



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER CERVICAL
DETECTADO EN LOS CONSULTORIOS DE LA
ASOCIACION DEMOGRAFICA SALVADOREÑA**

(REVISION DE 62 CASOS DESCUBIERTOS EN EL PERIODO DE
MAYO DE 1965 A JUNIO DE 1969)

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

CARLOS ROBERTO OLMEDO UCEDA

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA



676.9946

Ø 51 d

S. f.

F. med.

Gi 1

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

22766

Rector:

Dr. José María Méndez

Secretario:

Dr. José Ricardo Martínez

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

Decano:

Dra. María Isabel Rodríguez

Secretario:

Dr. Jorge Ferrer Denis

JURADOS QUE PRACTICARON
EXAMENES DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA OBSTETRICA

Presidente: Dr. Jorge Bustamante
Primer Vocal: Dr. Angel Quán.
Segundo Vocal: Dra. Martha Gladys Urbina.

CLINICA MEDICA

Presidente: Dr. Benjamín Mancía
Primer Vocal: Dr. Andrés Amador V.
Segundo Vocal: Dr. Carlos Vásquez.

CLINICA QUIRURGICA

Presidente: Dr. Carlos González Bonilla.
Primer Vocal: Dr. Alejandro Gamero Orellana.
Segundo Vocal: Dr. Guillermo Rodríguez Pacas.

JURADO DE TESIS

Presidente:

Dr. Jorge Bustamante.

Primer Vocal:

Dr. Ernesto Morán Cáceres.

Segundo Vocal:

Dr. Vernon Madrigal.

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Ing. Carlos Roberto Olmedo.
Doña Marina Uceda de Olmedo.

A MI ESPOSA E HIJOS:

Miriam,
Miriam Eugenia, y
Carlos Roberto.

A MI TIO:

Dr. Francisco B. Olmedo.

A MIS PROFESORES.

A MIS COMPANEROS Y AMIGOS.

P L A N D E T R A B A J O

- I.- INTRODUCCION.
- II.- GENERALIDADES Y CLASIFICACION DEL CANCER CERVICAL.
- III.- MATERIAL Y METODO.
- IV.- FRECUENCIA DE CANCER CERVICAL DETECTADO.
- V.- CARCINOMA "IN-SITU".
 (Análisis de frecuencia, diagnóstico, tratamiento y evolución.)
- VI.- RESUMEN Y CONCLUSIONES.
- VII.- RECOMENDACIONES.
- VIII.- BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO I

I.- INTRODUCCION:

En general, mientras "más fácil" es hacer un diagnóstico de Cáncer de cualquier parte del organismo, más avanzado se encuentra, y por ende, más difícil y menos efectivo es su tratamiento y más reservado su pronóstico.

Por consiguiente, entre más pronto se efectúe un diagnóstico seguro de cáncer del cuello uterino menos compendioso es su tratamiento y el pronóstico es mucho mejor.

De lo anterior se infiere el hecho de que cualquier método efectivo que contribuya al diagnóstico precoz del cáncer cervical debe considerarse bueno. De allí que la citología por el método de Papanicolaou es un examen práctico y fácil para descubrir durante exámenes rutinarios y en pacientes frecuentemente asintomáticas, numerosos casos de cáncer cervical en sus fases más tempranas.

En nuestro medio existen, tanto en el ambiente urbano, como en el rural, numerosos factores socio económicos y culturales que dificultan las campañas sistematizadas y en gran escala para exámenes vaginales periódicos, por lo menos una vez al año e incluyendo la citología uterina.

No resulta práctico, al presente, intentar proyectos de selección en masa por cuanto se carecen de los fondos necesarios, de suficiente personal adecuadamente entrenado y por la falta de motivación originada por el temor de la población urbana y con mayor motivo la

rural, para asistir a clínicas específicas "para el descubrimiento del cáncer". Hasta hace muy poco estos exámenes se limitaban exclusivamente a la población hospitalaria y a la práctica con pacientes particulares. En resumen existen múltiples factores en nuestro medio que limitan el alcance y hacen poco practicable, al presente, una CAMPAÑA ESPECIFICA para el diagnóstico temprano del cáncer del cérvix uterino. De estos factores, constituidos por motivos personales y razones generales, pueden considerarse como de mayor importancia:

I.- BAJO NIVEL CULTURAL: Los escasos recursos culturales favorecer un provincialismo que está arraigado en numerosos sectores de la población y que condiciona resistencia de las pacientes a aceptar la conveniencia de los exámenes periódicos.

II.- BAJO NIVEL ECONOMICO: El "temor a gastar" en conjunto con la falta de educación adecuada limita la aceptación del público femenino a consultar periódicamente cuando se hallan asintomáticas.

III.- CARENCIA DE CAMPANAS DE DIFUSION AL PUBLICO: El desconocimiento del público acerca de ciertos aspectos prácticos acerca de la "curabilidad" del cáncer en sus estadios tempranos, por falta de información de fuentes autorizadas es con frecuencia la causante de los cuadros de cáncer cervical en estadios ya tan avanzados que prácticamente nada puede lograrse con el tratamiento.

IV.- AUSENCIA DE CLINICAS PARA CONTROL DE PACIENTES ASINTOMATICAS: Además de la resistencia de pacientes asintomáticas, que por diversos factores socio-económicos no acuden a los consultorios para control periódico existen en el país defecto de personal entrenado y clínicas

adecuadas para efectuar dicho control, contribuyendo esto a que los carcinomas del Cervix se encuentren mas tardíamente y por consiguiente con menos probabilidad de curación.

Estos son, en resumen los factores más importantes en nuestro medio, que dificultan el Dx. precoz del Carcinoma cervical y por ende propician aquellos cuadros lamentables en los cuales el médico prácticamente nada puede hacer para combatir este azote - tan frecuente y de tan funestas consecuencias que constituye el Carcinoma del cuello uterino.

El objetivo de esta tesis consiste en analizar los casos - de Ca. del Cervix Uterino detectados en los Centros de Planificación Familiar. Haciendo hincapié en la importancia que tienen los consultorios de la Asociación Demográfica Salvadoreña en la detección prematura de aquellos carcinomas asintomáticos susceptibles a curación con tratamiento adecuado.

Subrayando el hecho de que los controles periódicos, con examen vaginal cuidadoso y citología del cervix uterino de rutina, como se practican en los consultorios de la Asociación Demográfica Salvadoreña constituyen un método excelente para la detección prematura del Cáncer del cuello uterino.

Asímismo, se hará resaltar el hecho de que la cooperación - entre los médicos que trabajan con la Asociación Demográfica Salvadoreña y los médicos que laboran en los Centros Hospitalarios - Especializados constituye un factor de inapreciable importancia para el tratamiento adecuado, pronto y efectivo del Cáncer cervi -

cal diagnosticado prematuramente; que redundará en beneficio exclusivo de las pacientes y constituye un paso más en la lucha contra el Cáncer en nuestro medio.

CAPITULO II

II.- GENERALIDADES Y CLASIFICACION DEL CANCER CERVICAL .

Antes de entrar directamente en el tema del Cáncer cervical diagnosticado en los centros de planificación familiar debemos hacer un recordatorio sobre el cáncer del cuello y su clasificación.

El cáncer del Cervix uterino constituye en El Salvador la segunda causa de muerte por cáncer, en general y la primera en lo que respecta a tumores malignos del aparato genital femenino (Infante Díaz)

a) ETIOLOGIA: Se desconoce la causa biológica del Cáncer cervical, pero sí se conocen ciertos factores que influyen en la frecuencia del mismo y que pueden considerarse predisponentes al mismo:

1.) FACTORES RACIALES: La frecuencia es variable según el país y el grupo social a que pertenece la paciente. - Vg.: es súmamente raro en mujeres judías.
2.) RELACIONES SEXUALES Y MATRIMONIO PRECOZ.
3.) MULTIPARIDAD: La frecuencia del Cáncer cervical aumenta con el número de hijos. Es relativamente raro en nulíparas y en vírgenes.
4.) EDAD: Puede presentarse prácticamente a cualquier edad de la vida reproductiva y postmenopáusica. Pero la ma-

yor frecuencia citada en los textos está entre la quinta y la sexta década de la vida. En El Salvador se ha citado una incidencia más frecuente en pacientes diez años menores de la que se especifica en los textos. Vg.: mayor frecuencia en la cuarta y quinta década de la vida.

5.) PROMISCUIDAD SEXUAL

6.) IRRITACION CRÓNICA DEL CERVIX: Se considera que el Cáncer cervical es más frecuente en pacientes que presentan irritación crónica del cuello uterino. En especial cervicitis crónica, leucoplasia, etc.

b) CLASIFICACION ANATOMOPATOLOGICA Y CLINICA DEL CANCER DEL CERVIX

Existen 2 tipos principales de Cáncer del cuello uterino desde el punto de vista anatomopatológico:

1.= CARCINOMA EPIDERMÓIDE:

Es con mucho la variedad más frecuente de cáncer cervical. Se origina del epitelio de variedad pavimentosa estratificada del cuello y de la unión del epitelio escamoso-columnar.

2.= ADENOCARCINOMA:

Mucho menos frecuente que el primero. Aproximadamente un 5% de los cánceres del cuello. Se origina a partir del epitelio cilíndrico glandular del canal cervical.

Los SARCOMAS del cuello uterino son sumamente raros.

De acuerdo al grado de malignidad los tumores cancerosos pue-

den clasificarse basándose en los siguientes criterios:

- a) Actividad de crecimiento celular.
- b) Grado de indiferenciación de sus células
- c) Grado de extensión al momento del diagnóstico (Estadío Clínico.)

Según estos criterios existen diversas clasificaciones del Cáncer Cervical. Entre las más comunes tenemos:

CLASIFICACION DE BRODERS

(Según grado de diferenciación)

1.) Grado	I.-	0 - 25%	de células indiferenciadas
		100 - 75%	células maduras.
2.) Grado	II.	26 - 50%	células indiferenciadas
		74 - 50%	células maduras
3.) Grado	III.	51 - 75%	células indiferenciadas.
		49 - 25%	células maduras.
4.) Grado	IV.	76 - 100%	células indiferenciadas.
		24 - 0%	células maduras.

De acuerdo al tipo de células predominantes en los tumores del cuello se han clasificado, según Hartzloff en tres grupos.

CLASIFICACION DE MARTZLOFF

(De menor o mayor malignidad)

1.) Ca. DE CELULAS ESPINOSAS:

Células grandes, polihedricas con contornos claramente visible.
Pocas mitosis. Puede haber queratinización.

2.) Ca. DE CELULAS DE TRANSICION:

Células de núcleos redondeados, relativamente agrupados. Con
contornos celulares poco netos.

3.) Ca. DE CELULAS FUSIFORMES:

Núcleos alargados, que se tienen fuertemente. No hay contornos
celulares definidos. Las mitosis son sumamente abundantes.

Quizás la clasificación de mayor importancia y que tiene valor
pronóstico más fidedigno, así como de mayor determinancia en la tera-
pia de c/ caso es la basada en el estadio clínico y extensión del Ca
al momento de ser diagnosticado.

Internacionalmente se reconoce la siguiente clasificación:

CLASIFICACION CLINICA INTERNACIONAL DEL CANCER DEL CERVIX UTERINO.

a) CARCINOMA PRE-INVASIVO:

1) ESTADIO "0": Carcinoma "In-Situ" o intraepitelial.

b) CARCINOMA INVASIVO:

2) ESTADIO I : Ca. estrictamente confinado al cuello.

a) I-A : Ca. microinvasivo. No hay lesión macroscópica. Inva-
sión de la membrana basal de menos de 4 mm.

- b) I-B : Lesión macroscópica menor de 1 cm.
 - c) I-C : Lesión cervical mayor de 1 cm.
- 3) ESTADIO II: Ca. se extiende mas alla del cuello pero no llega a pared pélvica. Invade vagina pero no llega a su tercio inferior.
- a) II-A: Invade tercio superior de vagina pero sin invasión parametrial.
 - b) II-B: Con invasión de tercio interno de parametrios.
- 4) ESTADIO III: Ca. se extiende hasta la pared pélvica; al examen rectal no hay espacio libre entre el tumor y la pelvis. Invade tercio inferior de vagina.
- 5) ESTADIO IV : Ca. se extiende fuera de la pelvis verdadera; invade vejiga y/o recto. Aquellos casos que han dado metástasis a distancia.

