

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Basados en

El Reglamento de Graduación de la Universidad Dr. José Matías Delgado

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

Publicado bajo la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>



Se permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra siempre que se especifique el autor y el nombre de la publicación y sin objetivos comerciales, y también se permite crear obras derivadas, siempre que sean distribuidas bajo esta misma licencia

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

UNIVERSIDAD "DR. JOSE MATIAS DELGADO"

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DR. LUIS EDMUNDO VASQUEZ

ESCUELA DE MEDICINA



**ANÁLISIS DE LAS LESIONES PREMALIGNAS Y
MALIGNAS DE CUELLO UTERINO ENTRE MUJERES
ADOLESCENTES Y ADULTAS**

TESIS DOCTORAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADA POR

Br. NANCY LORENA IRAHETA DE RIVERA

ASESOR

DR. JAIME A. DEHAIS RIVAS

U. J.M.D. BIBLIOTECA



1032174



UNIVERSIDAD “DR. JOSE MATIAS DELGADO”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DR. LUIS EDMUNDO VASQUEZ

ESCUELA DE MEDICINA

**ANÁLISIS DE LAS LESIONES PREMALIGNAS Y
MALIGNAS DE CUELLO UTERINO ENTRE MUJERES
ADOLESCENTES Y ADULTAS**

**TESIS DOCTORAL PARA OPTAR AL TITULO DE
DOCTOR EN MEDICINA**

PRESENTADA POR

Br. NANCY LORENA IRAHETA DE RIVERA

ASESOR

DR. JAIME A. DEHAIS RIVAS

UUMD
07MED
I65a
s.f.
Ej. 1

1032174

Dedicatoria

A mi esposo, por su comprensión, por su apoyo, por su amor, por enseñarme que la vida es bella y por ser pilar en el logro de mi éxito. Te amo.

A mi hija por ser luz en mi corazón en momentos nublados, por brindarme alegrías, por llenarme de amor y por hacer que cada día, me esfuerce por ser una mejor persona. Te amo bebe.

A mis hermanos por su apoyo y cariño.

A mis suegros por ser mis padres adoptados, gracias por su apoyo.

A mi asesor Dr. Jaime Dehais, por ser un excelente doctor, maestro y amigo.

A mi mami por darme todo su amor, su apoyo, sus consejos y ser guía en mi vida, quien seguramente desde el cielo sigue acompañándome en mi camino. Te amare por siempre.

A mi Dios por estar en mi corazón, y a mi virgencita María por llenarme de bendiciones y mostrarme el camino del amor y del éxito.

Indice

Introducción	i
Planteamiento del problema	1
Delimitación del tema	2
Antecedentes	3
Justificación	7
Objetivos	8
Marco teórico	9
Metodología de la investigación	29
Análisis de resultados	30
Conclusiones	39
Recomendaciones	41
Bibliografía	42
Anexos	43

INTRODUCCIÓN

El Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán", es uno de los centros de salud que más citologías recibe cada año, y se ha observado un aumento considerable en la realización de colposcopias. Además una alta incidencia de partos atendidos a adolescentes en este centro de salud, lo que hace corroborar, que cada vez es más el número de adolescentes con vida sexual activa, traduciéndose en coitos a temprana edad, paridad temprana, uso de métodos de planificación familiar, posiblemente múltiples compañeros sexuales, mayor riesgo a padecer infecciones de transmisión sexual, y por ende mayor riesgo de presentar cáncer de cuello uterino.

Al analizar la unión de estos fenómenos, surge la interrogante ¿De cuántas de estas citologías, y colposcopias, son protagonistas las adolescentes?. Por tal motivo se considera de gran importancia la elaboración de este estudio, en el que se pretende analizar los factores de riesgo para lesiones premalignas y malignas en la población adolescente y la adulta, los factores que inciden en cada población, la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en cada grupo de estudio, métodos de diagnóstico, y tratamientos practicados. Y de esta manera contribuir a mejorar la salud de la mujer Salvadoreña.

I. Planteamiento del problema

La morbilidad en la adolescente, es un tema que cada vez más, sacude a la sociedad femenina, los cambios en sus estilos de vida en los últimos años, han generado nuevas patologías, casi inexistentes en tiempos pasados; prueba de ello es el cáncer cervical, el cual era casi exclusivo de mujeres adultas mayores.

El cáncer cervical es uno de los cánceres más comunes, el cual representa el 6% de todas las neoplasias malignas en mujeres. Se estima que cada año hay 16,000 casos nuevos de cáncer cervical invasivo en los EE.UU. y 5,000 defunciones cada año¹.

El pronóstico de esta patología depende en gran medida de lo avanzada que se encuentre la enfermedad en el momento del diagnóstico. Debido a que la mayoría de los casos (más del 90%) se detecta temprano por medio de la prueba de Papanicolau, la tasa de mortalidad actual es mucho más alta de lo que debería ser y refleja que, aún en la actualidad, estas pruebas no se efectúan en aproximadamente un tercio de las mujeres que cumplen los requisitos para su realización¹.

Se estima que más de la mitad de las mujeres adolescentes en este país ha iniciado vida sexual, por lo que los factores de riesgo se incrementan para el desarrollo de cáncer cervical, y, no se cuenta con un dato preciso de cuántas citologías se han realizado en adolescentes.

Al tomar como referencia al Hospital de Maternidad se logra observar que en el año 2003 se atendieron, en la población usuaria de 12 a 19 años, 4,250 partos, 1,460 infecciones de transmisión sexual y 2,039 inscripciones y consultas subsecuentes en el programa de planificación familiar².

En cuanto al programa de atención del cáncer del cuello uterino, se realizaron 11,949 citologías del cérvix; de estas, 872 se reportaron con Lesión Escamosa Intraepitelial (LEI) de bajo grado, 140 con LEI de alto grado, y 32 con cáncer invasivo²; por lo que es válido preguntarse cuáles de estas citologías, colposcopías, lesiones premalignas y cáncer

invasivo son de adolescentes; lamentablemente no se cuenta con esta información vital para la toma de acciones en la prevención de este fenómeno.

Por lo anteriormente expuesto, con esta investigación se pretende dar respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se comportan las características epidemiológicas y clínicas de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino en adolescentes, y en adultas?

II. Delimitación del tema

Esta investigación pretende analizar:

Los factores epidemiológicos; como la edad y la procedencia, y así como los factores de riesgo para cáncer de cérvix: como la paridad, método de planificación familiar, número de compañeros sexuales, edad del primer coito. Los métodos diagnósticos utilizados como citologías, colposcopías y biopsias, La prevalencia de LEI de bajo grado, LEI de alto grado, cáncer in situ y cáncer invasivo, así como, los tipos de tratamientos ofrecidos tanto médicos (crioterapia, ácido tricloroacético (ATCA)), como quirúrgicos (conización, histerectomía abdominal total, histerectomía vaginal total). En la población femenina, que consultaron en el Hospital Nacional de Maternidad Dr. Raúl Argüello Escolán durante el año 2003.

III. Antecedentes

En diferentes países, se han realizado diversos estudios, que demuestran cómo las mujeres adolescentes están en mayor contacto con los factores de riesgo, para el desarrollo de cáncer de cuello uterino.

➤ **Estudio de 10296 pediátricos y adolescentes, en el diagnóstico de PAP en el norte de Inglaterra.³**

El objetivo del estudio fue analizar la prevalencia de rangos de la lesión escamosa intraepitelial; y también infecciones en pacientes adolescentes y pediátricos, por medio del PAP, Se revisaron 10,296 PAP, en pacientes de 10 a 19 años en un período mayor a un año y fueron clasificados de acuerdo al sistema Bethesda.

La población fue casi exclusivamente blanca, en zona rural y suburbana. El porcentaje de resultados anormales fueron comparados, con información de sujetos de mayor edad.

Resultados

- ✓ En 7208 (70.01%) pacientes, la citología fue normal.
- ✓ En 1689 (16.4%) pacientes, comenzaba un cambio celular; de los cuales 1503 (14.6%) demostraron procesos infecciosos ;2 (0.02%)por Actinomicas, 7 (0.07%)herpes, 14 (0.14%)tricomonas, 696 (6.76%)hongos y 784 (7.61%)elevación de la flora.
- ✓ En 1004 (9.75%) pacientes, se encontraron células escamosas atípicas de significación no determinada (ASCUS).
- ✓ En 388 (3.77%) pacientes, lesión escamosa intraepitelial (SIL o LEI). De éstos, 254 fueron LEI de bajo grado, 69 LEI de alto grado, y 65 LEI de grado indeterminado.

De los casos de LEI; 7 fueron en la población de 10 a 14 años constituyendo 5 LEI de bajo grado (1.3%), 1 LEI de alto grado (0.3%) y 1 LEI de grado indeterminado (0.3%).

En la población de 15 a 19 años fueron diagnosticados 381 pacientes con LEI, de los que 249 fueron LEI de bajo grado (2.5%), 68 LEI de alto grado (0.7%), y 64 LEI de grado indeterminado (0.6%). 7 pacientes(0.06%) con células glandulares de significación no determinada (ASGUS). 1503 pacientes (14.6%) con proceso infeccioso.

- ✓ Las pacientes adultas en edades de 20 a 29 años con 27,067 PAP; demostraron 11.79% proceso infeccioso, y 3.49% con LEI.
- ✓ Las pacientes adultas de 30 años a más, con 42,617 PAP, encontraron 8.43% de procesos infecciosos y 1.27% demostraron LEI

Un trabajo de Shew y colegas³, propusieron que un corto intervalo entre la menarquia y la primera penetración (menos de 18 meses) es un factor de riesgo para la infección de papiloma virus humano (HPV). Esto implica que existe un período de vulnerabilidad biológica para la infección de HPV en el cuello uterino de la adolescente sexualmente activa, poniéndola en riesgo de desarrollo del LEI.

El estudio fue en una población de diversas clases sociales y se encontraron LEI, en las siguientes edades:

10 a 14 años con 0%

15 a 19 años con 7.6%

20 a 24 años con 9.1%

25 a 29 años con 7.8%

mayor a 30 años con 13%.

