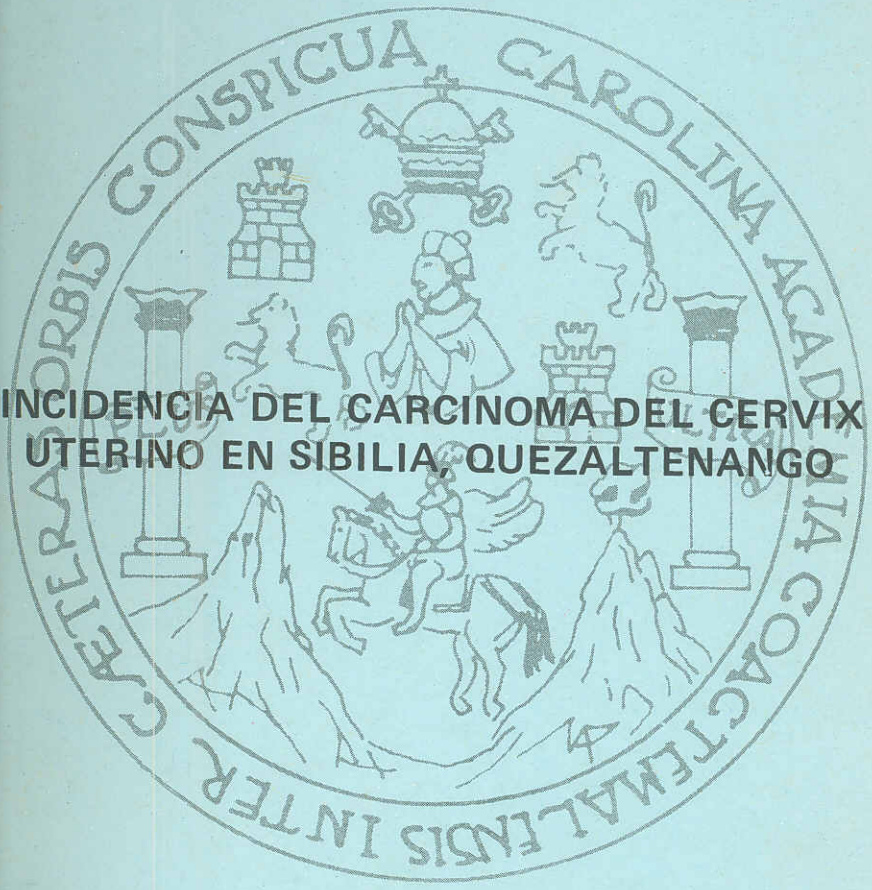
Facultad de Ciencias Médicas



INCIDENCIA DEL CARCINOMA DEL CERVIX UTERINO EN SIBILIA, QUEZALTENANGO

ARNOLDO RAFAEL SOTO VEGA

INDICE

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSION

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Mientras no se conozca con exactitud la causa del cáncer, seguirá siendo de la mayor importancia el descubrimiento del mismo en sus períodos iniciales, cuando todavía es susceptible de curación.

La mayoría de los carcinomas crecen silenciosamente en zonas inaccesibles al médico, por lo que su diagnóstico se hace en estadíos avanzados, sin embargo el carcinoma del cervix uterino, debido a su localización en una zona de fácil acceso puede diagnosticarse en sus estadíos tempranos, a través del método de Papanicolaou, el cual consiste en el estudio de las células descamadas de las mucosas cervical y vaginal espontánea o artificialmente.

Este tipo de examen ha ganado popularidad en todo el mundo, ya que los carcinomas del aparato genital son los neoplasmas malignos más frecuentes en la mujer, siendo los mismos responsables de un 42.6 o/o de la mortalidad femenina mundial. De todos ellos el más frecuente es el Carcinoma del cuello uterino, pues el 60 o/o de tales neoplasmas tienen esa localización.

El carcinoma del Cervix Uterino con anterioridad sólo se diagnosticaba cuando ya empezaba a ser sintomático y/o las lesiones eran macroscópicamente visibles.

Fue Schauenstein en 1908 el primero en reconocer la entidad del Carcinoma *In Situ* al hallar en los bordes de los carcinomas cervicales invasivos, en los límites con el tejido aparentemente sano un tejido que, visto con gran aumento, tenía características muy particulares. El epitelio pavimentoso

desordenadamente, con atipias nucleares, numerosas mitosis, algunas de ellas anormales y macrocariosis con pérdida de la relación núcleo-citoplasmática.

Este hecho fue luego corroborado por Robert Meyer, Schiller y Treite, y observado además en biopsias pequeñas obtenidas con pinzas sacabocados, en mujeres en las que el examen visual del cuello no mostraba ninguna o sólo muy ligeras alteraciones macroscópicas.

