

**PAPANICOLAOU EN EL DIAGNOSTICO
DE PATOLOGIA CERVICAL
(Revisión de 7,275 casos del Departamento
de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Militar Central, de 1969 a 1979)**

TESIS

**Presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad
de San Carlos de Guatemala**

POR:

SULEMA FRINEE PAZ BARRANCO

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1980

INTRODUCCION

El cáncer en este siglo ha venido a representar para la medicina una preocupación enorme; es ahora (en este siglo), cuando muchos hombres de ciencia se han dedicado a investigar desde su etiología, hasta un posible tratamiento, por lo tanto se han elocurado hipótesis, teorías y extensos experimentos para encontrar la verdad, la cual aún continua incógnita.

Sabiendo que el cáncer uterino es la principal causa de mortalidad por neoplasia que se observa en Guatemala (1), y que el carcinoma insitu al detectarlo por un medio tan sencillo, barato y certero como lo es el Papanicolaou Cervical, que con adecuado tratamiento tiene excelente índice de curación, es reglón interesante para revisar en un trabajo científico.

El Hospital Militar Central, en su Departamento de Ginecología y Obstetricia, ha llevado a cabo la investigación del cáncer del cérvix o de cualquier otro tipo de patología detectable por medio del Papanicolaou; se revisan estos para tomar parámetros de un grupo social medio con buenos hábitos de vida como higiénicos; se compara con otros grupos de estudios ya efectuados en nuestro medio como en el extranjero.

El estudio se realiza en los exámenes de Papanicolaous efectuados en el período de 10 años, comprendido de marzo de 1969 a octubre de 1979, con un total de 7,275 casos.

La intención primordial es la de investigar qué cantidad de Papanicolaous son patológicos en cambios celulares yendo desde displasia leve a cáncer invasivo de cérvix; y establecer nuestros propios porcentajes. Además se investiga otros parámetros tales como: edad, paridad, frecuencia y tratamientos efectuados.

Esperando que ésta investigación sea de provechoso resultado tanto al Hospital Militar Central, como a la mujer guatemalteca; expongo el presente trabajo a su criterio.

OBJETIVOS

- I. Ensayar nuevamente el método científico para tratar de dar un trabajo de investigación satisfactorio a nuestro medio.
- II. Que, sea un estudio que en el futuro sirva de referencia para trabajos más especializados.
- III. Que, el Hospital Militar Central, cuente con un trabajo de investigación y estadístico sobre un método diagnóstico usado como parte del examen ginecológico normal.
- IV. Determinar si en nuestro medio existen similares porcentajes de patología cervical, descubierta con la citología exfoliativa, que en otros países ya bien estudiados.
- V. Tratar de encontrar conclusiones benéficas y verdaderas.

ANTECEDENTES

HAANEL y HILEHOUSE señalan un porcentaje de frecuencia según las edades para el cáncer cervical invasor de 14.9 por 100,000 para la población femenina total en la ciudad de NUEVA YORK. Las proporciones varían por los diferentes grupos sociales y étnicos desde una baja de 3.6 por 10,000 para mujeres judías hasta un alto de 97.6 x 100,000 para mujeres de PUERTO RICO. En las mujeres negras la proporción fue de 47.8 y en otras mujeres blancas de 13.5 x 100,000; los cálculos varían claro está con la edad de la población y con la etapa del cáncer. (14)

En nuestro medio, en el primer año que se diagnosticó cáncer de cérvix por biopsia en el INSTITUTO DE CANCEROLOGIA, fue en el período de 1930 a 1934 que fueron 13 casos, los que se iniciaron; el estudio por papanicolaou de cérvix que también en el año de 1930 se inició en Guatemala, ya par 1947 se habían diagnosticado 143 casos. Para 1948 en que fue abierta la Sección de ONCOLOGIA en el Hospital General "SAN JUAN DE DIOS" y Hospital "SAN JOSE", fueron reportados 130 casos de cáncer cervical, y en 1959 ascendió a un número de 303 casos, pese al pobre auge que se tenía en esa época sobre el nuevo método diagnóstico.

Para 1971 en el INCAN se reportaron 367 casos de cáncer cervical que se diagnosticaron con papanicolaou y biopsia cervical. (18)

La frecuencia de cáncer cervical por edad mostró una incidencia más alta en el grupo comprendido 40-49 años, representando el 32.5o/o; luego de 50-59 años que equivalía a un 23.7o/o; de 30-39 años el 20.8o/o; 60-69 años el 13.45 y de 20-29 años y 70 y más años un 4.8o/o.

En este mismo estudio efectuado en el INCAN sobre 10 años de investigación también fue reportado que la más alta incidencia de patología por estudio clínico era el estudio II en el que el carcinoma se extiende más allá del cuello, pero no ha alcanzado la pared pelviana,

fecta la vagina, pero no en su tercio inferior (14), dando un porcentaje de 40 del total de los casos patológicos. (18).

En un estudio efectuado por el doctor CARLOS. A. ESCOBAR V., la doctora MIRIAM K. de WYLD, concluían que para 1972 la mortalidad de pacientes con diagnóstico de carcinoma cervical era de 89o/o; además reportaron que en un estudio de 2,506 frotos anormales de cérvix, 117 eran de carcinoma insitu; del total 36 eran nuligrávidas y una paciente virgen (18).

La prevalencia de carcinoma cervical en Guatemala, de la población femenina comprendida entre los 15-45 años, fue estimada en 1971 a un 28o/o. (18)

En 1976 en SIBILIA municipio del Departamento de QUETZALENANGO, en una muestra de 110 pacientes estudiadas se encontró un 3.4o/o de casos positivos en patología cervical por medio de frotos cervicales. En esa misma comunidad en el año de 1973, en 58 pacientes se encontró una positividad de 5.1 por el mismo método. (12)

En el departamento de MAZATENANGO, también se efectuó un estudio similar para trabajo de TESIS, en 1973 con 57, en donde no se encontró ningún caso de patología cervical diagnosticado por papanicolaou cervical, lo mismo ocurrió en el municipio de SAN BERNARDINO en 1973 al investigar 24 pacientes. (16)

Estos últimos datos nacionales no parecen tener mucha significancia, ya que la muestra es muy pobre, pero de un modo o de otro los servirá para hacer alguna clase de comparación.

REVISION BIBLIOGRAFICA:

CARCINOMA DEL CUELLO

ETIOLOGIA

En sentido biológico se desconoce, como en todo cáncer, la causa del carcinoma del cuello cervical, no obstante algunas circunstancias están intimamente relacionadas con él que pueden considerarse como factores etiológicos.

