

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS EN GINECOBSTETRICIA

Pesquisa de Carcinoma del Cérnix en 1.109 mujeres

Dr. Rafael Lombana Merlano

Instructor Asistente.

Dr. Armando Moreno

Residente I Ginec. Obst.

Dr. José Dorado

Citopatólogo.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA — FACULTAD DE MEDICINA

Objetivo

Pesquisa de Carcinoma del Cérnix en un grupo de pacientes institucionales.

Introducción

La presente revisión se llevó a cabo durante los meses de Agosto a Diciembre inclusive, de 1974, en Caprecón y entidades adscritas como Inravisión, Telecom, Administración Postal y Ministerio de Comunicaciones. Dicha Campaña comprendió tanto al personal de afiliadas, como al personal de beneficiarias de dichas entidades que acudieron voluntariamente como resultado de una campaña de motivación.

Material y Métodos

Para la realización se programaron desde su inicio y durante el desarrollo de toda la campaña charlas basadas en anatomía y fisiología de los órganos de la reproducción humana ha-

ciendo un particular énfasis sobre la frecuencia del cáncer del cuello uterino y su gravedad si no es diagnosticado y tratado a tiempo; además, una breve exposición sobre lo que es la citología vaginal, la facilidad e inocuidad de la toma de las muestras y la gran importancia que tiene dicho examen para el diagnóstico oportuno del cáncer del cérnix uterino.

Para la motivación del personal que debía ser encuestado se contó con la colaboración de un grupo de trabajadoras sociales quienes se encargaron de reunir grupos de cuarenta a cincuenta personas por charla, la mayoría de las cuales asistió posteriormente a la consulta ginecoobstétrica y se sometieron a los exámenes respectivos. Se dispuso de un consultorio adecuadamente equipado para este tipo de exámenes con la colaboración de dos ginecoobstetras quienes prestaron sus servicios durante ocho horas diarias.

Los exámenes citológicos fueron remitidos diariamente al citopatólogo para la lectura respectiva.

Los parámetros fueron la motivación, el azar y la colaboración de las pacientes previamente motivadas.

Resultados y Comentarios

Rutinariamente se preguntó si anteriormente se les había practicado citología vaginal en alguna otra ocasión; cabe la posibilidad de que un gran porcentaje de estas pacientes sí hubieran sido sometidas a dicha prueba, pero que por falta de información no tuvieran conciencia de ella, es probable pues que por esta razón aparezca un número tan elevado de pacientes que afirmaron que nunca se habían practicado este tipo de examen.

La edad de iniciación de las relaciones sexuales se tiene en cuenta para relacionarla como posible factor epidemiológico del carcinoma del cuello uterino. La mayor incidencia de carcinoma cervical se encuentra en el grupo de las pacientes que tienen su primera relación sexual entre los 17 y 19 años (8, 5).

Respecto al número de gestaciones y la paridad de las pacientes se enfocó particularmente por el número tan elevado de las mujeres encuestadas, que han estado embarazadas, por el índice tan elevado de natalidad, como el de pérdidas de embarazos sin tener en cuenta los factores que hubiesen podido influir en la pérdida de los mismos y dándoles simplemente el nombre de pérdidas gestacionales.

El estado civil tampoco se toma en cuenta ya que sólo se considera si tienen, han tenido o siguen teniendo relaciones sexuales, que son en última instancia las que pudieran tener alguna relación con las entidades gi-

necobstétricas que más afectan a la sociedad moderna.

La presencia de flujos vaginales fueron clasificados como: inespecíficos, por monilias y por tricomonas. Dado que concurren a consulta buen número de pacientes vírgenes se practicó toma de citología vaginal ciega las cuales se clasifican según los hallazgos en cuadro anexo.

Los dispositivos uterinos que ocasionalmente se encontraron se tabulan estableciendo una relación directa entre el tiempo de aplicación, el tipo de citología vaginal que presenta la usuaria en el momento de la encuesta y el aspecto macroscópico del cuello uterino. Como puede deducirse de los puntos anteriores, no se pretende en esta revisión establecer etiologías o relaciones socioculturales o de tipo económico con la patología ginecobstétrica accidentalmente encontrada, sino simplemente la obtención de unos datos epidemiológicos sobre lo que sucede en el momento actual en una empresa determinada. Sobre un total de 1.109 historias revisadas y de 1.109 citologías tomadas se encontraron los siguientes resultados:

De las 1.109 pacientes a quienes se les preguntó si alguna vez en la vida se les había practicado citología vaginal, 1.002 respondieron negativamente, afirmando que nunca se les había practicado tal examen.