En 1924 Hinselman ideó la colposcopia que consiste en la visualización directa del cervix con un microscopio binocular de bajo poder, con iluminación que se puede enfocar hacia el punto deseado. Este microscopio unicamente da un aumento de 10 ó 20 X. El colposcopio permitió conocer lesiones neoplasicas del cuello uterino en sus estadíos tempranos, pero debido a su alto costo así como al entrenamiento especial que se necesita para su ejecución, no se popularizó, sino hasta en los últimos años.

El examen colposcópico permite la visualización del estroma cervical y de los vasos sanguíneos a través del epitelio, que normalmente es transparente y que tiene una superficie suave y relativamente delgada.

Cuando el epitelio se vuelve neoplásico ocurren varios cambios; la capa epitelial se engruesa y su superficie es irregular; la densidad nuclear aumenta lo que disminuye la transparencia del epitelio. A esto se acompañan cambios en la vasculatura del estroma y elongación de los clavos epiteliales. Aparecen papilas en el estroma con vascularización aumentada.

En 1929 Schiller introdujo la prueba del yodo que consiste en aplicar una solución acuosa de Yoduro de potasio al 3 o/o, al cervix uterino. El epitelio cilíndrico ectópico, los

procesos de epidermización joven sobre todo el epitelio con modificaciones atípicas no se tiñen de pardo a diferencia del epitelio normal. Esto se debe a que el glucógeno en estos tejidos es nulo o muy escaso.

Una prueba similar es la del ácido acético al 3 o/o en que las zonas de tejido atípico o de epitelio de transformación en la unión escamocolumnar se opacifican al entrar en contacto con esta solución.

Estas dos pruebas de por sí no específicas, solas o en asociación con la colposcopia, eran inicialmente las únicas formas en que se podía tener una sospecha de carcinoma *in situ* en las pacientes que no presentaban ni sintomatología ni hallazgos al examen físico.

Papanicolaou realizó sus primeras observaciones en extendidos vaginales de cobayo y así relacionó el ciclo vaginal y el ciclo hormonal de este animal.

En 1933 completó sus trabajos sobre las modificaciones citológicas que corresponden a la mujer en diferentes edades y en diferentes condiciones fisiológicas y patológicas.

No fue sino hasta 1943 en que se publicó su Monografía en colaboración con Traut, que se le empezó a dar importancia a la citología como método preciso para el diagnóstico prêcóz del Carcinoma del Cervix Uterino.

El examen de Papanicolaou ha cobrado popularidad mundial debido a lo fácil que es efectuarlo, al alto índice de exactitud que tienen sus resultados (90 o/o) y a su bajo costo.

El Papanicolaou *per se* no es un examen diagnóstico, es solamente un indicador de cuales casos deben de investigarse a través de biopsias sacabocados, o de la conización, para descartar el Carcinoma del Cervix Uterino.

Estas biopsias en sacabocados deberán ser dirigidas por la prueba de Schiller sola o en asociación con el examen colposcópico.

El método de Papanicolaou también ha permitido seguirle la pista al Carcinoma del Cervix Uterino desde sus estadíos más tempranos hasta su manifestación invasiva.

Nuestro estudio, motivó de la presente comunicación se efectuó en una comunidad rural, el municipio de Sibilia del departamento de Quetzaltenango, durante mi entrenamiento rural en el último año de la carrera y comprendió el período del primero de Agosto de 1975 al 31 de Enero de 1976.

Este municipio clasificado como de cuarta categoría tiene una extensión aproximada de 28 kilómetros cuadrados.

Sibilia colinda al norte con Huitán del departamento de Quetzaltenango; al sur con San Carlos Sija y Palestina de los Altos del mismo departamento y con Río Blanco del departamento de San Marcos.

Sibilia es un municipio bastante pobre, debido principalmente a su situación geográfica, a la naturaleza de su suelo, a la falta de industrias y a los malos caminos con que se comunica con la cabecera departamental, Quetzaltenango.

Hay dos vías de acceso, una es la ruta que pasa por San Carlos Sija, de muy difícil tránsito, especialmente en época lluviosa, ya que se debe atravesar un río sin puente. Tomando esta ruta se sale de Quetzaltenango y se recorren 7 kilómetros para llegar a Olintepeque, luego 17 para San Carlos Sija y otros 10 para Sibilia. Esto suma 34 kilómetros que se recorren más o menos en 60 ó 90 minutos debido a las malas condiciones del camino.

La otra vía de acceso es más larga, pero tiene un trecho pavimentado por lo que se puede recorrer más o menos en el

mismo tiempo. Se toma la carretera que va para San Marcos y al llegar a Palestina de los Altos se toma un camino secundario de tierra que lleva hasta Sibilia.

El municipio cuenta también con caminos de herradura y veredas que unen sus poblados entre sí y con los municipios vecinos.

