

POLICLINICO UNIVERSITARIO
"OMAR RANEDO PUBILLONES"
GUANTANAMO

**COMPORTAMIENTO DEL CANCER
CERVICOUTERINO EN EL POLICLINICO
UNIVERSITARIO "OMAR RANEDO
PUBILLONES"**

*Lic. Nancy Pérez Mora¹, Lic. Carina Pulsan Laje¹, Dr. Arturo Blet Sánchez²,
Dra. María Elena Ruiz², Lic. Alberto López Revé³, Lic. Enerolisa Frómeta
Rodríguez¹, Lic. Leticia Pérez Herrero.³*

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo sobre cáncer cervicouterino para conocer su comportamiento así como los factores de riesgo desencadenantes de este proceso en el Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones" del municipio Guantánamo, durante el período comprendido 2006-2007. El universo de estudio estuvo conformado por todos los casos notificados con citologías patológicas en consulta. La muestra se conformó con 14 casos notificados en ese período. El mayor porcentaje de casos se encontró entre los 46 a 55 años de edad. Predominaron el desgarro postparto y las pacientes multíparas. El 78.5 % tenía relación con el virus del papiloma humano.

Palabras clave: NEOPLASMAS DEL CUELLO UTERINO/diagnóstico;
NEOPLASMAS DEL CUELLO UTERINO/epidemiología.

INTRODUCCION

El incremento del cáncer cervicouterino, la no existencia de una vacuna para tratar de prevenir la aparición de nuevos casos y los pocos síntomas y signos que muestran en su inicio, hace de esta enfermedad un gran problema de salud.¹

¹ *Master en Atención Integral a la Mujer. Licenciada en Enfermería. Instructor.*

² *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

³ *Licenciado en Enfermería. Instructor.*

El cáncer cervicouterino (CCU) es una de las neoplasias en la que la paciente puede beneficiarse con su detección temprana. Es el más frecuente del aparato genital femenino y ocupa el segundo lugar en frecuencia de cáncer en la mujer, precedido por el de mama.^{1,2} Por los factores que lo predisponen se considera una enfermedad de transmisión sexual.

La idea de que hay lugares en el mundo donde el cáncer no existe, es totalmente errónea. Las cifras recientes que se tienen del cáncer cervicouterino no son muy alentadoras, y nos hablan de la problemática que este representa para el mundo. Hoy fallecen aproximadamente 500 000 mujeres por esta causa. En países en desarrollo su incidencia llega hasta 40 por 100.000 mujeres.³

La Oficina Nacional de Estadísticas de los Estados Unidos ofrece una proporción anual de 10 por 100 000, con una próxima a los 10 000 fallecimientos por esta causa. En Cuba mueren aproximadamente al año 600 mujeres por esta enfermedad; estas cifras expresan el número de fallecimientos pero no realmente la incidencia de la enfermedad, pues no toda mujer que la padece muere por su causa.^{4,5}

Las diferencias marcadas en los informes de una región en relación con otra, hacen que la incidencia y la mortalidad puedan variar de un país a otro, pero la causa de estas diferencias está basada, entre otros factores, como la mayor efectividad diagnóstica del cáncer o el subregistro existente en muchas partes del mundo.^{1,2,4}

La incidencia del cáncer aumenta proporcionalmente; la provincia Guantánamo durante el año 2006 tuvo 31 mujeres fallecidas por cáncer cervicouterino para una tasa de 12.1 por cada 100 000 mujeres y durante el primer semestre del 2007 la provincia también se ha visto afectada por esta causa cobrando 13 vidas para una tasa de 10.3 por cada 100 000 mujeres.^{5,6}

El riesgo de morir por cáncer cervicouterino en la población femenina cubana no ha cambiado en los últimos años, según lo muestra el comportamiento a través del tiempo de las tasas estandarizadas de mortalidad, sin embargo el riesgo de enfermar por esta localización de cáncer se mantiene en aumento.⁷

Es conocida la importancia de la herencia en la aparición de este cáncer. La mayoría de las publicaciones muestran la relación entre la edad de la menarquia

y el riesgo de padecer la enfermedad, y lo mismo ocurre en las mujeres que tienen la menopausia por encima de los 50 años.⁸⁻¹⁰

Las familias en las cuales es frecuente esta entidad heredan factores que predisponen a la malignidad entre los que se encuentran oncógenos no detectables. El riesgo también aumenta ante dietas ricas en carnes y grasas y pobres en verduras.

