

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

CARACTERIZACION DE CANCER CERVICOUTERINO EN MUJERES DE 35 AÑOS Y MENOS

Dr. Gerardo Estrada Sánchez¹, Dr. Osvaldo Rodríguez Lara², Dr. Jorge Ávila Camejo¹, Dr. Hugo Ariel Matos Quialá², Dr. Rodolfo Pérez González¹, Dra. Marilyn Martínez Enfedaqué², Dra. Raquel Durand Bornot.²

RESUMEN

Se realiza un estudio con el propósito de caracterizar el cáncer cervicouterino en 86 mujeres de hasta 35 años de edad, tratadas en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo, durante el período enero 2005 - diciembre 2006. Las variables estudiadas son: grupo etario, edad a la primera relación sexual. Para la obtención de la información se conforma un formulario donde se incluyen todas las variables. Se presentan tablas de distribución de frecuencia. Se encuentra que más del 50 % en el 2005 tenían 35 años y menos. Predomina el grupo de 30 a 35 años, la edad más frecuente de la primera relación sexual fue 15 años. El VPH había infectado al mayor número de pacientes. La mayoría de las pacientes estaban en el estadio 0 o carcinoma *in situ*.

Palabras clave: NEOPLASMAS UTERINOS/ epidemiología; NEOPLASMAS UTERINOS/ etiología; NEOPLASMAS UTERINOS/ cirugía; NEOPLASMAS UTERINOS/ patología.

INTRODUCCION

Existen aspectos polémicos, como el momento óptimo o ideal para la detección de la neoplasia de cuello de útero y grupo de edad, al cual deben estar dirigidos los programas de detección selectiva citológica. Se tiene en cuenta, además, que el tiempo para la transformación de carcinoma *in situ* a cáncer invasor es variable debido a que algunas pacientes pueden realizar esta transición en un plazo más

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.

² Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.

breve, dada la observación en la práctica especializada ginecológica de casos con este tipo de tumor en edades tempranas en la mujer.¹⁻⁵

En Cuba, según datos del Anuario Estadístico de Salud del año 2005, a pesar del Programa Nacional vigente de detección de cáncer cervicouterino (CCU), su tasa de incidencia por 100 000 habitantes en mujeres de 15 a 19 años es de 1.1, de 20 a 24 de 1.8 y de 25 a 29 de 19.5, lo que evidencia el control de la enfermedad; aunque constituye un propósito deseado, todavía no ha logrado los objetivos propuestos.⁴⁻⁶

La tasa de mortalidad por 100 000 habitantes, ajustada en Cuba en el año 2005 por CCU, fue en el sector urbano de 4.2 y en el rural de 7.7; sólo superada por neoplasia de mama. El CCU es el tercer cáncer más común en las mujeres de todo el mundo precedido por el de mama y el colorrectal. El cáncer de cérvix resulta muy frecuente entre los tumores malignos ginecológicos y es una de las 5 primeras localizaciones de cáncer en Cuba.⁴⁻⁶

La provincia Guantánamo no está exenta de lo anteriormente planteado y al igual que en el resto del país se implementó el programa de pesquisa precoz del CCU, pero la población tiene poco conocimiento del mismo, por lo que se diagnostican aproximadamente de 100 a 150 casos cada año y el 45 % de ellos se presenta en mujeres de 35 años y menos.

METODO

Se realiza un estudio con el propósito de caracterizar el cáncer cervicouterino en 86 mujeres jóvenes, de hasta 35 años de edad, tratadas en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo durante el período enero 2005 - diciembre 2006.

El universo de estudio estuvo conformado por 199 mujeres con cáncer cervicouterino, diagnosticadas en el período antes mencionado. Se seleccionó una muestra probabilística por conveniencia, la cual quedó constituida por 86 pacientes de 35 años y menos, diagnosticadas con esta enfermedad en la consulta de patología de cuello del hospital.

Se creó una base de datos en el paquete estadístico SPSS ver. 10.0, para el resumen y análisis de los resultados. Las medidas de resumen utilizadas fueron: frecuencia absoluta, porcentaje y tasa de incidencia.

