

Factores de riesgo ginecoobstétricos para el cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud

Gynecobstetric risk factors for cervical cancer in primary health care

Dr. Liam Kadel Dunán Cruz,¹ Dra. Leidys Cala Calviño,² Dra. Nadia Inés Infante Tabío² y Dra. Tania Hernández Lin²

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. Policlínico Docente "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 50 mujeres con algún tipo de alteración en los resultados de sus pruebas citológicas en el último trienio, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario "José Martí Pérez" de Santiago de Cuba, durante el primer semestre del 2008, a fin de determinar los factores de riesgo ginecoobstétricos en el desarrollo del cáncer cervicouterino, entre los cuales primaron la multiparidad y el período intergenésico superior a un año, así como el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia, el uso de anticonceptivos hormonales y los antecedentes de infecciones sexualmente transmisibles.

Palabras clave: neoplasia del cuello uterino, factor de riesgo, prueba citológica, multiparidad, anticonceptivo hormonal, período intergenésico, atención primaria de salud

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 50 women with some kind of alteration in their Pap smear results in the last triennium, and who belong to the health area of "José Martí Pérez" University Polyclinic from Santiago de Cuba, was carried out during the first semester of 2008 in order to determine the gynecobstetric risk factors in the cervical cancer course. Multiparity and the intergenetic period over a year, as well as the beginning of sexual intercourse in adolescence, the use of hormonal contraceptives, and history of sexually transmitted infections were predominant among them.

Key words: cervical tumor, risk factor, Pap smear, multiparity, hormonal contraceptive, intergenetic period, primary health care

INTRODUCCIÓN

Cáncer es el término aplicado a un grupo de enfermedades que afectan cualquier parte del cuerpo, con evolución crónica, y se produce por el incremento cuantitativo, mayor

que lo normal, de células diferenciadas, atípicas en su biología y morfología, en un tejido con capacidad potencial de reproducción.¹

Al respecto, el carcinoma de cuello uterino es una neoplasia maligna que se caracteriza por la pérdida de la estratificación del epitelio, así como una marcada atipia celular, con alteraciones de la relación núcleo-citoplasma e invasión del tejido subyacente o no y la producción de metástasis a distancia. Se inicia con cambios neoplásicos intraepiteliales, que aproximadamente entre 10 y 20 años se puede transformar en proceso invasor.²

Actualmente, es uno de los problemas sanitarios más grandes en América Latina y el Caribe y, a pesar de disponer de una tecnología eficaz en la prevención primaria y secundaria de salud, más de 30 000 mujeres latinoamericanas mueren por esta causa cada año y se detectan casi 68 000 nuevos casos. Se ha demostrado que el cuello del útero es la parte del organismo femenino más susceptible a presentar neoplasia³ (Cardona L. Evaluación de la calidad del programa de detección precoz del cáncer cervicouterino [trabajo para optar por el título de Máster en Atención Integral a la Mujer]. 2006. Policlínico "Josué Paíz". Santiago de Cuba).

Este tipo de cáncer se origina por un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino --la parte inferior de la matriz, que va del útero a la vagina o el canal del parto--, las cuales son normales al principio y gradualmente se convierten en precancerosas, para manifestarse como lesiones en la pared del útero. Eventualmente, pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo, en más de 50 % de las mujeres con daños precancerosos, permanecen benignas. Con frecuencia, el cáncer cervicouterino no muestra síntomas en sus etapas iniciales, por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace grave.⁴

Por todo lo expuesto anteriormente y a fin de determinar las manifestaciones de algunos factores de riesgo ginecoobstétricos del cáncer cervicouterino en féminas del Policlínico Universitario "José Martí Pérez", se decidió realizar esta investigación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 50 mujeres con algún tipo de alteración en los resultados de sus pruebas citológicas en el último trienio, pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario "José Martí Pérez" de Santiago de Cuba, durante el primer semestre del 2008, a fin de determinar los factores de riesgo ginecoobstétricos en el desarrollo del cáncer cervicouterino.