Queda pues esclarecido por una vez más que si bien la citología cervicovaginal es una de las armas más importantes en el diagnóstico precoz del carcinoma de cérvix, aparece como resultado de los programas de tipo educativo que en forma intensa y permanente lleguen a toda la población en especial a aquellos grupos que se han dado en llamar de bajos recursos.

Kannaway-Clenmensen y Nielsen (9) coinciden en sostener que la enfermedad es más frecuente cuanto más baja sea la situación socioeconómica; Lombard-Potler consideran que además de este factor hay que tomar en cuenta la pobreza en el cuidado obstétrico (pre-post parto). Compartimos con Valdivia (9) y otros investigadores peruanos la relación inversa que hay entre mayor incidencia de carcinoma de cérvix uterino y pacientes de extracción socioeconómica cultural más modesta.

El tipo de citologías encontradas en las 1.109 pacientes y según clasificación de Papanicolaou fueron las siguientes:

Citología A I	478
Citología A II	617
Citología A III	13
Citología A IV	1
Citología A V	0
Total citologías	1.109
Pacientes sin citología anterior	1.002
Pacientes con citología anterior	107
Total pacientes examinadas	1.109

Trece citologías persistentes A III, aún después de tratamiento fueron biopsiadas previo test de Schiller, tres de estas biopsias fueron informadas como carcinoma in situ del cérvix. La biopsia de la citología A IV encontrada también fue informada como carci-

noma in situ del cérvix. No sobra anotar que los casos positivos fueron remitidos a la Caja de Previsión, para terminar estudio y aplicación del tratamiento adecuado a cada caso en particular. Las diez restantes citologías A III, persistentes aún después de tratamiento médico también fueron biopsiadas e informadas como Displasia Moderada; como es natural, siguen bajo estudio y control en la entidad respectiva.

Creemos de importancia recalcar que los tres carcinomas in situ encontrados con citologías A III, citológicamente fueron informados así: Uno como displasia ligera, y dos como displasia moderada. Esto quiere decir que los criterios de citología clásica de Papanicolaou y los cuales se graduaban de I a V, según su benignidad o malignidad tienden a modificarse notablemente por lo cual se me hace oportuno traer algunos de los criterios que actualmente siguen los citopatólogos para el diagnóstico de estos casos (1).

Las edades de los casos positivos para Ca. In situ encontrados fueron de: 23, 25, 29 y 50 años respectivamente. Como puede observarse oscilaron entre los 25 y 35 años como promedio, además de un caso a los 50 años de edad en la cual es más frecuente el tumor de tipo invasivo (6).

Citología	Edad	Aspecto del Cérvix	Paridad	I. R. S.	Bx Cérvix
A III					
Disfagia ligera	29	Sano	G2 P2	18a	Ca. In situ
A III					
Disfagia moderada	23	Sano	G1 P1	16	Ca. In situ
A III					
Disfagia moderada	25	Cervicitis	G4 P2	19a	Ca. In situ
A IV	50	Erosión	G3 P3	18a	Ca. In situ

10 Bx — A III Persistentes.

Informadas como Displasia entre leve y moderada en control.

I. R. S. — Iniciación Relaciones Sexuales.

De todos es bien sabido que pasó mucho tiempo para que se diagnosticara el carcinoma in situ, y después de que se comenzó a diagnosticar como tal pasaron otros años, para que los patólogos por biopsia diagnosticaran las displasias; igualmente ha pasado con la citología, al principio no se pensaba que el patólogo pudiera hacer un diagnóstico demasiado exacto sobre el tipo de la lesión y los médicos se contentaban con la clasificación de Papanicolaou en la cual se graduaban de I a V como ya se dijo los tipos de frotis según su benignidad o malignidad; con el tiempo los criterios para el diagnóstico han mejorado notoriamente de manera que la clasificación numérica ha dejado de tener tanta vigencia dándole una mayor importancia a los hallazgos citológicos y siendo más descriptivos en los informes de los frotis.