El conocimiento de la importancia del diagnóstico temprano por la población y la práctica de las pruebas diagnósticas son elementos indispensables para el éxito de los programas de pesquizado por su repercusión en la aceptabilidad de la población.¹⁰

Diversos han sido los métodos de detección precoz recomendados, uno de ellos: la prueba citológica.

Es importante dominar los niveles de conocimiento que ha alcanzado la mujer cubana sobre la prueba citológica para poder organizar programas efectivos de divulgación y así propagandizar aquellos aspectos desconocidos o que han sido menos difundidos entre la población femenina.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo, transversal sobre el comportamiento del cáncer cervicouterino en el Policlínico Universitario "Omar Ranedo Pubillones" durante el período 2006-2007.

Las variables estudiadas fueron: grupo de edades, presencia de desgarros relacionados con el parto, número de partos, presencia del virus de papiloma humano (VPH), total de pruebas citológicas realizadas y su positividad.

El universo de trabajo estuvo constituido por las 14 pacientes con citología anormal atendidas en el programa de cáncer cervicouterino en el período estudiado.

La información se obtuvo de las encuestas realizadas a cada caso atendido en el departamento de citología, revisión de historias clínicas y resultados de las pruebas citológicas.

Los resultados se expresaron en número absoluto, y porcentajes representándose en tablas de distribución de frecuencia.

La discusión de los resultados y su interpretación se realizó mediante un minucioso trabajo de mesa con elementos encontrados en la revisión bibliográfica, extraída de las publicaciones nacionales, extranjeras y otras fuentes actualizadas.; acciones que nos permitieron llegar a conclusiones, y recomendaciones.

RESULTADOS Y DISCUSION

El grupo de edades 46-55 años fue el de mayor incidencia; registró 8 casos (57.14 %) (Tabla 1).

El cáncer cervicouterino constituye la primera causa de muerte por neoplasias en mujeres mayores de 25 años. En los últimos años, diversas modificaciones ocurridas en los estilos de vida de la sociedad han contribuido a un incremento sustancial de las enfermedades crónico-degenerativas, en especial, los procesos neoplásicos. La edad es un factor de suma importancia, clásicamente se descubre un tipo de aparición temprana premenopáusica influenciada por los estrógenos orgánicos y otro de aparición tardía por la presencia de los estrógenos suprarrenales, según estudios realizados por Bravo Polanco.¹¹

Las tasas de incidencia de cáncer cervicouterino se están presentando en el grupo de 20 a 24 años de edad y asciende hasta alcanzar su mayor frecuencia a la edad de 46-55 años¹², lo que hace a este grupo el de mayor riesgo; resultados que coinciden con los encontrados en esta investigación.

Del total de pacientes estudiadas, 8 (57.14 %), tuvieron desgarros durante el parto (Tabla 2).

Los desgarros constituyen un traumatismo a nivel del tejido o sea, a nivel celular, lo que puede traer como consecuencia una transformación del mismo, como factores desencadenantes de lesiones benignas o malignas como el cáncer cervicouterino. Este hallazgo ha sido mencionado por otros autores que consideran los desgarros como un factor desencadenante de cualquier tipo de lesión.

En esta investigación un número considerable de la muestra estudiada presentó desgarro en el cuello del útero en alguno de sus partos, lo que

concuenda con literaturas revisadas donde señalan como factores a tener en cuenta los desgarros u otro traumatismo a nivel del cuello del útero.¹²

El mayor número de casos registrados se encontró en el grupo de señoras que tuvieron de 2 a 4 partos (64.28 %); las de mayor número de partos; le siguieron las nulíparas con el 35.72 % (Tabla 3).

En este estudio y en coincidencia con lo que notifica al respecto la SSA¹³, mujeres con más de 7 embarazos representan más del 75 %, hecho que posiblemente influye en los hallazgos pues se observa una tendencia lineal de riesgo a partir del primer embarazo, de modo tal que el riesgo de las mujeres con 12 o más embarazos fue 5 veces mayor.

Una probable explicación se fundamenta en el hecho de que el embarazo provoca un estado de inmunosupresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos. Se ha señalado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso, por lo que es posible considerar al parto vaginal como un factor de riesgo de cáncer cervicouterino.