Habiendo hecho un pequeño recordatorio de los factores determinantes conocidos y las clasificaciones mas frecuentes del carcinoma cervical, llegamos al punto crucial de este estudio que es el Diagnóstico precoz del Ca. cervical por cuanto se ha logrado en las clínicas de Planificación Familiar.

Únicamente recordaremos que los síntomas y signos reveladores del Ca. del cuello casi siempre son tardíos y que la consulta sistemática y citología rutinaria es el medio mas efectivo con que contamos para hacer un Dx. precoz del Ca. uterino.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO:

Los pasos a seguir para llegar al Diagnóstico del Cáncer del Cuello en general son:

- 1) HISTORIA Y EXAMEN FÍSICO.
- 2) CITOLOGÍA.
- 3) TEST DE SHILLER.
- 4) BIOPSIAS CERVICALES MÚLTIPLES.
- 5) COHIZACION.
- 6) COLPOSCOPIA.
- 7) COLPOMICROSCOPIA.

Con mucho, lo más importante para hacer Dx. temprano son los datos clínicos y en mayor grado el EXAMEN VAGINAL Y LA CITOLOGÍA.

En las clínicas destinadas a Planificación Familiar se proporciona a las mujeres tres importantes servicios:

- 1) Oportunidad de examen vaginal periódico.
- 2) Citología del Cervix (Detección prematura de Ca.)
- 3) Tratamiento anticoncepcional para fomentar la paternidad y maternidad responsable como base del bienestar físico, moral y mental de la familia.

En el presente estudio haremos referencia únicamente al aspecto que trata sobre la detección prematura del cáncer cervical y por consiguiente, se omitirá lo referente a tratamiento anticoncepcional y los diferentes métodos empleados por la Asociación Demográfica Salvadoreña para dicho tratamiento.

Únicamente se hará referencia a la planificación familiar por

cuanto constituye una MOTIVACION poderosa para que las pacientes acudan a exámenes periódicos y participen de la extensa labor educativa desarrollada por todo el personal de los consultorios (Médicos, enfermeras y auxiliares) que deberán dedicar el máximo de tiempo al factor educativo.

CAPITULO III

MATERIAL Y METODO.-

En el presente estudio se revisan 62 casos de Carcinoma del Cuello uterino detectados en los Centros de Planificación Demográfica en el lapso de 5 años comprendido entre el 1 de mayo de 1964 y el 30 de junio de 1969.

Se analizaron lo más exhaustivamente posible todos los datos tenidos a mano, teniendo como punto principal el diagnóstico preventivo que determinó la referencia de los casos detectados en los diferentes consultorios a los centros hospitalarios más especializados para su tratamiento posterior.

Los expedientes serán revisados de acuerdo a los siguientes objetivos:

- 1) Incidencia en años.
- 2) Distribución por grupos etarios.
- 3) Paridad.
- 4) Correlación entre citología sospechosa y positiva a Carcinoma.
- 5) Tipo de Carcinoma detectado.

- 6) Confirmación del diagnóstico.
- 7) Tratamiento empleado.
- 8) Tiempo transcurrido entre el establecimiento del diagnóstico y el tratamiento.
- 9) Estado actual de pacientes estudiadas.

El método empleado para el Dx. precoz del Cáncer en las Clínicas de Planificación Demográfica estriba en el examen ginecológico periódico y la toma del frotis del cuello uterino y del saco posterior de la vagina para el estudio citológico.

El examen vaginal y la citología se practican rutinariamente en los Consultorios durante la primer consulta. Toda paciente de primer consulta es citada para un mes más tarde para lectura de la Citología y nuevo examen ginecológico. De acuerdo a los resultados se refieren las pacientes a los distintos centros hospitalarios o en caso de ser negativas las citologías se cita a paciente para nuevo control un año más tarde. Lográndose de esta manera el control periódico de cada paciente.

CLASIFICACION DE LA CITOLOGIA

- GRADO I: Células epiteliales esencialmente normales o negativas
- GRADO II: Células atípicas con detalles anormales en el núcleo - pero sin cambios malignos francos, unicamente inflamación asociada.
- GRADO III: Células sospechosas de malignidad pero sobre las cuales no puede hacer Dx. seguro de cáncer por procesos inflamatorios.

GRADO IV: Número reducido de células con cambios muy sugestivos, pero no concluyentes de malignidad.

GRADO V: Células con todas las características de malignidad a pesar de haber cualquier proceso inflamatorio.

Para fines prácticos puede clasificarse la citología en:

- a) Negativa.
- b) Sospechosa
- c) Positiva a Cáncer.

PROCEDIMIENTO EMPLEADO EN LOS CONSULTORIOS DE LA ASOCIACION DEMOGRAFICA SALVADOREÑA PARA EL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER.

La metodología empleada en los consultorios de Planificación Familiar para la detección prematura del Cáncer Cervical se lleva a cabo, de acuerdo al procedimiento siguiente:

a) PRIMERA CONSULTA: A toda paciente de primera consulta se le practica rutinariamente un EXAMEN GINECOLOGICO CUIDADOSO y se le toma FROTIS DEL CUELLO UTERINO Y DEL SACO POSTERIOR DE VAGINA PARA ESTUDIO CITOLOGICO.

La muestra tomada se coloca inmediatamente en un frasco con alcohol de 90° en el que quedará la lámina sumergida 24 horas para su fijación. Cada una de estas láminas estará individualizada con el número de expediente de cada paciente. Estas láminas son enviadas al laboratorio para su estudio.

Todas las pacientes son citadas para un mes más tarde independen

dientemente del tratamiento anticoncepcional indicado.

b) SEGUNDA CONSULTA:

- a) SI SE INDICA D.I.Ü. A las pacientes citadas se les deberá - practicar un nuevo examen ginecológico cuidadoso y deberá - leerse la citología correspondiente.

En caso de resultar negativa estas pacientes son citadas para control en un año, debiéndose proceder a practicar en - ese control un nuevo examen ginecológico y la citología cervicovaginal. Esto asegura un control periódico de cada paciente y por ende, mayor frecuencia de detección de Ca. cervical en sus estadios tempranos.

- b) SI SE INDICA TRATAMIENTO ORAL: Las pacientes deberán regresar mensualmente para recibir su tratamiento, debiendo ser - vistas por el médico en su primer control para lectura de su citología. Estas pacientes deberán ser examinadas por el médico una vez por año anotándose en la ficha correspondiente el resultado del examen y tomándose nueva citología.

En aquellos casos en que la Citología resulta SOSPECHOSA el - procedimiento varía. Si se trata de Citologías sospechosas inflamatorias se le indica a las pacientes tratamiento oral y vaginal para los procesos inflamatorios y se citan nuevamente al terminar el tratamiento para nueva citología y control. Si resulta nuevamente sospechosa - es enviada a los distintos centros especializados para toma de biopsias y continuación del tratamiento.

En aquellos casos en que las citologías resultan ALTAMENTE SOS

PECHOSAS o POSITIVAS el Médico Director refiere a las pacientes a los centros especializados más cercanos, dándoles recomendaciones especiales y haciendo hincapié en la importancia de asistir puntualmente a los mencionados centros.

Las pacientes referidas por la Asociación Demográfica Salvadoreña son atendidas en los diferentes centros hospitalarios (Hospital de Maternidad, Hospital del Seguro Social y Hospital San Juan de Dios de Santa Ana). En estos centros se continúa la labor de la Asociación Demográfica Salvadoreña para establecer el estadio clínico del carcinoma detectado y para proporcionar a cada paciente el tratamiento adecuado para cada caso.

El procedimiento empleado es similar en los tres centros mencionados. Se procede a confirmar o no el diagnóstico mediante la toma de biopsia cervical y la conificación del cuello. Una vez confirmado el diagnóstico la terapia varía de acuerdo al estadio clínico de cada caso.

Es de resaltar el hecho de que en su mayoría los cánceres cervicales detectados son carcinomas "In Situ" susceptibles a curación con tratamiento temprano y adecuado, como se demostrará en el transcurso de este estudio.

En las páginas que siguen analizaré la labor efectuada en los Consultorios de la Asociación Demográfica Salvadoreña en lo que concierne al Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervical.

La Asociación Demográfica Salvadoreña ha ido extendiendo su labor, no solo a las áreas urbanas sino también a las áreas rurales.

Al presente cuenta con los consultorios que menciono a continuación:

Sede Asociación Demográfica Salvadoreña	San Salvador.
Unidad de Salud Anexa a Escuela de <u>Medi</u> <u>cina.</u>	San Salvador.
Unidad de Salud San Jacinto	San Salvador.
Unidad de Salud Barrio Lourdes	San Salvador.
Unidad de Salud	Mejicanos
Unidad de Salud	San Antonio Ayutuxte peque.
Unidad de Salud	Col. Guadalupe. Soy pango.
Hospital de Chalatenango	Chalatenango.
Consultorios Pro-Salud Materna	San Miguel.
Unidad de Salud	Berlín.
Unidad de Salud	Santiago de María.
Consultorios Pro-Salud Materna	Usulután.
Centro de Salud	San Francisco Gotera
Centro de Salud	La Unión.
Hospital San Rafael	Santa Tecla.
Consultorio Pro-Salud Materna	Santa Ana.
Consultorio Pro-Salud Materna	Ahuachapán.
Unidad de Salud	La Libertad.
Unidad de Salud	El Congo.
Unidad de Salud	Aguilares.
Unidad de Salud	Quezaltepeque
Unidad de Salud	Opicco
Unidad de Salud	Jiquilisco

La extensión de la actividad de la Asociación Demográfica ha

sido en forma progresiva, y al presente existen proyectos para crear nuevos consultorios en otras poblaciones que en la actualidad no se benefician con los servicios de la Asociación Demográfica Salvadoreña

A continuación analizo la contribución de la A. D. S. al diagnóstico precoz del cáncer.

CAPITULO IV

FRECUENCIA DE CITOLOGIAS TOMADAS

(Mayo 65 a Junio 69)

Al analizar el número de casos de cáncer cervical detectado debemos revisar la cantidad de pacientes y citologías tomadas en los Consultorios desde el inicio de su funcionamiento hasta junio de 1969

Los primeros 6 consultorios funcionan en San Salvador desde mayo del 65 hasta el presente.

Los consultorios periféricos y departamentales iniciaron sus labores en forma progresiva desde agosto de 1966.

Para fines prácticos analizaré la totalidad de los datos obtenidos, como una unidad, refiriéndome a la labor total de la A.D.S. en el tiempo mencionado.

En el período que abarca de mayo de 1965 a junio de 1969 se han tomado un total de 39.300 citologías. Esto significa que se practicaron sistemáticamente un número similar de exámenes vaginales. Este total no representa el número real de pacientes que acuden a los Consultorios puesto que en la mayoría de los casos una misma paciente ha recibido el beneficio de 2 o más citologías de acuerdo a sus controles periódicos.

El siguiente cuadro presenta el total de citologías tomadas, con el número de negativas y sospechosas encontradas. Las citologías posit.

