

POLICLINICO UNIVERSITARIO  
"RAMON LOPEZ PEÑA"  
CAIMANERA

**CARACTERIZACION DE LESIONES  
PREMALIGNAS DE CERVIX**

*Dra. Mariannis Díaz Matos<sup>1</sup>, Dr. Osvaldo Rodríguez Lara<sup>2</sup>, Dr. Sael Castillo Caballero<sup>3</sup>, Dr. Jorge Ávila Camejo<sup>4</sup>, Dr. Gerardo Estrada Sánchez<sup>4</sup>, Dra. Marilyn Martínez Enfedaque<sup>2</sup>, Dra. Raquel Durand Bornot.<sup>2</sup>*

**RESUMEN**

Se realiza un estudio para identificar el comportamiento de las lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres de 25 a 60 años en el municipio Caimanera en el período comprendido Enero 2004 - Diciembre 2006. El universo está conformado por todas las mujeres de 25 a 60 años de edad que fueron examinadas en el período (1 831, para el 34.1 %) del total de la población femenina. Se toma como muestra solo las mujeres que tuvieron la prueba citológica alterada. La información es obtenida a través de las historias clínicas individuales y las tarjetas de citologías de las pacientes y con el previo consentimiento. Se indaga sobre las variables: escolaridad, edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales, antecedentes de ITS, tipo de lesión maligna diagnosticada y conducta empleada.

*Palabras clave:* CUELLO UTERINO/ citología; NEOPLASMAS DEL CUELLO UTERINO/ diagnóstico; CUELLO UTERINO/ patología; CUELLO UTERINO/ etiología.

**INTRODUCCION**

Entre las principales causas de muerte femenina, después del cáncer de mama y de pulmón, se encuentra el cáncer cervicouterino. Es la segunda causa de muerte femenina por cáncer en mujeres de 35 años y menos, y la tercera en las mayores de 35 años, precedida por el de pulmón y el de mama.<sup>1-3</sup>

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

<sup>2</sup> *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. HGD "Dr. Agostinho Neto"*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. HGD "Dr. Agostinho Neto"*

<sup>4</sup> *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. HGD "Dr. Agostinho Neto"*

El carcinoma de cuello uterino es precedido por lesiones premalignas preinvasivas y preclínicas cuya evolución es prolongada en años, lo cual conlleva a que el número de lesiones premalignas y carcinoma *in situ* sea mayor que el número de casos de cáncer invasivo.<sup>1-4</sup>

Según datos del Instituto Nacional de Cáncer de EE.UU., al cáncer de cuello uterino le corresponde el 6 % de todos los tumores malignos de las mujeres norteamericanas, no así en los países suramericanos donde el porcentaje es mucho más elevado, tal es el caso de Brasil al que le corresponde el 23.7 % y en Centroamérica se tiene una situación parecida.

Cuba posee el 5.8 % de los diagnósticos y una tasa de mortalidad de alrededor de 3.5.<sup>5-7</sup> El Ministerio de Salud Pública en su empeño de alcanzar cada vez mayores niveles de salud, ha desarrollado de forma sistemática un programa que data del año 1968 y que se ha ido perfeccionando por la morbilidad de esta enfermedad y la introducción de tecnologías de avanzadas para el diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino, lo que causa una disminución de la tasa de mortalidad por esta enfermedad maligna y el beneficio de millones de mujeres.<sup>8</sup>

En la provincia Guantánamo de una población fémica total de 766 213 en el período que se estudió, 674 presentaron citologías alteradas.<sup>2</sup>

A pesar del empeño y de la labor del Médico y Enfermera de la Familia para lograr que todas las mujeres con criterio citodiagnóstico se lo realicen con la periodicidad establecida, lamentablemente, una subpoblación femenina padece de estas lesiones y necesitan de un manejo que va más allá de la promoción y la prevención.<sup>9,10</sup>

Nuestro municipio no escapa de esta problemática; con una población femenina de 5 368, de las cuales, 3 233 tiene una edad entre 25 y 60 años en el período estudiado, se examinaron 1 831 mujeres y 34 de ellas tuvieron citología alterada, para un 1.85 % del total de la población femenina.

## **METODO**

Se realiza un estudio para caracterizar el comportamiento de las lesiones premalignas de cuello uterino en la población femenina de 25 - 60 años de edad

del municipio Caimanera, en el período comprendido enero 2004 - diciembre 2006.

El universo de estudio está constituido por todas aquellas mujeres con edad de citología que fueron examinadas en el período comprendido.

La muestra quedó conformada por todas las pacientes con citologías alteradas en el período estudiado, a las mismas se les pidió el consentimiento para participar en nuestro estudio.