La información se presenta en tablas de distribución de frecuencia de una y doble entrada. Se aplicó la técnica de Chi Cuadrado y ODD Ratio para buscar significación estadística y asociación para el 95 % de probabilidad de error, además se tuvo en cuenta la moda estadística.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la Tabla 1 se muestra la distribución de frecuencia de las pacientes con cáncer cervicouterino según series cronológicas de los años 2005-2006 y la tasa de incidencia. La mayor frecuencia de mujeres con cáncer cervicouterino fue en el año 2006 con 131 casos; de ellas, el 38.2 % (50 pacientes) correspondió a mujeres de 35 años y menos, sin embargo, es bueno señalar que a pesar de que en el 2005 se presentaron menos casos (68) se mostró una frecuencia muy superior respecto a este grupo de mujeres, con el 52.9 %.

La mayor incidencia de cáncer cervicouterino le correspondió al grupo de edades de 30-35 años con 53 féminas (61.6 %); la moda fue 32 (Tabla 2). Se plantea que esta entidad se presenta principalmente en mujeres entre 35 y 50 años de edad aunque también pudiera encontrarse en pacientes menores, solamente superado por el cáncer de mama y colorrectal.^{4,6-8}

En algunos países y, en particular, en Cuba se está asistiendo a una migración o cambio en la edad de aparición de este tipo de tumores, posiblemente relacionado con la precocidad de las primeras relaciones sexuales, la promiscuidad y la concomitancia de otros factores de riesgos.³⁻⁵

Se observa que la mayor frecuencia de pacientes presentaba carcinoma *in situ* (68 casos, 79.1 %), este mismo fue el más frecuente en el grupo de edades de 30-35 años (38 pacientes, 44.2 %) de las pacientes estudiadas, seguido del grupo de 25-29 años con el 33.7 % (25) con el mismo tipo histológico. Estos dos grupos son los que involucran a la mayor cantidad de pacientes estudiadas con el 98.8 %.

En otro estudio se encontró que el 52.1 % de las pacientes jóvenes menores de 30 años con CCU presentaba carcinoma epidermoide de cérvix, seguido por el carcinoma *in situ* con el 28.1 %. Adenocarcinoma representó el 2.3 %.^{6,8-10}

Según tipo de tratamiento se observó predominio del tratamiento quirúrgico en 74 las pacientes (86 %), a las demás se le puso tratamiento con radioterapia completo, y en ninguno de los casos se utilizó el tratamiento combinado.

El tratamiento para el CCU abarca tres modalidades fundamentalmente que comprenden: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, así como la combinación de estas últimas. La mayoría de las pacientes se benefician con el tratamiento quirúrgico que comprende: cotización, tanto por Asa Diatérmica como con bisturí; histerectomía simple e histerectomía radical por técnica de Wertheim-Meigs; de mayor beneficio sobre todo en pacientes en etapas iniciales de la enfermedad.^{3,5,8-10}

Se encontró predominio de las mujeres que tuvieron su primera relación sexual a los 15 años (48.8 %), lo cual representa casi el 50 % de los casos estudiados, seguido por las que tuvieron su primera relación sexual a los 14 años de edad con el 27.9 % (Tabla 3).

Las relaciones sexuales precoces desde el punto de vista epidemiológico y estadístico han tenido algunas variaciones desde que se comenzó a valorar ese factor de riesgo, dado que mientras unos afirman que la edad de la primera relación sexual sí tiene una asociación con el cáncer cervicouterino, otros no encuentran ninguna.⁹⁻¹²

En cambio, sí existe un hecho anatómico normal en las adolescentes que lleva a plantear una hipótesis muy documentada: el período de metaplasia escamosa que existe en el cuello uterino de las adolescente es el momento más crítico para el riesgo potencial de la transformación celular y para el desarrollo de la neoplasia cervical.¹¹ Se ha demostrado que en ese período las células metaplásicas jóvenes presentan propiedades fagocíticas cerca de la unión escamocolumnar. En consecuencia, las mujeres que inician su actividad sexual a edades tempranas presentarían una mayor probabilidad de introducir el Virus del Papiloma Humano en sus células metaplásicas y activarían la transformación de estas células.¹¹⁻¹³

El 52.3 % había estado infectado por el Virus de Papiloma Humano (VPH), lo que representa más de la mitad de las pacientes (Tabla 4). El grupo de edades de 30-35 años es el más afectado por esta enfermedad con el 33.7 % (29 mujeres), seguido por el grupo de 25-29, con el 18.6 % (16 féminas).

