

Aspectos Epidemiológicos de la Neoplasia Intraepitelial e invasora del Cuello Uterino

Dr. José Fco. Cascante E. **

Dr. Jorge Sagot S. **

RESUMEN

Se revisan aspectos epidemiológicos documentados en los expedientes clínicos de 1920 pacientes portadoras de displasias, carcinoma in situ, o carcinoma invasor del cuello uterino, tratadas en los Servicios de Ginecología y Oncología del Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social, entre el 1ero. de setiembre de 1969 y el 31 de agosto de 1979.

La distribución por edad en las displasias es máxima de 25 a 29 años, el carcinoma in situ de los 30 a 34 años y los estadios invasores forman una meseta desde los 40 a 64 años.

Predominan las casadas o en unión libre sobre otros estados civiles. Es predominante la actividad de oficios domésticos en toda la población estudiada (50-83% de los casos), observándose que en actividades fuera del hogar son más frecuentes los estadios intraepiteliales en relación con los invasores.

El 75% de la población estudiada inicia la vida sexual antes de los 24 años (50% antes de los 19 años), siendo la distribución similar en todos los estadios de la lesión. Igual distribución presenta la frecuencia de relaciones sexuales, correspondiendo a tres cuartas partes de la población a por lo menos 2 por semana.

En contraste con la baja paridad en las displasias, 57% de tres o menos en las displasias, en el carcinoma in situ 50% de múltiparas, en los estadios invasores hay franco predominio de múltiparas y grandes múltiparas (70-80%), observándose un ascenso paralelo de paridad-edad-gravedad de la lesión. La distribución en cuanto a incidencia de abortos es homogénea para todos los estadios.

En la población con lesión intraepitelial hay un franco predominio de usuarias de métodos anti-conceptivos (70-80%) y de éstos, en la mitad de los casos, de tipo oral; incidencia que se invierte en los estadios invasores, en donde hay ausencia de utilización en 70-80% de los casos. En cuanto al tiempo de utilización, en las formas intraepiteliales predominó por menos de un año, en tanto en las formas invasoras fue más frecuente por más de un año.

INTRODUCCION

Son múltiples las contribuciones a la literatura médica sobre aspectos epidemiológicos relacionados con la neoplasia del cuello uterino; sin embargo, éstos no han contribuido en forma clara y precisa a determinar variables útiles para la selección de pacientes con alto riesgo de sufrir la enfermedad.

Se ha identificado a la actividad sexual, como el factor etiológico principal en la patogénesis del cáncer del cuello uterino (17). Otras variables juegan un papel más o menos importante, según el enfoque de cada estudio en particular.

Nos interesa ahora revisar algunos aspectos epidemiológicos obtenidos en retrospectiva de las pacientes tratadas por patología cervical en el Servicio de Ginecología del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social.

MATERIAL Y METODOS

Entre la población atendida por patología cervical en el Servicio de Ginecología del Hospital México, del 1ero. de setiembre de

*Trabajo presentado en el XLIV Congreso Médico Nacional, 1979.

**Residentes Ginecología y Obstetricia, Hospital México, C.C.S.S.

1969 al 31 de agosto de 1979, se revisan expedientes clínicos de 1920 pacientes.

En retrospectiva se analizan datos acerca de edad al momento del diagnóstico, estado civil, ocupación, edad de inicio de actividad sexual y su frecuencia, fertilidad, uso y duración de métodos anticonceptivos.

No fue posible obtener información adecuada sobre aspectos tan fascinantes como estado socioeconómico, circuncisión del compañero sexual y número de compañeros sexuales, tampoco sobre antecedentes de frecuencia y tipo de infecciones cervicovaginales previas al diagnóstico.

En base a los conceptos de R.M. Richart (11), se incluye todo el espectro de lesiones malignas invasoras, malignas in situ, y "pre-malignas", esto es: 634 carcinomas invasores, 47 microinvasores, 599 carcinomas in situ, 640 displasias divididas en 240 severas y 400 moderadas y leves, todos los casos corroborados histológicamente.

RESULTADOS

Edad (Gráfico No. 1)

Las displasias se presentan con mayor frecuencia en los grupos de edad de los 20 a 34 años, su máxima incidencia de los 25 a 29 años. Para el carcinoma in situ la curva se desplaza en un quinquenio hacia la derecha con respecto a las displasias, esto es la población más frecuentemente afectada comprende el grupo de 30 a 34 años, prevaleciendo esta condición en pacientes de 25 a 39 años. Para los estadios invasores la curva forma una meseta en la población desde los 40 a los 64 años, excepción del microinvasor que afecta más frecuentemente a mujeres de 30 a 44 años de edad.

Estado civil

El mayor número de pacientes, independientemente del estadio de la lesión (gráfico No. 2), son casadas o en unión libre, es de observar que al ser mayor el estadio de invasión disminuye el número de uniones maritales a expensas de una mayor frecuencia en la condición de solteras, al igual que de divorciadas.

Ocupación

En el gráfico No. 3 se demuestra el predominio de oficios domésticos, como actividad a la cual se dedica la mayoría de las pacientes,

siguiendo ésta una frecuencia ascendente conforme es más avanzada la lesión. Ocurre lo inverso en pacientes dedicadas a actividades profesionales (profesoras, secretarias, enfermeras, etc.) y otras (operarias industriales, misceláneas, etc.), es decir, las mujeres dedicadas a labores fuera del hogar son más frecuentes en estadios premalignos y tempranos que en las formas invasoras de la enfermedad.

Actividad sexual

Para toda la población en estudio, independientemente del estadio de la lesión, el inicio de la vida sexual se presenta en la mayoría de las pacientes antes de los 19 años de edad (gráfico No. 4), y en tres cuartas partes de la población antes de los 24 años. Dos pacientes en la serie en estudio negaron vida sexual, corroborándose en la exploración ginecológica integridad del introito y anillo himeneal, portadoras de carcinomas epidermoides invasores en estadios III y IV, respectivamente.

