UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"HALLAZGOS CLINICOS, CITOLOGICOS, COLOPOSCOPICOS E HISTOLOGICOS DE NEOPLASMAS PRE-MALIGNOS Y MALIGNOS DE CERVIX"

Estudio retrospectivo descriptivo, en pacientes usuarias y de colaboración
Clínica de la Mujer, APROFAM
1o. de junio de 1992 - 1o. de junio de 1997

TESIS

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

POR

JENNIFER ROSSANA DIEGUEZ MEZA

En el acto de investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

I. INTRODUCCION.....

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA.....

III. JUSTIFICACION.....

IV. OBJETIVOS.....

V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....

A. EMBRIOLOGIA.....

B. ANATOMIA DEL CERVIX.....

C. HISTOLOGIA.....

D. CITOLOGIA.....

E. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC).....

Clasificación.....

F. NEOPLASMA CERVICAL.....

1. Epidemiología.....

2. Etiología y Patogénesis.....

3. Clasificación.....

4. Diagnóstico.....

G. TRATAMIENTO.....

H. PRONOSTICO.....

VI. DISEÑO METODOLOGICO.....

A. TIPO DE INVESTIGACION.....

B. UNIDAD DE ANALISIS.....

C. UNIVERSO.....

D. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....

E. METODO DE MUESTREO.....

G. DEFINICION DE VARIABLES.....37
VII. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....40
VIII. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION.....41
IX. RECURSOS.....42
X. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....43
XI. CONCLUSIONES.....59
XII. RECOMENDACIONES.....60
XIII. RESUMEN.....61
XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....62
XV. ANEXOS.....66

I. INTRODUCCION

El Cáncer de Cérvix es el resultado de una serie de anormalidades epiteliales denominadas Displasia o Neoplasias Cervicales Intraepiteliales (NIC), las cuales van progresando hasta ocasionar lesiones malignas, provocando incluso metástasis, si éstas no son detectadas en sus fases iniciales. Por lo que es escencial para la población femenina, a partir del inicio de la edad reproductiva y vida sexual activa en adelante, dependiendo de la anamnésis, el sospechar de cualquier anormalidad en cérvix, para iniciar su evaluación, y tomar las conductas pertinentes de acuerdo a los hallazgos clínicos como primer paso.

Teniendo conocimiento del impacto que tiene ésta patología para la sociedad, es necesario hacer un diagnóstico temprano y adecuado, para la resolución del problema, siendo el médico clínico, el citólogo, el colposcopista y el patólogo, concientes de la forma de examinar a las pacientes, descripción de los hallazgos macroscópicos y la toma adecuada de muestras por cualquier método y técnicas conocidas.

El presente trabajo da a conocer un estudio de los diagnósticos que hacen los médicos gineco-obstetras, en relación a los resultados reportados por Citólogos y Patólogos, después de tomadas las muestras por Papanicolaou y por medio de Colposcopio, donde se observó que el grupo etareo mayormente

afectado es de 25-39â en un 59.21%, también que el 81.5% de la población padece algún tipo de neoplasma pre-maligno, siendo mas frecuente una Displasia leve en un 56.8%. El 18.5% de la población padece algún tipo de neoplasma maligno, siendo el más frecuente el Carcinoma in situ Escamoso en un 12.6%. Sub-registro de descripción de hallazgos clínicos en un 63.16%.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La causa de Carcinoma Cérvical, es desconocida, pero su desarrollo parece estar relacionado con múltiples lesiones y trumatismos que soporta el cuello uterino. Es una enfermedad más frecuentemente relacionada con mujeres de un nivel socio-económico bajo, promiscuas, que haya tenido relaciones sexuales a temprana edad, que hayan utilizado anticonceptivos orales, fumadoras, que abusan de substancias, así como diferentes tipos de enfermedades virales, recibiendo especial atención el virus del Herpes Simple tipo 2 y el virus del Papiloma Humano (HPV), en sus cepas oncogénicas, siendo las mas estudiadas la 16, 18 y 21. (3,4,5,6,7,8,9,10)

El Carcinoma Cérvical ocupa el segundo lugar de los neoplasmas malignos más comunes en todo el mundo. En las primeras fases la enfermedad suele ser asintomática, pero puede ser detectable por métodos comunmente disponibles. (1,2,3))

El concepto conocido de la historia de ésta enfermedad, ha convencido que en un futuro se tendrá un control previsible, si se cumplen normas adecuadas, con lo que se podrá evitar la mayoría de muertes por Carcinoma Cervical.

En el año de 1992 se integró un sistema de información de datos de 14 hospitales nacionales, conjuntamente con APROFAM. Se observó que de la morbilidad por cáncer a nivel nacional, el 74% estaba representado por la población femenina, siendo

la localización más frecuente el cáncer de cuello uterino en un 55.2%.(11)

Del total de casos de carcinoma cervical para el mismo año, el grupo de edad más afectado en un 77% es el que se encuentra entre 25-59 años. (11)

Por esta razón es de mucha importancia para nuestra población femenina que se realice una detección temprana del cáncer cervical, para iniciar el tratamiento adecuado lo más pronto posible, y detectar el tipo de carcinoma cervical que con mayor frecuencia se encuentra. Por lo anteriormente expuesto se realizará un estudio en Clínica de la Mujer APROFAM, revisando y utilizando datos de historias clínicas de pacientes de junio de 1992 a junio de 1997.

III. JUSTIFICACION

La facilidad del acceso al cuello uterino, para el estudio de las células, los tejidos y para el examen físico directo, ha permitido una investigación exhaustiva de las lesiones pre-malignas y malignas que de allí originan.

Las investigaciones han demostrado, que la mayoría de tumores tienen un desarrollo gradual y no fulminante, ningún órgano es tan accesible para el gineco-obstetra, ginecólogo-oncólogo o médico general para diagnóstico y tratamiento. (12)

Esta accesibilidad ha concedido que existan grandes progresos, para su diagnóstico, tales como el extendido del Papanicolaou, la visión Colposcópica y los estudios histológicos, logrando mejorar el pronóstico del Cáncer en éste órgano.

Para el mejor diagnóstico, tratamiento y pronóstico de vida de la paciente que padece de lesiones pre-malignas y malignas, es de vital importancia una participación multidisciplinaria entre el clínico, citotecnólogo, colposcopista y patólogo.

Es por ésta razón que es importante iniciar y continuar con programas y estudios de detección en poblaciones como la nuestra, que cumple con muchos de los factores de riesgo, relacionadas con varias enfermedades, pero ésta en especial.

APROFAM, es una institución que en las últimas tres décadas ha captado mujeres en los distintos puntos de la república, de diferentes edades, niveles socio-económicas, creencias y

costumbres.

El estudio se realizó en la Clínica de la Mujer APROFAM, utilizando datos de mujeres a las que se les realizaron estudios colposcópicos de junio de 1992 a junio de 1997, utilizando como base sus expedientes clínicos, recolectando los datos en una boleta diseñada especialmente para dicho trabajo.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Describir los hallazgos clínicos, citológicos, colposcópicos e histológicos de neoplasmas pre-malignos y malignos de cérvix.

ESPECIFICOS:

Identificar el grupo etáreo con mayor incidencia y prevalencia que presentan algún tipo de neoplasma.

Identificar porcentaje de sub-registro de hallazgos clínicos

Determinar el porcentaje de pacientes estudiadas que padecen neoplasmas pre-malignos.

Determinar el porcentaje de pacientes estudiadas que padecen neoplasmas malignos.

Identificar el neoplasma pre-maligno que con mayor frecuencia afecta a la población.

Identificar el neoplasma maligno que con mayor frecuencia afecta a la población estudiada.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. EMBRIOLOGIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO:

El embrión desde el momento de la fecundación, ya trae determinado su sexo, pero es hasta la novena semana en la que realmente empieza a diferenciarse el sexo del mismo, desarrollandose con anterioridad a este período, los primordios básicos. Cada embrión pasa por una etapa o fase indiferenciada, apareciendo a la cuarta semana un tubérculo genital (Wolf o Muller) en la línea media, cefálico a la depresión proctódea, lo cual dará lugar al pene o al clítoris. A la sexta semana, el tabique urorrectal se une con la membrana cloacal y la divide en dos partes: membrana ventral y membrana anal dorsal.

Las gónadas se derivan de las crestas germinales apareciendo al lado de cada uno de los mesonefros en los embriones de 4-5 mm., sus células se derivan del mesotelio que reviste el celoma y de su mesénquima subyacente e incluyen las células germinales primitivas que migran hacia el primordio desde el endodermo del saco vitelino. El ligamento caudal fija la Gónada a la eminencia genital y se denomina ligamento gonadoinguinal, cuando el embrión mide aproximadamente 15 mm. se hacen las diferencias en las gónadas masculinas que la identifican como testiculos. El desarrollo de los genitales femeninos aparentemente ocurre sin influencia hormonal fetal específica.