Entre las variables de interés figuraron: número de partos, período intergenésico, uso de anticonceptivos hormonales, edad de las primeras relaciones sexuales, antecedentes por infecciones de transmisión sexual (ITS), específicamente el virus del papiloma humano (VPH); así como fueron hallados los siguientes tipos histológicos: neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grados I, II y III; carcinoma (Ca) *in situ*, inflamación aguda o crónica, leucocitosis e infección vaginal por diversos agentes.

Para recolectar la información primaria, se realizó una revisión de los tarjeteros de citología cérvico-vaginal de algunos consultorios de dicha área de salud y se elaboró una encuesta al efecto. Las variables fueron operacionalizadas y procesadas de forma manual, utilizando el cálculo matemático-porcentual y como medida de resumen el porcentaje.

RESULTADOS

En la serie se observó un gran número de mujeres multíparas, con predominio de casi todos los tipos de carcinoma en las que habían parido 1 o 2 veces (44,0 y 36,0 %, respectivamente). Solo hubo 16,0 % de las que tuvieron 3 o más partos (**tabla 1**).

Tabla 1. *Pacientes según número de partos y tipo histológico*

Tipo histológico	Número de partos									
	Nulíparas		Multíparas							
	No.	%	1	%	2	%	3 o más	%	Total	%
NIC I	1	2,0	9	18,0	6	12,0	2	4,0	18	36,0
NIC II			5	10,0	6	12,0	3	6,0	14	28,0
NIC III			7	14,0	2	4,0	3	6,0	12	24,0
Ca <i>in situ</i>					2	4,0			2	4,0
Inflamatorio			1	2,0	1	2,0			2	4,0
Infeccioso	1	2,0			1	2,0			2	4,0
Total	2	4,0	22	44,0	18	36,0	8	16,0	50	100,0

Pudo apreciarse que las afecciones primaron en las mujeres que tuvieron un período intergenésico de 1-2 años, con 40,0 % (**tabla 2**), seguido de las que tuvieron más de 2 años entre un parto y otro, con 16 de ellas, para 32,0 %.

Tabla 2. *Período intergenésico según tipo histológico*

Tipo histológico	Período intergenésico						Total
	Menos de 1 año	%	De 1-2 años	%	Más de 2 años	%	
NIC I	5	10,0	7	14,0	5	10,0	17
NIC II	2	4,0	5	10,0	7	14,0	14
NIC III	4	8,0	5	10,0	3	6,0	12
Ca <i>in situ</i>			2	4,0			2
Inflamatorio	1	2,0			1	2,0	2
Infeccioso			1	2,0			1
Total	12	24,0	20	40,0	16	32,0	48

De las féminas que integraron la serie, 26 habían utilizado anticonceptivos orales, lo cual representó 52,0 % del total (**tabla 3**).

Tabla 3. *Uso de anticonceptivos hormonales orales según tipo histológico*

Tipo histológico	Anticonceptivos hormonales orales					
	Sí	%	No	%	Total	%
NIC I	7	14,0	11	22,0	18	36,0
NIC II	5	10,0	9	18,0	14	28,0
NIC III	9	18,0	3	6,0	12	24,0
CA <i>in situ</i>	2	4,0			2	4,0
Inflamatorio	1	2,0	1	2,0	2	4,0
Infeccioso	2	4,0			2	4,0
Total	26	52,0	24	48,0	50	100,0

Predominaron las féminas que comenzaron sus primeras relaciones sexuales en las edades entre 15 y 17 años, con 38,0 % (**tabla 4**), seguidas de aquellas que las tuvieron sus primeras experiencias sexuales con menos de 15 años de edad (24,0 %).

Tabla 4. *Edad de las primeras relaciones sexuales según tipo histológico*

Tipo histológico	Edad de las primeras relaciones sexuales								Total	%
	Menos de 15	%	15-17	%	18-20	%	Más de 20	%		
NIC I	8	16,0	5	10,0	3	6,0	2	4,0	18	36,0
NIC II	3	6,0	6	12,0	2	4,0	3	6,0	14	28,0
NIC III			7	14,0	1	2,0	4	8,0	12	24,0
Ca <i>in situ</i>	1	2,0	1	2,0					2	4,0
Inflamatorio					1	2,0	1	2,0	2	4,0
Infecioso					1	2,0	1	2,0	2	4,0
Total	12	24,0	19	38,0	8	16,0	11	22,0	50	100,0

En relación con los antecedentes de alguna infección, solo 8,0 % de las pacientes presentó infección por VPH y 12,0 %, por otras ITS (**tabla 5**).

