



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



ORIGINAL

Características de casos de cáncer cervicouterino: Centro Estatal de Cancerología Miguel Dorantes Mesa 2006-2010

P.G. Coronel-Brizio*, E. Andrade Pinos, E. Zadoc Díaz Domínguez y R. Guzmán García

Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México

Recibido el 23 de febrero de 2011; aceptado el 4 de julio de 2011

Disponible en Internet el 27 de octubre de 2011

PALABRAS CLAVE

Cáncer;
Citología cervical;
Tamizaje;
Incidencia

Resumen

Introducción: En Latinoamérica uno de los problemas principales de salud pública es el cáncer del cuello uterino (CACU); México no es la excepción ya que se ha decrementado sutilmente su incidencia de esta neoplasia maligna. La mayoría de enfermas que se internan en hospitales oncológicos son casos avanzados por lo que el tratamiento no es tan eficaz como sucedería en estadios precoces.

Objetivo: Analizar la incidencia de CACU de las enfermas que fueron atendidas en el Centro Estatal de Cancerología (CECAN) ubicado en Xalapa, Veracruz del 1 enero del 2006 al 31 de diciembre del 2010. Las variables fueron: zona de origen, tipo histopatológico, no contar con algún tipo de seguridad social, edad, ocupación, citología cervical previa, tratamiento.

Resultados: Se registraron 693 casos de CACU, clasificadas en 258 pacientes rurales (37,2%), 139 suburbanas (20,1%) y 296 urbanas (42,7%). El 97,8% de enfermas se dedican a las labores domésticas. La edad media general fue de 45-49 años, zona urbana de 47,5, suburbana 49,6. El 51% no se efectuó la citología cervical, la congruencia histológica del 44%, falsos negativos 35,6%, el estadio IIB fue de más frecuente, carcinoma epidermoide 79,2%, adenocarcinoma 14%. Mayor frecuencia de tratamiento quimioterapia seguida de radioterapia.

Conclusión: La capacitación del personal en la toma de la muestra de citología cervical debe tener una calidad suficiente para su correcto diagnóstico y así evitar en lo posible los falsos negativos y el alto índice de infecciones cervicovaginales dificulta en gran medida el diagnóstico citológico.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cancer;
Cervical cytology;
Screening;
Incidence

Characteristics of cases of cervical cancer: Centro Estatal de Cancerología Miguel Dorantes Mesa 2006-2010

Abstract

Introduction: One of the main public health problems in Latin America is cervical cancer (CC). Mexico is no exception, since the incidence of this disease has decreased subtly. Most patients admitted to cancer hospitals have advanced disease and consequently treatment is less effective than in earlier stages.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gcoronel@uv.mx (P.G. Coronel-Brizio).

Objective: To analyze the incidence of cervical cancer in patients treated at the Centro Estatal de Cancerología in Xalapa, Veracruz, Mexico, from January 1st, 2006 to December 31th, 2010. The variables analyzed were area of origin, histopathologic type, having no social security, age, occupation, cervical cytology, and prior treatment.

Results: There were 693 cases of cervical cancer classified in 258 patients from rural areas (37.2%), 139 from suburban areas (20.1%) and 296 from urban areas (42.7%). Most (97.8%) were housewives. The overall mean age was 45-49 years, 47.5 in urban areas, and 49.6 in suburban areas. Cervical cytology was not performed in 51% and histological congruence was 44%. The percentage of false-negative results was 35.6%. The most frequent stage was stage IIB. Squamous cell carcinoma accounted for 79.2% and adenocarcinoma for 14%. There was a greater frequency of chemotherapy followed by radiation treatment.

Conclusion: Staff should be trained to extract samples for cervical cytology of sufficient quality to allow correct diagnosis and thus avoid false negative results and the high rate of cervicovaginal infections, which hamper cytological diagnosis.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En Latinoamérica uno de los problemas principales de salud pública es el cáncer del cuello uterino (CACU); México no es la excepción ya que se ha decrementado sutilmente su incidencia de esta neoplasia maligna, que es la segunda causa de muerte en mujeres mayores de 25 años después del cáncer de la glándula mamaria. La mayoría de enfermas que se internan en hospitales oncológicos son casos avanzados por lo que el tratamiento no es tan eficaz como sucedería en estadios precoces. En países desarrollados como es el caso de España, esta enfermedad la tienen controlada desde hace varios años a través del examen de la citología cervical (CC) ya que la cobertura de este examen rebasa el 80% de pacientes con factores de riesgo. En México no supera la cobertura más allá del 30% con un alto número de falsos negativos^{1,2}.