Desde mediados de la década de 1970 hemos asistido a una explosión informativa sobre el VPH, a medida que se han acumulado más datos ha surgido un número cada vez mayor de preguntas sobre el posible papel etiológico del VPH en la neoplasia. De hecho, fue a mediados de los años 70 cuando Zur Hausen sugirió que el VPH era, dada su condición de agente de transmisión sexual, un candidato probable en la génesis de las neoplasias del sistema genital.^{1,3,5,6,9,13-15}

El VPH porta su información genética en una molécula celular de ADN de doble hebra. Estos virus no suelen producir infecciones sistémicas sino procesos locales que se manifiestan como lesiones condilomatosas, verrugosas y papilares. Las células infectadas por el VPH contienen tanto las partículas virales completamente formadas como su ADN, y la replicación del virus solo ocurre en los núcleos celulares donde la síntesis del ADN es baja.^{11,13-15}

Existen alrededor de 160 cepas de VPH y, de ellas, más de 30 están asociadas al cáncer, específicamente con el cáncer de cérvix existe relación con 23 cepas: las cepas 6, 11, 16,18, 31 y 45 están presentes en el 80 % de los casos de cáncer de cuello.¹¹

La cepa 16 está presente en aproximadamente el 50 % de lesiones de alto grado y lesiones invasivas. El alto riesgo ha sido asociado con los subtipos 16, 18, 33 y 45 y ese riesgo, a su vez, es mayor cuando concomitan varios subtipos de VPH. En un estudio de 642 de estas mujeres se encontró que el 83 % tuvo uno o más tipos de VPH cuando especímenes quirúrgicos fueron probados mediante una técnica sensitiva denominada captura híbrida.^{3,5,8} En otro estudio encontramos que esa asociación fue del 27.5 %.¹³⁻¹⁵

La mayoría de las pacientes estudiadas se encuentran en el estadio "0" con el 79.1 % (68 enfermas); correspondiéndose esta frecuencia con los grupos de edades de 30-35 y 25-29, con el 33.7 y 44.2 %, respectivamente.

El diagnóstico de la enfermedad en etapas avanzadas resulta más frecuente en las pacientes de más edad,

La aparición de una lesión premaligna del cérvix uterino en una mujer normalmente ocurre una vez pasado 15 años del inicio de su vida sexual; si en ella confluyen una serie de factores de riesgos y para que esta evolucione a una lesión infiltrativa debe de transcurrir un período de 10 a 12 años en el 70 % de los casos, siempre que no sea debidamente tratada.^{11,14} Ahora bien, en alrededor del 10 % de los casos con lesiones *in situ* puede ocurrir la progresión a lesiones de tipo infiltrativa en un período menor de un año.^{11,14}

CONCLUSIONES

- Más de la mitad de las mujeres con cáncer cervicouterino en el 2005 correspondió con las de 35 años y menos, así como la tasa más alta de incidencia. Hubo predominio del grupo de edades de 30- 5 años y la moda fue 32 años.
- La edad de la primera relación sexual que predominó fue la de los 15 años.
- La mayoría de las pacientes habían padecido de la infección por el Virus de Papiloma Humano y eran fumadoras, así como hay asociación estadística entre el hábito de fumar y la aparición del CCU.

RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar estudios que abarquen todas las áreas de la provincia de Guantánamo que den una visión mucho más dimensional de la enfermedad en mujeres jóvenes.
- 2.- Promover y realizar acciones de salud encaminadas a la prevención y diagnóstico precoz del CCU en las mujeres menores de 35 años.
- 3.- Adelantar las edades de realización de las pruebas citológicas en el país y reducir el tiempo entre una toma y otra a un año dadas las características en el orden sexual, como una conducta de riesgo a tener en cuenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. 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.
2. Lacruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales- de Papanicolaou a Bethesda 2001. Revista Española de Patología 2003;36:1.
3. Pérez Echemendía Mario: Ginecología oncológica pelviana. Editorial Ciencias Médicas. Capítulo 4 (página 79-133). 2006.
4. Ministerio de Salud Pública. Dirección nacional de estadística. Anuario Estadístico de Salud. Ciudad de la Habana 2006.
5. Grupo Nacional de Oncoginecología: Consenso nacional de cáncer de Cervix. INOR. 2006.
6. Fressel Amelia: Cáncer de Cérvix en pacientes menores de 30 años. INOR. 2006.

