

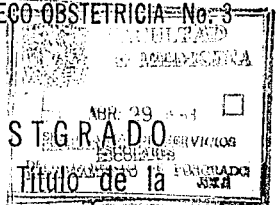
11217
64
2e)



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Gineco Obstetricia No. 3
Centro Médico La Raza

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE CANCER
CERVICOUTERINO ENCONTRADOS EN MUJERES ATEN-
DAS EN EL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO LA RAZA.



TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el Título de la
ESPECIALIDAD DE GINECO Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a
DRA. MA. GUADALUPE GUERRERO GUERRERO



Asesor: Dr. Oscar Arturo Martínez R.
Colaborador: Dr. Braulio Otero Flores



México, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Página
I.- TITULO	1
II.- OBJETIVO FUNDAMENTAL	11
III.- INTRODUCCION	1
IV.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
V.- MATERIAL Y METODOS	6
VI.- ANALISIS DE RESULTADOS	7
VII.- CONCLUSIONES	21
VIII.- BIBLIOGRAFIA	23

I. TITULO

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE CANCER CERVICOUTERINO
ENCONTRADOS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE GINECO-
OBSTETRICIA No. 3 CENTRO MEDICO LA RAZA.

II. OBJETIVO FUNDAMENTAL

REALIZAR UNA REVISION DE LOS FACTORES DE RIESGO MAS
COMUNMENTE ENCONTRADOS PARA DESARROLLO DE CANCER CERVICOUTERI
NO EN MUJERES CAPTADAS EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA No.3 CENTRO MEDICO LA RAZA.

III. INTRODUCCION

El carcinoma del cuello uterino es quizá la más importante de las afecciones a que el ginecólogo tiene que enfrentarse. Es cierto no solo por la frecuencia con que se encuentran las formas preinvasora e invasora de la enfermedad, sino también porque se sabe mucho sobre la historia natural de éste cáncer que puede servir para el diagnóstico y tratamiento tempranos.

En sentido biológico se desconoce como en todo cáncer, la causa del carcinoma del cuello uterino. No obstante, algunas circunstancias están tan íntimamente relacionadas con él, que pueden considerarse como factores estiológicos.

En la actualidad el riesgo de cáncer cervicouterino es máximo en poblaciones negras, pobres y no educadas. La tendencia actual a la modificación de los hábitos sexuales, y en particular, la menor edad en que se inician las relaciones sexuales, son factores que colocan a otros grupos raciales y económicos en la población de alto riesgo.

Tomando en cuenta que nuestra población se encuentra dentro de este grupo de alto riesgo, y ya que nuestro hospital es considerado de concentración es de utilidad determinar cuales son los factores de riesgo que con más frecuencia se presentan en nuestras pacientes.

IV. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Numerosos estudios epidemiológicos registrados en la literatura han establecido una asociación positiva entre el carcinoma del cuello uterino y múltiples factores sociales interdependientes. Se observa una mayor incidencia entre los negros y descendientes de mexicanos, y esto se encuentra sin duda relacionado con los niveles socioeconómicos inferiores. El mayor número de casos de carcinoma del cuello uterino en mujeres multíparas está probablemente relacionado con otros factores como la edad al casarse y la edad al primer embarazo. Esto relacionado con la alta incidencia en prostitutas lleva a la conclusión que la promiscuidad sexual y el coito a edad temprana aumentan la posibilidad de su desarrollo. ' 1

El período de metaplasia pavimentosa incipiente es el momento de mayor riesgo de transformación celular y de instalación de una neoplasia cervical. Se demostró que en este período las células metaplásicas jóvenes que están cerca de la unión pavimentosocolumnar poseen propiedades fagocitarias. Si en este momento existe en la vagina algún mutágeno en potencia, el epitelio puede experimentar alguna transformación premaligna. La metaplasia pavimentosa incipiente es más frecuente en la pubertad, comienzo de la adolescencia y primer embarazo. En consecuencia las mujeres que inician la

actividad sexual a menor edad, cuando el proceso metaplásico es más activo, tendrían mayores probabilidades de adquirir un cáncer cervical. ²

