

Título: Factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera. Enero 2010 – Diciembre 2012.

Artículo Original

Autores: Lic. Lázara Malagón Montano; Msc. Samuel Fajardo Valdés, Msc. Dra. Adianis González González, Dra. Rita Campillo Motilva

Correo electrónico: lazaritamm@infomed.sld.cu, adianis.glez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial y es la principal por enfermedades malignas en las mujeres de los países en desarrollo. Mundialmente cada año se reportan alrededor de 500 000 nuevos casos y cerca del 80 % corresponde a los países en desarrollo. Mueren anualmente 272 000 mujeres por esta causa. **Objetivo:** Describir los factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva en el Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera. Enero 2010 a diciembre 2012. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre las lesiones premalignas y el cáncer Cérvico uterino, así como el comportamiento de los diferentes factores de riesgo asociados a dichas patologías. La muestra estuvo constituida por 115 pacientes con citología alterada. Como lesiones premalignas se consideraron los siguientes resultados: neoplasias intraepiteliales o intracervicales - NIC I, II y III o carcinoma *in situ* –CIS. Se revisaron y extrajeron datos de las tarjetas de citología de cada paciente. **Resultados:** La alteración citológica más frecuente fue la Neoplasia Intraepitelial Cervical I, predominó el rango de edad de 25 a 39 años de edad. La multiparidad, el aborto, relaciones sexuales en edades tempranas fueron los factores que se asociaron con mayor frecuencia. **Conclusiones:** Las mujeres jóvenes son las mayormente afectadas, incluso aparecen alteraciones citológicas en pacientes menores de 25 años. Elevado porcentaje presentó infección por virus del papiloma humano.

Palabras clave: Citología, cáncer cervicouterino (CCU).

Abstract

Cervicouterine cancer is the second leading cause of death among women all over the world and first one among women in less developed countries there are about 500 000 newly diagnosed cases worldwide every year and about 80% of all cases **(belong to--- are from)** less-developed countries 272 000 women die because of cancer yearly. Objectives: To describe the risk factors observed in women reported with positive (smear pap) at Dr Mario Escalona Reguera Polyclinic health area from January 2010 to December 2012. Method: A retrospective- descriptive research about premalignant lesions and cervicouterine cancer, as well as about the behavior of different risk factors associated to those diseases was carried out. The sample was conformed by 115 patients with positive Papanicolaou smears. We took into consideration as premalignant lesions- cervical intraepithelial neoplasia (CIN I, II, III or carcinoma in situ (CIS). We revised the clinical history and the Papanicolaou smears of each patient. Results: The cervical intraepithelial neoplasia was the most common lesion diagnosed. Although it may occur in younger women, the average age observed was 25-39 years old the most frequent risk factors associated to it were: multilabor, abortions, early age at first intercourse, among others. Conclusion: Young women are the most frequently affected. We found positive in female patients below 25 years old **(Even women below 25 years old can be affected)**. A great percentage of the cases were infected by the Human Papillomavirus (HPV).

Key Words: Papanicolaou smears Citología, Cervicouterine cancer

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CCU) es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial y es la principal causa de muerte por enfermedades malignas en las mujeres de los países en desarrollo. La razón más importante que explica esta alta incidencia es la falta de programas eficaces de detección temprana, esencialmente en los países en desarrollo¹.

Más del 80% de los cánceres están relacionados con los estilos de vida y hábitos personales, y muchos de esos factores son fáciles de prevenir y corregir².

En Cuba el cáncer cérvico uterino ha ocupado entre el tercer y cuarto lugar en incidencia y del tercero al quinto en mortalidad en el último quinquenio.

Dentro de los factores de riesgo para la aparición del CCU está bien demostrado que el virus del papiloma humano (HPV) es el agente etiológico necesario, pero no

suficiente del cáncer cervical³. Se citan, además, como otros factores: la edad de la primera relación sexual, la multiparidad, la promiscuidad sexual, infección por virus del herpes tipo II, la falta de higiene genital y el tabaquismo⁴. Otros factores asociados a la aparición de CCU son: las agresiones y lesiones múltiples al cérvix, edad temprana al primer embarazo (menor de 15 años), cervicitis crónica y antecedentes de manipulación cervical^{5,6}.