La formación del ovario es similar a la del testículo. Durante la 12 semana este desciende hacia el estrecho superior de la pélvis. Los conductos de Muller forman el primordio uterovaginal, dando lugar a la 10 semana, al epitelio y a las glándulas del cuerpo y cuello del útero. El miometrio y el estroma endometrial se forman a partir mesodermo circundante. Las porciones separadas de los conductos de Muller; dan lugar a las trompas uterinas, en cuyos extremos abiertos se desarrollan las fimbrias; y su porción uterovaginal se agranda para formar las paredes vaginales y al canalizarse forman la luz vaginal. La dilatación del extremo cefálico dan lugar a los fondos de saco vaginales. (13, 14)

B. ANATOMIA DEL CERVIX:

Los órganos genitales femeninos comprenden los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, la vagina y los órganos genitales externo; pero para fines del presente trabajo, se decribirá unicamente la anatomía del útero y cérvix.

- Utero:

Las palabras griegas de la cuales proviene útero son: hystera y metra. El útero puede variar en forma, tamaño, localización y estructura dependiendo de la edad, embarazo y otras circunstancias. Generalmente se encuentra situado en la pelvis, entre la vejiga y el recto, debajo de las asas intestinales y del colon ileopélvico, por encima de la vagina, la cual se localiza en parte en el perineo. Tiene la forma

de una pera invertida, en dirección de anteversión y anteflexión mide aproximadamente 8 cms. de largo, 4 cms. de ancho en su parte superior y 2 cms. de espesor. Está sub-dividido en una parte superior denominada cuerpo, una parte inferior que es el cuello y un estrechamiento en la parte media denominada istmo.

El útero es irrigado por la arteria uterina, rama de la hipogástrica. Los ganglios linfáticos del cuello van a los ganglios iliacos externos e hipogástricos, y su inervación procede del plexo hipogástrico, su drenaje lo tiene hacia la vena ovárica. Se encuentra unido a las paredes de la pélvis por tres pares de ligamentos:

1. ligamentos anchos.
2. ligamentos redondos.
3. ligamentos uterosacros.

- Cérvix:

El cuello uterino se extiende hacia abajo y hacia atrás, desde el istmo hacia el orificio externo en la vagina. Es la parte menos móvil del útero, se divide en una parte supravaginal y una parte vaginal, la cual se comunica con la vagina por medio del orificio del útero.

Se encuentra por delante relacionado con la vejiga, por detrás se halla cubierto por peritoneo y se pone en relación con el recto por intermedio del fondo del saco de Douglas; a los lados se relaciona con el borde interno del ligamento ancho, arteria uterina y ureter. En su porción intravaginal de denomina "Hocico de la Teca", de forma cónica, de vértice redondeado comunicando

con la cavidad cervical por el orificio externo. (1,6,14,15)

C. HISTOLOGIA:

Previo a describir y exponer la histopatología del carcinoma cervical, es necesario comprender la histología y citología normal del cérvix, para tener una base al hacer discusión, en los cambios observables por medio del Papanicolaou, y en la patología, después de un estudio colposcópico. El cuello del cérvix forma la pared del canal cervical que mide aproximadamente 3 cms. de longitud, la superficie del exocérvix normal tiene la apariencia de una mucosa lisa de color rosado-brillante, de 2-3 cms. de grosor, el endocérvix tiene una mucosa con relieves papilares lisos, rosados y brillantes; carece de arterias helicoidales, por lo que no sangra durante la menstruación. Se encuentra revestido por epitelio cilíndrico alto, cuyos núcleos se localizan cerca de la base celular, dichas células son ricas en glucógeno. La transición entre el epitelio cilíndrico mucosecretor del canal cervical y el epitelio plano estratificado de la porción vaginal es brusco, lo cual generalmente está dentro del orificio externo del cuello. El epitelio escamoso exocervical responde a los estimulos estrogénicos, variando de esta forma en las distintas etapas de la mujer, este epitelio se estratifica en cuatro capas:

- La primera formada por la capa basal, de células cilíndricas, con núcleo grande, citoplasma basófilo.
- La segunda capa, se encuentra por encima de la anterior, formando dos o tres hileras de células, que

constituyen el estrato espinoso profundo, con células parabasales ovaladas, con núcleo vesicular grande, oval y central.

- La tercera capa se encuentra formada por células poligonales, grandes, de citoplasma claro y delgado, se le denominan células precornificadas, son cianófilas o acidófilas.
- La cuarta capa o superficial, se compone de estratos de células grandes, de contorno poligonal, delgadas y con núcleo picnótico. Se denominan tambien células escamosas. (5,17)

D. CITOLOGIA:

La exfoliación de las células pueden ser de forma espontánea o inducida, pudiendo encontrar los siguientes tipos celulares: células basales, parabasales, intermedias y superficiales.

En un tejido normal no se observan células basales, las cuales son pequeñas, redondeadas, cianófilas.

Las células parabasales, son mayores que las basales, de tamaño variable, redonda u ovalada, cianofílica, con citoplasma denso y núcleo vesicular.

Las células de la capa intermedia son poligonales, con citoplasma cianofílico, pequeñas o grandes, de acuerdo a su progreso en la maduración, según el influjo hormonal a que esten sometidas.

Las células superficiales son escamosas no cornificadas, grandes, delgadas, poligonales, con núcleo picnótico. El

citoplasma puede ser eosinófilo o cianófilo. Estas células pueden queratinizarse por estímulos mecánicos, químicos o locales, si aparece cornificación se trata de hiperqueratosis o de leucoplasia; según Frost, eventualmente se producirá queratinización en masa. (4,5,18)

Además de estos elementos propios del epitelio de revestimiento de la vagina, se pueden encontrar otras células, como por ejemplo: endocervicales secretoras y ciliadas, endometriales, tubáricas, mesoteliales, estrómicas, eritrocitos, leucocitos, histocitos, células plasmáticas; así como otros elementos, entre ellos: espermatozoides, gérmenes de todo tipo, cuerpos extraños, etc.. (5)

E. NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC):

Como ya se describió con anterioridad, las lesiones del cérvix, van aumentando en malignidad gradualmente, dependiendo del momento de detección y tratamiento que se le dé a las mismas.

La palabra "neoplasia" proviene del latín neo=nuevo y plasia=forma, por lo que significa nueva formación. Es un nuevo crecimiento en el que la multiplicación celular es activa, y se pueden diferenciar en benignas, pre-malignas y malignas.

A continuación se hará una descripción de la naturaleza de la enfermedad, factores epidemiológicos, diagnóstico y tratamiento.

Las lesiones precancerosas se dividen en displasias (forma anómala), palabra descrita por primera vez por Papanicolaou en 1949, como un sinónimo de lesiones de grado inferior, siendo

difundida en 1953 por Reagan y col..

- Clasificación:

La displasia se divide en leve, moderada y grave, dependiendo del grosor total del epitelio que está afectada por las células atípicas. La OMS la describe como "una lesión en la cual parte del espesor del epitelio esta substituido por células que muestran grados variables de atipia". (4,7) Cuando la afectación es total, el cuadro es el de un carcinoma in situ. Dentro de este trabajo se menciona la definición NIC, que fué introducida por Richart en 1960, ya que anula el sistema dualista displasia/carcinoma in situ, éste sistema de clasificación, las lesiones se señalan en grados de 1 a 3 con base en el porcentaje de células indiferenciadas desde la membrana basal y la superficie, o por los diversos grados de anomalías de diferenciación y de maduración celular en el espesor del epitelio cervical hasta el compromiso total de éste. (7)

Desde 1988 se utiliza una nueva clasificación, la cual fue propuesta por el National Cáncer Institute, tomando en cuenta los frotes de Papanicolaou, con el propósito de uniformar la terminología citológica, en ésta clasificación (de Bethesda), se combinan las lesiones del virus del papiloma humano (HPV) y el CIN 1, denominandose lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LGSIL), las lesiones CIN 2 y 3 se incluyen en las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HGSIL), las células con características nucleares anormales pero sin cambios sugerentes de atipia coilocitótica o CIN 1 se clasifica como de células escamosas atípicas de significado indeterminado

(ASCUS). (3)

F. Neoplasma Cervical:

El cáncer cervical, es una enfermedad prevenible, el cual su incidencia ha declinado desde el uso rutinario de la visualización de Papanicolaou, a partir de la década de los años 40's. Aproximadamente el 1.6% de las mujeres al rededor del mundo, presentan esta patología en algún momento de sus vidas.

