

ISCM-CH. Facultad "Miguel Enriquez"

Ginecología

Neoplasia cervical en la mujer climatérica

Dr. Valentin Martínez Camilo¹ y Dra. Beatriz Torrientes Hernández²

RESUMEN

Se plantea que en la actualidad la neoplasia cervicouterina es una de las enfermedades más frecuentes en la mujer y se indica lo importante que es establecer un diagnóstico temprano y oportuno para disminuir la morbimortalidad por dicha entidad. Se estudia su incidencia en mujeres en edad climatérica debido entre otros factores a los cambios biológicos e inmunológicos que ellas experimentan. Otros factores asociados fueron la edad, hábito de fumar, déficit nutricional, promiscuidad, etc. Se indican los diferentes tratamientos aplicados y recomendaciones desde nuestra experiencia.

Las lesiones del cuello uterino (CU) forman un espectro continuo, cuya historia natural se inicia por lo general con una lesión ocasionada por el virus del papiloma humano (HPV), al que se suman otros factores y cofactores como son: las infecciones de transmisión sexual, el tabaquismo, el déficit nutricional y la disminución de la vigilancia inmunológica, que al actuar sinérgicamente podrían en un tiempo impredecible evolucionar a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y de ésta al cáncer.¹

La neoplasia cervicouterina es una de las enfermedades más frecuentes en las mujeres de hoy en día, pues constituye una de las primeras causas de muerte en los países en vías de desarrollo.

Su tasa de incidencia en América Latina y el Caribe se encuentra entre las más altas del mundo.²

En Cuba desde 1968 se desarrolla un Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del cáncer cervicouterino. Durante los años transcurridos, a 9 millones de mujeres se les ha realizado el estudio citológico del cuello uterino y miles de ellas han sido beneficiadas con el diagnóstico temprano y oportuno en esta entidad, lo que ha permitido que la morbimortalidad por dicha neoplasia haya disminuido.²

En los últimos años se observa un incremento de las lesiones del cuello uterino en mujeres de edad climatérica en las que se reporta el 17,5 %.^{3,4} En la mujer en esa edad se ponen de manifiesto cambios biológicos e inmunológicos que pudieran favorecer en gran medida a las infecciones del tracto urogenital 3 como el papiloma virus humano (PVH) que ha cobrado una elevada incidencia para el 65 % del total de las afecciones del cuello uterino.

Los cambios de los genitales femeninos asociados con la edad pudieran proporcionar un terreno favorable para adquirir la infección por PVH.

La neoplasia cervicouterina se considera por muchos autores como una infección de transmisión sexual (TTS); 4,5 diríamos que más bien se trata del resultado final de la acción de varios factores donde la ITS desempeña un papel muy especial.

En relación con esto, en nuestro medio la infección por trichomona (55 %) y el PVH, son las que con mayor frecuencia se asociaron con la neoplasia cervicouterina.

También se encontraron otras como son:

- *Chlamydia trachomatis*.
- Herpes genital tipo I y II y citomegalovirus.⁶

Según estudios nacionales e internacionales al respecto, los factores de riesgo que predominaron en las portadoras de neoplasia cervical fueron:

1. *Edad*: favorecida por el factor hormonal al declinar la función ovárica, lo que lleva a la disminución de la defensa estrogénica del aparato genital.
2. *Hábito de fumar* : por más de 15 años de evolución, influye doblemente por estar demostrado que es consumidor de estrógeno, que a esta edad están disminuidos y porque afecta la vigilancia inmunológica a nivel del *mucus* cervical.

El 70 % y el 84,3 % de las pacientes con cáncer cervicouterino y de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) respectivamente eran fumadoras a esta edad.⁷⁻⁹

1. *Multiparidad* : La mujer se inmunodeprime en cada embarazo, y puede influir la afectación inmunológica repetida en una infección más fácil con el virus (PVH) además de los efectos traumáticos que sobre el cuello puede producir cada parto.

