

# IMPORTANCIA DE LA COLPOCITOLOGIA EN LOS PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - FACULTAD DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA - I. M. I. - PROGRAMA POST-PARTO.

IX CONGRESO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA - Bucaramanga, Diciembre 5-11 - 1971.

**Dr. Eduardo Cáceres Alvarez\***

**Dr. Rubén Darío Guzmán\*\***

**Dr. Rafael Salazar Santos\*\*\***

## Introducción

En Octubre de 1968 se inició en el Instituto Materno Infantil (I.M.I.) del Centro Hospitalario San Juan de Dios, en Bogotá, el Servicio de Planificación Familiar. Uno de los objetivos primordiales de este Servicio es el de la pesquisa de cáncer genital femenino en sus primeros estadios. Este trabajo presenta los resultados obtenidos; las cifras nos permiten hacer énfasis en la importancia enorme de los Programas de Planificación Familiar para desarrollar este tipo de estudios.

Las mujeres que acuden a los servicios de planificación son presumiblemente sanas ya que el motivo de la consulta más frecuente es la anti-concepción. Concretamente, son pacientes en edad fértil que han tenido un parto o un aborto en el Instituto Materno Infantil muy recientemente.

## Material y Métodos

Desde Agosto de 1968 hasta Agosto de 1971 se han atendido 12.487 pacientes de primera consulta, repartidas así:

## CUADRO N° 1

### DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGUN METODO ANTICONCEPTIVO ESCOGIDO

D. I. U.	9.620	77,04 %
Anovulatorios orales	2.003	16,04 %
Otros Métodos: (Inyectables, Ovulos)	864	6,92 %
Total pacientes nuevas	12.487	100,00 %

A todas estas pacientes se les practica examen ginecológico y citología vaginal en la primera consulta. El número de citologías es mucho mayor, cerca de 20.000, puesto que todas las pacientes tienen un control de citología cada año y algunas con mayor frecuencia, según el reporte del citólogo. Estas últimas citologías fueron todas negativas y no se consideran para fines estadísticos en nuestro estudio.

\* Profesor Asistente del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional.

\*\* Profesor Asistente del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional.

\*\*\* Adjunto al Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Nacional.

De las citologías iniciales, es decir, las tomadas antes de la utilización de los métodos anticonceptivos, resultaron 58 casos (0,46%) con citologías A-3 y A-4.

Se presentan 38 casos de pacientes con Citología A-3, y 20 casos con A-4, estudiadas por medio de colposcopia y biopsia, y luego conización, histerectomía total, ampliada o radical, según la lesión encontrada. Esta varió desde displasia hasta carcinoma invasivo.

Se practicó colposcopia a todas las pacientes con el fin de tomar biopsia dirigida y así obtener un diagnóstico cervical lo más certero posible (1-2).

Del estudio se excluyeron 5 casos con citología A-3, y un caso A-4, porque las pacientes no volvieron a control. Es obvio que se hizo el mayor esfuerzo por encontrarlas.

Para mayor comprensión hemos dividido las enfermas en 2 grupos, según su citología: Grupo I, con citología A-3; y Grupo II, con citología A-4.

### Grupo I - Citología A-3

#### CUADRO N° 2

##### DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGUN PARIDAD

Primíparas	4
Múltiparas	34
Total:	38

Cifras que nos muestran la mayor incidencia de Ca. de cérvix en las múltiparas del grupo estudiado, como lo muestran también otros estudios (12).

#### CUADRO N° 3

##### DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGUN GRUPOS DE EDAD

De 25 años o menos	17
De 26 a 35	18
De 36 años o más	3
Total:	38

En este grupo se observa mayor frecuencia (92%) de citologías A-3 en las mujeres menores de 36 años.

#### CUADRO N° 4

##### DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES DEL GRUPO I SEGUN METODO ESCOGIDO

Método	N° Pacientes	%
D. I. U.	30	78,95
Anovulatorios	8	21,05
Total:	38	100,00

Gran porcentaje de pacientes escogen el D.I.U. por tratarse de mujeres de bajos niveles socio-económicos y culturales, quienes prefieren un método de mínimo costo que no requiera cuidados especiales ni controles médicos frecuentes, como también lo muestra la distribución del Cuadro N° 1, en la población total.

En una paciente que se había inscrito para anovulatorios, se encontró citología A-3, y al hacer una biopsia, un Ca. invasivo. Esto nos muestra la importancia de tomar citología a toda paciente en esta clase de programas, no solo para evitar que luego se culpe al método anticonceptivo como causante de la enfermedad, sino especialmente, para prestar una atención médica lo más precoz posible.

#### Motivos de Consulta

Todas las pacientes acudieron en busca de una solución para su problema familiar, y como ya dijimos al

principio, por esta razón, se presumen sanas.

### CUADRO Nº 5

ESTADO DEL CUELLO AL EXAMEN	
Erosionado	36
Aparentemente sano	2
Total:	38

La mayoría de las pacientes presentaban al examen cuello erosionado, pero debe recordarse que habían tenido un parto o aborto recientes.