Merece mención que entre las principales causas de muerte por ésta patología son: uremia, infección, hemorragia y metástasis distantes. (18,19)

"Según Barrón y Richart, el tiempo promedio que toma una displasia leve a transformarse en Carcinoma in Situ es de 7 años". (9)

Las vias de difusión del carcinoma cervical son múltiples, entre ellas podemos mencionar las siguientes:

-Por continuidad, (canal cervical, cuerpo uterino, vagina)

-Por contiguidad, (parametrio, vejiga, recto)

-Por vía linfática retroperitoneal,(ganglios linfáticos paraaorticos, ganglios linfáticos iliacos internos, externos, comunes, parasacros y parametriales, inguinales)

-Por vía hemática, (pulmones, hígado, huesos, cerebro, suprarrenales, páncreas).(4)

Dependiendo del tamaño del neoplasma, se podrá determinar con mayor certeza, si éste tendrá una diseminación hacia otros órganos." A mayor volumen, mayor probabilidad de metástasis linfática" (24)

1. Epidemiología:

Los NIC, así como el carcinoma cervical, no se tiene aún bien determina la causa directa de dichas lesiones, pero si se ha comprobado que juegan un papel muy importante las enfermedades de transmisión sexual, siendo el agente probablemente viral, HPV o herpes virus 2, transmitido durante las relaciones sexuales, lo que es muy importante señalar, ya que esta patología es más frecuente en mujeres promiscuas,o que hallan iniciado relaciones sexuales a temprana edad, se ha tomado también al espermatozoide como un agente oncógeno, y al uso de anticonceptivos orales, incluyendose también a las pacientes de bajo nivel socio-económico. (1,9,18)

2. Etiología y Patogénesis:

La historia natural de los neoplasmas pre-malignos y malignos, se inicia con cualquier agente que actue sobre las células de reserva o sobre el epitelio metaplásico de la zona de transformación, y en presencia de coofactores inmunológicos, hormonales, etc., que conducen desde NIC, a carcinoma con invasión mínima del estroma hasta llegar a carcinoma invasor. Dentro de los cofactores que se toman en consideración son: el virus herpes simple tipo 2 (HSV2), la Chlamydia, factores inmunológicos, el humo del cigarrillo y factores hormonales. (4,10,12)

a. HPV:

La demostración de la actividad viral puede ser clínica o subclínica, dado este caso unicamente se puede reconocer por colposcopio. En la mayoría de pacientes con carcinoma cervical, han sido asociadas con el HPV 16 y 18, en un 62%, según un estudio realizado en 759 pacientes en cuatro paises latinoamericanos, la génesis de la enfermedad se basa en una serie de evidencias morfológicas y de biología molecular, teniendo su DNA en evidencia, por tecnología hibridizante. En experimentos estandarizados el HPV 16 se encuentra en un 50% de las biopsias, y el HPV 18 en alrededor del 20%, siendo el resto del porcentaje de los diferentes HPV restantes. (1,4,20,21)

b. Factores inmunológicos:

Dentro de estos factores, se debe de tomar en consideración a mujeres sometidas a transplantes de órganos y tratamientos inmunosupresores y portadoras de otras neoplasmas con tratamiento de quimioterapia. Además se ha observado que las pacientes inmunodeprimidas con neoplasmas pre-malignos, progresan con mayor rapidez a carcinoma invasor con respecto a las inmunocompetentes.

c. Tabaquismo:

En la mayoría de los estudios realizados se ha demostrado un riesgo doble en fumadoras a padecer de neoplasmas cervicales, siendo los componentes del humo del cigarrillo (nicotina y

cotinina), que se transmiten a través de la sangre a los órganos y tejidos distantes, encontrándose también en el moco cervical, siendo sometido el cérvix en forma local a efectos mutagénicos y carcinogénicos. Se encuentra también asociado con una depleción numérica de las células de Langerhans (componentes del sistema inmunitario local) en el epitelio cervical.

d. Factores Hormonales:

Hasta el momento no se ha podido demostrar con certeza una relación real entre el uso de anticoncepción oral y Neoplasmas Cervicales, se ha correlacionado el uso prolongado de ellos y la conducta sexual de la paciente. Dentro de los hallazgos interesantes que se han observado en cuanto anticoncepción oral y su oncogénesis, es que disminuyen la respuesta inmunológica al HPV. (3,4)

3. Clasificación:

Se han propuesto diversas formas de clasificación de neoplasmas pre-malignos y malignos, tomandose muy en cuenta, ya que en base a ellas se toman desiciones terapeúticas, que impactarán directamente en la sobrevida y pronóstico de la paciente.

a. Macroscópica: se clasifica en tres categorías:

1a. Exofítica: La mas común que surge del ectocérvix, crece formando una gran masa polipoide, friable que puede sangrar profusamente.

- Se forma por un tumor infiltrante, presentando una pequeña ulceración visible o una masa exofítica.

- Lesión ulcerosa que corroe una parte del cérvix y una parte de la cúpula vaginal superior, asociado a infección local y flujo seropurulento. (22)

b. Microscópica: dentro de estas clasificaciones se encuentran las otorgadas a las NIC, las citológicas y las colposcópicas, las cuales se presentan en los cuadros 1 y 2

- Clínica: La utilizada con mayor frecuencia internacionalmente, es la adoptada por la FIGO, la cual será presentada en el cuadro No. 3

- Quirurgica por etapas: Se ha utilizado para saber más del patrón de diseminación de la enfermedad, pero por sí misma su utilización posee algún grado de morbilidad, por lo que la utilización de intervención quirurgica con ésta unica finalidad es cuestionada. (2,18,22)

4. Diagnóstico:

Este se debe hacer lo más pronto y eficazmente, utilizando los métodos y técnicas que se crean convenientes, existen tiempos del estudio diagnóstico. Ver cuadro 4 .

a. Clínico: Indiscutiblemente es el más importante, ya que de la evaluación clinica se inicia la sospecha para búsqueda de la patología. Dentro de este se toma en cuenta una anamnesis cuidadosa y en segundo lugar, la evaluación del clínico macroscopica, detallando con claridad en la ficha clínica los hallazgos del cérvix, al colocar el espéculo. Generalmente las lesiones premalignas no presentan sintomatología alguna, por el contrario la mayoría de las pacientes con enfermedad Presentan síntomas en un 80-90%. El sangrado es el síntoma más

frecuente, es rojo brillante, y fuera de sus periodos regulares; también se pueden encontrar, areas rojas, erosiones, úlceras, nódulos y una lesión exofítica o endofítica o nódulos ulcerados. Cualquier lesión del cérvix, debe ser motivo de biopsia, debido a que es muy frecuente que una lesión obvia, resulte negativa en el frotis de Papanicolaou, por mala toma de la muestra o mal manejo de la misma, a pesar de la naturaleza invasora de la lesión. (12,18)

b. Citológico: Su principal utilidad es la detección precoz de lesiones preinvasoras de neoplasma cervical, lo cual ha permitido una reducción en la incidencia de cáncer invasor del cérvix. (23)

En 1928, Papanicolaou reportó la observación de células cancerosas, dos años, mas tarde desarrolla la tinción que lleva su nombre, publicandose en 1942, debe de formar parte de la rutina en la exploración de mujeres en la etapa reproductiva de la vida. El frotis de Papanicolaou es sólo un método de búsqueda que tiene su mayor aplicación en la paciente asintomática. (18)

Para obtener la muestra citológica endocervical y exocérvical se debe efectuar en la mujer, durante fase intermenstrual, que no haya realizado, en las 24 horas anteriores, lavados vaginales, terapia intravaginal, ni tenido relaciones sexuales. La toma de la muestra se hace por medio de un hisopo o un cytobrush, introducido en el canal cervical, con un movimiento circular, recogiendo moco y células endocervicales y/o metaplásicas, de la unión escamocilíndrica.

Las muestras se extienden rapidamente sobre un portaobjetos, con un movimiento rotatorio que impida la agregación de células, el frotis no debe ser muy fino ni muy grueso, dividido en dos mitades longitudinales, colocandose en un lado la toma endocervical y en la otra la exocervical. Los portaobjetos se deben fijar en una mezcla de alcohol etílico al 95%, donde debe de mantenerse no menos de 15 minutos , ni más de 10 días, o también se pueden fijar con laca para cabello. Desde 1988 se utiliza la clasificación descriptiva de citología de Bethesda. La combinación del frotis de Papanicolaou y biopsia, tienen mayor número de resultados positivos en aquellas pacientes en las cuales existe un cáncer temprano. La correlación entre un diagnóstico citológico e histológico es arriba de un 90%. (1,4,18)

c. Colposcopía: Es un medio que se utiliza para reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales del exocérvix y la vagina, permite estudiar el comportamiento biológico in vivo del revestimiento epitelial del cérvix.

La colposcopía se inicia en Hamburgo, Alemania en 1925, con Hans Hisselman, quien demostró que la utlización de un auxiliar óptico, permitiría un diagnóstico más exacto, aparte de haber ideado el instrumento, y descrito una serie de lesiones asociadas al carcinoma invasor. En la historia de la colposcopía se reconocen tres períodos:

- Primer período (1920-1970), introducción y utilización del

método por las escuelas europeas y sudamericanas, en este período; Babes (Rumania); propone para diagnosticar el cáncer, el muestreo citológico, inventandose en 1928 la prueba de Schiller.

- Segundo período (1970 a la actualidad), la introducen a sus ecuelas anglosajonas, evolucionando la clasificación de los hallazgos colposcópicos.
- Tercer período (1980 en adelante), se utiliza la colposcopía para el reconocimiento de afecciones virales.

Las indicaciones generales de la colposcopía son: para un estudio diagnóstico en las pacientes sintomáticas, en el diagnóstico de lesiones benignas y normalización cervical, apreciación de la respuesta a la estimulación con estrógenos, control del NIC durante el embarazo.