La distribución de los grados de LEI en las colposcopías y biopsias de las adolescentes con resultado del PAP anormal (14% normal; 42% LEI bajo grado y 44% LEI de alto grado) fue similar en los casos encontrados en las adultas en un estudio por John y Co-

Workets³, con la excepción que en la población adolescente no se diagnóstico carcinoma invasivo.

Ecónomos et al³. encontró que el 13% de adolescentes de 14 a 19 años, tenían PAP anormales (histológicamente comprobados) con LEI de alto grado. Además se encontró con diagnóstico citológico de LEI, el 18% fue de alto grado; 65% LEI de bajo grado.

Sadeghi y asociados realizaron un estudio hace 15 años, en el que se encontró 1.9% de LEI entre 194,069 adolescentes entre 15 y 19 años, sexualmente activas.

Conclusión

La LEI y el cáncer cervical están relacionado con la transmisión sexual de HPV. Los altos rangos de PAP anormal con resultados de infecciones y lesiones precancerosas en esta población puede reflejar un alto nivel de actividad sexual precoz entre las adolescentes.

Esta información refuerza la importancia de implementar tempranas pruebas de PAP en las adolescentes sexualmente activas.

➤ **PAP en adolescentes: Tamizaje o no tamizaje.4**

Los rasgos de la citología cervical anormal son altos entre las mujeres jóvenes de EEUU. Un reporte reciente del centro de enfermedades y prevención, encontró que los PAP en mujeres menores de 30 años fue de 8% ASCUS (células atípicas de significado indeterminado; siglas en inglés), 9.4% LEI de bajo grado, 2.15% LEI de alto grado, y menos del 0.1% cáncer de células escamosas.

Las adolescentes sexualmente activas, podrían estar en más alto riesgo de desarrollar displasia cervical que las mujeres mayores, debido a la temprana actividad sexual; más compañeros sexuales; vulnerabilidad en cérvix de la adolescente a la adquisición de infecciones sexualmente transmisibles; más alto rango de fumar y la iniciación de carcinogénesis.

Mount y Papillo⁴. dieron una importante información acerca de la incidencia de los PAP anormales entre las adolescentes, ellos encontraron importantes rangos de citologías anormales en una revisión de resultados de más de 10,000 PAP en mujeres jóvenes en el norte de Inglaterra; entre 10 a 19 años el 10% tuvo ASCUS, el 4% LEI (de estos el 18% con LEI de alto grado)

Ciertos grupos de edades podrían estar en más alto riesgo para los PAP anormales basados en factores demográficos; por ejemplo las pacientes más jóvenes, provenientes de áreas urbanas o reclutadas en clínicas para control familiar, podrían tener más PAP anormales.

Los rangos de LEI de bajo grado y LEI de alto grado reportados fueron asombrosamente altos y fueron igual altos en adolescentes y en adultas. La mayoría de la población fueron suburbana y rurales blancas. La nueva información de este estudio mantiene el resultado de otros estudios, en el que se expone que la infección por HPV y citología anormal son altos en mujeres jóvenes y podría estar en aumento.

IV. Justificación

Las adolescentes están adoptando papeles cada vez más precoces en la sociedad, como la maternidad, abortos, drogas, etc. Lo que las hace más vulnerables a la morbilidad, asociada al cáncer del cuello uterino.

La falta de orientación, madurez, educación y la pobreza, hacen que la adolescente se ponga en riesgos que llevan a lesiones premalignas del cuello uterino, situación que hasta hace pocos años no era tan evidentes

Los medios de comunicación, que incluyen desde una revista hasta la internet, han ayudado a la apertura de fronteras de información acerca del sexo, la cual en la mayoría de ocasiones no va acompañada de orientación acertada, y por tener libre acceso a ellos, los adolescentes reciben información la cual repercute en acciones como el inicio de relaciones sexuales cada vez más precoces, sexo sin protección, múltiples compañeros sexuales, infecciones de transmisión sexual, y multiparidad; lo que aumenta la susceptibilidad a sufrir lesiones del cuello uterino, poniéndoles en peligro de perder la vida.

La falta de datos que presenten el número de adolescentes que hoy en día padecen desde infecciones de transmisión sexual, lesiones premalignas hasta cáncer invasivo; impiden que se demuestre la realidad que atraviesa la adolescente salvadoreña y que se tomen acciones preventivas para disminuir el porcentaje de estas patologías, o al menos, pautas de diagnóstico temprano eficientes.

Es por ello que este estudio es de gran importancia, ya que su desarrollo y sus resultados, pueden llegar a tener un impacto trascendental en nuestra sociedad y avanzar en la búsqueda de una solución al problema de cáncer de cuello uterino en El Salvador.

V. Objetivos

Objetivos generales

- ¹ Analizar las características epidemiológicas de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino entre adolescentes y adultas.
- ² Analizar las características clínicas de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino entre las adolescentes y adultas.

Objetivos específicos

- ¹ Analizar los factores epidemiológicos asociados a lesiones premalignas y malignas del cuello uterino entre la población adolescente y la adulta.
- ² Analizar los factores de riesgo para las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino entre la población adolescente y adulta.
- ³ Estimar la proporción, de mujeres adolescentes y adultas con lesiones premalignas y malignas del cuello uterino.
- ⁴ Estimar la relación entre mujeres adolescentes y adultas con lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, según grado de lesión.
- ⁵ Comparar los métodos diagnósticos utilizados para la detección de las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en adolescentes y adultas.
- ⁶ Comparar los tratamientos indicados a la población adolescente y adulta para las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino.
- ⁷ Determinar el nivel de adherencia en el seguimiento de las pacientes adolescentes y adultas.

V. Objetivos

Objetivos generales

- ¹ Analizar las características epidemiológicas de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino entre adolescentes y adultas.
- ² Analizar las características clínicas de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino entre las adolescentes y adultas.

Objetivos específicos

- ¹ Analizar los factores epidemiológicos asociados a lesiones premalignas y malignas del cuello uterino entre la población adolescente y la adulta.
- ² Analizar los factores de riesgo para las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino entre la población adolescente y adulta.
- ³ Estimar la proporción, de mujeres adolescentes y adultas con lesiones premalignas y malignas del cuello uterino.
- ⁴ Estimar la relación entre mujeres adolescentes y adultas con lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, según grado de lesión.
- ⁵ Comparar los métodos diagnósticos utilizados para la detección de las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en adolescentes y adultas.
- ⁶ Comparar los tratamientos indicados a la población adolescente y adulta para las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino.
- ⁷ Determinar el nivel de adherencia en el seguimiento de las pacientes adolescentes y adultas.

VI. Marco teórico

VI.a . Introducción

Las células que componen nuestro organismo se multiplican constantemente de forma ordenada. Cuando este proceso normal de multiplicación de células se realiza de forma desordenada, se produce un tumor. Y cuando este crecimiento celular se realiza de forma incontrolada y anormal, el resultado es un tumor de carácter maligno, también llamado cáncer. El noventa por ciento de los cánceres cervicales parten de las células planas o escamosas, que cubren el cuello uterino. El 10% restante se origina en las células glandulares secretoras de moco ubicadas en el conducto cervical de entrada al útero.

El desarrollo del cáncer cervical es un proceso gradual, el cual comienza como una condición precancerosa llamada displasia. A este nivel es 100% tratable y por lo general no se necesita practicar una histerectomía. La displasia, dependiendo de su severidad, puede resolverse sin tratamiento, pero con mucha frecuencia evoluciona hasta convertirse en un verdadero cáncer, llamado carcinoma in situ cuando todavía no se ha extendido, o microinvasivo cuando lo ha hecho sólo unos pocos milímetros hacia el tejido circundante, sin haber penetrado en los vasos sanguíneos ni los canales linfáticos. El proceso para el desarrollo del cáncer puede tomar muchos años, pero una vez que el cáncer se ha establecido, se extiende rápidamente hacia los tejidos vecinos y hacia otros órganos, generalmente los intestinos, el hígado y los pulmones.

Con frecuencia no hay síntomas de cáncer cervical hasta que la enfermedad ha avanzado. En su mayoría, las mujeres diagnosticadas con cáncer cervical no se han hecho el frotis de Papanicolau. No hacerse el examen con regularidad es el más importante factor de riesgo para un mal desenlace en una mujer que llega a presentar cáncer cervical.

VI.b. Factores de riesgo

Los factores de riesgo del cáncer del cuello uterino⁵ :

Infección con virus del papiloma humano: el factor de riesgo más importante para el cáncer del cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés). Los HPV son un grupo de más de 100 tipos de virus llamados papilomavirus porque pueden causar verrugas, o papilomas. Ciertos tipos, sin embargo, causan cáncer del cuello uterino. A estos se les conoce como tipos de HPV de "alto riesgo" e incluye HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33 y HPV 45, entre otros. Alrededor de la mitad de todos los cánceres de cuello uterino son causados por HPV 16 y 18.

Cuando el virus del papiloma humano infecta la piel de los órganos genitales externos y del área anal, a menudo pueden causar verrugas genitales protuberantes. Éstas pueden ser poco visibles o extenderse varias pulgadas. El término médico para las verrugas genitales es condiloma acuminado. La mayoría de las verrugas genitales se debe a dos tipos de virus del papiloma humano: HPV 6 y HPV 11. Sólo en raros casos se convierten éstos en cáncer del cuello uterino, por lo que se les llama virus de "bajo riesgo". Sin embargo, otros tipos de HPV de transmisión sexual han sido asociados con el cáncer genital o anal, tanto en hombres como en mujeres. Por lo general, la infección podría desaparecer sin tratamiento, ya que el sistema inmunológico ha tenido éxito en la lucha contra el virus.

Ciertos tipos de conductas sexuales aumentan el riesgo de una mujer de contraer una infección con virus del papiloma humano: Relaciones sexuales a temprana edad, tener muchas parejas sexuales, tener sexo con hombres que no hayan sido circuncidados.

El HPV puede estar presente por muchos años sin causar síntomas, y la infección con HPV no siempre produce verrugas u otros síntomas; por lo tanto, se puede estar infectada con HPV y transmitirlo sin saberlo.