Otros investigadores señalan que en mujeres con 12 o más partos vaginales, se incrementa esta enfermedad notablemente, en relación con aquellas que han tenido menos de 3. Sin embargo, en varios estudios previos se ha descartado la paridad como factor de riesgo de cáncer cervical. En mujeres latinas residentes en EUA, donde se ha obtenido una estimación de riesgo de cáncer cervical similar, con la presencia de 6 ó más partos vaginales, hace considerar la multiparidad vaginal como un factor de riesgo importante para contraer el padecimiento. Cabe mencionar que en otros estudios el efecto de la paridad fue moderado y/o no consistente.¹⁴

Nuestro estudio registró que del total de mujeres afectadas el 78.57 % tenía antecedentes de VPH (Tabla 4).

El VPH es un grupo de más de 80 tipos de virus. Se llaman papiloma virus porque ciertos tipos pueden causar verrugas o papilomas que son tumores benignos (no cancerosos). Diferentes tipos de VPH causan las verrugas comunes que crecen en manos y pies y aquellas que se desarrollan en la boca y en el área genital.¹⁵

De estos virus existen más de 30 que pueden infectar el tracto genital. Estos VPH genitales pueden transmitirse por contacto sexual. Algunos VPH pueden causar verrugas que aparecen en o alrededor de los genitales y el ano, tanto de hombres como de mujeres. El VPH también puede causar crecimientos planos anormales en el área genital y en el cuello del útero (la parte más baja del útero que se extiende a la vagina).¹⁶

Este virus es conocido en estos momentos como la causa mayor de cáncer de cuello del útero (cérvix). Algunos tipos de VPH se conocen como virus de "bajo riesgo" porque raramente se convierten en cáncer; éstos incluyen los HPV-6 y HPV-11. Los tipos de virus más importantes de papiloma humano, transmitidos sexualmente, asociados con el cáncer en hombres y mujeres incluyen los HPV-16, HPV-18, HPV-31, y HPV-45.¹⁷ Estos causan crecimientos que normalmente parecen planos y son casi invisibles, comparados con las verrugas causadas por los HPV-6 y HPV-11.

La presencia del VPH es considerado como un factor de alto riesgo, incluso en mujeres con epitelios cervicales con diagnóstico citológico normal. La detección del VPH mejora al utilizar distintos juegos de oligonucleótidos universales que reconocen la región L1 del HPV con una adecuada toma de muestra. El análisis para detección de ADN en exudado cervicovaginal es una buena alternativa de diagnóstico del VPH. En nuestra investigación el mayor número de casos presentó infección por el VPH.¹⁸

Del total de pruebas realizadas (548) resultaron positivas 14, lo que representa el 2.2 %. Se encontraron distribuidas de la siguiente manera: 6 con NIC I; 7, con NIC II y, 1, con NIC III (Tabla 5).

El tratamiento temprano de esta enfermedad garantiza la curación total, de ahí, la importancia de su detección precoz lo que se logra gracias a la citología que sirve prueba alerta para elegir a las pacientes que requieren ser estudiadas mediante biopsias dirigidas por colposcopia. En nuestra área de salud se le realiza la prueba citológica a toda mujer según lo normado por nuestro sistema de salud. El mayor número de afectadas fue encontrado en los casos de NIC I y NIC II.¹⁹

Una educación para la salud efectiva no puede lograrse exclusivamente a partir de la transmisión de información, obviando el papel de los aspectos psicológicos inherentes a la comunicación y a la asimilación de mensajes de salud y los que se refieren a la formación de nuevas conductas y estilos de

vida. Resulta necesario involucrar procesos que propicien la autorregulación y favorezcan el proceso de adopción de precauciones.²⁰

CONCLUSIONES

1. Predominó el grupo de edades entre 46-55 años; la presencia de desgarros durante el parto fue un factor de importancia en la aparición de cáncer cervicouterino.
2. La multiparidad y la presencia de VPH se encontró en el mayor número de casos.
3. El NIC II fue el tipo predominante dentro de los casos diagnosticados.

