

# Análisis del NIC en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl 1970 – 1987

XVII CONGRESO COLOMBIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
PEREIRA – DICIEMBRE 1o. AL 5 DE 1987

Dres.: Gildardo Gallego Noreña\* y Jaime Uribe Duque\*\*

## INTRODUCCION

Usando la nueva nomenclatura del NIC se han agrupado las pacientes con diagnóstico de Displasias Severas, Moderadas, Leves y Carcinoma In Situ de Cervix.

Estas pacientes se han registrado en computador desde el año de 1970 hasta 1987.

En todas las instituciones que realizan manejo de cáncer ginecológico, lo esperado es observar un incremento en el diagnóstico de las lesiones intraepiteliales o pre-clínicas y una disminución considerable de los estados invasores o avanzados.

Esta situación es la ideal y será un objetivo final de cualquier campaña de detección de cáncer. Sin embargo, en nuestro Hospital Universitario San Vicente de Paúl, continuamos examinando y tratando un número considerable de casos de cáncer invasor de cuello uterino en estados irrecuperables, lo que lleva a alta morbilidad.

El cáncer de cuello uterino al igual que el cáncer de piel, constituyen los cánceres sobre los cuales se continúa investigando exhaustivamente. En el momento actual, uno de los tópicos estudiados es

lo relacionado con la etiopatogenia del cáncer cérvico uterino y específicamente el papel que desempeña el papiloma virus como desencadenante de la neoplasia intraepitelial cervical (4, 6, 7, 8, 9 y 10), (12).

Si llegamos a obtener tanta información en cuanto a este virus desde el punto de vista citológico, podríamos detectar la lesión cervical en la fase de neoplasia intraepitelial y lograríamos tratarla y seguirla adecuadamente y así estaríamos interrumpiendo el paso hacia el cáncer invasor.

## Objetivos Generales

1. Realizar un análisis estadístico sobre los registros de Neoplasia Intraepitelial III desde enero de 1970 hasta junio 30 de 1987.
2. Hacer un diagnóstico del estado actual del NIC III en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

## Objetivos Específicos

En pacientes con NIC III se analizarán:

1. Número total y distribución por períodos de seis años.
2. Grupos etáreos.
3. Estado actual de salud.

\* Profesor Asociado 750. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina – Universidad de Antioquia.

\*\* Profesor Ad-honorem. Departamento de Obstetricia y Ginecología de Medicina – Universidad de Antioquia.

4. Tratamiento efectuado.
5. Correlación patológica de biopsia inicial y tratamiento realizado.

**MATERIAL Y METODOS**

Se analiza el registro de Cáncer de Cuello Uterino del Grupo de Oncología Ginecológica del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, que funciona en las instalaciones del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

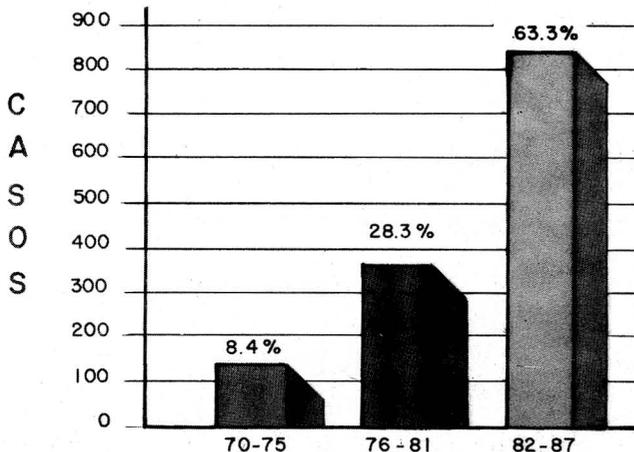
Específicamente se estudia el NIC III desde enero de 1970 hasta junio 30 de 1987.

Este análisis retrospectivo nos permitirá ver el estado actual del NIC III en cuanto al seguimiento y manejo y correlación patológica. Se puede derivar de este informe algunas posibles hipótesis para reorientar la información y el manejo del NIC III.