Tabla 5. *Antecedentes de infecciones por VPH y otras ITS según tipo histológico*

Tipo histológico	Antecedentes de infección			
	VPH	%	Otras ITS	%
NIC I	1	2,0	1	2,0
NIC II	1	2,0	1	2,0
NIC III	1	2,0	2	4,0
Ca <i>in situ</i>	1	2,0	1	2,0
Inflamatorio			1	2,0
Infecioso				
Total	4	8,0	6	12,0

DISCUSIÓN

Aunque el embarazo y el parto constituyen un hecho fisiológico en la vida reproductiva de la mujer, algunos autores señalan que el cáncer cervicouterino es más frecuente en las mujeres con hijos que en las nulíparas, lo cual está asociado a que las féminas con un alto número de embarazos suelen comenzar pronto la vida sexual y su primer contacto. Las heridas e infecciones del cuello uterino, que ocurren durante el parto, alteran los límites normales entre los 2 epitelios, y el número de embarazos llegados a término, debido a cierto grado de inmunodepresión que tiene la gestante, puede ser un elemento favorecedor del cáncer en general.^{5,6}

Al analizar las cifras de partos, se observó un gran número de mujeres multíparas, lo cual coincide con lo expuesto en la bibliografía médica⁷⁻⁹ acerca de que las manipulaciones obstétricas, ya sean por partos o abortos, tienen gran influencia en los cambios histológicos que pueden producirse en el epitelio escamoso columnar, pues esto produce desgarros o erosiones, que pueden crear daños en la multiplicación celular de dicha membrana. Una vez que se ocasionan estas lesiones traumáticas, el tejido necesita una regeneración, y si esta ocurre, cubrirá todo la zona del desgarrado con un

epitelio cilíndrico, que luego será cubierto con el pavimentoso y si logra mantener en su posición anterior la estructura anatómica del cuello, no habrá alteraciones.

Los resultados del análisis del período intergenésico mostraron también un número importante de pacientes. Este aspecto difirió de los hallazgos publicados,^{8,9} donde se refiere que las mujeres con cáncer cervicouterino tienen en su mayoría un período intergenésico corto, pues los órganos reproductores femeninos no se restablecen completamente entre un parto y otro.

Ciertas pruebas estadísticas demuestran que el uso de anticonceptivos hormonales orales por períodos prolongados, puede aumentar ligeramente el riesgo de cáncer cervicouterino. En algunas investigaciones^{4,10,11} se ha indicado una relación entre el consumo de las píldoras durante 5 años o más y un aumento en el riesgo de esta neoplasia, lo cual se asocia a la disminución de los fosfatos en las células cervicales, que impide la función en las células megaloblásticas y, a su vez, está relacionado con la precocidad sexual y promiscuidad. Lo anterior coincide con los resultados de la serie, que revelaron el consumo de estas hormonas en 26 féminas.

Se han evaluado agentes ambientales, tales como: el uso de los anticonceptivos hormonales, el régimen alimentario y diversos microorganismos infecciosos, como posibles cofactores del virus de papiloma humano en la carcinogénesis cervical, y se ha demostrado que las pacientes con cáncer cervicouterino y resultados positivos de VPH, tienen el doble de probabilidades de desarrollar la neoplasia. Además, recientemente se ha estudiado que en mujeres con positividad de este virus, el riesgo es mayor que en aquellas consumidoras de anticonceptivos orales durante más de 10 años.¹²

En la casuística, predominó el inicio de las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años de edad, lo cual sí coincide con el criterio de los autores sobre el aumento de la probabilidad de padecer cáncer cervical si se comienza el coito antes de los 20 años, principalmente antes de los 18, por la inmadurez del aparato reproductor femenino.¹³

