

UNA DECADA DE DETECCION MASIVA EN EL HOSPITAL "ENRIQUE C. SOTOMAYOR" DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE NEOPLASIA CERVICAL TEMPRANA ENTRE 60.090 PAPANICOLAU

DR. MANUEL ZUÑIGA CALLE

Catedrático, Universidad de Guayaquil

Jefe de Sala Hosp. Gin. Obst. "Enrique Sotomayor"

Hemos hecho una revisión de 60.090 exámenes citológicos por el método de PAPANICOLAU que se llevaron a efecto en el Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor". Estos exámenes son parte de una METODOLOGIA DIAGNOSTICA completa que incluye biopsia por conización dirigida, para el DIAGNOSTICO PRECOZ de cáncer del cuello uterino y tratamiento quirúrgico oportuno.

Revisamos desde 1978, año en que se reglamenta y se inicia la práctica de la citología cervical en forma sistemática a nivel institucional, en los Servicios de Consulta Externa del Hospital Sotomayor, para toda paciente que ingresa en busca de atención médica; tanto paciente ginecológica como obstétrica.

Previamente al PROGRAMA de citología vaginal mencionado, nosotros realizamos un ESTUDIO en nuestra Sala Hospitalaria Santa Margarita que lo resumimos a continuación. Siendo los pioneros y primeros con esta clase de Estudio e Investigación en nuestro Hospital Sotomayor y de todos los Hospitales de la Junta de Beneficencia.

EL PRIMER GRUPO de pacientes obstétricas estudiadas fue de 700 en los años de 1976 a 1977. Todas ellas fueron grávido puerperal en las que encontramos la siguiente incidencia: PAP III A, 13 casos PAP III B, 1 caso (total de displasia 2%). PAP IV, 3 casos (0,42%), PAP V, 3 casos (0,42%). El tratamiento individualizado fue conización, histerectomía total e histerectomía radical.

EL SEGUNDO GRUPO de pacientes gineco-obstétricas sumadas al anterior fue de 1500 del año de 1976 a 1978 correlacionando el estudio a la edad de la paciente y paridad, con la etapa o estado de la lesión, comprobando que a menos edad le corresponde un menos espectro de malignidad. Obtuvimos así una edad promedio de 29 años para el PAP III A: de 33 años para el PAP III B: también de 33 años para el PAP IV y 38 años para el PAP V. El tratamiento estuvo dirigido a la etapa de la lesión así como individualizado de acuerdo a la edad y paridad de la paciente.

El total de exámenes citológicos fue de 60.090 desde el año de 1978 a 1986. Correspondiente 241 frotis para PAP III A que es displasia leve. PAP III B fueron 163 que es la displasia moderada. PAP IV que es la displasia grave o positiva para cáncer (CIN 3 o Ca in situ) correspondió a 92 frotis. Sumando lo anterior totalizan 496 pacientes con displasia desde la leve hasta la grave (Ca in situ) igual a 8.2 o/oo. Para PAP V que es el cáncer invasor - histológicamente- le correspondió 123 pacientes, equivalente a 2 o/oo en el total de 50.090 frotis de papanicolau.

Tenemos una incidencia de 2 o/oo de cáncer del cuello uterino en nuestra población hospitalaria de acuerdo al Programa de Citología por Papanicolau. Según la OMS la incidencia para esta neoplasia es de 1 o/oo en la población de América Latina; siendo los países con mayor incidencia Brasil, Chile, Perú, Panamá, Costa Rica, Jamaica. Esto habla que en nuestro país, Ecuador, falta un buen programa para detección a nivel nacional de este problema social con incidencia del 2 o/oo.

NUESTRO OBJETIVO, en nuestro Hospital Gineco-Obstétrico "Enrique C. Sotomayor" es **DIAGNOSTICAR Y TRATAR PRECOZMENTE** una Neoplasia intraepitelial del cuello uterino, en nuestra Sala Santa Margarita desde 1977; con lo que hemos contribuido en parte, entre las 496 neoplasias preinvasoras entre los 60.090 Papanicolau. Pues diagnosticar y tratar precozmente una neoplasia de cuello uterino que incluye el cáncer in situ es altamente satisfactorio para ambos, médico y paciente, ya que la curación es 100%. Por lo tanto ninguna mujer debería morir de cáncer del cuello uterino cuando se hacen diagnóstico y tratamiento precoz. Diagnosticar y tratar un cáncer **INVASOR**, la satisfacción no siempre es completa; siempre existe un porcentaje variable de curación, así como un porcentaje de muerte, aún realizando una alta cirugía radical con técnica depurada; aquí habrá un tiempo de espera e incertidumbre de 5 años. A diferencia del **DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL**, que es curable 100%

El efectuar un diagnóstico precoz no es un problema simplemente técnico. Abarca tanto la información y la actitud del público, como la política en las Escuelas de Medicina, hospitales y entre los médicos, así como la creación de un objetivo que engendre curiosidad y conduzca a la observación, una "conciencia del cáncer", y también la aplicación de una mente lúcida y desconfiada y de avanzada". Se conocen suficientes datos, principios y técnicas

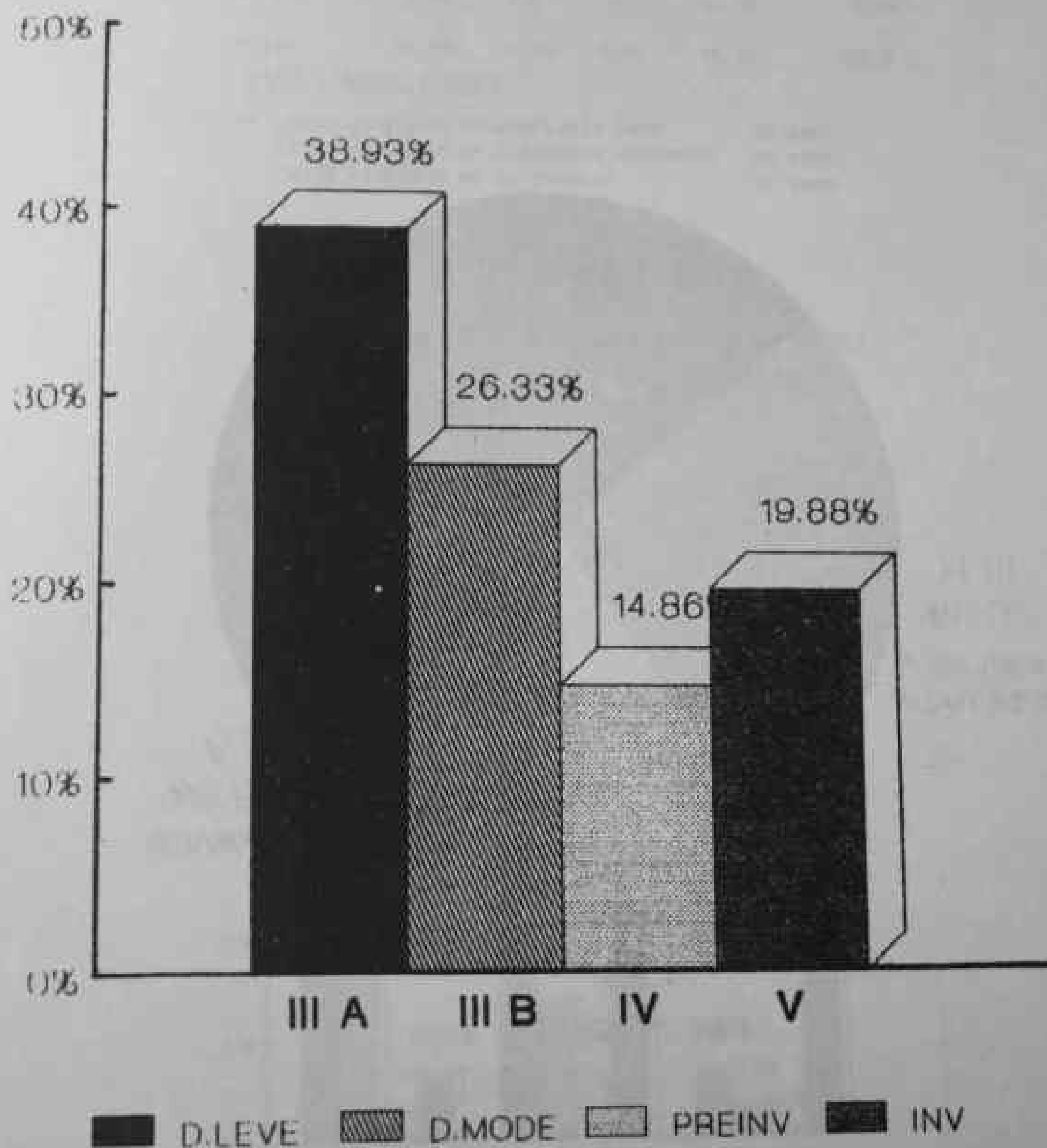
como para el índice de curabilidad del cáncer de los órganos pelvianos pueda ser triplicado o hasta cuádruplicado. No necesitamos nuevas investigaciones ni descubrimientos para el diagnóstico precoz de la mayoría de los cánceres de la pelvis. El problema es aplicar lo que ya conocemos.