CUADRO No. 1

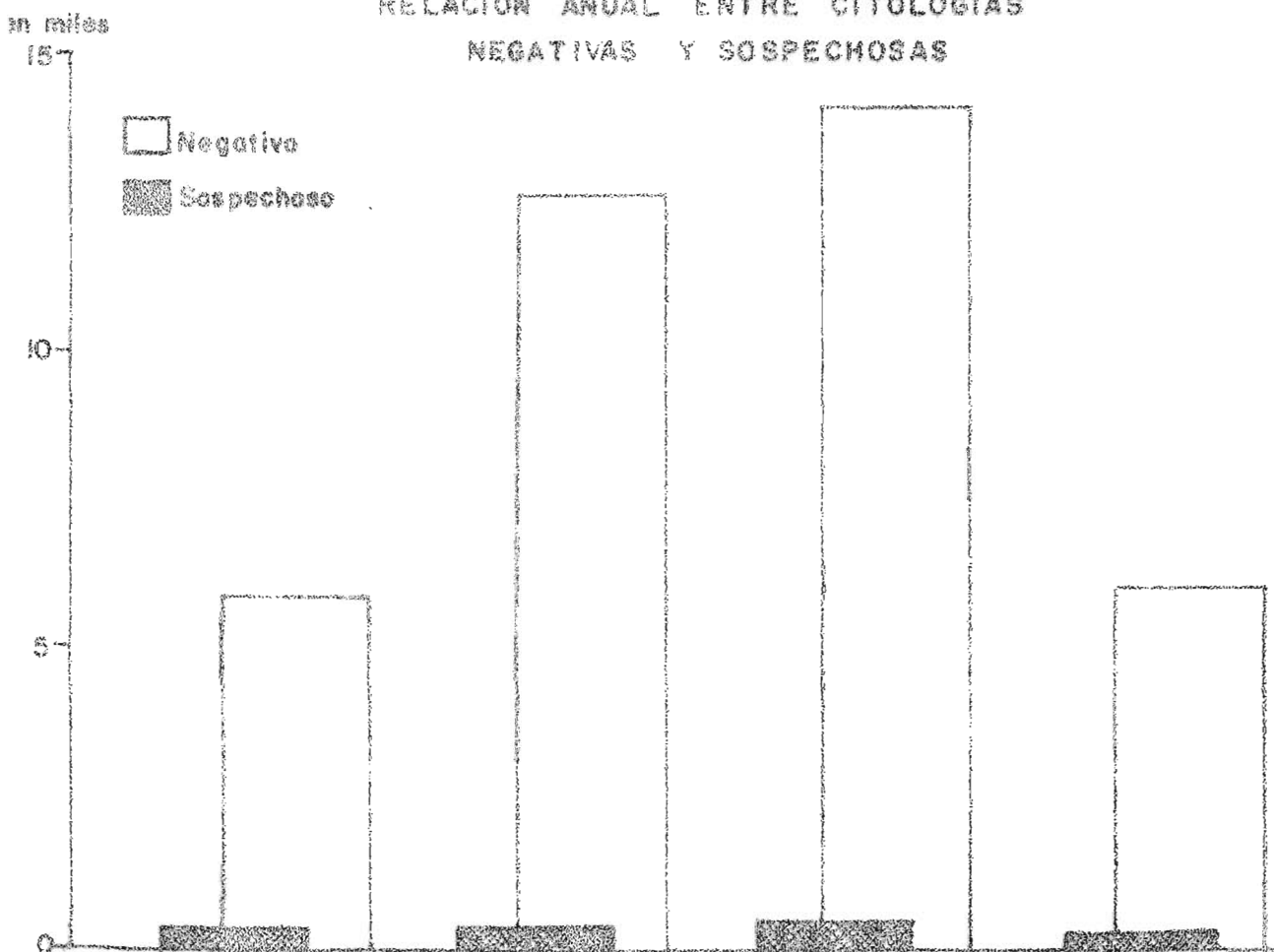
TOTAL DE CITOLOGIAS TOMADAS

(Mayo/65 a Junio/69)

Año	Negativos	Sospechosos	Total
1965-66	5.734	218	5.952
1967	12.680	197	12.877
1968	14.162	238	14.400
1969 Hasta Junio	5.094	177	6.071
Total	38.470	830	39.300

GRAFICA No. 1

RELACION ANUAL ENTRE CITOLOGIAS
NEGATIVAS Y SOSPECHOSAS



En el cuadro No. 1 es evidente que las beneficiarias de los servicios de la A. D. S. han aumentado progresivamente (Exceptuó el año de 1969. Este no es significativo por abarcar únicamente hasta junio

Este aumento puede atribuirse a la propaganda activa propiciada por la A. D. S. y por la mayor aceptación del público femenino a sus programas. Asimismo, al incremento de las clínicas de la misma y la fundación progresiva de nuevos consultorios departamentales.

La extensión de los programas de la A. D. S. no sólo se debe a la propaganda y educación que se imparte al público en general, sino al mayor interés y aceptación de sus programas por el gremio médico ; por el personal paramédico, sin cuyo concurso no sería posible efectuar la labor educativa y social necesaria para difundir y realizar los objetivos para los cuales fue creada la Asociación Demográfica - Salvadoreña;

La educación impartida a médicos, enfermeras y trabajadoras sociales mediante cursos de Dinámica de Población, Fisiología de la Reproducción y Planificación Familiar, conferencias y otros recursos audiovisuales contribuye a la formación de personal capacitado para atender mejor a las usuarias de estos consultorios y para transmitir los objetivos de la A. D. S. a comunidades que aún no participan de sus beneficios.

Llama la atención el hecho de que, a pesar del número cada vez mayor de citologías tomadas, el número de sospechosas presenta pocas variaciones. La explicación de este fenómeno no está totalmente clara pero podría estar relacionado con mejores técnicas al tomar las muestras cervicovaginales. Esto indica que debe insistirse con esmero en

el cuidado que debe revestir este procedimiento.

En el CUADRO No. 1 podemos ver que el porcentaje de citologías sospechosas acusa las siguientes variaciones anuales:

1)	(Mayo)	1965 - 1966	-	3.66 %
2)		1967	-	1.53 %
3)		1968	-	1.7 %
4)		1969	-(Hasta junio)	2.8%

El porcentaje global fué de 2.1% de casos sospechosos. Estos casos reciben atención especial:

- a) TRATAMIENTO ORAL Y VAGINAL DE PROCESOS INFLAMATORIOS.
- b) REPETICION DE PAPANICOLAOU DESPUES DE TRATAMIENTO.
- c) CONTROL PERIODICO EN CASO DE CITOLOGIA NEGATIVA.
- d) REFERENCIA A CENTROS HOSPITALARIOS EN CASO DE PERSISTIR SOSPECHOSA O DE PRESENTAR POSITIVIDAD.
- e) CONFIRMACION DIAGNOSTICA Y TRATAMIENTO ADECUADO EN CENTROS ESPECIALIZADOS.

FRECUENCIA GLOBAL DE Ca. CERVICAL DETECTADO

La motivación principal de las pacientes que acuden a los Consultorios de planificación familiar es exclusivamente el deseo de planificar bajo una base racional el incremento familiar. Por este motivo las usuarias de los Consultorios son mujeres en edad reproductiva en su casi totalidad asintomáticas.

Consecuentemente el diagnóstico de Ca. Cervical en estas pacientes enfatiza la importancia que tienen los exámenes periódicos y la citología rutinaria como un arma eficaz para la "DETECCION PREMATURA DE CANCER CERVICAL." Este hecho está confirmado por el número de casos de

tectados en los Consultorios de la A. D. S. en los cinco años estudiados en esta revisión.

Durante los cinco años que comprende este estudio se han detectado y confirmado un total de 62 casos de Cáncer del Cervix uterino.

Todos estos casos fueron referidos a los distintos hospitales - para tratamiento y clasificación según su estadio clínico. La siguiente gráfica demuestra el diagnóstico clínico de los 62 casos positivos a cáncer uterino detectado.

CUADRO No. II

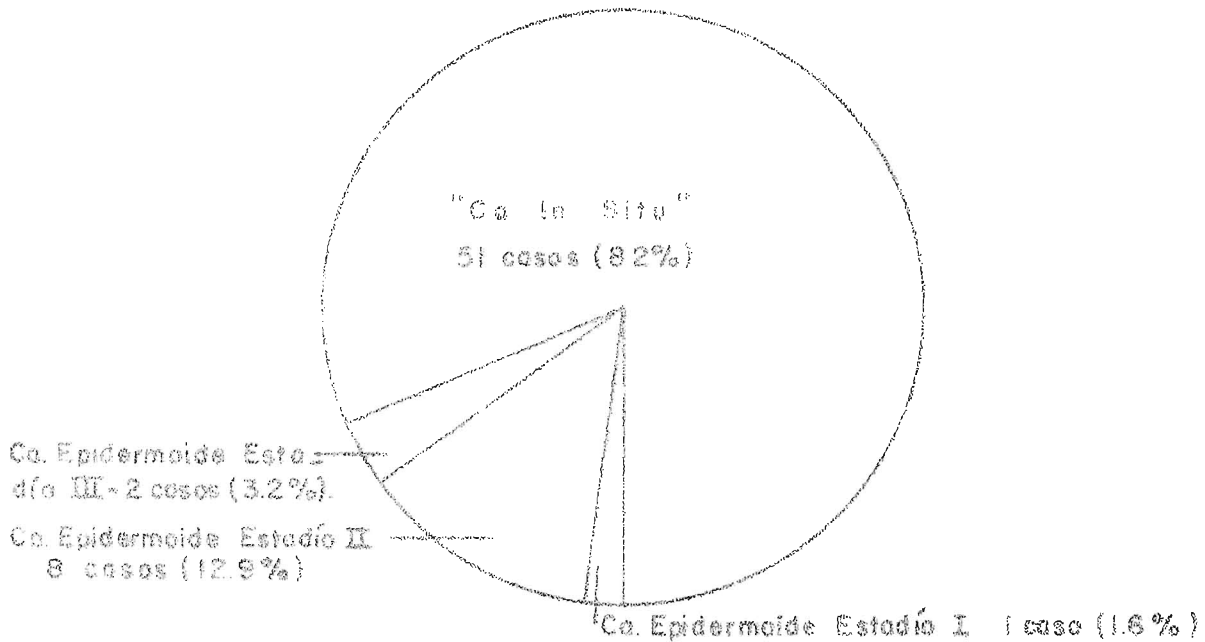
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CANCER DETECTADO

SEGUN SU ESTADIO CLINICO

<u>Diagnóstico.</u>	<u>Número de casos</u>	<u>Porcentaje</u> <u>(Aprox.)</u>
1) Ca. In-Situ (0)	51 casos	82 %
2) Ca. Epidermoide Gº I	2 "	3.2 %
3) Ca. Epidermoide Gº II	8 "	12.9 %
4) Ca. Epidermoide Gº III	1 caso	1.6 %
=====TOTAL.=====	62 casos	100 %

GRAFICA No. 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CANCER
DETECTADO SEGUN SU ESTADIO CLINICO



Como puede verse de un total de 62 casos diagnosticados de Cáncer cervical fueron detectados 51 casos de Carcinoma "In- Situ ", lo que representa un total de 82% de los casos diagnosticados prematuramente. Todas estas pacientes fueron asintomáticas y el diagnóstico se basó exclusivamente en la citología cervicovaginal y se confirmó posteriormente, en cada caso, mediante continuación del estudio histológico. El elevado porcentaje de Ca. "In-Situ" detectado es halagador puesto que permite establecer tratamiento curativo del cáncer. Por este motivo, aunque se hará mención de los estadios más avanzados detectados, haré mayor énfasis en los casos que se han diagnosticado como cáncer Estadio "0".

De los casos de Cáncer más avanzados fueron diagnosticados un total de 11 casos; o sea un porcentaje de 18% (aproximadamente) aban-

Lamentablemente en 3 de los 8 casos de Ca. Estadio II, a pesar de los controles periódicos y los estudios citológicos el diagnóstico se hizo tardíamente, como lo ilustran los siguientes casos:

CASO NUMERO 1

Registro	Edad	Paridad.	Citología.	
4781 - 67	35 a.	G: VI. P:V.	1a.: 22 mayo/67-	Negativa.
			2a.: 24 Junio/68	Negativa.

BIOPSIA (tomada por Sospecha Clínica)

28 JUNIO/69: Ca.EPIDERMOIDE ESTADIO II.

DIAGNOSTICO CLINICO:

Ca.EPIDERMOIDE ESTADIO II-B.

Al presente en tratamiento con Cobalto en Hospital Rosales.

Como puede verse esta paciente acudió puntualmente a sus controles en mayo de 1967 y en junio de 1968 y presentó en ambas ocasiones, Citologías negativas y no se sospechó clínicamente patología cervical hasta su tercer control en el cual se hizo el Diagnóstico clínico y - anatomopatológico de Ca. Estadio II del Cervix.

Es probable que hubo defecto de técnica al tomar las citologías y que los exámenes vaginales no fueron adecuados para detectar más tempranamente el cáncer cervical.