Se estudian variables sociodemográficas, tales como: nivel cultural, edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales. Se evalúa, además, la relación de las neoplasias intracervicales (NIC) con las variables clínicas y epidemiológicas como son: antecedentes de ITS, tipo de NIC al diagnóstico, tipo de tratamiento.

Toda la información correspondiente a cada paciente se procesa con el empleo del paquete estadístico EPINFO v6.03, luego de la construcción de una base de datos.

Como medidas de resumen por variables nominales y ordinales, se utilizaron la media y el porcentaje haciendo uso de las pruebas de significación estadísticas.

Los resultados que se obtuvieron fueron analizados por el método inductivo-deductivo. Se contrastaron los datos primitivos y los resultados con informes nacionales y foráneos. Se presentan los resultados finales en cuadros para facilitar su comprensión, lo que permite emitir conclusiones y recomendaciones.

## **RESULTADOS Y DISCUSION**

El grupo de edades 30-34 años fue el de mayor incidencia (35.2 %) con 12 casos. Esto es lo que ocurre de manera habitual con la población mundial asociado a este fenómeno, dado a que las primeras lesiones premalignas ocurren aproximadamente entre los 15 y 18 años después del inicio de la vida sexual de las pacientes.<sup>10-12</sup>

El 44.1 % de las pacientes (15 casos) tenía la secundaria básica terminada, lo que evidencia el bajo nivel de escolaridad y desconocimiento acerca del riesgo

de la enfermedad, seguido de preuniversitario terminado con el 26.4 % y universidad terminada, 11.8 %, con 9 y 4 pacientes, respectivamente (Tabla 1).

Según la mayoría de los autores revisados, las neoplasias de cérvix, vagina y vulva son propias de las pacientes del Tercer Mundo y con bajo nivel cultural, dado a sus costumbres, confrontándose estas en relación inversamente proporcional.<sup>2-4,12</sup>

En cuanto a la edad de la primera relación sexual (Tabla 2), existió predominio en las edades 15 - 19 años (la adolescencia) con 17 casos, para el 50 %, seguido de las menores de 15 años (32.4 %, 11 casos). Esto se corresponde con lo planteado en muchas literaturas donde se recoge que las relaciones sexuales tempranas constituyen uno de los factores de riesgo de aparición de la enfermedad.<sup>12</sup> Un grupo de autores demostró asociación estadística significativa entre cáncer cervicouterino y algunos factores como el inicio de las relaciones sexuales.<sup>2-4,12-15</sup>

Las relaciones sexuales precoces desde el punto de vista epidemiológico y estadístico han tenido algunas variaciones desde que se comenzó a valorar dado a que mientras unos afirman que la edad de la primera relación sexual sí tiene una asociación con el cáncer cervicouterino, otros no encuentran ninguna. Según hipótesis muy documentada, el período de metaplasia escamosa que existe en el cuello uterino de las adolescentes es el momento más crítico para el riesgo potencial de la transformación celular y para el desarrollo de las lesiones cervicales.<sup>16</sup> En consecuencia, las mujeres que inician su actividad sexual a edades tempranas presentarían una mayor probabilidad de introducir el Virus del Papiloma Humano (VPH) en sus células metaplásicas y activarían la transformación de estas células.<sup>3,5,16,17</sup>

Las relaciones sexuales en edades tempranas aumentan el riesgo de cáncer cervicouterino, independientemente del número de compañeros sexuales. En estudios epidemiológicos se ha observado que el riesgo de la neoplasia cervicouterina aumenta en mujeres que inician las relaciones sexuales durante la adolescencia y se ha sugerido que el cuello uterino de éstas es particularmente susceptible a los agentes carcinogénicos relacionados en el coito.<sup>12,14,18</sup>

El 61.8 % de las mujeres presentó menos de 5 parejas sexuales con 21 casos. Las que tienen entre 5 y 10 parejas con el 26.4 % (9 casos) le siguieron en orden de frecuencia (Tabla 3). Estudios realizados demuestran que el

antecedente de 3 o más parejas sexuales está en relación con la aparición de las lesiones premalignas o el cáncer, lo que incrementa en más de 8 veces la posibilidad de desarrollar un cáncer cervicouterino. En otros, se realizaron estudios de casos y control en cuanto al número de parejas sexuales, apreciándose una media de 4 en los casos y de 2.4 en los controles; cuando es mayor el número aumenta el riesgo y llega a ser 34.4 mayor en las que han tenido 5 o más.<sup>2-4,12,14,17,19</sup>

Hay autores que plantean existencia de una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH.<sup>20-22</sup>

Según el Dr. Mario Pérez, en su capítulo de NIC, refiere que si la paciente ha tenido entre 5 y 10 parejas sexuales, el riesgo a las NIC se incrementa en el 10 %. Si ha tenido entre 10 y 20 parejas sexuales, el riesgo se incrementa en el 3 %, mientras que si ha tenido más de 20 parejas sexuales este riesgo se multiplica por 2, es decir, 6 veces mayor que la población normal, por ello esta patología es más frecuente en las prostitutas.<sup>3</sup>