La accesibilidad del cuello uterino al estudio celular e histológico, así como a la exploración física directa es una de las razones que permite el diagnóstico precoz del CCU. Aunque el conocimiento médico sobre este tumor es aún incompleto, la mayoría de las investigaciones actuales coinciden en que estas lesiones pueden tener un inicio gradual con precursores preinvasores en fase latente durante años, aunque en ocasiones su evolución puede adoptar un comportamiento agresivo^{1,3}. En Cuba, desde el año 1967, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) desarrolla un programa nacional para el diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino (PDPCCU). En este estudio los autores se proponen describir los factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo retrospectivo sobre las lesiones premalignas y el cáncer cérvico uterino, así como el comportamiento de los diferentes factores de riesgo asociados a dichas patologías, en el Policlínico Docente Dr. Mario Escalona Reguera perteneciente al municipio La Habana del Este, en el período comprendido entre enero del 2010 y diciembre del 2012.

El universo estuvo constituido por las 3561 mujeres mayores de 25 años de edad a las que les realizó la prueba citológica en la referida etapa. La muestra seleccionada estuvo constituida por 115 pacientes con citología alterada. Como lesiones premalignas se consideraron a todas aquellas pacientes que en los resultados de la citología se informó: neoplasias intraepiteliales o intracervicales – (NIC I, II y III), llamadas también displasia leve, moderada o severa respectivamente o carcinoma *in situ* (CIS) y como carcinoma invasivo a todas las pacientes con diagnóstico citológico de carcinoma invasivo

Se revisaron las tarjetas de citodiagnóstico de todas las pacientes con citología alterada y se elaboró una planilla de datos aplicada por la autora donde se tuvieron en cuenta las siguientes variables: diagnóstico citológico, edad, número de partos y

abortos, inicio de las relaciones sexuales, Infección por virus del papiloma humano (HPV), síntomas más frecuentes, Infecciones vaginales.

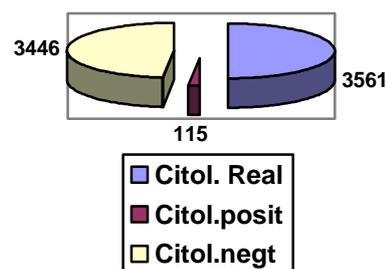
La información primaria fue procesada de forma manual, con una calculadora de mesa. Para el análisis estadístico se utilizó el sistema Windows 2007 con la computadora Hanel, obteniéndose los valores absolutos y relativos (razones y porcentajes) necesarios.

Finalmente se construyeron tablas y gráficos estadísticos que facilitaron el análisis, discusión y presentación de los resultados obtenidos.

De igual forma se tuvieron en cuenta consideraciones éticas de confidencialidad

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Gráfico 1 Resultados de las pruebas citológicas. Policlínico Dr. Mario Escalona. Enero 2010 - diciembre 2012



Fuente: Tarjetas de citodiagnóstico.

Se aprecia que de un total de 3561 exámenes realizados en el periodo estudiado, solo el 3.2 % de la población estudiada (115 pacientes) presentó alteraciones citológicas. Estos resultados no coinciden con los obtenidos por otros autores, los que demuestran en sus estudios elevada incidencia de citologías positivas, ejemplo de ello es el estudio realizado por E. Falcón⁷ en el que encuentra un 8.9 % de citologías positivas dentro de la población estudiada.

Tabla 1. Clasificación por estadios según resultados de las citologías. Policlínico Dr. Mario Escalona. Enero 2010 - diciembre 2012.

Citologías Positivas												Total	
Neoplasias intraepiteliales cervicales										Carcinoma Invasivo			
NIC I DL		NIC II DM		NIC III DS		NIC III CIS		Total NIC					
No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
51	44.3	39	33.9	8	6.9	14	12.1	112	97.4	3	2.6	115	100

Fuente: Tarjetas de citodiagnóstico.

El estudio evidenció que la mayor frecuencia de alteraciones citológicas correspondió al NIC I (44.3 %), lo que no coincide con los resultados obtenidos por otros autores ^{7, 8} donde encuentran una mayor frecuencia del carcinoma *in situ* (56 %). Las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) suman un 97.4 %, contra un 2.6 % de carcinoma invasor.

Tabla 2. Distribución según grupo de edades y diagnóstico citológico Policlínico Dr. Mario Escalona. Enero 2010-Diciembre 2012.