Este caso es representativo y semejante a los otros dos casos de Ca. Estadio II diagnosticado tardíamente a pesar de los controles periódicos.

CASO NUMERO DOS

Registro	Edad	Paridad.	Citología.
4678 - 69	34 a.	G: IX. P: IX.	1a.: 24 junio/ 66: Negativa
			2a.: 8 agosto/ 67: Negativa.

BIOPSIA: (Por Sospecha Clínica) :

16 abril / 69 : Ca. EPIDERMÓIDE. Estadío II-B

DIAGNOSTICO CLINICO:

Ca. EPIDERMÓIDE. Estadío II-B.

En este caso presentó 2 citologías negativas (Junio 1966 y Agosto/ 67). Pero la paciente no acudió a control en 1968 con los resultados nefastos que demuestra la evolución del caso.

El tercer caso representa una variación con respecto a los dos anteriores como vemos al estudiar su evolución:

CASO NUMERO TRES

Registro	Edad.	Paridad.	Citología.
5254- 69	35 a.	G.:VIII.P: VII	1a.: 21 Oct/ 66 : Negativa.
			2a.: 3 Enero 69 : Negativa.

BIOPSIA: (Por sospecha Clínica)

8 mayo/69 : Ca. EPIDERMÓIDE. Estadío II

DIAGNOSTICO CLINICO :

Ca. EPIDERMÓIDE. Estadío II-B.

Esta paciente no acudió a sus controles periódicos (Pap.:Mega

tivo en octubre de 1966 y en enero de 1969). Pero en mayo de 1969 se diagnosticó clínicamente un Ca. Estadío II.

Estos tres casos nos ilustran claramente varios parámetros que contribuyen al diagnóstico de Cáncer temprano y que de no llevarse a cabo adecuadamente predisponen a errores lamentables en la detección prematura del Cáncer.

Estos parámetros, de vital importancia, son:

- a) EXAMEN VAGINAL CUIDADOSO EN CADA CONTROL.
- b) TÉCNICA DE TOMA DE CITOLOGÍA POR PERSONAL ESPECIALIZADO Y CON EL MAYOR CUIDADO POSIBLE.
- c) HACER HINCAPIE EN LOS CONTROLES PERIÓDICOS DE CADA PACIENTE, - CREANDO CONCIENCIA EN ESTAS, DE LA NECESIDAD E IMPORTANCIA DE ACUDIR PUNTUALMENTE A LAS CITAS RESPECTIVAS.

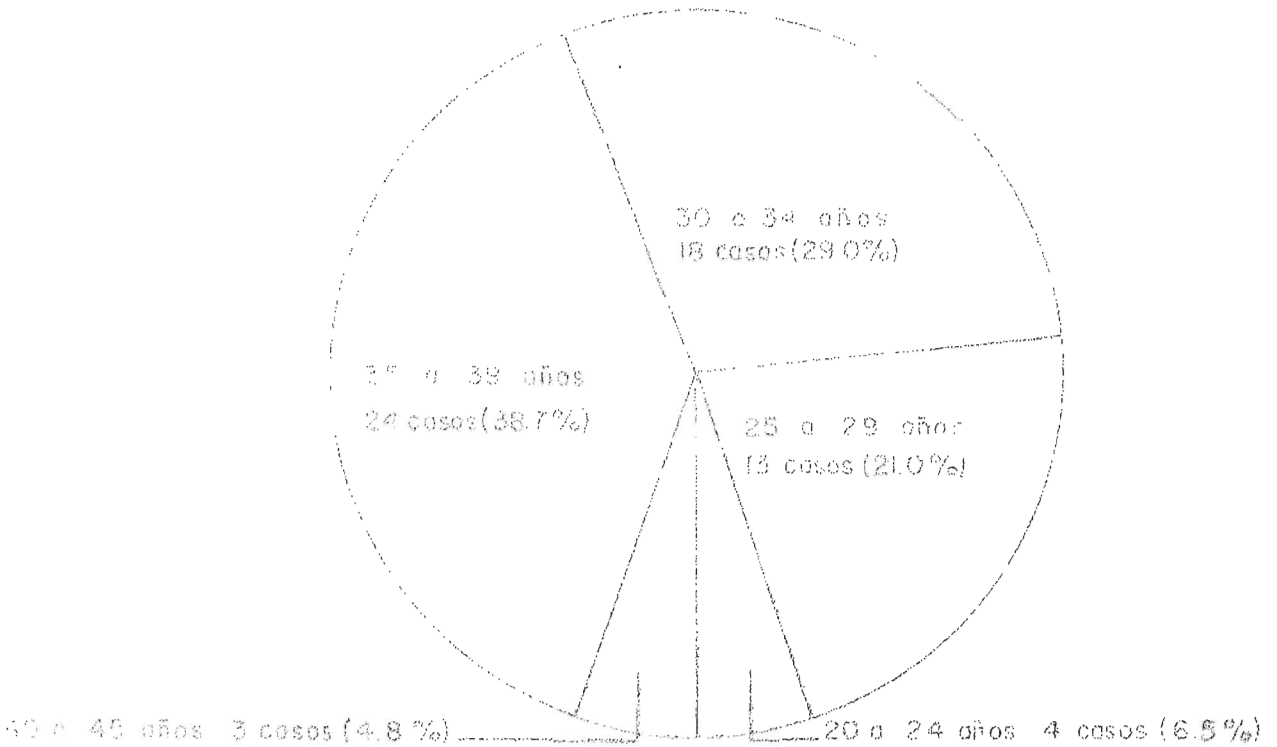
CUADRO NUMERO TRES

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CANCER CERVICAL DETECTADO POR GRUPOS ETARIOS

Grupo Etario.	Número de casos.	Porcentaje
1) - 20 - 24 años	4 casos.	6.5 %
2) - 25 - 29 años	13 "	21.0 %
3) - 30 - 34 años	18 "	29.0 %
4) - 35 - 39 años	24 "	38.7 %
5) - 40 - 45 años	3 "	4.8 %
TOTAL.	62 casos	100 %

GRAFICA No 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CANCER CERVICAL, DETECTADO POR GRUPOS ETARIOS



En el estudio de los casos de cáncer cervical detectado en la A. D. S., al analizar por grupos etarios los cánceres encontrados se aprecia que la mayor frecuencia de cáncer del cuello se encuentra en tre los 25 a los 39 años, habiendo relativamente pocos casos por arri ba de los 40 años y ningún caso en pacientes mayores de 45 años.

Esto implica una diferencia con respecto a lo encontrado en otros estudios realizados en nuestro medio y una variación aún mayor que los datos registrados en textos extranjeros. El motivo de esta diferencia radica en el hecho de que la población femenina que acude a los consultorios de Planificación Familiar está formada exclusivamente por mujeres en edad reproductiva.

De allí la ausencia de mayor número de casos por arriba de los 40 años y la ausencia total de cáncer cervical detectado en pacientes por arriba de los 45 años en este estudio.

PARIDAD

Como ya se mencionó al hablar sobre la epidemiología del Cáncer del cervix uterino, está comprobado que la multiparidad es un factor importante en la frecuencia de este padecimiento.

Los datos obtenidos al analizar los casos detectados de Ca. cervical por los médicos de la A. D. S. corresponden con los hallados en otros estudios. El cáncer del Cuello Uterino aumenta en frecuencia al aumentar el número de embarazos; siendo excepcionalmente raro en nulíparas y en vírgenes. EL CUADRO NUMERO CUATRO demuestra los hallazgos a ese respecto, encontrados en este estudio.

CUADRO NUMERO CUATRO

DISTRIBUCION DE Ca. CERVICAL DETECTADO SEGUN NUMERO DE EMBARAZOS

Número de embarazos.	Frecuencia de Ca.
1 a 2 embarazos	3 casos
3 a 5 embarazos	13 "
6 a 8 embarazos	25 "
más de 8 embarazos	13 "

T O T A L.

54 casos

=====

La mayor frecuencia de Ca. cervical se encontró en pacientes que tenían de 6 a 8 embarazos, con frecuencia relativamente alta en los grupos que presentaban de 5 a 5 embarazos y en los que tenían más de 8 embarazos. Esto está de acuerdo con otras opiniones y demuestra que la multiparidad es un factor epidemiológico muy importante en la frecuencia del cáncer cervical. (Debo aclarar que en esta serie sólo presente 54 casos de Carcinoma cervical debido a que en 8 fichas clínicas no reportaba la paridad de las pacientes.

CAPITULO V

CARCINOMA IN-SITU

(Análisis de frecuencia, diagnóstico, tratamiento y evolución)

Como se dijo anteriormente el objetivo de esta tesis es el Diagnóstico del Cáncer cervical, en los Consultorios de Planificación Familiar, en sus fases más incipientes. Es decir, el diagnóstico precoz en aquellos casos asintomáticos, susceptibles de curación completa con tratamiento adecuado y que presentan menores complicaciones y pronóstico más favorable.

Por este motivo, hago especial énfasis en la labor de la A. D. S. que presenta un método sumamente útil para descubrir este tipo de pacientes. El objeto principal de este estudio radica en el descubrimiento de estos casos tempranos y demostrar la utilidad del trabajo en equipo efectuado por los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y demás personal paramédico que labora en el programa de

Detección Prematura del Cáncer efectuado en los Consultorios de la A. D. S. en estrecha colaboración con personal médico especializado de los diferentes hospitales.

Es por esto que en este estudio daré mayor importancia a los Carcinomas "In - Situ " detectados en los consultorios de la Asociación Demográfica Salvadoreña.

En las páginas siguientes, incluyo en forma esquemática los casos de Cáncer In-Situ diagnosticados, con algunas consideraciones en cuanto a los métodos diagnósticos y al tratamiento empleado en cada caso, así como ciertos problemas con que se encuentran estas pacientes para recibir su tratamiento.

A continuación presento una revisión detallada del número de Cáncer In-Situ detectados en la Asociación Demográfica Salvadoreña - y los procedimientos diagnósticos que determinaron el tratamiento final.

REGISTRO DE CASOS DE CÁNCER DE CERVIC. U.T.

Registro	Edad	Paridad	Citología	Biopsia	Cono	Tratamiento
-1- 18176-66	37	G:VIII.P:VIII	1er. Pap: 23-Sept.66 Altamente Sospechosa. 2o.:29-Sept./66: Cé- lulas descamadas de Ca. Epidermoide. (II)	5-Dic./66 Ca. In-Situ.	7-Feb./66 Ca. In-Situ	3 Mayo/67 Histerectomía Abdo- minal Total.
-2- 11254-66	25	G.:III. P.:III	1er. Pap: 19-Jul/66 Neg. 2o. 25 Jul/66 Sospec- choso Inf. 3o. 6 Sept/67. Sospechoso (III)	28-Nov/68 Ca. In-Situ	15 Abril/69 Ca. In-Situ	Pte. No ha vuelto a control. No otro trat. Biopsia de Control: 27/Mayo/69. No hay cambios de Ca. In situ.
-3- 368 - 66	39	G.:X. P.: X	1er. Pap: 4.Oct/65 Sospechosa. 2o. 15 Nov/65. Ca. In-Situ 3o. 20/Oct/67: Células Descama- das de Ca. Epider- moide. (III)	1a. 10 Oct. 67.: Ca. In Situ.- 2da. 2 Nov. 67: Ca. In- Situ. 3ra. 22 Ma- yo/68: Ca. In-Situ (III)	No se prac- ticó. Pte. acudió a H.de Matern. en varias oca- siones, pero - no pudo ingre- sar por falta de cama.	27-Junio/68: Histerectomía Abdo- minal (En Hospital Rosales.)
-4- 9989-66	32	G:IV. P: IV.	1er. Pap:21 Jun/66 Células Descama- das de Ca. Epider- moide. (I)	1a. 7 Jul/66 Ca. In-Situ	26 Ag/66 Ca. In-Situ	31 Agosto/66: Histerectomía Abdo- minal Ampliada.
-5- 10116-66	30	G:VI. P.V.	1er. Pap: 11 Sep/67 Severa Tricomonia- sis. 2o. 12 Abril/68: Severa Tricomonia- sis. 3o. 1 Jul/68: Severa Tricomonia- sis. 4o. 3 Jun./69: Células Descama- das de Ca. Epider- moide. (IV)	2 Sep./ 69: Ca. Epider- moide G: II	No reveló ma- lignidad. Hi- perplasia mo- derada del Epi- telio. 2 Octubre /69	Operada con Dx. de Ca. In-Situ. Histe- rectomía. 18 de Noviembre/69.