Observaciones históricas han reconocido la gran importancia de los factores epidemiológicos que juegan un papel en la etiología del cáncer cervicouterino, entre estos se han implicado agentes de índole infeccioso, particularmente virus. ⁴

Los datos epidemiológicos concernientes a la patogenia de la neoplasia cervical sugieren que los agentes de transmisión venérea actuarían como posibles mutágenos. Como los virus son parásitos intracelulares obligados, es probable que interfieran en la replicación del DNA del huésped. Hay evidencias que indican al herpesvirus como oncógeno en una variedad de especies animales. Los microorganismos se unen a la superficie de la célula e introducen su material genético en ella. Cuando sólo una parte del material genético se replica la célula no muere y, como resultado las células siguientes llevan no sólo su material genético sino también el virus infeccioso en cada división. ²

La literatura ha descrito que la transmisión sexual del agente infeccioso puede ser importante en la etiología del cáncer cervical. El virus papiloma humano (VPH) ha sido implicado como potencialmente oncógeno. Algunos genotipos

como el 6,11,16,18,31 y 35 se han relacionado con lesiones premalignas. Hasta el momento no ha sido explicado con claridad el mecanismo por el cual se realizan las transformaciones celulares. ^{3 3 7}

Recién en 1976 se comenzó a examinar el papel del VPH en la carcinogénesis cervical. Los papilomavirus ocurren en una variedad de lesiones verrugosas humanas. Por mucho tiempo se creyó que estas lesiones obedecían al mismo virus, pero los estudios bioquímicos e inmunológicos revelaron varios serotipos. El VPH 6 y 11 se transmiten por contacto sexual y pueden asociarse con neoplasia intraepitelial cervical. El VPH 16 y 18 son dos tipos principales que ocurren en el carcinoma cervical in situ e invasor. ²

Se ha establecido que deben concurrir tres condiciones para que se desarrolle cáncer cervicouterino: la mujer en riesgo, la pareja sexual y un carcinógeno. Se han definido en cierto grado las dos primeras condiciones, a pesar de que los carcinógenos siguen desconociéndose. Como éste cáncer parece ser de origen "venéreo", todos los agentes patógenos comunes como el *Treponema pallidum*, la *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas spp* y los hongos han sido considerados en un momento u otro. ¹

Así como los factores sexuales y reproductivos han sido bien establecidos como de riesgo para desarrollar cáncer

cervicouterino, más recientemente se ha incluido el tabaco como otro factor. ' 10

En 1966 Naguib y colaboradores presentaron el primer reporte actualizado que revelaba la asociación entre tabaquismo y neoplasia cervical, siendo cada día más fuerte la evidencia epidemiológica que los relaciona.

Se sabe que la nicotina y sus metabolitos carcinogénicos son absorbidos dentro de la sangre y excretados por orina. Otros carcinógenos encontrados en el tabaco como la 3-4 benzopireno es también excretado por orina y se conoce como un potente carcinógeno en el cervix uterino de la rata. ' 11

Es obvio, por investigaciones recientes, que la neoplasia cervical ha sido diagnosticada a una edad más temprana que antes. Esto puede solamente señalar que la pesquisa de pacientes con alto riesgo se realiza en forma más temprana, por lo cual el diagnóstico se establece a una edad más baja. ' 1

V. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

Se revisaron 100 expedientes de mujeres enviadas de su hospital general de zona con diagnóstico citológico de cáncer cervicouterino en un periodo de un año comprendido de Julio de 1991 a Julio de 1992. Siendo captadas en el servicio de Ginecología del hospital de Ginecoobstetricia No.3 Centro Médico la Raza.

METODO:

De las 100 pacientes incluidas en cada una se investigó:

- 1.- Edad.
- 2.- Edad a la primera relación sexual.
- 3.- Paridad.
- 4.- Nivel socioeconómico.
- 5.- Número de compañeros sexuales.
- 6.- Tabaquismo.
- 7.- Enfermedades infecciosas sobre todo de tipo viral.
- 8.- Método anticonceptivo.