Igualmente correspondió el 61.8 % a los casos encontrados con antecedentes de ITS (Tabla 4). Un estudio realizado de cáncer cervicouterino en mujeres de 35 años y menos en Guantánamo en el 2007, encontró que de las muestras estudiadas (86 pacientes), 45 casos para el 52.3 %, adquirió la enfermedad.<sup>2</sup> De todas ellas, las que más importancia tuvieron son las ITS de causa viral y las ocasionadas por Clamydia.<sup>2,4</sup>

De las virales las de mayor importancia son las producidas por el VPH y el herpes virus tipo I. El VPH es un virus de vida obligada intracelular e intranuclear.<sup>16,19-22</sup>

Actualmente se han aislado 210 cepas, de ellas 36 son infecciosas para el hombre como especie. De éstas, sólo 23 son de infección sexual. Las cepas 6 y 11 se asocian a los condilomas acuminados y a su vez a las lesiones de bajo grado por el sistema de Bethesda NIC I y VPH. Este mismo autor clasifica las cepas 16, 18, 25, 33, 35, 45 y 54 como VPH asociados a la lesiones de alto grado y/o a las neoplasias igual como virus altamente oncogénicos, siendo aislados en las NIC II, NIC II, carcinoma *in situ* y carcinoma epidermoide.<sup>16,19-22</sup>

En la Tabla 5 se muestra que el 50 % (17 casos) corresponde a la clasificación NIC I, la mayor prevalencia, lo que coincide con otros autores que plantean que este hecho indica la precocidad del diagnóstico. Esto favorece, a su vez, las posibilidades terapéuticas y un mejor pronóstico, más frecuente entre los 25 y 39 años.<sup>2-4,10,12,15</sup>

En 1990 se propuso una terminología histopatológica basada en dos grados de la enfermedad: NIC de bajo grado, que comprendía las anomalías compatibles con atipia coilocítica y las lesiones NIC I y NIC de alto grado que comprendía NIC I y NIC III. Se consideró que las lesiones de alto grado eran precursoras ciertas del cáncer invasor.<sup>3,12</sup>

La conducta expectante fue la más utilizada en el estudio, con 20 casos (58.8 %). El 29.41 % (10 casos) fue necesario someterlo a criterio quirúrgico mediante conización y la gravedad de la lesión conllevó a que el 5.9 % (2 casos) fuera histerectomizado.

La mayoría de las lesiones tuvieron una evolución satisfactoria, lo que demuestra que la conducta empleada fue la adecuada, incluyendo la evolución postratamiento destructivo local.

## CONCLUSIONES

1. La edad entre los 30 a 34 años y el bajo nivel cultural fueron los de mayores frecuencias encontradas.
2. El número de parejas sexuales no resultó ser un dato de asociación significativa con la aparición de las lesiones cervicales, no así el antecedente de ITS que sí tuvo asociación con las mismas.
3. La neoplasia intraepitelial tipo I (NIC I) fue diagnosticada con mayor frecuencia. La evolución fue favorable en un porcentaje sobresaliente debido a que la mayoría de los casos presentaba lesiones de bajo grado.

## RECOMENDACIONES

1. Que la edad de inicio de la pesquisa o realización de la prueba citológica no se limite a los 25 años sino al período comprendido en el primer año de inicio de las relaciones sexuales siendo valorado la inclusión de cada caso de

forma individual teniendo en cuenta los factores de riesgo.

2. Tener establecido en cada consultorio la clasificación de cada una de las féminas por grupo de riesgo de padecer cáncer cervicouterino.
3. Proponer a las instituciones encargadas de la promoción de salud intensificar el volumen de información de los medios para facilitar la comprensión de la población femenina de la necesidad del control biológico sistemático y difundir, de forma puntual, el valor de los métodos de barrera no sólo como contraceptivos y para las ETS, sino en su papel en la disminución de la incidencia de cáncer de cuello uterino.
4. Continuar ampliando los estudios sobre esta temática por la incidencia que tiene en la provincia y el país.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Correlación cito-histológica de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino.** Dr. Miguel Ángel Pérez Herrera, Dra. Gladis Cirion Martines, Dra. Oslidia Hernández Velorio, Dra. Maria Victoria Lemus Sarracino y Dr. Agustín Lemus Sarracino. Departamento anatomía patológica Hospital Universitario Abel Santa Maria, Pinar del Río 2002
2. **Rodríguez Lara Osvaldo.** Estudio realizado sobre Cáncer cérvico uterino en mujeres de 35 años y menos en Guantánamo. 2007.
3. **Pérez Echemendía Mario:** Ginecología oncológica pelviana. Editorial Ciencias Médicas. Capítulo 4 (página 79-133). 2006.
4. **Fressel Amelia:** Cáncer de Cervix en pacientes menores de 30 años. INOR. 2006.
5. **Factores de riesgo de Cáncer Cérvico Uterino Invasor en mujeres Mexicanas.** ISSN 0036 - 3634. Salud Pública Mexicana V - 47 - 5 Cuernavaca Septiembre - Octubre 2005.
6. **González F y cols:** Porcentaje de compromiso de lesión cervical de alto grado y persistencia de enfermedad residual postcono. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(1): 41-43
7. **Informe de la Organización Mundial de la Salud/ 2003.**
8. **Camacho Carmino** Programa de diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino de Cuba .Congreso Internacional de Anatomía Patológica y Citología 2001, feb Hab ,33-34.