**RESULTADOS**

Distribución de las pacientes por períodos. El número total de pacientes con NIC III es de 1.276, lo hemos distribuido en períodos equitativos de seis años, y la Gráfica 1 es muy ilustrativa en este sentido: apreciamos que en cada período la tenden-

GRAFICA 1  
PERIODOS



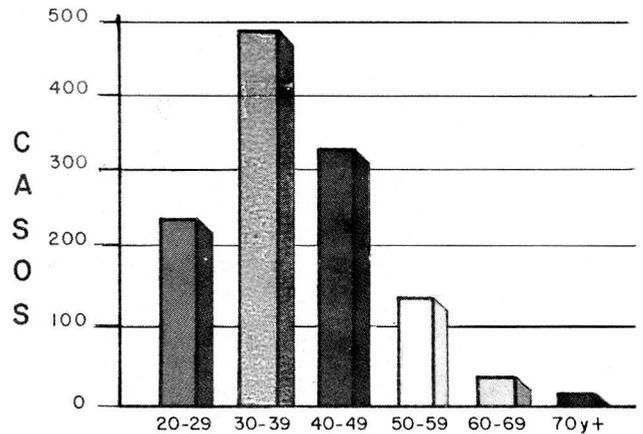
cia es creciente; siendo más notorio el último período del año de 1982 al año de 1987, en el cual, el número sobrepasa al período de los años 1978 a 1981. Creemos que el registro de pacientes ha mejorado notoriamente del año 1980 en adelante, debido a más motivación por parte del personal médico y paramédico.

El 63.2% del tercer período duplica el segundo período (28.3%) y es casi nueve veces el primer período. Esta tendencia creciente es producto de la mejor pesquisa de casos, mejor remisión por parte de egresados médicos e indudablemente el mejor registro en el Grupo Oncológico.

**Edad**

El promedio de edad de las pacientes fue de 36.2 años, la paciente más joven de 19 años y la paciente más anciana de 95 años.

GRAFICA 2  
EDAD



En la Gráfica 2, apreciaríamos la distribución por décadas de las 1.276 pacientes con NIC III. La distribución numérica es mayor para las décadas del 20 - 30 - 40 respectivamente, relacionadas con los años de mayor actividad sexual y de las etapas reproductivas de la vida.

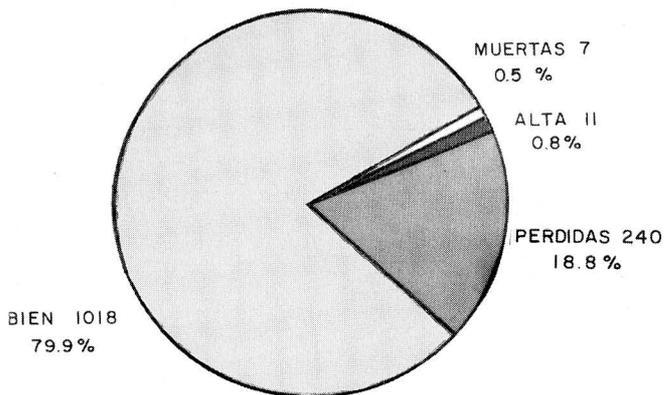
Esta gráfica en barras no se aparta de lo ilustrado por otros autores a nivel mundial (5, 11).

Es muy raro el NIC III por encima de 70 años.

**Estado de la Salud Actual**

El estado de la salud de las 1.276 pacientes con NIC III lo podemos observar en la Gráfica 3. El 79.7% de las pacientes o sea un total de 1.018, están completamente bien.

GRAFICA 3  
ESTADO ACTUAL



El 18.8% (240 pacientes) están perdidos en el momento de efectuar la presente revisión. El 0.5% (7 pacientes) están muertas, pero por otra causa, y el 0.8% (11 pacientes) se titulan como de alta del programa, son pacientes de otras ciudades o han solicitado ser controladas en algunos centros de salud.