HOSPITAL G.-O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR NEOPLASIA CERVICO - UTERINO EN 60.090 FROTIS PARA PAPANICOLAU		
	1. 978	1. 986
CLASIFICACION	No. CASOS	T O T A L
PAF III A		
DISPLASIA LEVE	241	38,93%
PAF III B		
DISPLASIA MOD.	163	26,33%
PAF IV		
PREINVASOR POS. (In situ)	92	14,86%
PAF V		
INVASOR	123	19,88%
619 PAF POSITIVOS		

HOSPITAL G-O ENRIQUE C. SOTOMAYOR

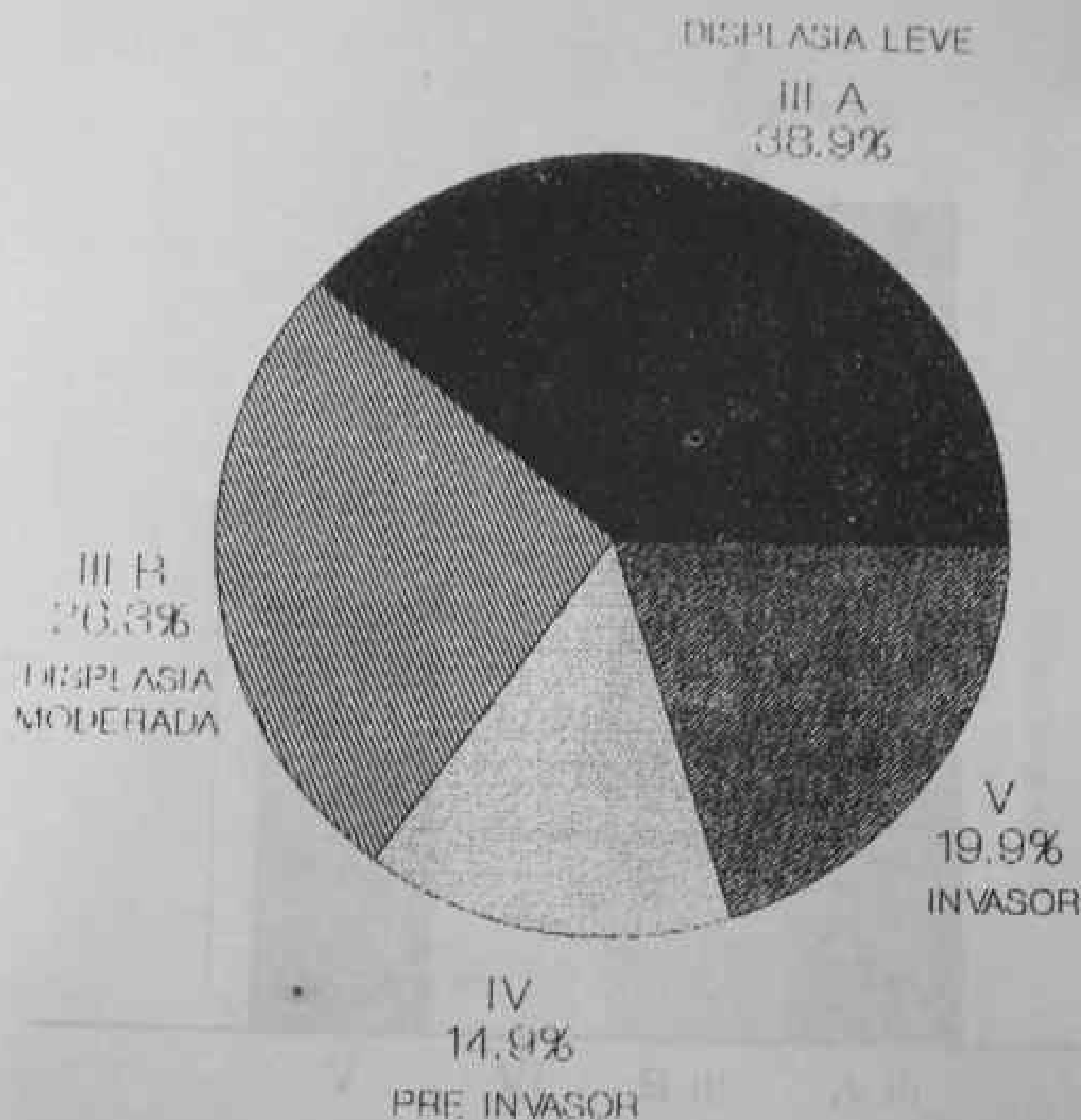
NEOPLASIA CERVICO UTERINA

60.090 FROTIS P.A.P. 1978-1986



619 PAP POSITIVOS DE LESIONES
PRE MALIGNAS - MALIGNAS

HOSPITAL G-O ENRIQUE C. SOTOMAYOR
NEOPLASIA CERVICO UTERINA
60.090 FROTIS P.A.P. 1978-1986



619 FROTIS DE PAP
CON LESIONES PRE MALIGNAS - MALIGNAS

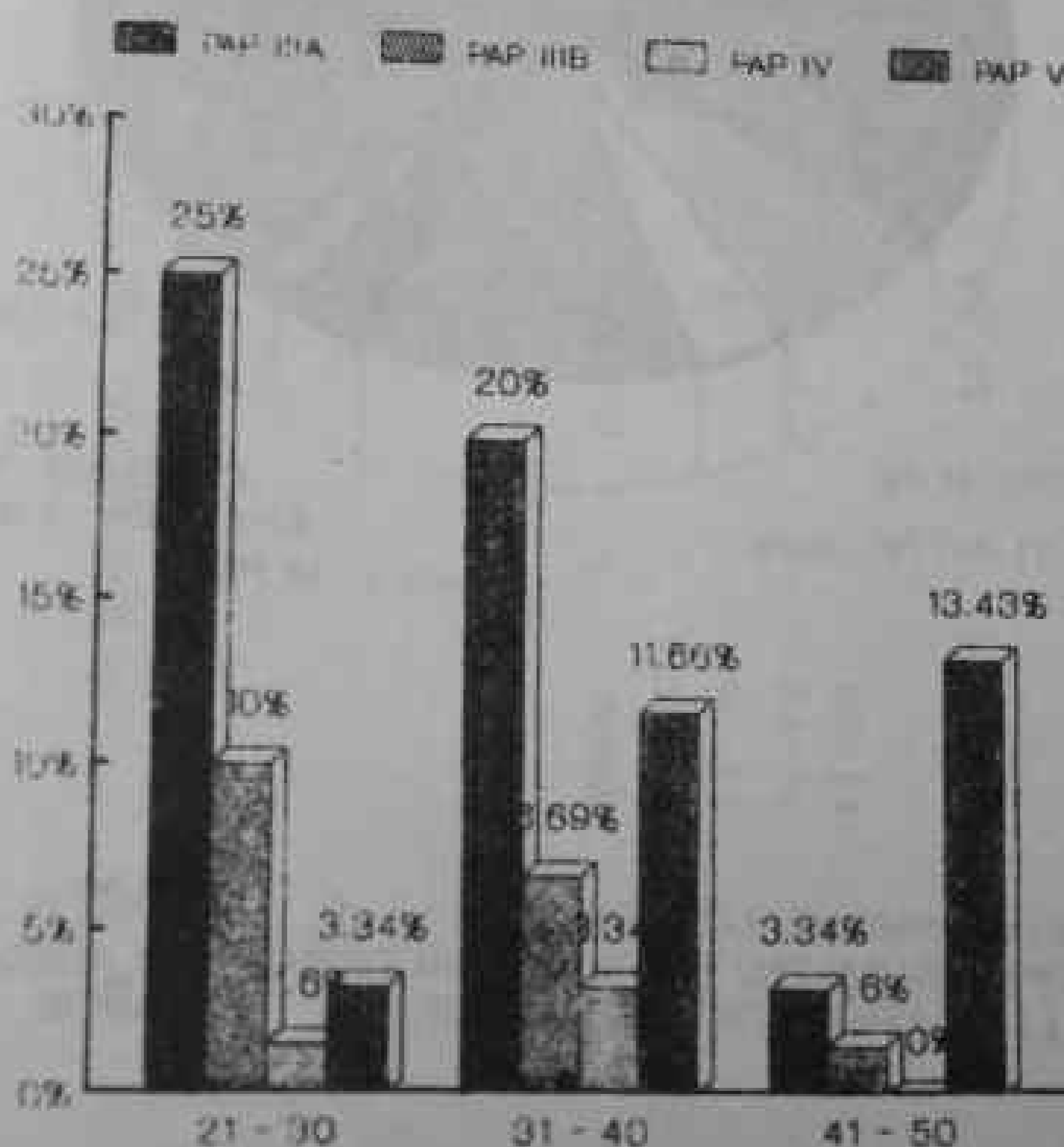
HOSPITAL G.-O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR
 LESIONES PRE MALIGNAS - MALIGNAS
 1.500 P.A.P.

