

**POLICLÍNICO“XX ANIVERSARIO”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**MORBILIDAD POR CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA CONSULTA DE
PATOLOGÍA DE CUELLO.**

Por:

Dra. Belkis González Pérez¹, Dr. José Antonio González Acosta², Dr. Juan Rubén Tandrón Echevarría³ y Dr. Héctor E. de la Paz Muñiz¹.

1. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor de Medicina General Integral
2. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor de Medicina General Integral.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo que investiga el comportamiento del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino del Policlínico “XX Aniversario” del municipio de Santa Clara, en la Consulta de Patología de Cuello, con el objetivo de conocer la morbilidad por cáncer cervicouterino, mediante la detección precoz de éste en su etapa más temprana posible, en el período comprendido entre enero de 2000 a diciembre de 2001. Se aplicó un cuestionario con variables diseñadas para darle salida a los objetivos propuestos, y mediante análisis y procedimiento estadístico se llegó a la conclusión de que en las pacientes con pruebas citológicas anormales existen factores causales, como la precocidad de las relaciones sexuales, la promiscuidad y las múltiples maniobras invasivas cervicales, lo que favorece su aparición y desarrollo. Las principales alteraciones orgánicas aparecen en edades jóvenes, coinciden con la etapa sexual activa y se asocian a las infecciones ginecológicas y vaginosis bacteriana; la infección por el virus del papiloma humano (HPV) fue la más frecuente asociación a las alteraciones citológicas. El procedimiento terapéutico más utilizado fue la conización, y las complicaciones más observadas fueron la estenosis cervical y el granuloma posquirúrgico.

Descriptores DeCS:

CUELLO UTERINO/patología
NEOPLASMAS DEL CUELLO
UTERINO/diagnóstico
MORBILIDAD

Subject headings:

CERVIX UTERI/pathology
CERVIX NEOPLASMAS/diagnosis
MORBIDITY

Introducción

En Cuba, el cáncer cervicouterino ocupa el cuarto lugar en incidencia, con una tasa cruda de 19,2 por 100 000 mujeres; en la provincia de Villa Clara la tasa estandarizada es de 27,9, que lo sitúa en el segundo lugar en el sexo femenino. En 1968 el Ministerio de Salud Pública desarrolló un programa para el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino (DPCCU)¹; posteriormente se realizó una revisión y actualización del mismo para mejorar su eficacia y alcanzar la disminución de la mortalidad por este tipo de cáncer. La prueba citológica es la técnica de diagnóstico que permite llevar a cabo el estudio de las variaciones morfológicas, fisiológicas y patológicas de las células exfoliadas de los diferentes epitelios del aparato genital femenino. Está establecido que esta pesquisa debe realizarse a partir de los 25 años y cada tres años hasta los 59 años de edad. Si una mujer tiene tres o más exámenes citológicos negativos entre los 50 y 59 años, no será necesario hacer más pruebas citológicas después de los 60 años². También se puede realizar este procedimiento por indicación médica a los grupos de riesgo: mujeres que han comenzado las relaciones sexuales antes de los 20 años, de manera marcada antes de los 18; mujeres que han tenido múltiples compañeros sexuales o que han padecido infecciones de transmisión sexual, especialmente producidas por los llamados oncovirus : papiloma virus humano (PVH), condiloma plano y herpes genital. Los resultados de las pruebas citológicas son interpretados de las siguientes formas: no útil, negativo de células malignas, anormal por infección por PVH, displasia leve (NIC-I), displasia moderada (NIC-II), displasia severa (NIC-III) o carcinoma “*in situ*” (CIS), y carcinoma invasor. El PDPCCU establece que toda paciente con un citodiagnóstico anormal debe tener un estricto seguimiento en la consulta de Patología de Cuello de su área de salud, con el objetivo de determinar la morbilidad por cáncer cervicouterino mediante la detección de éste en la etapa más temprana posible, lo que permitiría una terapia precoz y eficaz, con lo cual disminuiría la mortalidad por cáncer de cuello de útero en la población femenina; ello nos ha motivado a realizar este trabajo.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo que investiga retrospectivamente el comportamiento del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino (PNDPCCU), en el área de salud del policlínico “XX Aniversario” del municipio de Santa Clara, en el período comprendido entre enero de 2000 a diciembre de 2001.