En el año 2002, la tasas de mortalidad en el Estado de Veracruz por CACU se ubicó en 24,7 por 100.000 habitantes y la más alta se presentó en mujeres mayores de 65 años de edad, seguida por el grupo de 60 a 64 años³.

La incidencia en Veracruz de este cáncer puede variar dependiendo de la zona en que se encuentren las enfermas (urbana, suburbana y rural), ya que es de esperar un aumento en la incidencia en áreas rurales que en urbanas, donde la atención primaria a la salud están más cercanas. En diversos estudios se ha demostrado que las mujeres en zonas rurales se practican menos la CC que en ciudades donde se encuentran los servicios de salud en mayor número y accesibilidad a la población⁴⁻⁷.

El propósito de analizar en el Estado de Veracruz esta neoplasia entre las enfermas, que fueron atendidas en el Centro Estatal de Cancerología (CECAN) ubicado en Xalapa, Veracruz entre enero del 2006 al 31 de diciembre del 2010, fue determinar su incidencia de acuerdo a su zona o región de origen (urbana, suburbana y rural) e identificar las características clínicas.

Material y método

Se analizó la base de datos del departamento de estadística del CECAN, donde se revisaron los datos de pacientes en

el periodo del 1 de enero del 2006 al 31 de diciembre del 2010, con diagnóstico de CACU. Los criterios de inclusión fueron: tipo histopatológico, que no contaran con algún tipo de seguridad social, edad, ocupación, región donde habitan en el Estado, CC previa, tratamiento según la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Se analizó la información mediante estadística descriptiva y se obtuvieron moda, media y rangos.

Resultados

Durante el lapso de tiempo del presente trabajo se registraron 693 casos de CACU (más de 138 por año), clasificadas en 258 pacientes rurales (37,2%), 139 suburbanas (20,1%) y 296 urbanas (42,7%). El 97,8% de enfermas se dedican a las labores domésticas (fig. 1).

Referente a la edad general se presentó con una moda de 45 a 49 años con 110 casos, rango de 22 a 87 años y una media de 48,2 años. En el área urbana la moda fue de 45 a 49 años con un rango de edad de 26 a 88 y una media de 47,5 años. La zona suburbana presentó una moda entre los 35 y 39 años y rango de 32 a 79 y una media de edad de 47,8 años. Las enfermas rurales igualmente tuvieron una moda similar a la suburbana, con un rango de 19 a 85 años y una edad media de 49,6 (fig. 2).

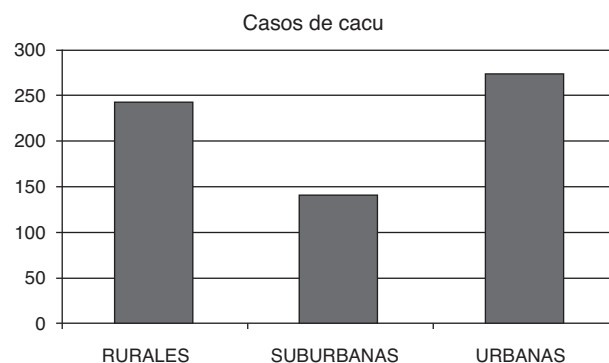


Figura 1 Casos de CACU.

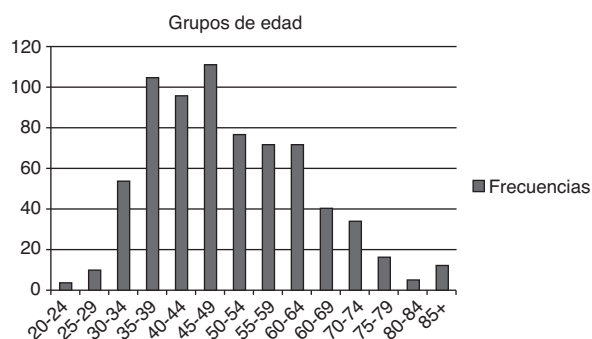


Figura 2 Grupos de edad.

