

Artículo original

Policlínica 27 de Noviembre. Antilla. Holguín

Comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical en pacientes atendidos en la Policlínica de Antilla, Holguín

The Cervix Intraepithelial Neoplasia Behavior in Antilla Polyclinic of Holguín

*Miriela Zaldivar Guerrero*¹, *Yurisván Escalona Ballester*², *William Marcelo Conde García*³, *Maria Antonia Boch Ramírez*⁴, *Isnalvis Teresa Cadesuñer Gómez*⁵

- 1 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Policlínica 27 de Noviembre. Antilla. Holguín.
- 2 Máster en Enfermedades Infecciosas. Licenciado en Higiene y Epidemiología. Asistente. Policlínica 27 de Noviembre. Antilla. Holguín.
- 3 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Asistente. Policlínica 27 de Noviembre. Antilla. Holguín.
- 4 Máster en Atención Integral a la Mujer. Licenciada en Enfermería. Policlínica 27 de Noviembre. Antilla. Holguín.
- 5 Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y Ginecobstetricia. Policlínica 27 de Noviembre. Antilla. Holguín.
- 6 Máster en Atención Integral a la Mujer. Licenciada en Enfermería. Policlínico 27 de Noviembre. Antilla. Holguín.

RESUMEN

Antecedentes: en Cuba el cáncer cervicouterino representa el 10% entre todos los tipos de cáncer, y ocupa el segundo lugar según frecuencia de aparición. **Objetivos:** determinar el comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical en pacientes atendidos en la Policlínica de Antilla. **Métodos:** se realizó un estudio descriptivo de serie de casos desde enero a diciembre de 2010. El universo de estudio estuvo constituido por 150 pacientes atendidas en Consulta de Patología de Cuello, de ahí se obtuvo una muestra de 46 mujeres seleccionadas de forma aleatoria simple. La información fue recogida directamente del tarjetero de citología y de la historia clínica individual de las pacientes. **Resultados:** la neoplasia intraepitelial cervical estadio I fue el de mayor incidencia con 27 casos, el 58,7% del total. El grupo de edades más afectado fue el de 30 y 34 años con 11 casos (23,9%). La mayor incidencia se halló en mujeres con menarquia normal, 36 casos, el 78,2%. Se observó que 42 de las pacientes diagnosticadas (91,4%) iniciaron precozmente su vida sexual. **Conclusiones:** el comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical en mayores de 30 años es similar al resto del país y a otros lugares del mundo, e incide en ello, el inicio precoz de las relaciones sexuales como factor de riesgo principal para la aparición de lesiones epiteliales cervicales.

Palabras clave: neoplasia intraepitelial cervical, patología de cuello, menarquia

ABSTRACT

Background: In Cuba cervix cancer represents 10% of all types of cancer, being the second cause of the disease. **Objectives:** To determine the cervix intraepithelial neoplasm behavior in Antilla municipality. **Methods:** A descriptive of series of cases study was performed from January to December 2010. The universe comprised 150 patients attended at Cervix Pathology consultation, 46 women represented the sample selected by simple random method. The information was collected from the cytology cards and the individual clinical histories. **Results:** The intraepithelial cervix cancer was

the most frequent with 27 cases (58.7%). The age group between 30 and 34 years was the most affected one (11 patients representing 23.9%). The highest incidence was represented by those women with normal menarche with 36 cases (78.2%). 42 patients (91.4%) had early sexual intercourse. **Conclusions:** The cervix intraepithelial neoplasia behavior in women older than 30 years was similar to the rest of the country and others around the world, being the precocious sexual intercourse the main risk factor of the disease.

Key words: cervix intraepithelial neoplasia, cervix pathology, menarche

INTRODUCCIÓN

La atención y cuidado de la mujer a lo largo del ciclo vital es una de las recomendaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud, y uno de los temas más debatidos en Madrid, España, en el año 2008, donde se estableció la necesidad de que los países adopten medidas para garantizar servicios integrales de salud, de máxima calidad a lo largo del ciclo vital de la mujer ¹.