El universo de trabajo estuvo formado por la totalidad de las pacientes diagnosticadas con citodiagnóstico inicial anormal en la consulta centralizada de Patología de Cuello del policlínico, y que suman 88 pacientes, las cuales proceden de las mujeres supuestamente sanas que acuden a su consultorio médico a realizarse la prueba citológica según su periodicidad, como establece el programa. En la primera consulta, a cada paciente se le confecciona una historia clínica individual que incluye datos de identidad personal, y se recogen otros de su historia ginecológica, tales como: menarquía, primera relación sexual, paridad, número de parejas sexuales, antecedentes de enfermedades o infecciones del tracto ginecológico, así como intervenciones cervicales invasivas, uso de dispositivos intrauterinos (DIU), entre otros. Posteriormente se realiza un examen físico exhaustivo que incluye: inspección de los genitales externos, región inguinal y perianal, examen de mamas, examen con espéculos, prueba de Gram, exudado vaginal, prueba citológica, cepillado endocervical y examen colposcópico simple, prueba de Hinselman y prueba de Shiller. Se realiza una biopsia dirigida por ponchamiento, siempre que exista un patrón colposcópico anormal en la zona de mayor significación. En dependencia del diagnóstico citocolpohistológico se toma la siguiente conducta:

- Si la paciente presenta una NIC-I en el examen de detección y una colposcopia normal, y el estudio del canal endocervical es normal, se repite la prueba citológica y la colposcopia cada seis meses, mientras que no cambie; si son negativas, se indica el alta y la paciente regresa al área de salud.
- Si se presenta una NIC-I en la prueba citológica, con colposcopia anormal, estudio del canal endocervical negativo y con una biopsia positiva que confirme la presencia de una displasia

- leve (NIC-I), la conducta es expectante, pues se realizará un seguimiento citocolposcópico cada seis meses durante dos años. Si se produce remisión de la lesión y el citodiagnóstico y la colposcopia son normales, se da el alta y se realiza seguimiento evolutivo por su área.
- Si la citología, el estudio endocervical o la colposcopia aumentara en grado, debe realizarse biopsia y actuar de acuerdo con el resultado. Si a los dos años persiste la lesión citocolpohistológica NIC-I, se realizará tratamiento conservador ambulatorio: electrofulguración, crioterapia o láser, tratamiento destructivo local (TDL) con Salilactol (SL). Después del tratamiento de elección, el seguimiento citocolposcópico se realizará cada seis meses, durante dos años; si todo es negativo, se da el alta y regresa a su área de salud.
 - Si la prueba citológica de detección muestra un resultado anormal (NIC-II – III), la colposcopia es anormal, y el estudio del canal cervical no presenta alteraciones, se repite el estudio citocolposcópico a los tres, seis meses y al año. Si éste es negativo, se da el alta y tiene un seguimiento evolutivo en su área de salud, según lo establecido.
 - Si en la prueba citológica inicial se detecta NIC-I-III, con estudio del canal cervical anormal y colposcopia anormal, y se confirma en la biopsia NIC-II-III, seguirá tratamiento conservador de elección: electrofulguración, crioterapia, conización con bisturí frío o láser. Si además de tener un estudio citocolposcópico anormal, la biopsia es compatible con una NIC-III y el estudio del canal endocervical es anormal, debe indicarse tratamiento conservador insisional (conización). El seguimiento será citocolposcópico a los tres, seis y doce meses de tratamiento. Después, anualmente hasta los cinco años.

Resultados

En el área de salud, en el tiempo estudiado se realizaron un total de 5 303 pruebas citológicas; de ellas, 88 tuvieron resultado anormal, por lo que se consideran parte del Programa de Diagnóstico Precoz del cáncer cervicouterino. Estas pacientes constituyen la muestra para realizar nuestro trabajo; de ellas 60 entran por reexámenes y 28 por casos nuevos. Predominaron las edades comprendidas entre 30 y 39 años con 43 pacientes, para un 48,8 %, seguida del grupo de 20 a 29 años con 16 pacientes, lo que representó el 18,4%; es de señalar que hubo siete pacientes menores de 20 años que tuvieron una prueba citológica anormal (7,9 %), lo cual es significativo si tenemos en cuenta la edad.

El inicio de las relaciones sexuales en 41 pacientes fue entre 16 y 19 años, y 27 iniciaron su vida sexual activa después de los 20 años (30,7 %). La precocidad de las relaciones sexuales fue un resultado significativo, si consideramos que 19 pacientes iniciaron su actividad sexual antes de los 15 años, lo que representó un 21% de todos los casos.

Del total de pacientes estudiadas, 73 protegían su salud sexual usando un método anticonceptivo, y el más frecuente fue el dispositivo intrauterino (DIU), que fue insertado a 53 pacientes, lo que representó 60,2 % del total; los anticonceptivos hormonales fueron usados por 13 pacientes (14,8 %).

Se valoró la estabilidad con sus parejas, y 48 mujeres refirieron cambio frecuente de compañero sexual, resultado importante, ya que más del 50 % de las pacientes tenían una sexualidad inestable.

