

CENTRO MUNICIPAL DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA GUANTÁNAMO

CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES AMBULATORIOS EN VENEZUELA. COMPORTAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

Dra. Niurka Domínguez Jay¹, Dra. Yamilé Lugo Valdés.²

1 Máster en Sexualidad y en Educación Médica. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.

2 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.

RESUMEN

Se realiza una investigación con el objetivo de evaluar el comportamiento clínico-epidemiológico de cáncer cervicouterino en pacientes de ambulatorios de Barrio Adentro del Estado Vargas en el período de julio 2009 - julio de 2010. Del universo constituido por 1 375 pacientes que se realizaron la citología orgánica en este período se selecciona una muestra intencional de 97 que cumplen con los criterios de inclusión. Entre las variables se analizan: edad, factores de riesgo asociados, manifestaciones clínicas, inicio de las relaciones sexuales y resultados de diagnóstico histológico. Predominan las pacientes entre 30-50 años, el inicio temprano de las relaciones sexuales y las relaciones sexuales desprotegidas asociadas a las infecciones por virus papiloma humano (VPH) y como resultado histológico el NIC II. Los resultados se organizan en tablas y se expresan en número de casos y porcentajes. Se arriba a conclusiones y se emiten recomendaciones.

Palabras clave: cáncer de cuello de útero.

INTRODUCCIÓN

De las enfermedades que padece la mujer, los tumores malignos ocupan la principal causa de muerte, y de ellas, el cáncer de mama el 1er lugar y el cervicouterino el segundo.¹

El cáncer de cuello uterino afecta al extremo inferior del útero el cuello uterino también denominado cérvix. La gran mayoría de cánceres cervicales son carcinomas de células escamosas (planas) que revisten el cérvix.¹

El desarrollo de cáncer de cérvix es gradual, progresivo y toma años, comienza con cambios neoplásicos intraepiteliales (NIC) que pueden transformarse en proceso invasor en un período promedio de 10 a 20 años. Se admite actualmente que la cancerización del cuello de útero se cumple en tres etapas.

En la primera de ellas, histopatológicamente, las lesiones cervicales pre-invasoras se desarrollan a través de algunos estadios de displasia (que puede ser leve, moderada ó severa). En una segunda etapa, se constituye el Carcinoma *in situ*, una lesión más avanzada que la displasia pero todavía sin capacidad de invadir las zonas normales adyacentes. Ambas lesiones son precursoras del Cáncer Cervical Invasor, que constituye la tercera etapa y donde ya se observan anomalías cromosómicas en los núcleos celulares, adquiriendo el proceso potencial de microinvasión, invasión en las zonas vecinas, profunda y a distancia.²

Según la histología natural de la enfermedad, la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión que se considera la antesala del cáncer cervicouterino, precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad, y agrupa las lesiones cervicales preinvasoras según su potencial neoplásico y divide su nivel de compromiso epitelial en grados según su extensión y gravedad: I, II y III.^{3,4}

Las dos lesiones premalignas, la displasia y el carcinoma *in situ*, son generalmente asintomáticas pero pueden ser observadas mediante el examen especializado del cuello del útero. Este es el fundamento de la detección precoz del cáncer de cuello uterino.⁵

Al analizar las tasas de mortalidad por cáncer cervicouterino en diferentes países se observa que la variación es notable con tasas que llegan 8 veces más altas en los países de alto riesgo de América Latina, sudeste asiático y África.⁶⁻⁸

En Colombia se ha demostrado que el cáncer del cuello uterino es la neoplasia maligna más frecuente entre las mujeres. En Nicaragua ocupa el segundo lugar en el cáncer de la mujer luego del cáncer de ovario. En Cuba ha ocupado entre el tercero y cuarto lugar en incidencias del cáncer y del 3ro. y 5to. en mortalidad en el último quinquenio, que representa el 9 % de todas las neoplasias del sexo femenino y el 4 % del total, ocupando a su vez, el segundo lugar en incidencia entre las enfermedades malignas que afectan a las mujeres, y el segundo lugar entre las causa de muerte en este sexo.^{9,10-12}

En Venezuela el cáncer representa un problema de salud pública por cuanto su magnitud ocupa desde 1984 el segundo lugar de mortalidad general y en relación a su localización en cuello uterino ocupa el primer lugar de mortalidad en la mujer mayor de 25 años. A pesar de que por más de 30 años ha venido efectuando citología la incidencia y mortalidad por cáncer siguen siendo altas. Al año 2000, según datos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela 3.262 mujeres venezolanas estaban afectadas por cáncer de cuello uterino.^{13,14}

Teniendo en cuenta la inexistencia de estudios anteriores de este tipo en el Estado Vargas, la elevada morbimortalidad por cáncer de cuello uterino y la implementación de un programa de detección temprana, se pretende con esta investigación incrementar el conocimiento de los profesionales de la salud acerca del comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer cervicouterino en pacientes de ambulatorios de Barrio Adentro, lo que contribuirá a realizar un diagnóstico precoz y aplicar un tratamiento oportuno en virtud de elevar la calidad de vida de la mujer.

MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva retrospectiva longitudinal con el objetivo de caracterizar el comportamiento clínico-epidemiológico del cáncer cervicouterino en pacientes femeninas del Estado Vargas, en el período comprendido julio 2009 a julio 2010.

El universo estuvo constituido por 1375 pacientes que se realizaron la citología orgánica en los ambulatorios de Barrio Adentro en este período de tiempo

La muestra la conformaron 97 mujeres que cumplían con los siguientes criterios de inclusión

- Citologías orgánicas con resultados anormales (NIC I, NIC II, NIC III, CIS, Cáncer Cervical Invasor).

- Realización de un formulario con los datos epidemiológicos a necesitar.
- Paciente que esté conforme (expresando su consentimiento informado) con la realización del formulario.

Para la recolección de la información se utilizó la tarjeta control y el libro de registro de citologías de estos ambulatorios y un formulario elaborado y validado donde se recogieron variables tales como:

Edad: menores de 20 años, de 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 años y más.

Inicio de las relaciones sexuales y cáncer de cuello.

Factores de riesgo asociados a la enfermedad.

Principales manifestaciones clínicas de las pacientes.

Reporte citológico de las muestras tomadas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La Tabla 1 Muestra que el mayor número de casos con cáncer cervicouterino correspondió a mujeres entre los 30 39 años (40.2 %) seguido del grupo de 40 a 49 años con 27.8 %. Aunque es significativo que 13 mujeres con menos de 30 años padecieron la enfermedad para un 13.4 %. Los resultados coinciden con Cabezas Cruz⁴, y Serrano Ortiz⁶ que desarrollaron estudios donde el mayor número de casos positivos de neoplasia de cuello de útero se encuentra en mujeres de edades comprendidas entre los 25 y 50 años.

En la Tabla 2 se observa que la edad de inicio de la relaciones sexuales tiende a ser precoz, más del 80 % de las pacientes tuvieron su primera relación sexual con una edad menor de 20 años y de ellas el 34 % antes de los 18 años de edad, coincidiendo con lo resultados de otros autores^{2,8} que consideran el mantener relaciones sexuales en una edad temprana como factor de riesgo para la aparición del cáncer de cuello uterino.

Predominó las relaciones sexuales sin protección (Tabla 3) en un 83.5 % de las mujeres estudiadas, seguidas de la ingestión de bebidas alcohólicas con 68 % y el hábito de fumar con 61.8 %, coincidiendo con otros autores^{6,7,10} que plantean que las relaciones sexuales sin protección (uso del condón) aumenta el riesgo de contraer VPH y otras infecciones de transmisión sexual que predisponen al cáncer de cuello uterino.¹⁴

Coincidiendo con otras literaturas^{12,13}, la mayoría de las pacientes del presente estudio (Tabla 4) no presentaron síntoma alguno (50.5 %) y la sintomatología más frecuentemente informada fue el flujo vaginal presente en el 21.6 %, lo que demuestra que cáncer cervical incipiente rara vez causa síntomas, de modo que la prueba de Papanicolaou oportuna es esencial.

La Tabla 5 muestra que predominó las mujeres a las que se les diagnosticó NIC II con un 38.1 %, seguido de las que tuvieron NIC I con el 34 %.

No coincidimos con Tirado Gómez LL y colaboradores⁸ los que encontraron en un estudio realizado que la neoplasia intraepitelial cervical NIC I fue el que más se presentó en las edades comprendidas entre los 35 y 49 años.

Coincidimos con Sánchez V. JT y colaboradores¹² quienes por sus hallazgos plantean que la frecuencia de la neoplasia intraepitelial del cérvix es más frecuente entre los 35-39 años, unido a neoplasia intraepitelial cervical NIC II.

CONCLUSIONES

- El mayor número de casos de cáncer cervicouterino correspondió a las mujeres entre 30 y 39 años de edad.
- La edad de inicio de la relación sexual tiende a ser precoz en el mayor porcentaje de los casos antes de los 20 años.
- Los factores de riesgo más asociados fueron las relaciones sexuales desprotegidas, seguida de la ingestión de bebidas alcohólicas y el hábito de fumar.
- Predominaron las pacientes asintomáticas y entre las sintomáticas el flujo vaginal fue el de mayor porcentaje.
- El NIC II fue el resultado citológico más frecuente.