NÚMERO DE CASOS DE CÁNCER EN SALUD

Registro	Edad	Paridad	Citología	Biopsia	Cono	Tratamiento
-6- 18161-66	33	G/VIII.P: VII.	1er. Pap: 29/Nov.66. Sospechosa (I)	3/Dic./66 Ca. In-Situ	10 Enero/67 Ca. In-Situ. Presenta hemo- rragia Post- cono.	19 Enero/67 Histerectomía Total con Salpingovariec- tomía Derecha.
-7- 4973-65	30	G:IV.P. III	1er. Pap:30 Agosto/68: Sospechosa Inf. 2o. 25 Feb/69: Sospechosa Inf. el 3er. Pap: 5 Mayo/ 69: Células Descamadas de Ca. Epidermoide. (III)	1a. 15 Oct. 68: Cervicitis Crónica y Aguda. 2a. 13 Ma- yo de 1969: Ca. In-Situ (II)	15 Junio/69 Ca. In Situ.	Paciente no recibi- ó otro tratamiento. Pérdida de vista.
-8- 14959	29	G:VII. P:VII	1er. Pap: 17 Enero. 1969: Sospechosa Monilia- sis. 2o.:9 Abril/69: Sospechosa Inf. 3er. 9 Sept/69 Células Descamadas de Ca. Epidermoide (III)	1a. 15 Ma- yo de 1969: Cambios dis- plásicos su- gestivos de malignidad. 2a. 10 Sep. 1969: Ca. In-Situ (II)	3 de Oct/69 Ca. In-Situ.	Histerectomía Abdo- minal Total.
-9 - 17688	35	G:VIII. P:VII	1er. Pap: Junio 17 de 1968: Sospechosa Inf. 2o. 19 Agosto/68: Sospechosa Tricomonia- sis. (II)	4 Sept./68 Marcada A- napiasia - Celular y Metaplasia de Glándu- las que en unas zonas parecen ha- ber roto - la Memb. Ba- sal. (I)	26 Octubre de 1968: Ca. In-Situ	21 Noviembre de 1968: Histerectomía total (Ruptura accidental de vejiga, pero ev- olución posterior - buena.) Controles sucesivo: negativos.
-10- 1980-65	44	G:X.P:VIII.	1er. Pap: 22 de abril de 1968: Sospechosa. 2o.: 12 Jun./68: Sospechosa Inf. 3er.:22 Nov./68: Células Descamadas de Ca. Epidermoide.	1a.: 23 Ma- yo de 1968: Cervicitis Crónica. 2a.: 8 Ju- lio de - 1968: Cervicitis	12 Marzo/69 Ca. In-Situ	18 de Marzo de 1968: Histerectomía Vagi- nal (Pte. padecía además de prolapso genital G ^o II) Controles postero- res Neg.

NÚMERO DE CASOS DE CÁNCER IN-SITU.

Registro	Edad	Paridad	Citología	Biopsia	Cono	Tratamiento
-11- 44-38- 64	28	G:V. P: II	1er. Pap: 26 junio/66 Neg. 2o.: 1 Dic./66 Sospechosa. 3o.: 9 Enero/67 Negativo 4o.: 29 Sep/67: Sospechosa Inf. (IV)	4 Oct./67 Ca. In-Situ.	29 Nov./67 Ca. In-Situ	10 Enero/1968 Histerectomía Abdominal Total. Controles postoperatorios asintomáticos.
-12 - 20722-64	32	G:XII.P:XII.	1er. Pap: Nov. 12/68 Sospechosa Tricomoniiasis. (I)	Hiperplasia atípica G ^o . IV Sospechosa de Ca. In Situ.	15 Abril/69 Ca. In-Situ.	No otro tratamiento. <u>Acudió en 3 ocasiones para ingreso en Cirugía. No pudo ser ingresada por falta de cama en H. Matern. Pérdida de Vista.</u>
-13- 1007- 64	22	G: II. P:II.	1er. Pap: 5 Dic./68 Sospechosa Inf. 2o.: 22 Feb/69 Sospechosa Inf. (II)	14 Mayo/69 Ca. -Situ.	26 Junio/1969 Ca. In-Situ. Presentó hemorragia postcono. Ingresó en estado de shock hemorrágico. (Se dió de alta curada.)	No otro tratamiento. Pap. de control: 28 de Octubre de 1969 y 28 noviembre/69. Negativas.
- 14 - 15768-64	24	G: VI. P: IV	1er. Pap: 15 Abril de 1967. Sospechosa Inf. 2o.: 19 Oct./67 Neg. tricomoniiasis. (II)	No fue tomada.	11 Sept./69 Ca. In-Situ. Hemorragia - post -cono.	No otro tratamiento. El 29 abril/68 regresó con Emb. de 26 semanas. Pap. fu neg. Parto vaginal el 20 julio/68. Nuevo embarazo y parto de Obito 8 - de octubre de 1969 Controles negativos.
- 15 - 9950-64	25	G: IV. P: IV.	1er. Pap: 9 enero/67: Negativo. 2o. 18 enero/68 Sospechosa. 3o. 26 marzo/68	7 junio/68 Sospechosa de malignidad.	26 Agosto/68 Ca. In-Situ	2 Oct./68 Histerectomía abdominal. Pte. padece y está en control por I.

NUMERO DE CASOS DE CANCER IN-SITU.

Registro	Edad	Paridad	Citología	Biopsia	Cono	Tratamiento
			4o. 17 Mayo/68 Altamente sospechosa. (IV)			Controles sucesivos asintomáticos.
- 16 - 17029 - 64	29	G:VI P: VI	1er. Pap: 14 Octubre de 1966: Sospechosa. 2o.: 30 Nov./66: Sospechosa. 3o.: 25 Abril/67 Sospechosa. (III)	25 Abril/67 Cambios de malignidad Sospechosa de invasion.	15 Nov./1967 Ca. In-Situ.	No otro tratamiento. Nuevo embarazo y se le practicó Cesarea clásica más esterili- zación en mayo/69. Pendiente de trata- miento quirúrgico.
- 17 - 24693 - 64	44	G: XVII P: XVI.	1er. Pap: 15 Mar./1966. Ca. In-Situ.	22 Marzo/66 Ca. In-Situ.	Ca. In-Situ.	8 Mayo/66. Histerec- tomía abdominal to- tal. Controles sucesivos negativos.
- 18 - 1368-67	35	G:IX. P:VIII	1er. Pap: 24 Agosto de 1967: Ca. In-Situ. (I)	No se tomó.	7 Octubre/67 Ca. In-Situ.	No otro tratamiento. No ha regresado a - control. <u>Pérdida de vista.</u>
- 19 - 6531 - 67	36	G:VIII. P: VI	1er. Pap: 18 de febrero de 1965: Negativa. 2o. 24 Enero/66 Negativa. 3o. 27 Dic./67 Marcada moniliasis. 4o.: 16 Feb./68. Inflamatoria. (IV)	1a. 27 Dic. de 1967 Ca. In-Situ. 2a. 2 Feb/ 1968. Ca. In-Situ (III)	17 Julio de 1968. Ca. In-Situ. Recidiva: Biopsia + Postcono 14 marzo/69 Ca. In-Situ.	No otro tratamiento. Pte. llegó a sus - controles para in- greso en 4 ocasio- nes. No ingresó por falta de cama. Pos- teriormente perdida de vista.
- 20 - 8634 -67	32	G: IX. P: VII.	1er. Pap: 21 Abril de 1969. Altamente sospechosa. (I)	28 Junio/69 Ca. In-Situ. En algunas zonas no - puede des- cartarse - Invasión.	25 Agosto/69 Ca. In-Situ.	No otro tratamiento. No acudió a control. <u>Pérdida de Vista.</u>
- 21 - 17847-66	33	G: VI. P:IV	1er. Pap: 30 Agosto de 1968: Altamente sospechosa.	2 Oct./68 Ca. In-Situ	13 Nov./68 Ca. In-Situ.	17 Enero de 1969: Histerectomía Abdo- minal más salpingo-

NÚMERO DE CASOS DE CÁNCER IN-SITU

Registro	Edad	Paridad	Citología	Biopsia	Cono	Tratamiento
						varietomía derecha. Controles posteriores asintomática. Pap: 26 marzo de - 1969. Negativa -Tricomoniiasis.
- 22 - 10123 -66	36	G: IX. P:VIII.	1er. Pap: 19 agosto de 1966 Sospechosa.	24 Agosto/ 1967 Ca. In-Situ	16 Octubre 1967 Ca. In-Situ	No otro tratamiento. Pap: control(lo.): 15 julio/68. Neg. Inf. 2o. control Pap: 2 junio 69: Células descamadas de Ca. Epidermoide. No acudió a nueva cita. <u>Pérdida de Vista.</u>
- 23 - 16700 - 66	34	G: X. P:VIII	1er. Pap: 30 Septiembre de 1966. Altamente sospechosa. 2o. 1 Nov./66: Células descamadas - de Ca. Epidermoide. (II)	7 Nov./66 Ca. In-Situ.	1 Dic./66 Ca. In-Situ.	20 Enero de 1967: Histerectomía Abdominal más salpingo- varietomía Dere-- cha. Complicó con - Absceso Herida ope- ratoria y posterior- mente Hernia Inci- sional. Control Pap: 7 Oct. 1968 Negativo.
- 24 - 2489 - 67	28	G:V. P: V.	1er. Pap: 26 Octubre de 1966 Altamente sospechosa. (I)	23 Dic./66 Metaplasia Epidermoide. Defecto de - fijación que no permite - concluir	28 Marzo/67 Ca. In-Situ.	29 de mayo de 1967 Histerectomía Abdo- minal ampliada. Ul- timo control asis- tomática. Pap: 7 julio 67: Negativo.
- 25 -		G: P:	1er. Pap: 5 Feb./68 Muestra muy inflama			Se citó para Cono y no acudió.

NUMERO DE CASOS DE CANCER IN-SITU

Registro	Edad	Paridad	Citología	Biopsia	Cono	Tratamiento
			Sospechosa Inflamatoria. 3o. 30 Abril/69 Sospechosa Inflamm. (III)			
- 26 - 4486 - 68	30	G: VI. P:VI	1er. Pap: 28 Nov. de 1966: Negativa. 2o.: 12 Feb/68. Sospechosa. 3er.: 4 Marzo/68: Altamente sospechosa. (III)	4 Abril/68 Muy sospechosa de Ca. In-Situ	29 Mayo/68: Ca. In-Situ.	16 de Septiembre/1969: Histerectomía Abdominal total. Control en Octubre - 1969 no reveló -- sintomatología.
- 27 - 3580 - 68	32	G:VIII.P:VII	1er. Pap: 10 Ene/1968: Muestra muy inflamatoria. 2o.: 8 Marzo/68: Células Descamadas de Ca. Epidermoide. (II)	No se hizo.	2 de Abril 1968 Ca. In-Situ con micro - Invasión.	27 Junio de 1968: Histerectomía total con Resección amplia de vagina y apendicectomía. controles: 26 Agosto/68 y 30 Sepbre.68 Negativos.
- 28 - 6774 - 68	32	G: VII P:VII	1er. Pap: 24 abril de 1968. Sospechosa Inf. 2o. 24 Junio/68 Células descamadas de Ca. Epidermoide. (II)	No se hizo.	29 Agosto 1968 Ca. In-Situ	No otro tratamiento. Controles de Pap: 16 Sepbre./68: - Neg. y 14 Oct./68 Examen ginecológico Neg. Asintomática.
- 29 - 16075 - 68	29	No figura en cuadro.	1er. Pap: 16 Octubre/68 Sospechosa Inf.	24 Dic./68 Ca. In-Situ.	No se hizo.	Se planificó Cono. Pte. no pudo ingresar a H. Maternidad por falta de cama. Llegó en 2 ocasiones: 30 enero/69 y 6 Nov./69.- Pérdida de Vista.