Similar observación se opera en cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales (gráfico No. 5), esto es, 80% de la serie, independiente del estadio de la lesión, practican el acto sexual mínimo tres veces por semana y el 90% por lo menos cada 15 días.

Fertilidad

Se demuestra en el gráfico No. 6 cómo la participación de mujeres con gestación de cuatro o menos, es mayor en las lesiones intraepiteliales, en tanto lo inverso, los mayores porcentajes de cinco o más gestaciones se encuentran en los estadios invasores.

El fenómeno en el número de gestaciones es paralelo con la frecuencia de partos (gráfico No. 7), o sea, en los estadios invasores es franco el predominio de multíparas, en el carcinoma in situ desciende el porcentaje de multíparas a expensas de aumento en paridades de 4 ó menos, en tanto para las displasias predomina la condición de primíparas.

Del gráfico No. 8 me interesa subrayar cómo la incidencia de abortos oscila entre 30-50% de la población en estudio, independientemente del estadio de la lesión.

Anticoncepción

En tanto en las lesiones intraepiteliales predominan las usuarias de métodos anti-

conceptivos (gráfico No. 9), en las pacientes portadoras de estadios invasores predominan los porcentajes de pacientes que no utilizan métodos anticonceptivos, porcentajes que son ascendentes conforme es más avanzado el estadio. No hay diferencias significativas en cuanto al uso de anticonceptivos orales y otros métodos tales como dispositivo intrauterino, preservativo, ritmo.

En las pacientes que se conoció tiempo de utilización del método anticonceptivo, 60% de la población usuaria (gráfico No. 10), la utilización por menos de un año ocupa el más alto porcentaje en el carcinoma in situ y el microinvasor; por otro lado fue más frecuente en pacientes con displasias y fundamentalmente en los estadios invasores, la utilización de métodos anticonceptivos por más de un año.

DISCUSION

El análisis de estudios epidemiológicos efectuados en base a múltiples variables, nos fuerza a considerar la etiología de la enfermedad como multifactorial (1), así con este concepto en mente guiaré la siguiente discusión, no perdiendo de vista que cada factor se interrelaciona de una u otra forma con los otros, formando así una constelación alrededor del inquietante tema de la etiología en la neoplasia del cuello uterino.

Considerando la patología cervical según los conceptos de R.M. Richart (11,12), esto es la neoplasia cervical como una entidad evolutiva desde los estadios intraepiteliales (displasias y carcinoma in situ) a los estadios invasores, hay una clara correlación entre nuestros resultados y otros publicados en la literatura (5,7,11) con respecto a las edades de máxima incidencia para cada estadio. De esta forma, la displasia es la primera entidad con su máxima frecuencia en la segunda mitad de la tercera década de la vida, siguiendo en la primera mitad de la cuarta década el carcinoma in situ y mediando entre ambos un promedio de 5-7 años (11). El carcinoma invasor inicia su máxima frecuencia en la quinta década de la vida (10 años posterior al estadio in situ), manteniéndose hasta la primera mitad de la séptima década. Es claro observar en la transición entre carcinoma in situ e invasor, al microinvasor, con su incidencia máxima entre las edades de ambos (30 a 44 años). Esta distribución en

cuanto a la edad de máxima frecuencia, permite aceptar el concepto de lesiones progresivo-evolutivas en el orden de displasias-carcinoma in situ-microinvasor e invasor, tal como ha sido demostrado en la literatura al respecto. (11,15,16).

No pretendo inculpar a la ocupación como factor etiológico en la neoplasia cervical, factor que ya ha sido descartado como de importancia por autoridades en el tema (16), sin embargo, creo juega un papel importante como cofactor, esto es, nuestras mujeres dedicadas a labores fuera del hogar tienen mayor información y conciencia del riesgo a que están expuestas, acudiendo en forma temprana a los servicios de salud, en los que se diagnostica y trata fases tempranas y curables de la neoplasia. Por otro lado, nos coloca a la mujer dedicada a oficios domésticos —fuera de la influencia concientizadora que ejercen los centros de trabajo—, como una población con mayor riesgo de padecer la enfermedad y ser detectadas en forma tardía. Es claro que no es una variable aislada, sino que debe de interpretarse a la luz de los cambios socioculturales operados en los últimos años en nuestra comunidad, con la mayor participación de la mujer en labores fuera del hogar, la cual incluye una población relativamente joven, en comparación con las portadoras de lesiones malignas invasoras, cuyas edades son mayores.

Como se ha mencionado en la literatura (5,8,9), las mujeres casadas muestran mayor incidencia de cáncer cervical que las solteras. El análisis de este factor no es aislado, sino que debe plantarse en el contexto de las variables de la actividad sexual; es dable pensar que las casadas tienen mayor actividad sexual, aunque no necesariamente puede ser así. Sí puede aseverarse de nuestra serie, que el porcentaje de solteras aumenta paralelo al progreso de invasión, lo cual creo está en relación con que esta población es más renuente a acudir a la consulta ginecológica y por lo tanto se detecta más tardíamente; y no que su condición sea un mayor riesgo de presentar la lesión.