Edad	NIC		Carcinoma invasivo		Total	
	No	%	No	%	No	%
25 - 39	63	56.2	1	30	64	55.7
40 - 54	41	36.6	1	30	42	36.5
55 y más	8	7.1	1	30	9	7.8
Total	112	97.4	3	2.6	115	100

Se observa que el mayor por ciento de citologías positivas se presentó en mujeres relativamente jóvenes, comprendidas entre los 25 - 39 años de edad, con un 55.7 % de frecuencia, con un mayor por ciento de neoplasia intraepiteliales cervicales (NIC) (56.2 %) a esas edades, seguido del grupo de edades de 40-54 años. Estos resultados coinciden con los reportados en la literatura que plantean que el cáncer del cérvix se presenta generalmente en mujeres entre 35 y 55 años y con los resultados obtenidos por I. Salas⁹ y A. Rodríguez¹⁰ en sus estudios. Se conoce un

aumento de la incidencia de adenocarcinoma cervical en mujeres jóvenes y se ha planteado que puede ser debido al uso de anticonceptivos orales antes de los 20 años. El carcinoma cérvico uterino no se considera un tumor hormono dependiente por lo general, pero estudios recientes indican que el uso prolongado de anticonceptivos hormonales puede aumentar el riesgo de éste, dado fundamentalmente por la asociación entre el uso de anticonceptivos orales y la conducta sexual¹⁰.

Tabla 3. Distribución según número .de partos Policlínico Dr. Mario Escalona Enero 2010 – Diciembre 2012.

Partos	Total	
	No	%
Ninguno	16	14
De 1 a 3 partos	79	68.6
4 y más partos	20	17.4
Total	115	100

El mayor número lo aportó el grupo de mujeres con uno a tres partos, para un 68.6%. El incremento de nivel educacional y sociocultural de la población femenina, hace que la tendencia sea la disminución del número de hijos y este a su vez puede ser el motivo de la reducción del riesgo por esta causa en las mujeres. Por tanto este estudio no se correlaciona con otros donde se demuestra el vínculo entre la multiparidad (cuando se han producido de cuatro partos en lo adelante) y la aparición de diferentes grados de displasias^{13, 14} ya que se plantea que el incremento del número de partos, aumenta el riesgo de cáncer cervical debido a mayor número de contactos sexuales y a traumas cervicales, con más exposición a virus oncogénicos, a cambios hormonales con posible acción carcinogénica⁷.

Tabla 4. Distribución según número de abortos. Policlínico Dr. Mario Escalona Enero2010 - Diciembre2012.

Abortos	Total	
	No	%
Ninguno	36	31.3
De 1 a 2	50	43.5
De 3 a 6	18	15.6
De 6 y más abortos	11	9.6
Total	115	100

En la tabla 4, se observa que el 68.7 % de las mujeres tuvieron antecedentes de aborto. Predomina el grupo de mujeres con antecedentes de uno a dos abortos, para un 43.5 %. No se encontró en el estudio una relación directamente proporcional, entre número de abortos y lesión cervical como ha sido demostrado en otras literaturas^{9, 11}.

Como se refirió en la tabla 2, las lesiones aparecen generalmente en mujeres jóvenes, incluso en el área de salud, la tendencia es a la disminución de la edad de aparición, teniendo en cuenta esto es adecuado señalar que en nuestro estudio el 31.3 % de las mujeres no tiene antecedentes de abortos, en estos casos existe relación estrecha con la infección por HPV.

Tabla 5. Distribución según edad de inicio de las relaciones sexuales. Policlínico Dr. Mario Escalona. Enero 2010 – diciembre 2012.

Inicio de las relaciones sexuales	Total	
	No	%
Menores de 15 años	15	13
De 15 a 19 años	80	69.6
De 20 y más años	20	17.4
Total	115	100

El mayor número de mujeres afectadas, fue el que inició sus relaciones sexuales con menos de 20 años de edad, para un 82.6 %.

Otros autores concuerdan con lo obtenido en este estudio en relación a la asociación de las lesiones cervicales con la edad del primer coito^{12, 13}. La precocidad de las relaciones sexuales se asocian a mayor incidencia de cervicitis, de enfermedades ginecológicas inflamatorias asociadas y a la infección por HPV, lo cual favorece que exista un agrupamiento de factores de riesgo que incrementan la posibilidad oncogénica, asociados a un sistema inmunológico no completamente maduro⁷. Según Rosell JE¹⁴ por cada cáncer cervical que ocurre en una mujer que inició sus relaciones sexuales en la etapa adulta, se reportaron 7.2 neoplasias malignas del cuello uterino en las que iniciaron sus relaciones sexuales en la adolescencia; estos hallazgos son congruentes con los de otros autores¹², lo que sugiere que las medidas educativas de promoción de salud deben hacer énfasis en posponer las primeras relaciones sexuales a etapas más apropiadas, después de los 20 años y la utilización de medidas de protección eficientes¹⁴.

