

ARTÍCULO CLÁSICO

Factores de riesgo en mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino infiltrante en el Municipio de Placetas

Dra. Lissi Lisbet Rodríguez Rodríguez¹, Dr. Luis Enrique Pérez Moreno²

RESUMEN

Objetivo: caracterizar los factores de riesgo en mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino infiltrante en el período de enero de 2005 a diciembre de 2010 en el Municipio de Placetas. **Material y Método:** de un universo de 46 pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino infiltrante se seleccionó la totalidad. Previo consentimiento informado se aplicó una encuesta que incluyó datos sociodemográficos, los antecedentes patológicos personales y familiares y la historia obstétrica anterior; también se revisaron las historias clínicas. **Resultados:** predominaron las pacientes del grupo etáreo de 31-40 años, de zonas urbanas y con nivel medio de escolaridad; entre los hábitos nocivos prevaleció el consumo diario de cigarrillos; se apreció una elevada prevalencia de las infecciones de transmisión sexual y que las más comunes fueron la infección por el virus del papiloma humano y la trichomona; predominaron las pacientes con dos o cuatro parejas sexuales y con edad del primer contacto sexual a los 18 años; la mayoría tuvieron dos o menos embarazos a término; el método anticonceptivo más empleado fue el dispositivo intrauterino y se evidenció la prevalencia de pacientes con diagnóstico histológico de carcinoma epidermoide y la presencia de más de un síntoma al debut clínico. **Conclusiones:** el estudio de factores de riesgo mostró que el hábito tabáquico, el número de parejas sexuales, el inicio precoz de las relaciones sexuales y la presencia de infecciones de transmisión sexual constituyen una subpoblación con mayor riesgo de padecer cáncer cervicouterino.

DeCS:

NEOPLASIAS DEL CUELLO UTERINO
FACTORES DE RIESGO

SUMMARY

Objective: to characterize risk factors in women diagnosed with invasive cervical cancer from January 2005 to December 2010 in the municipality of Placetas. **Material and Method:** from a universe of 46 patients diagnosed with invasive cervical cancer the totality was selected. After the informed consent, a survey was conducted. It included socio-demographic data, personal and family disease history and previous obstetric history; the medical records were also reviewed. **Results:** there was a prevalence of patients in the age group from 31-40 years, from urban areas and with a secondary level of schooling. Regarding harmful habits, daily cigarette consumption prevailed. It was observed a high prevalence of sexually transmitted infections, and the most common infections were the human papillomavirus and trichomonas. Patients with two or four sexual partners and with the first sexual intercourse at the age 18 predominated. Most had two or fewer full-term pregnancies. The most widely used contraceptive method was the intrauterine device. There was a prevalence of patients with histologically confirmed squamous cell carcinoma and the presence of more than one symptom at clinical onset. **Conclusions:** The study of the risk factors showed that smoking, the number of sexual partners, the early onset of sexual activity and the presence of sexually transmitted infections are a subpopulation with increased risk of cervical cancer.

MeSH:

UTERINE CERVICAL NEOPLASMS
RISK FACTORS

INTRODUCCIÓN

El cáncer como enfermedad afecta a ambos sexos aunque, lógicamente, el comportamiento en incidencia varía entre ellos teniendo en cuenta las diferencias anatómicas de género. El cáncer de cuello del útero es uno de los que afecta con más frecuencia a las mujeres¹ y el tercero más común entre las féminas en todo el mundo, precedido solo por el cáncer de mama y el colorrectal.² Se estima que más de un millón de mujeres en todo el mundo tienen actualmente cáncer cervical; a la mayoría de ellas no se les ha diagnosticado o no tienen acceso al tratamiento que podría curarlas o prolongar sus vidas.³