En el 65 % y el 72,3 % de las pacientes con cáncer y NIC respectivamente, de nuestro estudio, tenían más de 3 partos; en lo que coincidimos con datos de la literatura internacional como los del italiano *Rigoni* que en 1842 llamó la atención sobre la relación del cáncer del cérvix con el número de partos, hasta *Tamimi* en 1982 que ha obtenido resultados similares a los nuestros.^{10,11}

1. *Edad de las primeras relaciones sexuales*: mientras más precoces fueron más severa se manifestó la neoplasia del cérvix, presuntamente por la adquisición de ITS y el trauma sobre un epitelio inmaduro.

Estos elementos de acción prolongada al asociarse con otros factores pudieran haber influido en el desarrollo de dicha entidad, que en nuestro medio se manifestó en el 60 %.¹²

1. *Promiscuidad*: varios son los autores, tanto nacionales como internacionales, que abogan a favor de que este aspecto determina un mayor riesgo de aparición de

neoplasia del cérvix en mujeres a esta edad con antecedentes de múltiples compañeros sexuales.¹³

Kessler investigó la participación del compañero masculino e informó de un riesgo elevado de neoplasia en mujeres de hombres con varias compañeras fuera del matrimonio.

1. *Déficit nutricional* : en nuestras pacientes se comprobaron malos hábitos alimenticios, con desvío de fuentes importantes para su nutrición a otros miembros de la familia (niños, ancianos), con déficit de algunos elementos como vitaminas y ácido fólico; se postula que su falta puede estar implicada en la génesis de la enfermedad.¹⁴

Como vemos, en las mujeres menopáusicas la neoplasia del cuello uterino es de causa multifactorial al igual que en otros grupos de edades.

ETIOLOGÍA

La detección del DNA del papiloma en las células tumorales, fue la primera evidencia de vínculo entre PVH de alto riesgo y las lesiones premalignas y malignas del cérvix.^{15,16}

En la actualidad hay más de 120 tipos de PVH involucrados de alguna forma con las lesiones en la mucosa cervical.

Los factores de riesgo como la edad, la relación sexual precoz, el hábito de fumar, la multiparidad, entre otros, asociados a las ITS, al déficit inmunológico y a los malos hábitos dietéticos en estas mujeres parecen influir en la transformación del epitelio normal del cérvix en lesiones atípicas.¹⁷⁻¹⁹

La similitud de los datos epidemiológicos con las bases celulares y genéticas entre la NIC y el cáncer invasor constituyen una de las líneas de evidencia que apoya el concepto de que estas 2 lesiones son etapas diferentes de una misma enfermedad.²⁰

DIAGNÓSTICO

Varios son los factores que dificultan en la edad mediana el diagnóstico de la neoplasia del cuello uterino:

- La clínica es generalmente nula.
- Las infecciones genitales son frecuentes en este grupo de edad.
- Descuido o temor de la paciente para acudir al médico, al considerar que con el cese de la función reproductiva termina el funcionamiento de los genitales y, por tanto, piensan que el chequeo periódico no es necesario.
- Priorizan otras funciones en el hogar y el trabajo; consideran insignificantes y propios de la edad los síntomas que aparecen.

- Le dan mayor importancia a síntomas subjetivos como sofocos, calores, irritabilidad, disminución de la libido que a otros de carácter objetivo como la leucorrea.

ANAMNESIS

Se basa en:

Antecedentes patológicos personales y factores de riesgo.

Cuadro clínico: pudiera ser sintomática, existir leucorrea persistente, sangrado genital, dispareunia y/o dolor pélvico.

En ocasiones ocurren síntomas generales específicos de algún órgano.

Exámen físico:

Speculum: cuello con características normales para su edad.

Lesiones cervicales del tipo de erosión, eversión, ulceración, formaciones polipoide o necrótica con pérdida de la anatomía del órgano, que puede sangrar al contacto.

Medios diagnósticos:

1. *Prueba de Schiller:* en la etapa climatérica el cuello uterino generalmente toma una coloración ámbar más tenue debido al déficit de glucógeno, pero al igual que en otros grupos de edad, las zonas afectadas se tiñen menos que la no afectada, y muestran imágenes yodo negativas o yodo positivas.