Como otro factor asociado a la precocidad y promiscuidad es el relacionado con la hipótesis que considera como agente causal principal a los carcinógenos presentes en el semen masculino, proteínas específicas que alteran las células epiteliales y subepiteliales e inducen transformación neoplásica¹⁵. A pesar de que se describen varios factores asociados a las lesiones de cérvix: deficiencias de vitaminas A, E y C, 11 β-carotenos, inmunodeficiencias, hábito de fumar; se le otorga al número de parejas sexuales, así como al comienzo temprano de la actividad sexual y embarazo a temprana edad, un importante lugar¹⁶⁻¹⁸.

Tabla 6. Incidencia del virus del papiloma humano. Policlínico Dr. Mario Escalona. Enero2010 – diciembre 2012.

HPV	NIC		Carcinoma invasivo		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Si	71	63.4	3	100	74	64.3
No	41	36.6	0	0	41	35.7
Total	112	100	3	100	115	100

En los casos de los clasificados como NIC, el 63.4 % de las pacientes tenían asociado el HPV, en el caso del carcinoma invasivo estaba presente en el 100 % de las enfermas. Coincide con todos los estudios revisados, tanto nacionales, como internacionales, donde se pone de manifiesto la relación estrecha entre la aparición del CCU y la infección por HPV¹⁶⁻¹⁸. En las pacientes con diagnóstico de CCU, el HPV está presente en más del 90 % de estas, los subtipos 16 y 18 son los que con mayor frecuencia se asocian, por ser los más oncogénicos¹⁹.

La infección por HPV clínica y subclínica es la infección de transmisión sexual (ITS) más común actualmente y la infección asintomática por HPV se detecta en el 40 % de las mujeres en edad reproductiva, según se reporta²⁰⁻²².

Tabla 7 Síntomas más frecuentes asociados. Policlínico Dr. Mario Escalona. Enero 2010-diciembre 2012.

Síntomas	NIC		Carcinoma invasivo		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Secreción vaginal	64	57.1	1	33.3	65	56.5
Metrorragia	2	1.8	1	33.3	3	2.6
Asintomática	46	41.1	1	33.3	47	40.9
Total	112	100	3	100	115	100

El síntoma más común fue la secreción vaginal en 65 de las pacientes, para un 56.5 %. El 40.9 % refirió estar asintomática en el momento del examen. Según se plantea en la literatura consultada, el CCU en sus etapas precoces no ofrece síntomas que permitan su diagnóstico en la mayoría de las pacientes²³.

Con relación a la secreción vaginal, se demostró en los resultados de las citologías, la presencia de gérmenes, más frecuentemente la trichomona y gardnerella. Coincide con estudios donde se refleja que las enfermedades ginecológicas pueden afectar el crecimiento de la flora bacteriana vaginal.

Existe una gran relación entre *Trichomonas vaginalis* y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Por otra parte, otros autores reportan que la *Gardnerella vaginalis*

es detectada en el 50 % de las pacientes con tumores malignos del cérvix, lo que sugiere que puede estar relacionado con el cáncer de cuello uterino²⁴. La transmisión de otros agentes infecciosos también está presente en la mayor parte de las pacientes, entre ellos: Clamidia y herpes virus tipo II ²⁵.

CONCLUSIONES

La incidencia de lesiones premalignas y de cáncer cérvico uterino es baja. La mayor frecuencia de alteraciones citológicas correspondió a la Neoplasia Intraepitelial Cervical I. El mayor porcentaje de citologías positivas se observó en las edades comprendidas entre los 25-39 años. Los antecedentes obstétricos más frecuentes encontrados fueron la multiparidad y el aborto. Las relaciones sexuales en edades tempranas (primera relación sexual antes de los 20 años) se asocian a un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. Más de la mitad de las pacientes con citología positiva presentaron infección vaginal, el síntoma más frecuente fue la leucorrea y en un porcentaje elevado se detectó la infección por virus del papiloma humano