1.976 - 1.978

EDAD	III A	III B	IV	V	TOTAL
18-20	-	-	-	-	-
21-30	25	10	1.8	3.34	39.93
31-40	20	6.89	3.34	11.66	41.69
41-50	3.34	1.8	-	13.43	18.37
TOTAL	48.34	18.28	4.84	28.43	100 %

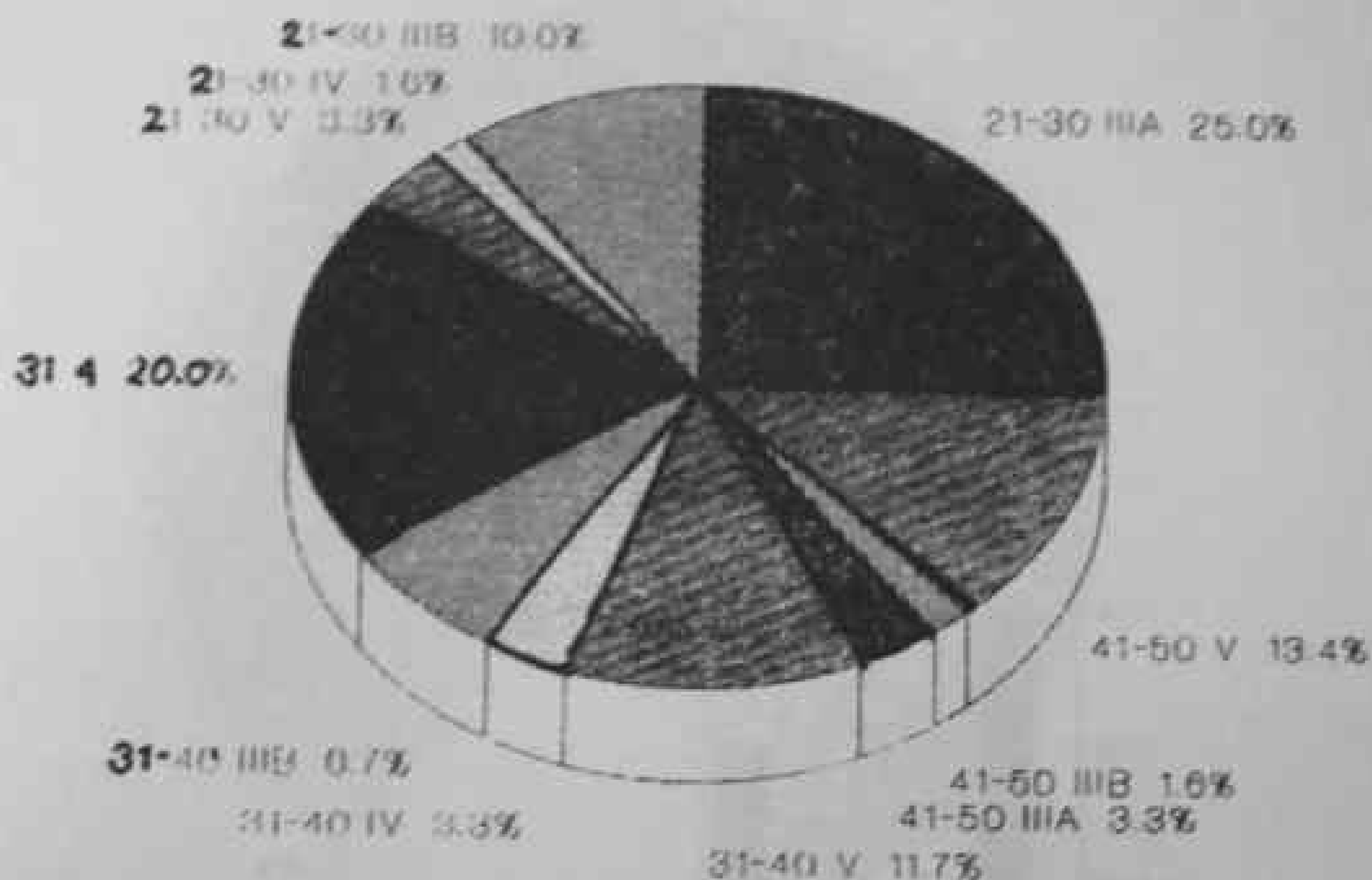
** EDAD PROMEDIO DE DISPLASIA LEVE: 29 AÑOS
 EDAD PROMEDIO DE DISPLASIA MODERADA: 33 AÑOS
 EDAD PROMEDIO DE CA INVASOR: 38 AÑOS

HOSPITAL G.-O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR
 LESIONES PRE MALIGNAS - MALIGNAS
 1.500 P.A.P. 1976-1978



EDAD PROMEDIO DISPLASIA LEVE 29 AÑOS
 EDAD PROMEDIO DISPLASIA MODERADA 33 AÑOS
 EDAD PROMEDIO CA INVASOR 38 AÑOS

HOSPITAL G-O ENRIQUE C. SOTOMAYOR
 LESIONES PRE MALIGNAS - MALIGNAS
 1500 P.A.P. 1976-1978



EDAD PROMEDIO DISPLASIA LEVE: 29 AÑOS
 EDAD PROMEDIO DISPLASIA MODERADA: 33 AÑOS
 EDAD PROMEDIO CA. INVASOR: 38 AÑOS

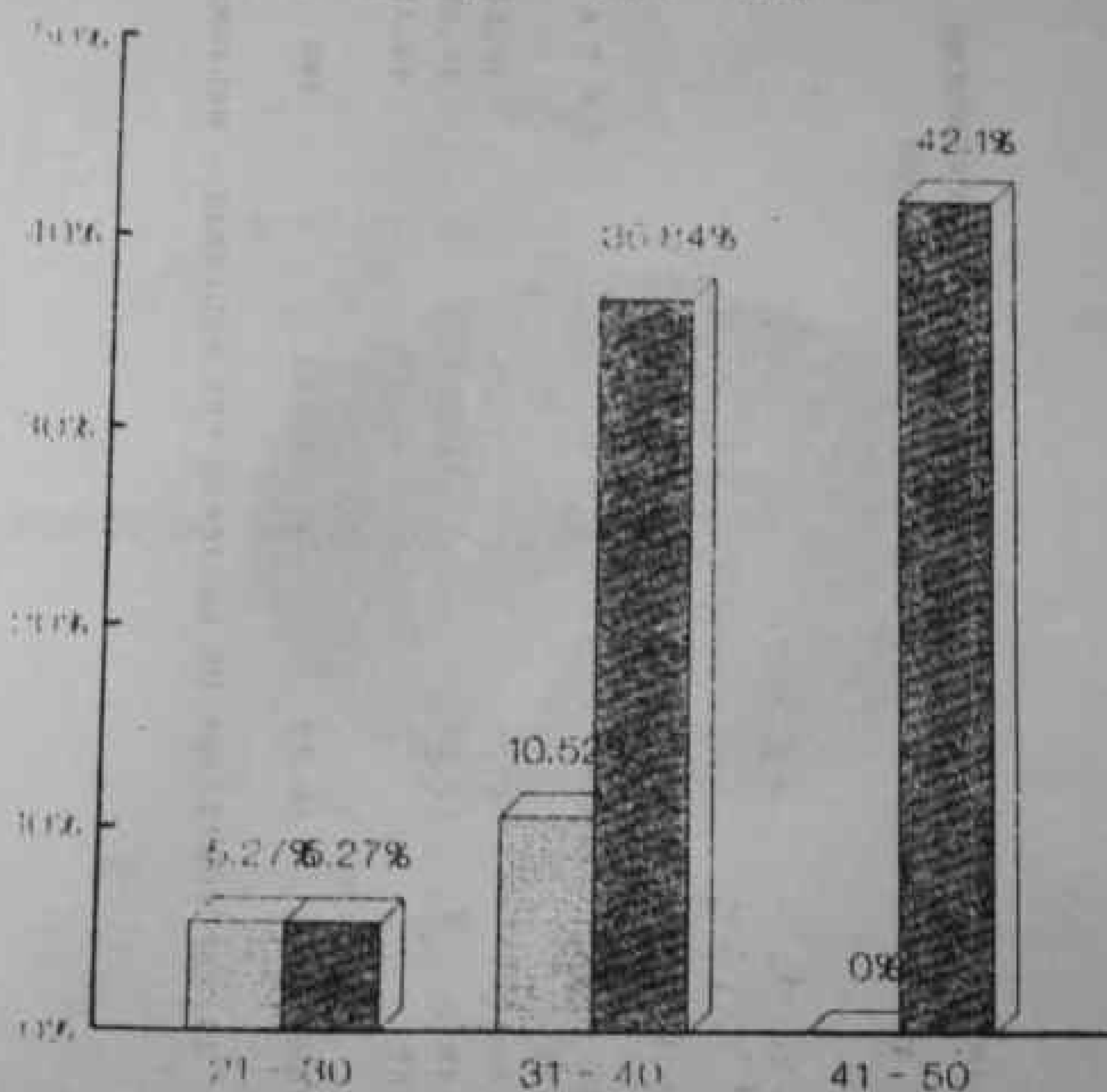
HOSPITAL G.-O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR
CARCINOMA CERVICO - UTERINO
1.500 P. A. P.