Mientras mayor sea el grado de afectación epitelial más agudo y cortante será el borde que lo limita del área sana.

1. *Citología orgánica :* tiene elevado índices de confiabilidad, si se toma la muestra adecuadamente.

Se informa según los sistemas de clasificación establecidos desde Papanicolaou (1943), pasando por *Reagan* , (1960) *Richard* (1967), hasta *Bethesda* (1968).

Estos sistemas se basan en el concepto de continuidad creciente de la atipia citológica que se inicia en las capas basales y se extienden a las células superficiales, ya que aunque la citología proviene de la superficie de órganos como el cuello uterino, estas muestras reflejan con precisión procesos más profundos, cubren una superficie más amplia de estudio de los que la biopsias pueden hacer, no elimina tejido viable y produce poco o ningún proceso inflamatorio o de reparación.²¹

Clasificación de Bethesda:

El diagnóstico citológico se puede ver afectado por la edad, pues el déficit estrogénico provoca pérdidas de capas de epitelio poliestratificado, así como por el movimiento fisiológico de la línea escamo-columnar (LEC) hacia dentro del canal.

La presencia de células necróticas e inflamatorias sin cáncer invasor ulcerativo pudiera dificultar o imposibilitar el diagnóstico citológico de una lesión macroscópica evidente.

- *Cepillado de canal*: se emplea cuando no se visualiza el límite escamo-columnar (LEC) y cuando falta correlación citocolposcópica, la hemos utilizado en el 40 % de los casos.²²
- *Colposcopia* : medio diagnóstico que data desde 1925, descubierto por Hinselman, que consiste en observar el cérvix a mayor aumento.

Es útil para evaluar la extensión de la lesión y guiar la biopsia para diagnóstico histológico.

Una valoración colposcópica inadecuada en la que no puede observarse el LEC o los límites de la lesión ocurrió en el 40 % de las pacientes en nuestro estudio.²³

Hallazgos colposcópicos normales:

- Epitelio escamoso original.
- Epitelio escamo columnar.
- Zona de transformación normal.

Hallazgos colposcópicos anormales.

A nivel de la zona de transformación: epitelio blanco al acético.

Patrones vasculares: mosaico, punteado. Leucoplasia, vasos atípicos (vasos en coma, tirabuzón, área de necrosis) con ramificación irregular.

Aumento de la distancia intercapilar.

ZONA YODO NEGATIVAS.²⁴

Microcolpohisteroscopia : método útil que permite la visualización del canal endocervical y ofrece información diagnóstica. Sería excelente su uso en este grupo etáreo.

Histología: sólo a través del estudio histológico de la lesión se puede confirmar el diagnóstico citológico y/o colposcópico. Es el método que determina la conducta terapéutica que se debe seguir.²⁵

Otros medios diagnósticos: cistoscopia, programa descendente, colon por enema, perfil renal y hepático, recuento hematológico.

Se utilizan según extensión del proceso invasor a otros órganos de la economía.

El material para el estudio histológico se puede obtener mediante: legrado endocervical, ponche de la lesión, como por radiocirugía, como con bisturí frío, amputación de cuello.

Repercusión social de la enfermedad:

A nivel individual el ser humano, en particular la mujer, como unidad biológica, psicológica y social, es un sistema altamente complejo en continua interacción con el ambiente natural y sociocultural. Esta interacción es conflictiva e incluye estímulo, respuesta a nivel biológico, psicológico y social, cuyo efecto se manifiesta en todo el organismo.^{26,27}

La mujer en edad mediana se caracteriza por: pérdida de la juventud acompañada generalmente de pérdida de la autoestima y problemas en la esfera sexual.

Los retos de la cotidianidad portan en ocasiones enfermedades crónicas.

Encuentran en general incompreensión por parte de la sociedad, la familia y en particular de su pareja; se encuentran en una etapa de transición de la edad reproductiva a la etapa senil.