RECOMENDACIONES

- Dar cumplimiento sistemático al programa nacional del pesquizaje del cáncer cervicouterino.
- Desarrollar estrategias de intervención con la población femenina en la importancia del pesquizaje del cáncer cervicouterino
- Extender la investigación a otras áreas de salud en el contexto de la misión médica Barrio Adentro.
- Divulgar los resultados de la presente investigación en eventos científicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros M, Tovar S. Following-up females having an abnormal Pap smear in Colombia. *Revista de Salud Pública (Bogotá, Colombia)*[Internet]. 2010, Feb[cited February 7, 2011]; 12(1): 1-13. Available from: MEDLINE with Full Text.
2. Mundhenke C, Bauerschlag D, Fischer D, Friedrich M, Maass N. Malignant tumors of the uterus. *Therapeutische Umschau. Revue Thérapeutique*[Internet]. 2007, July[cited February 7, 2011]; 64(7): 381-388. Available from: MEDLINE with Full Text.
3. Dem A, Dieng M, Traoré B, Gaye M, Diop M, Touré P. Squamous cell carcinoma of the uterine cervix at the Dakar Cancer Institute. *Santé (Montrouge, France)*[Internet]. 2008, Jan[cited February 7, 2011]; 18(1): 31-33. Available from: MEDLINE with Full Text.
4. Csatlós E, Rigó J, Szabó I, Nagy Z, Joó J. Uterine leiomyoma. *Orvosi Hetilap*[Internet]. 2010, Oct 17[cited February 7, 2011]; 151(42): 1734-1741. Available from: MEDLINE with Full Text.
5. Grce M, Matovina M, Milutin-Gasperov N, Sabol I. Advances in cervical cancer control and future perspectives. *Collegium Antropologicum*[Internet]. 2010, June[cited February 7, 2011]; 34(2): 731-736. Available from: MEDLINE with Full Text.
6. Perri T, Rahimi K, Ramanakumar A, Wou K, Pilavdzic D, Ferenczy A, et al. Are endometrial polyps true cancer precursors?. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*[Internet]. 2010, Sep[cited February 7, 2011]; 203(3): 232.e1-6. Available from: MEDLINE with Full Text.
7. Grulich A, Jin F, Conway E, Stein A, Hocking J. Cancers attributable to human papillomavirus infection. *Sexual Health*[Internet]. 2010, Sep[cited February 7, 2011]; 7(3): 244-252. Available from: MEDLINE with Full Text.
8. Konno R, Sagae S, Yoshikawa H, Basu P, Hanley S, Shin H, et al. Cervical Cancer Working Group report. *Japanese Journal Of Clinical Oncology*[Internet]. 2010, Sep[cited February 7, 2011]; 40 (Suppl 1) : i44-i50. Available from: MEDLINE with Full Text.
9. Nielsen K, Masback A, Bladstrom A, Lundgren L, Jonsson N, Olsson H, et al. Confirmed cancer trends in families of patients with multiple cancers including cutaneous melanoma. *The British Journal Of*

- Dermatology[Internet]. 2008, Feb[cited February 7, 2011]; 158(2): 429-431. Available from: MEDLINE with Full Text.
10. Louie K, de Sanjose S, Mayaud P. Epidemiology and prevention of human papillomavirus and cervical cancer in sub-Saharan Africa: a comprehensive review. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*[Internet]. 2009, Oct[cited February 7, 2011]; 14(10): 1287-1302. Available from: MEDLINE with Full Text.
 11. Lurain J. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*[Internet]. 2010, Dec[cited February 7, 2011]; 203(6): 531-539. Available from: MEDLINE with Full Text.
 12. Blair A, Casas C. Gynecologic cancers. *Primary Care*[Internet]. 2009, Mar[cited February 7, 2011]; 36(1): 115. Available from: MEDLINE with Full Text.
 13. de Sanjose S, Quint W, Alemany L, Geraets D, Klaustermeier J, Bosch F, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *The Lancet Oncology*[Internet]. 2010, Nov[cited February 7, 2011]; 11(11): 1048-1056. Available from: MEDLINE with Full Text.
 14. Hannemann M, Weeks J, Evans A, Pring A, Hirschowitz L. Incidence, pathology and outcome of gynaecological cancer in patients under the age of 21 years in South-west England 1995-2004: comparison of data from regional, national and international registries. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology*[Internet]. 2008, Oct[cited February 7, 2011]; 28(7): 722-727. Available from: MEDLINE with Full Text.
 15. Shukla S, Bharti A, Mahata S, Hussain S, Kumar R, Das B, et al. Infection of human papillomaviruses in cancers of different human organ sites. *The Indian Journal Of Medical Research*[Internet]. 2009, Sep[cited February 7, 2011]; 130(3): 222-233. Available from: MEDLINE with Full Text.
 16. Catherino W. Insights and advances in uterine leiomyomas. *Seminars In Reproductive Medicine*[Internet]. 2010, May[cited February 7, 2011]; 28(3): 167-168. Available from: MEDLINE with Full Text.
 17. Pettersson B, Andersson S, Hellman K, Hellström A. Invasive carcinoma of the uterine cervix associated with pregnancy: 90 years