Se acepta que el NIC III o estado "0" del carcinoma cervical no se puede tener en cuenta para análisis de ninguna tasa de sobrevida a los cinco y diez años respectivamente.

De todas formas el porcentaje de pacientes seguidas y actualmente en buenas condiciones de salud, es sobresaliente y puede compararse con cualquier estudio a nivel mundial, teniendo en cuenta que el período de seguimiento de estas pacientes es largo (17 años). El porcentaje de pacientes perdidas no es muy grande.

**Análisis del Tratamiento Efectuado**

El tratamiento para el NIC III mundialmente aceptado es así:

1. Conización para las pacientes jóvenes o que desean preservar su función reproductora.

2. Histerectomía o Anexohisterectomía dependiendo de la edad de la paciente.
3. Radium para pacientes con contraindicación quirúrgica.

A partir de 1980, se han efectuado 578 colposcopias. Esta última como tal:

1. Ha mejorado el diagnóstico considerablemente.
2. Ha reducido el número de conos diagnósticos.
3. Su uso rutinario constituye la explicación para efectuar el tratamiento conservador con seguimiento colposcópico únicamente.

Recordemos que en este NIC III están agrupadas las pacientes cuyos diagnósticos iniciales eran displasias severas y carcinomas in situ para un gran total de NIC III de 1.276 pacientes.

CUADRO 1  
TRATAMIENTO

	Nº PACIENTES	%
CONO	290	22.7
HISTERECTOMIA	869	68.1
CONO E		
HISTERECTOMIA	27	2.1
CONTROL	54	4.2
RADIUM	23	1.8
SIN TRATAMIENTO	13	1.0
TOTAL	1276	100.0

Se efectuó histerectomía a 869 (68.1%) porcentaje muy considerable teniendo en cuenta el número total de pacientes. Al 22.7% se trataron con conización. A unas pocas pacientes se realizó cono e histerectomía (2.1%) posiblemente fueron conos diagnósticos, en pacientes a quienes se les debía aclarar algún aspecto en la biopsia, o tenían colposcopia no satisfactoria.

Se encontraron 54 (42%) pacientes en control clínico citológico y colposcópico. Son pacientes que son de área urbana, y cuya lesión inicial era focal y además, los seguimientos citológicos y colposcópicos han sido negativos.

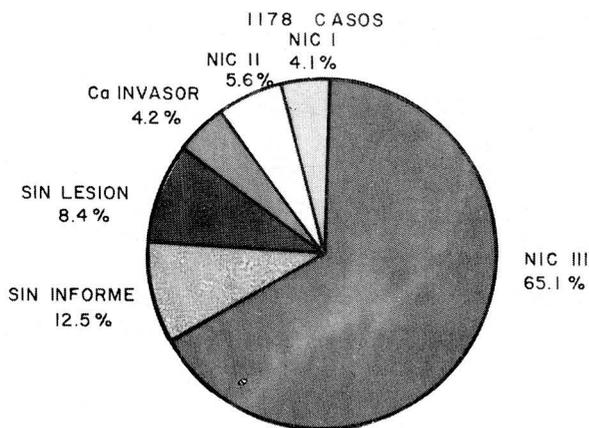
Aparecen también en el listado 13 pacientes sin tratamiento. Posiblemente son pacientes que se han tratado particularmente o falta por anotar el tipo de tratamiento realizado.

**Correlación Anatómica de la Biopsia Inicial y el Estudio del Espécimen Quirúrgico**

Se ha podido relacionar el informe de la biopsia inicial NIC III con el estudio de patología del espécimen quirúrgico bien sea cono o histerectomía en 1.178 pacientes.

No coincide este número con el total de pacientes debido a que hay unas pacientes que no fueron intervenidas, 23 se trataron con Radium y 54 pacientes están en control clínico, colposcópico y citológico, por lo tanto su espécimen quirúrgico no aparece.