Es la actividad sexual el factor más incriminado como etiológico en la neoplasia cervical, alrededor del cual giran en satélite otras variables más o menos importantes. Entre la diversidad de aspectos relacionados con la vida sexual, en las diferentes revisiones

al respecto, se conserva como pilar fundamental inquebrantable la influencia perniciosa del inicio precoz de la actividad sexual (1,5,6,7,8,9,13,14), hallazgo que una vez más confirmamos en nuestra revisión, en la cual si bien no contamos con un grupo control comparativo, ya otros sí lo han demostrado (5,8). La frecuencia de relaciones sexuales se ha tomado como factor de importancia ante la prolongada exposición al mismo (17), reportándose así incidencia de hasta 4 veces mayor de lesión en prostitutas (5,8,10), sin embargo, otros (1,6) no han encontrado correlación entre la frecuencia de relaciones sexuales e incidencia de neoplasia cervical. Al no contar con un grupo control, no puedo tomar partido en favor de una u otra hipótesis, aunque sí es claro que la serie en discusión tiene una alta frecuencia de relaciones sexuales, ante lo cual creo está más expuesta a factores extrínsecos imputados en la génesis de la neoplasia (10), tales como infecciones cérvico-vaginales (6,8,10). Claro está, no cuento con datos confiables en relación a antecedentes de cervicopatías en la población en estudio; sin embargo, sí tengo la impresión de que es mayor con respecto a la población no portadora de neoplasia cervical. Cabe en este momento la pregunta: ¿Qué sucede en las mujeres que no han tenido relaciones sexuales? Ya es clásica la cita de F. Gagnon (4) sobre ausencia de esta patología en pacientes célibes, sin embargo queda el hallazgo ocasional (y muy raro) de pacientes vírgenes con carcinoma de cérvix (6), el cual se presentó en 2 pacientes de nuestra serie, ambas portadoras de carcinoma epidermoide invasor avanzado.

Otra variable en la constelación de la actividad sexual se refiere al número de compañeros sexuales, algunos no encuentran correlación entre ésta y la incidencia de neoplasias cervicales (1,6), en tanto para otros sí es significativo el dato (8,9,10,11); en nuestro material no fue posible obtener información acerca de esta variable. Otro aspecto que ha recibido gran atención en la literatura se refiere a la circuncisión del compañero sexual, aspecto controversial del cual no hay una definición clara; creo, más que la condición anatómica de una fimosis (6) en relación con el aumento del carcinoma, entran en juego condiciones higiénico-

genitales-sexuales (14) y su relación con procesos infecciosos a repetición. (8). Por otro lado, con respecto a la participación de la mujer judía, punto de partida de la discusión acerca de la circuncisión, es importante señalar que la incidencia de cambios pre-malignos es igual que para otras poblaciones (2), pareciendo que opera en ésta un factor genético en la resistencia tisular a los estímulos carcinogénicos, aspecto étnico-racial que ha sido rebatido por algunos autores. (1,6,10,16), lo mismo que aspectos culturales-religiosos en determinadas poblaciones (1,8).

Con respecto a la fertilidad de pacientes portadoras de neoplasia del cuello uterino, creo es un apéndice de la actividad sexual, para algunos no es un acontecimiento causal importante (9,16) y el primer embarazo a edades tempranas así como la multiparidad, ambos correlacionados positivamente con mayor incidencia de neoplasia (1,2,5,6,8) también tienen relación con precocidad en el inicio de las relaciones sexuales (1,14). En nuestro material, los mayores porcentajes de baja paridad en lesiones intraepiteliales se relaciona con edad relativamente joven de estas pacientes, así como la detección de las mismas en fases precoces, a través de consultas prenatales y planificación familiar; no escapa a la observación el predominio de múltiparas en los estadios avanzados, que las múltiples exposiciones del cuello uterino a las modificaciones del embarazo y traumas del parto, juegan un papel en la patogénesis de la neoplasia, es un aspecto que queda en la mesa de discusión.

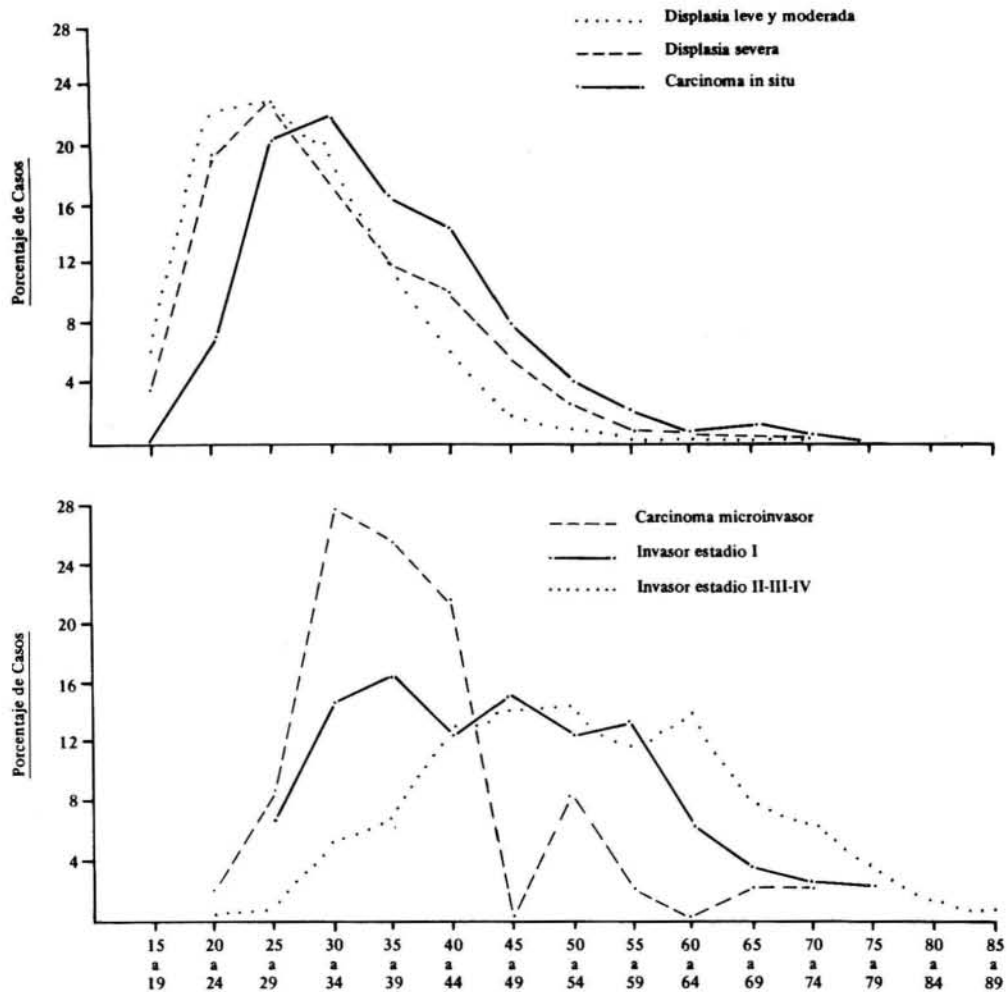
Aunque algunos reportes (6,8) presentan incidencia de aborto igual a la población portadora de neoplasia y poblaciones control, llama la atención la alta incidencia de este antecedente en nuestra serie, planteando la posibilidad de un factor común en la etiopatogenia del aborto y cáncer, o bien, la influencia del aborto en la evolución de la neoplasia, interrogantes que en la literatura no han sido aclarados.

