



FUNDACION H.A.BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

**Título: Cáncer de cuello uterino en pacientes menores de 45 años de edad.
Dificultades en la detección precoz**

**Cursantes: Cepeda, Raúl Miguel; Colombo, María Victoria; Fernández, María
Florencia**

Buenos Aires, Octubre de 2012.

RESUMEN

Título: Cáncer De Cuello Uterino En Pacientes Menores De 45 Años De Edad. Dificultades En La Detección Precoz.

Autores: Cepeda, Raúl Miguel; Colombo, María Victoria; Fernández, María Florencia.

Padrino: Dr. Miguel Cepeda.

Lugar y Fecha: Hospital Gral. A. D. Francisco Santojanni, Buenos Aires, 2012

Objetivo: Evaluar la incidencia del cáncer De cuello uterino y sus métodos de detección - prevención.

Material y Método: Se utilizaran historias clínicas, fichas de consultorio junto con los correspondientes informes citológicos, anatomopatológicos y laboratorios adjuntos, del servicio de ginecología de pacientes diagnosticadas de Cáncer de Cuello uterino.

Resultados: La edad de presentación más frecuente es de 40 – 45 años. El Síntoma más frecuente es metrorragia. El tipo histológico más frecuente es Carcinoma epidermoide. El grado de invasión: la mayoría presentó carcinoma invasor.

Conclusiones: Los datos obtenidos concluyen en que hay un aumento de incidencia en edad fértil. El grado de invasión se relaciona con la falta de controles ginecológicos.

Palabras Claves: ITS, IRS precoz, multiparidad temprana, bajo nivel socioeconómico, citología, colposcopia.

ABSTRACT

Title: Cervical Cancer In Patients Under 45 Years. Difficulty in early detection

Author: Cepeda, Raul Miguel. Colombo, M. Victoria. Fernández, M. Florencia.

Mentor: Dr. Miguel Cepeda.

Place and Date: Hospital Gral. A. D. Francisco_Santojanni. Gynecology service. Buenos Aires, 2012.

Objective: To evaluate the incidence of cervical cancer and its detection methods – Prevention.

Methodology: Clinical records reviewed from patients with cervical cancer, diagnosed at the hospital.

Result: Most frequently at the age of 40-45 years old. Most frequent symptom: metrorrhagia. Most frequent histology type: epidermoid carcinoma. Invasion grade: most of the patients have presented invasor carcinoma.

Conclusions: The obtained data let us arrive to the conclusion that, theres a raise in the incidence at fertility age. The grade of invasion its related to the lack of gynecology controls.

Key words: STIs, multiparity, Socio-economic status, colposcopy

INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino es el segundo en incidencia a nivel mundial, siguiendo al cáncer de mama. Los registros muestran que hay aproximadamente 400.000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino y 200.000 muertes por esta enfermedad cada año.

A pesar de ser una enfermedad evitable, el cáncer de cuello uterino sigue teniendo una alta prevalencia en nuestro país, quizás debido a las dificultades de acceso de cierto sector de la población a los programas actuales de prevención, además de los factores de riesgo asociados frecuentemente al mismo: inicio precoz de relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, edad joven al primer parto, multiparidad, bajo nivel socioeconómico y enfermedades de transmisión sexual como: herpes simple tipo 2 y el virus del papiloma humano.

Se estima que existen alrededor de 100 subtipos del HPV, de los cuales 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 66 serían considerados de alto riesgo. Los anticonceptivos hormonales, la inmunodepresión, y el humo del cigarrillo se consideran cofactores del HPV en el origen del cáncer de cuello uterino.

El carcinoma epidermoide constituye el tipo histológico más frecuente (85-90%), en segundo lugar se encuentra el adenocarcinoma (5%) y el 5% restante incluye carcinoma adenoescamoso, carcinoma adenoidequístico, carcinoma metastásico. La mayoría de las lesiones se iniciarían como CIN (Neoplasia Intraepitelial Cervical), progresando a carcinoma in situ y luego a enfermedad invasora. La lesión intraepitelial de bajo grado (CIN I, SIL DE BAJO GRADO), se asocia por lo general con los subtipos de HPV de bajo riesgo (6 y 11), las lesiones intraepiteliales de alto grado (CIN II Y III, SIL DE ALTO GRADO) suelen asociarse con HPV de alto riesgo, comportándose como lesiones precursoras del cáncer de cuello.