### CUADRO Nº 6

COLPOSCOPIA	
Ectropión (en una u otra forma)	29
Ectropión Leucoplasia	4
Ectropión base	3
Mucosa original (sana)	2
Total:	38

Entre los 29 casos de ectropión se encontraron 4 carcinomas:

- 3 Ca. in situ
- 1 Ca. invasivo

Los cuatro casos de ectropión leucoplasia mostraron 3 cervicitis crónicas, y 1 caso displasia severa. Esta última paciente no ha regresado para completar su estudio.

Los 3 casos de ectropión base se clasificaron como exo y endocervicitis crónica a la biopsia.

La colposcopia permitió tomar biopsia dirigida en todas las pacientes.

### CUADRO Nº 8

#### TRATAMIENTO DEFINITIVO DEL Ca.

Conización	2
Conización más histerectomía abdominal	1
Trat. en otra Institución (Instituto Nacional de Cancerología)	1
Total:	4

### CUADRO Nº 7

#### BIOPSIA DE CERVIX

Carcinomas	4*
Exo y endocervicitis	5
Endocervicitis	3
Endocervicitis crónica polipoide	4
Endo y exocervicitis polipoide	4
Cervicitis crónica	11
Displasia severa	1
Displasia moderada	1
Displasia ligera	1
Cervicitis crónica con metaplasia escamosa	3
Cervicitis crónica con displasia moderada	1
Total:	38

Los 2 casos de conización son recientes y se controlarán próximamente; entonces se valorará la conveniencia de practicarles histerectomía total ampliada, pues aunque no se encontró tumor residual en la línea de resección del cono, somos partidarios, como muchos otros autores (3, 4, 6, 7, 9, 10), de la histerectomía total ampliada como tratamiento definitivo para los casos de carcinoma in situ, por el peligro de que no regresen a control y por la muy alta incidencia de carcinoma residual en los cuellos de los úteros extirpados, en los cuales se había practicado conización previa (5). No creemos que la conización sea un tratamiento adecuado; lo consideramos una etapa diagnóstica.

El caso de Ca. invasivo se envió al Instituto Nacional de Cancerología para tratamiento por tratarse de un estado II.

### Grupo II - Citología A-4

#### Paridad

Las 20 pacientes con citología A-4 eran en su totalidad múltiparas, lo que concuerda con la relación "multiparidad más alta, mayor incidencia de cáncer".

**CUADRO N° 9****DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES  
SEGUN GRUPO DE EDAD**

De 25 años o menos	5
De 26 a 35	15
Total :	20

La mayor frecuencia entre 26 y 35 años se relaciona, quizás, con la mayor actividad sexual y a la más alta paridad de este grupo de edad.

**CUADRO N° 10****DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES  
DEL GRUPO II SEGUN METODO ESCOGIDO**

Método	Nº Pacientes	%
D. I. U.	16	80,00
Anovulatorios orales	3	15,00
Anovulatorios inyectables	1	5,00
Total :	20	100,00

Esta distribución concuerda en forma muy aproximada con la del Grupo I y con la de la población general de usuarias.

**Motivo de Consulta**

Como en todas las pacientes estudiadas, se trata de mujeres que acuden a consulta de Planificación Familiar.

**CUADRO N° 11****ESTADO DEL CUELLO**

Erosionado	19
Sano	1
Total :	20

Es válida la observación al primer grupo:

Se trata de pacientes con un parto o aborto recientes.

**CUADRO N° 12****COLPOSCOPIA**

No se hizo	1
Ectropión	6
Ectropión base	5
Ectropión (Vasos tortuosos)	2
Ectropión congestivo y hemorrágico (sospechoso)	1
Ectropión mosaico	1
Base	3
Leucoplasia y base	1
Total :	20

En 19 casos se tomó biopsia dirigida por la colposcopia.

En los 5 casos de ectropión base, la biopsia fue positiva para Ca.:

- 4 casos de carcinoma in situ
- 1 caso de carcinoma invasor

En un caso no se practicó colposcopia. La biopsia inicial reportó material insuficiente y luego se practicó conización, en la cual se encontró un Ca. invasor.

La enferma cuyo colposcopia mostró ectropión congestivo y hemorrágico (sospechoso), presentó Ca. in situ a la biopsia.

La paciente que presentó ectropión mosaico fue reportada como Ca. in situ, a la biopsia.

Una de las pacientes diagnosticada a la colposcopia como "base" resultó tener un Ca. in situ.