VI. ANALISIS DE RESULTADOS

De las 100 pacientes seleccionadas con citologías positivas, en 42 (42%) se corroboró el diagnóstico por biopsia dirigida por colposcopia y 64 (64%) por conización cervical.

Dentro del grupo de edad se encontró solo 1 paciente menor de 20 años y el mayor número se encontró en el grupo mayor de 40 años 68%.

Respecto al tabaquismo solo en 25% fué positivo. 75% lo negaron.

Nivel socioeconómico, se dividió en 3 grupos, en el bajo se encontró la mayoría de mujeres, correspondiendo a un 70%, 27% en el nivel medio y 3% en el alto.

En cuanto a enfermedades infecciosas, 39% tuvieron antecedente de cervicovaginitis de diferentes etiologías. Se investigó la asociación con infección por virus papiloma humano, encontrándose solo en el 9%, de estas en 2 se diagnosticó por citología, en 3 por biopsia y 4 por conización cervical.

La edad de inicio de vida sexual activa, en este inciso 10% la iniciaron antes de los 15 años, el mayor grupo estuvo comprendido entre los 16 a 20 años, correspondiendo al 71%, de los 21 a 25 años 13%, de 26 a 30 se encontró el 5% y solo 1% mayor de 30 años.

El número de compañeros sexuales se dividió en 3 grupos, 68%

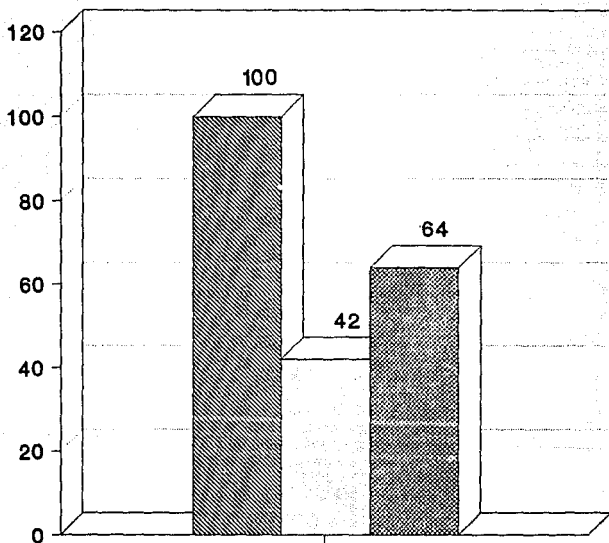
tuvieron solo 1 compañero sexual, 31% de 2 a 5 y sólo 1% tuvo más de 5. Del total de parejas sexuales solo 7% eran circuncidados y 93% no lo eran.

Respecto a la paridad también se dividió en cuatro grupos, se encontraron 2% nulíparas, 21% tuvieron de 1 a 2 partos, 22% de 3 a 5 y el 55% tuvieron más de 5 partos.

En el método de planificación familiar, 45% nunca lo usaron, 18% usaron hormonales, 17% dispositivo intrauterino y el 20% con salpingoclasia bilateral.

Estos últimos datos se relacionan entre sí ya que el mayor porcentaje de pacientes no usaron método de planificación familiar, lo cual tiene que ver con la multiparidad, además de tener en cuenta que el 68% de pacientes eran mayores de 40 años y de nivel socioeconómico bajo, en donde se encuentra mayor renuencia para el uso de este tipo de métodos.