La forma de presentación más común de esta patología es la metrorragia, que puede ser espontánea, aunque por lo general es provocada por el coito (sinusorragia) o por el examen genital. Puede observarse flujo (seroso, seropurulento o hemopurulento) y en ocasiones se acompaña de dolor (principalmente en estadios avanzados) que puede ser persistente, con propagación al sacro, miembros inferiores y región anal

La edad de presentación más frecuente es entre 45 y 55 años, seguido en incidencia en aquellas pacientes entre 35 y 45 años.

El objetivo de este trabajo fue determinar la relación entre la presencia de cáncer de cuello uterino a edades más tempranas que las que habitualmente se

diagnostica y el uso de métodos de detección precoz; como también se determino la presencia de factores de riesgo en estas pacientes que pudieron influir en el desarrollo de la patología.

MATERIAL Y METODO:

Se revisaron 152 fichas de consultorio e historias clínicas junto con los correspondientes informes citológicos, anatomopatológicos y laboratorios adjuntos, del servicio de ginecología, división patología cervical maligna, desde enero de 2000 hasta el momento.

Cada una de las muestras remitidas al servicio de Citología y Anatomía Patológica fueron tomadas de pacientes que concurrieron al servicio de Ginecología por integrantes del Servicio de Patología Cervical del Hospital Donación F. Santojanni, con visualización cervical directa (COLPOSCOPIA) previa topicación con ácido acético al 5%; las muestras fueron fijadas con citospray y fueron remitidas al servicio de Citología Patológica y coloreadas con Técnica de Papanicolaou, las mismas fueron diagnosticas y clasificadas mediante el SISTEMA BETHESDA.

Se realizaron biopsias dirigidas sobre las lesiones colposcópicas sospechosas (SIL de alto grado y carcinoma escamoso), y en SIL de bajo grado, cepillado endocervical.

De todas las historias clínicas obtenidas se seleccionaron las que corresponden a pacientes menores a 45 años de edad, que presentaron Carcinoma Epidermoide, adenocarcinoma y sarcoma en el primer control ginecológico, determinando la frecuencia de dichas lesiones en este grupo etario respecto a la muestra total, se comparo estadísticamente con las lesiones que presenta el grupo etario prevalente, y se evaluó los distintos tipos de lesión.

Los datos se procesaron informativamente por medio de una base de datos utilizando MS Excel 2003 y los estadísticos descriptivos se resolvieron con el programa SPSS 12.0 para MS Windows.

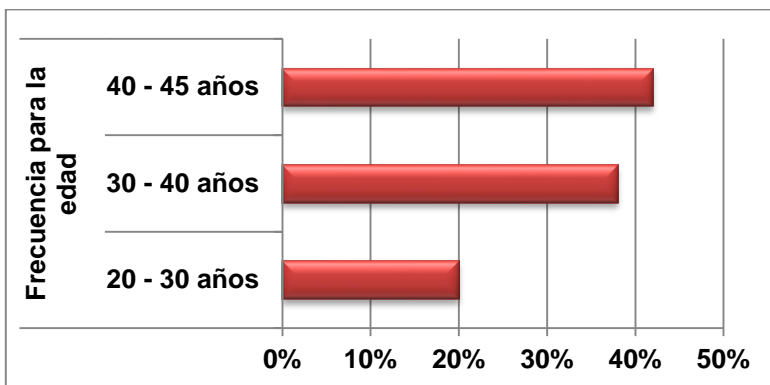
De la recolección de datos realizada, se registraron un total de 50 pacientes con cáncer cervicouterino diagnosticado en su primer control ginecológico, menores a 45 años de edad. De este grupo, 35 pacientes continuaron concurriendo al hospital para un adecuado tratamiento y/o control.

Las variables a investigar fueron la edad al momento del diagnóstico, grado de invasión, controles previos y morbilidad.

RESULTADOS

Hospital Donación F. Santojanni, C.A.B.A. - Buenos Aires, periodo enero 2000 – agosto 2012.