**CUADRO N° 13****BIOPSIA DE CUELLO**

Carcinoma in situ	7
Carcinoma invasivo	2
Cervicitis crónica	2
Material insuficiente	1
Exo y endocervicitis	3
Cervicitis crónica con focos de displasia severa	1
Displasia severa	2
Cervicitis crónica y endocervicitis crónica con metaplasia	1
Total :	19

## CUADRO Nº 14

TRATAMIENTO DEFINITIVO  
DE LOS CARCINOMAS

Conización	4
Conización más histerectomía abdominal ampliada	3
Histerectomía radical	1
Tratamiento en otra Institución (Instituto Nacional de Cancerología)	1
Total:	9

De los 4 conos, 2 dieron carcinoma in situ, 1 displasia ligera y moderada y 1 displasia severa.

Una de las conizaciones se efectuó en paciente con embarazo de 12 semanas de evolución, sin que se presentaran complicaciones.

Tuvo un parto normal por vía vaginal y a las 6 semanas se citó para histerectomía total ampliada, pero la paciente no ha regresado ni ha sido posible localizarla.

**Comentario**

Presentamos una casuística de 12.487 pacientes del programa de Planificación Familiar del Instituto Materno Infantil (Universidad Nacional de Bogotá) estudiadas con citología vaginal, técnica de Papanicolaou. Se encontraron 58 citologías A-3 y A-4: 38 A-3, o sea un 0,30%, y 20 citologías A-4, es decir, el 0,16%. Todas las pacientes presentaron citología A-3 o A-4 antes de iniciarse en alguno de los métodos de Planificación Familiar. Se practicó colposcopia de rutina lo que permitió dirigir la toma de la biopsia. Se encontraron 13 carcinomas en las 58 pacientes sospechosas: 10 carcinomas in situ de los cuales 7 en el grupo A-4 y 3 en el grupo A-3; y 3 carcinomas invasivos, 2 en el grupo A-4 y 1 en el grupo A-3. La incidencia de Ca. para las 12.487 pacientes fue cerca del 1 por

mil (13 casos). Se hizo conización en todos los casos de carcinoma in situ, seguida de histerectomía abdominal ampliada. Los casos de carcinoma invasor Estado II, se enviaron al Instituto Nacional de Cancerología, para tratamiento. No podemos hacer evaluación de tratamiento y sobrevida puesto que toda esta investigación es muy reciente, apenas tres años. Esto será motivo de una próxima publicación.

Hacemos énfasis nuevamente en la importancia de practicar citologías por lo menos anuales en todas las mujeres con vida sexual activa. Así mismo, recalamos el enorme incremento de las campañas de prevención del cáncer genital femenino a través de los programas de Planificación Familiar. Creemos, como muchos más (8, 11), en la ayuda diagnóstica de la colposcopia para dirigir la toma de la biopsia. Se constató cómo todos los casos que fueron sospechosos a la colposcopia, mostraron carcinoma in situ o carcinoma invasor en las biopsias.

Insistimos en la conducta seguida por nosotros en los casos de carcinoma in situ: primero conización para establecer el diagnóstico definitivo y luego como norma general, histerectomía total abdominal ampliada.

Los autores agradecen la valiosa colaboración del Doctor Germán Ortiz Umaña y del Estadístico Carlos Torres Nieto, de la División de Estudios de Población de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, por la revisión y comentarios de algunos aspectos estadísticos de este trabajo.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1 BOLTEN, K. "Colposcopia práctica en el cáncer cervical y vaginal incipiente". Clin. Obst. Ginec. 808. Edit. Interamericana (México), 1967.
- 2 CRAMER, H. La colposcopia en la práctica. Barcelona, Editorial Labor, 1963.

- 3 COPPLESON M., REID B. "Management of cervical carcinoma in situ". *Lancet.* **2**: 873, 1968.
- 4 CHAO, S. "Conization in evaluation and treatment of cervical neoplasia". *Am. J. Obst. Gynec.* **103**: 574, 1969.
- 5 FUNNELL, J. D. and J. A. MERRILL. "Recurrence after treatment of carcinoma in situ of the cervix". *Surg. Gynec. Obst.* **117**: 15, 1963.
- 6 KOTTMAIER, H. L. "Current treatment of carcinoma of cervix". *Am. J. Obst. Gynec.* **76**: 243, 1958.
- 7 KRIEGER, J. S. and MacCORMACK L. J. "Graded treatment for in situ carcinoma of uterine cervix". *Am. J. Obst. Gynec.* **107**: 171, 1968.
- 8 NARRATIL, E. et al. "Simultaneous colposcopy and cytology used in screening for carcinoma of the cervix". *Am. J. Obst. Gynec.* **75**, 1292, 1958.
- 9 NELSON, J. H. and J. E. HALL. "Detection, diagnostic, evaluation, and treatment of dysplasia and early carcinoma of cervix". *Cancer* **20**: 150, 1970.
- 10 NOVAK, JONES. *Tratado Ginecología. Carcinoma de Cuello.* 12. P. 243, 1971.
- 11 NUÑEZ MONTIEL, et al. "Detection of early endocervical carcinoma using colposcopy". *Obst. & Gynec.* **35**: 781, 1970.
- 12 VILLARREAL-CACERES. "Carcinoma de Cuello Uterino". *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* **12**: 570. Nov-Dic. 1961.