RECOMENDACIONES

Sensibilizar a las mujeres mayores de 25 años para la realización de la prueba citológica, logrando así la detección precoz del cáncer cervicouterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Franco EL, Franco ED, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *CMAJ*. 2006; 164(7)
2. Suárez E, Prieto M, Rojas I. Programa nacional de cáncer cervicouterino. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2005; 66(6): 480-91.
3. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cervical cancer in England: evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*. 2005; 318: 904.
4. MacGregor JE, Campbello MK, Mann EM, Swanson KY. Screening for cervical intraepithelial neoplasia in north east Scotland shows fall in incidence and mortality from invasive cancer with concomitant rise in preinvasive disease. *BMJ*. 2006; 308: 1407-11.
5. Gorey KM, Holowaty EJ, Fehringer G. An international comparison of cancer survival: Toronto, Ontario and Detroit, Michigan, metropolitan areas. *Am J Public Health*. 2006; 87: 1156-63.
6. Richart RM. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. *Clin Obstet Gynecol*. 2003; 10: 748-84.
7. Richart RM. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol*. 2004; 75: 131-3.

8. Hellberg D. Positive cervical smear with subsequent normal colposcopy and histology. Frequency of CIN in a long-term follow-up. *Gynecol Oncol.* 1999; 53: 148-51.
9. Nasiell K. Behavior of mild cervical displasia during long-term follow-up. *Obstet Gynecol.* 2004; 67: 665-9.
10. Ostör AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: A critical review. *Int J Gynecol Pathol.* 2003; 12: 186-92.
11. Baldauf JJ. Comparison of the risk of cytologic surveillance of women with atypical cells of low-grade abnormalities on cervical smear: review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000; 76: 193-9.
12. Holowaty P, Miller AB, Rohan T, To T. Natural History of Displasia of the Uterine Cervix. *J Natl Cancer Inst.* 1999; 91(3): 252-8.
13. Hines JF, Ghim SJ, Bennet Jenson A. Human Papillomavirus infection. *BMJ.* 2001; 312: 522-23.
14. Jensen AB, Lancaster WD. Papillomavirus and human cancer. Boca Raton: CRC Press; 1999.
15. IARC Working Group on the evaluation of the carcinogenic risks to humans. Human Papillomavirus. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to humans. Lyon: International Agency for Research on Cancer, Ginebra : World Health Organization; 2005.
16. Lorincz AT, Reid R, Jenson AB. Human Papillomavirus Infection of the cervix: relative risks association of 15 common anogenital types. *Obstet Gynecol.* 1998; 79: 328-37.
17. Ministerio de Salud Publica. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervico uterino. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2004.p.1, 26- 27.
18. Costis Gutiérrez EJ. Algunos factores epidemiológicos en el cáncer cervico - uterino. *Rev Med IMSS.* 2005; 33 (2): 177 - 182.
19. Rodríguez Salva A, Lima Anta J, Cabezas Cruz E, Camacho Rodríguez R. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervico uterino. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.1-32.
20. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Washintong: OPS; 2006.p. 7,26.

TABLA 1. GRUPO DE EDADES.

| GRUPO DE EDAD | No. | % |
|----------------------|------------|------------|
| 25 - 35 | 2 | 14.2 |
| 36 - 45 | 2 | 14.2 |
| 46 - 55 | 8 | 57.4 |
| 56 - 64 | 2 | 14.2 |
| 65 y más | - | - |
| TOTAL | 14 | 100 |

TABLA 2. DESGARROS POSTPARTO.

| PRESENCIA DE DESGARROS | No. | % |
|-------------------------------|------------|------------|
| Si | 8 | 57.14 |
| No | 6 | 42.8 |
| TOTAL | 14 | 100 |

TABLA 3. NUMERO DE PARTOS.

| PARIDAD | No. | % |
|----------------|------------|------------|
| Nulípara | 5 | 35.72 |
| 2 - 4 | 9 | 64.28 |
| 5 y más | - | - |
| TOTAL | 14 | 100 |

TABLA 4. PRESENCIA DE VPH.

| PRESENCIA DE VPH | No. | % |
|-------------------------|------------|--------------|
| Si | 10 | 78.57 |
| No | 4 | 21.43 |
| TOTAL | 14 | 100 |

TABLA 5. TOTAL DE PRUEBAS CITOLOGICAS REALIZADAS Y POSITIVIDAD.

| TOTAL DE PRUEBAS REALIZADAS | NIC I | NIC II | NIC III |
|------------------------------------|--------------|---------------|----------------|
| 548 | 6 | 7 | 1 |