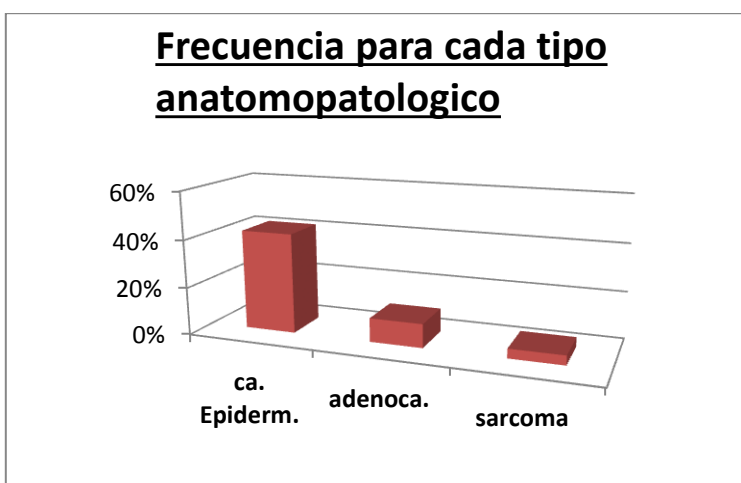
De los 50 casos estudiados, se observó que la mayor cantidad de diagnósticos positivos se dan en el grupo etario que comprende de 40 a 45 años (42%), seguido por el de 30-40 años (38%) y en último lugar las pacientes de entre 20-30 años (20% de los casos).



Grupo etario	Porcentaje
20 - 30 años	20%
30 - 40 años	38%
40 - 45 años	42%

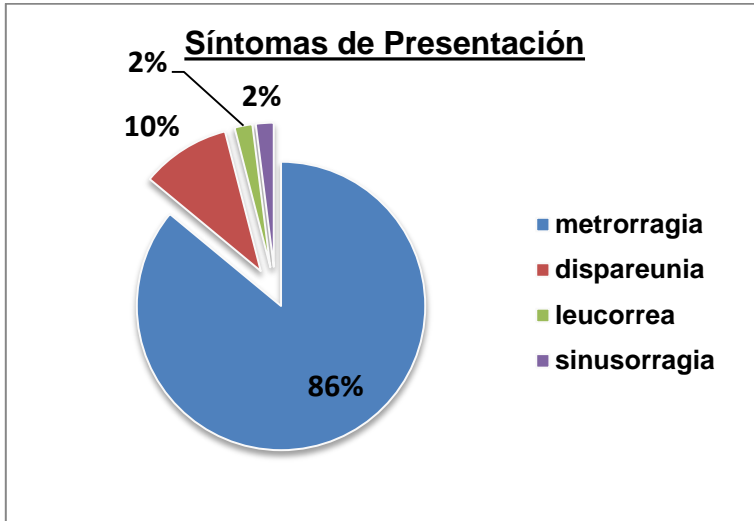
En cuanto a la frecuencia del tipo histológico se observó que el 42% de las pacientes presentó carcinoma epidermoide, un 10 % adenocarcinoma y en último lugar sarcoma representando el 4% de los casos.

Frecuencia para cada tipo anatomopatológico (según BETHESDA) en pacientes menores a 45 años de edad:



Tipo histológico	Porcentaje
C. Epidermoide.	42%
Adenocarcinoma	10%
Sarcoma	4%

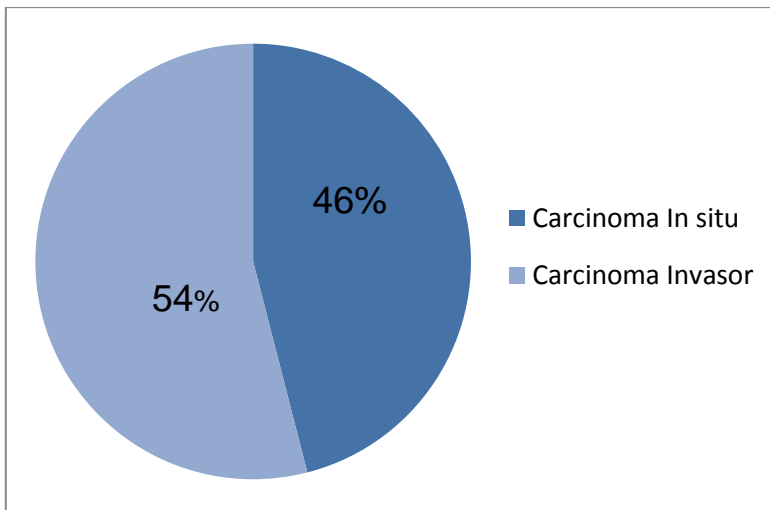
El síntoma de presentación más frecuente es la metrorragia (86% de los casos), seguido por dispareunia (10%), más raramente sinusorragia y leucorrea con un 2% respectivamente