CANCER CERVICOUTERINO METODO DIAGNOSTICO



 CITOLOGIA

 CORROBORADO BIOPSIA

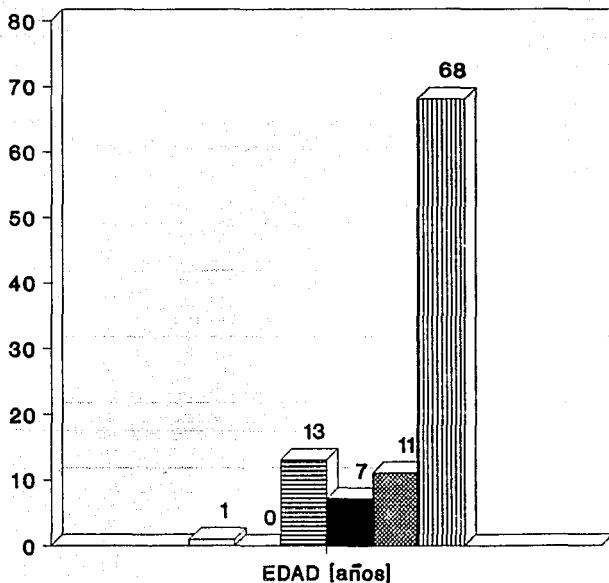
 CORROBORADO CONO

HOSP. DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3, CMR

n=100

CANCER CERVICOUTERINO

NUMERO DE PACIENTES



- DE 20

21 - 25

26 - 30

31 - 35

36 - 40

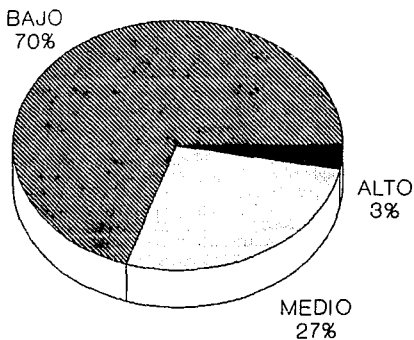
+ DE 40

HOSP. DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3, CMR
n=100

CANCER CERVICOUTERINO

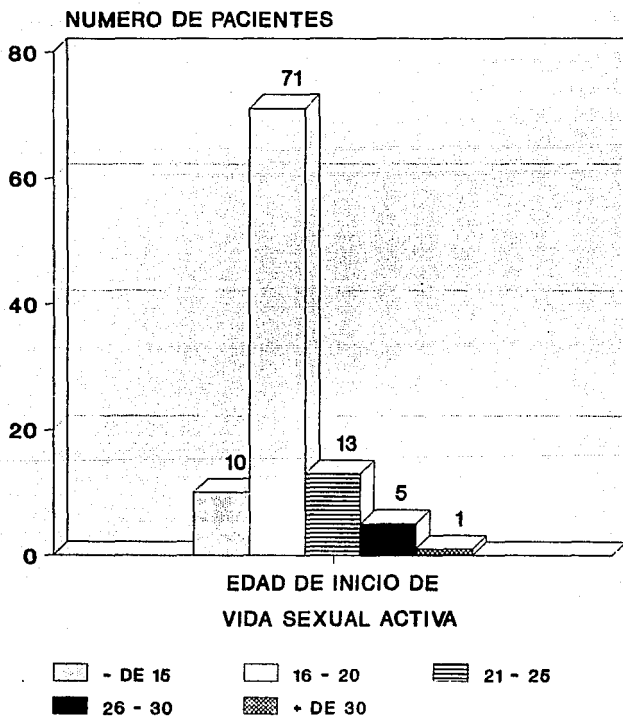
FACTORES DE RIESGO

NIVEL SOCIOECONOMICO



HOSP. DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3 CMR
n=100

CANCER CERVICOUTERINO

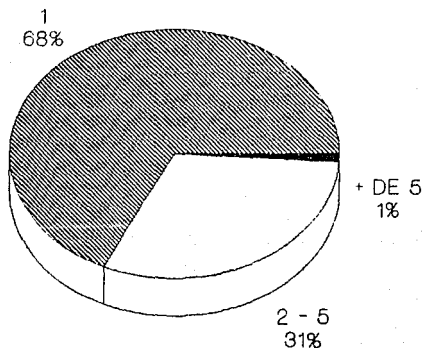


HOSP. DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3, CMR
n=100

CANCER CERVICOUTERINO

FACTORES DE RIESGO

NUMERO Y PORCENTAJE DE COMPAÑEROS SEXUALES

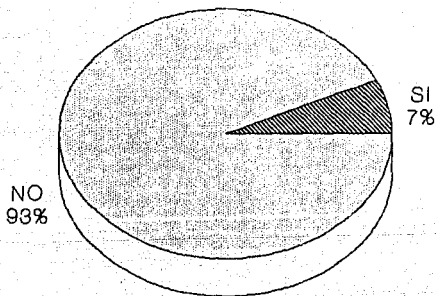


HOSP. DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3 CMR
n=100

CANCER CERVICOUTERINO

FACTORES DE RIESGO

CIRCUNCISION

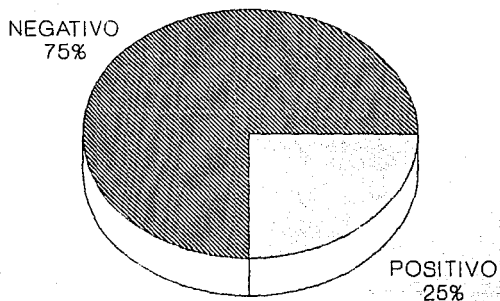


HOSP. DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3 CMR
n=100

CANCER CERVICOUTERINO

FACTORES DE RIESGO

TABAQUISMO

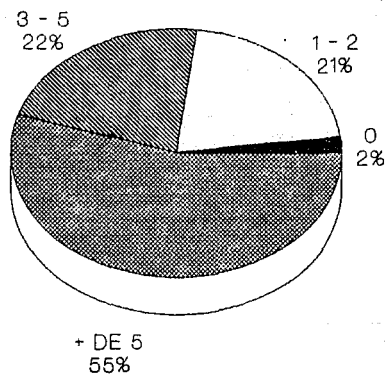


HOSP. DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3 CMR
n=100

CANCER CERVICOUTERINO

FACTORES DE RIESGO

PARIDAD

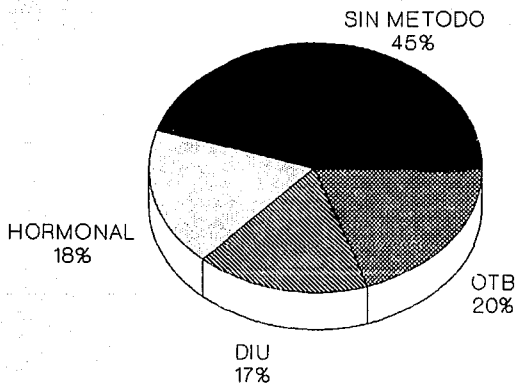


HOSP. DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3 CMR
n=100

CANCER CERVICOUTERINO

FACTORES DE RIESGO

METODO ANTICONCEPTIVO

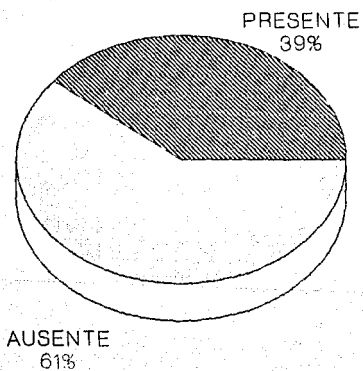


HOSP. DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3 CMR
n=100

CANCER CERVICOUTERINO

FACTORES DE RIESGO

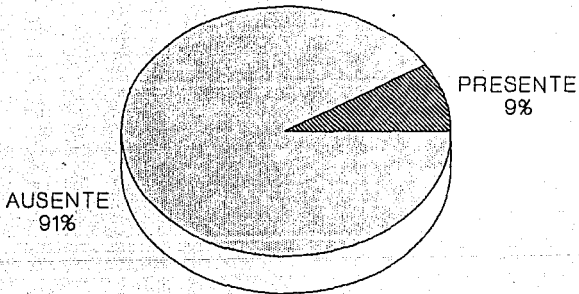
CERVICOVAGINITIS



HOSP. DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3 CMR
n=100

CANCER CERVICOUTERINO FACTORES DE RIESGO

VIRUS PAPILOMA HUMANO

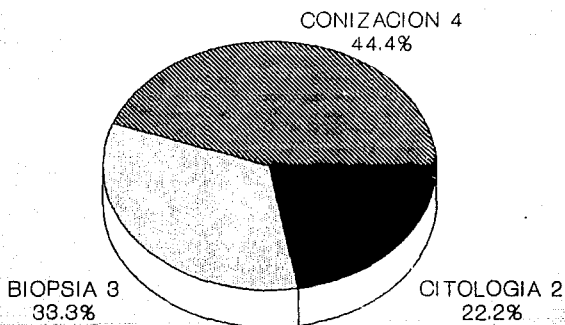