La cabecera municipal se encuentra aproximadamente a 2800 metros sobre el nivel del mar a una latitud de 14 grados, 59 minutos y 36 segundos; y a una longitud de 91 grados, 37 minutos y 26 segundos, lo que hace que su clima sea muy frío, soplando mucho viento ya que no hay montañas que la protejan a su alrededor.

El municipio tiene una población de 3064 habitantes, de los cuales 781 son mujeres mayores de 15 años. Estas 781 mujeres van a ser tomadas como el universo de la población susceptibles de ser beneficiadas por el examen de Papanicolaou. Estas cifras corresponden al censo de 1973.

El promedio tiene una densidad de 109.42 habitantes por kilómetro cuadrado.

El municipio cuenta con un pueblo de 542 habitantes, cuatro aldeas y cinco caseríos.

OBJETIVOS

En este estudio me propuse hacerle un examen de Papanicolaou de la región cérvico-vaginal a todas las pacientes del sexo femenino, sexualmente activas que acudían al puesto de salud, consultando por cualquier patología.

Basado en los resultados de estos exámenes se pretendió determinar la incidencia del Carcinoma del Cervix Uterino en el municipio de Sibilia del Departamento de Quetzaltenango.

Se trató de hacer una correlación entre la incidencia del Carcinoma del Cervix y algunos factores que han sido acusados como causantes de mayor incidencia de este carcinoma en diferentes condiciones ecológicas, raciales, o según el tipo de costumbres de las diferentes comunidades estudiadas.

Comparar los resultados obtenidos en este estudio con otras cifras obtenidas en trabajos anteriores en la República de Guatemala, en el área rural por el mismo autor.

El objetivo final y probablemente el más importante es demostrar que se pueden ofrecer los exámenes de Papanicolaou a todas las mujeres de la República de Guatemala, a un bajo costo, aún en el área propiamente rural, en un Puesto de Salud Tipo C, que no cuenta con ningún equipo ni personal especializado.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

El material utilizado fue el siguiente:

a) Mesa ginecológica;

b) Espéculos bivalvos de dos tamaños;

c) Paletas de Ayre;

d) Una laminilla para cada paciente;

e) Spray para fijación;

f) Caja corriente para envío de muestras;

g) Hojas especiales proporcionadas por DIMIF para apuntar datos de cada paciente.

METODOS

Durante mi práctica rural en el Municipio de Sibilia del Departamento de Quetzaltenango, se le practicó examen de Papanicolaou a toda paciente adulta o sexualmente activa que se presentó al Puesto de Salud.

Estas pacientes generalmente acudían por morbilidad de causa diferente a la ginecológica, otras para control pre y post-natal; algunas para Planificación Familiar; y muy pocas lo hicieron por morbilidad ginecológica.

A toda paciente se le hizo una Historia Clínica completa haciendo énfasis en los siguientes datos:

a) Edad;

b) Menarquia;

c) Fecha de última menstruación;

d) Fecha de último parto;

e) Uso de anticonceptivos;

f) Gestaciones, partos y abortos.

g) Sintomatología ginecológica.

Antes de hacer el examen ginecológico se efectuó un reconocimiento físico general con el propósito de tener una visión más amplia de la paciente y de sus problemas, así como para darle un tratamiento adecuado a cualquier patología que presentara.

En seguida se colocó a la paciente en la mesa de examen en posición ginecológica.

Se introdujo espéculo lubricado con agua, hasta tener a la vista el cuello del cervix uterino.

Se tomó muestra con paleta de Ayre una del fondo de saco posterior y otra del cuello uterino, poniendo especial énfasis en la unión escamocolumnar.

Inmediatamente se fijaron los frotes con spray.

Las láminas fueron previamente numeradas con lápiz de diamante.

En seguida se efectuó una palpación ginecológica.

Al secarse las láminas se colocaron en la caja corriente para

envío de muestras.

Las muestras fueron llevadas personalmente al Hospital General San Juan de Dios donde fueron coloreadas según la técnica de Papanicolaou y vistas por las citotecnólogas Olga E. de Lee y Patricia M. Lee y supervisadas por el Dr. Federico Castro.

Los resultados también fueron recogidos personalmente para serles entregados a las pacientes previa explicación de la próxima fecha en que debían presentarse para que se les efectuara otro examen de Papanicolaou.

RESULTADOS

Como se mencionó anteriormente, el universo de la población a estudiar, lo fueron todas las mujeres mayores de 15 años residentes en el municipio de Sibilia del Departamento de Quetzaltenango, que según el último censo nacional de 1973 era de 781 personas.

En este estudio únicamente se examinaron 110 mujeres, lo que constituye el 14 o/o del universo, cifra que a mi juicio es representativa estadísticamente, como una muestra de la población a estudiar.