1.976 1.978

EDAD	P. A. P. IV	P. A. P. V	T O T A L
15-20			-
21-30	5,27	5,27	10,54X
31-40	10,52	36,84	47,36X
41-50		42,10	42,10X
TOTAL	15,79	84,21	100 X

** 19 PAP POSITIVOS DE LESIONES PRE MALIGNAS - MALIGNAS

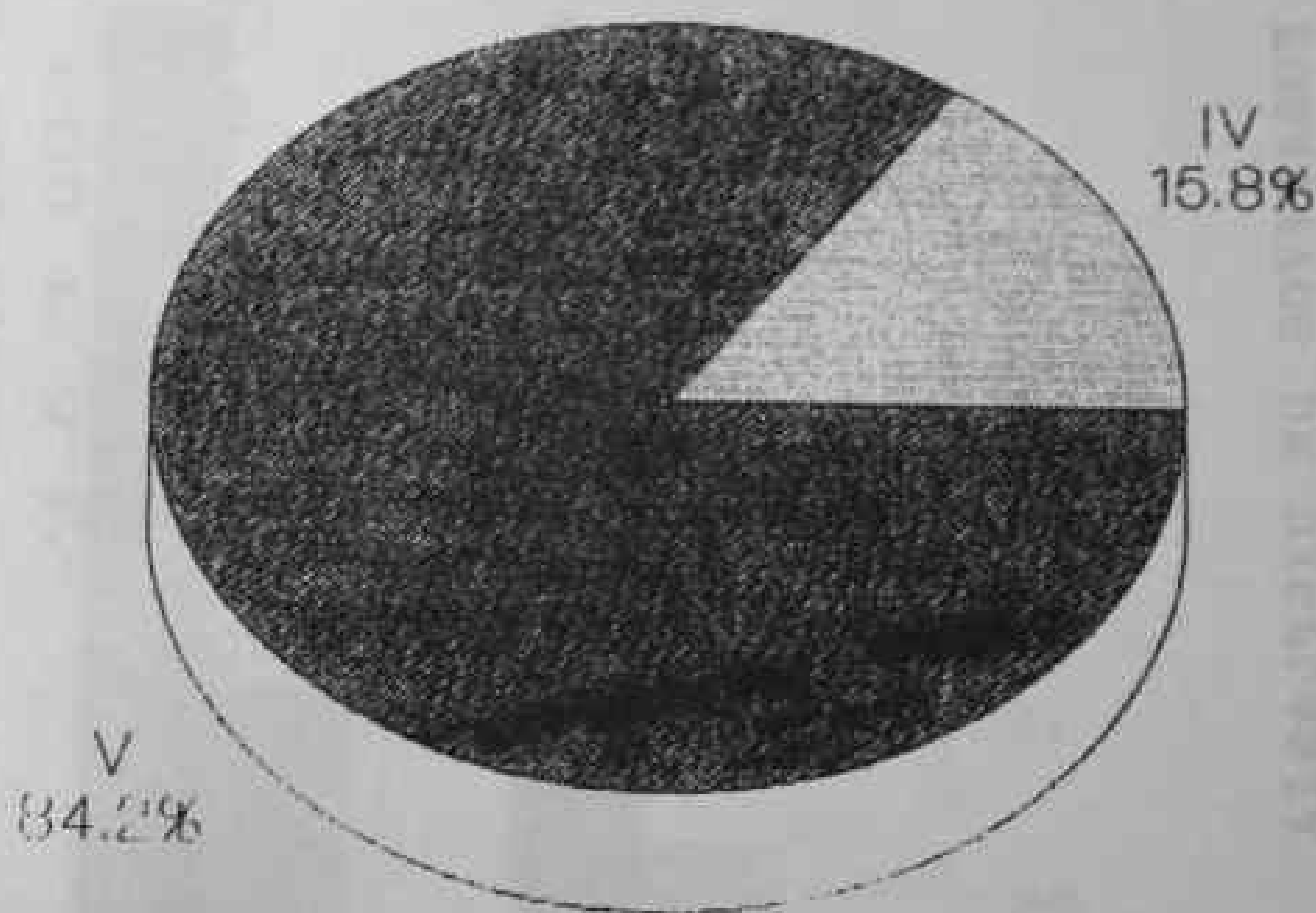
HOSPITAL G-O ENRIQUE C SOTOMAYOR
 CARCINOMA CERVIC UTERINO
 PRE INVASOR - INVASOR POR HISTOLOGIA
 1500 P.A.P. 1970 1978



IV CA. PREINVASOR V CA. INVASOR

19 PAP POSITIVOS DE LESIONES
 PRE MALIGNAS MALIGNAS

HOSPITAL G-O ENRIQUE C. SOTOMAYOR
CARCINOMA CERVICO UTERINO
1500 P.A.P. 1976-1978



EL MAYOR PORCENTAJE DE LESIONES MALIGNAS
SE HALLAN EN LAS MULTIPARAS

HOSPITAL G.-O. ENRIQUE G. SOTOMAYOR
DISPLASIA CERVICIO - UTERINA
1.500 P. A. P.