A lo largo de la historia de la colposcopia, se ha descrito diversa terminología colposcopica, así como diversas clasificaciones, no valiendose de un lenguaje común, pero dentro de la institución APROFAM se utiliza la clasificación colposcopica internacional. Ver cuadro 2. (4,20)

Es de hacer notar que para una adecuada evaluación colposcopica es necesario primero conocer el aspecto normal del cuello uterino, "resumidas por Koller y Kolstad de la siguiente manera: patrón vascular, distancia intercapilar, tono de color con respecto a la unión del tejido normal y anormal, contorno superficial y una línea de demarcación bien definida entre los diferentes tipos de epitelio." (21)

Cuadro No. 1

Clasificación de Bethesda

LGSIL	lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado,
HGSIL	lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado.
ASCUS	células escamosas atípicas de significado indeterminado

(3)

Cuadro No. 2

Clasificación Colposcopica Internacional

I) Hallazgos colposcópicos normales

A) Epitelio escamoso originario

B) Epitelio cilíndrico

C) Zona de transformación

II)Hallazgos colposcopicos anormales

A) Zona de transformación atípica

1. mosaico

2. punteado

3. epitelio blanco

4. queratosis

5. vasos atípicos

B) Carcinoma invasor sospechoso

III)Hallazgos colposcópicos insatisfactorios (línea escamosa cilíndrica no visible)

IV) Varios

A) Modificaciones inflamatorias

B) Modificaciones atróficas

C) Erosión

D) Condiloma

E) Papiloma

F) Otros.

(4)

Cuadro No. 3

Clasificación TNM y FIGO
del carcinoma de Cuello Uterino

TNM	FIGO	
Tis	O	Carcinoma in situ. carcinoma intraepitelial
T1	I	Carcinoma se halla estrictamente confinado al cérvix
T1a	Ia	Carcinomas preclínicos del cérvix, diagnósticos microscopicos unicamente.
T1a1	Ia1	Invasion mínima del estroma solo evidente al microscopio.
T1a2	Ia2	Lesiones evidentes al microscopio que pueden medirse Los límites superiores de las medidas no deben mostrar una profundidad de la invasión de más de 5 mm. contados desde la base del epitelio, o la superficie glandular de la que se origina; y una segunda dimensión; la extensión horizontal, no debe de exceder a 7 mm.
T1b	Ib	Lesiones de mayor dimensión al Ia2. observadas o no clinicamente.
T2	II	El carcinoma se extiende mas allá del cérvix, pero no afecta ls paredes pélvicas. El carcinoma afecta la vagina, sin llegar al tercio inferior.
T2a	IIa	No existe afectación obvia a los parametrios.

T2b	IIb	Afectación obvia de los parametrios.
T3	III	El carcinoma se ha extendido a la pared pélvica. En el examen rectal no se aprecia espacio libre de cancer entre el tumor y la pared pélvica. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Deben incluirse los casos con hidronefrosis o riñon no funcionante.
T3a	IIIa	Sin extensión a la pared pélvica, pero con afectación del tercio inferior de la vagina.
T3b	IIIb	Extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o riñon no funcionante.
T4	IVa	El carcinoma se ha extendido mas allá de la verdadera pelvis o presenta afectación clínica de la mucosa de la vejiga o del recto.
M1	IVb	Carcinoma con metástasis a distancia.
Tx		Ausencia de los requisitos mínimos para definir el tumor primitivo.
T0		Tumor primitivo no evidente.
N0		No hay evidencia de compromiso de los ganglios linfáticos regionales.
N1		Invasión de los ganglios linfáticos regionales.
Nx		Ausencia de los requisios mínimos para definir el estado de los ganglios linfáticos regionales.
M0		No hay evidencia de metástasis a distancia.
M1		Evidencia de metástasis a distancia.
Mx		Ausencia de los requisitos mínimos para definir la presencia de metástasis a distancia.

(4)

Cuadro No. 4

Tiempos del estudio diagnóstico

1. anamnesis
2. evaluación clínica de los genitales externos
3. examen con espéculo
4. obtención de muestras para exámen bacteriológico
5. obtención de muestra endocervical con hisopo de algodón
6. obtención de muestra exocervical mediante espátula de Ayre
7. primera observación colposcópica en fresco y después de detersión con solución fisiológica
8. segunda observación colposcópica después del toque con solución acuosa de ácido acético al 5%
9. eventual biopsia guiada exocervical y/o endocervical
10. prueba de Schiller y tercera observación colposcópica
11. vaginoscopía con ácido acético y prueba de Schiller
12. eventual biopsia guiada vaginal
13. vulvoscopía y perinoscopía
14. eventual biopsia vulvar y/o perineal guiada

(4)

Cuadro No. 5

Clasificación Histológica de Neoplasmas Malignos de Cérvix

1. Carcinoma escamoso
   a. Queratinizante
   b. No queratinizante de células grandes.
   c. No queratinizante de células pequeñas.
   d. Carcinoma verrucoso.

2. Adenocarcinomas
   a. Adenocarcinoma típico:
      Tipo endocervical
      Tipo endometrial
   b. Adenoma maligno o Adenocarcinoma de desviación mínima.
   c. Carcinoma de células claras (mesonéfrico)
   d. Carcinoma Adenoide Quístico
   e. Adenocarcinoma mucinoso de tipo intestinal
   f. Adenocarcinoma papilar seroso

3. Carcinoma Adenoescamoso
   a. Carcinoma Adenoescamoso clásico
   b. Carcinoma de células vidriosas

4. Carcinoma de Células Argirofilas (carcinoide maligno)
5. Coriocarcinoma.
6. Melanomas.
7. Sarcomas
   a. Rabdomiosarcoma de tipo Botroides
   b. Sarcoma Estromal
   c. Leiomiosarcoma
   d. Carcinosarcoma

G. TRATAMIENTO:

Este depende indiscutiblemente del momento en que se detecte y el estadío en que se encuentre el carcinoma cervical, para lo cual es útil la clasificación hecha por la FIGO.

"Un tratamiento ideal permite la extirpación selectiva del área de tejido neoplásico, teniendo en cuenta las modalidades de difusión y de extensión microscópica de la enfermedad". (4)

Las NIC 1 y 2, se tratan adecuadamente mediante conización, biopsias múltiples, legrado endocervical y cauterización caliente o fría, dándose seguimiento a los dos meses por Papanicolaou.

El carcinoma in Situ se trata después de determinar los hallazgos clínicos e histológicos, siendo de utilidad en la mayoría de los casos, los tratamientos descritos anteriormente para los NIC 1 y 2, a excepción de la cauterización o crioterapia, proceso que puede ser realizado unicamente por los altamente capacitados en colposcopía.

Las lesiones que se encuentran en el estadio Ia, con una profundidad mayor de 1 mm., se recomienda histerectomía radical, con disección de ganglios linfáticos pélvicos o radioterapia.
El estadio Ib y IIa se trata con histerectomía radical y linfadenectomía pélvica bilateral, utilizandose unicamente radioterapia, en los casos en que no se pueda indicar cirugía, ya sea por edad o por el estado general de la paciente. (18)

"La premisa quirurgica, de que al tener una biopsia con márgenes negativos, en el tejido, indican una excisión total del neoplasma, es utilizada unicamente para las Neoplasias Cervicales Intraepiteliales." (25)

Los estadios IIb, IIIa y IIIb se controlan mediante radiación primaria. Si el neoplasma sobrepasa los 2 cms de diámetro se requieren dosis mayores a 6000 rads, para tener un control del 90%, sobre la enfermedad. (18,24)

"El estadio IV, se trata mediante radiación temprana, que requiere prerradiación, desviación del flujo urinario, fecal o ambos. Si se utiliza cirugía radical, debe tener indicaciones valederas, como:

1. Pacientes en estadios I y IIa y seleccionadas en estadio IV.
2. Pacientes jóvenes, embarazadas o ambas.
3. Pacientes con vagina atrófica, cónica y no elástica.
4. Pacientes con neoplasma cervical radiorresistente.
5. Pacientes con infecciones pélvicas o con patología simultánea, de ovario o de útero.
6. Pacientes con neoplasma cervical recurrente, después de radiación previa.
7. Pacientes que recibieron radiación previa por otras razones.
8. Pacientes obesas." (18)

Al utilizar tratamiento por medio de quimioterapia, se han hecho varias combinaciones de los diferentes agentes, entre ellos se encuentran: ciclofosfamida, mefalan, vincristina, metrotexate, hidroxiurea, porfiromicina, adriamicina y bleomicina; pero han resultado toxicas sus conjugaciones, además de ser muy caras. En la actualidad se utiliza la ciclofosfamida,

a dosis de 8mg/kg de peso/dia, durante 5 dias, con ciclos iguales, repetidos cada 6 semanas, debe tenerse especial control en el recuento leucocitario, que debe estar por encima de 3000 y plaquetas por arriba de 100,000.