Hábito de fumar: Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidad respecto a las no fumadoras de contraer cáncer del cuello uterino. Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los

pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas por los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo a través de todo el cuerpo.

Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores opinan que estas sustancias dañan el ADN de las células del cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer del cuello uterino.

Infección con el virus de inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés):

El virus de inmunodeficiencia humana es el causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA o AIDS, por sus siglas en inglés). Debido a que este virus daña el sistema inmunológico del cuerpo, hace que las mujeres resulten más susceptibles a infecciones con virus del papiloma humano, lo que puede aumentar el riesgo de contraer cáncer del cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana, un cambio precanceroso del cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de lo normal.

Infección con clamidia: la clamidia es un tipo relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor femenino y que se contrae por contacto sexual. Aunque la infección puede causar síntomas, muchas mujeres no saben que están infectadas a menos que las muestras tomadas en el momento de su prueba de Papanicolau sean analizadas para este tipo de bacteria.

Algunos estudios recientes indican que las mujeres cuyos resultados de los análisis de sangre indican una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer del cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre negativo. Aunque se necesitan más estudios para confirmar este hallazgo, ya hay suficientes razones para prevenir esta infección y tratarla con antibióticos inmediatamente después del diagnóstico.

Alimentación: las mujeres con una alimentación con poco contenido de frutas, ensaladas y verduras pudieran aumentar el riesgo de cáncer cervical. Además, las mujeres obesas tienen una mayor probabilidad de contraer este cáncer.

Píldoras anticonceptivas: hay evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer del cuello uterino. En un estudio, el riesgo aumentó cuatro veces más en mujeres que usaron píldoras anticonceptivas por más de 10 años.

Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente del tipo de contraceptivo que use, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Condición socioeconómica baja: la condición socioeconómica baja es también un factor de riesgo para el cáncer del cuello uterino.

Muchas personas con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolau y el tratamiento de la enfermedad precancerosa del cuello uterino. Dichas mujeres pueden estar también desnutridas, lo que puede tener un efecto en el aumento de su riesgo.

Dietilestilbestrol (DES): medicamento hormonal que fue prescrito entre 1940 y 1971 para algunas mujeres que se pensaba tenían un mayor riesgo de aborto espontáneo. De cada 1,000 mujeres cuyas madres tomaron DES cuando estaban embarazadas de ellas, aproximadamente 1 contraerá adenocarcinoma de células claras de la vagina o del cuello uterino. Aproximadamente 99.9% de las "hijas del DES" no contraerán estos cánceres.

El riesgo parece ser mayor en aquellas madres que tomaron el medicamento durante sus primeras 16 semanas de embarazo. La edad promedio al momento del diagnóstico de adenocarcinoma de células claras relacionado con el DES es 19 años. La mayoría de las hijas del DES tienen ahora entre 30 y 60 años, por lo que la cantidad de casos nuevos de adenocarcinoma de células claras del cuello uterino y de la vagina relacionado con el DES ha ido disminuyendo en las últimas dos décadas.

Algunos estudios indican que las hijas del DES también tienen un riesgo algo mayor de contraer cáncer de células escamosas del cuello uterino y cambios precancerosos de las células escamosas del cuello uterino.

Antecedentes familiares de cáncer del cuello uterino: algunos estudios recientes indican que las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino tienen mayores probabilidades de contraer la enfermedad.

Algunos investigadores sospechan que esta tendencia familiar es causada por una condición hereditaria que hace que las mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección por HPV.

VI.c. Pruebas diagnósticas

La historia de la patología cervical se puede dividir en 2 grandes períodos, el primero que termina en la década de los '70 y, el segundo, que comienza a principios de la década de los '80. En el primer período, el diagnóstico de la patología cervical se basaba en tres pilares fundamentales, la citología como método de rastreo, la colposcopia como instrumento que dirige la biopsia y la anatomía patológica como diagnóstico definitivo. El fervor del diagnóstico precoz, fundamentalmente en los países occidentales, logró disminuir los índices de mortalidad por carcinoma invasor a un tercio de lo que eran hace 50 años. Pese a esta disminución objetivable, hay países donde el cáncer de cuello uterino representa actualmente más de la mitad de todos los carcinomas de la mujer. El segundo período, comienza a principios de los '80 con la aparición en escena de los virus HPV y citomegalovirus como oncógenos de relevancia. La aparición de lesiones iniciales en edades más tempranas, ha obligado también, a modificar la conducta terapéutica: tratamiento destructivo local y escisional con Asa de Cartier6.

VI.c.1. Estudio citológico.

El examen citológico cervicovaginal se basa en la exfoliación inducida de células normales o patológicas del cuello del útero. La obtención de la muestra citológica debe ser efectuada preferentemente en fase intermenstrual, no haber realizado lavados vaginales, terapia intravaginal ni haya mantenido relaciones sexuales, en las 48 horas anteriores.

La obtención de la muestra para el estudio citológico debe efectuarse previa al examen ginecológico manual. La toma debe ser efectuada de la zona de transformación y fondo de saco vaginal posterior con espátula de Ayre clásica o modificada, para la toma exocervical.

La toma endocervical debe obtenerse posteriormente a la limpieza del exocérnix con suero fisiológico o ácido acético al 5%, para evitar la contaminación del material. La misma puede efectuarse con hisopo, aunque preferentemente debe usarse el "cytobrush", pequeño cepillo de nylon que por su flexibilidad penetra con mayor facilidad en el canal cervical y haciéndolo girar en el mismo se obtiene material endocervical adecuado. Se considera tolerable un 5% de material inadecuado. Las muestras del material recolectado se extienden sobre un portaobjeto y, deben ser rápidamente fijadas en alcohol etílico al 95% o una mezcla de alcohol y éter o con rocío fijador de cabello, manteniendo el chorro a una distancia de 10 cm del portaobjetos.

VI.c.2. Colposcopia.

Podemos definir la Colposcopia como un medio de investigación con el que es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales de exocérnix, endocérnix, la vagina y la vulva.

La colposcopia nació en Alemania en 1925 por obra de Hans Hinselman, director de la Clínica Ginecológica de la Universidad de Hamburgo, quien diseñó y puso en funcionamiento un dispositivo óptico con el que podía ver el cuello uterino a gran aumento.

Al correlacionar los aspectos colposcópicos con los histológicos, dió origen a un nuevo concepto sobre la génesis de la neoplasia cervical, de gran utilidad en el diagnóstico precoz.

VI.c.2.1. Clasificación de la sospecha colposcópica (E. Vázquez Ferro y M.A. Tatti)6

CLASE I: Mucosa originaria, ectopia, zona de transformación.

CLASE II: **Procesos inflamatorios**, pólipos, leucoplasia marginal, base de caracteres no sospechosos, mosaico marginal por epitelización de reemplazo.

CLASE III: **Zona anómala de transformación** imágenes epiteliales anómalas no definibles (leucoplasia, mosaico, base de caracteres llamativos pero no evidentes con contacto con el límite escamocolumnar (OCE)

CLASE IV: **Imágenes epiteliales patológicas de caracteres sospechosos bien definidos.**

Leucoplasia: bordes esfumados, poco netos, superficie irregular diferencia de tonalidad en la superficie y presencia de fisuras y zonas de erosión, zonas de leucoplasia alternando con zonas de epitelio normal, zona de base con leucoplasia de penetración en el canal endocervical.

Base: bordes poco netos, base intercalada con leucoplasia, puntos vasculares bien netos, hemorragia fácil al toque, diferentes calibres de los vasos papilares.

Mosaico: campos irregulares, desiguales, dispersos, punteados de diferente altura y campos con participación glandular.

Imágenes combinadas: dos o más imágenes patológicas con las características descritas.

Base papilar: papilas turgentes, prominentes, irregulares, vasos dilatados, vasos de diferentes calibres.

Imágenes vasculares: vasos dilatados, en virgola, en bastón, en tirabuzón, interrupciones vasculares, distribución irregular de los vasos.

CLASE V: **a. Sin pérdida de sustancia: tejido lardáceo, exofítico, aspecto de ectopia anárquica.**

b. Con pérdida de sustancia: esfacelo, erosión, necrosis.

En la última década, a dicha clasificación se le efectuó modificaciones por la aparición en forma creciente, de las infecciones por virus papiloma. Actualmente, la Clase II incluye a la condilomatosis clínica o florida y las Clases II y III a la infección subclínica.

La estrecha relación entre estas infecciones y la neoplasia intraepitelial cervical (CIN) ha convertido a la Clase II en objeto de biopsia.

SEGÚN SU ASPECTO MORFOLÓGICO

A. Lesiones Clínicas:

Se visualizan sin ácido acético al 3 ó 5% previo, corresponden a condilomas papilomatosos, acuminados o arborescentes – (CONDILOMATOSIS FLORIDA- (xx))

B. Lesiones Subclínicas:

Se visualizan con la aplicación de ácido acético al 3 ó 5%.

- a. Colpitis condilomatosa (xx).
- b. Condiloma espiculado (en placas) (xx).
- c. Lesión micropapilar: Condiloma inicial (xx).
- d. Lesiones planas acetoblancas con bajo gradiente de sospecha colposcópica: condiloma -CINI (xx/xxx).
 - Manchas blancas o leucoplasivas o spots.
 - Mosaico tipo condiloma.
 - Leucoplasia tipo condiloma.
 - Puntillado tipo condiloma.
- e. Imágenes asociadas: mezcla de las anteriores (xxx)/ Zona de transformación irregular.
- f. Lesiones planas aceto- blancas con alta gradiente de sospecha colposcópica (CIN III - Microinvasión) (xxx).
 - Leucoplasia.

- Mosaico.
 - Puntillado.
 - Orificios glandulares engrosados.
 - Erosión.
 - Vascularización anómala.
 - Imágenes combinadas (Zona de transformación anómala).
- g. Ectopia anárquica, necrobiosis, pérdida de tejido (carcinoma invasor) (xxx).

CLASIFICACIÓN COLPOSCÓPICA INTERNACIONAL

A. HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS NORMALES

Epitelio pavimentoso o originario.