La baja frecuencia del CANCER CERVICAL en mujeres judías ha hecho sospechar que el coito con un varón sin circuncisión puede actuar en alguna forma como influencia causal, quizá base de poca higiene del pene y se sospecha de la importancia que pudiera tener el smegma, según señala FISCHER (14). Hay que tener siempre presente factores como promiscuidad sexual, circuncisión incompleta y falta de adherencia a la doctrina mosaica que impide el contacto sexual durante una semana después de la menstruación; todos los estudios concuerdan en que el riesgo de CANCER CERVICAL aumenta con el matrimonio temprano o al primer coito en edades tempranas. Es muy probable que el tener hijos per se no es un factor contribuyente importante, sino más bien la exposición sexual. En este sentido el carcinoma epidermoide del cuello podría considerarse una enfermedad venérea (14).

ANATOMIA:

El cuello uterino es un canal que comunica entre sí la cavidad vaginal y la cavidad endometrial. La inserción de la vagina lo divide en dos partes, la primera intravaginal, denominada "hocico de tenca" o exocérvis, y la segunda supravaginal o endocérvis.

Uno de los hallazgos microscópicos en el carcinoma muy temprano es la constancia de su origen a nivel de la unión planocilíndrica.

El carcinoma insitu puede definirse como una estructura microscópica, en la cual todo el espesor del epitelio plano de revestimiento debe hallarse completamente substituído por células anormales, indiferencias, morfológicamente imposibles de distinguir del cáncer, puede o no tomar las glándulas cervicales pero no pasa más allá del estroma.

DIAGNOSTICO DEL CANCER CERVICAL:

Citología Exfoliativa.

El desarrollo de un método citológico preciso para estudiar mujeres asintomáticas con cuello de aspecto completamente normal ha permitido en muchos casos el diagnóstico de cáncer temprano, largo tiempo antes que hubiera síntomas de anomalías patológicas manifestadas.

Si no puede efectuarse un frotis sistemático en todas las pacientes, ciertamente debe llevarse a cabo en la mujer de más de 30 años que ha tenido hijos en busca de cáncer.

Sin embargo hay que tomar una buena historia clínica cuidadosa por lo que se refiere a hemorragias intermenstruales, palpar cuidadosamente el cuello y examen con espéculo, y se procede a la toma de frotis (14). En el cuello uterino se practican dos tipos de recolección de material, una del exocérvis y otra en el endocérvis, para la primera se utiliza generalmente de preferencia una espátula de madera, (Ayre), con ella es aconsejable realizar un raspado superficial mediante movimiento circular de la espátula, y a continuación una más enérgica que permite a veces descubrir carcinomas con crecimiento hacia

REPORTE DE CITOLOGIA SOSPECHOSO, AMERITA UNA
ESTIGACION MINUCIOSA INDEPENDIENTEMENTE DE SI
LOS EXAMENES PREVIOS O POSTERIORES RESULTAN NOR-
LES.

CLASIFICACION CLINICA DEL CANCER CERVICAL (FIGO)

- a 0 Carcinoma insitu, conocido también como carcinoma preinvasor, intraepitelial o similar.
- a I: El carcinoma se halla estrictamente limitado al cuello la extensión al cuerpo del útero no deberá tomarse en cuenta).
- a Ia: Micro invasión.
- a Ib: Los demás casos de Etapa I.
- a II: El carcinoma se extiende más allá del cuello, pero no ha alcanzado la pared pelviana. Afecta la vagina, pero no en su tercio inferior.
- Sin invasión del endometrio.
- Con participación del endometrio.
- III: El carcinoma ha alcanzado la pared pelviana. (Por contacto rectal no se encuentra espacio "libre de cáncer" entre las paredes pelvianas). El carcinoma interesa el

tercio inferior de la vagina. Se presenta hidronefrosis o difusión renal.

Etapas IV: El carcinoma se ha extendido más allá de la pared de la pelvis o ha invadido la mucosa de vejiga o recto.

Estadio IVa: Invasión a vejiga o recto.

Estadio IVb: Extensión más allá de la pared pélvica.

HISTORIA DEL PAPANICOLAOU

En 1912, el doctor GEORGE PAPANICOLAOU, empezó a hacer el estudio de células en ratas para determinar a las diferentes alteraciones observadas durante el estro, con lo cual él adquirió un conocimiento bastante amplio acerca de las células normales de las mismas, con esta experiencia empezó a estudiar el ciclo hormonal en la mujer en 1918, habiendo encontrado una similitud bastante grande entre las células normales de la mujer y la rata en las diferentes etapas del ciclo menstrual. Al mismo tiempo observó la presencia de células con características morfológicas diferentes que con el correr del tiempo identificó como pertenecientes a neoplasmas del aparato genital femenino inferior, habiendo establecido una buena relación histológica con los cánceres del cuello uterino.

1941-1942 junto con TRAUT publicó sus experimentos adquiridos durante los años pasados en relación con la citología y la histología normal y neoplásica del cuello uterino. Sentando en esta forma las bases de la citología exfoliativa, la cual, aunque al principio fue aceptada con recelo en las diferentes latitudes y por los diferentes investigadores, empezó a tomar auge como el método precoz, sensible y económico de la detección del cáncer del cérvix.

En 1948 el método se popularizó gracias al empuje dado por el mismo PAPANICOLAOU, la doctora RUTH GRAHAM, JAMES E. REAGAN, LEOPOLD KOSS, entre otros; habiendo adquirido aceptación y popularidad de que goza en la actualidad en relación con el diagnóstico temprano en la lesión pre y neoplásica del cuello uterino.

Debe dejarse constancia de que antes de la publicación de PAPANICOLAOU en 1943, otros investigadores habían descrito la presencia de células neoplásicas en frotis estudiados de diferentes partes del

organismo, entre los cuales podemos mencionar: en el siglo pasado se describió la presencia de células neoplásicas en material expulsado por vómitos como consecuencia de procesos obstructivos de cánceres del estómago.

En 1925 BADUSLESCU, patólogo húngaro, describió la presencia de células neoplásicas en secreciones cervico vaginales en cáncer de cérvix, ignorándose la razón por la cual no le fue dado a él el crédito.

En 1936 WATANABY, en los países nórdicos describió en una extensa monografía la presencia de células neoplásicas en secreciones bronquiales y en esputo.

Hay que mencionar que en los países de habla hispana, el método citológico se popularizó; en España con los trabajos de BOTELLA-LUCIA, en México con la doctora LAGUNA, en Perú con RAMOS DE PAZ.