El término carcinoma in situ (CIS) se introdujo en 1932 para denotar las lesiones por células carcinomatosas indiferenciadas que abarcan todo el espesor del epitelio sin interrumpir la membrana basal. El término displasia se introdujo a finales de los años 50 para designar la atipia celular intermedia entre epitelio normal y el CIS, a finales de la década del 60 se introdujo el término neoplasia intraepitelial cervical (NIC), para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular confinada al epitelio; se dividió en grado I, II, III. En los años 80 se reconoció la presencia del virus papiloma humano y para la década del 90 se designó al NIC I de bajo grado y a los NIC II y III de alto grado como precursores del cáncer invasor ²⁻⁴.

El cáncer cervicouterino suele crecer lentamente por un período de tiempo. Antes de que se encuentren células cancerosas en el cuello uterino sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales -proceso conocido como displasia-, estas células pueden encontrarse con la prueba citológica o frotis de Papanicolau ⁵.

El cáncer cervicouterino afecta a cualquier mujer y está demostrado su estrecha relación con la actividad sexual, en particular, con el inicio precoz de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales de ambos cónyuges, infección por virus de papiloma humano, las infecciones de transmisión sexual, la multiparidad, ciertos factores inmunológicos y otros, como el tabaquismo, la dieta y el bajo nivel socioeconómico ⁶.

De las enfermedades que padece la mujer, los tumores malignos ocupan la principal causa de muerte, y de ellas, el cáncer de mama el primer lugar y el cervicouterino el segundo ⁶.

En Cuba, el cáncer cervicouterino representa el 10% de todos los tipos de cáncer, ocupa el segundo lugar en incidencia y cada año se ubica entre el tercer y quinto lugar de la mortalidad por cáncer. En relación con las tasas de mortalidad, las provincias más afectadas son: Camagüey (la más alta), seguida por Guantánamo, Santiago de Cuba, Holguín y Ciudad de La Habana ⁷.

Actualmente, se estudian otras técnicas de detección más adecuadas en países con pocos recursos, como la inspección visual con ácido acético la cual se aplica en países de América Latina y se ha introducido en varios países de África por medio de un programa de investigación operativa, y se promueve la aplicación de la vacuna contra el virus papiloma humano, considerado principal causante de lesiones precancerosas. Entre otros factores, su alto costo es un obstáculo importante para su extensión ⁸.

El cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Por tanto, es posible detectarlo por medio de exámenes periódicos antes de que se propague. Este tipo de cáncer es más visible que, por ejemplo, el cáncer de mama. En lugar de tener que observar las células mediante rayos X o biopsia, el ginecólogo puede raspar el interior del cuello uterino y analizar las células mediante un microscopio ⁹.

La prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer cervicouterino ⁹.

Debido al aumento de la citología de detección positiva en Policlínica 27 de Noviembre de Antilla durante los últimos años, se entendió oportuno determinar el comportamiento de las citologías orgánicas positivas en este centro en el período comprendido entre

enero y diciembre de 2010, así como analizar la presencia de ciertos factores de riesgo como entre estas las mujeres.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de serie de casos sobre el comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical en el municipio Antilla en el período comprendido entre enero y diciembre de 2010.

El universo de estudio abarca la totalidad de las pacientes que asistieron a la Consulta de Patología de Cuello, constituida por 150 casos y la muestra fue de 46 mujeres seleccionadas de forma aleatoria simple, seleccionadas mediante un bombo. Se incluyeron todas las pacientes con NIC atendidas en esta consulta y como criterio de exclusión consideró: pacientes con citología negativas; mujeres con carcinoma in situ y epidermoides; citologías negativas inflamatorias, y negativas con metaplasia.

Las variables estudiadas se analizaron de la siguiente forma: citología de detección (según escala NIC I, II y III); menarquia (pacientes cuya primera menstruación fue antes o después de los 12 años según la tarjeta de citología); edad de la primera relación sexual (antes y después de los 20 años) y antecedentes de citología orgánica anterior alterada.

Se utilizaron estadísticas como el test de Chi Cuadrado (X^2), para determinar si existía asociación ($p < 0,05$).

Los datos obtenidos fueron recogidos y procesados mediante una base datos creada con Microsoft Access y se procesó con el paquete de programas SPSS versión 10,0. Los indicadores calculados fueron números absolutos y porcentajes.

RESULTADOS

En el comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical según su estadio, se observó que 27 casos, el 58,7% del total correspondieron al NIC I, seguidos por el NIC II con 14 casos, el 30,4% y el NIC III con 5 casos, el 10,9% (tabla I).