Referente a la anticoncepción, creo per-se no juega un papel en la etiología de la neoplasia cervical, sino que coincidiendo con la observación de otros (7,16) tiene una alta correlación como indicador de actividad sexual, así, inicio temprano de vida sexual, mayor uso de anticonceptivos (y de éstos los orales). Igualmente, en nuestro material el

mayor número de usuarias con lesiones intraepiteliales denota detección precoz de éstas en las clínicas de planificación familiar, en tanto en la población que no los utiliza, tampoco reciben los beneficios de la exploración ginecológica, retrasándose en ellas el diagnóstico hasta estadios avanzados de la

enfermedad. Paralelo al beneplácito de contar con servicios de planificación familiar que nos permiten detectar portadoras de esta patología, preocupa la observación de usuarias de métodos anticonceptivos por períodos mayores de un año, siendo portadoras en el mismo período de tiempo de lesiones

Gráfico No. 1
Aspectos Epidemiológicos de la Neoplasia
Intraepitelial e Invasora del Cuello Uterino
DISTRIBUCION POR EDAD

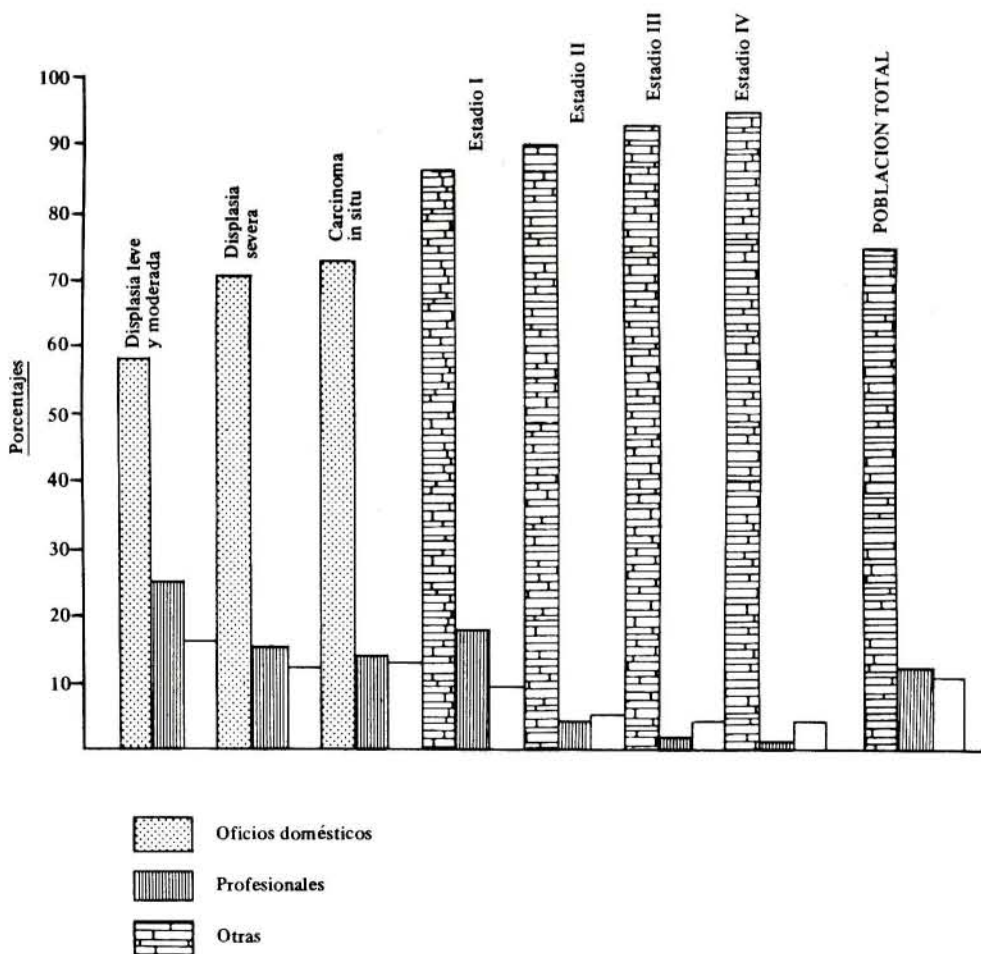


da en la patogénesis de la neoplasia. La incidencia de abortos amerita estudios en busca de factores comunes a ambas entidades.

5. La concientización del alto riesgo a que está expuesta nuestra mujer es fundamental, la misma parece ser adecuada en la trabajadora fuera del hogar, merece

mayor atención en los programas de divulgación el ama de casa, como un grupo de mayor riesgo de detección tardía, al igual que la mujer soltera, divorciada o viuda, haciéndose énfasis en la necesidad del control ginecológico en los consultorios pertinentes, médico general, ginecólogo prenatal o clínicas de planificación familiar.