Se debe de hacer mensión especial, a que una de cada 3000 pacientes embarazadas se complican con cáncer cervical, el cual presenta las mismas carcterísticas descritas en la paciente no gestante. Por lo general, el tratamiento primario que se escoge es cirugía, pero esto depende principalmente, del estadio de la enfermedad y en segundo lugar, de la edad gestacional con que cuente la paciente. (3,18)

H. PRONOSTICO:

Este depende de muchos factores, que se relacionan entre sí, entre ellos encontramos:

- siendo el de mayor importancia según la literatura y lo observado en la práctica médica; la detección temprana de cualquier lesión cervical, más del 70% de las pacientes con carcinoma invasor del cérvix, se tratan con éxito. En las pacientes no tratadas, la duración media de vida, desde el comienzo aparente de la enfermedad, es de 13 a 19 meses.
- extensión tumoral: "Piver, Von Nagell, Shingleton y otros comprobaron que las lesiones carcinomatosas invasivas, menores de 2-3 cms. de diámetro, tendian menos a dar metástasis,

linfáticas pelvianas, que las lesiones mayores, siendo su sobrevida entre el 85-90%, a los 5 años, disminuyendo al 65%, si eran mayores de este tamaño." (24)

- invasión de los ganglios linfáticos regionales y yuxtarregionales.
- metástasis a ganglios linfáticos, el estadio Ib, presenta un 85% de sobrevida en ausencia de metástasis a ganglios linfáticos, y pacientes tratadas con, metástasis lumboaorticas, la sobrevida a los 5 años llega al 15%.
- tipo histológico, el mejor pronóstico se ha observado en el carcinoma de células grandes queratoblástico, seguido por el de células grandes no queratoblástico, y luego el carcinoma de células pequeñas, siendo el carcinoma verrugoso de buen pronóstico.
- edad, los tumores más agresivos, son más frecuentes en mujeres menores de 35 años.
- profundidad de la invasión, la que se encuentra mas allá del tercio medio del miometrio cervical, posee mal pronóstico. (1,4,24,26)

Cabe mencionar, además de estos factores, que juega un papel muy importante, la desición del médico al iniciar un tratamiento adecuado a la paciente, para disminuir la mortalidad y mejorar el pronóstico de vida.

VI. DISEÑO METODOLOGICO

A. TIPO DE INVESTIGACION:

Es una investigación de tipo descriptiva, retrospectiva.

B. UNIDAD DE ANALISIS:

Se utilizó como unidad de análisis, el informe diagnóstico del clínico, citólogo, colposcopista y patólogo, siendo la unidad de muestreo, para recolectar la información necesaria para el estudio, los informes de fichas clínicas existentes en el banco de datos de APROFAM, en el tiempo previamente establecido.

C. UNIVERSO:

El universo del presente estudio, lo constituyeron 7,554 pacientes femeninas, que consultaron la Clínica de la Mujer APROFAM, y se les realizó un estudio colposcópico del 1o. de junio de 1992 al 1o, de junio de 1997.

D. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Por el tamaño del universo que se tenía, y para que la muestra fuera representativa, se utilizó la siguiente formula estadística:

$$n = \frac{N\,(p)\,(q)}{(N-1)\,D + (p)(q)}$$

en donde n= tamaño de la muestra.
N= universo.
p= probabilidad de éxito.
q= probabilidad de fracaso.
D= desviación standard.

n= 380.

E. METODO DE MUESTREO:

No aleatorio, por conveniencia.

F. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

1. De inclusión:

Se tomo en cuenta para los fines del estudio, toda aquellas historias clínicas de pacientes que tuviese resultados de citología, colposcopía, e histología, si importar el diagnóstico de los mismos, ni la descripció de los hallazgos clínicos, hechos por el médico tratante

2. De exclusión:

No se tomó en cuenta las pacientes que no contaba con los resultados completos de citología, colposcopía histología.

G. DEFINICION DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA/MEDICION	UNIDAD MEDIDA
Diagnóstico Clínico de Ca de Cérvix	Síntomas y lesiones sugestivos de neoplasma maligno, formada por células epiteliales neoformadas, observada o palpada en la paciente.	Se determinará dolor pélvico, hemorragia, leucorrea, erosiones cervicales úlceras cervicales	Nominal	dolor pélvico, hemorragia leucorrea, erosiones ó úlceras cervicales
Diagnóstico Citológico de Ca de Cérvix	Nuevo crecimiento maligno de tejido por multiplicación celu-	Se determinará pérdida de la relación nucleocitoplasmática, hipercromía,	Nominal	pérdida de relación núcleo-cito-

	lar, observada en muestras de Papanicolaou cervical.	mitosis.		plasmática, mitosis, hipercromía.
Diagnóstico Colposcópico de Ca de Cérvix	Neoplasma maligno de cérvix reconocible bajo una fuente de luz, con lentes amplificadores de imagen, en ausencia o no de sus signos clásicos.	Se determinará superficie irregular, mucosa en mosaico, decoloración de mucosa, zonas blancas, amarillentas o rojizas, fragilidad capilar, irregularidades vasculares.	Nominal	Superficie irregular, mucosa en mosaico decoloración de mucosa, fragilidad capilar, irregularidades vasculares
Diagnóstico Histológico de Ca de Cérvix	Nuevo crecimiento celular en el que la multiplicación es activa, observada en una biopsia cervical.	Se determinará anomalías de maduración celular, de la metaplasia escamosa, zonas de transformación atípica, eosinofília.	Nominal	Carcinoma escamoso, Adenocarcinoma, Carcinoma adenoescamoso, otros.

Neoplasma pre-maligno de Cérvix.	Formación nueva de tejido, de caracterísiticas no invasoras	Estadificación base al porcentaje de células indiferenciadas de la membrana basal a la superficie.	Nominal	NIC I NIC II NIC III
Neoplasma maligno de Cérvix	Formación nueva de tejido, con caracteristicas invasoras.	Estadificación con base al tamaño y extensión de la lesión, así como invasión.	Nominal	Estadificación según la FIGO.

VII. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se realizó en 3 fases:

1. Preparación:

Esta fase, se recabó información de los sitios en dond se pudo realizar la búsqueda de los mismos. Además s obtuvieron los permisos correspondientes para su efecto.

2. Recolección de datos:

Se hizo por medio de un instrumento elaborado por e estudiante investigador, obteniendo las copias necesarias del mismo para ser utilizadas. (ver anexo 1

3. Tabulación y análisis de datos:

Se realizó en el último mes de duración de l investigación, utilizando el programa EPI INFO6, diseñado especificamente para su uso en la tabulación y análisis estadísticos de estudios relacionados con Ciencias de la Salud.

Los resultados de la tabulación de los datos se presentan en cuadros y gráficas, con su respectivo análisis y discusión de los mismos.

VIII. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

Para la realización de la investigación se hizo necesario, contar con los permisos correspondientes de las autoridades de la Clínica de la Mujer APROFAM, solicitando y recibiendo los dictámines correspondientes.

Se tomaron en cuenta aspectos éticos, partiendo en la premisa que se utilizaron unicamente las fichas y reportes citológicos y de patología de las pacientes, sin trabajar directamente con ellas, los datos se utilizaron en forma confidencial, con los datos necesarios para cumplir con los objetivos establecidos.

Los resultados de la investigación se presentan pretendiendo dar a conocer los hallazgos más comunes, existentes entre los diferentes métodos diagnósticos enumerados en el marco teórico.

IX. RECURSOS

1. Humanos:

   a. Personal de archivo de APROFAM.

   b. Personal de bibliotecas consultadas.

2. Fisicos:

   a. Edificio ocupado por la Clínica de la Mujer APROFAM

   b. Instalaciones de APROFAM central.

   c. Archivo y base de datos de datos de la Clínica de la Mujer APROFAM.

   d. Instalaciones de bibliotecas consultadas.

   e. Instrumento utilizado para la recolección de datos.

   f. Equipo de oficina (papel,computadora,lapiceros,etc.)