Tabla I. Comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical, según su estadio. Policlínica 27 de Noviembre. 2010

Citología de detección	No.	%
NIC I	27	58,7
NIC II	14	30,4
NIC III	5	10,9
Total	46	100,0

Fuente: tarjetero de citología. Modelo Oficial 68-04.

En la distribución de los casos según grupo de edades, el más afectado correspondió a las pacientes comprendidas entre 30 y 34 años, con 11 casos, el 23,9%, seguido de las de 35 a 39 años, el 21,7%; sin dejar de mencionar que 9 tenían menos de 25 años, el 19,6% (tabla II).

Tabla II. Distribución de las pacientes según grupo de edad. Policlínica 27 de Noviembre. 2010

Edad	Resultados de la citología	
	No.	%
< de 25 años	9	19,6
25 – 29 años	2	4,3
30 – 34 años	11	23,9
35 – 39 años	10	21,7
40 – 44 años	3	6,6
45 – 49 años	4	8,7
50 – 54 años	3	6,6
55 – 59 años	2	4,3
60 y +	2	4,3
Total	46	100

Fuente: tarjetero de citología.

La mayor incidencia de NIC II y III es decir de las lesiones epiteliales cervicales fueron aquellas mujeres con menarquia normal con 36 de los casos, el 78,2% (tabla III).

Tabla III. Relación existente entre la menarquia y la aparición de lesiones epiteliales cervicales (NIC). Policlínica 27 de Noviembre. 2010

Resultados citológicos	Menarquia			
	Precoz		Normal	
	No.	%	No.	%
NIC I	7	15,2	20	43,4
NIC II	3	6,6	11	23,9
NIC III	-	-	5	10,9
TOTAL:	10	21,8	36	78,2

Fuente: tarjetero de citología (n=46) $X^2 = 0,67$, $p = 0,41$.

El 42 de las pacientes diagnosticadas para el 91,4% iniciaron precozmente su vida sexual (tabla IV).

Tabla IV. Distribución de pacientes según inicio de las relaciones sexuales. Policlínica 27 de Noviembre. 2010

Resultados citológicos	Inicio de las relaciones sexuales			
	Precoz		Normal	
	No.	%	No.	%
NIC I	25	54,3	2	4,3
NIC II	12	26,2	2	4,3
NIC III	5	10,9	-	-
TOTAL:	42	91,4	4	8,6

Fuente: tarjetero de citología (n=46) $X^2 = 0,13$, $p = 0,71$.

DISCUSIÓN

El propósito del Programa nacional del cáncer cérvicouterino es la detección precoz de las lesiones precancerosas⁹. En algo más del 37% de los casos esto no sucedió así. Aun cuando los resultados de otros autores durante los últimos años son similares con

respecto al predominio del NIC I en sus muestras, estos son insuficientes ^{5,10,11}. Difieren en sus resultados con este estudio el realizado en Cuba por Sarduy Nápoles ⁷, en el que el grupo de edad más afectado fue el de 25 a 59 años con el 53,5%.

En esta etapa de la vida, la mujer alcanza un desarrollo orgánico y funcional pleno, que conduce a una mayor plenitud de su actividad sexual. En este momento ya han estado expuestas en su mayoría a múltiples factores de riesgo que condicionan la aparición de estas patologías, es por tanto esta la edad más frecuente de aparición de las lesiones precancerosas ¹¹⁻¹⁴. Por su parte, Sarduy Nápoles ¹⁵, plantea que la mayoría de las mujeres que desarrollan cáncer cervical se encuentran en la cuarta década de la vida.

El factor menarquia no debe asociarse con la aparición de las lesiones cervicales ^{10,13}. El inicio precoz de la vida sexual en una edad en que la mujer aún no está preparada biológicamente para ello implica una exposición prematura a traumatismos directos en el cuello uterino, que favorece la aparición de lesiones cervicales ¹⁷⁻¹⁹. Son muchos los autores que han sugerido la existencia de una relación entre diversos aspectos de la vida sexual y el riesgo de padecer la enfermedad ^{16,17, 19,20}.

Todos estos autores se centran en la necesidad del diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino en mujeres expuestas a sus factores de riesgo; la educación sanitaria a las pacientes y sus parejas; así como en la capacitación del personal de salud que participa en su atención.