En un frotis vaginal normal compuesto por células escamosas intermedias y superficiales cuya proporción cambia según la época del ciclo menstrual, también aparecen células del epitelio endocervical cilíndricas con núcleos basales dando imágenes en panal de abeja o en empalizada. Cuando un cérvix comienza a presentar displasia lo puede hacer a nivel endo o exocervical. Una displasia exocervical ligera histológicamente es aquella que tiende a formar algo de queratina; en las displasias queratinizantes se ve el epitelio normal del cérvix con un poco de hiperplasia de las capas basales y ligera discariosis de las superficiales, fenómeno que casi siempre precede a la aparición de la displasia conservando el ordenamiento de las capas celulares mismas.

La Displasia Queratinizante, se manifiesta citológicamente (1) por células que presentan citoplasma muy bien preservado, pero que comienzan a mostrar alteraciones nucleares, au-

mento de la cromatina, irregularidad en la forma y tamaño de los núcleos. Se ve que son células superficiales, por la cantidad de citoplasma que tienen.

Se reconoce que una célula corresponde a una displasia ligera o queratinizante es decir que se origina en el epitelio escamoso, porque su citoplasma es grande y con frecuencia de tipo eosinófilo es decir que se tiñe con los colorantes ácidos, esto es un fundamento para decir si una displasia es de tipo queratinizante.

En la displasia moderada, de tipo queratinizante, histológicamente se aprecia más irregularidad de las células, se ven mitosis pero hay tendencia a la madurez del epitelio; las células exfoliadas continúan eosinófilas y con discariosis de los núcleos más marcada que en la displasia ligera.

En la displasia severa de tipo queratinizante, básicamente se aprecia que el desorden celular es mayor que en las displasias precedentes y el epitelio está comprometido casi en todo su espesor, se aprecia más irregularidad de los núcleos, hiper cromasia de los mismos, pero el citoplasma de tipo eosinófilo se conserva; citológicamente no todas las células descamadas son eosinófilas, pero el hecho de que aparezca alguna, indica que la lesión es del tipo queratinizante.

El carcinoma in situ del tipo queratinizante, histológicamente muestra desorden celular aún mayor, en donde las células profundas son similares a las células superficiales, con tendencia a núcleos fusiformes, las mitosis se observan con mayor frecuencia y en capas más superficiales del epitelio. Algunos citopatólogos cuando las mitosis se encuentran a ni-

vel de las capas superficiales diagnostican con seguridad Ca In Situ (1).

Cuando se encuentran núcleos monstruosos, debe investigarse más profundamente, porque generalmente este tipo de núcleos indica microinvasión. Los núcleos monstruosos generalmente no se encuentran en el carcinoma incipiente. Citológicamente el Ca In Situ queratinizante muestra células basales malignas, pero también algunas células superficiales eosinófilas con núcleos gravemente alterados. La displasia del endocérvix es del tipo de células basales. La paridad encontrada está entre la grávida 1 a la grávida 4 no encontrándose en nulíparas. De los cuatro tumores encontrados dos presentaban un cuello aparentemente sano, esto confirma el concepto general de que la lesión neoplásica intraepitelial no se diagnostica clínicamente y por lo tanto relleva la importancia de los exámenes periódicos con citología vaginal de rutina aún en mujeres con cervix clínicamente sano (6).

Citología ciega

Un buen número de las pacientes motivadas por las charlas dictadas durante la campaña en especial a la referente a la citología vaginal y a la importancia de dicho examen en el diagnóstico temprano del ca. de cervix, decidieron que se les practicara éste examen pese a la integridad de su himen, motivo por el cual se tomó una sola muestra con escobillón que se ha decidido llamar citología ciega.

Los hallazgos de esta citología vaginal ciega fueron los siguientes:

CITOLOGIA CIEGA

Citología A I	105
Citología A II	18
TOTAL	123

Salta a la vista el elevado porcentaje de citologías A I en mujeres que no han tenido relaciones sexuales.

El Herpes Simple 2 (HSV2) causante de lesiones cutáneas de la mitad inferior del cuerpo y en los genitales ha sido relacionado con el carcinoma cervical y otras neoplasias (7).

En 1967 Rews, Joseph Melnick y colaboradores de la Universidad de Baylor, comenzaron a investigar la presencia de virus en el esmegma humano y aislaron Herpesvirus Tipo 2. Se han descubierto anticuerpos contra dicho virus en células cervicales exfoliadas con displasia (7), carcinoma In Situ e invasor (7). La mayoría de los estudios indican un índice elevado de anticuerpos contra el virus en mujeres con neoplasias del cuello uterino (7).