Las pacientes que consultaron al Puesto de Salud generalmente lo hacían por causas médicas u obstétricas, y únicamente un pequeño porcentaje lo hizo por causas ginecológicas, como se muestra en el cuadro número 1.

El 54 o/o consultó por síntomas que hemos clasificado como médicos, siendo los más importantes: cefalea, dolor abdominal, dispepsia, debilidad, molestias en oídos y ojos, y dolores en extremidades, como se ilustra en el cuadro número 2.

El 32 o/o de las pacientes consultaron por causas obstétricas, entre las que incluímos controles prenatales, post-natales y planificación familiar, como se ve en el cuadro número 3.

El 13.6 o/o de las pacientes consultaron por causas ginecológicas de tipo amenorrea, metrorragia, y flujo, causas que se resumen en el cuadro número 4.

El grupo de población estudiada fue eminentemente joven, como se demuestra en el cuadro número 5, en que la mayor parte de pacientes está por debajo de los 40 años de edad y solamente 37 pacientes, es decir el 33.6 o/o fueron mujeres mayores de 40 años.

Esto probablemente se debe a que nuestros habitantes, especialmente en el medio rural, tienen un promedio de vida muy bajo.

Sin embargo la distribución por grupos etarios en general fue bastante homogénea, como se ve en el cuadro número 5, correspondiéndole al grupo entre los 21 y los 30 años el mayor número de pacientes con un porcentaje de 32.7 o/o.

Los grupos que tuvieron el menor número de pacientes fueron las mayores de 50 años y las menores de 20 años, a las que les correspondió el 12.7 o/o y el 11.8 o/o respectivamente.

Como se puede apreciar en los cuadros números 6 y 7, la población estudiada se puede decir que desconoce la planificación familiar de cualquier tipo, casi por completo, pues los índices de gestaciones y partos son altísimos, ya que sólo el 3.6 o/o de las pacientes no habían tenido ni una gestación y sólo el 16.3 o/o había tenido únicamente un embarazo. El resto de las pacientes que constituyen la gran mayoría, a pesar de ser una población eminentemente joven como dijimos anteriormente, tienen un gran número de hijos.

El 33 o/o de las pacientes se consideraron grandes multíparas con más de 8 embarazos; y el 47 o/o de las pacientes fueron consideradas multíparas con 2 a 7 embarazos.

El cuadro número 7 que demuestra el número de partos que tuvieron las mujeres estudiadas, prácticamente merece un comentario similar al del cuadro de gestaciones, ya que la gran mayoría de pacientes tuvieron un gran número de partos y solamente un pequeño porcentaje son nulíparas (12,7 o/o), y 11.8 o/o tuvieron un sólo parto.

El resto de la población estudiada, es decir el 75 o/o, fue considerada como multípara o gran multípara.

Llama la atención que el número de abortos en este grupo de pacientes, es relativamente pequeño, a pesar del gran número de gestaciones, ya que la gran mayoría de las pacientes nunca habían tenido un aborto (79.9 o/o), como se demuestra en el cuadro número 8.

De los datos eatdísticos observados se puede deducir, que el aborto producido artificialmente es casi desconocido en esta población.

Al examen ginecológico, la mayoría de las pacientes fueron clasificadas como normales, si incluímos entre ellas a todas las embarazadas. Los diagnósticos clínico-ginecológicos más frecuentes fueron: tricomoníasis, cervicitis, mioma uterino, y tumor ovárico, como se demuestra en el cuadro número 9.

RESULTADOS DEL EXAMEN CERVICOVAGINAL POR EL METODO DE PAPANICOLAOU:

Se hace la salvedad de que el número de pacientes estudiadas fue bastante pequeño, por lo que no nos sorprendió no encontrar ni un sólo caso positivo de "Carcinoma de Cervix Uterino" ni *in situ* ni invasivo.

Como se puede apreciar en el cuadro número 10, la mayoría de las pacientes tuvieron Papanicolaou sin ningún tipo de patología (62.7 o/o), el resto presentaron cambios inflamatorios (22 o/o) y tricomoniasis (15.4 o/o). Sólo una paciente menopáusica tuvo hiperestrogenismo por lo que se recomendó que se hiciera una biopsia de endometrio para descartar carcinoma endometrial, y una sóla paciente presentó displasia moderada no confirmada, y aún está pendiente de que se repita su Papanicolaou.

En resúmen podemos decir que desde el punto de vista de "Carcinoma de Cervix Uterino", todas las pacientes pueden considerarse negativas, exceptuándose una lesión sospechosa (displasia moderada).