Debido a que con el correr del tiempo el método quedó aceptado universalmente y habiendo diversidad de criterios en el análisis de los parámetros en el empleo de la terminología se reunieron en VIENA en 1961 patólogos y citólogos de diferentes latitudes del urbe, para unificar criterios, habiendo surgido como consecuencia de ello la SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CITOLOGIA, que a partir de ese entonces se reúne periódicamente para analizar los cometidos propuestos y procurar por una mayor divulgación.

Lo anterior trajo como consecuencia que se desechara la clasificación citológica propuesta por PAPANICOLAOU, en los que se clasificaban los resultados obtenidos de los frotis cervico vaginales o de cualquier otra naturaleza en grados de I a V, habiéndose aceptado la originalmente propuesta por REAGAN en 1953 y clasificar las lesiones del cuello uterino en displasias de tres grados diferentes; carcinoma insitu y carcinoma invasivo. Esta clasificación es la que todavía se emplea en la actualidad y que ha sido universalmente acepta-

da. introducido dentro del mismo, centrifugación y frotis hechos

En 1964 RALPH M. RICHAT, propuso una nueva clasificación de las lesiones del cuello uterino, basado en que cáncer invasivo de cérvix es un proceso continuo y progresivo que se inicia de lesiones preneoplásicas, pasando por diferentes estadios cada día progresivos y a veces estacionarios hasta llegar a la neoplasia franca y designando a las lesiones en sus diferentes estadios evolutivos con el nombre de neoplasia cervical intraepitelial (NIC), la cual originalmente fue graduada en las letras A, B, C, D, y E, y que en la actualidad se gradúa empleando números romanos I al V.

Por otra parte debe dejarse constancia de que la clasificación de RICHAT, esencialmente no difiere de la propuesta y que por largo tiempo fue empleada por PAPANICOLAOU, razón por la que no ha sido aceptada por la mayoría de patólogos y citólogos que se dedican a esta especialidad.

Paralelo a los acontecimientos cada día nuevos que se adquieren en el conocimiento de la citología cervico-vaginal, se emplearon métodos de toma de muestra con el propósito de que el material obtenido fuera más representativo, así por ejemplo: de la pipeta por aspiración del fondo de saco posterior empleada inicialmente por PAPANICOLAOU, se han utilizado otros, tales como la espátula de Ayre, el isopo humedecido de algodón, el baja-lenguas modificado, procedimientos que se emplean basados en un conocimiento mejor de la localización anatómica y distribución en el cuello uterino de las lesiones pre y neoplásicas.

En igual forma, en vista de que el cáncer del endometrio, en la actualidad en los países civilizados su incidencia corre paralelo a los del cérvix, se han ideado una serie de métodos con el objeto de hacer el diagnóstico precoz de esta neoplasia, entre estos métodos hay que mencionar la histeroscopia cepillando la cavidad endometrial y el lavado a chorro de la cavidad endometrial, con aspiración del lí-

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. REVISION BIBLIOGRAFICA
- IV. HISTORIA DEL PAPANICOLAOU
- V. TRABAJO DE CAMPO
- VI. HIPOTESIS
- VII. MATERIAL Y METODOS DE ESTUDIO
- VIII. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS
- IX. CONCLUSIONES
- X. RECOMENDACIONES
- XI. BIBLIOGRAFIA

**PAPANICOLAOU EN EL DIAGNOSTICO
DE PATOLOGIA CERVICAL**

**REVISION DE 7,275 CASOS DEL DEPARTAMENTO
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL MILITAR CENTRAL,
DURANTE 10 AÑOS, DE
1969 A 1979**

HIPOTESIS

"POR MEDIO DEL PAPANICOLAOU SE DEMUESTRA TEMPRANAMENTE LA PATOLOGIA CERVICAL".

"EN UN NIVEL SOCIAL MEDIO DE POBLACION FEMENINA, LA PATOLOGIA CERVICAL ES BAJA".

MATERIAL Y METODOS

FISICO:

- a.— Archivo del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central.
- b.— Papeletas con exámenes citológicos del cérvix.
- c.— Revisión bibliográfica.
- d.— Ficha de investigación.
- e.— Papanicolaous interesantes para fotografías.
- f.— Equipo de escritorio.

HUMANO:

- | | |
|----------------------------------|--------------|
| a. Doctor JULIO LUIS POZUELOS V. | Asesor |
| b. Doctor ENRIQUE DUARTE | Revisor |
| c. Doctor FEDERICO CASTRO | Colaborador |
| d. Doctor VALENTIN AGUILAR | Colaborador |
| e. Señora OLGA DE LEE | Colaboradora |
| f. Br. SULEMA FRINEE PAZ B. | |

METODOS

Se procedió a revisar todas las fichas ginecológicas comprendidas en el período de marzo de 1969 a octubre de 1979, de las cuales se extrajeron las que en su informe citológico era reportado como patológico.

Ya teniendo éstas que fueron un número de 107 papeletas, se procedió a estudiar los datos más importantes por medio de una ficha estandard, investigándose la edad, paridad y curso clínico como el terapéutico que fue recibido por cada una de ellas.

Además se buscaron los Papanicolaous que eran reportados como más interesantes con respecto a su patología.

Con una revisión bibliográfica se conocen datos reportados de diferentes estudios que sirven para hacer una comparación con el presente, se logró recabar datos valiosos en los Archivos del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, de donde se efectuó también un trabajo comparativo por medios estadísticos, todo esto basándose en el método científico.

NUMERO DE CASOS SEGUN DIAGNOSTICO
ENCONTRADOS POR PAPANICOLAOU

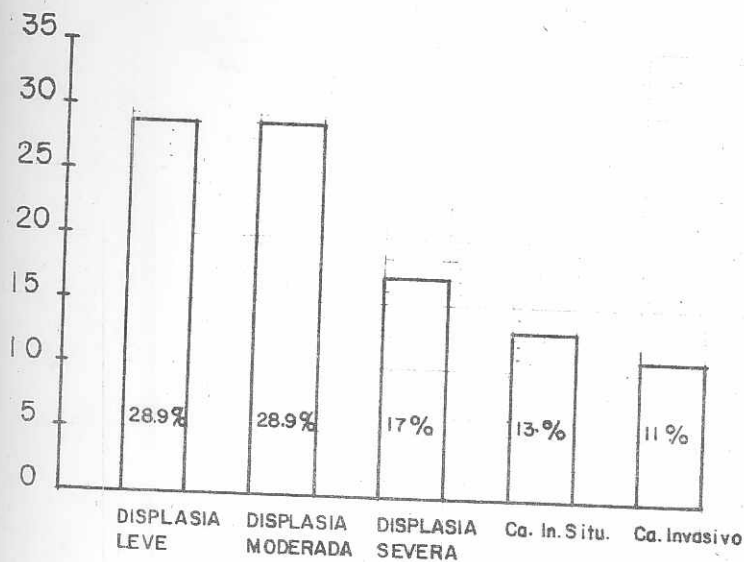
DISPLASIA LEVE	DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA SEVERA	Ca.in Situ	Ca. Invasivo	TOTAL
—	1	1	—	—	2
5	3	—	2	1	10
4	1	1	2	—	8
5	—	3	—	—	9
1	—	3	1	1	6
1	3	—	1	2	7
4	4	5	1	3	17
2	5	1	2	—	10
3	7	2	1	—	13
3	3	3	1	1	11
3	4	1	2	3	13
31	31	20	14	11	107