1.976 1.978

EDAD	PAP III A	PAP III B	TOTAL
15-20	-	-	- %
21-30	37,5	15	52,5%
31-40	30	10	40 %
41-50	5	2,5	7,5%
TOTAL	72,5	27,5	100 %

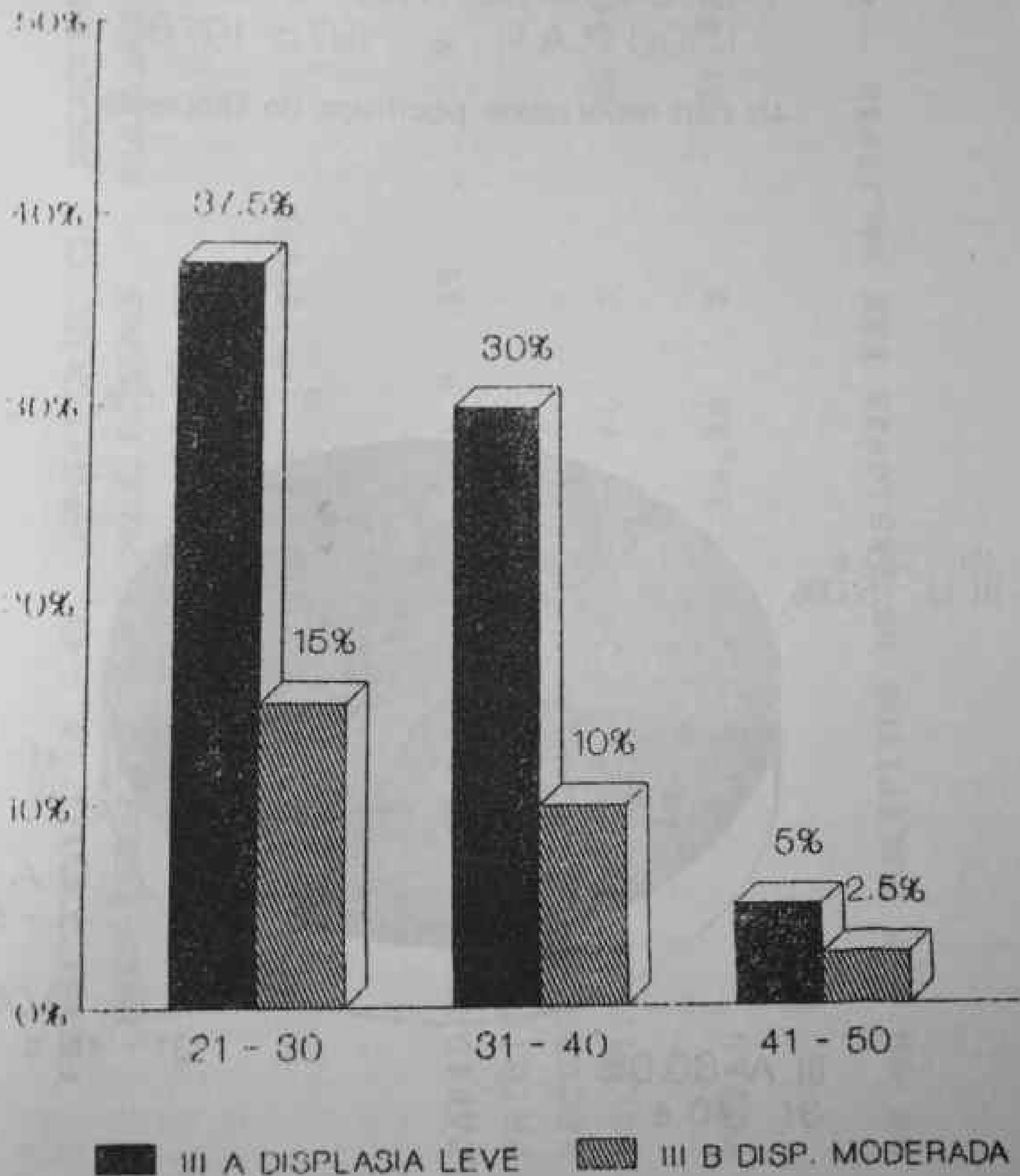
** 40 PAP REPORTADOS POSITIVOS DE DISPLASIA

HOSPITAL G-O ENRIQUE C. SOTOMAYOR

DISPLASIA CERVICO UTERINA

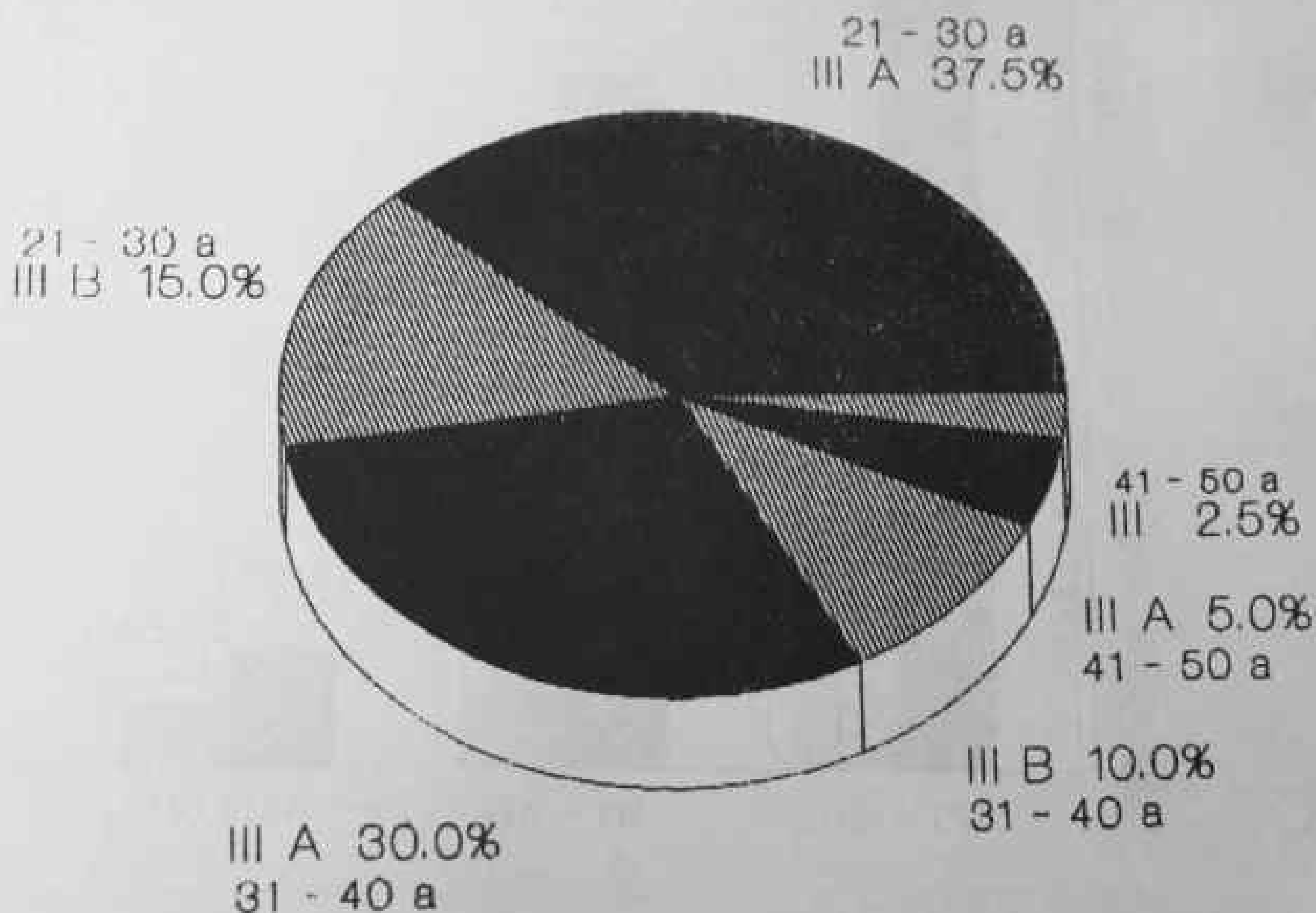
1.500 P.A.P. 1976-1978

40 PAP POSITIVOS DE DISPLASIA



HOSPITAL G-O ENRIQUE C. SOTOMAYOR
DISPLASIA CERVICO UTERINA
1.500 P.A.P 1976-1978

40 pap reportados positivos de Displasia



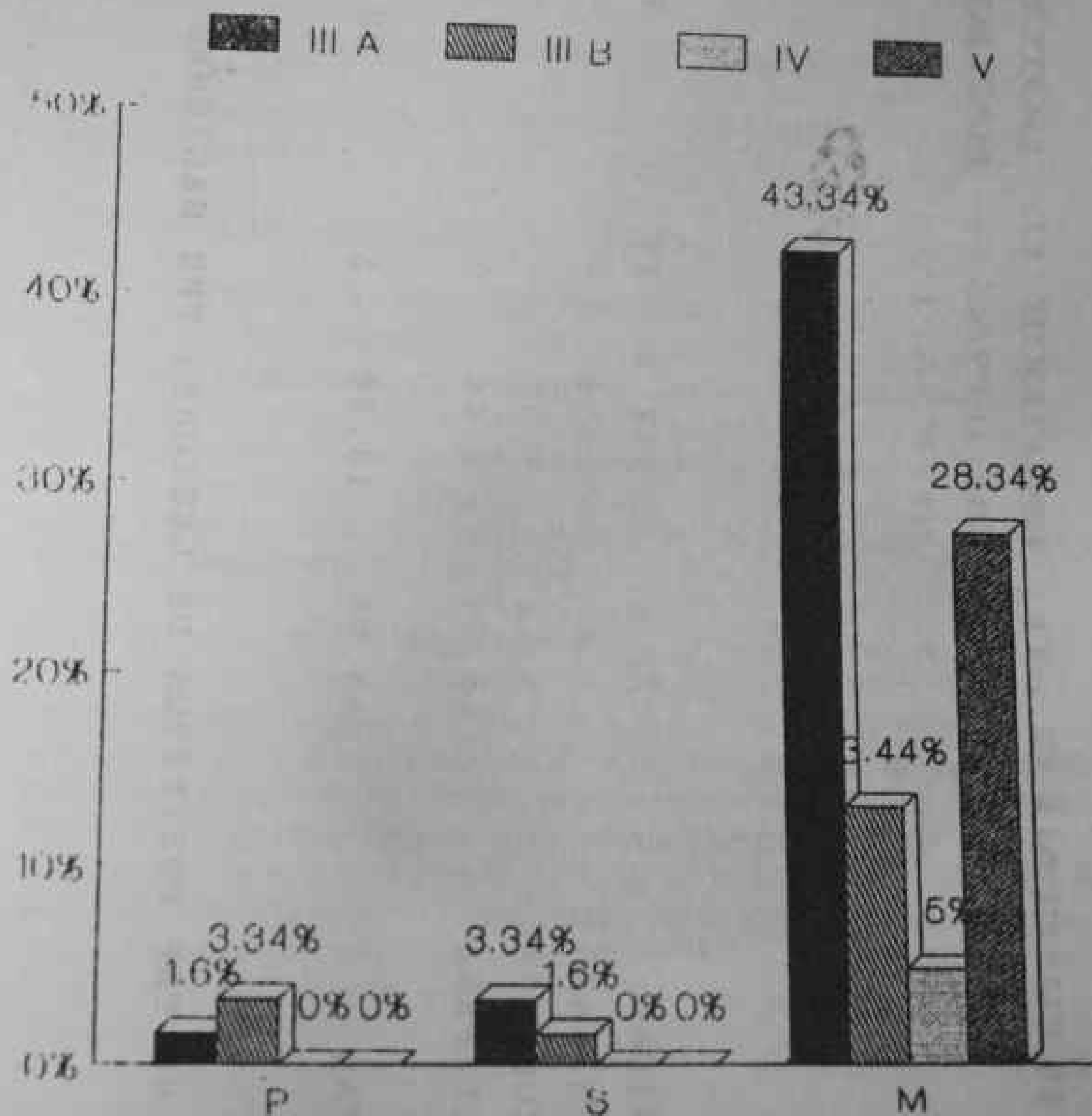
HOSPITAL G. -O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR
LESIONES PRE MALIGNAS - MALIGNAS
1.500 P. A. P.

1.976 - 1.978

PARIDAD	III A	III B	IV	V	TOTAL
PRIMIPARA	1,6	3,34	-	-	4,94%
SECUNDIPARA	3,34	1,6	-	-	4,94%
MULTIPARA	43,34	13,44	5	28,34	90,12%
TOTAL	48,28	18,38	5	28,34	100 %

