

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL



**UTILIDAD DEL SCREENING EN EL
DIAGNOSTICO TEMPRANO DEL CANCER DE
CERVIX DESDE 1 DE DICIEMBRE DEL 2006
HASTA 31 DE DICIEMBRE DEL 2007 EN EL
INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL-CAJA
PETROLERA DE SALUD**

Autor: Dr. Pablo Cesar Saravia Peña
Residente de 2° año de Oncología

Tutor: Dr. Raúl Pérez Alcover
Oncólogo Clínico

Dr. Raúl A. Pérez Alcover
ONCOLOGO CLINICO
M.S.P.S. P-922. C.M.D.C. P-155
I.O.N. - C.P.S.

COCHABAMBA - BOLIVIA
2008

CAPITULO I

1.-INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN 1

SITUACION ACTUAL 3

JUSTIFICACIÓN 3

HIPÓTESIS 3

OBJETIVO GENERAL 4

OBJETIVOS ESPECIFICOS 4

CAPITULO II

MARCO TEORICO 5

CAPITULO III

RESULTADOS 40

CAPITULO IV

DISCUSIÓN 41

1.1 MAGNITUD DEL PROBLEMA: INCIDENCIA Y MORTALIDAD

CONCLUSION 41

RECOMENDACIONES. 41

ANEXOS 42

BIBLIOGRAFIA 46

1.-INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello de útero es el tumor más frecuente entre las mujeres de países en desarrollo y el segundo en el ámbito mundial. La incidencia más alta corresponde a América Latina.

El tipo histológico de mayor importancia epidemiológica es el carcinoma escamoso que se origina en el epitelio de transición del cuello uterino. Hay diversos factores implicados en la génesis de este tumor siendo el virus del papiloma humano (HPV) el mayor factor de riesgo.

La lenta evolución del tumor, la accesibilidad anatómica y la existencia de una prueba de detección de lesiones precursoras, la citología exfoliativa, parecen haber influido en la extensión de los programas de cribado de cáncer de cérvix como medida de prevención secundaria.

La reducción de la mortalidad por este cáncer depende de la cobertura que alcanza el programa, de la periodicidad y de la edad de inicio y fin de las citologías.

La efectividad y eficiencia de este programa de detección precoz están relacionadas con la incidencia del tumor, la historia natural de la enfermedad, la validez de la citología y las dificultades en la captación de los grupos de mayor riesgo y por tanto de mayor incidencia.

1.1 MAGNITUD DEL PROBLEMA: INCIDENCIA Y MORTALIDAD

La incidencia del cáncer de cérvix uterino es mayor en países en vías de desarrollo, incluidos América Latina (que presenta la mayor incidencia mundial, 55 casos por cada 100.000 mujeres⁴ y el Caribe

Bulletin of WHO, 2001, 79(1, New England 12,09, 2002).

Hay una mayor incidencia entre los 20 y los 40 años de lesiones premalignas y por encima de los 50 años de lesiones malignas. Se ha observado un aumento de lesiones malignas en mujeres más jóvenes, debido probablemente a un aumento en el número de diagnósticos de estas lesiones

Las curvas de incidencia para el cáncer de cérvix siguen el mismo patrón en casi todos los países: a partir de un determinado punto aparece un ascenso rápido hasta alcanzar un pico y luego un descenso muy lento o una meseta. El pico máximo es lo que cambia en las distintas localizaciones: en el Norte de Europa es a los 44-49 años y otro pequeño pico a los 70-79 años, en el resto de Europa, América, Asia y África el pico máximo es a los 50-65 años.

La mortalidad por esta enfermedad no sigue necesariamente estos patrones de incidencia. Así, aunque la incidencia de cáncer de cérvix es mayor en EE.UU. que en los países de la Unión Europea, la mortalidad es menor. En España la tasa de mortalidad fue de 2,7 por 100.000 mujeres en 1994⁵, y en el resto de Europa oscila entre 2,9 por 100.000 mujeres en Holanda y 5,5 por 100.000 mujeres en Dinamarca, según Monóvar nº 11 28,03,03. La tendencia temporal de incidencia y mortalidad en Europa es descendente. En América del Sur la tasa de mortalidad es más alta, oscilando entre 2,8 por 100.000 mujeres en Puerto Rico hasta 55 por 100.000 en Bolivia.