En América Latina, según los datos disponibles en la Organización Panamericana de la Salud, la incidencia estimada de neoplasias malignas del cuello uterino es ascendente;⁴ en Cuba, a pesar de que existe el Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino desde 1968, es un problema serio de salud.⁵ Entre los factores predisponentes de esta enfermedad se han señalado la edad -de 45 a 55 años-, las relaciones sexuales en la adolescencia, las enfermedades de transmisión sexual (ITS), el bajo nivel socioeconómico, la inmunosupresión por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y el carcinoma del pene en el compañero sexual. Se plantea que el virus del herpes simple tipo 2 y el papilomavirus son factores iniciadores de la acción carcinogénica además de la trichomona, la clamidia, la sífilis y la acción del ácido desoxirribonucleico (ADN) de los espermatozoides.⁶

En los últimos años se ha incrementado la incidencia del cáncer cervicouterino infiltrante en Cuba, en la Provincia de Villa Clara y, particularmente, en el Municipio de Placetas, a pesar de los grandes esfuerzos preventivos que se han realizado y de la implementación del Programa de patología de cuello; se hace necesario caracterizar los principales factores de riesgo en las mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino en el período de enero de 2005 a diciembre de 2010 en el Municipio de Placetas de la Provincia de Villa Clara.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de caracterizar los factores de riesgos en mujeres diagnosticadas con cáncer cervicouterino en el período de enero de 2005 a diciembre de 2010 en el Municipio de Placetas, Provincia de Villa Clara. El universo de estudio estuvo constituido por 46 pacientes diagnosticadas con la enfermedad en el período antes señalado; la muestra se seleccionó según los criterios establecidos para el estudio y coincidió con el universo.

Los datos fueron recolectados en forma retrospectiva y se confeccionaron fichas representativas de cada una de las historias clínicas teniendo en cuenta las variables sociodemográficas y epidemiológicas de interés. La información recogida en estas fichas fue incorporada a una base de datos de forma que permitió obtener las distribuciones de frecuencia de las diferentes variables. Con estas distribuciones se crearon tablas que expresan, en frecuencias absolutas y relativas, los valores obtenidos de cada variable; para ello se emplearon técnicas de estadística descriptiva, todo acompañado, a su vez, de una revisión bibliográfica actualizada.

RESULTADOS

Predominó el grupo etáreo de 31 a 40 años, con un 43.4%, seguido del de entre 41 y 50 (26.9%); en relación con la distribución de la muestra por nivel educacional aparece

en primer lugar el de preuniversitario (49.9%) y en segundo el de secundaria básica (16.4%); al exponer la relación entre la edad de las primeras relaciones sexuales y el número de embarazos a término se observó una prevalencia marcada de comienzo de las relaciones sexuales antes de los 18 años (72.5%) y entre los 19 y 25 años (28.8%) y, con respecto al número de embarazos a término, se encontró un predominio de dos o menos embarazos (63.5%).

El debut clínico de los casos estudiados muestra que el 61.5% de las pacientes presentó más de un síntoma; el sangramiento poscoital (13.5%) y la secreción vaginal (9.6%) le siguieron en orden de frecuencia. Con respecto al diagnóstico histológico solo se tomaron en cuenta el carcinoma epidermoide -sin otra especificación- y el adenocarcinoma por los resultados en los informes de los Departamentos de Anatomía Patológica, que solo registraban, en la mayoría de los casos, estas definiciones; el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide (86.5%).

En cuanto a los antecedentes personales se aprecia una marcada prevalencia de las infecciones de transmisión sexual (77.0%): con mayor frecuencia el virus del papiloma humano -VPH- (61.6%) y la clamidiasis. Entre los hábitos nocivos prevaleció el tabáquico (40.4%) y, dentro de este, el nivel de consumo diario (90.5%) y le siguió, en orden de frecuencia, la combinación del cigarro y el alcohol (26.9%), aunque con un nivel de consumo ocasional (78.6%); el hábito menos frecuente fue el alcohólico (9.6%) y, fundamentalmente, con un consumo ocasional (80.0%). En relación con el número de parejas sexuales predominaron las pacientes que tuvieron de dos a cuatro (53.8%), seguidas del grupo de cinco y más parejas (28.8%). El método anticonceptivo más usado fue el dispositivo intrauterino (57.7%) y le siguió la combinación de los diferentes métodos o la alternancia entre ellos (25.0%) y el uso de píldoras anticonceptivas (7.7%).