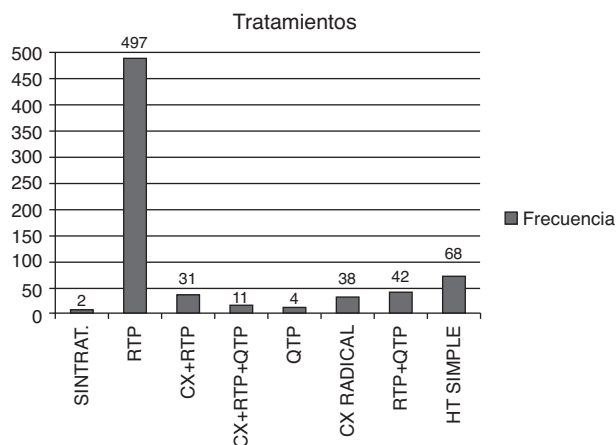


Figura 3 Tratamiento.

De los 693 casos, más del 51% no se realizó la prueba de Papanicolaou siendo como sigue, 146 (56,6%) en zona rural, 73 (52,5%) en suburbana y 139 (47%) en urbana.

En las mujeres en que sí se efectuó el estudio de Papanicolaou, la congruencia histopatológica fue del 44%. Hubo falsos negativos en el 35,6% de casos reportados como alteraciones inflamatorias y el restante como necrosis. En los últimos 3 años solo el 37,8% de mujeres se había tomado la prueba de Papanicolaou del total de pacientes.

El estadio IIB se presentó como el de mayor frecuencia en los tres grupos y en general los estadios clínicos I y II ocuparon el 71% de los casos de CACU.

Los tipos histopatológicos fueron similares en porcentajes en los tres grupos: 79,2% para el cáncer epidermoide, 14% para el adenocarcinoma y el resto lo componían otras variedades.

Referente al tratamiento, la quimioterapia (QT) como radiosensibilizante más radioterapia (RTP) fue el tratamiento más común en las diferentes zonas a partir del estadio IIB que es el estándar de tratamiento en etapas avanzadas (13), seguida de RTP sola (fig. 3) donde se presenta solo el total de RTP efectuadas con y sin QTP como radiosensibilizante.

Discusión

La población más numerosa que fue captada por el CECAN fueron las mujeres que habitaban la zona metropolitana, seguida por la rural y la suburbana. Contrario a lo que podría

pensarse fue la suburbana la que menos captó pacientes, aun teniendo una infraestructura de servicios de salud superior a la rural.

Al igual que con otras enfermedades crónicas degenerativas, las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino aumentan con la edad como se ha reportado por otros autores^{1,2}.

La mayor carga absoluta del cáncer cervicouterino recae sobre las mujeres de mediana edad. Un análisis de los datos sobre mortalidad por cáncer cervicouterino indica que las mujeres entre los 35 y 54 años de edad conforman reiteradamente la mayor proporción de las defunciones anuales. En el presente trabajo las pacientes de la zona urbana tuvo un diagnóstico de CACU dos años posteriores en relación al área rural seguida de la suburbana, lo que nos lleva a pensar la baja prevención y desconocimiento de la enfermedad; no se podría pensar de otra manera.

Los grupos de edad que tienen mayor vulnerabilidad son: en la urbana de 45 a 49 años de edad y en la rural y suburbana de 35 a 39; con lo anterior puede servir para cambiar las estrategias y políticas del tamizaje según el lugar de residencia, ya que son 10 años de diferencia por grupo etárico.

En general, más de la mitad de pacientes no se efectuó el Papanicolaou, iniciando por la parte rural y seguida de cerca por la suburbana y urbana. Se deben de considerar aspectos fundamentales, como son la ampliación de la cobertura por los servicios de salud (ideal 80% de la población susceptible), conocimiento de los factores de riesgo y divulgación masiva de la prueba de Papanicolaou e información por los medios de comunicación disponibles.

Otro dato que arroja este estudio es la alta discrepancia citológica-histológica que es del 44%. Algunos autores^{1,9} puntualizan que el factor más importante para la deficiente prevención del CACU es la toma inadecuada del frotis y otros factores que influyen como problemas con el muestreo, la interpretación, nunca haberlo realizado y el seguimiento.