Gráfico No. 3
Aspectos Epidemiológicos de la Neoplasia
Intraepitelial e Invasora del Cuello Uterino
OCUPACION



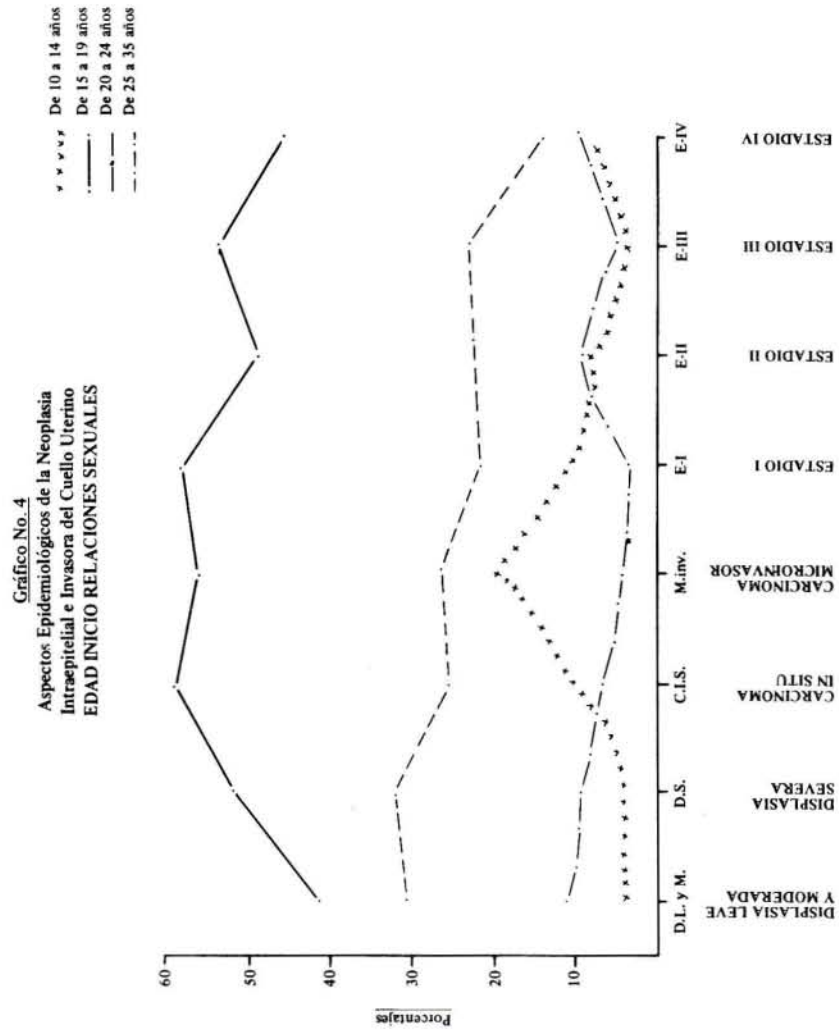


Gráfico No. 5
Aspectos Epidemiológicos de la Neoplasia
Intraepitelial e Invasora del Cuello Uterino
FRECUENCIA RELACIONES SEXUALES

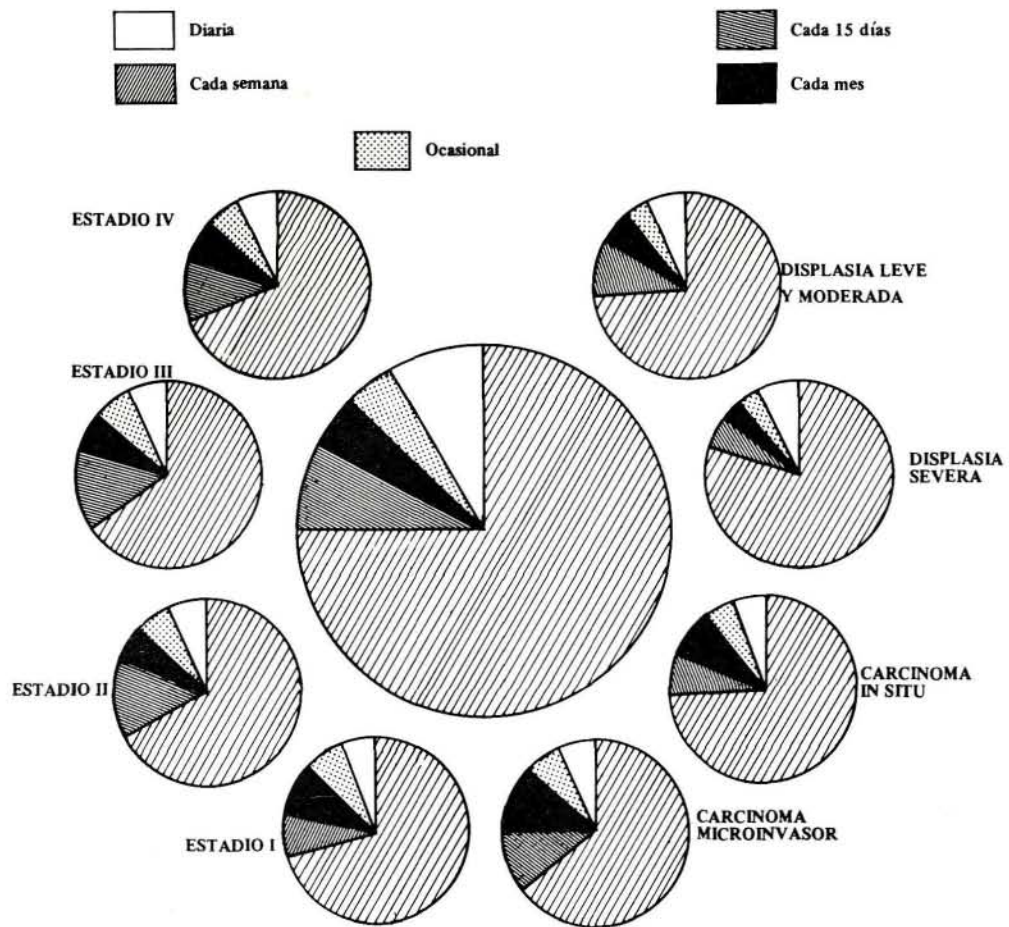


Gráfico No. 6
Aspectos Epidemiológicos de la Neoplasia
Intraepitelial e Invasora del Cuello Uterino
FERTILIDAD