7. Informe de la Organización Mundial de la Salud , Octubre del 2001.
8. Colectivo de autores españoles: Consenso Nacional de Oncología. Capítulo 11.2: A. Jiménez Lacave y Cols. Carcinoma de Cervix (página 788-808).
9. G De Palo: Tratado de Oncoginecología. Capítulo 1 enfermedad preinvasora e invasora del cuello uterino. Página 1-35. 1986.
10. Benedet JL, Bender H, Jones H III, Ngan HYS, Pecorelli S. FIGO staging classifications in the management of gynecologic cancers. *Int J Gynecol Obstet* 2000;70:209-62.
11. Hempling R. Lesiones preinvasoras del cervix: diagnóstico y tratamiento. En: Piver S. *Oncología Ginecológica Cap 6*. Ed. Marban. Barcelona 2000:85-109.
12. Hempling R. Cáncer cervical. En: Piver S. *Oncología Ginecológica Cap 7*. Ed. Marban. Barcelona 2000:111-140.
13. Zur Hausen H. Papillomaviruses and Cancer: From Basic Studies to Clinical Application. Review Article. *Nature Reviews Cancer* 2002;2:342-50.
14. The Atypical Squamous Cells of undetermined Significance/Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions Triage Study (ALTS) Group. Human papillomavirus testing for triage of woman with cytologic evidence of low-grade squamous intraepithelial lesions. *Journal of the national Cancer Institute*. 2000; 92 (5):397.
15. Follen M, Richards-Kortum R Emerging technologies and cervical cancer. *Journal of the National cancer institute*. 2000:92 (5):363.

TABLA 1. SERIES CRONOLOGICAS DE LOS AÑOS 2005 – 2006 Y TASA DE INCIDENCIA.

AÑO	CANCER CERVICO UTERINO		CANCER CERVICO UTERINO EN 35 AÑOS Y MENOS		TASA INCIDENCIA X 100 000
	No.	%	No.	%	
2005	68	100	36	52.9	0.5
2006	131	100	50	38.2	0.4
TOTAL	199	100	86	43.2	0.4

TABLA 2. GRUPOS DE EDAD HASTA LOS 35 AÑOS.

GRUPOS DE EDAD	No.	%
24 y menos	1	1.2
25 – 29	32	37.2
30 – 35	53	61.6
TOTAL	86	100

Moda: 32

TABLA 3. EDAD A LA PRIMERA RELACION SEXUAL Y GRUPOS DE EDAD.

EDAD (PRS)	24 y menos		25 –29		30 – 35		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
13	-	-	-	-	3	3.5	3	3.5
14	1	1.2	12	13.9	11	12.8	24	27.9
15	-	-	18	20.9	24	27.9	42	48.8
16	-	-	2	2.3	7	8.1	9	10.4
17	-	-	-	-	4	4.7	4	4.7
18	-	-	-	-	4	4.7	4	4.7
Desconocida	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1	1.2	32	37.1	53	61.7	86	100

Chi Square = 0.5 OR = 1.4 p >.0.005 CI = 0.5 – 3.9

TABLA 4. PRESENCIA DE VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV).

VPH	24 Y MENOS		25 – 29		30 – 35		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	-	-	16	18.6	29	33.7	45	52.3
No	-	-	8	9.3	11	12.8	19	22.1
Desconocido	1	1.2	8	9.3	13	15.1	22	25.6
TOTAL	1	1.2	3.2	37.2	53	61.6	86	100

Chi Square = 0.24 OR = 0.7 p > 0.005 CI = 0.2 – 2.1

TABLA 5. ESTADIO DE LA ENFERMEDAD Y GRUPOS DE EDAD.

ESTADIO DE LA ENFERMEDAD	24 Y MENOS		25 – 29		30 – 35		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
0	1	1.2	29	33.7	38	44.2	68	79.1
I a	-	-	1	1.2	5	5.8	6	7.0
I b	-	-					-	-
II a	-	-					-	-
II b	-	-			3	3.5	3	3.5
III a	-	-					-	-
III b	-	-	3	3.5	6	7.0	9	10.5
TOTAL	1	1.2	33	38.4	52	60.5	86	100