1969 - TOMADO DESDE 4-III-69

1979 - TOMADO HASTA 30-XI-79

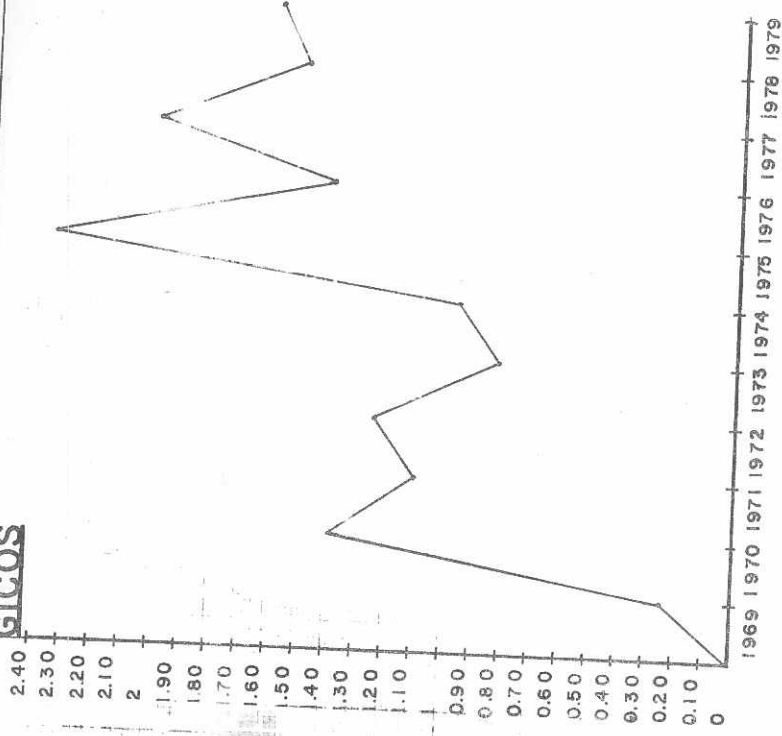
CUADRO No. 1

PORCENTAJES SEGUN DIAGNOSTICO DE PAPANICOLAOUS

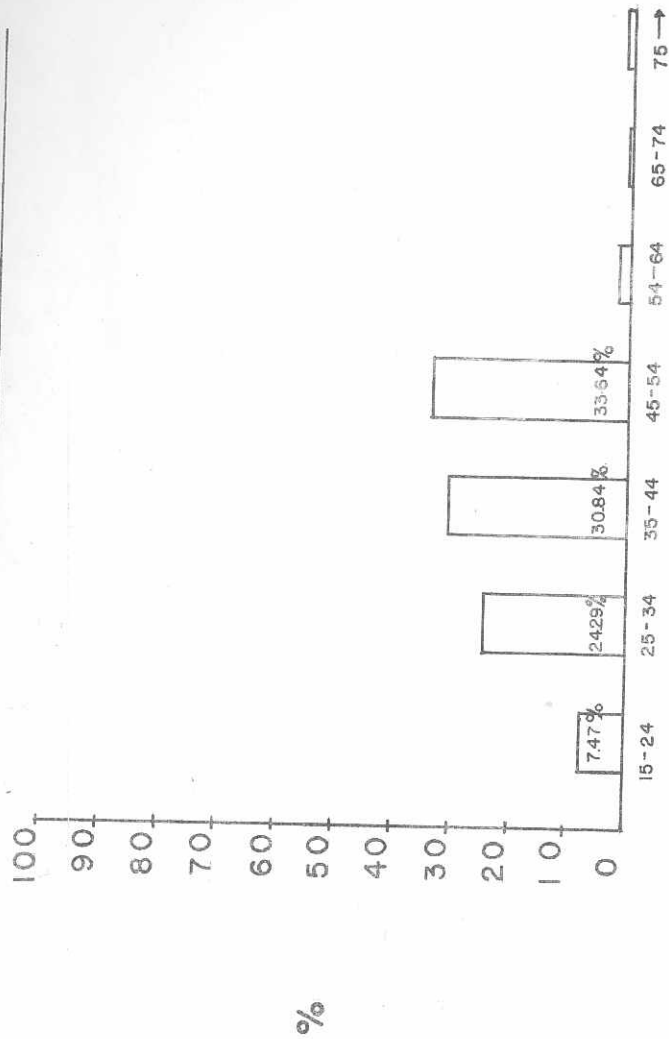


CUADRO No. 2

PORCENTAJES DE PATOLOGIA CERVICO VAGINAL ANUAL
SEGUN EL PROMEDIO GENERAL DE PACIENTES GINECOLOGICOS

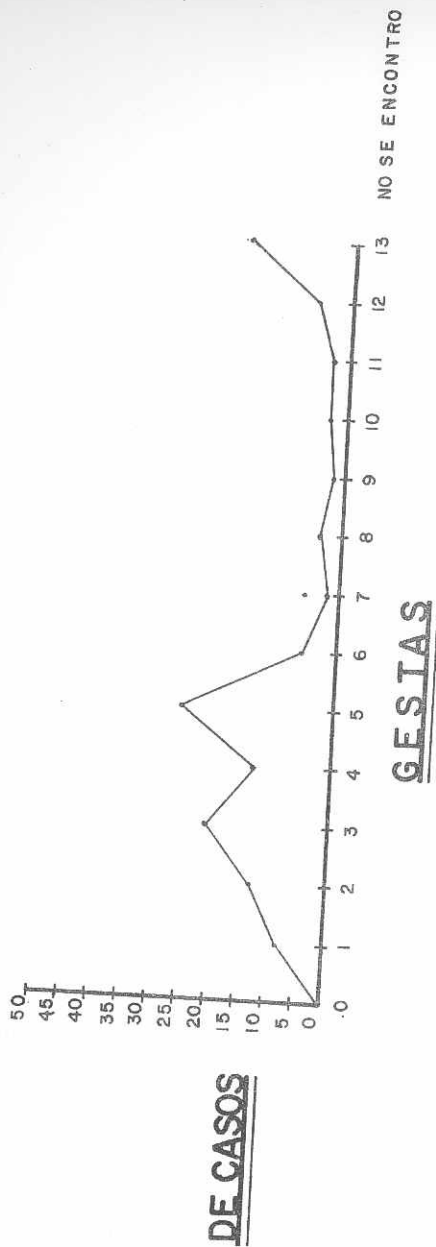


DISTRIBUCION ETARIA DE LOS CASOS PATOLOGICOS
REPORTADOS POR CITOLOGIA EXFEOCIATIVA



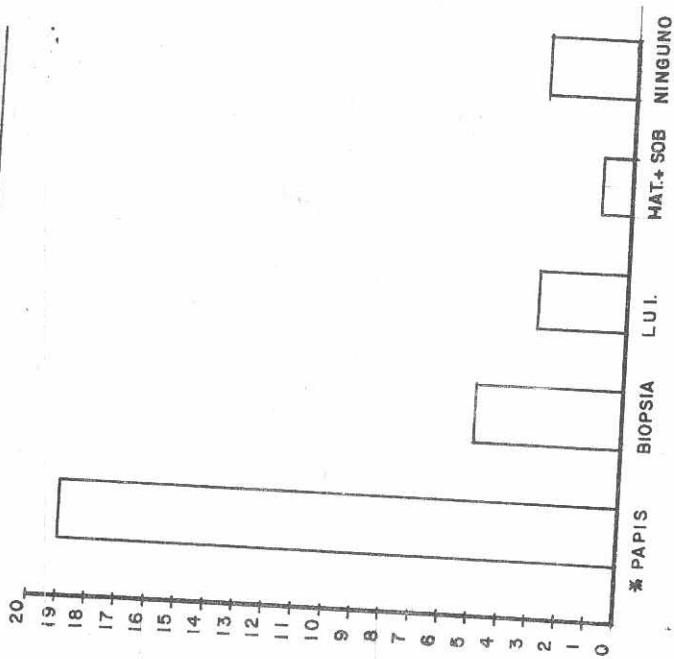
AÑOS

DIAGNOSTICADA POR PAPANICOLAOU.



CUADRO No. 5

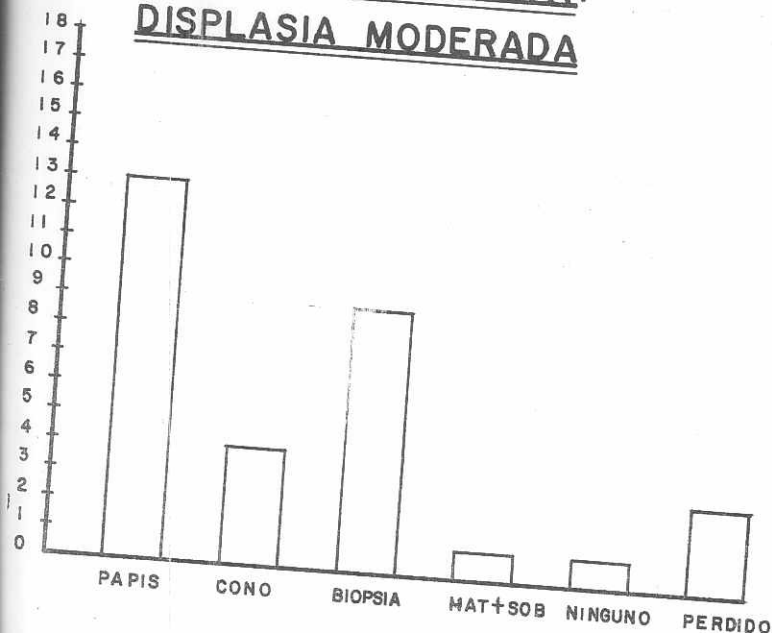
DIAGNOSTICO POR PAPANICOLAOU Y CONDUCTA INMEDIATA - DISPLASIA LEVE.