En diversos estudios se ha confirmado a nivel mundial la alta tasa de falsos negativos, en mujeres con cáncer invasivo puede ser mayor del 50%⁹ (esto se debe entre otros factores a la ausencia de células atípicas en el frotis, que la exfoliación espontánea de un tumor puede ser detenida por la queratinización y la presencia de cantidades de sangre y células inflamatorias que dificultan la lectura). Más del 36% de frotis tenían células inflamatorias en este grupo de enfermas.

En el cuatrienio de 1998-2002, este centro hospitalario⁸ publicó un artículo sobre el cáncer ginecológico, y se hacía notar que más del 50% de enfermas con CACU se encontraban en estadios avanzados (III y IV). En el periodo estudiado actualmente (2006-2010), el 71% fueron etapas clínicas I y II, predominando la IIB. Este cambio de panorama epidemiológico se debe principalmente al apoyo que se les da a las pacientes que padecen esta enfermedad a través de programas sociales del gobierno donde la atención es gratuita (prevención, diagnóstico y seguimiento) en pacientes que no tienen ningún tipo de seguridad social como es el caso del presente trabajo.

Conclusión

Las propuestas del presente estudio para disminuir la morbilidad por esta enfermedad es:

1. La capacitación del personal en la toma de la muestra de citología cervical debe tener una calidad suficiente para su correcto diagnóstico y así evitar en lo posible los falsos negativos.
2. El alto índice de infecciones cervicovaginales dificulta en gran medida el diagnóstico citológico como se aprecia en este estudio, ya que pacientes con diagnóstico negativo previo se presentan con neoplasias en estadios avanzados y en el reporte negativo falso se apunta ya sea infección y/o necrosis (que nos da un dato de alarma que existe neoplasia hasta no demostrar lo contrario).
3. La perfecta visualización del cuello uterino seguramente nos da una idea de la presencia del tumor, o un sangrado fácil en la toma de la muestra exocervical con la espátula que pudiera tratarse de un cáncer incipiente, por lo que se deberá efectuar una biopsia guiada por colposcopia.
4. Información a la población general de la prueba de Papanicolaou y los factores de riesgo de la enfermedad.
5. Seguir la norma oficial mexicana en la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta patología de manera uniforme a nivel nacional.
6. Aumentar el tamizaje en las zonas de mayor riesgo
7. La revisión de laminillas dudosas de CC por el patólogo de manera aleatoria para mejorar el diagnóstico citológico
8. Tener una cobertura de 80% mínimo.

La zona urbana fue en la que menos se realizó la CC o prueba de Papanicolaou, esto es incongruente ya que es supuestamente donde están más sensibilizadas y gozan de servicios de salud en su localidad. Esperábamos encontrar este dato en la población rural¹⁰.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Alonso de Ruiz P, Lazcano PE, Hernández AM. Cáncer cervicouterino. 1ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2000.
2. Meneses GA, Mohar Betancourt A. Principales neoplasias malignas en México. 1ª ed. México: Manual Moderno; 1999.
3. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Secretaría de Salud, 2002.
4. Bernard BV, Coughlin SS. Cervical cancer incidence in the United States by area of residence, 1998-2001. *Obstet Gynecol*. 2007;110:681-6.
5. Edelman MA, Menz BL. Selected comparisons and implications of a national rural and urban survey on health care acces, demographics and policy issues. *J Rural Health*. 1996;12: 197-205.
6. Hartley D, Quan L, Lurie N. Urban and rural differences in health insurance and acces to care. *J Rural Health*. 1994;10:98-108.
7. Stearns SC, Slifkin RT, Edin HM. Acces to care for rural Medicare Beneficiaries. *J Rural Health*. 2000;16:31-42.
8. Coronel-Brizio P, Guzmán GR. Cáncer ginecológico y de la glándula mamaria en el Centro Estatal de Cancerología de Veracruz. *S.S. Clin Invest Gin Obst*. 2002;29:219-23.
9. Berek SJ. Oncología ginecológica. 5ª ed. USA: Lippincott Williams and Wilkins; 2010.
10. Yabroff KR, Lawrence WF, King JC, Mangan P, Washington KS, Yi B, et al. Geographic disparities in cervical cancer mortality: what are the roles of risk factor prevalence, screening and use of recommended treatment? *J Rural Health*. 2005;21:149-57.