En la tabla 1 se exponen los resultados de las pruebas citológicas iniciales; existió un predominio de resultados anormales asociados a NIC-I en 25 pacientes para 28,4 %, seguidas del citodiagnóstico anormal asociado a infección por condiloma plano (HPV) en 18 pacientes, para 20,5 % de los casos. Las pruebas citológicas anormales (NIC-II y NIC-III), con 16 y 12 pacientes respectivamente. Sólo cinco pacientes presentaron citodiagnóstico inicial positivo a carcinoma *in situ* (CIS) y 12 resultaron anormales con escasas alteraciones. El HPV se asoció a varias pacientes con NIC-I-II-III; este tipo de infección viral fue muy común entre nuestras enfermas. Además de ello, encontramos una alta incidencia de sepsis vaginal inespecífica, y Gardnerella vaginalis –el germen más frecuente– fue diagnosticado en 33 casos. También encontramos otros gérmenes: Trichomonas, Candidas albicans, Clamidia y Mobiluncus, entre otros. Las infecciones vaginales resultaron ser un hallazgo importante en nuestras pacientes.

Tabla 1 Resultados de la prueba citológica.

Prueba citológica inicial	No.	%
Anormal-NIC-I	25	28,4
Anormal NIC-II	16	18,1
Anormal NIC-III	12	13,6
Anormal (descartar Infección por HPV)	18	20,5
Positiva a carcinoma	5	5,7
Anormal con escasas alteraciones	12	13,6
TOTAL	88	100,0

Fuente: Historias clínicas de la consulta.

Las imágenes colposcópicas se señalan en la tabla 2; la imagen por condiloma plano fue la más frecuente (58 pacientes); le siguen las alteraciones vasculares, con predominio de vasos tipo II-III, la ectopia periorificiaria, y la zona de transformación típica (ZTT).

Tabla 2 Imágenes colposcópicas más frecuentes.

Colposcopia	No.	%
Zona de transformación típica	33	37,5
Imagen de condiloma plano	58	65,9
Alteraciones vasculares (vasos tipo II-III)	25	17,0
Leucoplasia	5	5,7
Ectopia periorificiaria	14	15,9
Mucosa original	10	11,3
Mosaico	2	2,3
Colpitis a puntos rojos	2	45,5
Erosión	3	3,4
Petequias	7	7,9
Colpitis a puntos blancos	11	12,5

Fuente: Historias clínicas de la consulta.

El cepillado endocervical fue anormal en 21 pacientes, y se realizó biopsia por ponchamiento dirigida a 52 mujeres, donde predominó el diagnóstico histológico de NIC-III en 23 pacientes, seguidos de la NIC-II y NIC-I con 7 y 10 casos respectivamente.

Se indicó la conización en 30 pacientes (tabla 3), y se halló una discrepancia de más de un grado histológico en severidad de la lesión en nueve pacientes por sospecha de microinvasión.

Tabla 3 Conducta terapéutica final.

Terapéutica	Casos	
	No.	%
Conización	30	34,1
Criocirugía.	5	5,7
Histerectomía total abdominal.	2	2,3
Cauterización.	2	2,3
Láser.	0	0,0
Estrógenos conjugados.	3	3,4
TDL con SL.	68	65,0

TDL con SL: Tratamiento destructivo local con Salilactol.

Fuente: Historias clínicas de la consulta.

El mayor número de complicaciones posquirúrgicas inmediatas estuvo dado por el sangramiento postoperatorio, ocurrido en las primeras 24 horas siguientes a la operación, lo que motivó la reintervención en tres de ellos. La estenosis cervical fue la complicación más frecuente, y apareció en nueve pacientes; de ellas, han necesitado dilataciones cervicales siete; una de ellas requirió histerectomía y cinco presentaron granuloma posquirúrgico, a los cuales se les realizó electrofulguración (tabla 4).

Tabla 4 Complicaciones posquirúrgicas de la conización.

Complicaciones	Casos	
	No.	%
Estenosis cervical.	9	30,0
Sangramiento posquirúrgico	5	16,7
Infección secundaria.	3	10,0
Granulomas posquirúrgicos.	5	16,7
TOTAL	30	34,1

Fuente: Historias clínicas de las pacientes.

Discusión

La mayor cantidad de pacientes con citodiagnóstico normal la aportaron los reexámenes³, lo cual coincide con nuestros resultados. En estudios realizados de carcinoma cervicouterino asociados a la edad, se halló que la edad promedio del carcinoma *in situ* (CIS) fue de 43,9 años², tardía en relación a lo encontrado por otros autores, quienes hacen consideraciones sobre las estrategias a seguir para diagnosticar lo más precozmente posible esta neoplasia, y casi todos coinciden en que ello es de vital importancia para mantener el buen estado de salud y la capacidad laboral de la mujer^{2,3}. En nuestro país se han dedicado grandes esfuerzos en este sentido, para lo cual se ha creado un programa y se establecieron consultas especializadas de patología de cuello para la detección precoz del cáncer cervical. En nuestro trabajo se encontraron resultados anormales de pruebas citológicas en edades tempranas, incluso en adolescentes por debajo de los 20 años, las cuales inician una vida sexual desde muy jóvenes; ello conduce a un cambio frecuente de parejas y a la inestabilidad sexual. Estos resultados coinciden con los de la bibliografía consultada.