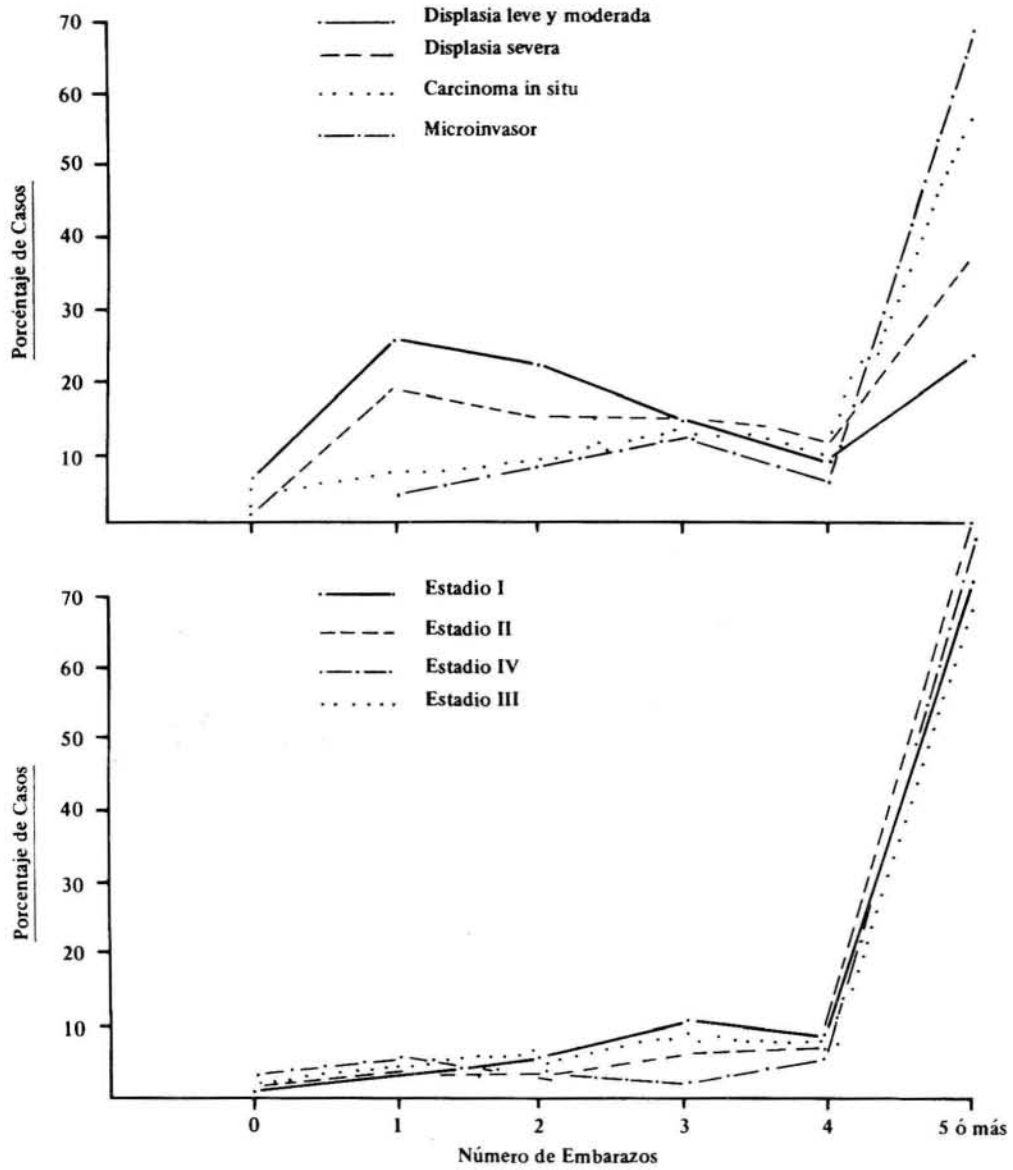


Gráfico No. 7
Aspectos Epidemiológicos de la Neoplasia
Intraepitelial e Invasora del Cuello Uterino
PARIDAD