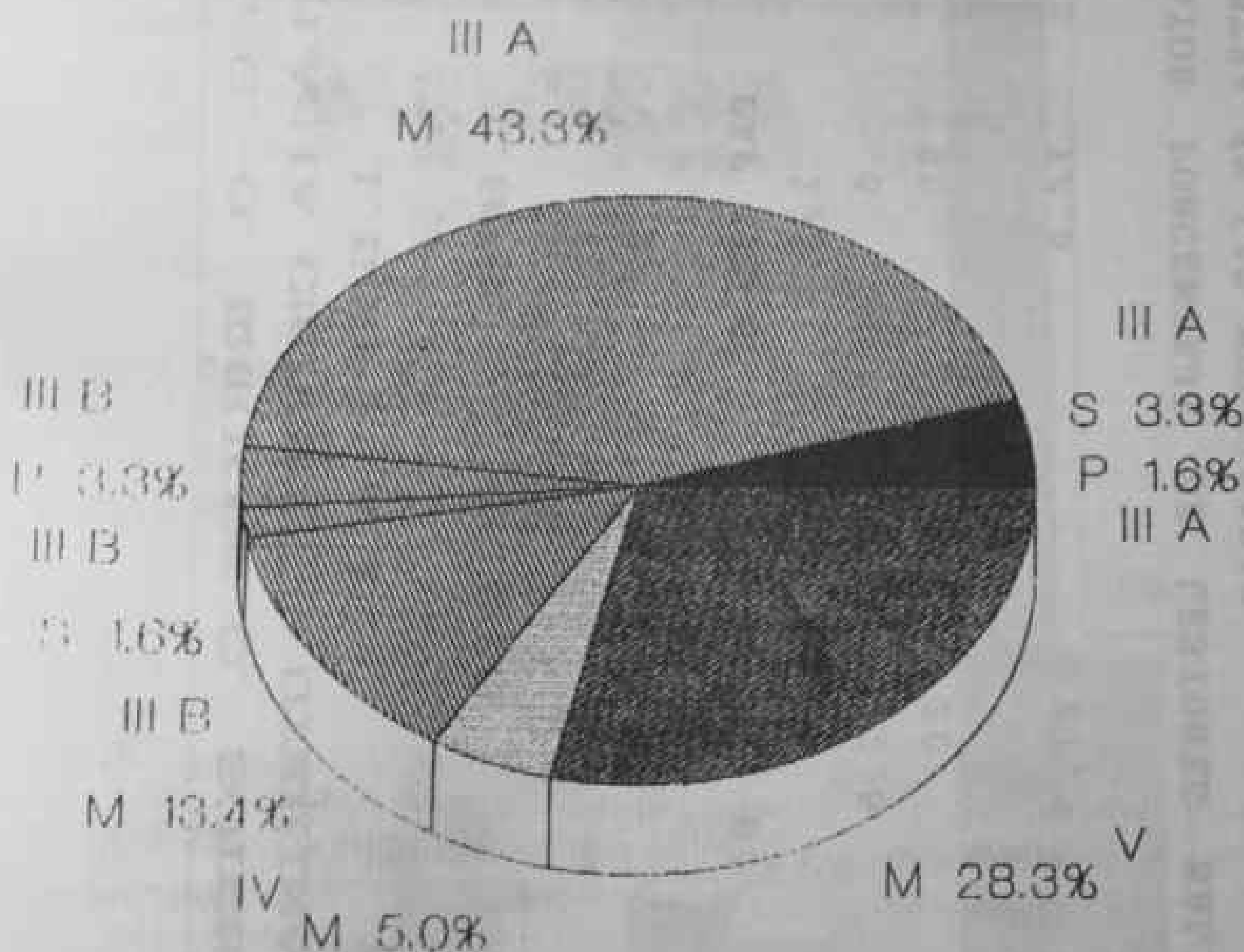
** 60 PAP POSITIVOS DE LESIONES PRE MALIGNAS - MALIGNAS

HOSPITAL G-O ENRIQUE C. SOTOMAYOR
 LESIONES PRE MALIGNAS - MALIGNAS
 1.500 P.A.P. 1976-1978



P - PRIMÍPARA
 S - SECUNDÍPARA
 M - MULTÍPARA

HOSPITAL G-O ENRIQUE C. SOTOMAYOR LESIONES PRE MALIGNAS - MALIGNAS 1500 P.A.P. 1976-1978



60 PCTES. CON DIAGNOSTICO POSITIVO

P - PRIMIPARA
S - SECUNDIPARA
M - MULTIPARA

HOSPITAL G.-O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR DISPLASIA CERVICO - UTERINA 1.500 P. A. P.

1.976

1.978

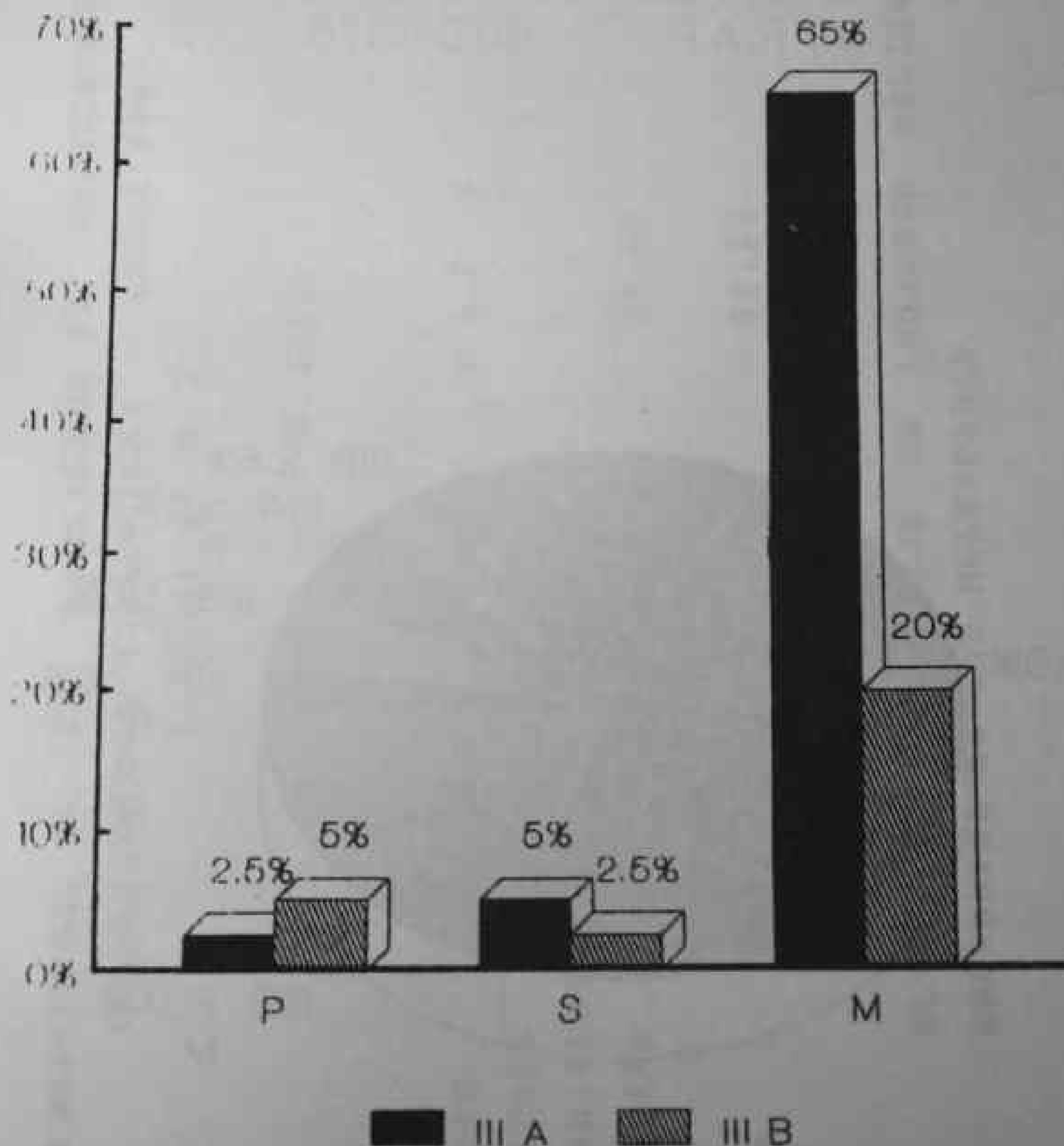
PARIDAD	PAP III A	PAP III B	TOTAL
PRIMIPARA	2,5	5	7,5%
SECUNDIPARA	5	2,5	7,5%
MULTIPARA	65	20	85 %
TOTAL	72,5	27,5	100 %