Epitelio cilíndrico.

Zona de Transformación normal.

B. HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS ANORMALES

1. Dentro de la zona de transformación.
 - a. Epitelio blanco.
 - b. Plano.
 - c. Micropapilar o microcontorneado.
 - d. Punteado/mosaico.
 - e. Leucoplasia.
 - f. Area yodonegativa.
 - g. Vasos atípicos.
2. Fuera de la zona de transformación (exocervix, vagina).
 - a. Epitelio blanco.
 - b. Plano.
 - c. Micropapilar o contorneado.

- d. Punteado.
- e. Mosaico.
- f. Leucoplasia.
- g. Area yodonegativa.
- h. Vasos atípicos.

C. CARCINOMA INVASOR SOSPECHOSO

D. COLPOSCOPIA INSATISFACTORIA

1. Unión escamo cilíndrica no visualizada.
2. Inflamación grave o atrofia grave.
3. Cérvix no visible.

VI.c.3. Histopatología

El control histológico de la patología cervical se efectúa mediante la obtención de muestras para biopsia: el diagnóstico final o de certeza, de malignidad o benignidad depende, en consecuencia del examen histológico.

La biopsia puede ser de dos tipos:

- EXOCERVICAL

1. Biopsia guiada con colposcopia.
2. Biopsia guiada con pinza para biopsia.
3. Biopsia múltiple con pinza para biopsia en los cuatro cuadrantes.
4. Biopsia en cono.

- ENDOCERVICAL

1. Raspado del canal cervical.
2. Examen fraccionado del canal cervical y de la zona correspondiente al orificio cervical interno.

Para este tipo de biopsia se utilizan pinzas a pistola, que permiten la extracción de piezas pequeñas y finas, bajo observación y guía colposcópica.

La fijación de la pieza histológica puede hacerse con formol, pero mejor aún con Fijador de Bovin, que permite la eventual aplicación de técnicas inmunohistoquímicas y son las que menos perjudican el tejido conectivo. Si se piensa utilizar técnicas de hibridación molecular o la técnica PCR en los casos de infecciones por HPV, es necesario congelar con nitrógeno líquido el fragmento que se va a examinar.

La biopsia guiada con colposcopia presenta algunas limitaciones que derivan del hecho de que el CIN puede estar localizado también, o solamente, aunque esto es raro, en el canal cervical y, por lo tanto, no puede ser explorado colposcópicamente. En el caso de discordancia entre el examen citológico y el examen colposcópico, es necesario, por lo tanto, proceder siempre al raspado del canal cervical o, cuando se dispone de instrumental, a la extracción de la muestra de ese sitio mediante Microcolpohisteroscopia. Si aún con el uso de estos métodos no se puede llegar a un diagnóstico de certeza, se debe efectuar una biopsia ampliada que es la CONIZACIÓN. Ésta puede efectuarse con bisturí frío, Leep o Láser.

LAS INDICACIONES DE LA CONIZACIÓN SON:

1. Adenocarcinoma in situ.
2. Microcolpohisteroscopia: más de 5 mm.
3. Discordancia Cito - Colpo – Histológica.
4. Microcolpohisteroscopia que no es segura.
5. LEEP que no aclara la patología existente.
6. Anatomía Patológica que informa mayor patología.
7. Cuando después de un 2do. LEEP o criocirugía hay persistencia o recidiva de la lesión.
8. Paciente con dificultad de control postratamiento.

9. Cuando la lesión es mayor de 2 cuadrantes.
10. CIN III exocervical.
11. Microinvasión en la biopsia dirigida.
12. CIN en el legrado endocervical.
13. Citología repetidamente positiva para CIN, colposcopia negativa para cuello y vagina y legrado endocervical negativo.

VI.d. Pronóstico y tratamiento

Entre los factores principales que influyen en el pronóstico están: la etapa, el volumen y el grado del tumor; el tipo histológico; la propagación linfática y la invasión vascular. En un estudio extenso sobre clasificación patológico- quirúrgica de pacientes con enfermedad clínica en etapa IB del que informó el Grupo de Oncología Ginecológica (GOG), los factores que predijeron más prominentemente las metástasis a ganglios linfáticos y una disminución en la supervivencia libre de enfermedad fueron: la extensión del tumor al espacio linfático-capilar, el aumento del tamaño del tumor y el aumento de la profundidad de la invasión del estroma, siendo esto último lo más importante y reproducible. En un estudio de 1,028 pacientes tratadas con cirugía radical, las tasas de supervivencia se relacionaron más consistentemente con el volumen del tumor (determinado por volumetría precisa del tumor) que con la etapa clínica o histológica. Un análisis muy diverso de pronósticos variables en 626 pacientes con enfermedad localmente avanzada (principalmente de etapa II, III, y IV) que fueron estudiadas por el Grupo de Oncología Ginecológica reveló que el estado de los ganglios linfáticos periaórticos y pélvicos, el tamaño del tumor, la edad de la paciente y su estado de salud tenían una importancia significativa para lograr intervalos libres de progresión y la supervivencia. El estudio confirma la importancia contundente de los ganglios periaórticos positivos y sugiere que se evalúen más estos ganglios en el cáncer del cuello uterino localmente avanzado. El estado

de los ganglios pélvicos era importante solamente si los ganglios periaórticos se presentaban negativos, lo cual también sucedía con el tamaño del tumor. La etapa clínica y la enfermedad bilateral también jugaban un papel significativo en la supervivencia. En una serie de gran volumen de pacientes con cáncer del cuello uterino tratadas con radioterapia, la incidencia de metástasis distante (más frecuentemente a los pulmones, la cavidad abdominal, el hígado, y el tracto gastrointestinal) incrementó con el aumento en la etapa de la enfermedad de un 3% en la etapa IA a un 75% en la etapa IVA. Un análisis con muchas variaciones de los factores que influyen la incidencia de metástasis distantes mostró que la etapa, la extensión endometrial del tumor, y el control del tumor pélvico son indicadores significativos de diseminación distante. Las mujeres infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana tienen una enfermedad más agresiva y avanzada y un pronóstico más precario.¹

CLASIFICACIÓN CELULAR

El carcinoma escamocelular (epidermoide) comprende aproximadamente el 90% de los cánceres cervicales, mientras que el adenocarcinoma comprende aproximadamente el 10% de los mismos. Los carcinomas adenoescamosos y carcinomas de células pequeñas son relativamente poco frecuentes. Se han descrito ocasionalmente sarcomas primarios cervicales y también se ha informado sobre la existencia de linfomas malignos cervicales, tanto primarios como secundarios.

El carcinoma cervical tiene sus orígenes en la unión escamosa columnar ya sea en el canal endocervical o en la porción cervicouterina. La lesión precursora es displasia o carcinoma in situ (neoplasia intraepitelial cervical (NIC), que posteriormente puede convertirse en cáncer invasor. Este proceso puede ser muy lento. Además de la invasión local, el carcinoma cervical puede diseminarse por vía de los linfáticos regionales o del torrente sanguíneo. La diseminación tumoral generalmente es una función de la extensión e invasión de la lesión local. A pesar de que, en general, el cáncer cervical progresa de manera ordenada, ocasionalmente se puede presentar un tumor pequeño con metástasis

distante. Por este motivo, se debe evaluar cuidadosamente a las pacientes en búsqueda de enfermedad metastática.¹

Las etapas se definen por clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

VI.5. Clasificación FIGO

Etapas I

La etapa I es el carcinoma estrictamente limitado al cérvix; no se debe tener en cuenta la extensión al cuerpo uterino.

Etapas IA

Carcinomas invasivos sólo diagnosticados por microscopio. Todas las lesiones de gran magnitud aún con invasión superficial se consideran como cáncer en etapa Ib. La invasión se limita a la invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm* y no más de 7 mm de ancho.

Etapas IA1

Invasión medida del estroma de no más de 3 mm de profundidad y no más de 7 mm de diámetro.

Etapas IA2

Invasión medida del estroma de más de 3 mm pero no de más de 5 mm de profundidad y no más de 7 mm de diámetro.

Etapas IB

Lesiones clínicas limitadas al cuello uterino o lesiones preclínicas de mayor extensión que la etapa IA.

Etapas IB1

Lesiones clínicas de no más de 4 cm de tamaño. Etapas IB2: lesiones clínicas de más de 4 cm, de tamaño.

Etapa II

En la etapa II el carcinoma se extiende más allá del cérvix uterino, pero no se ha extendido a la pared pélvica.

El carcinoma afecta la vagina, pero no llega al tercio inferior.

Etapa IIA

No hay complicación obvia del parametrio, dos tercios de la parte superior de la vagina se encuentran afectados.

Etapa IIB

Complicación obvia del parametrio, pero sin llegar a la pared pélvica lateral.

Etapa III

La etapa III implica que el carcinoma se ha extendido a la pared pélvica. Acorde al examen rectal, no hay espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pélvica. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Se deben incluir todos los casos con hidronefrosis o con insuficiencia renal, a menos que se sepa que se deben a otras causas.

Etapa IIIA

Sin extensión a la pared pélvica, pero sí al tercio inferior de la vagina.

Etapa IIIB

Extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal.

Etapa IV

La etapa IV implica que el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis misma o ha afectado clínicamente la mucosa vesical o rectal.

Etapa IVA

Propagación del tumor a órganos adyacentes a la pelvis.

Etapa IVB Propagación a órganos distantes.

*La profundidad de la invasión no debe ser mayor de 5 mm desde la base del epitelio, ya se origine en la superficie o en las glándulas. La invasión del espacio vascular, ya sea venoso o linfático, no debe alterar la clasificación.