Arrosi S; Salud Pública Mex, 2003 45 Suppl 3, 306-14 Bulletin of WHO, 2001, 79(10)

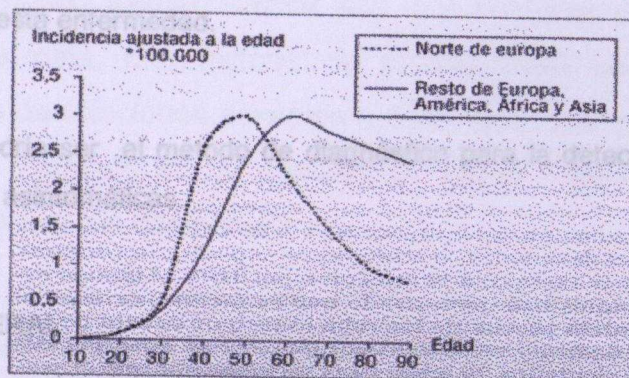


Figura 1. Distribución etaria de la frecuencia de cáncer de cérvix. Modificado de Gustafsson⁶, 1997.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

SITUACION ACTUAL

El promedio nacional de cobertura, en Bolivia (papanicolaou) no llega al 10%.

Sólo para el 10% de las mujeres, sus parejas están totalmente de acuerdo en que se hagan el papanicolaou

Cada día mueren 2 mujeres por cáncer de cuello uterino.

ONG Mary Stoppes Bolivia La Paz 23.03.06

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Es posible mejorar el impacto en la detección precoz de cancer de cuello de útero a través de campañas de screening?

JUSTIFICACION.-

El PAP es la base para el screening en el diagnóstico de CACU por ser económico, reproducible, efectivo y ausencia de riesgos.

La detección precoz del cáncer de cérvix es fácilmente realizable por la larga evolución de la enfermedad que pasa por distintos estadios (displasia, cáncer *in situ* y cáncer invasivo) y por la existencia de una técnica (la citología exfoliativa o de Papanicolaou) para realizar esta detección precoz.

La realización de citología cervicovaginal como método de cribado del cáncer de cérvix, es probablemente la mejor forma de prevención secundaria de que disponemos actualmente para esta enfermedad.

HIPOTESIS

El papanicolau podría ser el método de diagnóstico para la detección del cáncer de Cervix en mujeres asintomáticas.

OBJETIVO GENERAL

Detección precoz de las lesiones pre invasivas del cuello uterino en pacientes asintomáticas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la edad de las pacientes, que presentaron mayor frecuencia de presentación de lesiones premalignas y Ca. In situ.
- Cuantificar el porcentaje de las mujeres que fueron diagnosticadas con displasia severa y carcinoma in situ.
- Identificar la edad de las mujeres que acudieron en mayor cantidad al Screening.
- Cuantificar el porcentaje de mujeres que se realizaron por primera vez el PAP.

MARCO TEORICO

EPIDEMIOLOGÍA.

El carcinoma de cérvix uterino es la cuarta neoplasia más frecuente en mujeres después del Ca de mama, colorrectal y endometrio.

La American Cancer Society estimó en 2003 unos 14.500 casos nuevos de carcinoma invasivo en Estados Unidos, 4.800 muertes por la enfermedad y unos 50.000 casos de Ca in situ (1).

La incidencia y la mortalidad son más elevadas en ciudades económicamente menos desarrolladas; tales como, Latino América, África.

El Cáncer escamoso invasivo y su precursor intraepitelial siguen un patrón típico de enfermedad sexual. Ambos son más comunes en mujeres de clase socioeconómica baja, con historia de promiscuidad sexual, enfermedades venéreas, inicio de relaciones sexuales a edad temprana y / o un gran número de embarazos. También se ha descrito un mayor riesgo relacionado con la promiscuidad sexual del compañero.

Un importante factor a considerar dentro de la etiología de los tumores cervicales es el papilomavirus humano (HPV). Estudios moleculares han demostrado una fuerte relación entre el HPV y el Ca invasivo de cérvix y su precursor. El HPV se ha detectado hasta en el 96% de las neoplasias

intraepiteliales (CIN) de alto grado (7) y en más del 93% de los Ca invasivos de todas las áreas geográficas.

Se han aislado más de 70 subtipos de HPV. Los más comúnmente asociados al Ca invasivo y al CIN de alto grado son el 16, 18, 31 y 33.

El HPV-16 se ha asociado a tumores de células grandes queratinizantes y con un bajo porcentaje de recurrencia. El HPV-18 se ha relacionado con cánceres pobremente diferenciados con elevada incidencia de metástasis ganglionares y alto riesgo de recurrencia.

REQUISITOS PARA REALIZAR SCREENING

- 1.- Que tenga alta prevalencia general o en un grupo identificable de personas
- 2.- Presente una fase preclínica relativamente prolongada
- 3.- Que no sea necesariamente mortal y que el resultado del tratamiento sea mejor si se lo aplica tempranamente
- 4.- Que se disponga de un test simple de bajo costo, no invasivo, ni doloroso, con alta especificidad y sensibilidad
- 5.- Que exista la infraestructura necesaria para hacer frente a los casos aportados por el screening.

Tabar L. et al cáncer hospital Miami 1999.86.449

FACTORES PRONÓSTICO.

Edad.

La edad es un factor de riesgo muy discutido. para unos autores no existe variación en la supervivencia en relación con la edad.