* CONTROLES DE PAPANICOLAOU
MAS O MENOS CADA 6 MESES

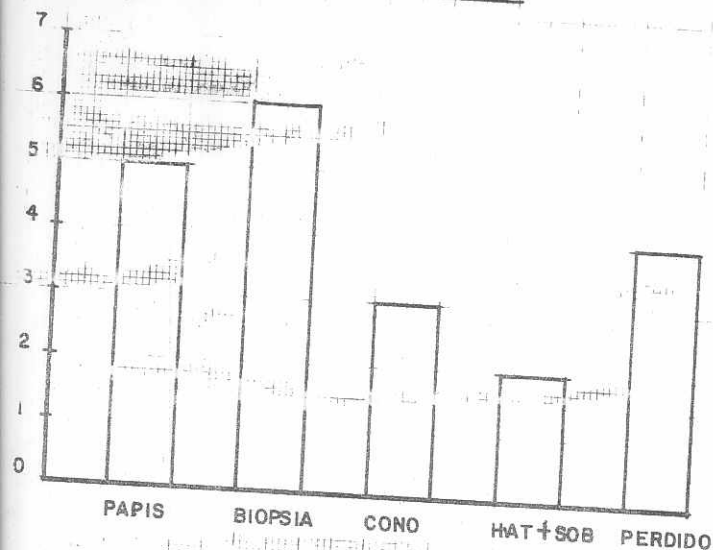
CUADRO No. 6

DIAGNOSTICO POR PAPANICOLAOU Y
CONDUCTA INMEDIATA.
DISPLASIA MODERADA



CUADRO No. 7

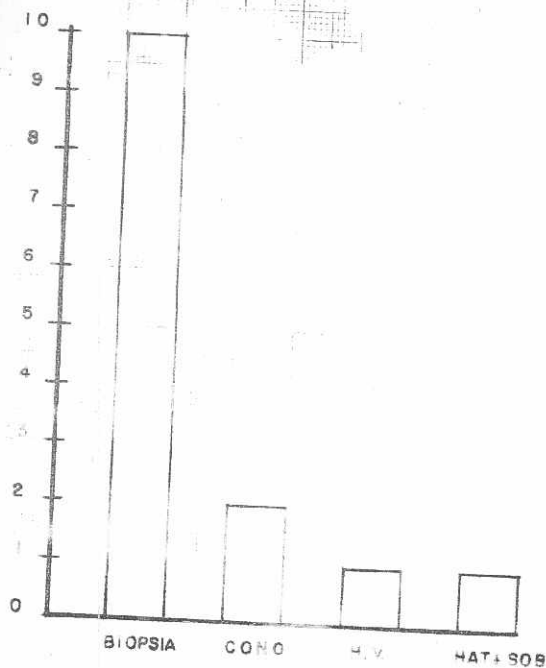
DIAGNOSTICO POR PAPANICOLAOU Y
CONDUCTA IMMEDIATA
DISPLASIA SEVERA



CUADRO No. 8

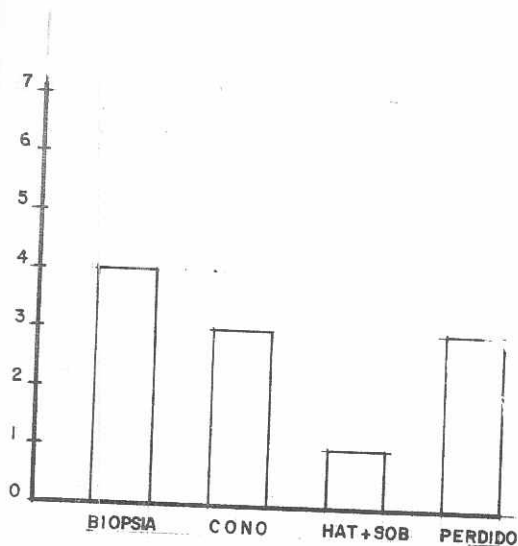
DIAGNOSTICO POR PAPANICOLAOU Y
CONDUCTA INMEDIATA

Ca. INSITU



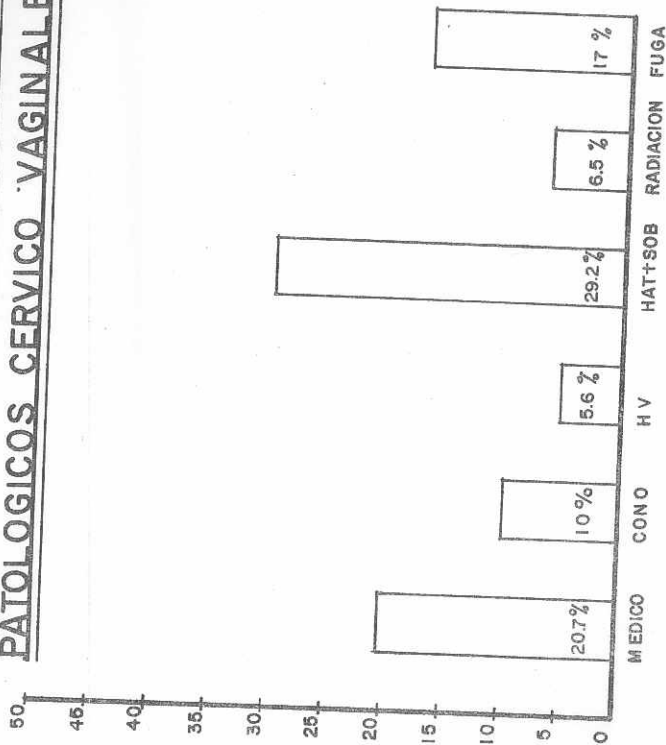
CUADRO No. 9

DIAGNOSTICO POR PAPANICOLAOU Y
CONDUCTA INMEDIATA
Cd. INVASIVO