La infección genital por VPH se adquiere por vía sexual, por ende, puede ocurrir con mayor frecuencia después del inicio de las relaciones sexuales, fundamentalmente entre 15 y 25 años de edad; luego disminuye con el transcurso del tiempo, para aumentar de nuevo después de la cuarta o quinta décadas de vida. Se estima que 70 % de las personas con actividad sexual normal, la contraen a lo largo de la vida; en el caso de la mujer, si tiene relaciones fortuitas o inestables, mayor será el riesgo de contagiarse. Afortunadamente, la mayoría de estas afecciones son asintomáticas y sanan solas, solo una pequeña proporción se manifiesta clínica o microscópicamente como las lesiones de bajo grado, que usualmente se curan por sí solas, o las precancerosas de alto grado, que tienen mayor riesgo de progresar hacia el cáncer.¹⁴

Esta investigación mostró como factores de riesgo ginecoobstétricos importantes para el cáncer cervicouterino: la multiparidad, el período intergenésico superior a un año, el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años de edad y el uso de anticonceptivos hormonales orales, así como los antecedentes de infecciones de transmisión sexual, específicamente por HPV. Con lo anterior quedó demostrada la importancia de ejecutar acciones sanitarias encaminadas a detectar precozmente dicha enfermedad, así como efectuar planes educativos para prevenir este problema de salud en la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Washington, DC: OPS, 2002:1-8.
2. Ricardo Rigor O, Pérez Carballés F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal J. Medicina general integral. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 2003; t 4:21-32.
3. Camacho Carr K, Sellors JW. Cervical Cancer Screening in Low Resource Settings: Natural History of Cervical Cancer. <http://www.medscape.com/viewarticle/484034_5> [consulta: 21 abril 2010].
4. World Health Organization. Control of cancer of the cervix uteri. Bull World Health Organ 1986; 64(4):607-18.
5. Rigol Ricardo O. Obstetricia y ginecología. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004.
6. Durán Cala MI. Cáncer cervicouterino. Comportamiento de algunos factores clinicoepidemiológicos en un área de salud. <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2444/15/Cancer-Cervicouterino.-Comportamiento-de-Algunos-Factores-Clinico%96Epidemiologicos-en-un-Area-de-Salud>> [consulta: 16 octubre 2010].
7. Romero T. Panorama epidemiológico del cáncer en América Latina. Gómez Sánchez M. Medicina paliativa en la cultura latina. Madrid: Aran, 2002.
8. United Nations Children's Fund. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric service. New York: UNICEF, 1997. <http://www.childinfo.org/files/maternal_mortality_finalgui.pdf> [consulta: 21 abril 2010].
9. Romero T, Gray J, Camacho R, Chacón M, Colad. Evaluación de la eficacia de una estrategia basada en métodos educativos para desarrollar conductas promotoras y preventivas en la lucha contra el cáncer en Cuba. Mención Forum Nacional de ciencias y técnicas. CD Memorias del Evento. 2003.
10. Menezes J. The low incidence of cervical cancer in Jewish women: Has the puzzle finally been solved? IMAJ 2003; 5:120-23.
11. Schiffman MH, Bauer HM, Hoover RN, Glass AG, Cadell DM, Rush BB, *et al*. Epidemiology evidence showing that human papillomavirus infection causes most cervical intraepithelial neoplasia. Journal of the National Cancer Institute, 1995; 85(12):958-64. <<http://www.mcgill.ca/files/cancerepi/JNCI85-958.pdf>> [consulta: 21 abril 2010].
12. Lewis Merle J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS, 2004.
13. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Guía Latinoamericana contra el cáncer. Ciudad de La Habana: INOR, 2003.
14. Muñoz N. Nuevas perspectivas para la prevención del cáncer de cuello uterino basadas en el virus del papiloma humano. Biomédica: Instituto Nacional de Salud 2006; 26(4). <http://www.ins.gov.co/recursos_user/documentos/biomedica/2006/2006_biomedica_vol26_n4_ft.pdf> [consulta: 16 octubre 2010].

MEDISAN 2011; 15(5):579

Recibido: 27 de noviembre de 2010
Aprobado: 20 de enero de 2010

Dr. Liam Kadel Dunán Cruz. Policlínico Docente "José Martí Pérez", bloque L, Centro Urbano "José Martí", Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica: liam@medired.scu.sld.cu