Por el momento los investigadores no han logrado aislar los virus Herpes Tipo 2, en tumores cervicales; y aunque en experiencias con animales se han desarrollado neoplasias en los sitios donde se inocularon Herpes virus Tipo 2, no se ha logrado comprobar el papel oncógeno de los virus en la especie humana (7).

La mayor incidencia de Ca cervical se encuentra en el grupo de las pacientes que tienen su primera relación sexual a edad temprana.

Esta relación es del 75% según la casuística Peruana (3). Así mismo observaron que las pacientes que no han tenido relaciones sexuales, no han presentado carcinoma del cervix (3). Igualmente Pardo Vargas encontró en su revisión, mayor número de carcinomas en las mujeres con mayor actividad sexual y en las que habían tenido el mayor número de hijos (4).

Dispositivos intrauterinos

Se encuentra un total de 39 pacien-

tes portadoras de dispositivos intrauterinos, en su mayoría el denominado Asa de Lippes, se establece una relación entre el tiempo de inserción y

la citología vaginal en el momento de la encuesta, al igual que el aspecto macroscópico del cuello uterino.

Tiempo de Inserción	Cit. AI	Cit. AII	Aspecto macroscópico del Cérvix Sano	del Cérvix Cervicitis
Menos de 1 año	2	2	—	3
Un año	7	2	5	7
Dos años	10	1	9	10
Tres años	7	3	4	7
Cuatro años	4	1	3	3
Cinco a nueve años	9	7	2	9

Menores de un año de uso del dispositivo se encontraron dos pacientes, ambas con citología AI y un cuello macroscópicamente sano.

Con un año de uso siete pacientes, dos con citología AI, cinco con citología AII, todas con cuello macroscópicamente sano.

De dos años de uso diez pacientes, una con citología AI, nueve con citología AII, todas con cuello macroscópicamente sano.

De tres años de uso siete pacientes, tres con citología AI, cuatro con citología AII, todas con cuello aparentemente sano.

De cuatro años cuatro pacientes, una con citología AI, tres con citología AII, tres cuellos macroscópicamente sanos, uno con cervicitis aparente.

De cinco a nueve años se encontraron nueve pacientes, siete con citología AI, dos con citologías AII, cuellos macroscópicamente sanos en este grupo de pacientes.

Se aprecia en el cuadro que los cervix casi en su totalidad aparecen macroscópicamente sanos, por otra parte las citologías encontradas son del Tipo AI y AII, según clasificación de Papanicolaou.

Respecto a carcinogénesis varios estudios a largo plazo han mostrado que no existe prueba alguna de que el dispositivo intrauterino aumente la frecuencia del adenocarcinoma del endometrio o del carcinoma del cuello. En el Programa Estadístico Cooperativo, la frecuencia de carcinoma cervical y de carcinoma in situ en portadoras de dispositivos intrauterinos permaneció constante durante los seis primeros años, después de la inserción del mismo (2).

Por otra parte, pudo comprobarse aumento notable de los neutrófilos mononucleares y células plasmáticas en el endometrio portador de dispositivo. Se observan células plasmáticas como vasos transitorios del tejido endometrial ya que en la mayoría de las pacientes desaparecen cinco meses después de la inserción del dispositivo. El flujo intrauterino de la cavidad endometrial con un dispositivo posee gran número de células inflamatorias, así como un alto contenido de proteínas. Todas estas células son indudable exponente de una reacción inflamatoria estéril a cuerpo extraño (2).

Número de mujeres con embarazos en un momento dado

Del total de las pacientes encuestadas (1.109) se encontró que 814, es-

tuvieron embarazadas en algún momento de su vida, además en el total de embarazos se encontró que 356, no llegaron al término, sin tratar por supuesto de determinar las causas.