**** EL MAYOR PORCENTAJE DE LESIONES MALIGNAS SE
ENCUENTRA EN LAS MULTIPARAS**

HOSPITAL G-O ENRIQUE C. SOTOMAYOR

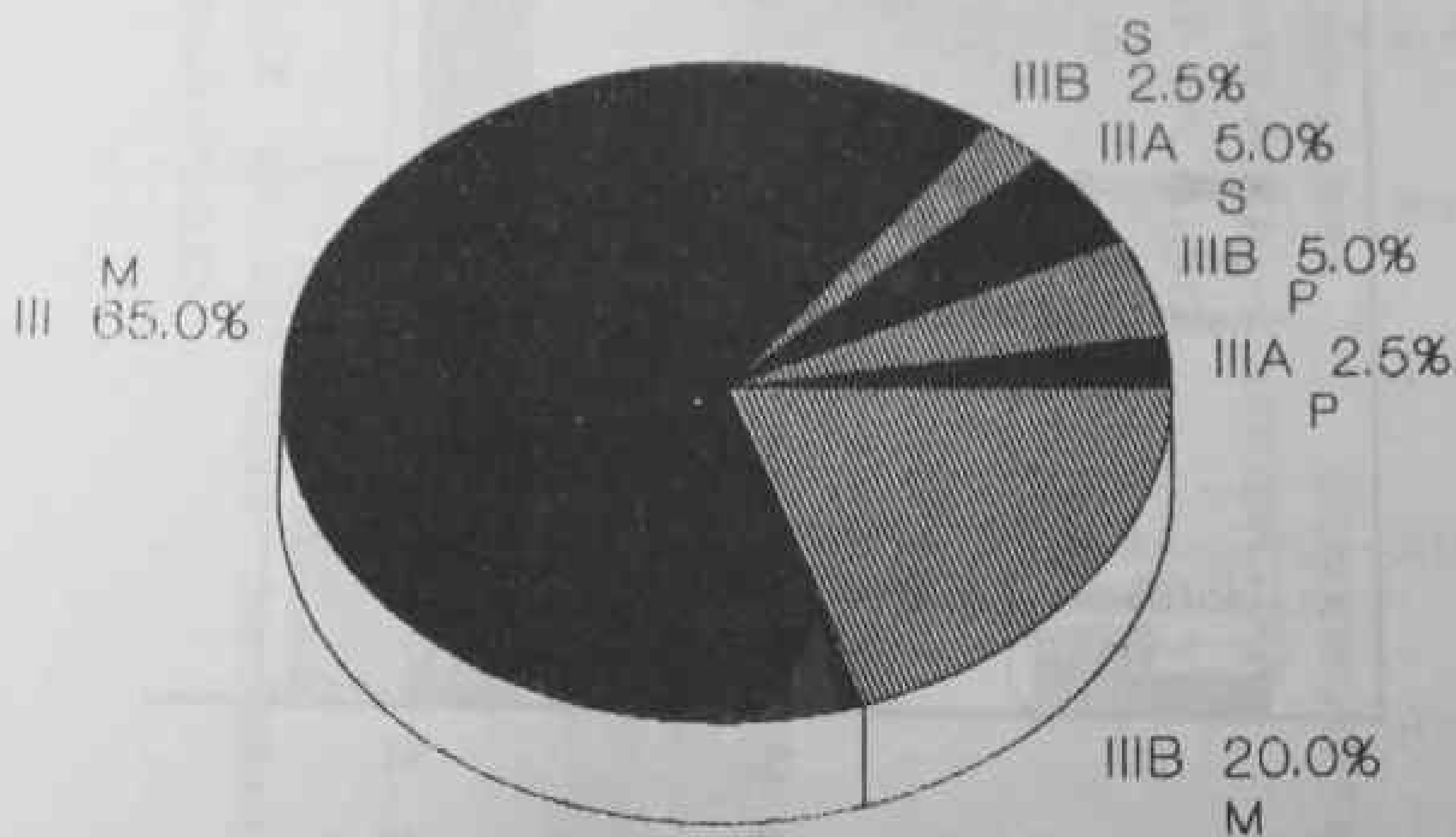
DISPLASIA CERVICO UTERINA

1.500 P.A.P. 1976-1978



EL MAYOR PORCENTAJE DE LESIONES MALIGNAS
SE ENCUENTRA EN LAS MULTIPARAS

HOSPITAL G-O ENRIQUE C. SOTOMAYOR
DISPLASIA CERVICO UTERINA
1.500 P.A.P. 1976-1978



HOSPITAL G.-O. ENRIQUE C. SOTOMAYOR
CARCINOMA CERVICO - UTERINO
1.500 P. A. P.

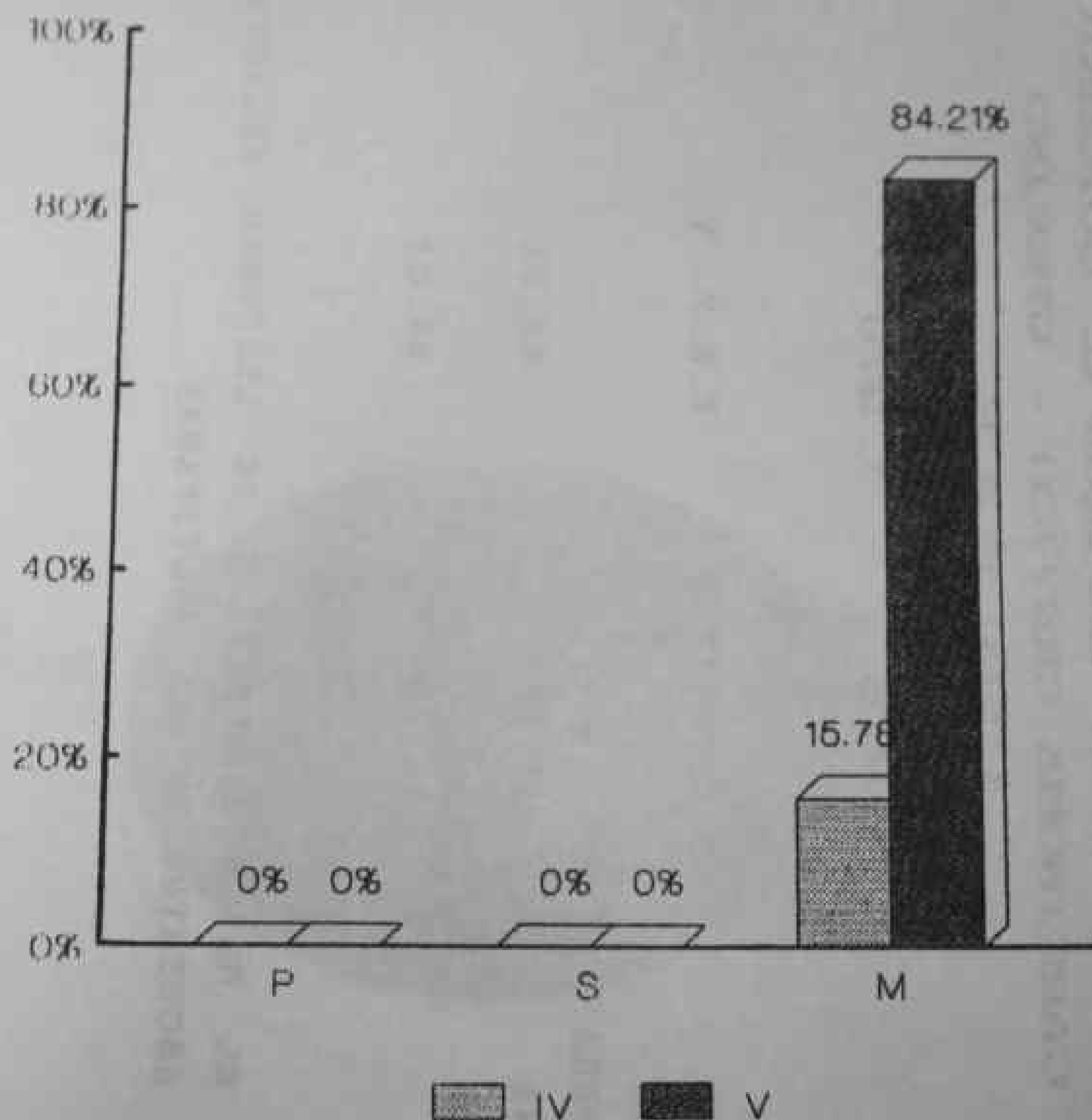
1.976 -- 1.978

PARIDAD	P. A. P. IV	P. A. P. V	TOTAL
PRIMIPARA	-	-	- %
SECUNDIPARA	-	-	- %
MULTIPARA	15,78	84,21	100 %
TOTAL	15,78	84,21	100 %