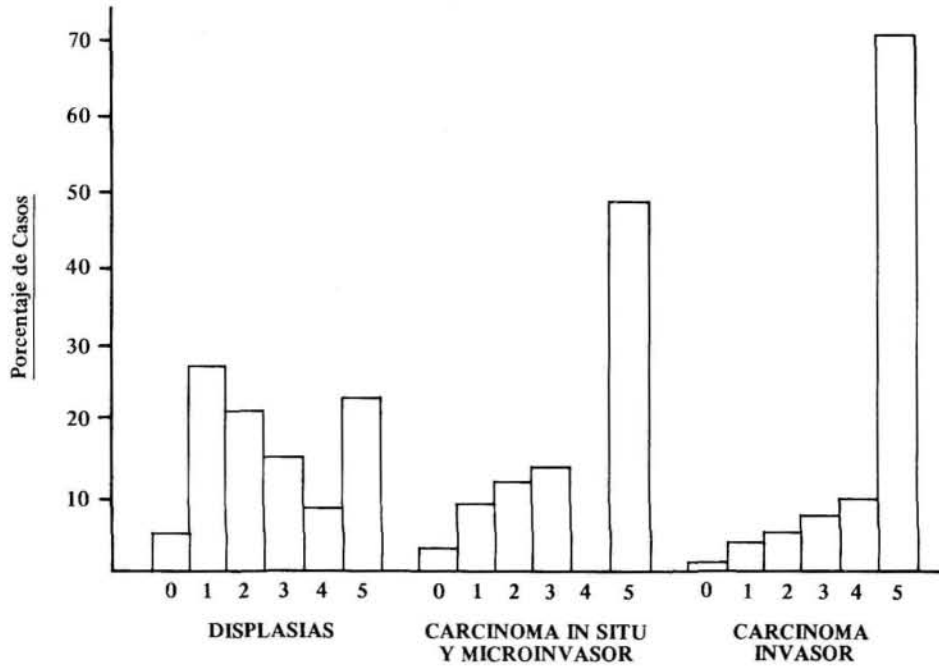


Gráfico No. 8
Aspectos Epidemiológicos de la Neoplasia
Intraepitelial e Invasora del Cuello Uterino
INCIDENCIA DE ABORTOS

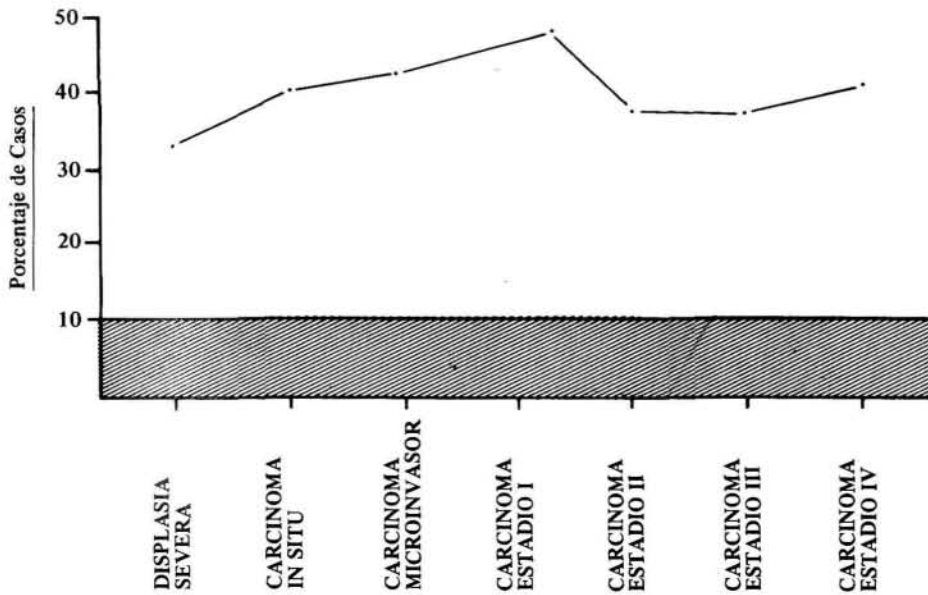


Gráfico No. 9
Aspectos Epidemiológicos de la Neoplasia
Intraepitelial e Invasora del Cuello Uterino
ANTICONCEPCION - METODOS

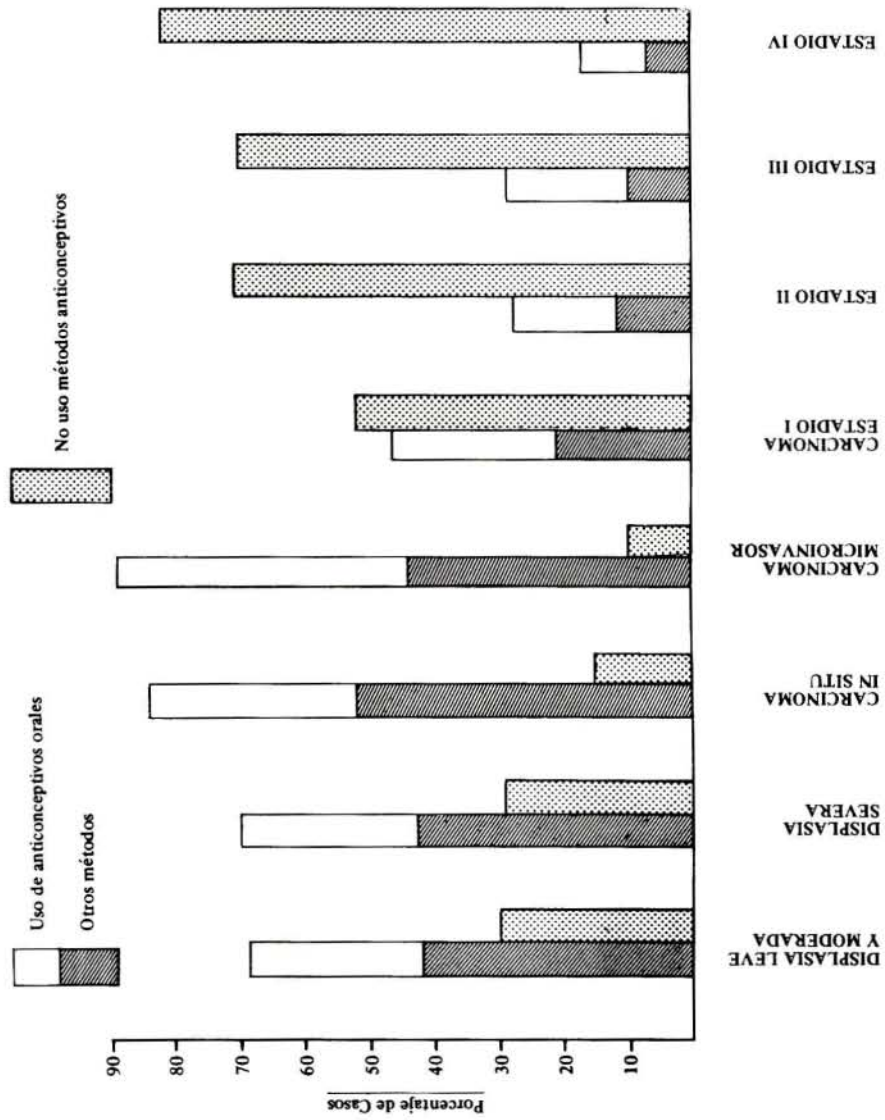
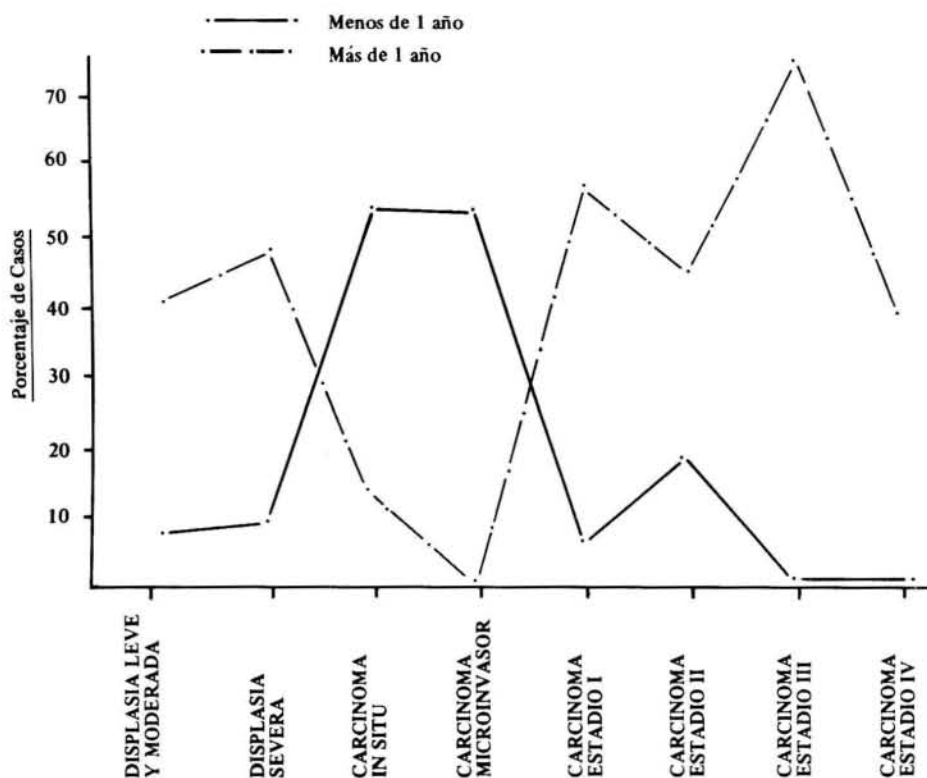