Muchos son los autores que señalan la precocidad de las relaciones sexuales como factor epidemiológico importante en la génesis del cáncer de cuello, no sólo por las alteraciones que pueda producir el coito en el cuello inmaduro, sino al relacionarlo con la posibilidad de mayor promiscuidad⁴. El riesgo de las neoplasias intracervicales aumenta en las mujeres que inician las relaciones sexuales durante la adolescencia; al respecto, algunos autores plantean que el cérvix inmaduro es particularmente susceptible a los agentes carcinógenos relacionados con el coito⁵. Algunas proteínas básicas del semen pueden alterar las células epiteliales y subepiteliales del cérvix e inducir su transformación neoplásica⁶. Un estudio posterior demostró que la proteína del semen humano y animal produce en cultivos la transformación de las células epiteliales del cuello uterino. En modelo de animales se ha observado que las heridas pueden estimular la carcinogénesis y favorecer el acceso de agentes infecciosos, como el papiloma virus humano (HPV), a las capas basales de los epitelios, ya que la cicatrización aumenta el flujo local y acelera la multiplicación del virus, lo cual pudiera estar relacionado con las maniobras invasivas locales^{7,8}. En los últimos años, se ha establecido la relación causal entre el condiloma plano cervical y las NIC, pues la asociación aparece en el 50% de los casos estudiados. También se observa más rápida progresión de la displasia cuando coincide con esta infección viral; de hecho, ha sido señalado por algunos autores como la antesala del cáncer cervical⁷⁻⁹, lo cual coincide con los resultados de nuestro trabajo, pues el condiloma plano fue la imagen colposcópica más frecuente e histológicamente se corroboró su presencia asociado a la NIC.

La neoplasia intracervical es una lesión totalmente curable, en forma conservadora, mediante la conización cervical.

La conización terapéutica ha sido practicada más ampliamente en los últimos años, gracias al progreso en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, a los avances y aplicaciones de las técnicas histológicas y colposcópicas. En algunos países escandinavos, Austria, Francia, el diagnóstico y la evolución de la NIC se apoya en el examen colposcópico, y aceptan la conización como tratamiento definitivo.

Referencias bibliográficas

1. Larrondo Morquesia J, González Angulo AR, Hernández García LM, Larrondo Lamadrid RP. Lesiones precancerosas de la piel del anciano. Estudio en 10 consultorios del médico de la familia. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996;12(1):20-3.
2. Soriano García J, Galán Álvarez Y, Luaces Álvarez P, Martín García A, Arrebola Suárez JA, Carrillo Franco G. Incidencia en Cuba del cáncer en la tercera edad. *Rev Cubana Oncol* 1998;14(2):121-8.
3. Yelberton CL, Bentley RC, Olenick S, Krigman HR, Johnston WW, Robbov SJ. Epithelial repair of the uterine cervix: assessment of morphologic features and correlations with cytological diagnosis. *Int J Gynecol Pathol* 1996;15(4):338-44.
4. Marinello V. Diagnóstico y estratificación del cáncer. *Rev Cubana Oncol* 1998;4(3):5-12.
5. Ralston JD, Taylor VM, Yasui Y, Kuniyuki A, Jackson JC, Tu SP. Knowledge of cervical cancer risk factors among Chinese immigrants in Seattle. *J Community Health* 2003;28(1):41-57.
6. Muller CY, O'Boyle JD, Fong KM, Wistuba II, Biesterveld E, Ahmadian M. Abnormalities of fragile histidine triad genomic and complementary DNA in cervical cancer: association with human papillomavirus type. *J Natl Cancer Inst* 1998;90(9):433-9.
7. Lukaszuk K, Liss J, Wozniak L, Emerich I, Wojcikowski C. Human papillomavirus type 16 status in cervical carcinoma cell DNA assayed by multiplex PCR. *J Clin Microbiol* 2003;41(2):608-12.
8. Álvarez RD, Conner MG, Weiss H, Klug PM, Niwas S, Manne U, et al. Dysplasia: results of a randomized doubled-blind clinical trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003;12(2):114-9.
9. Stusser R. La reducción de la mortalidad por cáncer cervicouterino por su programa. *Rev Cubana Oncol* 1998;4(3):83-103.