3. Económicos:

   En gastos de transportación, fotocopias, e impresión de tesis Q1,000.0

X. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

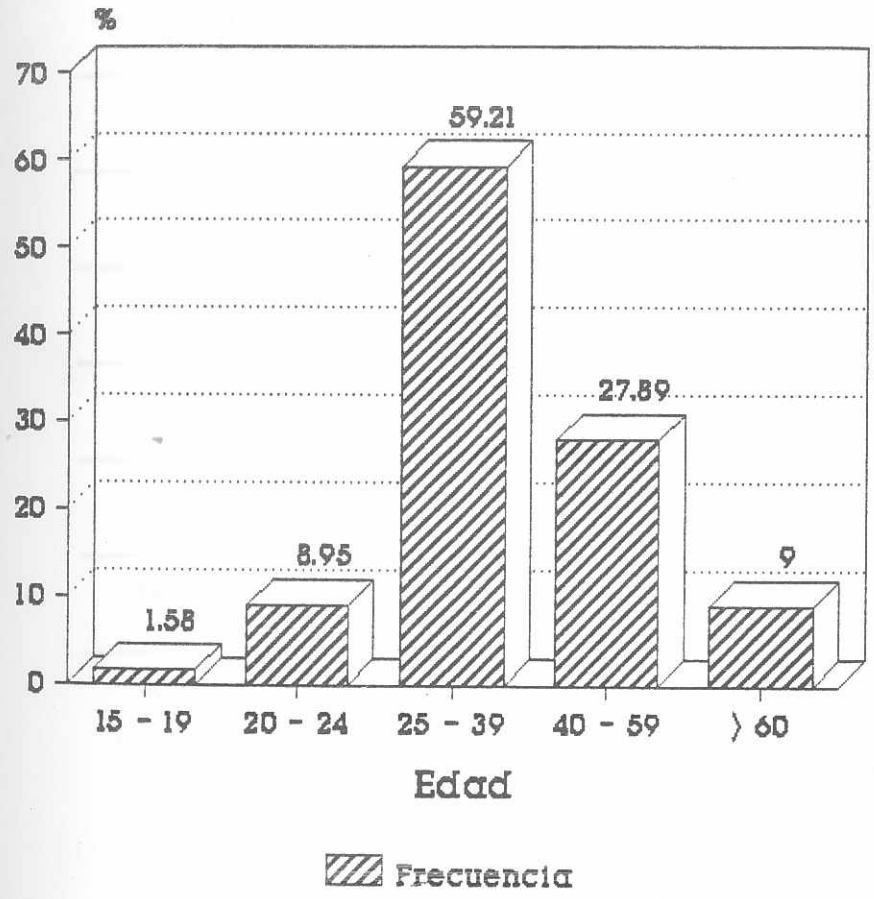
Distribución y frecuencia por edad de las pacientes a las que se les realizaron estudios clínicos, citológicos, colposcópicos e histológicos.
Clínica de la Mujer, APROFAM. junio 1992-junio 1997

EDAD	FRECUENCIA	%
15-19â	6	1.58
20-24â	34	8.95
25-39â	225	59.21
40-59â	106	27.89
60 ó más	9	2.87
TOTAL	380	100.00

FUENTE: Archivo de Clínica de la Mujer, APROFAM.

GRAFICA No. 1

Frecuencia de Neoplasma Pre - Malig y Malignos de Cervix segun Edad"



FUENTE: Archivo APROFAM 1992 - 1997

Análisis: Se puede observar que el grupo etáreo mayormente afectado se encuentra entre 25-39â en un 59.21%, siendo la edad media de 35â. Esto se debe a que en esta edad se utiliza con mayor frecuencia anticonceptivos orales, mayor actividad sexual y otros factores de riesgo asociados a ésta patología. Este dato es similar al reportado en el registro nacional de cáncer en sus boletines No. 17 y 18 (11) Estos datos se pueden visualizar con mayor claridad en la gráfica 1.

CUADRO No. 2

Subregistro de Hallazgos Clínicos de Neoplasmas pre-malignos y malignos de cérvix
Clínica de la Mujer, APROFAM
junio 1992-junio 1997

HALLAZGO	FRECUENCIA	%
sin datos	240	63.16
con datos	140	36.84
TOTAL	380	100.00

FUENTE: Archivo Clínica de la Mujer, APROFAM.

Análisis: En el cuadro 2 se observa claramente que en un 63.16% el médico no describe sus hallazgos clínicos observados al momento de la evaluación con espéculo, evidenciando un sub-registro, no permitiendo obtener valiosa información, al momento de revisar las historias clínicas de las pacientes, la cual es muy importante como una guía futura, para comparar la evolución de la paciente y respuesta al tratamiento si fue necesario. Esto se debe a la poca importancia que se le dá a la descripción de los mismos, conformandose unicamente con los resultados de cualquier otro método diagnóstico.

CUADRO No.3

Hallazgos clínicos descritos de pacientes sometidas a evaluación citológica, colpóscopica e histológica.
Clínica de la Mujer, APROFAM
junio 1992-junio 1997

HALLAZGO CLINICO	FRECUENCIA	%
Normal	34	24.3
Leucorrea	30	21.4
Hemorragia	11	7.9
Dolor pélvico	2	1.4
Erosiones en cérvix	15	10.7
Ulceras en cérvix	5	3.6
Inflamación en cérvix	22	15.7
Ectopía	2	1.4
Lesión polipoide	1	0.7
Otros	18	12.9
TOTAL	140	100.00

FUENTE: Archivo de Clínica de la Mujer, APROFAM.

Análisis: En el cuadro No. 3 se observa que del porcentaje de las pacientes a las cuales se les describieron los hallazgos clínicos, en su mayoría se reportaron como normales en un 24.3%; el 21.4% con leucorrea y el 7.9% presentaron hemorragia. Estos datos se deben a que el 81.5% de las pacientes presentaron un neoplasma pre-maligno, los cuales con poca frecuencia presentan síntomas o signos clínicos. (18)

CUADRO No.4

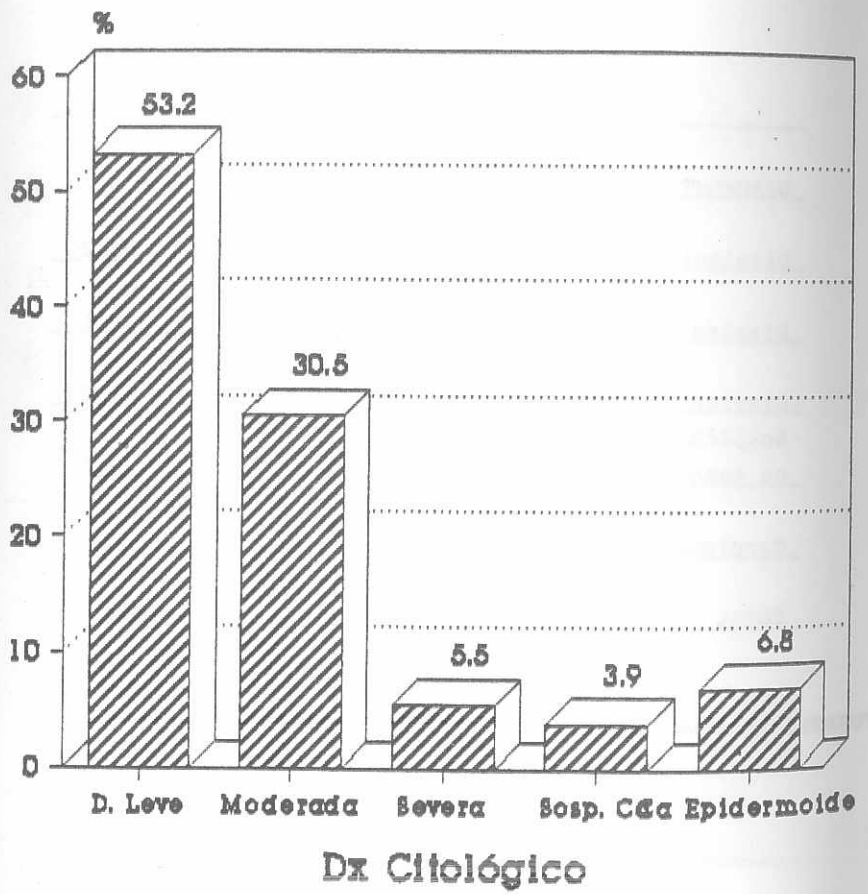
Frecuencia de neoplasmas pre-malignos y malignos de cérvix diagnosticados por citología
Clínica de la Mujer, APROFAM
junio 1992-junio 1997

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
Displasia leve	202	53.2
Displasia moderada	116	30.5
Displasia severa	21	5.5
Sospechoso Carcinoma no conclusivo	15	3.9
Carcinoma invasivo	26	6.8
TOTAL	380	100.0

UENTE: Archivo de Clínica de la Mujer, APROFAM.

GRAFICA No. 2

"Frecuencia de Neoplasmas Pre - Malignos y Malignos Dx por Citología"



FUENTE: Archivo APROFAM 1992 - 1997
D= Displasia
Ca= Carcinoma

CUADRO No. 5

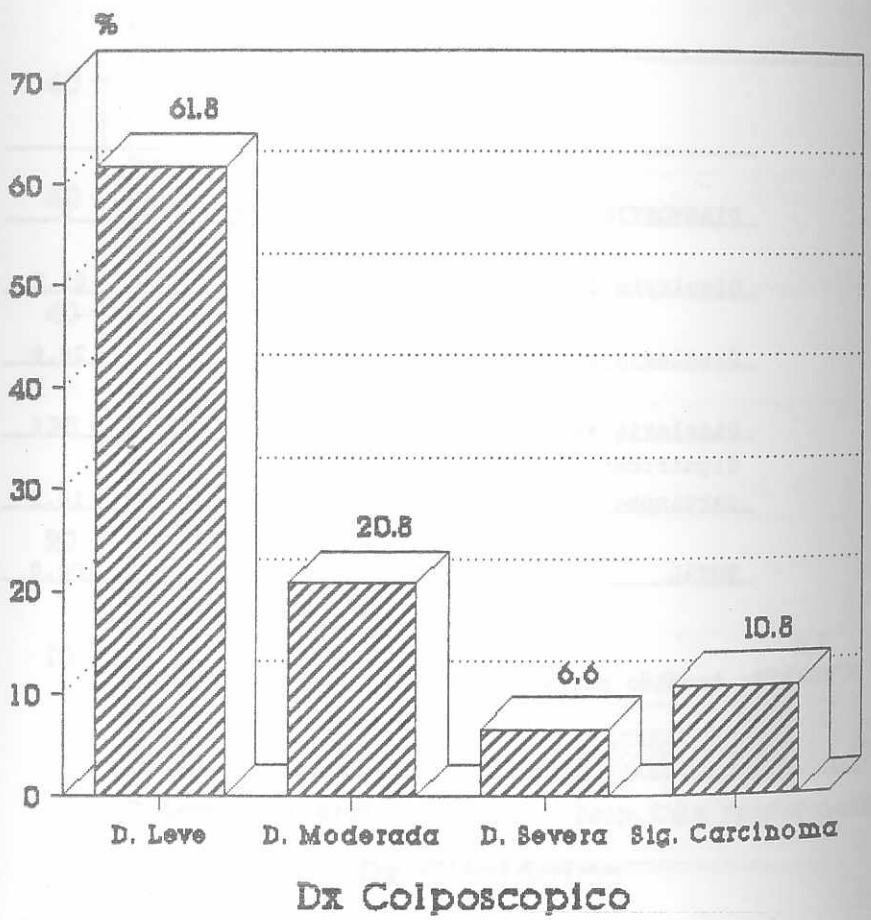
Frecuencia de neoplasmas pre-malignos y malignos de cérvix diagnosticados por colposcopía
Clínica de la Mujer, APROFAM
junio 1992-junio 1997