Síntoma	Porcentaje
Metrorragia	86%
Dispareunia	10%
Leucorrea	2%
Sinusorragia	2%

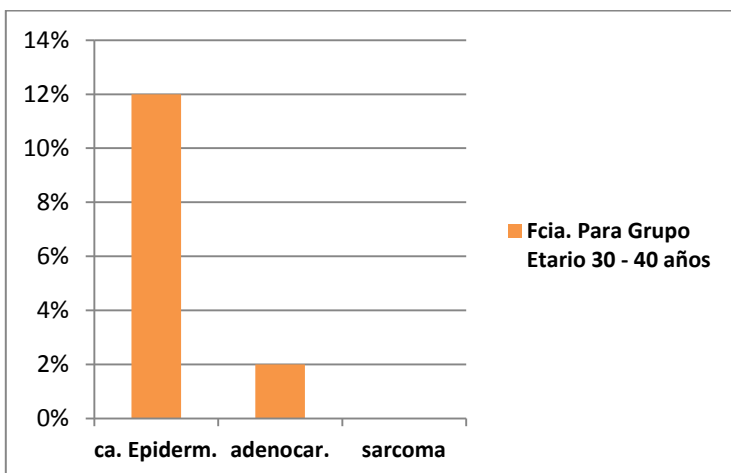
De los 50 casos utilizados se observó que 27 pacientes (54%) fueron diagnosticadas con carcinoma invasor, mientras que en las 23 pacientes restantes (46 %) se halló carcinoma in situ al momento del diagnóstico.

Grado de invasión



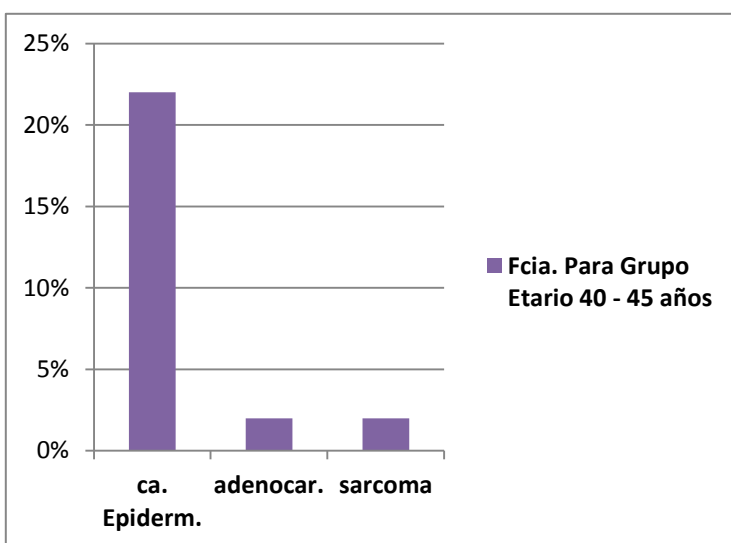
Grado de invasión	Nº de casos	Porcentaje
Carcinoma in situ	23	46%
Carcinoma invasor	27	54%

Dentro del grupo de pacientes de 30 – 40 años se observo mayor incidencia del carcinoma epidermoide con el 12 % de los casos, 2% presento adenocarcinoma y no diagnosticaron sarcomas (0%),



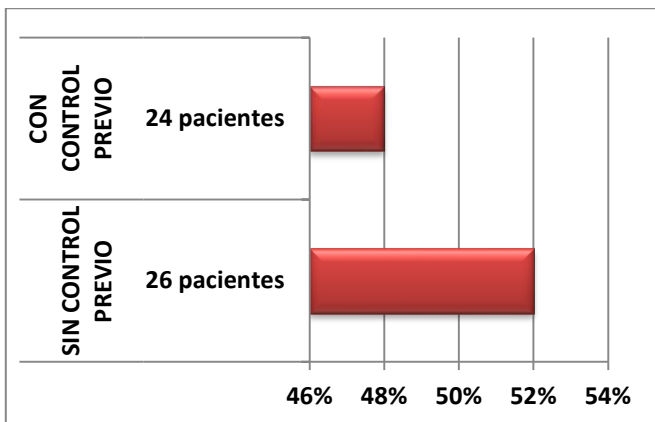
30 - 40 años	
Ca. Epidermoide	12%
Adenocarcinoma	2%
Sarcoma	0%

En cuanto al grupo de pacientes de 40 – 45 años se halló 22% de Carcinoma epidermoide y en segundo lugar adenocarcinoma y sarcoma con el 2% de los casos en ambos tipos histopatológicos.