NUMERO DE CASOS DE CANCER IN -SITU

Registro	Edad	Paridad	Citología	Biopsia	Cono	Tratamiento
- 30 - 3999- 68	33	No figura en cuadro.	1er.Pap: 14 ene/68: Altamente Sospechosa. 2do.: 25 Febrero/68 Sospechosa Inf. 3er: 26 Marzo/ 1968. Sospechosa Inf. 4to.: 9 abril / 68 Sospechosa Inf. 5to.: 13 mayo/ 69 Sospechosa Moniliasis. (V)	20 mayo/69 Cervicitis aguda y crónica.Hiperplasia Atípica Go. II y III.	No se hizo. Diagnóstico tardío por falta de cono.	Ha continuado sus controles. 26 Agosto/69 Ex:Erosión cervical y Leucorrea. 14 Oct/69: Pap. de Control : Ca. In-Situ. Pendiente de Conificación.
- 31 - ADS.-# 51	26	G:III. P:IIII	1er.Pap: 30 agosto:68 Células descamadas de Ca. Epidermoide. (1)	10 Sep./68 Ca.In-Situ	Oct./68 Ca. In-Situ.	No otro tratamiento <u>Nuevo embarazo y - parto vaginal en Agosto/69.</u> Pendiente de ingreso para cirugía.
- 32 - ADS.1027	28	G:V. P: V	1er.Pap:1 Oct. / 68 .Sospechosa. (I)	6 Dic./68 Ca.In-Situ	7 Feb./ 69 Ca.In-Situ.	25 de abril de 1969 Histerectomía abdominal total mas salpingovariectomía - Derecha. Control - posterior asintomática.
- 33 - 10612- 68	34	G: X. P: X.	1er.Pap: 27 Sept/ 67: Negativo. 2do. Pap: 4 Oct./ 68 Células descamadas de Ca. Epidermoide. (I)	Ca. In-Situ	No se encontró en cuadro.	15 abril/ 69 Histerectomía abdominal.
- 34 - 7793 - 64	31	G: VI. P: VI	1er.Pap: 21 Julio/ 67 Negativa. 2do: 30 Oct./68: Sosp. Inf. 3ero: 8 mayo de 1969 Altamente Sosp. (III)	8 mayo / 69 Ca.In-Situ	No se hizo.	Se planificó Conc. No acudió paciente <u>Perdida de Vista.</u>
- 35 - 2964 - 64	34	G: VII. P: VI	1er. Pap: 12 Sept/ 68 Sospechosa Inf. 2do. : 9 enero: 69 Células desc.de Ca.Epidermoide. (II)	10 marzo: 1969. Ca.In-Situ	2 mayo/ 69 Ca. In- Situ	13 mayo de 1969: Histerectomía abdominal total.

NUMERO DE CASOS DE CANCER IN-SITU

Registro	Edad	Paridad	Citología	Biopsia	Cono	Tratamiento
- 36 - 10967- 64	37	G.V. P: V.	1er.Pap: 4 Julio/67: Altamente Sospech. 2do.: 15 Agosto/67 Negativa. (II)	16 Agosto/67 Ca.In-Situ.	10 Oct./67 Ca.In-Situ	15 Diciembre/67: Histerectomía abdominal total. Control suscesivos asítomáticos.
- 37 - 61576	37	G:VI. P: V.	1er.Pap: 21 Feb./ 69 Células descamadas de Ca.Epidermoide. (1)	24 Jun/69 Ca. In-Situ.	No se hizo.	Pte. no volvió a trat. <u>Perdida de Vista.</u>
- 38 - 8516-68	36	G: VIII. P: VIII.	1er.Pap: 31 Enero/67: Susp. Infl. 2do: 26 abril/68: Altamente Susp. (II)	1a.(H.de - Chalatenango) Cervicitis - Crónica con Metaplasia - Epidermoide e Hiperplasia atípica G.IV 2da: 7 Mayo 68:Ca.In-Situ	No figura - en cuadro.	13 enero de 1969 Histerectomía abdominal total.
- 39 - A.D.S. - 153	40	No figura en cuadro.	1er.Pap: 17 Jun/68 Sospechosa. 2do:22 jul/68 Susp. tricomoniasis. 3ero.: 23 Oct./68 Muestra muy infl. (III)	Febrero/69 Ca.In-Situ	Junio/69 Ca. In-Situ (H. Rosales)	No otro tratamiento Pendiente de cirugía.
- 40 - 11132-66	33	No figura en cuadro.	1er. Pap: 22 Jul/66 Células descamadas de Ca. Epidermoide.(I)	No se tomó	25 julio/66 Ca. In-Situ.	"Paciente rehusó tratamiento quirúrgico.Perdida de Vista.
- 41 - 368- 66	37	G: X. P: X.	1er. Pap: 4 Oct./65: Sospechosa. 2do: 6 enero/66: Células descamadas de Ca. Epidermoide. 3er.: 6 Oct./67: Células Descamadas de Ca. Epidermoide. (III)	1a.: 6 Octubre /67: Ca.In-Situ. 2do.27 Mayo 68: Ca. In-Situ. (II)	No figura en cuadro.	Junio 69 Histerectomía abdominal total. (H. Rosales.)

NUMERO DE CASOS DE CANCER IN-SITU

Registro	Edad	Pariedad	Citología	Biopsia	Cono	Tratamiento
- 42 - 10383- 66	35	G: VI. P: VI.	1er. Pap: 17 Mayo/65: Negativa. 2da: 16 junio/66: Sosp. Inf. (II)	19 Jun/66 Ca.In-Situ	20 agosto/66 Ca. In-Situ.	20 Oct./66: Histerectomía abdominal con Salpingo- variectomía derecha falleció por Shock Hemorrágico Post- operatorio.
- 43 - A.D.S. 2492 H.de Sta.Ana.	23	G:V. P: V.	1er. Pap: 24 Marzo/68: Sosp. Inf. 2do: 24 junio/68: Sosp. Inf. 3er. 3 Oct./68: Alta- mente Sospechosa. (III)	3 Oct./68: Ca. In-Situ "Con Invasión reciente al Estroma".	No figura en cuadro	6 Nov./68. Hister- tomía abdominal - tal ampliada con Salpingovariector bilateral.
- 44 - A.D.S. - 294 H.de Sta.Ana.	26	G: VI. P:VI	1er.Pap: 3 Dic./68 Sospechosa. (I)	18 Enero/69 Ca.In-Situ	6 Marzo/69 Ca. In-Situ.	No otro tratamien- Pendiente cirugía.
- 45 - 61846-68 H.de Sta.Ana.	35	No aparece en ficha.	1er. Pap: Dic./67: Células descamadas de Ca. epidermoide. 2do. 21 marzo/68: Ca. Invasivo. (II)	21 Marzo/68 Ca.In-Situ "No hay zo- na de inva- sión."	Ca. In-Situ.	27 Marzo/68: Histerectomía abdo- minal total con Sa- pingovariectomía bi- lateral. Pap. de (C- trol: 3 Mayo/68 y 18 Oct/68: Negativ
- 46 - 1785- Hosp.de San- ta Ana.	25	G: III. P:III	1er. Pap: 15 Agt/67: Células Descamadas de Ca.Epidermoide. 2do.: 23 Sept/67. Ca. In-Situ (II)	23 Sept/67 Ca.In-Situ	10 Oct./67 Ca.In-Situ, con zonas de micro- invasión.	19 Feb./68: Histe- rectomía abdomini- total con Salpingo- variectomía bilar- ral. Pap. de Con- 13 Feb/69: Negati-
- 47 - 168350049 I.S.S.S.	34	G: II. P:II.	1er. Pap: 28 Nov./68 Sosp. Inf. (I)	28 Marzo/69 Ca.In-Situ.	29 Abril/ 69 Ca.In-Situ.	No otro tratamien- to. Pap.de Contro- 18 Jun/69 y 6 Oc- 69.: Negativos.
- 48 - 155330384 I.S.S.S.	35	G: VI. P:III	1er.Pap:26 Jul./67: Negat. Inf. 2do.: 11 Sept./67: Células Descamadas de Ca. Epidermoide. (II)	25 Jun./68 Ca.In-Situ	23 Sept/68 Ca. In-Situ.	No otro tratamien- to. Controles suc- sivos negativos. Pap: 19 Enero/70: Negativo.

NUMERO DE CASOS DE CANCER IN-SITU

Registro	Edad	Paridad	Citología	Biopsia	Cono	Tratamiento
- 49 - A. D. S. 512. I.S.S.S.	35	No figura en cuadro.	1er. Pap: 16 Jul/65: Ligeramente Sosp. 2do: 25 Feb./ 67: Sospechosa. (II)	Enero/69 Ca. In:Situ	Enero/69 Ca. In-Situ	Histerectomía a minal total.
- 50 - 9623- 66	36	G: V. P: IV.	1er. Pap: 23 jun/66: Sosp. Inf. 2do.: 13 enero/67: Neg. Tricomoniiasis. (II)	20 enero/67 Ca.In-Situ	22 Feb./67 Cervicitis Crón- nica con meta- plasia espino- sa de algunas glándulas.	No otro tratami- to. En control per- dido. Pap. de de marzo/67 y Oct./67: Hega Se practicaron terizaciones po- cervicitis cró- ca.
- 51 - 11365- 64	32	G: VIII. P: V	1er. Pap: 6 Sept./66 Altamente sospechosa. 2do.: 4 noviembre/66: Sospechosa. (II)	8 Nov./66 Cambios su- gestivos de Ca. In-Situ pero no con- cluyentes.	20 diciembre 1966: Focos de hiperplasia y Anaplasia ce- lular con me- taplasia espino- sa de glán- dulas. No lle- gan a consti- tuir Ca. In- Situ.	No otro trata- to. Pap. de Con- trol: 24 enero/ Negativo y 4 d abril de 1969: Negativo.

Como ya se dijo el diagnóstico clínico que más frecuente se hizo en los diferentes consultorios fue el de "Ca. In-Situ".

Los datos obtenidos indican:

NUMERO DE Ca. IN-SITU DETECTADOS: 51 CASOS

REPRESENTA EL 32% DE TODOS LOS CAUCERES DETECTADOS EN A. D. S.

De estos analizaré exhaustivamente la forma en que se confirmó el diagnóstico, el tiempo que transcurrió desde el establecimiento del diagnóstico y el tratamiento definitivo, así como las complicaciones que se presentaron como consecuencia de dicho tratamiento.

CONFIRMACION DIAGNOSTICA DE " CA IN-SITU"

Las pacientes vistas en los consultorios de la A.D.S. que presentaron citologías sospechosas (aún después de tratamiento antiinflamatorio); altamente sospechosa o positivas fueron referidas al Hospital de Maternidad, Hospital San Juan de Dios de Santa Ana y a Maternidad del I.S.S.S. para la confirmación del Diagnóstico inicial y para tratamiento.

El Procedimiento diagnóstico fue similar en la mayoría de casos con algunas variantes en el tratamiento según el Hospital a que fueran enviadas.

En la mayoría de casos el método seguido para completar el Dx. presentó un patrón semejante:

- 1) Repetición de la Citología en casos sospechosos.
- 2) Biopsias cervicales seriadas
- 3) Conificación del Cervix.

La importancia de los exámenes vaginales periódicos y citológicos con controles sistemáticos se demostró en la gran mayoría de casos y

En numerosos casos de citologías negativas inicialmente se comprobó durante los controles periódicos que ya 1 año o 2 más tarde la citología era sospechosa o aún positiva a Ca. del Cervix. El número de citologías por paciente varió de acuerdo a los resultados habiendo necesidad de repetir el frotis en varias ocasiones según cada caso.

En el siguiente cuadro se aprecian el número de citologías por paciente para establecer diagnóstico inicial y para decidir la toma de biopsias múltiples. En algunos casos se tomaron innecesariamente la o más citologías; puesto que, habiéndose contestado citologías positivas no se procedió a la biopsia, sino que se repitieron sin objeto nuevas citologías. El número de citologías por paciente se demuestra en el siguiente cuadro:

CUADRO NUMERO CINCO
NUMERO DE CITOLOGIAS TOMADAS POR PACIENTE. (PRIMA A BIOPSIA)

Citologías	Número
1) unicamente una	16 pacientes
2) 2 Citologías	19 "
3) 3 Citologías	11 "
4) 4 Citologías	4 "
5) 5 Citologías	1 "

Los resultados de las citologías tomadas determinaron la necesidad de biopsias cervicales y posteriormente de cono del cervix para decidir la terapia.