VI.7. Tratamiento

Cinco ensayos clínicos aleatorizados en fase III, han mostrado que existe una ventaja en cuanto a la supervivencia en general, cuando se emplea una terapia a base de cisplatino administrada conjuntamente con radioterapia. La población de pacientes en este estudio incluyó a mujeres en etapa de FIGO de IB2 a IVA de cáncer cervical tratado con radioterapia primaria y a mujeres en etapa de FIGO con enfermedad de I a IVA con un factor pronóstico precario (enfermedad metastática en los ganglio linfáticos de la pelvis, enfermedad parametrial o márgenes quirúrgicos positivos) al momento de la cirugía primaria. A pesar de que los ensayos varían en algo dependiendo de la etapa de la enfermedad, dosis de la radiación y los horarios de cisplatinos y radiación, todos han mostrado de manera significativa una marcada ventaja de este enfoque de modalidad combinada. El riesgo de mortalidad por cáncer cervical disminuyó en un 30% para quedar en 50% mediante el uso concurrente de quimiorradiación. Sobre la base de estos resultados, se debe tomar seriamente en consideración la incorporación del uso de la quimioterapia a base de cisplatino con quimioterapia de forma concurrente en aquellas mujeres que requieren de radioterapia para el tratamiento del cáncer cervical.

Tanto la cirugía como la radioterapia son igualmente efectivas para la enfermedad en etapa temprana y de volumen pequeño. Las pacientes más jóvenes pueden verse beneficiadas con la cirugía que preserva los ovarios y evita la atrofia y estenosis vaginal.¹

VI.A. CANCER CERVICAL - ETAPA 0

Si se tratan adecuadamente, el control tumoral de carcinomas cervicales in situ deberá estar cerca del 100%. Se requiere una biopsia con dirección colposcópica o una biopsia en cono

realizada por expertos para excluir la enfermedad invasora antes de iniciar terapia. También es necesaria la correlación entre una citología y una biopsia con dirección colposcópica antes de comenzar la terapia local ablativa. Aún así, una enfermedad invasora no reconocida tratada con terapia ablativa inadecuada puede ser la causa más común de fracasos. El fallo en la identificación de la enfermedad, la falta de correlación entre la prueba de Papanicolaou y los resultados de la colposcopia, un adenocarcinoma in situ o la extensión de la enfermedad al canal endocervical hace que sea obligatoria una conización con láser, circular, o en frío. La selección de tratamiento también dependerá de varios factores de la paciente, incluyendo su edad, su deseo de preservar la fertilidad y su condición médica. Pero lo más importante es que se debe conocer la extensión de la enfermedad. En casos selectos, el procedimiento de escisión electroquirúrgica (LEEP, siglas en inglés), que se lleva a cabo sin necesidad de hospitalización, puede ser una alternativa aceptable a la conización en frío. Este procedimiento que se efectúa rápidamente en el consultorio requiere solamente anestesia local y evita los riesgos asociados con la anestesia general de la conización en frío.

Opciones de tratamiento:

Los métodos para tratar lesiones ectocervicales incluyen:

1. Procedimiento circular de escisión electroquirúrgica (LEEP).
2. Terapia con rayo láser.
3. Conización.
4. Crioterapia.

Cuando el canal endocervical está afectado, se puede utilizar el tratamiento con láser o la conización en frío en pacientes selectas para preservar su útero y evitar la radioterapia y/o cirugía más extensa.



La histerectomía vaginal o abdominal total es una terapia aceptada para el grupo en edad postreproductiva y se recomienda particularmente cuando el proceso neoplásico se extiende al margen interno del cono.

VI.B. CANCER CERVICAL - ETAPA IA

Opciones equivalentes de tratamiento:

1. Histerectomía total:

La ooforectomía es opcional y debe posponerse para mujeres jóvenes.

2. Conización:

la conización sola puede ser apropiada en pacientes que desean preservar su fertilidad.

3. Histerectomía radical:

La histerectomía radical con disección ganglionar puede también ser considerada para pacientes en las que la profundidad de la invasión del tumor sea incierta debido a un tumor invasor en los márgenes del cono.

4. Radiación intracavitaria sola;

La radiación deberá reservarse para mujeres que no son candidatas quirúrgicas.

VI.B. CANCER CERVICAL - ETAPA IB

Opciones de tratamiento:

1. Radioterapia:

Irradiación pélvica de haz externo combinada con dos o más aplicaciones intracavitarias, basándose en informes que indican un mejor resultado con dos implantes intracavitarios que con uno. El empleo de braquiterapia en tasas de dosis alta para la porción intracavitaria del tratamiento está bajo evaluación clínica.

2. Histerectomía radical y linfadenectomía bilateral pélvica.

3. Irradiación pélvica total postoperatoria más quimioterapia después de una histerectomía radical y una linfadenectomía bilateral pélvica.

4. Radioterapia más quimioterapia con cisplatino o cisplatino/FU-5 para pacientes con tumores masivos.

VI.C. CANCER CERVICAL - ETAPA IIA

Opciones de tratamiento:

1. Radioterapia.
2. Histerectomía radical y linfadenectomía pélvica.
3. Irradiación pélvica total postoperatoria más quimioterapia después de una histerectomía radical y una linfadenectomía bilateral pélvica.
4. Radioterapia más quimioterapia con cisplatino o cisplatino/FU-5 para pacientes con tumores masivos.

VI.C. CANCER CERVICAL - ETAPA IIB

Opciones de tratamiento:

1. Radioterapia más quimioterapia.
2. Radiación intracavitaria e irradiación pélvica de haz externo combinada con cisplatino o cisplatino/fluoracilo.

VI.D. CANCER CERVICAL - ETAPA III

Opciones de tratamiento:

1. Radioterapia más quimioterapia.
2. Radiación intracavitaria e irradiación pélvica de haz externo combinada con cisplatino o cisplatino/fluoracilo.

VI.E. CANCER CERVICAL - ETAPA IVA

Opciones de tratamiento:

1. Radioterapia más quimioterapia.

2. Radiación intracavitaria e irradiación pélvica de haz externo combinada con cisplatino o cisplatino/fluoracilo.

VIE. CANCER CERVICAL - ETAPA IVB

No existe tratamiento quimioterapéutico estándar para pacientes con cáncer cervical en etapa IVB que proporcione paliación substancial. Todas estas pacientes son candidatas apropiadas para protocolos clínicos que prueban agentes únicos o quimioterapia de combinación que emplea agentes indicados a continuación o pruebas clínicas de tratamientos anticancerosos nuevos en fase I y II.

Opciones de tratamiento:

1. Terapia de irradiación puede emplearse para paliar la enfermedad central o metástasis distantes.

2. Quimioterapia.

VIF. CANCER CERVICAL - RECURRENTE

No hay tratamiento estándar para el cáncer cervical recurrente que se ha extendido más allá de los límites de un campo radioterapéutico o quirúrgico. Todas las pacientes son candidatas apropiadas para pruebas clínicas que evalúan combinaciones de fármacos o nuevos agentes anticancerosos. En el caso de enfermedad localmente recurrente, la exenteración pélvica puede conducir a una tasa de supervivencia de 5 años de un 32%-62% en pacientes selectas.

Opciones de tratamiento:

1. En caso de recurrencia pélvica, después de cirugía posradical, radiación en combinación con quimioterapia (fluorouracilo con o sin mitomicina) puede curar 40%-50% de las pacientes.

2. La quimioterapia puede ser empleada para paliación.

VII. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

- ♦ **El tipo de estudio:** Analítico Observacional, retrospectivo.
- ♦ **Área de estudio:** Servicio de Colposcopia y Oncología de Hospital Nacional de Maternidad "Dr. Raúl Argüello Escolán".
- ♦ **Universo y muestra:** se tiene una población de 19,676 colposcopias de pacientes adolescentes y adultas con LEI en PAP, atendidas en el período de Enero a Diciembre del 2003.

La obtención de la muestra se realizó por sistema Estadístico computarizado Stat V.I.D, calculando la muestra con un índice de confiabilidad de 95% y error del 5%; resultando 377 pacientes.

Se realizó el muestreo de forma probabilístico, los números de los expedientes que están incluidos en el estudio formaron una lista en la que se escogieron según la posición con calculadora científica con función "Random".

- ♦ **Los criterios de exclusión e inclusión:**

Inclusión: Atendida en Hospital de Maternidad.

Atendida en el período de Enero 2003 a diciembre 2003.

Expedientes completos.

Colposcopias de primera vez.

Exclusión: Tratamiento fuera del Hospital de Maternidad.

Expedientes con información incompleta.

Atendidas en período no establecido.

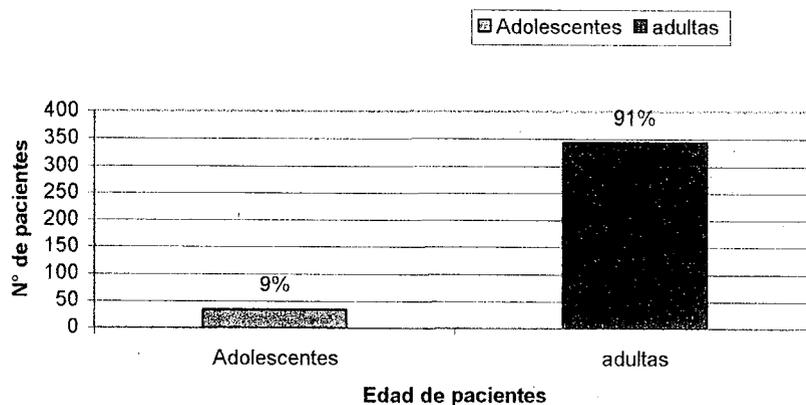
Colposcopias anteriores.

- ♦ **Técnica de recolección de datos:** se revisaron expedientes, para la obtención de información, y llenado de ficha. (Ver anexo)
- ♦ **Análisis estadísticos:** se realizó por computadora mediante el programa Microsoft Office Excel 2000. Los datos se representaron por medio de graficas de barra y de líneas.