DISCUSIÓN

Los resultados en cuanto al grupo etáreo más afectado coinciden con los obtenidos en un estudio de factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas.⁷ En el contexto nacional estudios anteriores realizados en Villa Clara, como el de Santana y colaboradores, exhiben que la edad de mayor incidencia fue entre 30 y 39 años;⁸ el Registro Nacional de cáncer muestra la mayor incidencia de cáncer cervicouterino invasor en las edades de 41 a 59 años.⁵ Con relación al nivel educacional este estudio concuerda, parcialmente, con investigaciones nacionales;^{8,9} los resultados obtenidos en la investigación son los esperados para esta variable dadas las políticas de acceso a la educación, lo que no coincide a nivel internacional.¹⁰

En cuanto al inicio del primer coito antes de los 20 años, y de manera marcada en aquellas que comienzan sus relaciones sexuales antes de los 18 años, los resultados son abordados en la literatura mundial desde el punto de vista epidemiológico, y existe un consenso general sobre estas relaciones, que en edades tempranas predisponen a lesiones cervicales,^{2,3} todo producto a la migración celular que se produce desde la unión escamo columnar hacia el endocervix mediante un proceso de entaplasia.¹

Según estudios realizados en el Instituto Nacional de Oncología y Radioterapia a mayor número de partos el riesgo aumenta 9.4 veces más en las mujeres con cinco o más.⁹ Se ha señalado que la mujer se inmunodeprime en cada embarazo y que la afectación inmunológica repetida puede influir en una infección más fácil por el VPH, además de los efectos traumáticos que sobre el cuello puede producir cada parto.¹¹

En cuanto al debut clínico investigaciones precedentes demuestran que los signos más frecuentes son el sangrado vaginal y la leucorrea fétida y que en etapas avanzadas pueden presentarse síntomas urinarios por obstrucción y dolor pélvico; estos y otros síntomas pueden ser causados por esta enfermedad, aunque no son patognomónicos.¹ La prevalencia del carcinoma epidermoide es la esperada según la bibliografía revisada; en América Latina estudios epidemiológicos sobre el tema coinciden al informar, como el tipo histológico más frecuente, el epidermoide.¹²

Con referencia a los antecedentes personales la alta incidencia de las infecciones de transmisión sexual es la esperada, así como el alto número de parejas sexuales. La promiscuidad, femenina o de su contraparte masculina, sin ser sinónimo de cáncer de cérvix, constituye un importante factor de riesgo. Numerosos mecanismos han sido sugeridos para explicar la relación entre el riesgo de padecer la enfermedad y los diversos elementos asociados con las relaciones sexuales, entre ellos la transmisión de agentes infecciosos; la trichomonas, la Gardnerella, el virus del herpes tipo II (VHS-2) y, especialmente, el VPH.¹³ En Cuba los estudios sugieren que las infecciones por trichomona y por el VPH son las que con mayor frecuencia se asociaron a la neoplasia cervicouterina; también se encontraron otras como son: la Chlamydia trachomatic, el herpes genital tipo II y el citomegalovirus.⁸ El VPH ha sido identificado como el factor etiológico fundamental en el desarrollo del cáncer de cuello uterino; en el 90-100% de los casos diagnosticados con cáncer cervicouterino se ha identificado el ADN transcrito y los productos proteicos de este virus, con una prevalencia del 5-20%.⁶ Estos resultados coincidieron con estudios realizados por otros autores que encontraron en pacientes con conducta sexual inadecuada lesiones precancerosas del cuello cervical.¹⁴ Es aceptado que el uso del condón, por la protección contra enfermedades de transmisión sexual y la disminución de la exposición del epitelio cervical a los posibles efectos carcinogénicos del semen, repercute en una menor incidencia de cáncer cervicouterino.¹⁵

La literatura señala que las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de contraer cáncer del cuello uterino. El humo del tabaco puede producir químicos que pueden dañar el ADN de las células del cuello uterino y hacer que haya una probabilidad mayor de que este cáncer se origine. Se ha señalado que el hábito de fumar por más de 15 años de evolución influye doblemente, por estar demostrado que es consumidor de estrógeno y porque afecta la vigilancia inmunológica a nivel del mucus cervical.¹