Si a todo esto le agregamos una enfermedad, en este caso una neoplasia cervical, se ha demostrado que afecta de forma importante su comportamiento social y es allí donde estamos llamados a actuar los especialistas para preparar a la mujer a que se enfrente sin limitaciones ni riesgo a esta etapa y a trazar toda una serie de medidas encaminadas a prevenir esta enfermedad con el logro de un equilibrio biológico, psicológico, y social, basado en un nuevo método y estilo de vida.³

Todo esto se puede lograr gracias a nuestro sistema nacional de salud que es capaz de proporcionar oportunidades de acceso a la protección y a la promoción de salud a través de una equidad de salud.

TRATAMIENTO

Conducta de vigilancia:

Criterio para la selección : mujeres con NIC 1 en las que no se asocian otros factores de riesgo donde exista correlación cito-colpohistológica, siempre y cuando exista disciplina y cooperación de la paciente.

Conducta terapéutica que se debe seguir: seguimiento colposcópico periódico durante 2 años como mínimo, cuya secuencia será a los 4,6 meses y anual (siempre con citología previa colposcopia y prueba de Schiller en cada consulta).

Biopsia : si durante la vigilancia aparece alguna alteración o si no hay correlación cito-colpo-histológica se indicará biopsia de las lesiones.

Si al cabo de 2 años desaparece la lesión se dará el alta médica; si persiste la lesión seleccionar uno de los tratamientos siguientes.

Tratamiento destructivo local:

- Químico: ácido tricloroacético.
- Físico: electrocauterización.
- Crioterapia.
- Laserterapia.

Criterio: se indicarán cuando los límites de la lesión sean totalmente visible, y no exista invasión local, cuando las lesiones sean de bajo grado o sin atipia y la paciente muestre disciplina y cooperación.

Debe existir o disponer de colposcopio para el seguimiento.

Tratamiento escisional:

Elimina el tejido enfermo y sirve para su estudio histológico; se puede emplear como por radiocirugía (asa diatérmica) de forma ambulatoria, lo utilizamos en el 44 % de los casos.

- *Cono con bisturí frío:* se usó sólo en el 5 % de las pacientes.
- *Amputación de cuello:* se realizó en el 34,4 % de las enfermas atendidas.

Tratamiento quirúrgico radical:

Criterio:

1. Lesión muy extensa del LEC no visible por colposcopia insatisfactoria.
2. Sospecha o confirmación histológica de invasión.
3. Legrado endocervical positivo para LEC de alto grado o cáncer invasor.
4. No correlación citocolposcópica.
5. Fallo de otros tratamientos utilizados.
6. Imposibilidad de seguimiento.

Métodos a emplear : se utiliza en mujeres con afecciones pélvicas asociadas, lesiones de alto grado o recidivante y en el cáncer invasor.

- Histerectomía total simple:

En nuestra experiencia este proceder se empleó en el 11,4 % de las pacientes con NIC y en el 4,8 % de cáncer invasor en mujeres de edad mediana.

- Histerectomía total + linfadenectomía:

Destinada a pacientes con carcinoma en estadio Ia2 ó Ib1. Este tipo de cirugía la hemos utilizado en el 15 % de los casos con cáncer invasor en este período de 5 años.

- La edad, el estado general, la obesidad y el tamaño del tumor son determinantes en la selección del tratamiento.

Seguimiento: según programa nacional cubano para el control del cáncer del cervi uterino, las mujeres con esta afección tendrán el siguiente esquema de control:

- *Duración:* tres años para mujeres con NIC II y 5 años para aquellas con NIC III y CIS.
- *Periodicidad:* 3, 6, 6 y 12 meses y seguir anual durante el tiempo establecido.
- Aunque estas pacientes se siguen en la consulta de climaterio y menopausia donde se llevan a cabo otros tipos de tratamientos hacia la esfera biológica, psicológica y social durante la edad mediana.

Papel del médico de familia en el manejo de la neoplasia cervical de la mujer en la edad mediana.