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin MD. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Publica Mex.* 2003;45 suppl 3:S306-S314.
2. Infomed. Prevenir, detectar y colaborar contra el cáncer (12 feb 2012)
3. Östor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Ing J Gynecol Pathol.* 2001;12:186-92.
4. Disaia FJ, Teremand W, Enfermedades preinvasoras del cuello uterino. 4ta edición. Mosby/Doyma; 2000. p. 1-9.
5. Gorey KM, Holowaty EJ, Fehringer G y cols: An international comparison of cancer survival: Toronto, Ontario and Detroit, Michigan, metropolitan areas. *Am J Public Health* 2007; 87: 1156-63.
6. Parkin, D.M., Pisani, P. y Ferlay, J. "Globocan: Cancer Incidence and Mortality in 2000." International Agency for Research on Cancer.citado 22 jul 2004 <http://wwwdep>.
7. American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer del cuello uterino. [páginaen Internet]. American Cancer Society; 2009 [citado 14 Sep2009].[aprox.20pantallas].Disponible:http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_2_1x_prueba_de_papanicolaou.asp

8. Hernández E, Vargas Fajardo E, Barroso Creagh R. Análisis del programa de cáncer cervicouterino. Período 1990-1996. Rev. Cubana Enferm [serie en Internet]. 1999 [citado 28 Sep2008]; 15(3):201-6. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol15_3_99/enf12399.htm
9. Salas Urrutia I, Villalobos Eyra A, Ramírez Vega BL. Prevalencia de displasia y cáncer cérvicouterino y factores asociados en el Hospital Central de Chihuahua, México. CIMEL [serie en Internet]. 2006 [citado 2 Jun 2008]; 11(1):1215.
10. Rodríguez Salvá A, Echavarría Aguilera AA, Murlá Alonso P, Vázquez González C. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev Cubana Hig Epidemiol. [serie en Internet]. 1999 Abr [citado 28 Sep 2008]; 37(1):
11. Disaia FJ, Teremand W, Enfermedades preinvasoras del cuello uterino. 4ta edición. Mosby/Doyma; 2000. p. 1-9.
12. Rodríguez Salvá A, Echavarría Aguilera AA, Murlá Alonso P, Vázquez González C. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev Cubana Hig Epidemiol. [serie en Internet]. 1999 Abr [citado 28 Sep 2008]; 37(1):
13. García Soto G, Pachón Rincón JJ, Smith Meneses-Cubides R, Zuleta Tobón JJ. Cáncer de cuello uterino: experiencia durante un período de seis años en un hospital universitario colombiano. Rev Colomb Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2007 Ene-Mar [citado 2 Jun 2008]; 58 (1)
14. Rosell Juarte E, Muñoz Dobarganes A, Cepero Muñoz F, Cardoso Hernández J, Estenoz Fernández A. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino. Arch Méd Camagüey [serie en Internet]. 2007 [citado 18 Ago 2008]; 11(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2007/v11n1-2007/2116.htm>
15. Adami HO, Trichopoulos D. Cervical cancer and the elusive male factor. Lancet 2002 Mar 30;359(9312):1093-101.
16. Kjellberg L, Hallmans G, Ahren AM, Johansson R, Bergman F, Wadell G et al. Smoking, diet, pregnancy and oral contraceptive use as a risk factor for cervical-intra-epithelial neoplasia in relation to human papillomavirus infection. Br J Cancer 2000 Apr; 82 (7):1332-
17. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers JM et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. Lancet 2002 Mar 30;359(9312):1080-1.

18. Mori M, Sagae S. Recent progress in epidemiologic research of uterine cancer. To Kagaku Ryoho 2001 Feb; 28(2):174-8.
19. Mark AK. . Preventing cancer with vaccines: progress in the global control of cancer. Cancer Prev Res 2012;5:24-29.
20. Disaia FJ, Teremand W, Enfermedades preinvasoras del cuello uterino. 4ta edición. Mosby/Doyma; 2000. p. 1-9.
21. Zur Hausen H. Papillomaviruses and Cancer: From Basic Studies to Clinical Application. Review Article. Nature Reviews Cancer. 2002;2:342-50.
22. You W, Dainty LA, Scott Rose G, Krivak T, McHale MT, Olsen CH, et al. Gynecologic Malignancies in Women Aged Less Than 25 Years. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2005,105(6):1405-9.
23. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana:Editorial Ciencias Médicas;2004 p.297-307.
24. León Cruz G, Bosques Diego OJ. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev. Cubana Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2005 Ene-Abr [citado 28 Sep 2008]; 31(1)
25. Mori M, Sagae S. Recent progress in epidemiologic research of uterine cancer. To Kagaku Ryoho 2001 Feb; 28(2):174-8.