Es importante el hecho de que en gran número de casos los primeros exámenes citológicos resultaron negativos y que fue a través del "control periódico" de cada paciente que se demostró o sospechó el Dia

... Pacientes que en su primera citología resul-

teron con diagnóstico negativo fueron llamadas sospechosas, altamente sospechosas y aún positivas al efectuar el examen citológico un año o más después del PAP inicial.

En varios casos las pacientes presentaron citologías sospechosas en diversas ocasiones y el diagnóstico se confirmó por Biopsia y/o conificación cervical.

En el estudio de casos con Citología "ALTERADA SOSPECHOSA" se comprobó elevada frecuencia de positividad de Ca. "In-Situ". Por ejemplo, en los casos estudiados se descubrieron 13 cánceres cervicales badándose en 13 pacientes referidas de la A. D. U. con diagnóstico: Altamente -- Sospechoso.

Los casos referidos con citología positiva fueron numerosos y en su mayoría confirmados por biopsias cervicales. De los 51 casos de pacientes estudiadas fueron referidos 21 pacientes con citologías positivas a Ca. In-Situ ó con diagnóstico de Células descamadas de Ca. epi-- dermoide. Posteriormente estos casos se confirmaron con biopsias y/o -- cono del Cervix.

BIOPSIA CERVICAL

De los 51 casos de Ca. In-Situ diagnosticados se tomaron biopsias del Cervix en todos los casos (a excepción de 5 casos en que se procedió al cono después de citologías positivas). La biopsia del cervix -- confirmó el diagnóstico de Ca. In-Situ en la mayoría de casos referi-- dos. A excepción de 6 casos en que no fue concluyente habiéndose diag-- nosticado: Cervicitis crónica, sospecha de malignidad o Hiperplasia -- atípica con metaplasia epidermoide.

no del Cervix.

La importancia de esta secuencia para hacer un diagnóstico de Ca. cervical temprano radica en que tanto la citología sólo, la biopsia sólo y aun la combinación de ambos no siempre son suficientes para hacer un diagnóstico exacto del Ca. incipiente. Es necesario acudir a todos los métodos a nuestra disposición para hacer una mejor evaluación diagnóstica en cada caso particular.

CONO DEL CERVIX

A continuación de la biopsia cervical se practicó conificación - del Cervix en 40 de los 51 casos estudiados de Ca. In-Situ. Confirmándose aún más el diagnóstico establecido.

En algunos casos de acuerdo al criterio particular de cada médico tratante, el Cono fue considerado como tratamiento curativo definitivo si la muestra tomada no revelaba signos histopatológicos de malignidad en los bordes de la pieza quirúrgica. De manera que, las pacientes tratadas en esta forma se consideraron como curadas, pero se les sigue un control periódico y estricto para evaluar la efectividad del tratamiento y evitar posibles recurrencias. En los casos presentados en los cuadros arriba descritos en forma esquemática se demuestra que el cono cervical cuidadosamente practicado presenta pocas complicaciones. Siendo la más frecuente la hemorragia vaginal posterior al cono que se presentó en únicamente 3 de los 40 conos practicados.

TRATAMIENTO DEL CA. " IN-SITU " (DETECTADO EN A.D.S.)

En el grupo de pacientes estudiadas con Dx. de Ca. In-Situ el tratamiento varió de acuerdo al criterio terapéutico de la Institución - donde fueron referidos las pacientes y al criterio individual de cada

Los métodos terapéuticos empleados fueron, en orden de frecuencia:

- a) HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL.
- b) UNICAMENTE CONFIGACION CERVICAL.
- c) HISTERECTOMIA VAGINAL (Sólo en un caso con Ca.In-Situ asociado con Prolapso genital G2. II)
- d) NINGUN TRATAMIENTO.

A-) HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL:

De los 51 casos de Ca. In-Situ la mayoría de pacientes fueron tratadas con Histerectomía abdominal total. Del total de pacientes con este Dx. a 26 pacientes se les practicó histerectomía total. Esto representa un 50.9 % de casos tratados con histerectomía abdominal total. Se practicó salpingovariectomía unilateral o bilateral de acuerdo a cada caso basándose principalmente en la edad de las pacientes. Sólo en 2 casos de pacientes con Dx. de Cáncer "In-Situ" con microinvasión reciente al estroma" (Casos No.43 y No. 46). Se practicó la histerectomía con - Salpingo variectomía bilateral.

COMPLICACIONES Y PADECIMIENTOS COINCIDENTES CON EL CÁNCER

A QUIENES SE LES PRACTICÓ HISTERECTOMÍA POR CA. IN-SITU.

La morbilidad y mortalidad de las 26 pacientes a quienes se les practicó Histerectomía abdominal total por Ca. In-Situ fue relativamente baja, únicamente 3 pacientes presentaron complicaciones directamente relacionadas con el procedimiento quirúrgico. En un caso hubo ruptura accidental de la vejiga, la cual se suturó y evolucionó satisfactoriamente. En otra paciente se presentó un absceso de la herida operatoria que posteriormente produjo una hernia incisional.

Sólo hubo 1 caso de mortalidad consecutiva a la cirugía abdominal. Esta paciente falleció como consecuencia de Shock Hemorrágico postoperatorio.

De los padecimientos coincidentes con los Ca. In-Situ detectados en la A.D.S. ninguno representó impedimento importante para el tratamiento quirúrgico. Únicamente se presentaron en 2 casos:

- 1) Paciente con Tuberculosis Pulmonar antigua, recibiendo tratamiento y bien controlada.
- 2) Prolapso uterino Go. II en 1 caso, que se resolvió con Histerectomía vaginal.

B.-) CONIFICACION COMO UNICO TRATAMIENTO:

De los 51 casos detectados, con Dx. de Ca. In-Situ, en 19 de estos el tratamiento único fué la conificación cervical.

El criterio que prevaleció para tomar esta decisión se basó en diversos factores que incluyen: edad de las pacientes, embarazo o

lancia citológica periódica a cada paciente. La condición principal para que fuese el Cono el tratamiento único del Ca. In-Situ fue el hecho de no demostrarse signos histopatológicos de malignidad en los límites de resección de la pieza operatoria después de estudio anatómopatológico cuidadoso.

Debo hacer resaltar el hecho, de que no en todas las pacientes en que se practicó cono, prevaleció este criterio, ni reunían las condiciones necesarias para llevar a cabo este método terapéutico. En varias de estas pacientes se planificó Histerectomía Abdominal total y se citaron las pacientes para dicho tratamiento. Los motivos por los cuales no se completó el tratamiento fueron diversos y en ocasiones lamentables. Varias de estas pacientes acudieron a sus citas para ingreso hospitalario, pero no lograron ingreso por falta de camas disponibles en ese momento o porque no se les impartió la consulta médica para la cual habían sido citadas. (Caso ilustrativo No.19) En otros casos las pacientes "no acudieron" a sus citas y fueron perdidas de vista. Otro factor que influyó en la discontinuación del tratamiento, fue el hecho de que varias pacientes salieron nuevamente embarazadas posterior a la conificación y no pudo practicarse la Cirugía planificada. (Caso ilustrativo No. 16). En una ocasión la paciente rehusó voluntariamente la histerectomía y fue perdida de vista (Caso No. 40).

Debo señalar, que en aquellos casos en que no se presentan "todos los requisitos" indispensables para emplear el cono como tratamiento único del Ca. In-Situ, debe hacerse siempre un tratamiento más radical para evitar la posibilidad de recidivos o aún de progre-

sión de la enfermedad a estadios más avanzados. Para decidir esta terapia conservadora es preciso evaluar con el mayor cuidado cada caso particular y no someterse a generalizaciones que puedan poner en peligro la vida de la paciente. El caso No. 22 ilustra con detalle el peligro que presurona el tratamiento conservador en una paciente en que no se evaluó con el debido cuidado para decidir la terapéutica.

C- HISTERECTOMIA VAGINAL:

* Sólo se efectuó este tratamiento en 1 caso de los estudiados. Aquí el "Ca. In-Situ" coincidió con un prolapso genital (Co. II) y el caso se resolvió por vía vaginal.

D- NINGUN TRATAMIENTO :

Del grupo de pacientes con Dx. de Ca. In-Situ 5 de ellas no recibieron tratamiento después de confirmado el diagnóstico. Representa un 9.8% del total de caso de Ca. In.Situ detectados. Los motivos por los cuales no recibieron tratamiento estas pacientes fueron diversos. En 3 casos se planificó conificación, pero pacientes "no acudieron a sus citas". En 1 caso la paciente acudió a sus citas para ingreso en 2 ocasiones, pero no pudo ingresar al Hospital de Maternidad por falta de camas disponibles y luego fue perdida de vista. (Caso No. 29). En la paciente restante, que no recibió tratamiento (caso No. 30) no se le dieron a los datos obtenidos durante la evolución de su estudio la importancia debida, retrasándose el procedimiento diagnóstico innecesariamente. A esta paciente se le practicaron 5 citologías y todas resultaron sospechosas y en la primera ocasión -- "Altamente sospechosa". Fue tomada la biopsia cervical hasta 5 meses

después de la primera citología sospechosa. La biopsia fue contestada como "cervicitis aguda y crónica con Hiperplasia atípica Co. II y III. NO SE PRECISO CONO. Por fortuna se inició conbiatú llegando a controles periódicos presentando leucorrea y erosión cervical. Una citología (tomada 1 año y 10 meses después de que se encuentre PAP. Altozano Sosnechoso en A. D. S.) confirmó un Ca. In-Situ y la paciente está pendiente de confirmación al presente. Traigo a cuenta este último caso, porque ilustra la necesidad de emplear "todos los métodos" a nuestro alcance para hacer el Dx. de Ca. Cervical y no dilatar el establecimiento precoz de un diagnóstico confiando exclusivamente en un sólo procedimiento. Recordemos que esta enfermedad puede evolucionar a estadios en que el pronóstico se vuelve sombrío y la menor sospecha de su existencia obliga al médico a descartar con entera seguridad su presencia. Este caso demuestra que una biopsia cervical negativa a carcinoma "no descarta" el diagnóstico del mismo. En especial cuando existen otros factores que hacen sospechar la posibilidad de la presencia de un carcinoma cervical.

El cuadro No. 6 esquemaliza lo ya expuesto del tratamiento de los 51 casos del Ca. In-Situ detectados en los Consultorios de la Asociación Demográfica Salvadoreña.