VIII. Análisis de resultados

Gráfico #1

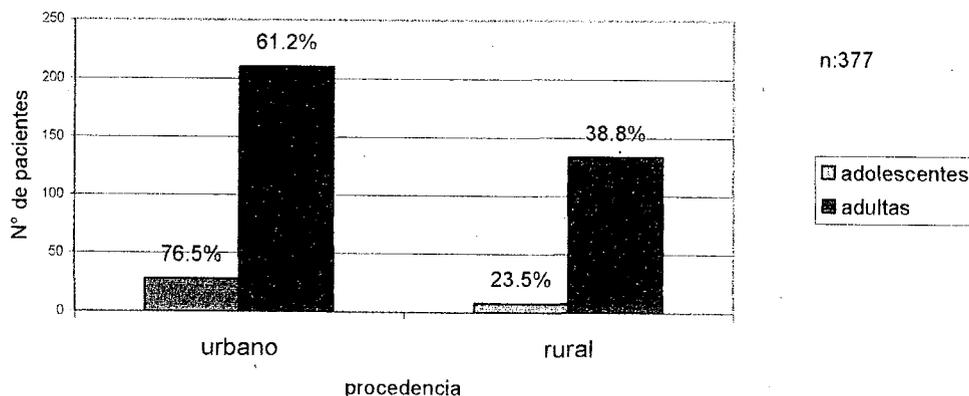
Distribución de mujeres adolescentes y adultas según edad



El 9% de pacientes son de 14 a 19 años; lo que comprueba que en nuestro país, las mujeres adolescentes poseen riesgo de tener lesiones premalignas y malignas de cuello uterino y no es exclusivo de mujeres adultas.

Gráfico #2

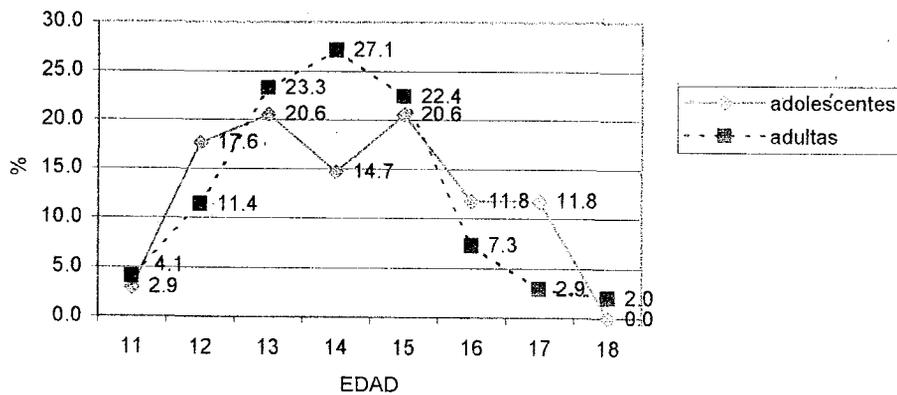
Distribución de adolescentes y adultas según procedencia



En el gráfico se observa mayor número de pacientes de zonas urbanas en los dos grupos de estudio, lo que se puede traducir en mayor diagnóstico precoz a mayor cercanía del centro de salud. La baja cantidad de pacientes que provienen de zonas rurales, puede deberse a que el Hospital Nacional de Maternidad es un centro de salud de referencia para este tipo de enfermedades, por lo que unidades de salud captan a la mayoría de pacientes de esa zona, lo cual puede darse un sesgo ya que pueden haber mayores o iguales casos no diagnosticados de pacientes en zonas rurales.

Gráfico #3

Distribución de adolescentes y adultas según edad de la menarquía.

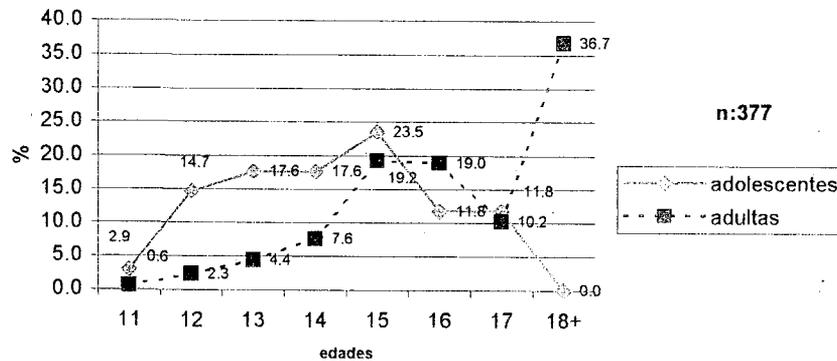


Se observa que en las adolescentes la menarquía promedio es entre los 13 y 15 años; en las adultas es de 14 años, aunque puede existir sesgo de olvido en la población adulta.

El cuerpo de la mujer se ve afectado por desequilibrios hormonales el cual inicia en la pubertad aumentado hasta la adolescencia, presentando como uno de los signos la menarquía, estas características de desequilibrio hormonal, exponen al cuerpo a una disminución de la respuesta inmune lo que puede ser factor de riesgo para la infección del HPV o a mutaciones celulares.

Gráfico #4

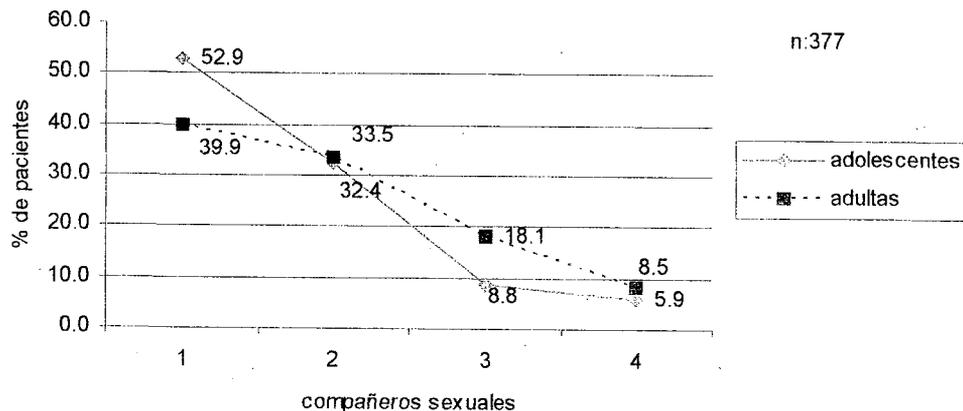
Distribución de adolescentes y adultas según inicio de relaciones sexuales



Se observa como es mayor la prevalencia de relaciones sexuales en las adolescentes antes de los 15 años con respecto a las adultas, lo que aumenta el riesgo de presentar lesiones premalignas y malignas del cuello uterino por riesgo a infecciones por el HPV, y cambios de pareja.

Gráfico #5

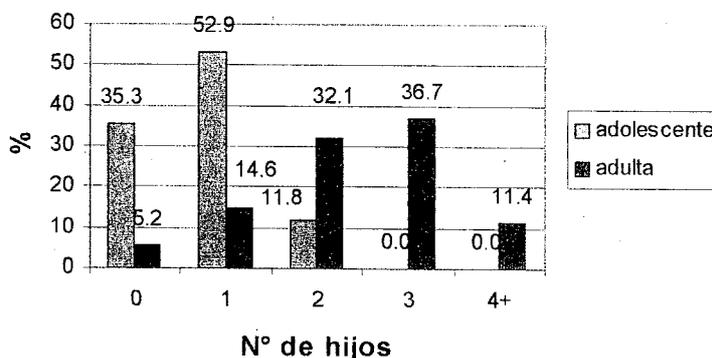
Distribución de adolescentes y adultas según número de compañeros sexuales



Es alarmante observar como las adolescentes ya han tenido en un 5.9% cuatro compañeros sexuales y un 32.4% con dos compañeros sexuales, lo que puede suponer en un futuro un número mucho mayor de parejas sexuales con la exposición a infecciones de transmisión sexual sobre todo al HPV.

Gráfico #6

Distribución de adolescentes y adultas por paridad

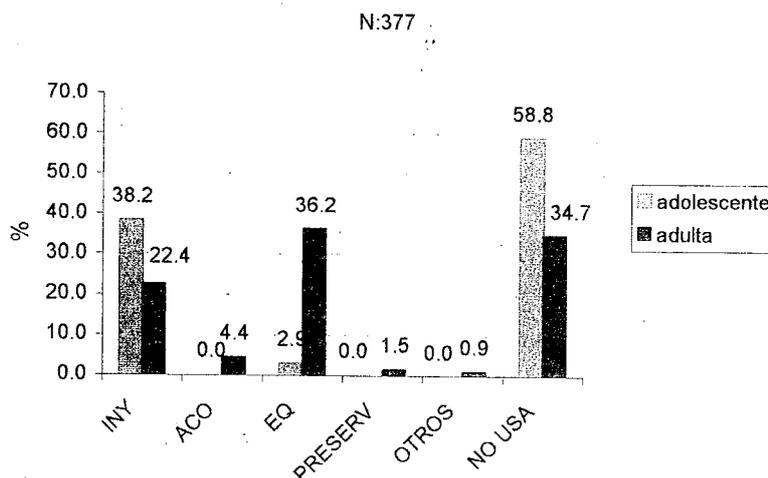


Cada embarazo a termino representa traumas en el útero, en el canal del parto y cuello uterino, los epitelios al regenerarse pueden sufrir mutaciones lo que podría ocasionar el inicio de lesiones premalignas o malignas del cuello uterino; además el desequilibrio hormonal del embarazo, parto y puerperio ocasionan una disminución del sistema inmune lo que facilita la infección por HPV.

En el gráfico puede verse que las adolescentes en su mayoría han tenido por lo menos un hijo, y el 11.8% dos hijos, a una edad tan corta se podría sospechar que en edad más adulta podrían tener una gran cantidad de partos.

Gráfico #7

Distribución de adolescentes y adultas por tipo de anticonceptivo usado

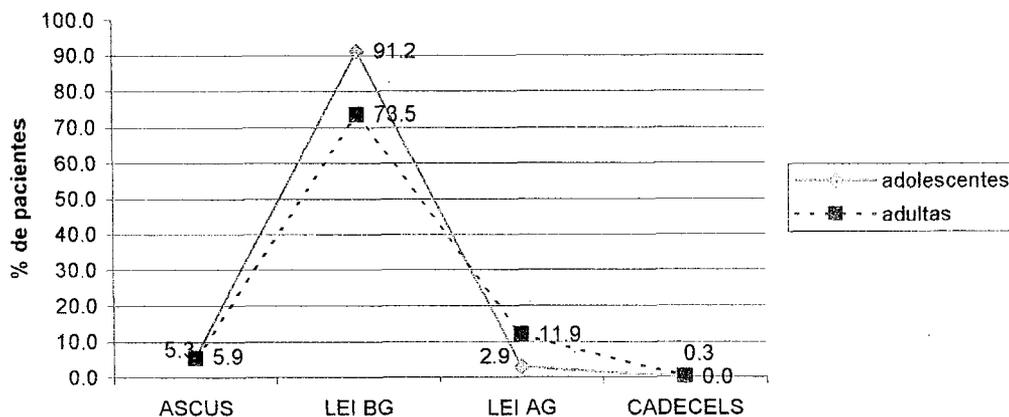


*En otros, utilizaron 2 pacientes DIU y 1 paciente norplant.