La distribución de las gestaciones se hizo clasificándolas en tres grupos, según el número de embarazos que hubiese tenido cada una de las encuestadas. De uno a tres embarazos; de cuatro a seis embarazos; de siete y más embarazos encontrándose los siguientes datos:

De uno a tres embarazos	481	pacientes
De cuatro a seis embarazos	227	"
De siete y más embarazos	108	"
Total embarazadas	814	"

FLUJOS VAGINALES Y OTROS HALLAZGOS SOBRE EL TOTAL DE LAS PACIENTES

Flujo inespecífico	592
Flujo por monilia	37
Flujo por tricomonas	29
Cuello sano macroscópicamente	754
Cervicitis macroscópicamente	355
Pólipos cervicales	5
Histerectomizadas por cualquier causa	13

Resumen y Conclusiones

Previa motivación y campaña educativa sobre anatomía y fisiología de los órganos de la reproducción humana, se revisan 1.109 historias y se toman 1.109 citologías vaginales, en una empresa oficial. Se encontraron cuatro carcinomas *In situ* entre los 25 y 35 años y uno a los 50 años, es decir una incidencia del 3.3 x 1.000, lo que está de acuerdo con la mayoría de las estadísticas publicadas.

Se toman 123 citologías vaginales a pacientes vírgenes estando todas entre AI y AII, y no encontrándose ningún caso sospechoso. Todos los casos positivos para Ca *in situ* fueron encontrados en pacientes con relacio-

nes sexuales precoces y con paridad relativamente alta.

Se muestra como lo han hecho otros autores que los dispositivos intrauterinos no tienen relación con la producción de Ca. *in situ*, ni Ca. endometrial.

Se relievra la importancia de la lectura en la citología vaginal haciéndose énfasis en el aspecto celular mismo.

Se muestra en el presente grupo un índice muy elevado de fecundidad, al igual que de gestaciones perdidas por diferentes causas. Se clasifica la presencia de flujos vaginales como inespecíficos, por monilias y tricomonas.

Se afirma que las campañas educativas en forma permanente tienen tanta importancia como la citología vaginal y otros métodos de diagnóstico precoz del Ca. *In situ* del Cérvix.

Summary and Conclusions

Upon previous motivation and educational campaigns on the anatomy and physiology of the human reproduction organs, 1,109 histories are studied and 1,109 vaginal cystologies are performed in an official enterprise. Four *in situ* carcinomas were encountered in patients between 25 and 35 years of age and one in a patient 50 years old; that is, an incidence of 3.3 x 1,000 which is in agreement with the majority of statistics published to date.

123 vaginal cystologies are accomplished in virgin patients, all between AI and AII; no suspicious case was encountered. All cases positive for *in situ* Ca were found in patients with precocious sex relationships and with high relative parity.

As done previously by other authors, it is shown that intrauterine

devices have no relationship with neither in situ Ca nor with endometrial Ca.

Emphasis is made in the importance of the lecture of the vaginal cystology, particularly on the cellular aspect of same.

This group shows a very high index of fecundity as well as of miscarriages for the same reason. The presence of vaginal flux is classified as non-specified by monilia and trichomona.

It is asserted that educational campaigns in a permanent manner are of substantial importance as is the vaginal cystology and other diagnosis methods for early discovery of cervical in situ Ca.

BIBLIOGRAFIA

- 1 SANTAMARIA, ARMANDO. Citopatólogo. U. Nal. de Colombia. Instituto Nal. de Cancerología.
- 2 BERNSTEIN g.s., ISRAEL R. SEWARD P., MISHELL Jr. Clinical experience with the Cu-7 Intrauterin e device. *Contraception*. 6: 99, 1972.
- 3 BEDOYA M. Epd. ca. cervix en Perú. *Rev. Col. Obst. y Ginec.* Vol. XXIII, 411, 1972.
- 4 FONNEGRA A. Ca In situ de cuello uterino. *Rev. Col. Obst. y Ginec.* Vol. XIX. 45, 1968.
- 5 FONNEGRA M. ALVARO y SARRIA OLCOS CARLOS. Estado actual del carcinoma del cuello uterino, en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. *Rev. Col. Obstetric. y Ginec.* Vol. XVI Nov. Dic. 430. 1965.
- 6 JORDAN G., FONNEGRA A., RIAÑO G., MEDINA G., DARNALT E., GOMEZ PALACINO M. Carcinoma In situ del Cérvix. *Rev. Col. Obst. y Ginec.* Vol. XXV N° 2 72-73 1974.
- 7 M. D. en español. Vol. XII N° 6 Junio, 1974.
- 8 RICHARD W. TELINDE. Epidemiología del Ca. de cuello uterino. Editorial Bernades 4a. Ed. de 1971.
- 9 VALDIVIA PONCE E. y otros. Contribución a la epidemiología del cáncer de cuello uterino en el Perú. *Rev. de Querología y Obst. (Perú)*. Vol. XV N° 1. 1969.