1. Educar a la paciente de edad climatérica en cuanto a la necesidad de continuar o cumplir con el chequeo periódico con la citología.
2. Realizar a estas mujeres exámenes ginecológicos periódicos.
3. No subestimar los síntomas ginecológicos que refieran las pacientes considerándolos propios de los cambios que se producen en el aparato genital en esta edad.
4. Tener siempre presente la presencia de otros factores de riesgo en esta edad.
5. Remitir a la consulta de patología de cuello a las pacientes con lesiones macroscópicas en el cuello uterino, lesiones yodonegativas, y aquellos procesos inflamatorios del cuello uterino que no mejoren con tratamiento local o que recidiben con frecuencia.

TERAPIA HORMONAL DE REPLAZO (THR)

La neoplasia del cuello uterino no constituye una contraindicación para la utilización de THR en la mujer de edad climatérica durante este período la hemos utilizado y, al igual que el resultado de otro autor (*Santiago Paredes*) no hemos tenido complicaciones, aunque el tiempo de evolución en nuestras enfermas no ha sobrepasado los 5 años, por tanto es un tratamiento que asociamos y que llevan para su afección de base y la evolución es mejor y completa.

En relación con el adenocarcinoma del cérvix, por ser una neoplasia maligna con gran dependencia hormonal está contraindicada la THR.

El cáncer solo no es un problema epidemiológico, sino también cultural en todos estos años de experiencia (5 años) las mujeres climatéricas que fueron atendidas en la consulta de patología de cuello se comportaron de la siguiente manera:

Con NIC II-III 235 casos para un 25 %, con CIS 147 pacientes para un 15 % y 323 enfermas con PVH lo que representa un 37 %, todos estos casos son del total de pacientes atendidas en la consulta; nos han demostrado que hay que trabajar de forma consciente sobre los factores de riesgo, educar a la población. Si no trabajamos en este sentido tendremos índices elevados de morbilidad por esta enfermedad, por ella emitimos las siguientes recomendaciones.

- Establecer charlas de educación sexual a ambos miembros de la pareja.
- Mantener una adecuada nutrición.
- Abandono del hábito de fumar, consciente de los prejuicios que reporta.
- Asistir a consulta de climaterio y menopausia para recibir la aplicación del modelo de atención de la mujer climaterica.
- Adiestramiento o preparación del personal médico y paramédico en el manejo de la muerte a esta edad con afecciones del cérvix.
- Insistir en el uso del THR en pacientes portadoras de NIC y cáncer invasor epidermoide.

No debe pasar inadvertido el hecho de que si en materia de cáncer-magno problema de la medicina la única garantía de eficacia terapéutica en el diagnóstico precoz, la ginecología ha colaborado en este objetivo, digamos que esta campaña, con un aporte incomparablemente superior a la de cualquier otra rama de la medicina.

Es más, podemos afirmar que con la citología de Papanicolaou, la colposcopia de Hinselman y la biopsia de Ruge y Veit, oportunamente aplicadas, no debe morir ninguna mujer por cáncer de cuello uterino.^{28,29}

SUMMARY

Cervical neoplasia

This paper stated that uterine cervix neoplasia is one of the most frequent diseases in women and underlined the importance of an early accurate diagnosis to reduce the morbidity and mortality rates caused by this disease. The incidence in women at climacteric age due to the biological and immune changes that they experience, among other factors, was studied. Other associated factors were age, smoking, nutritional shortage, promiscuity, etc. Different applied therapies and some recommendations based on our experience were provided in this paper.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berumen I. Virus del papiloma humano, genes celulares y cáncer cervicouterino: *En* : Santiago Pineda: Cáncer cervicouterino y lesiones premalignas. México, DE. Científico Técnico. 1997.67-71.
2. Cabeza E, et al. Programa Nacional de diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino. La Habana : Ciencias Médicas. 1994.
3. Krymskaya M. El período climaterico. Moscú, Mir 1993. 36-58.