En el cuadro número once podemos observar la edad de las pacientes en relación con los resultados del Papanicolaou. Nuevamente podemos ver que la distribución por grupos etarios es homogénea. Los Papanicolaou negativos predominan en las pacientes jóvenes. Los cambios inflamatorios se observan más frecuentemente en las mujeres mayores de 40 años. La tricomoniasis predomina en la población joven y por fin el hiperestrogenismo, con sospecha de carcinoma de endometrio, se observó en una mujer mayor de 40 años y la displasia moderada en una mujer joven comprendida entre los 26 y los 30 años.

El cuadro número 12 corresponde el número de gestaciones relacionado con el resultado obtenido en el examen de Papanicolaou. En el mismo podemos observar que las pacientes con resultados negativo, generalmente son las que tienen el menor número de gestaciones. El grupo con cambios inflamatorios corresponde en su mayoría a pacientes grandes multíparas con más de ocho embarazos. Todas las pacientes que fueron reportadas con tricomoniasis presentaron un número de gestaciones de ocho o menos. La paciente con hiperestrogenismo y sospecha de carcinoma de endometrio tuvo once embarazos y la paciente con displasia moderada únicamente tres embarazos.

El cuadro número 13 nos demuestra la relación entre el número de partos y los resultados obtenidos en el examen de Papanicolaou, encontrándose nuevamente que los resultados negativos predominan en las pacientes con pocos partos, los cambios inflamatorios predominan en las pacientes con más de nueve partos. Todos los casos de tricomoniasis están comprendidos en las mujeres con ocho partos, o menos, es decir que sólo hay una gran multípara con tricomoniasis.

El cuadro número 14 representa el número de abortos versus el resultado obtenido en el examen de Papanicolaou. Este cuadro no demuestra el predominio de abortos en ninguna de las entidades dadas como resultado de este examen. En todos los casos el número de pacientes con muchos abortos disminuye en la misma curva descendente que en los datos totales.

El cuadro número 15 es muy interesante ya que demuestra el estado de la paciente al hacerse el examen *versus* el resultado del mismo. Se observa que hubo 31 pacientes embarazadas al hacerse el examen y que un gran porcentaje de estas, el 20 o/o presentaron tricomoniasis, el resto tuvieron resultado negativo o cambios inflamatorios.

De las pacientes menopáusicas, que en total fueron 25, una gran proporción, casi el 50 o/o presentó cambios inflamatorios, una presentó tricomoniasis y otra fue la paciente de hiperestrogenismo con sospecha de carcinoma de éndometrio.

De las pacientes con anticonceptivos, 15 en total, solo una presentó cambios inflamatorios y cinco tricomoniásis.

De las pacientes que estaban lactando, que fueron 22 en total, tres presentaron cambios inflamatorios y sólo dos presentaron tricomoniásis. Es en este grupo donde se encuentra la paciente con displasia moderada.

Finalmente tenemos el grupo de las pacientes con menstruación normal sin que estén haciendo planificación familiar. Vemos que este grupo es sumamente pequeño, ya que en estas comunidades rurales la mujer cuando no está embarazada está lactando y son muy pocos meses los que quedan entre la lactancia y el nuevo embarazo, que es el período en que ven sus menstruaciones. En este grupo hubo cuatro pacientes con cambios inflamatorios y tres con tricomoniásis.

El cuadro número 16 demuestra una relación entre los efectos hormonales encontrados en el examen de Papanicolaou y los mismos resultados que hemos mencionado anteriormente.

De las once pacientes con efecto estrogénico predominante, nueve tuvieron resultado negativo, una presentó cambios inflamatorios y la otra por supuesto corresponde al caso de hiperestrogenismo.

Como era de esperarse predominó el grupo de pacientes

con efecto hormonal progestínico, siendo estas 72, o sea el 65 o/o de la población estudiada. De estas pacientes 12 presentaron cambios inflamatorios y 9 tricomoniásis.

Hubo 14 pacientes con atrofia, de las que la mayoría, o sea el 57 o/o presentaron cambios inflamatorios y solo una presentó tricomoniásis. Todas estas eran mujeres postmenopáusicas.

CUADRO No. 1

MOTIVOS POR LOS QUE CONSULTARON

Causas	No. de Pacientes	o/o
Médicas	60	54.2
Obstétricas	35	32.2
Ginecológicas	15	13.6
Total	110	100.0

CUADRO No. 2

MOTIVOS DE CONSULTA MEDICOS

Motivo de Consulta	No. de Pacientes	o/o
Dolor Abodminal	11	18.3
Cefalea	11	18.3
Debilidad	7	11.6
Dispepsia	5	8.3
Molestias en oído	5	8.3
Dolor en extremidades	5	8.3
Molestias en ojos	5	8.3
Anorexia	2	3.3
Tos	2	3.3
Dolor de cuerpo	2	3.3
Dolor de muela	1	1.6
Dolor de garganta	1	1.6
Epistaxis	1	1.6
Problema dermatológico	1	1.6
Total	60	100.0