GRAFICA 4  
ANATOMIA PATOLOGICA  
ESPECIMEN QUIRURGICO



Se puede apreciar en el diagrama anterior que hay un gran porcentaje de pacientes cuyo resultado de Anatomía patológica coincide con NIC III (65.1%) situación que sería la esperada o que la lesión era menor sobre todo si tenemos en cuenta

que el uso del colposcopio entre nosotros desde 1980, mejoró substancialmente el diagnóstico.

También se aprecian 100 pacientes (8.4%) cuyo estudio patológico no tenía lesión debido tal vez a lesiones focales muy circunscritas. Esto augura un buen pronóstico. Además, aparecen registradas 147 pacientes (12.5%) en las cuales no se tiene informe del espécimen, existiendo por lo tanto un subregistro en este aspecto, o incluyendo en este dato algunas pacientes intervenidas particularmente y sus médicos tratantes no informan oportunamente el resultado patológico.

Gallego y Barros (3) en una revisión del carcinoma in situ en esta misma Institución, pero en un tiempo más corto, encontraron 5% de cáncer invasor, en cambio en la presente, el cáncer invasor fue de 4.2%.

**DISCUSION**

Con esta revisión consideramos que el material que tiene recopilado el Grupo de Oncología Ginecológica del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en cuanto al NIC III es valiosísima y el número de pacientes que ésta registra puede compararse con series de otros autores a nivel mundial.

El registro de todas las pacientes en computador, permite a cualquier persona interesada en un momento dado, obtener información general en cuanto a las diferentes entidades oncoginecológicas y en nuestro caso específico al NIC III.

Desde el año 1970, cuando Ritchart y Koss (10, 13) usaron la nomenclatura de los NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical) han aparecido los diferentes trabajos agrupando las displasias epiteliales y los carcinomas in situ.

Se ha considerado la etapa de la neoplasia intraepitelial cervical, como un proceso continuo de evolución hacia el cáncer invasor y por este motivo, es indispensable diagnosticarlo y tratarlo adecuadamente.

Este proceso dinámico de la neoplasia epitelial ha tratado de explicarse por múltiples factores etio-

lógicos que tradicional y mundialmente se han considerado tales como edad temprana de la primera relación sexual, multiparidad, promiscuidad, estado socio-económico bajo y otros (6, 7 y 9).

Pero el enfoque actual sobre la etiopatogenia del Cáncer de Cuello Uterino, es considerar a esta entidad como partícipe del grupo de enfermedades sexualmente transmisibles (6). En esta nueva consideración participan agentes como el herpes que ha pasado a un segundo plano, el papiloma virus que desencadena las verrugas y los condilomas planos con sus diferentes serotipos, pero los causantes de noxa a nivel humano son el 16 y 18 (11) la clamidia trachomatis y el citomegalovirus (6, 7 y 11).

Este nuevo enfoque del NIC ofrece un panorama maravilloso de investigación que debería canalizarse aprovechando este gran número de pacientes controladas con NIC III (1.276) en total. Hipotéticamente algunos de estos NIC III puede que fuesen únicamente cambios displásicos por el papiloma virus como Bernstein (4) lo demostró en una revisión retrospectiva.

En cuanto al número de pacientes seguidas y que actualmente están vivas, 1.018 (79.1%), es interesante recordar que esta etapa del cáncer de cuello uterino es más frecuente en edad joven en años reproductivos; por lo tanto, si fueron tratadas en etapas in situ, habrá más posibilidad de estar bien a los 5 - 10 y 15 - 20 años. Recordemos además, que la etapa "0" (NIC III) del cáncer de cuello uterino, no puede tenerse en cuenta para evaluar supervivencia.