HOSP. DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3 CMR
n=100

CANCER CERVICOUTERINO

FACTORES DE RIESGO

METODO DIAGNOSTICO DE VPH



HOSP. DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3 CMR
n=100

VII. CONCLUSIONES

- 1.- De acuerdo a los datos que se investigaron y los resultados de estos, encontramos que existe correlación con lo que se describe en la literatura, aunque no del todo, probablemente por el tipo de población que manejamos, que en un momento dado no se de la información fidedigna sobre todo en cuanto al número de compañeros sexuales, ya que la mayoría solo reportó uno.
- 2.- En cuanto al tabaquismo se esperaba un mayor número de mujeres fumadoras, ya que solo en la cuarta parte fué positivo este dato.
- 3.- Lo que más llamó la atención fué la presencia del virus papiloma humano solo en 9 casos, lo cual no es significativo para asociar a este virus en la etiología del cáncer cervicouterino tal como lo reporta la bibliografía.
- 4.- Sin embargo hemos visto que predominó el nivel socioeconómico bajo, la multiparidad, las cervicovaginitis y que como mencionamos están en íntima relación los unos con los otros y que además son los factores de riesgo que desde siempre se han descrito y que más comunmente se encuentran.
- 5.- Por lo anteriormente descrito y lo mencionado al inicio de este trabajo estamos de acuerdo que el cáncer cervicouterino

es una patología que predomina en los estratos socioeconómicos bajos y por ende encontraremos muchos factores de riesgo como son la promiscuidad, multiparidad, inicio de vida sexual temprana y enfermedades infecciosas. Todas estas características engloban a un gran grupo de población que es con la que tenemos contacto, ya que este es un hospital de concentración, sin embargo, esto debe de ser de gran interés para el primer y segundo nivel de atención, ya que a ellos corresponde detectar a estos