4. Rodríguez N. Operaciones del cuello uterino. En: Cirugía Ginecológica y Obstetricia T II. Ciudad de La Habana. Pueblo y Educación. 1993.557-66.
5. Danforth DN. Tratado de ginecoobstetricia. Lesiones del cerviz uterino. 4ta. ed. México DF. Interamericana. 1987.1020-25.
6. Novak ER. Tratado de Ginecología. Lesiones del cérvix. México DF. Interamericana SA. 1997.569-80.
7. Loker T. Superar el stres Madrid: Pirámides. 1998.68-88.
8. Colectivo de Autores. Recopilación de artículos sobre cuestiones biológicas. T.6 Ciudad de La Habana. Pueblo y educaciónpn. 1998.68.
9. Larrechea C. Cigarette smoking and the Risk of cervical neoplasia. Am J Epidemiol 1997;22-9.
10. Rigoni-Stern. Fatti Statestice realive alle mallatie Cancerosa. G Serv progr Pathol Terap (1842);2:507-17.
11. Tamimi HK, Figge DC . Adenocarcinoma of the uterine cervix. Gynecol Oncol 1982;13:335-44.
12. Vanegas R. Afecciones del cérvix uterino en adolescents. Ginecología Infanto Juvenil Salud reproductiva del adolescente La Habana : Ed Científico Técnico. 1998:141-52.
13. Silveira M. Terapéutica con interferón y crioterapia en la NIC asociada a VPH. Rev Cubana Oncol 1998;14(1):8-13.
14. Herrero R. Diseño y métodos de un estudio de la historia natural de la neoplasia de cuello uterino en Costa Rica Panamericana Salud 1998;1(6):411-25.
15. Burger MPM, et al. Predictive value of human papillomavirus type for histological diagnosis of women with cervical abnormalities. Br Med J 1995;310:94-5.
16. Reunión de expertos: Patogénisis de Infección por VPH. Nueva York, 1998.
17. Valdés O. Tratamiento conservador de la NIC. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997; 23(2-3):86-9.
18. _____. Estadío I del cáncer cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol 1997;23(2-3):91-6.
19. _____. Condiloma de cuello y NIC. Rec Cubana Obstet Ginecol 9(3),1993:230-33.
20. Ríos M. VPH y cáncer genital. Rev. Cubana Oncol 1998;14(2):70-4.
21. Melachin M. El sistema Bethesda y su papel en el diagnóstico biológico y citológico. En : Santiago Pineda. Cáncer cervicouterino y lesiones premalignas. México DF. Científico Técnico.1997:39-40.
22. Fournier CG. Comparación de los resultados del cepillado de canal en estudio biológico en pacientes conizadas Rev Cubana Obstet Ginecol 1999;25(2)124-7.
23. Cecil Wright V. Colposcopia de la zona de transformación anormal y lesiones que simulan cáncer invasor. En : Santiago Pineda. Cáncer cervicouterino y lesiones premaligna México DF. Científico Técnico. 1997;48-52.
24. Peroni M. Atlas de colposcopia y fisiopatología Cerviño-vaginales. Ed Barcelona Masson: 1998:122-8.
25. Goodman H. El cérvix: Kestner Gynecology. Madrid Ed. Mosby 1995:115-7.
26. Muñoz N. Relación causal entre VPH y cáncer cervicouterino. Consecuencia para su prevención. Rev Oficina Sanet Panam 1996;121(6):550-65.

27. Tenorio F. Tratamiento quirúrgico del cáncer cervicouterino. *En*. Santiago Pineda. Cáncer cervicouterino y lesiones premalignas. Ed México DF. Científico Técnico 1997,155-7.
28. Colectivo de Autores. Envejecimiento y salud. Un cambio de paradigma. *Rev. Panamericana de la Salud*. 2000;7(1):60-2.
29. Hatch E:E_ Cáncer risk en Women exposed to diethylstilbestrol. *In: Utero Jama* 1998;280:630-4.

Recibido: 20 de abril de 2005. Aprobado:25 de agosto de 2005.

Dr. *Valentín Martínez Camilo*. Facultad No. 4 ISCM-CH. Miguel Enríquez. Ciudad de La Habana.

¹Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Auxiliar.

²Especialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Instructora.