Los tratamientos realizados en esta institución, no se han apartado de los tradicionales: Conización (22.7%), Histerectomía (68.1%) o en algunos casos Radioterapia (1.8%) para los casos no operables. No hay lugar para tratamientos más conservadores y actualmente preconizados en otras instituciones tales como electrocoagulación, crioterapia, láser, sustancias químicas, conización y otros (1, 2) teniendo en cuenta la enorme ayuda diagnóstica y de con-

trol que ofrece el uso del colposcopio como elemento de trabajo de consulta Gineco—Oncológica. Este es otro aspecto para una investigación prospectiva que sería de gran importancia para nuestro Departamento.

Este informe tiene la desventaja de las revisiones retrospectivas que hay mucha información que fue necesario descartar por carecer de datos en la historia.

### CONCLUSIONES

1. El incremento en el NIC III es reflejo de las buenas campañas de detección precoz y mayor motivación del médico.
2. Consideramos que el número de pacientes con NIC III es digno de compararse con cualquier estudio a nivel mundial.
3. Los grupos de mayor incidencia se presentaron en la segunda, tercera, cuarta y quinta décadas.
4. La colposcopia es esencial en el aspecto diagnóstico del NIC en todas sus etapas y en las formas invasoras tempranas del carcinoma de cuello uterino.
5. En todo Servicio Oncológico la consulta de seguimiento registrada y sistematizada es la base de la información y la fuente para valorar estado de salud, seguimiento y otros. Servirá como fuente de investigación para conocer supervivencia de diferentes entidades.
6. Es imperativo la necesidad de protocolos de investigación prospectivo para valorar factores etiológicos, epidemiológicos y otras formas terapéuticas tales como crioterapia, láser, sustancias químicas y otros (2, 5 y 6) ya que en este momento la información es parcial y retrospectiva.

## BIBLIOGRAFIA

1. BAGGISH M. "A comparison between laser excisional conization and laser vaporization for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia" *Am. J. Obst. Gynec.* Vol. 155 No. 1, July 1986.
2. BAKER D. "Virus del Herpes" *Clín. Obst. Ginec.* Vol. 1, 1983.
3. BARROS F.; GALLEGU G. "Carcinoma Cervical Intraepithelial" *Rev. Col. Obst. y Ginec.* Vol. XXXI, No. 1, Enero-Febrero, 1980.
4. BERNSTEIN "Relevance of papillomavirus infection in colposcopically directed cervical biopsy specimens in 1972 and 1982" *Am. J. Obst. Gynec.* Vol. 151 No. 5 March 10, 1985.
5. DEIGAN E. "Treatment of cervical intraepithelial neoplasia with electrocautery: A report of 776 cases". *Am. J. Obst. Gynec.* Febrero, 1986.
6. FENOGLIO C. "Etiologic factors in cervical neoplasia" *Seminars in Oncology* Vol. IX, No. 3, sep. 1982.
7. FERENCZY A. "Latent papilloma virus and recurring genital warts" *The New Eng J. of Med.* Vol. 313 No. 3, sep. 1985.
8. GSCHNAIT F. "International union against the venereal diseases and the treponematoses" Technical Report No. 3 Vienna, Austria, 1986.
9. KAUFMAN R. "Herpes simplex virus and human papilloma virus in the development of cervical carcinoma" *Clin. Obst. Gynec.* Vol. 29 No. 3, sept. 1986.
10. KOOS L. "Unusual patterns of squamous epithelium of the uterine cervix: cytologic and pathologic study of koilocytotic atypia" *Ann NY Acad Sci* 63-1245, 1956.
11. NELSON J. "Dysplasia, Carcinoma in Situ and Early invasive Cervical Carcinoma" *Ca. A Cancer for Clinicians* Vol. 34 No. 6, Nov.-Dec. 1984.
12. PILOTTI S. "Condylomata of the uterine cervix and koilocytosis of cervical intraepithelial neoplasia" *J. Clin. Pathol.* Vol. 34 : 532-541, 1981.
13. RITCHART R. "Workup of the patient with an abnormal Papanicolaou SMEAR". *Gynec. Oncol.* S 2.65, 1981.