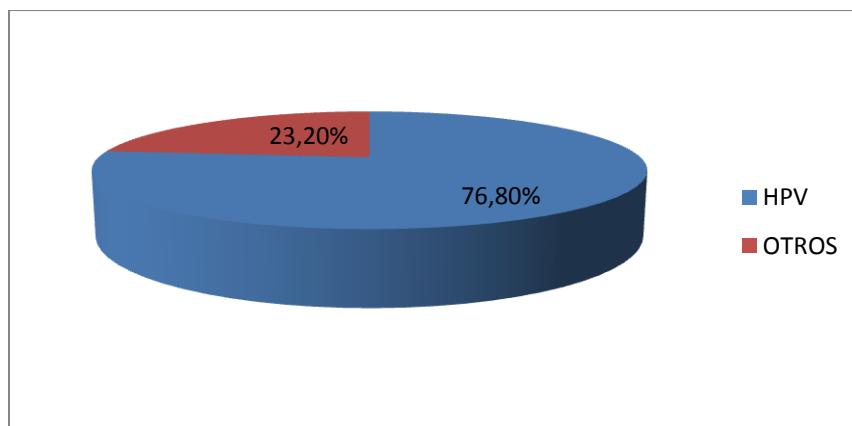
40 - 45 años	
Ca. Epidermoide	22%
Adenocarcinoma	2%
Sarcoma	2%

Del total de pacientes estudiadas un 52% no presentaron controles previos al diagnóstico, mientras que el 48% restante si lo hizo.



SIN CONTROL PREVIO	26 pacientes	52%
CON CONTROL PREVIO	24 pacientes	48%

Del total de 152 casos analizados al principio del estudio se observó que 76,8% se relaciona con HPV.



DISCUSION

Analizando la problemática de la patología maligna de cérvix nos encontramos con la principal dificultad que son la falta de datos importantes en las historias clínicas.

Por otra parte hallamos un gran número de pacientes sin controles previos, lo cual constituye uno de los fundamentos de este trabajo. En el mismo postulamos que el hecho de que las pacientes no concurren a la consulta ginecológica anual, hace que se dificulte el diagnóstico y tratamiento precoz, pudiéndose detectar lesiones premalignas y tratándose oportunamente, evitando así la progresión a estadios más avanzados de la enfermedad, disminuyendo la morbimortalidad y reduciendo los costos del tratamiento.

Cabe destacar el hallazgo de un porcentaje elevado de pacientes en edad fértil, lo que si bien es lógico ya que existe una relación directa entre el cáncer de cérvix y la infección por HPV, deja un oscuro panorama ya que nos habla de la falta de educación sobre las consecuencias de esta enfermedad en la salud sexual y reproductiva.

CONCLUSIONES

Del estudio realizado concluimos en recalcar la importancia de los controles ginecológicos periódicos con la realización de colposcopia y citología exfoliativa, a fin de prevenir el cáncer de cuello uterino, ya que al detectar lesiones y cambios histopatológicos en forma temprana disminuiría la cantidad de pacientes con lesiones avanzadas, evitándose una morbilidad que conlleva a un deterioro de la calidad de vida de las pacientes y tratamientos complejos. Como promotores de salud debemos concientizar a la población sexualmente activa sobre la importancia de la consulta médica en forma rutinaria, así como de la prevención de la infección con HPV, ya que existe una relación directa entre la infección con este virus y las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino y sus consecuencias en la salud sexual y reproductiva.

Por otra parte el sistema de salud y sus agentes deberán optimizar los recursos a fin de brindar una atención médica de calidad, y cercana a la población, así como capacitarse para realizar tomas de muestras adecuadas para un correcto screening. Es de suma importancia informar a la población acerca de la prevención de esta enfermedad, así como de otras ITS, por medio de la educación sexual en la adolescencia, ya que es el momento en que se inicia la vida sexual en la mayor parte de la población.

