



CANCER DE CUELLO DE UTERO

I- INTRODUCCION

Cada día se tiene un mejor conocimiento de los mecanismos etiopatogénicos del cáncer del cuello de útero. Sin embargo, esta localización del cáncer sigue causando muchas muertes sobre todo en las mujeres que habitan en las zonas geográficas denominadas de alto riesgo.

Se admite actualmente que la cancerización del cuello del útero se cumple en tres etapas. En la primera de ellas, la Displasia, que puede ser leve, moderada o severa, se nota la presencia de células con anomalías en la diferenciación. En una segunda etapa se constituye el Carcinoma in situ, una lesión más avanzada que la displasia pero todavía sin capacidad de invadir las zonas normales adyacentes. Ambas lesiones son precursoras del Cáncer Cervical Invasor, que constituye la tercera etapa, y donde ya se observan anomalías cromosómicas en los núcleos celulares, adquiriendo el proceso potencial de invasión de las zonas vecinas.

Las dos lesiones premalignas, la Displasia y el Carcinoma In Situ, son generalmente asintomáticas, pero pueden ser observadas mediante el examen especializado del cuello del útero. Este es el fundamento de la detección precoz del cáncer del cuello uterino.

Para proceder a esta detección se utilizan dos técnicas que identifican las lesiones sin necesidad de biopsia: la citología o Papanicolaou y la colposcopia.

Mediante la citología se observan las células que se desprenden de las zonas afectadas del epitelio mucoso, las que pueden mostrar anomalías en su forma y tamaño.

La colposcopia es el examen del cuello del útero con un instrumento óptico que puede ampliar las zonas observadas más de 40 veces, con lo que se pueden detectar alteraciones del epitelio.

Estos son los dos procedimientos de la Detección Precoz: uno es simple y de uso generalizado, la citología o Papanicolaou; el otro es más costoso, la colposcopia y sólo puede ser utilizado por el especialista. En el Uruguay fallecieron por cáncer de cuello uterino 128 mujeres.

II- FACTORES DE RIESGO

A- PREPONDERANTE

- 1- Papiloma virus humano o HPV** – La asociación epidemiológica entre las infecciones por HPV y el cáncer de cuello de útero justifica todos los criterios epidemiológicos establecidos de causalidad.

Esto está corroborado por investigaciones recientes que relacionan claramente la infección genital femenina por papilomavirus humano tipo 16 DNA, con la existencia de lesiones precancerosas y carcinomas invasores de cérvix.

B- OTROS

- 2- Matrimonio precoz o relaciones sexuales precoces** – Una serie de hallazgos epidemiológicos permiten considerar la existencia de un riesgo acrecentado para la cancerización del cuello del útero, cuando la relación sexual se inicia precozmente. Se admite que el riesgo es doble al que presentan las mujeres cuyo casamiento es posterior a los 20 años. Este riesgo está vinculado con la edad que tiene la mujer en su primer coito. Se

considera que las mujeres que han tenido su primera relación sexual antes de los 20 años, tienen dos o tres veces más riesgo de padecer un cáncer de cuello de útero, que las mujeres que inician su vida sexual después de aquella edad.

- 3- Número de compañeros sexuales** – Este riesgo, de mucha importancia está configurado por la existencia de múltiples parejas, separaciones y divorcios y por la práctica de la prostitución. Esta situación multiplicaría por tres el riesgo de cancerización, sugiriendo la existencia de un factor venéreo como causa de la transformación maligna.

En poblaciones donde la prevalencia de las infecciones genitales es alta como las tribus indígenas, poblaciones mestizas, etc., el factor de riesgo adquiere mayor importancia, sobre todo si se asocia, lo que es común, a la iniciación sexual precoz, en plena adolescencia.

Por otra parte, muchos investigadores han encontrado que el riesgo no se acrecienta con el aumento de la frecuencia del coito. En cambio, la relación sexual durante la menstruación y en la semana siguiente, aparece aumentando el riesgo dada la labilidad de las células del cuello del útero en esos momentos. Determinados grupos religiosos que tienen total abstinencia sexual durante y una semana después de la menstruación, presentan tasas de cáncer de cuello de útero mucho más bajas.

- 4- Caracteres de los compañeros sexuales** – El cáncer de cuello de útero tiene muchos de los aspectos de una enfermedad inflamatoria. Si bien no se puede hablar de contagio existiría cierta relación causal con el compañero sexual. En ese sentido se ha observado que en las poblaciones donde los hombres se someten a la práctica de la circuncisión, los judíos, por ejemplo, las tasas de cáncer de cuello son bajas. Este hecho está vinculado con la existencia de infecciones locales en el pene que se evitan con la resección del prepucio o circuncisión. Si esto fuera así el riesgo dependería más de la higiene.