CUADRO No. 3

MOTIVOS DE CONSULTA OBSTETRICOS

Motivo de Consulta	No. de Pacientes	o/o
Pre natal	24	68.5
Planificación Familiar	8	22.8
Postnatal	3	8.5
Total	35	100.0

CUADRO No. 4

MOTIVOS DE CONSULTA GINECOLOGICOS

Motivo de Consulta	No. de Pacientes	o/o
Amenorrea	8	53.3
Flujo	3	20.0
Metrorragia	2	13.3
Prolapso Uterino	1	6.6
Infertilidad	1	6.6
Total	15	100.o

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION POR EDADES

Edad en Años	No. de Pacientes	o/o
1 5 a 20	13	11.8
21 a 30	36	32.7
31 a 40	24	21.8
41 a 50	23	20.9
Más de 50	14	12.7
Total	110	100.0

CUADRO No. 6

NUMERO DE GESTACIONES

No. de Gestaciones	No. de Pacientes	o/o
0	4	3.6
1	18	16.3
De 2 a 4	28	25.4
De 5 a 7	24	21.8
De 8 a 10	24	21.8
De 11 a 13	8	7.2
14 o más	4	3.6
Total	110	100.0

CUADRO No. 7

NUMERO DE PARTOS

No. de Partos	No. de Pacientes	o/o
0	14	12.7
1	13	11.8
De 2 a 4	31	28.1
De 5 a 7	20	18.1
De 8 a 10	22	20.0
De 11 a 14	10	9.9
Total	110	100.0

CUADRO No. 8

NUMERO DE ABORTOS

No. de Abortos	No. de Pacientes	o/o
0	87	79.9
1	12	10.9
2	4	3.6
3	6	5.4
4	0	0.0
5	1	0.9
Total	110	100.0

CUADRO No. 9

DIAGNOSTICOS GINECOLOGICOS

Diagnóstico	No. de Pacientes	o/o
Normal	32	29.0
Embarazo	27	24.5
Triconomiasis	22	20.0
Cervicitis	10	9.0
Mioma Uterino	9	8.1
Tumor Ovarico	3	2.7
Anexitis	3	2.7
Candidiasis	2	1.8
Prolapso Uterino	1	0.9
Carcinoma Endometrio	1	0.9
Total	110	100.0

CUADRO No. 10

RESULTADOS DE PAPANICOLAOU

Resultados	No. de Pacientes	o/o
Negativo	69	62.7
Cambios inflamatorios	22	20.0
Tricomoniásis	17	15.4
Hiperestrogenismo	1	0.9
Displasia Moderada	1	0.9
Total	110	100.0

CUADRO No. 11

EDAD DEL PACIENTE VERSUS RESULTADO DE PAPANICOLAOU

Resultado Papanicolaou	EDAD DE LA PACIENTE									Total
	15 a 20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	50 a más		
Negativo	9	15	10	12	8	5	5	5		69
Cambios Inflamatorios	2	1	—	1	—	4	5	9		22
Tricomoniasis	2	5	4	2	1	1	2	—		17
Hiperestrogenismo	—	—	—	—	—	1	—	—		1
Displasia Moderada	—	—	1	—	—	—	—	—		—
Total	13	21	15	15	9	11	12	14		110

CUADRO No. 12

GESTAS VERSUS RESULTADO DE PAPANICOLAOU

Papanicolaou	NUMERO DE GESTAS																Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Negativo	2	13	10	4	5	6	4	4	5	4	6	4	–	–	1	1	69
Cambios Inflamatorios	2	4	–	1	1	–	1	–	2	1	5	1	2	–	–	2	22
Tricomoniasis	–	1	4	1	1	2	3	4	1	–	–	–	–	–	–	–	17
Hiperestrogenismo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	1
Displasia Moderada	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1
Total	4	18a	14	7	7	8	8	8	8	5	11	6	2	–	1	3	110

CUADRO No. 13

PARTOS VERSUS RESULTADO DE PAPANICOLAOU

Papanicolaou	NUMERO DE PARTOS														Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Negativos	10	8	8	5	9	5	4	1	7	3	4	3	1	–	1	69
Cambios Infalmatorios	3	3	1	–	1	1	1	1	1	2	4	1	2	1	–	22
Tricomoniasis	1	2	3	1	2	1	5	1	1	–	–	–	–	–	–	17
Hiperestrogenismo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	1
Displasia Moderada	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1
Total	14	13	12	6	13	7	10	3	9	5	8	5	3	1	1	110