grupos de alto riesgo, proporcionarles información y educación para la salud, convencer a las mujeres de que asistan a los programas de detección oportuna de cáncer, ya que como se mencionó al principio el detectar una neoplasia cervical en etapas tempranas facilitará su manejo y mejorará su pronóstico.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- P.J DiSaia. Ginecología Oncología. Tercera edición, 1991. Editorial Médica Panamericana.
- 2.- Te Linde. Ginecología Operatoria. Sexta edición, 1987. Editorial Ateneo.
- 3.- Olive A et al. HPV 16 DNA in normal and malignant cervical epithelium: Implications for the etiology and behaviour of cervical neoplasia. Lancet 1987;1:703-7.
- 4.- Stanley H et al. Association of human inmunodeficiency virus induced immunosuppression with human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia. Am J Obstet Gynecol 1989;160:352-3.
- 5.- Meisels A. Morin C. Problems in cytological screening from condylomatous lesions of the cervix. Clin Obstet Gynaecol 1985;12(1):53-66.
- 6.- Cuzick J et al. Case-control study of risk factors for cervical intraepithelial neoplasia in young women. Eur J Cancer 1990;26(6):684-90.
- 7.- Walker PG et al. The prevalence of human papillomavirus antigen in patients with cervical intraepithelial neoplasia. Br J Cancer 1983;48:99-101.
- 8.- Hellberg D et al. Smoking and cervical intraepithelial neoplasia nicotine and cotinine in serum and cervical mucus in smokers and nonsmokers. Am J Obstet 1988;158:910-913.
- 9.- Hellberg D, Valentin J and Staffan Nilson. Smoking and cervical intraepithelial neoplasia. Acta Obstet Gynecol Scand 1986;65:625-631.
- 10.- Nischan P, Ebeling K, Schindler C. Smoking and invasive cervical cancer risk. Results from a case-control study. Am J Epidemiol 1988;128:74-77.
- 11.- Wenz WS. The significance of mucosal lesions antedating mouse cervical cancer. Am J Obstet Gynecol 1962;84:1506-1511.