- of experience. *Cancer*[Internet]. 2010, May 15[cited February 7, 2011]; 116(10): 2343-2349. Available from: MEDLINE with Full Text.
18. Altman D, Yin L, Johansson A, Lundholm C, Grönberg H. Risk of renal cell carcinoma after hysterectomy. *Archives Of Internal Medicine*[Internet]. 2010, Dec 13[cited February 7, 2011]; 170(22): 2011-2016. Available from: MEDLINE with Full Text.
 19. Okudela K, Woo T, Yazawa T, Ogawa N, Tajiri M, Kitamura H, et al. Significant association between EGFR-mutated lung adenocarcinoma and past illness from gastric cancer or uterine myoma: its implication in carcinogenesis. *Lung Cancer (Amsterdam, Netherlands)*[Internet]. 2009, Dec[cited February 7, 2011]; 66(3): 287-291. Available from: MEDLINE with Full Text.
 20. Pakiz M, Potocnik U, But I. Solitary and multiple uterine leiomyomas among Caucasian women: two different disorders?. *Fertility And Sterility*[Internet]. 2010, Nov[cited February 7, 2011]; 94(6): 2291-2295. Available from: MEDLINE with Full Text.
 21. Henley S, King J, German R, Richardson L, Plescia M. Surveillance of screening-detected cancers (colon and rectum, breast, and cervix) - United States, 2004-2006. *MMWR. Surveillance Summaries: Morbidity And Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries / CDC*[Internet]. 2010, Nov 26[cited February 7, 2011]; 59(9): 1-25. Available from: MEDLINE with Full Text.
 22. Fader A, Boruta D, Olawaiye A, Gehrig P. Uterine papillary serous carcinoma: epidemiology, pathogenesis and management. *Current Opinion In Obstetrics & Gynecology*[Internet]. 2010, Feb[cited February 7, 2011]; 22(1): 21-29. Available from: MEDLINE with Full Text.
 23. Shack L, Jordan C, Thomson C, Mak V, Møller H. Variation in incidence of breast, lung and cervical cancer and malignant melanoma of skin by socioeconomic group in England. *BMC Cancer* [Internet]. 2008, Sep 26[cited February 7, 2011]; 8271. Available from: MEDLINE with Full Text.

Tabla 1. Edad y cáncer de cuello uterino.

EDAD (años)	No.	%
Menos de 20	1	1.03
20 - 29	12	12.3
30 - 39	39	40.2
40 - 49	27	27.8
50 - 59	15	15.4
60 - 69	2	2.0
70 - 79	1	1.0
80 y más	-	-
<i>TOTAL</i>	<i>97</i>	<i>100</i>

Tabla 2. Edad de relaciones sexuales y cáncer de cuello uterino.

EDAD (años)	No.	%
Menos de 18	33	34
18-20	51	52.5
21 y más	13	13.4
<i>TOTAL</i>	<i>97</i>	<i>100</i>

Tabla 3. Factores de riesgo asociados

FACTORES DE RIESGO	No.	%
Tabaco	60	61.8
Alcohol	66	68
Infección vaginal	33	34
Actividad sexual sin protección	81	83,5
Infección vaginal por VPH	27	27.8
Menopausia	16	16,5
Alteraciones inmunológicas	11	11.3

Tabla 4. Principales manifestaciones clínicas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	No.	%
Dolor pélvico	11	11.3
Dolor al coito	9	9.2
Sangrado vaginal anormal	7	7.2
Flujo vaginal anormal	21	21.6
Asintomáticas	49	50.5
<i>TOTAL</i>	<i>97</i>	<i>100</i>

Tabla 5. Resultado citológico.

RESULTADO CITOLÓGICO	No.	%
NIC I	33	34
NIC II	37	38.1
NIC III	23	23.7
Carcinoma <i>in situ</i>	3	3
Cáncer cervical	1	1
<i>TOTAL</i>	<i>97</i>	<i>100</i>