CUADRO No. 14

ABORTOS VERSUS RESULTADO DE PAPANICOLAOU

Papanicolaou	NUMERO DE ABORTOS						Total
	0	1	2	3	4	5	
Negativos	54	10	1	4	–	–	69
Cambios Infalmatorios	16	2	2	1	–	1	22
Tricomoniasis	15	–	1	1	–	–	17
Hiperestrogenismo	1	–	–	–	–	–	1
Displasia Moderada	1	–	–	–	–	–	1
Total	87	12	4	6	0	1	110

Papanicolaou	ESTADO DE LA PACIENTE					
	Embarazo	Menopausia	Anticonceptivos Oral	Anticonceptivos DIU	Lactando	Menstruación	Total
Negativo	23	11	7	2	16	10	69
Cambios Infalmatorios	2	12	1	0	3	4	22
Tricomoniasis	6	1	4	1	2	3	17
Hiperestrogenismo	–	1	–	–	–	–	1
Displasia Moderada	–	–	–	–	1	–	1
Total	31	25	12	3	22	17	100

CUADRO No. 15

ESTADO DE LA PACIENTE VERSUS RESULTADO DE PAPANICOLAOU

CUADRO No. 16

EFECTO HORMONAL VERSUS RESULTADO DE PAPANICOLAOU

Resultado de Papanicolaou	EFECTO HORMONAL				
	Sin efecto normal reportado	Atrofia	Progestínica	Estrogénico	Total
Negativo	4	5	51	9	69
Cambios Infalmatorios	1	8	12	1	22
Tricomoniasis	7	1	9	–	17
Hiperestrogenismo	–	–	–	1	1
Displasia Moderada	1	–	–	–	1
Total	13	14	72	11	110

DISCUSION

La discusión va a consistir en la comparación de este estudio con otros similares, efectuados en el área rural de la República de Guatemala, por el mismo autor, en los años de 1971 a 1973.

El trabajo de 1971 se realizó en el Municipio de San José el Idolo del Departamento de Suchitepéquez y el de 1973 cubrió varias poblaciones del mismo Departamento: San José el Idolo nuevamente, Palo Gordo, Mazatenango y San Bernardino.

El número de pacientes que se estudió en cada uno de estos lugares se ilustra en el cuadro siguiente:

Lugar	Año	No. de Pacientes
San José el Idolo	1971	146
San José el Idolo	1973	58
Palo Gordo	1973	81
Mazatenango	1973	57
San Bernardino	1973	24
Sibilia	1975	110

Como se puede apreciar el número de pacientes examinadas fue más o menos equivalente en el primer estudio efectuado en San José el Idolo, Palo Gordo y en Sibilia. El número de pacientes de San Bernardino es pequeño para poder compararlos.

En lo que respecta a la distribución por edad observamos que en todos los estudios predominaron las pacientes jóvenes con un porcentaje de mujeres mayores de 40 años, como se resume en el siguiente cuadro:

Lugar	Año	o/o de mujeres mayores de 40 años
San José el Idolo	1971	38
San José el Idolo	1973	18
Palo Gordo	1973	27
Mazatenango	1973	0
San Bernardino	1973	17
Sibilia	1975	33.6

El hecho de que en Mazatenango no hubiera ni una mujer mayor de 40 años se debió a que todas eran prostitutas.

Las razas estudiadas fueron diferentes. Así en Sibilia predominó la raza ladina con mucha sangre Europea mientras que en Suchitepéquez el porcentaje de indígenas era alto, siendo clasificada como ladinos, más que por raza por las costumbres adquiridas.

La condición socio-económica de los diferentes grupos es equivalente en el hecho de que la mayoría eran esposas de agricultores, pero en los grupos de Suchitepéquez, la gente no está tan aislada y tiene mayor relación con la civilización actual.

Es importante hacer notar que en el poblado de Sibilia casi se desconoce por completo la Prostitución, en cambio en los poblados de la costa hay una promiscuidad sexual mayor.

El número de gestaciones fue más o menos equivalente en los diferentes grupos, exceptuándose el de Mazatenango que tenía un índice muy bajo de gestaciones debido a que todas las pacientes fueron prostitutas.

En el cuadro a continuación se muestra el promedio de gestaciones en cada uno de los grupos estudiados:

Población	Año	Promedio de Gestaciones
San José el Idolo	1971	5.8
San José el Idolo	1973	4.8
Palo Gordo	1973	6.4
Mazatenango	1973	2.1
San Bernardino	1973	3.5
Sibilia	1975	5.5

Como se ve Palo Gordo tuvo el índice de gestaciones mayor y Sibilia en general se puede decir que tiene un promedio de embarazos similar al de las otras poblaciones.