Ha sido informado que el uso de anticonceptivos orales por más de cinco años es un cofactor que incrementa cuatro veces el riesgo de padecer cáncer de cérvix en mujeres que padecen VPH. Otro hallazgo de las investigaciones epidemiológicas expone que, tras un diagnóstico de displasia en aquellas mujeres que consumen anticonceptivos orales, la progresión a carcinoma in situ es más rápida.¹⁶

Se concluye que el estudio de factores de riesgo mostró que el hábito tabáquico, el número de parejas sexuales, el inicio precoz de relaciones sexuales y la presencia de ITS constituyen una subpoblación con mayor riesgo de padecer cáncer cervicouterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Howley PM, Ganer D, Kieff E. Etiology of cancer: viruses. In: De Vita VT, Hellmaan S, Rosemberg H. Cancer: principles and practice of oncology. Vol.2. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 549-51.

2. Adab P, McGhee SM, Yanova J, Wong CM, Hedley AJ. Effectiveness and efficiency of opportunistic cervical cancer screening: comparison with organized screening. *Med Care*. 2004 Jun; 42(6): 600-9.
3. World Health Organization. World Health Statistics [Internet]. Washington DC: [s.n.]; 2008. [citado 2009 Dic 29]. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>
4. Murthy NS, Mathew A. Risk factors for pre-cancerous lesions of the cervix. *Eur J Cancer Prev*. 2006 Feb; 9(1): 5-14.
5. Registro Nacional de Cáncer INOR. Anuario Estadístico de Salud Pública 2004. La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 2005.
6. Bosch FX, Muñoz N, de Sanjosé S. Human papillomavirus and other risk factors for cervical cancer. *Biomed Pharmacother*. 1997; 51(6-7): 268-75.
7. Gutiérrez-Delgado C, Báez C, González-Pier E, Rosa A, Witlen R. Relación costo-efectividad de las intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicanas. *Salud Pública Mex*. 2008; 50(2): 107-18.
8. Santana S, Esteves L, Gómez I. Cáncer de cuello uterino. *Medicentro Electrón* [Internet]. 2007 [citado 3 Feb 2008]; 11(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202007/v11n2a07/cancer.htm>
9. Cabrera M, Preval M, Tamayo R, Hernández M. Caracterización de un grupo de pacientes con cáncer cervicouterino ingresadas en un servicio de radioterapia. *Rev Cubana Enfermer*. 2006; 22(1): 37-9.
10. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet*. 2002 Mar 30; 359(9312): 1085-92.
11. Mundt AJ, Roeske JC, Ljan AE. Role of the human papillomavirus in the development of cervical intraepithelial neoplasia and malignancy. *Postgrad Med J*. 2002; 78: 225-8.
12. Hildesheim A, Herrero R, Castle PE, Wachoder S, Bratti MC, Sherman ME, et al. HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica. *Br J Cancer*. 2001 May 4; 84(9): 1219-26.
13. Pillai RM, Lakshmi S, Sreekala S, Devi Ganga T, Jayaprakash PG, Rajalakshmi TN. High-risk Human Papillomavirus infection and E6 protein expression in lesions of the Uterine Cervix. *Pathobiology*. 1998; 66: 240-6.
14. Thoms WW, Eifel PJ, Smith TL. Bulky endocervical carcinoma: a 23-year experience. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1992; 23(3): 491-9.
15. León G, Bosques O. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Rev Cub Obstet Ginecol* [Internet]. 2005 [citado 3 May 2005]; 31(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2005000100010&script=sci_abstract
16. Drife J, Magowan B. Neoplasia intraepitelial y cáncer cervical. En: Drife J. *Ginecología y Obstetricia Clínicas*. Madrid: Elsevier; 2005. p. 432-87.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I y II Grados en Oncología. Profesora Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
E-mail: mariamartinplacet@gmail.com.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Urología. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.