epitelioide 8896/3 – Leiomiosarcoma mixoide 8930/3 – Sarcoma del estroma endometrial, SAI 8931/3 – Sarcoma del estroma endometrial de bajo grado 8800/3 – Sarcoma, SAI 8804/3 – Sarcoma epitelioide 8805/3 – Sarcoma indiferenciado 8714/3 – Tumor epitelioide perivascular 8910/3 – Rabdomiosarcoma embrionario 9581/3 – Sarcoma alveolar de partes blandas	8933/3 - Adenosarcoma	8013/3 – Carcinoma neuroendocrino de células grandes 8033/3 – Carcinosarcoma seudosarcomatoso 8041/3 – Carcinoma de células pequeñas, SAI 8070/3 – Carcinoma epidermoide, SAI 8263/3 – Adenocarcinoma en adenoma tubulovelloso 8323/3 – Adenocarcinoma de células mixtas 8490/3 – Carcinoma de células de anillo de sello	8000/3 – Neoplasia maligna 8010/3 – Carcinoma, SAI

Anexo 2. Características de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero (C54-55). Comunidad de Madrid, 2018-2020 (N=1.887).

	Nivel Socioeconómico (NSE; terciles)		
	Q1 (NSE bajo)	Q2	Q3 (NSE alto)
N	759 (40,2%)	652 (34,6%)	475 (25,2%)
Edad al diagnóstico (años cumplidos)	65,61 (12,68)	65,86 (12,68)	65,90 (12,21)
Grupos de edad			
20-49 años	77 (10,1%)	62 (9,5%)	41 (8,6%)
50-64 años	274 (36,1%)	239 (36,7%)	191 (40,2%)
65-79 años	302 (39,8%)	250 (38,3%)	176 (37,1%)
80+ años	106 (14,0%)	101 (15,5%)	67 (14,1%)
País de nacimiento*			
Nacido en España	665 (87,7%)	584 (89,6%)	418 (88,2%)
Nacido en el extranjero	93 (12,3%)	68 (10,4%)	56 (11,8%)
Morfología (CIE-O 3.1)			
Carcinoma endometrial, tipo I	579 (76,3%)	462 (70,9%)	358 (75,4%)
Carcinoma endometrial, tipo II	123 (16,2%)	119 (18,3%)	63 (13,3%)
Sarcomas uterinos	25 (3,3%)	32 (4,9%)	23 (4,8%)
Adenosarcoma	4 (0,5%)	2 (0,3%)	0 (0,0%)
Otros carcinomas específicos	14 (1,8%)	10 (1,5%)	4 (0,8%)
Inespecíficos	14 (1,8%)	27 (4,1%)	27 (5,7%)
Grado de diferenciación (CIE-O-3.1)*			
Grado I, Bien diferenciado	276 (40,3%)	225 (40,5%)	173 (44,2%)
Grado II, Moderadamente diferenciado	219 (32,0%)	174 (31,3%)	109 (27,9%)
Grado III, Pobremente diferenciado	184 (26,9%)	149 (26,8%)	102 (26,1%)
Grado IV, Indiferenciado, Anaplásico	6 (0,9%)	8 (1,4%)	7 (1,8%)
Resumen de extensión (FIGO)*			
Localizado (FIGO IA-IB)	515 (71,8%)	400 (68,7%)	293 (76,9%)
Regional (FIGO IIA-IIIC)	137 (19,1%)	125 (21,5%)	58 (15,2%)
Metástasis (FIGO IVA-IVB)	65 (9,1%)	57 (9,8%)	30 (7,9%)

*Se excluyen los valores desconocidos: País de nacimiento (N=2); Grado de diferenciación (N=255); Resumen de extensión (N=191).

Anexo 3. Tasas de incidencia específica por grupos de edad de cáncer de cuerpo de útero (por 100.000 mujeres). Comunidad de Madrid, 2018-2020.

	Tasa específica
Grupos de edad	
20-24	0,0
25-29	0,3
30-34	1,5
35-39	2,0
40-44	5,1
45-49	12,3
50-54	24,1
55-59	35,6
60-64	42,8
65-69	51,5
70-74	52,4
75-79	54,4
80-84	43,8
85+	35,2