Es extremadamente importante la aplicación del método clínico en la detección temprana de esta neoplasia, así como en control y seguimiento. Otra vertiente de trabajo importante es la interrelación en la práctica entre el Programa Nacional de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y la aplicación del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino en el municipio Antilla.

CONCLUSIONES

El comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical en mayores de 30 años es similar al resto del país y a otros lugares del mundo e incide en ello el inicio precoz de las relaciones sexuales como factor principal de riesgo para la aparición de lesiones epiteliales cervicales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Torres Sigales RM. Enfermería de la mujer. 2 ed. Madrid: Grupo Paradigma; 2008.
- 2 Mori M, Sagae S. Recent progress in epidemiologic research of uterine cancer. *To Kogoku*. 2007; 28(2):174-8.
- 3 Parkin DM, Pisan P. Globocan: Cancer incidence mortality and prevalence, [citado 17 feb 2012]. Disponible en: <http://www.dep.iocfr/globocanjava.html>
- 4 Ferlay J. Globocan 2000. Cancer Incidence Mortality and Prevalence, Lijon [citado 17 feb 2010]. Disponible en: hdw@paho.org
- 5 González MJ, González B, Biete S. Ginecología Oncología. 3ed. Madrid: Menéndez editores, 2008. p.141.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Control Integral del cáncer cervicouterino: Guía de Prácticas esenciales. Ginebra: OMS, 2007. p. 18-21.
- 7 Sarduy Nápoles M. Características clínicas y sociodemográficas en un grupo de mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales cervicales de alto grado. *Rev Cub Obst Ginecol*. 2008 [citado 17 ene 2012]; 34(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 8 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Norma técnico-oncológica para la prevención, detección y manejo de lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. RJ N°121-RJ-INEN-2008. Lima: INEN; 18 de abril 2008.
- 9 Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
- 10 Franco Argote O, Valladares Vallín J, Pérez Ramos G. Neoplasia intraepitelial cervical en un área de salud. *Rev Cub Obst Ginecol*. 2011 [citado 4 jul 2011]; 37(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 11 Petry KV, Bobewer G, Iftnes T, Davis P, Brumer O, Khunle H. Factors associated with an increase risk of prevalent and incident grade III cervical

- intraepithelial neoplasia and invasive cervical cancer among women with papanicolau test classified or grades I or II. *Am J Obst Gynecol.* 2008; 186 (1): 28-34.
- 12 Mori M, Sagae S. Recent progress in epidemiologic research of uterine cancer. *To Kogoku.* 2007; 28(2):174-8.
 - 13 Gill de montes BM. Papiloma virus. 2006. [citado 4 jul 2011]. Disponible en: <http://consultas.cuba.cu/consultas.Php?Iri=PJOrd=4>.
 - 14 Fajardo Tornés Y, Lau Serrano D, Pérez Ramírez F. Experiencia en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical y el carcinoma in situ con radiocirugía. *Rev Cub Obst Ginecol.* 2010 [citado 4 jul 2011]; 36(2):112-20. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200010&lng=es.
 - 15 Leon 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 Cub Obst Ginecol.* 2005; 31(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0138-600X2005000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 - 16 Gutiérrez González N, Enríquez Domínguez B, Villar Novell AL. Condiloma gigante y embarazo. *Rev Cub Obst Ginecol.* 2003 [citado 2011 ago 12]; 29(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000300006&lng=es.
 - 17 Román Fez L, Eunice Candelario AI, Ulloa Cruz V. Carcinoma de cuello uterino. En: *Temas de Medicina General Integral.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas: 2007.p.778-80.
 - 18 Sarduy Nápoles M. Control de la calidad en los programas de pesquisa de cáncer cérvicouterino. *Rev Cub Obst Ginecol.* 2012 [citado 5 ene 2012]; 38(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300011&lng=es.
 - 19 Salvent Tames A. Comportamiento del cáncer cérvicouterino en el municipio San Antonio del Sur de Guantánamo. *Rev Cub Obst Ginecol.* 2012 [citado 5 ene 2012]; 38(2):190-8. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200006&lng=es&nrm=iso

- 20 Garcés Rodríguez MS. Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino. Correo Cient Méd. 2010 [citado 22 sep 2011]; 14(1).
Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no141/no141ori01.htm>

Correspondencia

Dra. Miriela Zaldívar Guerrero. Correo electrónico: miriela@antilla.hlg.sld.cu