**

EL MAYOR PORCENTAJE DE LESIONES MALIGNAS SE
ENCUENTRA EN LAS MULTIPARAS

HOSPITAL G-O ENRIQUE C. SOTOMAYOR
CARCINOMA CERVICO UTERINO
1.500 P.A.P. 1976-1978

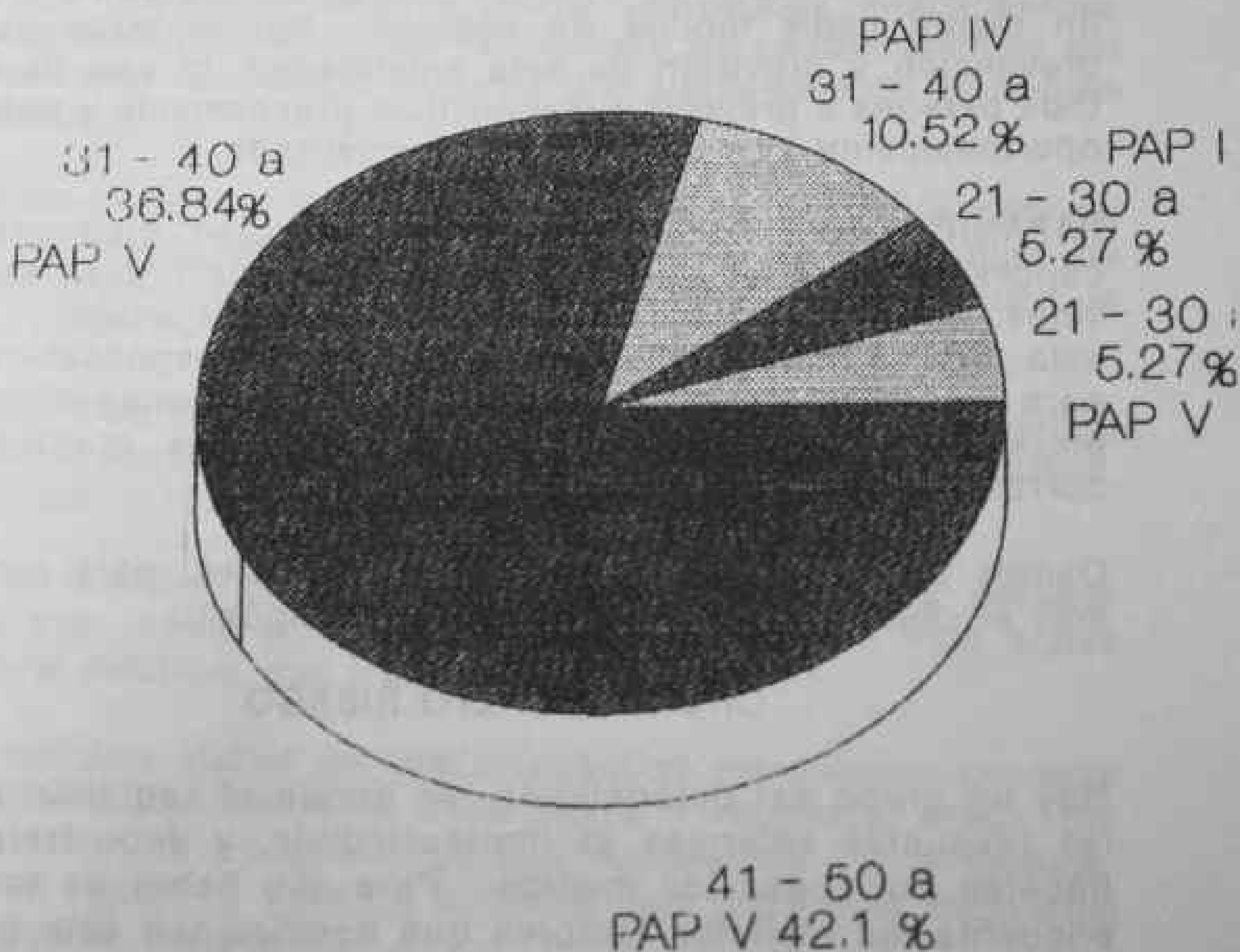


EL MAYOR PORCENTAJE DE LESIONES MALIGNAS
SE HALLA EN LAS MULTIPARAS

P=PRIMIPARA S=SECUNDIPARA M=MULTIPARA

HOSPITAL G-O ENRIQUE C. SOTOMAYOR CARCINOMA CERVICO UTERINO PRE INVASOR - INVASOR POR HISTOLOGIA

1.500 P.A.P. 1976 - 1978



CANCER DEL CUELLO UTERINO

RECOMENDACIONES

La importancia del cáncer del cuello uterino en toda mujer, está en su prevención o al menos en su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Ninguna mujer debería morir de cáncer uterino, si ella se realizara un examen de Papanicolau una vez al año y, un chequeo ginecológico cuando menos dos veces al año, con un médico ginecólogo de experiencia comprobada.

DODERLEIN decía: "si el cáncer inicial doliera como duele un diente nadie moriría de cáncer". Por lo tanto es la prevención y previsión de esta enfermedad, lo que lleva a toda persona a prevenir o diagnosticar precozmente y tratarla oportunamente con un médico especializado.

PAPANICOLAU decía: "es una satisfacción diagnosticar cáncer inicial en laboratorio; pero en laboratorio no se salvan vidas, las vidas se salvan donde las mujeres están". Con esta idea el médico debe asumir su propia responsabilidad, para pesquisar, identificar y diagnosticar las lesiones mínimas, entre personas clínicamente sanas y tratarlas oportuna y correctamente.

Damos a continuación unas recomendaciones, para cumplir con el objetivo fundamental de este propósito.

GRUPO DE ALTO RIESGO

Hay un grupo así determinado, en donde el seguimiento de las presuntas enfermas es imprescindible, y debe tratar de hacerse por todos los medios. Para ello habrá de tenerse en cuenta los distintos factores que condicionen este grupo:

- 1.- Antecedentes de familiares con cáncer
- 2.- Edad de 30 a 50 años (puede ser menos de 30 y más de 50 años)
- 3.- Factores raciales: mayor incidencia en raza negra
- 4.- Embarazo precoz y múltiples (múltiparas y parto vaginal)
- 5.- Relación sexual con múltiples parejas.
- 6.- Vida sexual de iniciación precoz; a temprana edad.
- 7.- Promiscuidad sexual, mala alimentación y falta de higiene
- 8.- Factores ambientales: áreas rurales y marginales de la ciudad por condiciones higiénicas precarias.

RESUMEN DEL TRATAMIENTO

Los principios de una buena terapéutica anticancerosa deben incluir disminución del número de complicaciones del tratamiento, así como aumento del porcentaje de pacientes curadas.

Los progresos en el tratamiento de la neoplasia cervical preinvasora han permitido disminuir la frecuencia de enfermedad invasora en etapa temprana, y reducir la frecuencia de mortalidad global por cáncer cervical.

Un diagnóstico oportuno de los casos de enfermedad invasora temprana en que puede evitarse tratamiento radical, eliminará complicaciones y riesgos no necesarios.

El objetivo de la terapéutica de la neoplasia cervical temprana radica en curar sin interferir con una vida activa y plena después del tratamiento.

Principios vitales de una terapéutica constituyen correcta la valoración clínica e histológica cuidadosa antes del tratamiento, la institución de una terapéutica "a la medida" para la lesión y para la enferma una vigilancia individual prolongada y agresiva.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Auerbach, S.H. y Fund, E.R. Squamous metaplasia of the cervix uteri. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 49: 207, 1949
- 2.- Ayre, J.E.: Pregnancy following cervix cancer: Report of 2 cases treated in a preinvasive stage. *Surg. Gynec. & Obst.*, 90:298, 1950.
- 3.- Barber, H.R.K. y Brunschwing, A.: Gynecologic cancer complicating pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 65:156, 1963.
- 4.- Beechman, C.T. y Androz, G.J.: Cervical conization in pregnancy. *Obst. & Gynec.*, 16:521, 1960
- 5.- Bosch, A. y Marcial, V.A.: Carcinoma of the uterine cervix associated with pregnancy. *Am. J. Roentgenol*, 96:92, 1966
- 6.- Carter, B. Cuyler, K.; Thomas W.L. Creedick, R. y Alter, R. The methods of management of carcinoma in situ of the cervix *Am. J. Obst. & Gynec.* 64:833, 1952
- 7.- Corradini, James Albert; Gusberg, S.B. y Frick, H.C.: Cáncer Ginecológico. 4o. ed. Panamericana S.A. Buenos Aires, 1971. Rp. 335-370
- 8.- Danforth, D.N. The squamous epithelium and squamocolumnar junction of the cervix during pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec* 60: 985, 1950.
- 9.- Daro, A. F.; Primiano H.P.; Gollin, H.A. y Nora, E. Jr.: Postpartum cervical carcinoma. *Am. J. Obst. & Gynec* 67:15, 1954
- 10.- Epperson, J.W.W. Hellman, L.M.; Galvin, G.A. y Busby, T.: The morphological changes in the cervix during pregnancy, including intraepithelial carcinoma. *Am.J. Obst. & Gynec.* 61:50, 1951.
- 11.- Ferguson, J.H. y Gavanagh, D. A positive cytology registry its usefulness in the diagnosis and management of cancer *Am. J. Obst. & Gynec.*, 77:838, 1959
- 12.- Greene, R.R. y Peckham, B. M.: Preinvasive cancer of the cervix and pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 75: 551, 1958.
- 13.- Greene, R. R. ; Peckham, B.M.; Chung, J.T.; Bayly, M.A.; Banarom, H.B.W.; Carrow L.A. y Gardner, G.H.: Preinvasive carcinoma of the cervix during pregnancy. *Surg. Gynec. & Obst.* 96:71, 1953
- 14.- Hist, J.C. y Brown M.L.: The diagnosis of very early carcinoma of the uterine cervix during pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 64:1296, 1952
- 15.- Imai, T: Growth patterns in human carcinoma. Their classification and relation to prognosis. *Obst. & Gynec* 16: 296, 1960
- 16.- Johnson, L.D., Harding, A.T.; Hinnam, C.H. y FASTERDAY, G.L. Preinvasive cervical lesions in obstetric patient; Methods of diagnosis, course and clinical management. *Obst. & Gynec.*, 16: 133, 1960.
- 17.- Johnson, L.D. Sheps, M.C. y FASTERDAY, G.L. The cervix in pregnancy and the postpartum period. I. the correlation of certain clinical factors with the clinical appearance of the cervix. *Obst & Gynec.*, 14:452, 1959
- 18.- Jones, E.G., Schwinn, G.P.; Bullock, W.K.; Vargas, A., Dunn, J.E. y Buell, P.; Carcinoma of the cervix uteri during pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 89:285, 1964
- 19.- Jones, E.G., Schwinn, G.P.; Bullock, E.K., Vargas, A., Dunn, J.E., Freidman, H.Jr., y Weirs, J.; Cancer Detection during pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec*, 101: 268, 1968
- 20.- Kaufmann, L.A., Cyuler, W.K., y Ross, R.A.: Intraepithelial carcinoma of the cervix. *Surg. Gynec. & Obst.*, 91: 179, 1950
- 21.- Kistner, R.W.; Corback, A.G. y Smith, G.V.: Cervical cancer in pregnancy; Review of the literature with presentation of thirty additional cases. *Obst & Gynec*, 9:554, 1957
- 22.- Kobak, A.J. Fitzgerald, J.E.; Frede, V.C. y Rudolph, L.: Carcinoma of the cervix and pregnancy: a clinical study of 8 cases. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 49:307, 1945
- 23.- Lul, W: y Meige, J.V.: Radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy. *Am. J. Obst. & Gynec*, 69: 1, 1955.
- 24.- Maino, C.R. y Mussey, R.D.: Carcinoma of the cervix coincident with pregnancy. *Am. J. Obst. & Gynec*, 47:229, 1944.