CUADRO No. 10

TRATAMIENTO INSTITUIDO A LOS CASOS PATOLOGICOS CERVICO VAGINALES

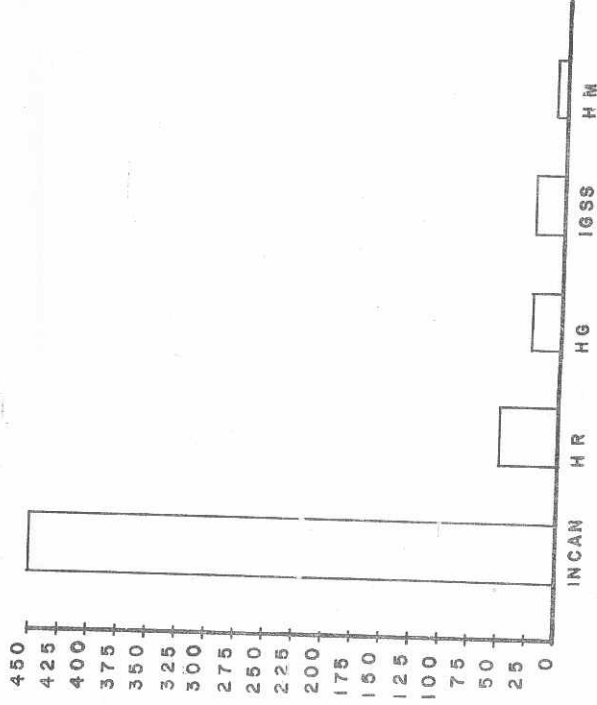


TRATAMIENTO :

HV= Histerectomia

HAT+SOB = HISTEROCTOMIA Alta Total +
Salpingo Ooforectomia Bilateral.

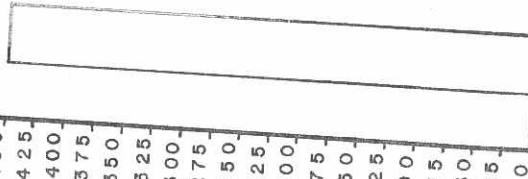
Ca. DEL CUELLO UTERINO INSITU E
INVASIVO A NIVEL NACIONAL DE 1975



No. DE CASOS

INVASIVO A NIVEL NACIONAL DE 1976

600
575
550
525
500
475
450
425
400
375
350
325
300
275
250
225
200
175
150
125
100
75
50
25
0



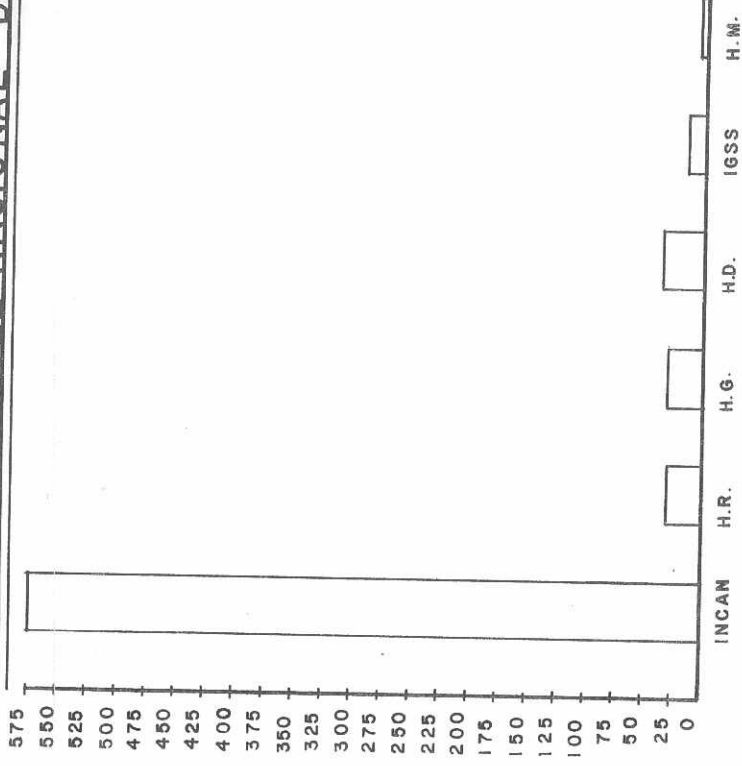
E CASOS

INSTITUCION:

IR-HOSPITAL ROOSEVELT.
IG-HOSPITAL GENERAL
ID-HOSPITALES DEPARTAMENTALES.
HM-HOSPITAL MILITAR.

CUADRO No. 13

Ca. DEL CUELLO UTERINO, INSITU E
INVASIVO A NIVEL NACIONAL DE 1.977



FICHA DE INVESTIGACION

No.

Registro Médico:

Edad de la paciente:

Paridad:

Diagnóstico:

Tratamiento:

a. Quirúrgico:

SI

NO

Fecha:

Biopsia ()

Cono ()

Hat ()

Linf ()

HV ()

o. Médico:

e. Radioterapia:

l. Nada;

obrevida:

está viva: Sí

No

La causa de muerte fue consecuencia ginecológica: Sí

o

¿Cuál fue el informe de anatomía patológica?:

pb.

ANALISIS DE RESULTADOS

Se revisan 7,275 papeletas de ginecología y obstetricia del Hospital Militar Central, que correspondían al total de pacientes que se evaluaron en el período de marzo de 1969 a octubre de 1979, de donde extrajeron las cuales en las que indicaban que en algún resultado de Papanicolaou fue reportado como patológico y se estudiaron para efectuar el análisis de los mismos y comparaciones con otros estudios.

En el cuadro número uno, tenemos representado el número de casos, según diagnóstico encontrado por Papanicolaou en el presente estudio, en donde podemos observar que displasia leve y displasia moderada de los 107 casos encontrados, corresponden 31 pacientes para cada diagnóstico; de displasia severa fueron reportados 20 en los mismos 10 años, mientras que de carcinoma in situ 14 casos y de cáncer invasivo 11 casos, representando el año de 1975 en el que mayor incidencia hubo de patología en general, y el año de 1969 el de menor incidencia con únicamente dos casos.

Representando por porcentajes y diagnósticos encontrados lo podemos observar en el cuadro número dos, en donde con una gráfica de barras se ilustra la incidencia por porcentajes.

Haciendo un cálculo sobre el total de pacientes vistas en los 10 años, tenemos que más o menos 727 pacientes son evaluadas anualmente en el centro estudiado, por lo que en el cuadro número tres se efectuó porcentajes de patología cervico vaginal anual, según el promedio general de pacientes ginecológicas, en el que se observa como se había descrito en los cuadros anteriores el más alto en 1975 y el más bajo en 1969.

Un dato interesante que se investigó en la ficha de evaluación de los casos patológicos reportados por citología exfoliativa es el de la paridad de las pacientes, ya que como en la revisión bibliográfica se habla de una incidencia mayor entre los 45 y 54 años en el presente

estudio se comprueba, aunque podemos observar que no es muy significativa la diferencia de porcentajes para el grupo comprendido de los 35 a 44 años de edad, ya que el primer grupo nos representa el 33.64o/o y el segundo un 30.84o/o, sólo en el grupo de 65 a 74 años no se encontró ningún caso, será porque a esa edad las pacientes ya no asisten al ginecólogo con tanta frecuencia para que se le efectuara el estudio de Papanicolaou.

La paridad no es muy concluyente a lo que carcinoma cervical o uterino se refiere, pero se investigó y se encontró que el mayor número de pacientes se encontraba entre las que tenían 5 gestas y como dato interesante se encontraron 18 pacientes de las 107 investigadas con 13 gestas, por lo demás no hay datos muy significativos que nos encaminen a tomar una norma.

Como sabemos, el Papanicolaou es un estudio que nos da mucha ayuda en el diagnóstico de patología debe ayudarse y complementar-se dicho diagnóstico con otros métodos como la biopsia, legrados uterinos para observar al microscopio el contenido, una conización del cuello uterino y/o histerectomía total. En el cuadro número 6 se representa la conducta inmediata que se tomó al ver reportado un Papanicolaou con el diagnóstico de displasia leve, en donde la conducta que más se utilizó fue la de repetir Papanicolaous en el termino de cada 6 meses luego de uno inmediato; luego hubo 3 casos que no se les dió mayor importancia.

En el cuadro número 7 tenemos representada la misma condición, únicamente con la diferencia que el diagnóstico a variado a displasia moderada, en la que la conducta más frecuente es la repetición inmediata de Papanicolaous, pero también se decide por hacer biopsia cervical de una vez, lo lamentable que encontramos en este grupo es la pérdida de pacientes, en donde sabemos que con el diagnóstico certero puede ayudarse en gran forma a las pacientes, pero solo en este grupo tenemos la figura de 2.

En el cuadro número 8 tenemos el diagnóstico hecho por Papanicolaou de displasia severa y la conducta inmediata que se adoptó en los 20 casos reportados, en donde la biopsia fue la conducta de elección, aunque también se efectuaron casi el mismo número de Papanicolaous de control, también en este grupo desafortunadamente se perdieron varios casos (4).

En el caso de carcinoma insitu reportado por Papanicolaou la conducta de elección inmediata fue la biopsia, ya que de los 10 fueron biopsiados consecutivamente; únicamente en dos casos se encontró ningún reporte de histología, sólo el de cirugía.

De 11 casos de carcinoma invasivo encontrados por Papanicolaou, 4 de ellos se les efectuó aún biopsia para confirmación diagnóstica, a 3 se les efectuó conización, a uno histerectomía total más salpingo ooforectomía bilateral y 3 también fueron perdidos, que ya no regresaron a consultas subsiguientes.

En el cuadro número 11 vemos el tratamiento instituido en los casos patológicos en general, ya cuando estos estuvieron en los primeros meses del todo en donde se exponen de acuerdo al número de casos el porcentaje del total de ellos, en donde podemos observar que el 70% se perdieron del control del centro estudiado.