A pesar de que los grupos fueron semejante en relación con la edad, número de pacientes estudiadas y paridad, los resultados obtenidos fueron muy desiguales como se muestra en el cuadro a continuación:

Población	Año	o/o de casos positivos de Cervix — Uterino
San José el Idolo	1971	3.4
San José el Idolo	1973	5.1
Palo Gordo	1973	0
Mazatenango	1973	0
San Bernardino	1973	0
Sibilia	1975	0

Los resultados ilustrados en el cuadro anterior son sorprendentes, ya que de todas las poblaciones estudiadas la única que presentó un alto porcentaje de carcinoma de cervix uterino fue la población de San José el Idolo del Departamento de Suchitepéquez.

Además en las dos oportunidades que se hicieron los estudios en San José el Idolo se encontró un porcentaje mayor de casos positivos para carcinoma que el de la mayoría de los estudios en otras latitudes que se hacen en gran escala en los que generalmente solo el 0.2 o/o de las mujeres estudiadas resultan con examen positivo para carcinoma del cuello uterino.

Los factores que creemos pudieron ser contribuyentes a que no se encontrara ni un solo caso de carcinoma de cervix uterino en el Municipio de Sibilia del Departamento de Quezaltenango son los siguientes:

a) Serie estudiada muy pequeña;

b) Poca promiscuidad en la población;

c) Razones étnicas;

d) Relaciones sexuales iniciadas tardíamente;

e) Bajo índice de abortos;

f) Población eminentemente joven.

En igual forma también llamó notoriamente la atención la ausencia de patología delcervix encontrada en la población de prostitutas estudiadas en Mazatenango, probablemente debido a la edad joven de las mismas, o a otros factores desconocidos. En otras latitudes la incidencia de cáncer del cuello uterino es alta en prostitutas.

CONCLUSIONES

Se hizo este estudio practicándosele examen de Papanicolaou de la región cérvico-vaginal a 110 pacientes del municipio de Siblia del Departamento de Quezaltenango.

La mayoría de estas pacientes consultaron al Puesto de Salud por causas médicas y obstétricas y sólo el 13.6 o/o consultó por causas ginecológicas.

La población estudiada fue bastante joven, predominando las mujeres menores de 40 años, con sólo un 33 o/o por arriba de esta edad.

El promedio de gestaciones en el grupo estudiado fue de 5.5 embarazos por persona.

El número de abortos en esta población, a pesar del alto índice de paridad, es muy bajo, ya que el 80 o/o de pacientes nunca habían tenido ni un aborto.

No se encontró ni un solo caso de carcinoma de cervix uterino, siendo los hallazgos más comunes los siguientes: 20 o/o de las pacientes presentaron cambios inflamatorios; 15.4 o/o presentaron tricomoniasis, un caso con displasia moderada y otro de hiperestrogenismo. En esta última se sospechó un carcinoma endometrial, que aún no se ha comprobado.

Se hizo una comparación con otros estudios realizados en el área rural de la República de Guatemala en años anteriores por el mismo autor; llamando la atención que la incidencia de cáncer de cuello en el área rural de Guatemala es variable, jugando talvez algún papel en la génesis del mismo, factores aún desconocidos que necesitan ser investigados.

RECOMENDACIONES

1. Es factible realizar exámenes de Papanicolaou de la región cérvico-vaginal a toda mujer guatemalteca, aún en el área rural de Guatemala, si se pone un poco de empeño en ello, a un bajo costo.

2. Toda mujer debe beneficiarse de los exámenes de Papanicolaou anualmente, o más seguido, si así estuviera recomendado.

3. Para tener una idea clara de la incidencia de Carcinoma de Cervix Uterino en el área rural de Guatemala, se necesita hacer estudios mayores.

4. De acuerdo con los resultados de este trabajo la incidencia de carcinoma del cuello uterino es variable en las diferentes poblaciones del área rural de Guatemala, por lo que es mandatario investigar cual o cuales son los agentes responsables del mismo además de los ya conocidos.

BIBLIOGRAFIA

CALATRONI, Carlos J. Terapéutica Ginecológica. Octava Edición. El Ateneo. Buenos Aires, 1970.

FISH, Charles. Cervical Intraepithelial Neoplasia: Rationale For Investigation & Management. The Medical Clinics of North America. 58:4; July 1974.

JEFFCOATE, Sir Norman. Ginecología. Editorial Inter-Médica, Buenos Aires, 1971.

KASER. Ginecología & Obstetricia. Tomo III: Ginecología Especial.

LUCERNA, Carlos Miguel. Diagnóstico Precoz del Ca del Cuello Uterino y su Tratamiento. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1975.

ARNOLDO RAFAEL SOTO VEGA

DR FEDERICO CASTRO
Asesor

DRA SILVIA DE SOTO
Revisora

DR JULIO DE LEON M
Director de Fase III

DR MARIANO GUERRERO
Secretario general.

Vo.Bo.

DR CARLOS ARMANDO SOTO
Decano