9. Solís A. José. Tratamiento coadyuvante del Cáncer Cérvico Uterino. Factores de riesgos, indicaciones y tratamiento. Servicio de Oncología Hospital Carlos Lan Bueno. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2005, 70/1; 41- 46.
10. Cruz León Gretel, Faxas Maria Elena. Cáncer Cérvico Uterino: Aspecto inmunológico de mayor relevancia. Revista Cubana de Medicina volumen 43 No.1 Enero - Febrero del 2004.
11. Weisner Carolina, Cevallos, Vegerano Marcela - Verandia, Camacho Juan C Mera, Sandra. L. Tova, Mourillo. Citología de Cuello Uterino en Suacha. Colombia. Representaciones SOC, barreras y motivaciones. Rep. Salud Pública 8 (3) 88-198 2006.
12. Colectivo de autores españoles: Consenso Nacional de Oncología. Capítulo 11.2: A. Jiménez Lacave y Cols. (2003)
13. Bosch FX, Lorinich A, N, Meijer CJL, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer {Review with 276 references}. J Clin Pathol 2002; 55(4):244-265.
14. Revista Española de Patología 2003; 36:1.
15. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de estadística. Anuario Estadístico de Salud. Ciudad de la Habana 2006.
16. Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). Duary 2006, 3 (1). 32 a la 37.
17. Grupo Nacional de Oncoginecología: Congreso Nacional de Cáncer de Cérvix. INOR. 2006.
18. Web mantenido y actualizado por el Servicio de informática uclm. Modificado: 01/10/2005 3:04:47
19. 7º Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica Página 3 de 4 [http://www.conganat.org/7congreso/vistaImpresion.asp?id\\_trabajo=422](http://www.conganat.org/7congreso/vistaImpresion.asp?id_trabajo=422) 11/10/2005.
20. Bekkers RL, Massuger LF, Bulten J, Melcher WJ. Epidemiological and clinical aspect of human papillomavirus detection in the prevention of cervical cancer. Rev Med Virol. 2004; 14(2):95-105.
21. Molano M, Posso HJ, Weiderpass E, van den Brule AJ, Ronderos M, Franceshi S, et al. Prevalence and determinants of HPV infection among Colombian women with normal cytology. Br J Cancer 2002; 87:324-33.
22. Nonenmacher B, Breitnebach V, Villa LL, Prolla JC, Bozzetti MC. Identificação do papilomavírus humano por biología molecular em mulheres assintomáticas. Rev Saúde Pública 2002; 36:59-100.

**TABLA 1. NIVEL CULTURAL.**

<b>NIVEL CULTURAL</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Primaria terminada	-	-
Primaria sin terminar	-	-
Secundaria terminada	15	44.1
Secundaria sin terminar	2	5.9
Preuniversitario terminado	9	26.4
Preuniversitario sin terminar	2	5.9
Universidad terminada	4	11.8
Universidad sin terminar	2	5.9
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**TABLA 2. EDAD DE INICIO DE LA RELACION SEXUAL.**

<b>EDAD INICIO DE RELACION SEXUAL</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Menos de 15 años	11	32.4
15 – 19 años	17	50
20 – 24 años	3	8.82
25 años y más	3	8.82
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**TABLA 3. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES.**

<b>No. PAREJAS SEXUALES</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Menos de 5	21	61.8
5 – 10	9	26.4
11 – 20	3	8.82
21 y más	1	2.98
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**TABLA 4. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL.**

<b>ETS</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Si	21	61.8
No	13	38.2
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**TABLA 5. TIPO DE LESION PREMALIGNA DIAGNOSTICADA.**

<b>TIPO DE LESIÓN</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
NIC I	17	50
NIC II	10	29.41
NIC III	6	17.64
Carcinoma <i>in situ</i>	1	2.94
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

**TABLA 6. TIPO DE CONDUCTA EMPLEADA.**

<b>CONDUCTA</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Expectante	20	58.8
TDL	2	5.9
Conización	10	29.41
Histerectomía	2	5.9
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>