Comparando con los datos que tienen reportados el Ministerio de Salud Pública de todas las instituciones gubernamentales en el caso de carcinoma del cuello uterino insitu e invasivo (estos ya por ser comprobados) se hace una comparación en los años de 1977 con el Hospital Militar Central y nuestros datos encontrados que están representados en los cuadros 12, 13 y 14, en donde se puede ver que en el primero el INCAN tuvo 460 casos; el Hospital Militar Central 49 casos, el Hospital General 24 casos, el IGSS 24 casos, mientras que el Hospital Militar con solo 4 casos, de donde vemos que la incidencia es mínima pero también debemos tomar en cuenta que en el Hospital Militar Central se reportaron 460 casos, en el Hospital General 24 casos, en el IGSS 24 casos, y en el Hospital Militar 4 casos.

dro tenemos la misma situación, sólo que en 1976 y el número similar, en donde se vé representado que en el INCAN se reportaron 571 casos de carcinoma del cuello uterino insitu e invasivo, en el Hospital Roosevelt 32 casos, en el Hospital General 33, en Hospital departamentales 35, en el IGSS 15 casos y en el Hospital Militar Cúcuta únicamente se encontró un caso.

CONCLUSIONES

- a. La patología cervical se demuestra perfectamente por medio de Papanicolaou.
- b. En un nivel social medio de población femenina como la que asiste al Hospital Militar Central, la patología cervical es baja.
- c. El número de hijos que tenga una mujer no fue factor contribuyente para el desarrollo de la patología cervical, en los casos estudiados.
- d. Las relaciones sexuales continuas desde edad temprana sí es un factor importante en la patología cervical.
- e. Existen muchos casos no concordantes citológica e histológicamente de los 107 diagnósticos dados por citología exfoliativa en 56, que se efectuó control histológico, 32 casos presentan una correlación positiva y 24 correlación negativa.
- f. Existe una fuga considerable de pacientes reportados como patológicas, ya sea por poca concienciación personal como por descuido de un resultado anormal, ya que el 17% del total de las 107 pacientes con problemas, no recibieron el tratamiento completo, aún peor ningún tratamiento.
- g. En casos de displasia leve y moderada, el seguimiento de elección es el control de los casos por Papanicolaou subsiguientes.
- h. Para el diagnóstico reportado por citología exfoliativa de displasia severa, carcinoma in situ e invasivo, el paso siguiente es en el Hospital Militar Central de tomar una muestra para biopsia.

RECOMENDACIONES

- a. Insistir en la importancia de efectuar exámenes de Papanicolaou en la mujer guatemalteca desde el inicio de su vida sexual, por todos los medios, ayudándose hasta con la publicidad.
- b. Que médico, citotecnólogo y patólogo guarden siempre una estrecha relación para la mejor evolución de los pacientes.
- c. Que tenga cuidado al presentarse un resultado positivo y afianzarse a todos los medios posibles para detectar dicha paciente y ofrecerle el tratamiento adecuado.
- d. Efectuar un buen plan educacional con las pacientes a quienes se les instituye un tratamiento o para que continúen con sus visitas de control.

BIBLIOGRAFIA

1. Solares Aguilar Máximo. Interrogantes sobre la elaboración a nivel universitario. Tesis CCMM, julio 1877.
2. Runge H. Zeitz W. Lindersn Chidt. Diagnóstico precoz. Barcelona Ed. Científico Médica. 1964 pp 183-228.
3. Hueper W. C. The prevention of Cancer. In Pack Geo Irvigle Ariel Edis. Trestmente of Cancer and Allied Ed. N. Y. Hoeber 1958 pp 3-21.
4. Méndez Marroquín José Abilio: Cáncer del Cérvix U nicamente insospechado. Tesis USAC. CCMM 1970 25 p
5. Solano González José Domingo: Correlación Diagnós gica Histológica de la Patología Cervical Uterina. CCMM 1967.
6. Barillas de Duarte Vilma. Diagnóstico por congelación Pre y Neoplásicas del cuello uterino. Tesis USAC 1973.
7. Castro Federico Revisión personal. Pendiente de publicac
8. Dupre Fromento, Jacqueline, Citología Abdominal mamaria, 1977.
9. Graham Ruth. Diagnóstico Citológico del Cáncer 1966.
10. Guida Clemente y Linda Juan José. Análisis de 6

Cáncer de Cérvix. Tesis CCMM 1973.

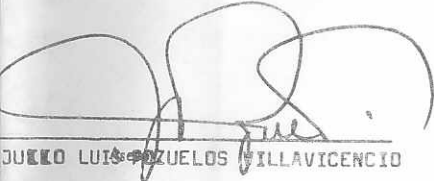
11. González Jaime R. El frote del Papanicolaou. Tesis mayo 1977.
12. Martínez, Martínez Alonso. Diagnóstico del Cáncer Genital femenino por citología vaginal. T.M. mayo 1971.
13. Redacción de Tribuna Médica. Prueba de Papanicolaou Usos y Abusos. Feb. 1973.
14. Novack Edmundo B. Tratado de Ginecología IX Edición.
15. Robbins Stanleny L. Tratado de Patología III Edición Interamericana 1968 págs. 75, 77, 1014, 1021.
16. Soto Vega Arnoldo Rafael. Incidencia del carcinoma del Cérvix Uterino en Sibilia, Quetzaltenango. Tesis CCMM Sep. 1976.
17. Registro Nacional de Cáncer. Liga Nacional de Cáncer, Instituto de Cancerología. 1975-1977.
18. Some aspects of carcinoma of Cervix Uterine in Guatemala. Dr. Carlos A. Escobar V. Dra. Mirian K. de Wyld. 1962-1971.
19. Sabiston. Tratado de Patología Quirúrgica de David Christopher X Edición, Tomo II, págs. 1927-28.

Este documento será firmado por las Autoridades de la Facultad después de haber llenado los siguientes re-

- a) Tener aprobado el protocolo de tesis por la Oficina de Control Académico;
- b) Visto Bueno del Asesor y Revisor; al estar concluido su trabajo de tesis;
- c) Firma respectiva del Director de Fase III; al estar concluido el trabajo de tesis;
- d) Poner los nombres completos a máquina. El interesado deberá poner su nombre como aparece en su Vecindad.

Br.


SULEMA FRINEE PAZ BARRANCO



JULIO LUIS POZUELOS VILLAVICENCIO

Dr.


ENRIQUE DUARTE M.

Revisor.

ENRIQUE DUARTE M.


Director de Fase III

DR. ALFREDO NUILA E.

Dr.


Secretario
RAUL A. CASTILLO R.

Dr.

Decano.


ROLANDO CASTILLO MONTALVO.