Por tanto decimos que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad que se puede prevenir de una manera eficaz, sencilla y económica, y no debemos dejar que la misma avance sino que debemos reducirla a su mínima expresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Cancer Society. Cancer Prevention & Early Detection Facts & Figures 2010. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2010.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (2002, reaffirmed 2008). Diagnosis and treatment of cervical carcinomas. ACOG Practice Bulletin No. 35. Obstetrics and Gynecology, 99(5): 855–867.
3. Arrossi, Silvina, Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. - 1a ed. - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2008.
4. Averette HE, Nguyen HN, et al. Radical hysterectomy for invasive cervical cancer: a 25-year prospective experience with the Miami technique. Cancer 1993, 71: 1422.
5. Brusca J, Robledo H, Azzarini L., Martinez JL., Casavilla A, Lipovetzky. Detección Precoz del Carcinoma de Cérvix en el Hospital Materno Infantil Jose Equiza (Gonzalez Catan) Experiencia de Cuatro Años de su Implementación. SOGBA 1999; 30:125-134.
6. Cabezas Cruz E, Cutié León E, Santisteban Alba S. Infecciones de transmisión sexual. En: Manual de procedimientos en Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2006. p. 90-103.
7. Cáncer de Útero. Mortalidad Argentina-2003. Ministerio de salud y Ambiente. ANLIS “Dr. Carlos Malbrán”, INER “Emilio Coni”. PRO.Ca 08/05-Arg.
8. Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. ISBN 978 92 4 354700 8. Organización Mundial de la Salud, 2007.
9. Comparato Mario, Patología Uterina Maligna, Ginecología En Esquemas. 3ª. Ed. Año 2000. Pag. 213 -223.
10. Corey L.; Wald A.; Celum CL.; Quinn TC. The Effects of Herpes Simplex Virus-2 on HIV-1 Acquisition and Transmission: A Review of Two Overlapping Epidemics. J Acquir Immune Defic Syndr 2004 Mar 15;35(5):435-445.
11. Curado MP, Edwards B, Shin HR y cols. Cancer incidence in five continents, Vol. IX. Lyon: IARC press 2007, publication N° 160.
12. Damico A., Cancer De Cuello Uterino: Una enfermedad prevenible y curable. Rev. Numen de las Ciencias y la Cultura. 2010. Vol. N° 9.3-5.
13. Elliot P, Coppelson M. et al. Early invasive Carcinoma of the cervix. A clinicopathologic study of 476 cases. Int J. Gynecol Cancer 2000, 10: 42.
14. Fodere H, Bianchi L, Wrigth H. Tratamiento de Cáncer Cervical Uterino Avanzado. SOGBA 1996; 27:149 – 152.
15. Franco E, E. Duarte and A. Ferenczy 2001. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. CMAJ; 164 (7):1017-25.

16. Gatta G, Capocaccia R, Coleman MP, et al. Toward a Comparison of Survival in America and European Cancer Patients. *CANCER*, August 2000; 89 (Supl 4): 893 – 900.
17. Gómez P. Semiología, evaluación y glosario del dolor en cáncer. En: Gómez P, editor. Asociación Colombiana para el estudio del dolor. Dolor y Cáncer. Colombia: Ediciones Guadalupe; 2009.p.1-18.
18. Gori Jorge – Lorusso Antonio, Patología Cervical Uterina, Ginecología De Gori 2ª. Ed., año 2008, pag. 350- 399.
19. Human papillomavirus testing for triage of women with cytologic evidence of low-grade squamous intraepithelial lesions: baseline data from a randomized trial. The Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance/Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions Triage Study (ALTS) Group. *J Natl Cancer Inst* 92 (5): 397-402, 2000.
20. IARC, Handbook of Cancer Prevention. Cervical Cancer Screening 2005; 10.
21. Kably Ambe - ISSN - Consenso para la prevención del cáncer cervicouterino – Volumen 79, núm. 12, diciembre 2011. 785-787.
22. Lai CH, Chang CJ, Huang HJ, et al.: Role of human papillomavirus genotype in prognosis of early-stage cervical cancer undergoing primary surgery. *J Clin Oncol* 25 (24): 3628-34, 2007.
23. Lawrence Garfinkel MA. Tendencias del cáncer. En: Gerald PM, Walter Lawrence Jr, Raymond EL Jr, editores. *Oncología Clínica*. 2da; ed. Washington DC: OPS;1996. p. 1-10.
24. Lorente J, Monserat JA, Santaella M, Borrego JA. Valoración de la Eficacia del Sistema de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino en Córdoba (España). *Prog Obstet Ginecol* 2000; 43:32-39.
25. Malbrán C. Situación del cáncer de cuello de útero. República Argentina: Mortalidad 1980-1999. Informe Oficial del Ministerio de Salud de la Nación: PRO.CA.76/200.
26. Martín de Civetta MT y col. Revisión epidemiológica de la relación de la infección por HPV y cáncer de cérvix uterino en zona de ALTA INCIDENCIA OGLA 1996; 3:167-177.
27. Maxwell Parkin D, Almonte M, Bruni I y cols. Burden of HPV infection and related disease in Latin America and Caribbean region. *Vaccines* 2008 Aug; 26:S11.
28. Ministerio de salud, presidencia de la nación. Programa nacional de prevención del cáncer cérvico-uterino. Datos epidemiológicos. Tienio 2007-2009. Buenos Aires mortalidad por departamento.
29. National Cancer Institute (2010). Cervical Cancer (PDQ): Prevention—Health Professional Version. Available online: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/prevention/cervical/healthprofessional>