Se citan hechos llamativos en la literatura médica: tal es el caso de la aparición de cáncer de cuello de útero en dos o más esposas del mismo hombre. Del mismo modo en algunas provincias de Panamá se han encontrado en tribus indígenas tasas muy altas de cáncer de cuello de útero y concomitantemente, en los hombres, tasas muy elevadas de cáncer de pene. Esto hablaría de transmisión directa del cáncer en el acto sexual a través del contacto microtraumático del pene sobre el cuello del útero.

- 5- Situación socioeconómica** – El cáncer de cuello de útero aparece como tributario de las clases económicas menos favorecidas. Las tasas encontradas en dichas poblaciones son demostrativas. Esta situación estaría en relación con las penurias nutricias que interferirían el control del organismo sobre el proceso de cancerización, especialmente en sus etapas iniciales.

III- MEDIDAS PREVENTIVAS

- 1- Prevención primaria** – Con relación a la prevención primaria quizás la medida más importante es educar a las jovencitas en diferir el inicio de sus relaciones sexuales, hasta que se alcance la maduración fisiológica de su aparato genital. La edad próxima a los 20 años aparece como un límite adecuado.

En segundo lugar se debe preconizar la importancia de una buena higiene genital, con el apoyo del médico ginecólogo cuando sea necesario.

Al utilizar métodos anticonceptivos se debe recordar que los métodos de barrera son menos riesgosos que los orales.

Finalmente corresponde señalar que la promiscuidad sexual encierra riesgos y se constituye en amenaza de enfermedades tan serias como el cáncer de cuello de útero.

- 2- Prevención secundaria** – La prevención secundaria está indicada por varias razones: porque existe una larga fase pre sintomática de la enfermedad, porque se dispone de un buen test de investigación, la citología o test de Papanicolaou, y porque el pronóstico mejora en función de la detección precoz.

En primer lugar se sabe que existe un período más o menos largo en el que la enfermedad configura un Carcinoma In Situ, sin tener todavía capacidad invasora. La secuencia Displasia – Carcinoma In Situ – Carcinoma Invasor ha podido medir su duración en alrededor de 15 años, aunque estos plazos varían con la mujer y aún con la raza, siendo más cortos en la raza negra.

El test que se utiliza es el test de Papanicolaou. Es una prueba sencilla que puede ser realizada por médicos jóvenes o por personal paramédico. Es aceptada por las mujeres y en este sentido se conoce que el 75% de las mujeres norteamericanas se la han realizado. Es una prueba barata ya que su costo es similar al de un recuento de sangre o al de un análisis de orina.

Finalmente es una prueba sensible y específica.

Con este método se detecta la enfermedad en una etapa localizada lo que mejora el pronóstico aumentando los porcentajes de curación. Este hecho se ha observado en muchas áreas geográficas, como en Islandia, donde la mortalidad por cáncer de cuello de útero cayó a la mitad luego que se realizó el pesquisaje en el 85% de las mujeres.

Cuanto más amplios son los programas de detección precoz o “screening”, como se denomina en habla inglesa, más grande es la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello de útero.

En muchos países se han elaborado programas de detección precoz del cáncer de cuello de útero, haciéndose una serie de recomendaciones para que sean seguidas por las mujeres que van a ser investigadas. En primer lugar evitar las duchas vaginales previas al examen. Se acostumbra a tomar dos muestras citológicas: una de la parte exterior del cervix o ectocervix y la otra de la parte interna o endocervix. Una vez procesadas las muestras, citotécnicos entrenados leen los frotis obtenidos y los clasifican. Los exámenes citológicos pueden iniciarse con el comienzo de la vida sexual de la mujer. El intervalo entre dos exámenes varía entre uno y cinco años, pudiéndose hacer más frecuentes en mujeres que integran poblaciones de alto riesgo. Se ha puesto la edad de 60 años como límite para la realización de estos exámenes, dada la rareza de las neoplasias a partir de esa edad.

En las zonas geográficas consideradas de alto riesgo, donde las tasas de incidencia y mortalidad son muy elevadas, es donde está más indicada la realización de “screening” poblacionales.

Fuente: Vassallo, J.A.; Barrios, E.- Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003.