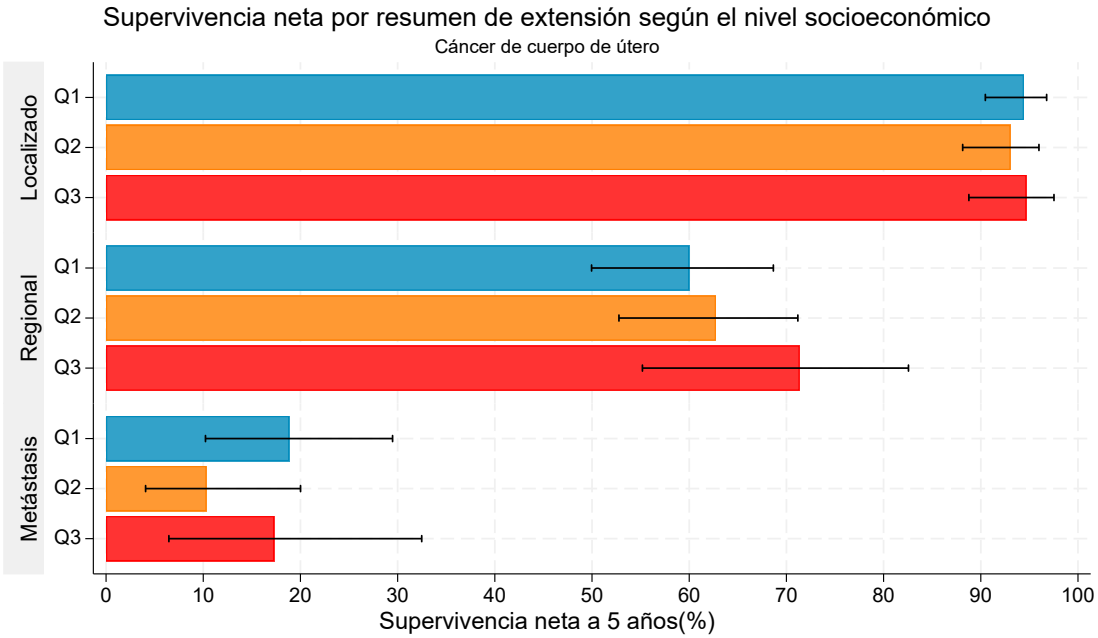
Anexo 4. Tasas de incidencia brutas y ajustadas de cáncer de cuerpo de útero (por 100.000 mujeres) por nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2020.

	Tasa bruta	Tasa ajustada por edad		
		TA-E	IC95%	
Nivel socioeconómico				
Q1 (NSE bajo)	26,7	27,3	25,3	29,3
Q2	23,0	23,2	21,5	25,7
Q3 (NSE alto)	16,7	17,0	15,5	19,6
TOTAL	22,1	22,5	21,8	23,2

Anexo 5. Supervivencia observada (SO) y neta (SN) tras 5 años del diagnóstico de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero. Comunidad de Madrid, 2018-2024.

Categorías	SO 5 años %	IC 95%	SN 5 años %	IC 95%
Grupos de edad (años)				
20-49	84,0	(77,7-88,7)	84,4	(78,0-89,1)
50-64	85,3	(82,4-87,7)	86,7	(83,7-89,2)
65-79	75,2	(71,8-78,2)	79,9	(76,2-83,0)
80+	37,3	(31,4-43,3)	51,6	(42,7-59,8)
Nivel socioeconómico				
Q1 (NSE bajo)	74,7	(71,4-77,7)	78,9	(75,1-82,2)
Q2	71,8	(68,1-75,1)	76,3	(72,2-80,0)
Q3 (NSE alto)	77,7	(73,6-81,3)	82,3	(77,5-86,2)
País de nacimiento				
España	74,2	(72,0-76,3)	78,9	(76,4-81,2)
Otros	76,4	(70,1-81,6)	78,7	(72,0-83,9)
Grado histológico				
Grado I	92,4	(90,1-94,2)	96,7	(93,2-98,4)
Grado II	84,4	(80,8-87,3)	90,8	(86,2-93,9)
Grado III	52,4	(47,5-57,0)	55,5	(50,1-60,6)
Grado IV	38,1	(18,3-57,8)	39,2	(19,0-59,1)
Morfología				
Carcinoma endometrial, tipo I	84,7	(82,7-86,5)	89,7	(87,3-91,7)
Carcinoma endometrial, tipo II	45,7	(40,0-51,3)	48,5	(42,2-54,5)
Sarcomas uterinos	33,6	(23,5-44,0)	34,8	(24,4-45,4)
Adenosarcoma	100	N/A	100	N/A
Otros carcinomas específicos	74,9	(54,5-87,2)	81,6	(55,9-93,2)
Resumen de extensión (FIGO)				
Localizado (FIGO IA-IB)	88,6	(86,7-90,3)	94,0	(91,6-95,8)
Regional (FIGO IIA-IIIC)	59,7	(54-64,9)	63,1	(56,8-68,8)
Metástasis (FIGO IVA-IVB)	15,0	(9,9-21,2)	15,4	(10,2-21,7)
Global	73,3	(71,2-75,3)	77,6	(75,3-79,8)

Anexo 6. Supervivencia neta de las pacientes con cáncer de cuerpo de útero por resumen de extensión según el nivel socioeconómico. Comunidad de Madrid, 2018-2024.



*Q1: nivel socioeconómico bajo| Q3: nivel socioeconómico alto