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
Displasia leve	235	61.8
Displasia moderada	79	20.8
Displasia severa	25	6.6
Significativo carcinoma	41	10.8
TOTAL	380	100.0

FUENTE: Archivo de Clínica de la Mujer, APROFAM.

GRAFICA No. 3

"Frecuencia de Neoplasma Pre - Malignos y Malignos Dx por Colposcopia"



FUENTE: Archivo APROFAM 1992 - 1997
D= Displasia

CUADRO No.6

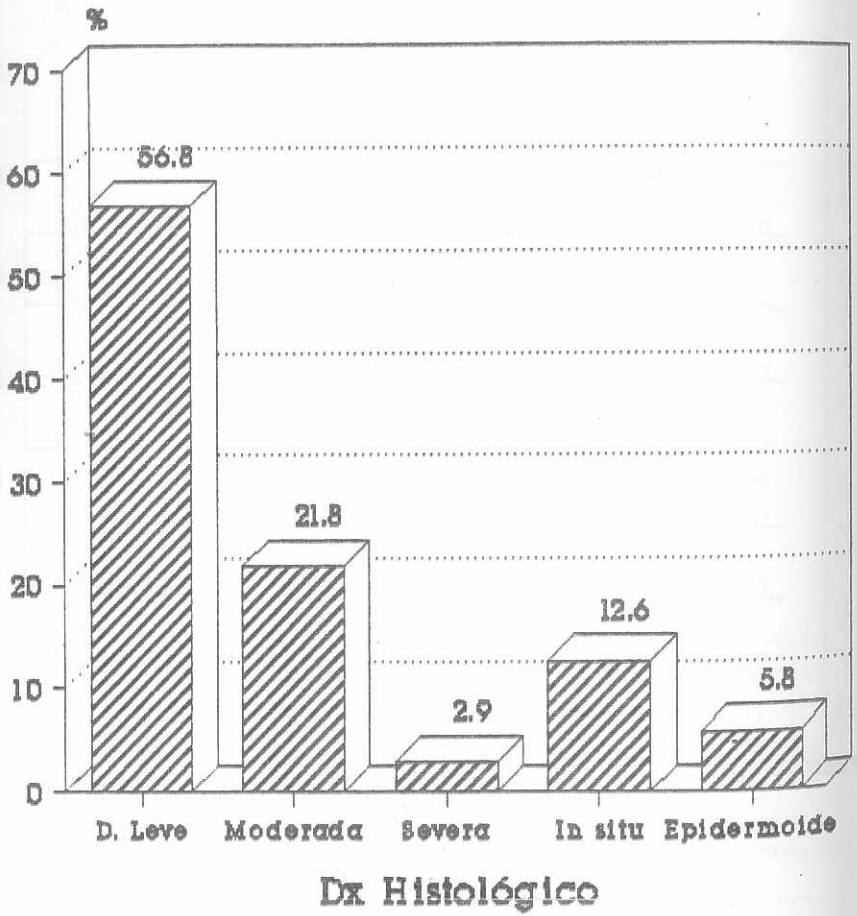
Frecuencia de neoplasmas pre-malignos y malignos de cérvix diagnosticados por histología
Clínica de la Mujer, APROFAM
junio 1992-junio 1997

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
Displasia leve	216	56.8
Displasia moderada	83	21.8
Displasia severa	11	2.9
Sospechoso Carcinoma no conclusivo	48	12.6
Carcinoma invasivo	22	5.8
TOTAL	380	100.0

FUENTE: Archivo de Clínica de la Mujer, APROFAM.

GRAFICA No. 4

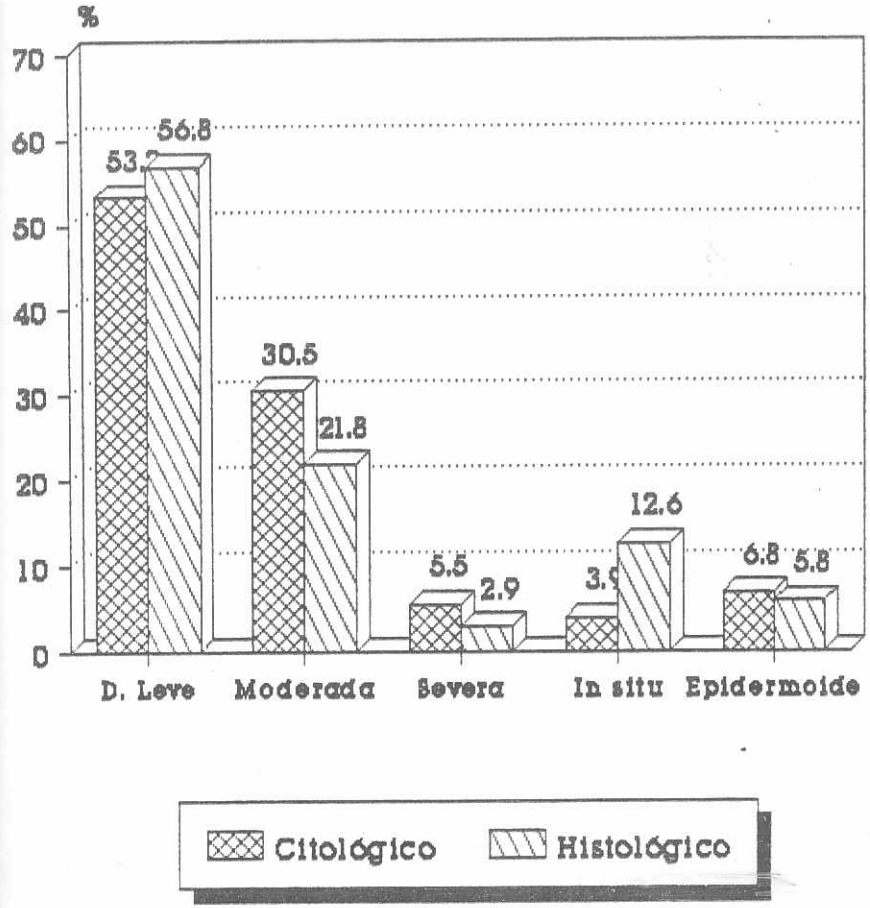
"Frecuencia de Neoplasma Pre - Malignos y Malignos Dx por Histología"



FUENTE: Archivo APROFAM 1992 - 1997
D= Displasia

GRAFICA No. 5

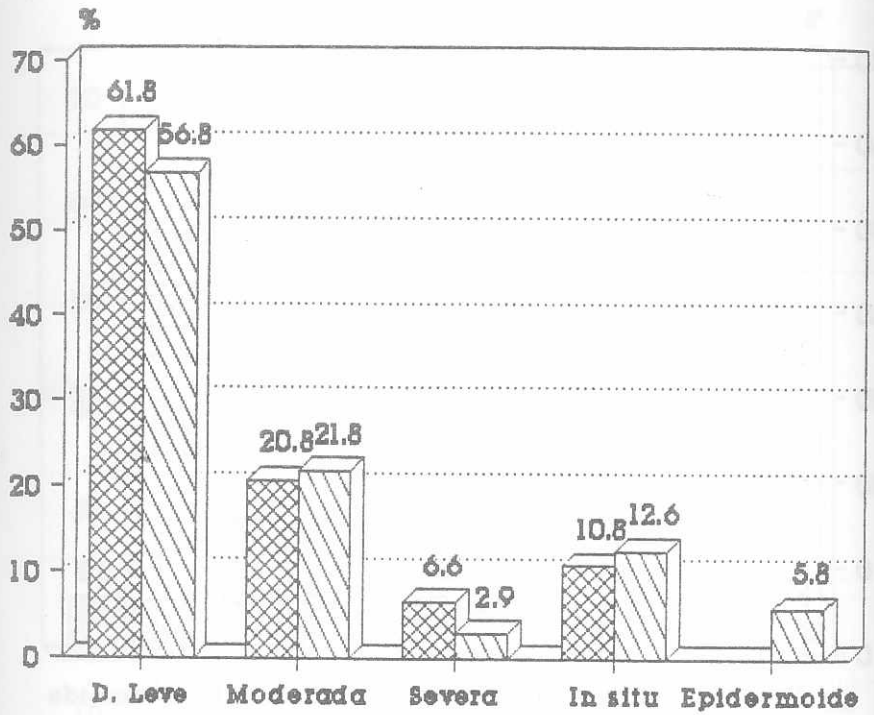
"Comparación Hallazgos Citológico-Histológico"