En la mayoría de las mujeres adultas el método más utilizado es la esterilización quirúrgica, y las adolescentes en su mayoría no utilizan método; pero el factor de riesgo es la mínima cantidad de adultas y la nula de adolescentes de utilizar un método anticonceptivo de barrera como el preservativo, exponiéndose a la transmisión de HPV.

Gráfico #8

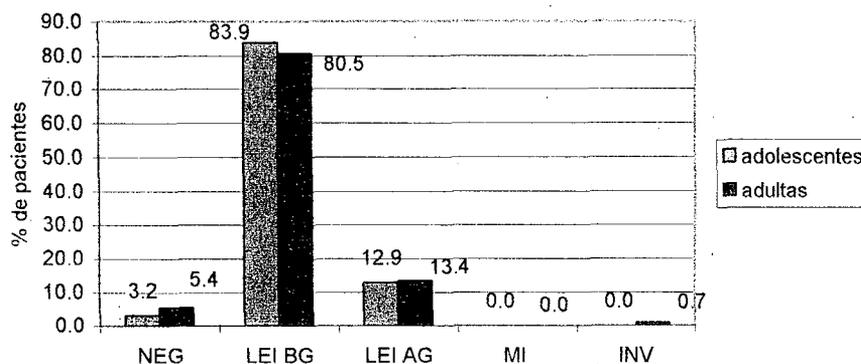
Distribución de adolescentes y adultas según diagnóstico citológico de referencia al servicio de colposcopia del Hospital Nacional de Maternidad.



En el gráfico se observa que el 91.2% presenta LEI –BG y significativamente hay un 2.9% de LEI –AG. El porcentaje de LEI-BG es mayor al de las adultas.

Gráfico #9

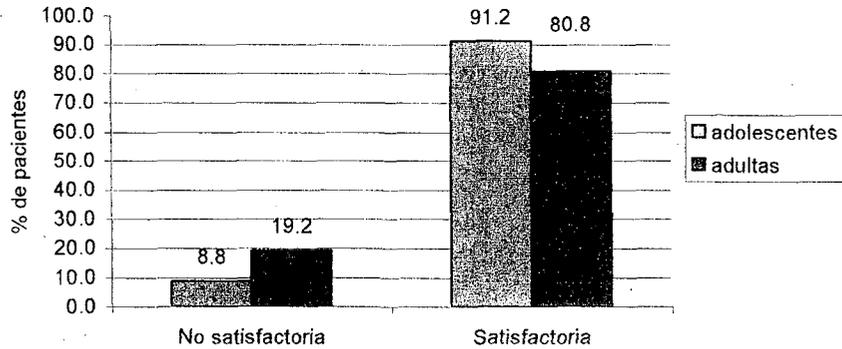
Distribución de adolescente y adultas según diagnóstico colposcópico del Hospital Nacional de Maternidad



En el gráfico puede observarse que a diferencia del reporte citológico, las lesiones de bajo grado y alto grado que se encontraban de 4 a 1, en colposcopia se encuentran 1 a 1.

Gráfico #10

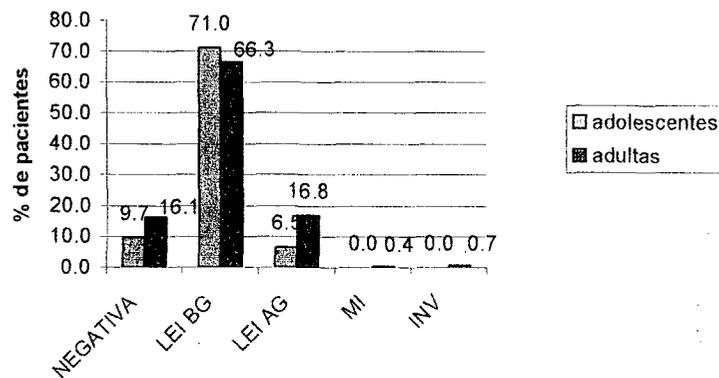
Distribución de adolescentes y adultas según tipo de colposcopia



De las colposcopias no satisfactorias, un 65% se debe a atrofas el cual se observo en el grupo de mujeres adultas, esto podría haber dificultado observar las zona de transformación y la lesión en toda su extensión, un 10% se debió a condilomas (en su mayoría en adolescentes) y un 25% no se especifico en el expediente.

Gráfico #11

Distribución de adolescentes y adultas según diagnostico por biopsia

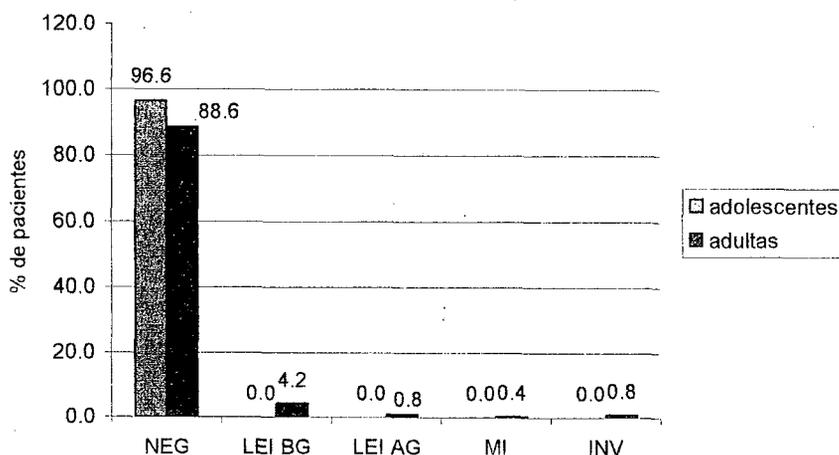


En el gráfico puede observarse que en LEI-BG en adolescentes la colposcopia es respaldada por la biopsia, pero en LEI-AG hay una disminución en el porcentaje de

diagnostico, con referencia al de colposcopia, de igual manera en el caso de las adultas aunque el porcentaje es mayor.

Gráfico #12

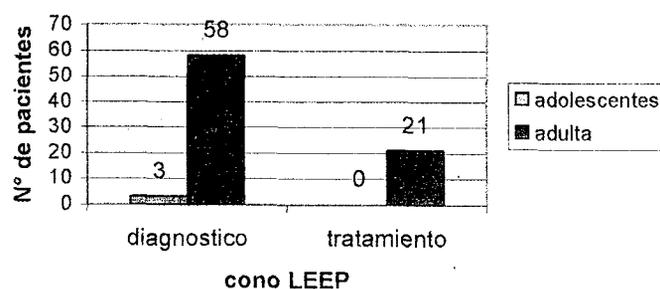
Distribución de adolescentes y adultas según diagnóstico por legrado endocervical



En las pacientes adolescentes un 96.6% presenta un legrado endocervical negativo. Y en las adultas existe un 4.2% de LEI-BG, un 0.8% a LEI- AG.

Gráfico # 13

Distribución de adolescentes y adultas según tipo de cono LEEP indicado

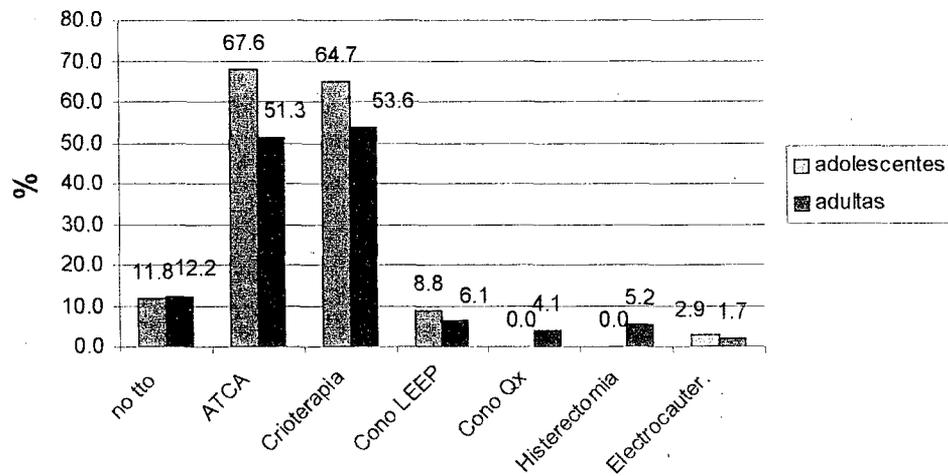


En el gráfico se observa que sólo a 3 pacientes adolescentes se le realizó cono LEEP para diagnóstico y a 58 pacientes adultas.

El cono LEEP no fue utilizado como tratamiento entre las pacientes adolescentes.

Gráfico #14

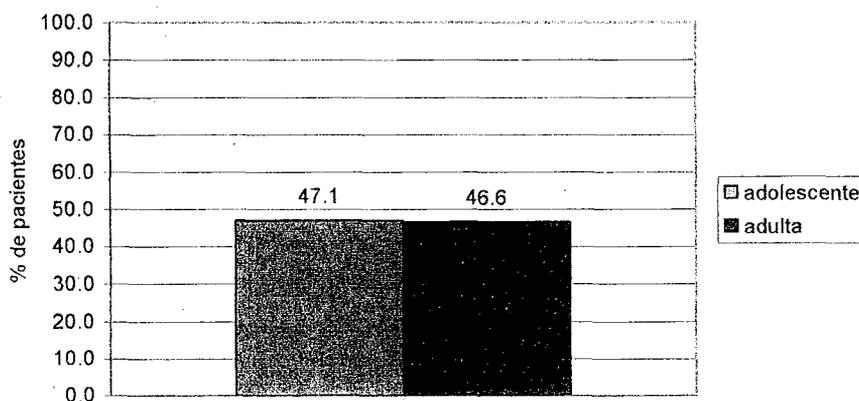
Distribución de adolescentes y adultas según tipo de tratamiento indicado



Se observa que la aplicación de ATCA y crioterapia son los tratamientos de elección para ambos grupos de estudio.