CUADRO NÚMERO 5115

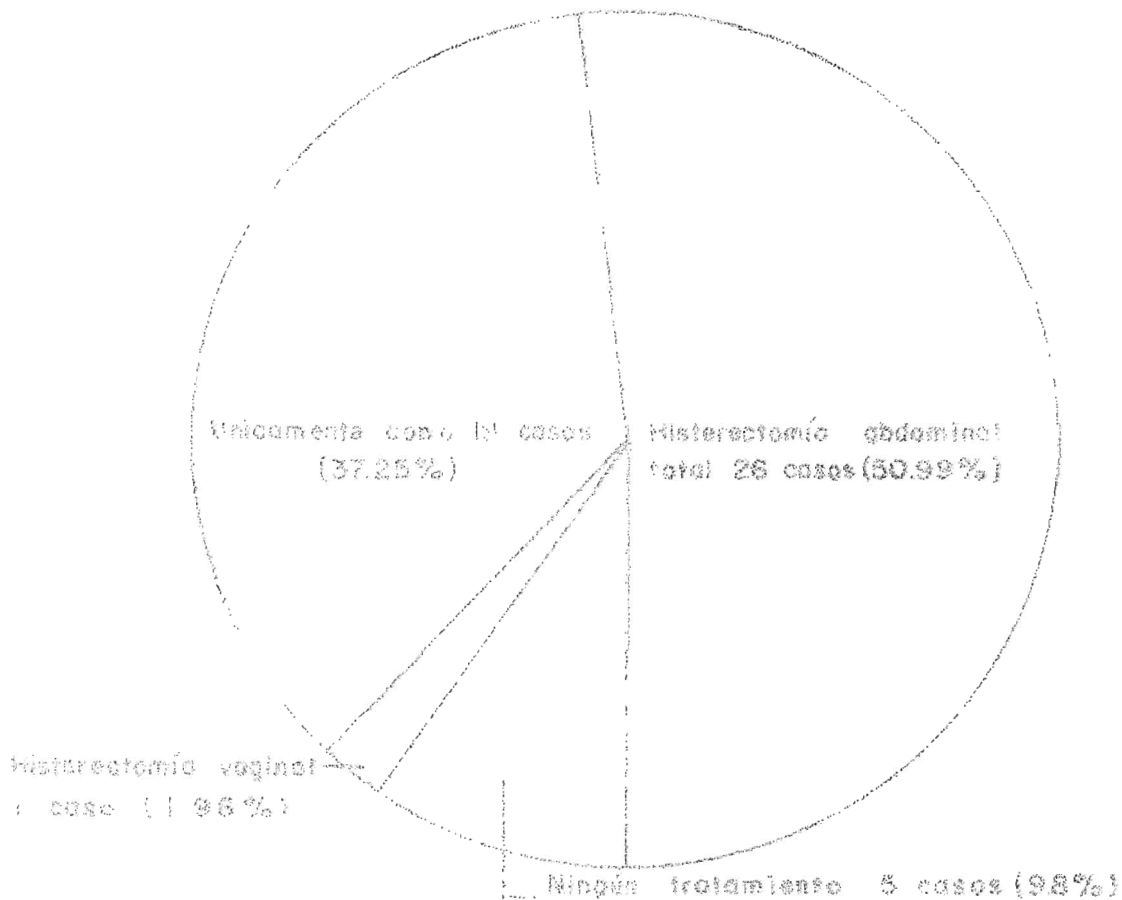
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TRATAMIENTO

DEL CA. IN-SITU DETECTADO

TRATAMIENTO	No. DE CASOS	PORCENTAJE (Apr
a) Histerectomía Abdominal Total	26 pacientes	50.9 %
b) Únicamente Cono	19 pacientes	37.25%
c) Histerectomía Vaginal	1 paciente	1.96%
d) Muestra Incompleta	5 pacientes	9.8%

GRAFICA No 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TRATAMIENTO DEL Ca. IN SITU DETECTADO



TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE CONFIRMACION
DEL Dx. DE Ca. IN-SITU Y TRATAMIENTO

El tiempo que puede transcurrir antes de que una lesión "In - Situ " se desarrolle pasando a ser invasora no es conocido. Existe - controversia entre los diferentes autores acerca de este punto. Algunos, como "Burghardt" y "Petersen" sostienen que puede ser de pocos meses. Sin embargo, la mayoría de autores consideran que el intervalo entre la lesión "no invasora" y la "invasora" suele ser mucho más - prolongado. "Boyes y Colaboradores" comprobaron una duración media - de 13 a 17 años. Esto implica importancia terapéutica puesto que las

lesiones intraepiteliales, en la mayor parte de casos, persiste en etapa curable por largo tiempo. En consecuencia, tiene importancia fundamental descubrir lo antes posible los cánceres cervicales preinvasores y tratarlos precozmente para disminuir la frecuencia de Cánceres invasivos en la población femenina susceptible a presentar este padecimiento.

De los casos detectados de Ca. In-Situ en los consultorios de la A. D. S., el tiempo transcurrido entre la "confirmación del diagnóstico" y el tratamiento muestra las siguientes variaciones:

CUADRO NUMERO SIETE

PACIENTES TRATADAS CON HISTERECTOMIA (tiempo entre Dx.y tratamiento)

a) menos de 1 mes	1	caso
b) de 1 a 2 meses	3	"
c) de 2 a 3 meses	7	"
d) de 3 a 4 meses	1	"
e) de 4 a 6 meses	5	"
f) de 6 meses a 1 año	2	"
g) de 1 a 2 años	2	"
h) más de 2 años	1	"

El tiempo mínimo entre la comprobación del diagnóstico y la histerectomía fué de 25 días y el máximo fue de 2 años con 7 meses.

En muchas ocasiones la confirmación del Diagnóstico no coincidió con el momento en que se sospechó un Ca. cervical en los Consultorios de la A. D. S. pero la confirmación del Dx., ya sea por

biopsia o por cono fue resultado directo de la citología sospechosa o positiva que se tomó en los consultorios de la A. D. S.

En aquellos casos en que el Cono fue el tratamiento único el tiempo transcurrido entre la sospecha inicial, en los diferentes consultorios y la toma del cono en los centros especializados, ya sea para fines diagnósticos o terapéuticos, fue relativamente corto y sólo en raras ocasiones sobrepasó los 6 meses. Generalmente la toma del Cono se realizó entre 1 y 3 meses después de la referencia inicial.

El hecho de mayor importancia en este estudio es que, cualquiera que fuese el método empleado para confirmar el Dx. de Ca. In-Situ, (citología, biopsia o conificación) el descubrimiento precoz del Cáncer incipiente fue resultado directo del programa Citológico llevado a cabo en los Consultorios de la Asociación Demográfica Salvadoreña.

CAPITULO VI

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El tema central de esta exposición intenta señalar un parámetro, poco difundido, pero de máxima importancia, de la labor que desarrolla la A. D. S. para el diagnóstico precoz del Cáncer del Cuello uterino. No se pretenden analizar aquí los programas y métodos de planificación familiar que desarrolla dicha Asociación. Unicamente la he escogido por cuanto sus Consultorios y la naturaleza de la labor allí desarrollada proporcionan una MOTIVACION poderosa para llevar a cabo un programa Citológico destinado a descubrir precozmente el cáncer del cuello uterino, disponiendo de servicios adecuados de citología, anatomía patológica y ginecología; así como locales para consulta que pueden aprovecharse para practicar la medicina preventiva del Cáncer del Cuello Uterino.

En este estudio se hacen las consideraciones siguientes:

- 1) Se resumen brevemente los factores que en nuestro medio dificultan el establecimiento de Clínicas específicas para el Dx. precoz del Cáncer.
- 2) Se hace una breve exposición de la epidemiología, frecuencia y clasificación del Carcinoma del Cervix, así como de los métodos diagnósticos empleados para su descubrimiento.
- 3) Se revisa la metodología empleada en los Consultorios de la A. D. S. para Dx. precoz del Cáncer, basándose en exámenes periódicos y Citología cervicovaginal sistemática y la comprobación

diagnóstica mediante la referencia a centros hospitalarios especializados.

- 4) Se analizan 62 casos de cáncer del Cuello Uterino detectados en los consultorios de la Asociación Demográfica Salvadoreña en un período de 5 años. Desde mayo de 1965 a junio de 1969.
- 5) Se hace notar que el 82% de cánceres detectados corresponden a "Cáncer In-Situ" diagnosticado precozmente en pacientes totalmente asintomáticas y susceptibles a curación completa.
- 6) Se hace hincapié en el Ca. "In-Situ" detectado, su distribución según la edad y paridad de las pacientes, y los métodos diagnósticos y terapéuticos empleados para cada caso, así como algunas complicaciones dependientes de dicho tratamiento.
- 7) Se señalan varios problemas que tienen las pacientes referidas a los hospitales para recibir tratamiento adecuado lo más pronto posible; por falta de recursos hospitalarios adecuados y en ocasiones, por irresponsabilidad de los médicos tratantes.

CONCLUSION FINAL

La conclusión final de esta tesis es señalar la utilidad que ha demostrado tener la A. D. S. en el diagnóstico precoz del cáncer. Esto se pone de manifiesto al revisar el porcentaje elevado de carcinomas cervicales incipientes descubiertos, susceptibles de curación. En El Salvador, aparte de algunos hospitales, no se disponía de un

programa citológico adecuado. La A. D. S. al extender sus consultorios a áreas rurales y clínicas urbanas, ha proporcionado un Programa Citológico en gran escala donde se practican sistemáticamente exámenes vaginales y citologías cervico uterinas periódicos en una población femenina, que reúne prácticamente todos los factores epidemiológicos que predisponen al cáncer del cervix uterino.

Siendo el principal objetivo de estas pacientes la planificación familiar, en su casi totalidad las pacientes están motivadas por el deseo de disminuir el incremento de su familia. Por consiguiente no esperan hasta que se presentan síntomas genitales para acudir a las consultas, sino que son casi siempre asintomáticas.

La Asociación Demográfica Salvadoreña ha sido, en El Salvador, la primera Asociación que ha proporcionado un programa citológico de gran alcance para la detección precoz del Cáncer y cuya efectividad se demuestra en el presente estudio. En la actualidad, el ejemplo dado por la Asociación Demográfica Salvadoreña, está siendo imitado por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social y por la Dirección General de Salud, que han establecido e incrementado sus programas para la detección prematura del cáncer del Cervix en pacientes asintomáticas.

RECOMENDACIONES.

- 1 -) Hacer mayor conciencia en el gremio médico de la importancia que tiene un programa citológico con controles periódicos, para el diagnóstico prematuro del Cáncer del Cervix.
- 2 -) Incrementar las campañas de difusión al público, mediante métodos de fácil comprensión, para lograr una mayor aceptación de los programas de la A. D. S. y otras instituciones, para el diagnóstico precoz del Cáncer.
- 3 -) Insistir en la educación y preparación de personal paramédico especializado para colaborar en los programas de detección prematura del Cáncer.
- 4 -) Establecer un sistema de correlación, más efectivo, entre los médicos que laboran con la Asociación Demográfica Salvadoreña y los médicos que tratan a las pacientes referidas a los distintos hospitales.
- 5 -) Se insiste en la importancia de emplear todos los métodos a nuestro alcance para confirmar o descartar el diagnóstico de Cáncer del Cervix y no basarnos exclusivamente en un sólo procedimiento que puede conducir a errores diagnósticos y terapéuticos lamentables.

- 6 -) Una recomendación específica para la Asociación Demográfica Salvadoreña es la de tomar biopsias cervicales dirigidas en sus propios Consultorios, y la de crear, de ser posible, un Departamento histopatológico especializado. En esta forma - se referirían a los hospitales únicamente aquellos casos - confirmados histopatológicamente. Estas medidas tenderían - a disminuir el número de casos sospechosos referidos innece sariamente y contribuir a reducir el tiempo transcurrido en tre diagnóstico y tratamiento del Cáncer Cervical.

B I B L I O G R A F I A

- 1.) ANDERSON, W.A.D.: Synopsis of Pathology. 5a. Ed. St. Luis Mo. U. S. A., C.V., Mosby Company, 1960. 876 p.
- 2.) BRAINERD H., Meagan S. Chosten, M.: Diagnóstico y Tratamiento. México D. F. México. Anual Moderno 1965. 875 p.
- 3.) INFANTE DIAZ, S.: Cáncer en El Salvador. 1a. Ed. San Salvador. Ministerio de Educación de El Salvador, 1964. 385 p.
- 4.) NOVAK, E. and Woodruff.: Gynecologic and Obstetric Pathology. With Clinical and Endocrine Relations. 6a. Ed. Philadelphia. Saunders, W. B. 1967.
- 5.) NOVAK, E. Jones, G. and Jones, H.: Tratado de Ginecología. 7a. Ed. México D. F. México. Interamericana 1966. 732 p.
- 6.) OLIVA, E. R. : Conizaciones como medio diagnóstico en el Carcinoma del Cuello Uterino. Facultad de Medicina de El Salvador. 1967 (Tesis Mimeografiada).
- 7.) OLNSTEAD, E.: Citología Uterina en un medio Rural: Clínicas Médicas de Norte América. México D. F. México. 1503-1515 p Nov. 1964.
- 8.) ROBERTS, H. J. : Diagnóstico Difícil. 1a. Ed. México D. F. México. Interamericana 1960. 914 p.
- 9.) WADDELL, K., Welch J. S., Decker, D. "Datos citológicos positivos en el Epitelio preclínico de células escamosas del cuello uterino: Tratamiento quirúrgico. Clínicas Quirúrgicas de Norte América. México D. F., México. 1025 - - 1031 p. Agosto 1961.