- 30.OMS (Weekly Epidemiological Report No 15. 2009 (84):117-132).
<http://www.who.int/wer/2009/wer8415.pdf>
<http://www.who.int/immunization/documents/positionpapers/en/index.html>
31. Patil V, Wahab SN, Zadpey S, Vasudeo ND. Development and validation of risk scoring system for prediction of cancer cervix. Indian J Public Health. 2006;50(1):38-42.
32. Pecorelli, Sergio. Corrigendum to "Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix and endometrium". Int J Gynecol Obstet. 2009;105:103-104.
33. Pellegrino A, Vizza E, Fruscio R, Villa A, Corrado G, Villa M, et al. Total laparoscopic radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy in patients with Ib1 stage cervical cancer: Analysis of surgical and oncological outcome. Eur J Surg Oncol. 2009;35:98-103.
34. Pérez Echemendía M. Cáncer cérvico uterino. En: Ginecología oncológica pelviana. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2006. p.79-144.
35. Pérez-Sánchez A. Ginecología de Pérez Sánchez. Segunda edición. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo LTDA 1995:274.
36. Rev. argent. radiol. vol.76 no.2 Ciudad Autónoma de Buenos Aires abr./jun. 2012
37. Rodríguez EA. Dermatología del SIDA. Buenos Aires. Editorial R.L. 2000 S.A. 2001.
38. Rodriguez M, Guimares O et al. Radical abdominal trachelectomy and pelvic lymphadenectomy with uterine conservation and subsequent pregnancy in the treatment of early invasive cervical cancer. Am J. Obstet Gynecol 2001, 185: 370.
39. Roffo M. Angel/ INSTITUTO ANGEL H. ROFFO, Cáncer de cuello uterino, Cáncer Ginecol., 2008, pag.240-245.
40. Sepúlveda V. Pabl, CÁNCER DE CUELLO UTERINO: SOBREVIDA A 3 y 5 AÑOS. REV CHIL OBSTET GINECOL 2008; 73(3): 151 – 154.
41. Sociedad Argentina de Pediatría Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Arch Argent Pediatr 2010;108(6):562-565.
42. Solomon D, Davey D, Kurman R, et al; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System: Terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 2002; 287:2114–2119.
43. Spitzer M. Screening and management of women and girls with human papillomavirus infection. Gynecol Oncol. 2007;107(2 Suppl 1):14-18.
44. Testa Roberto - Peluffo Marcos, FASGO, CONSENSO CANCER DE CUELLO UTERINO. Mdz. 2001.
45. Tilli M. Herpes Genital en la Embarazada Adolescente. Rev. de la Sociedad Arg. de Ginecol Inf. Juv. 2004; vol.11: N°15-12.
46. Troisi R, Hatch EE, Titus-Ernstoff L, et al. Cancer risk in women prenatally exposed to diethylstilbestrol. Int J Cancer. 2007;121(2):356–360.

47. Van Dyck E.; Meheus AZ.; Piot P. Diagnóstico de laboratorio de las enfermedades de transmisión sexual. OMS.Ginebra 2000.
48. Winter R. Conservative surgery for microinvasive carcinoma of the cervix. J. Obstet Gynecol Res. 1998, 24:433.
49. Wright TC Jr, Massad LS, Dunton CJ, et al; 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. Am J Obstet Gynecol. 2007;197(4):346–355.
50. Zreik TG, Chambers JT, et al. Parametrial involvement, regardless of nodal status: a poor prognostic factor for cervical cancer. Obstet Gynecol 199