Gráfico #15

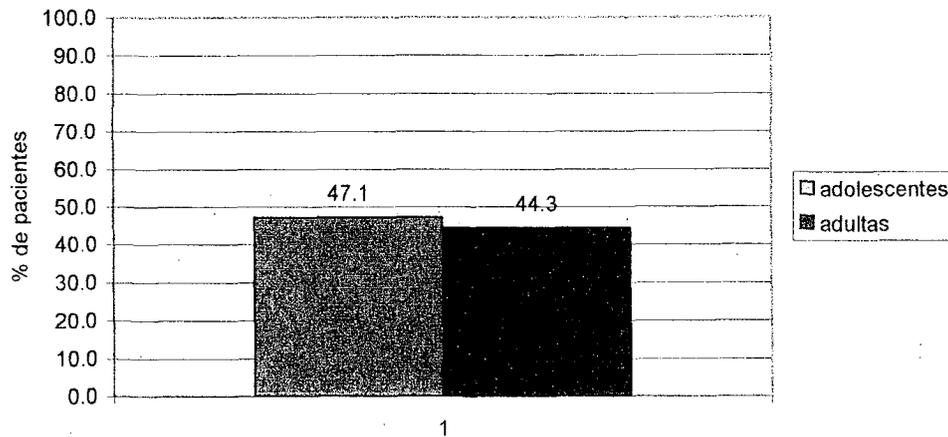
Distribución de adolescentes y adultas según seguimiento postratamiento



Se observa que en los dos grupos el seguimiento es de casi la mitad de las que consultaron y recibieron tratamiento.

Gráfico #16

Distribución de adolescentes y adultas con segundo PAP de seguimiento negativo a malignidad.



Se puede observar en la gráfica, que es muy semejante el porcentaje de pacientes que obtuvo negatividad a malignidad en su segundo PAP; esto puede demostrar que posiblemente el tratamiento indicado es efectivo.

Gráfico #17

Distribución de adolescentes y adultas embarazadas con lesión del cérvix según diagnóstico y tratamiento indicado

Embarazadas	Citología	Colposcopia	Biopsia	ATCA	
				Si	no
Adolescentes	5 LEI BG	1 neg 3 LEI BG 1 LEI AG	1 LEI AG	2	3
adultas	4 LEI BG	4LEI BG	1LEI BG	3	1

Las pacientes embarazadas con lesión premaligna y maligna recibieron tratamiento sólo con ATCA en el momento de consulta, pero se indico continuar tratamiento hasta las 8 semanas posparto, se les realizó tratamiento con crioterapia; pero la mayoría de las pacientes adolescentes no recibieron tratamiento porque no volvieron.

Conclusiones

La sociedad cambia con el desarrollo y va de la mano con las nuevas puertas que abre la ciencia, muchas veces beneficioso, pero también desfavorables y la sociedad salvadoreña no es la excepción ya que la juventud que algunos años atrás no presentaba peligro alguno hoy en día se descubre que cada vez más el contacto con factores de riesgo claves puede desarrollar cualquier enfermedad como la población adulta. Este es el caso de mujeres adolescentes de contraer cáncer del cuello uterino.

Este trabajo de investigación demostró que las adolescentes que consultaron en el Hospital Nacional de Maternidad en el año 2003, tienen todos los factores descritos para el desarrollo de cáncer de cuello uterino y aunque la población fue mucho menor que las adultas, hay que aclarar que podrían haber mucho más adolescentes que no se han realizado ni un solo PAP.

Este estudio reviste relevancia, dada sus características porque permite inferir algunas conductas que se ponen de manifiesto en los resultados obtenidos.

En el orden epidemiológico podemos inferir que la evidente superioridad incidental de mujeres adultas versus adolescentes no supone necesariamente este único hecho, sino deja al descubierto, la poca consciencia que posee la población desde su temprana edad sobre el riesgo de cáncer cervico-uterino, pues si lo contraponemos con las edades precoces de inicio de las relaciones sexuales es coherente pensar que tal riesgo no es tomado en cuenta y mucho menos prevenido por la población expuesta; caso alarmante ya que se sabe que una adolescente que inicia relaciones sexuales cambia de pareja cada seis meses, lo que supone un número considerable de parejas sexuales en su adultez, más si se siente respaldada por un anticonceptivo que la proteja de un embarazo; el punto importante a resaltar es el alto porcentaje de adolescentes que utiliza método anticonceptivo dejándoles en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual como el HPV, ya que éstos no son métodos de barrera.

En cuanto a las lesiones razón de la referencia al servicio de Colposcopia del Hospital Nacional de Maternidad se detectaron que la mayoría de adolescentes fueron referidas por LEIBG y un bajo porcentaje por LEIAG. En los métodos diagnósticos colposcópicos y de biopsia la lesión más relevante fue LEIBG, y al considerar las medidas de cuidado a esta edad las cuales pueden estar en un mayor riesgo no por la edad si no por las acciones conductuales. Lo único alentador en esta población es que la mayor parte fue diagnosticada en estratos iniciales de la enfermedad o mejor expresado en la premalignidad de la misma lo que permite que la implementación de los métodos de tratamientos sea oportuna y más efectiva.

En el legrado endocervical positivo la mayoría fue de LEIBG pero sólo se observó en adultas y en la mayoría mujeres en edades desde 40 años a más.

Una cantidad considerable de pacientes presentó una colposcopia no satisfactoria, pero en su mayoría fue por una dificultad de ver la zona de transformación y la lesión en toda su extensión.

En los tratamientos el de elección fue la aplicación de ATCA y crioterapia en forma combinada pero un porcentaje menor no recibió tratamiento por fuga.

Se puede observar que la población femenina no tiene conciencia de la magnitud de la enfermedad que presentan ya que en los seguimientos postratamientos casi la mitad no tuvo seguimiento, situación que no es exclusiva de las adolescentes.

De las población adolescentes cinco estaban embarazadas y se les diagnosticó a tres LEIBG y 1 LEIAG de las cuales sólo dos pacientes recibieron tratamiento y el tratamiento indicado fue la aplicación de ATCA.

Las tendencias proporcionales de las conductas en estas dos poblaciones se igualan por los resultados, pues si revisamos las tendencias epidemiológicas, terapéuticas, respuestas, interés por el seguimiento, la proporción es cercana a la unidad, lo que es de esperarse pues la patología no hace excepción en su evolución a partir de la edad, sino más bien a partir de los factores influyentes que permiten su apareamiento y su detección precoz.

Por lo anterior se concluye que cualquier mujer adolescente que esté en contacto con variantes desencadenantes de cáncer de cuello uterino, lo puede desarrollar en la adolescencia o en la adultes haciéndose indispensable la toma de consciencia por parte de ellas de la necesidad del tamizaje anual por medio del uso de un test de Papanicolau.

Recomendaciones:

- Se observa la necesidad de implementar estrategias agresivas, que busquen convencer a la población tanto femenina de la necesidad que existe de realizarse la citología con regularidad, y de las razones que lo justifican, pero además se observa un significativo avance en el diagnóstico temprano de las lesiones cervicales, Vale la pena prestar atención a la necesidad de reforzar la educación respecto a la igual importancia que reviste el fiel cumplimiento de los tratamientos y el seguimiento subsecuente de la patología.
- A pesar de que las conductas de las lesiones cervicouterinas entre adolescentes y adultas se comportan de manera similar, esto no aplica en el caso de las estrategias de educación, incluso en las de abordaje terapéutico, dado que las diferencias en lo concerniente a los comportamientos y principios de ambas poblaciones varían considerablemente, por lo que dichas estrategias deben ser enfocadas para cada una de las poblaciones a las que las mismas van dirigidas.
- Reforzar constantemente la capacitación del personal involucrado en la atención y educación, alrededor del tema detección y tratamiento oportuno de las lesiones premalignas y malignas del cérvix uterino, lo que permitirá siempre el acceso a dicho personal al conocimiento y habilidades necesarias para la oportuna intervención en la población.
- Promover programas de educación que se encaminen a retardar el inicio de relaciones sexuales, ya que ello, es el determinante común para el factor desencadenante para cáncer de cuello uterino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cáncer de cuello uterino. University of Bonn Medical Center 2003, 16:13:06 [en línea][accesado el 10 de septiembre 2003] URL disponible en :www.uni-bonn.de/cancernet/spanish/100103-html.
2. Atención de partos/servicios técnicos generales. Citologías Cérvico vaginales, métodos de planificación familiar e infecciones de transmisión sexual del Hospital de Maternidad 2003 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, unidad de información, monitoreo y evaluación [en línea] [accesado 8 de abril 2003] URL disponible en:www.mspas.gob.sv.
3. A study of 10296 pediatric and adolescent papanicolau smear diagnosis in northern new england. Pediatrics.peds:103;539-545 2005[en línea] [Accesado el 22 de Marzo 2005] URL disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/3/539.
4. Pap smear in adolescent: to screen or not to screen. Pediatrics. 1999;103;673-674 [en línea] [Accesado el 13 de Marzo 2005] URL disponible en:www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/3/673.
5. cancer de cuello uterino;prevención y factores de riesgo. American Cáncer Society 2005 [en línea] [Accesado el 18 de Abril 2005] URL disponible en: www.cancer.org/docroot/esp/content/esp-5-1x-prevención-y-factores-de-riesgo-55.asp.
6. Metodología diagnóstica en la patología del tracto genital inferior. 2004 [en línea] [accesado el 22 de abril 2004] URL disponible en : www.monografia.com/trabajos/tractoginf/tractoginf.shtml.