Gráfico No. 10
Aspectos Epidemiológicos de la Neoplasia
Intraepitelial e Invasora del Cuello Uterino
ANTICONCEPCION - TIEMPO DE UTILIZACION



BIBLIOGRAFIA

- 1.- BARRON, B.A. and RICHART, R.M. "Ann Epidemiologic study of cervical neoplastic disease". *Cancer* 27: 978, 1971.
- 2.- CHRISTOPHERSON, W.M. and PARKER, J.E. "Relation of cervical cancer to early marriage and childbearing". *New Engl. J. Med.* 273: 235, 1965.
- 3.- CZERNOBILSKY, B. et al. "The prevalence of cervicitis, reserve cell hyperplasia, squamous metaplasia and cervical dysplasia in Jewish Women". *Obstet. Gynecol.* 49: 587, 1977.
- 4.- GAGNON, F. "Contribution of the study of the etiology and prevention of cancer of the cervix of the uterus". *Am. J. Obstet. Gynec.* 60: 516, 1950.
- 5.- GONZALEZ MERLO, J. *El Cuello Uterino*. Salvat Editores, S.A. Barcelona, España, 1974. Pág. 224-226.
- 6.- MASUBUCHI, K. and NEMOTO, H. "Epidemiologic studies on uterine cancer at cancer institute Hospital, Tokio". *Cancer* 30: 268, 1972.
- 7.- MEISELS, A. et al. "Dysplasias of uterine cervix. Epidemiologic aspects". *Cancer* 40 (6): 3076-3081. Dec., 1977.
- 8.- NAGUIB, S.M. et al. "Relation of various epidemiologic factors to cervical cancer as determined by a screening program". *Obstet. Gynecol* 28: 451, 1966.
- 9.- NOVAK, E.R.; JONES, J.S.; JONES, H.W. *Tratado de Ginecología*. 8a. Ed. Edit. Interamericana S.A. México. 1971. Pág.244-246.

- 10.- PEREYRA, A.J. "The relationship of sexual activity to cervical cancer". *Obstet.Gynecol.* 17: 154, 1961.
- 11.- RICHART, R.M. and BARRON, B.A. "A follow-up study of patients with cervical dysplasia". *Am. J. Obstet. Gynec.* 105: 1969.
- 12.- RICHART, R.M. "A theory of cervical carcinogenesis". *Obstet. Gynecol. Surv.* 23: 874, 1969.
- 13.- ROTKIN, I.D. "Relation of adolescent coitus to cervical cancer risk". *J.A.M.A.* 179: 486, 1962.
- 14.- ROTKIN, I.D. and CAMERON, J.R. "Clusters of variables influencing risk of cervical cancer". *Cancer.* 21: 633, 1968.
- 15.- SEDLIS, A. et al. "The fate of cervical dysplasia". *Am. J. Obstet. Gynec.* 107: 1065, 1970.
- 16.- STERN, E. "Epidemiology of dysplasia". *Obstet. Gynecol. Surv.* 24: 711, 1969.
- 17.- TELINDE, R.W. and MATTINGLY, R.F. *Ginecología Operatoria*, 4a. Ed., Edit. Bernades, S.A. Buenos Aires, Argentina, 1976. pág. 744-749.