FUENTE: Archivo APROFAM 1992 - 1997
D= Displasia

GRAFICA No. 6

"Comparación Hallazgos Colposcópico-Histológico"



FUENTE: Archivo APROFAM 1992 - 1997
D= Displasia

Análisis: El cuadro 4 muestra los diagnósticos hechos por citología, en el cual el 53.2% de las pacientes presentaron displasia leve, resultados que fueron similares al utilizar colposcopía e histología; cuadros 5 y 6, existiendo una discrepancia en los resultados entre los diferentes métodos diagnósticos, no mayor de un 10%, que es lo aceptado mundialmente.(1)

Además el cuadro No.6 nos muestra los resultados, de las biopsias, tomandose como diagnóstico final, observando en un 81.5% de pacientes que presentan neoplasmas pre-malignos, siendo mas frecuente una displasia leve en un 56.8%, y de los neoplasmas malignos, el carcinoma in situ escamoso se encuentra en un 12.6%, esto se debe a que actualmente se tiene mas información accesible a la población, de prevención y detección temprana de cáncer de cérvix, por medio del examen rutinario de papanicolaou.

XI. CONCLUSIONES

1. El grupo etáreo que con mayor frecuencia se ve afectad por algún tipo de Neoplasma se encuentra entr 25-39â.

2. El sub-registro de la descripción de los hallazgos clínicos es muy alto.

3. La mayoría de las pacientes que fueron objeto de estudic presentaban neoplasma pre-maligno de cérvix.

4. El 18.5% de las pacientes presentarón neoplasma maligno d cérvix.

5. En un alto porcentaje, el neoplasma pre-maligno que s encontró con mayor frecuencia es una displasia leve.

6. El neoplasma maligno que se observó con mayor frecuenci es el carcinoma in situ escamoso en un 12.6%

XII. RECOMENDACIONES

1. Hacer conciencia en el médico y enfatizar la importancia de una adecuada descripción de los hallazgos clínicos al utilizar espéculo, para una mejor orientación al colposcopista, y la evaluación posterior por el médico tratante de la evolución macroscópica de la lesión.

2. Continuar con campañas educacionales de detección y prevención utilizadas por APROFAM, medidas que deben ser tomadas por las demás instituciones gubernamentales, para disminuir morbi-mortalidad por cáncer de cérvix.

XIII. RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de tipo descriptivo, en el cual se identificaron los hallazgos clínicos, citológicos, colposcópicos e histoológicos de neoplasmas pre-malignos y malignos de cérvix, estudio realizado en 380 pacientes que consultaron a la Clínica de la Mujer, APROFAM, de junio de 1992 a junio de 1997.

Encontrandose dentro de los resultados mas importantes que el grupo etáreo mayormente afectado por algún tipo de neoplasma se encuentra entre 25-39â en un 59.21%; un sub-registro en la descripción de los hallazgos clínicos en un 63.16%. De los hallazgos clínicos descritos el 24.3% fueron reportados como normales, la leucorrea fue el principal hallazgo clínico patológico que se encontró en un 21.4%.

Los resultados con los diferentes métodos diagnósticos utilizados, fueron similares, con una discrepancia no mayor del 10%. Utilizando como diagnóstico final la biopsia, se observó que el 81.5% de las pacientes, presentaba algún tipo de neoplasma pre-maligno de cérvix, siendo mas frecuente una displasia leve en un 56.8%, y el neoplasma maligno que se observó con mayor frecuencia es el carcinoma in situ escamoso en un 12.6%.

XIV REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Hoskins, William J., Perez carlo, M.D. Principles and practice of Gynecologic Oncology, Lippincott Company, Philadelphia 1992 p.p. 924

Jones III, Howard W. M.D. Tratado de ginecologia de Novak, 11a. ed. México 1991, edit Interamericana Mc Graw Hill p.p. 821

Clinicas de Ginecología y Obstetricia. prevención del cancer Ginecológico. Vol 2. México 1996. Edit. Mc Graw Hill p.p.232

Giuseppe de Palo. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Edit. medica Panamericana. Buenos Aires, Argentina 1992. p.p.433

S. Dexeus. Tratado y atlas de patología cervical. Edit. Salvat S.A. España 1989. p.p. 351

Anderson W.a.d. Anatomía patológica básica. 9a edición.edit. Mosby. España 1980. p.p.798

Cotran, Kumar Robbins, M.D.s Patología estructural y funcional. 4a. ed. Tomo 2. España 1990. edit. Mc Graw Hill p.p.1598

8. Recomendations of frecuency of PAP Test screening. Int Jorurnal of G-O. number 152-march 49 (1995) pp. 210-211.

9. Verduzco Rodriguez, Leonardo M.D. Ginecología y Obstetrici de México. Cancer cervico-uterino y edad. Vol 65, abri 1997. pp. 119-161

10. Stoler, Mark M.D. A brief synopsis of the role of huma Papillomaviruses in cervical carcinogenesis. 1996, 175:1091 1097.

11. Waldheim, Carlos M.D.; Villeda e., Mynor M.D. Registr Nacional del cáncer INCAN, Boletines No. 17 y 18 de 1992 Guatemala, julio 1995.

12. Piscitelli et al. Cytologic screening after hysterectom for benign disease. 1995, 173: 424-32.

13. Marjorie, A. england Gran Atlas dela Vida antes de nace Madrid, España 1985. pp. 216

14. FranK, A. Allan M.D. Lo esencial de la embriología humana México D.F. 1973. pp. 395

15. Rouviere, H. Compendio de anatomía y disección. 3a. ed Edit. Salvat. Barcelona, España 1976. pp. 758

16. O'Rahilly, Ronan M.D. Anatomía de Gardner. 5a. ed., Edit. Mc Graw Hill. México D.F. 1989. pp. 928

17. Fawcett, Don W. M.D. Tratado de Histología. 11a. ed. Edit. Mc Graw Hill, México D.F. 1990. pp. 1026

18. Hugh R.K., Barber M.D. Manual de Oncología Ginecológica 2a. ed. Edit. Mc Graw Hill. México 1992. pp.443

19. Herbst. Detection, Prevention and treatment of cervical Neoplasia: The Clinical Challenge. 1996, 175:1087

20. Kiviat. Natural history of cervical neoplasia: Overview and Up Date American Journal of Obstetric-Gynecology 1996, 175:1087.

21. Colposcopia Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Vol 1 Edit. Mc Graw Hill. México 1993. pp. 241

22. Ortiz, José M.D. Evaluación de la estadificación clínica del carcinoma cervical. Revista C.A. de Obstetricia y Ginecología. Revcog Vol 6. No. 3 Guat. pp. 74-112.

23. Climaqui F. Rodrigo M.D. Citodiagnóstico del cancer cervico-uterino en el estado grávido puerperal. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol 59. No.3 1994 pp. 197-241.

24. Ortiz, Alvarado El volumen tumoral cervical como factor determinante en las metástasis linfáticas Revista C.A. de Obstetricia y Ginecología. Revcog. Vol 6, No.3 1996. pp. 74-112.

25. Moore et al. Predective factor from cold knife conization for residualcervical intraepithelial neoplasia in subsequent hysterectomy. 1995, 173: 361-8.

XV. ANEXOS

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
HALLAZGOS CLINICOS, CITOLOGICOS, COLPOSCOPICOS E HISTOLOGICOS
DE NEOPLASMAS PRE-MALIGNOS Y MALIGNOS DE CERVIX

Caso#:_____ Edad:_____

CLINICOS:

Leucorrea ____
Hemorragia ____
Dolor pélvico ____
Erosiones en cérvix ____
Ulceras en cérvix ____
Otros: ____

COLPOSCOPICOS:

Displasia leve ____
Displasia moderada ____
Displasia severa ____
Significativa Carcinoma ____

CITOLOGICO:

3.1 = NIC I ____
3.2 = NIC II ____
3.3 = NIC III Vrs. Ca in situ ____
4.1 = Sospechoso Ca no conclusivo ____
4.2 = Carcinoma epidermoide microinvasivo ____
4.3 = Ca invasivo ____
4.4 = Adenocarcinoma del endocérvix ____
4.5 = Adenocarcinoma del endometrio ____
4.6 = Carcinoma metastásico ____

HISTOLOGICO:

Displasia leve ____
Displasia moderada ____
Displasia severa ____
Ca in situ Escamoso ____
Ca Epidermoide Invasivo ____