

T
6:5.99-106
U 9142
1967
E. Mac

UES BIBLIOTECA CENTRAL
INVENTARIO: 10126105

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO

EN

EL CENTRO DE SALUD DE
SANTIAGO DE MARIA

ESTUDIO DE 525 CASOS PERSONALES

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

MELVIN ARMANDO GUARDADO R.

PREVIA OPCION AL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

JULIO DE 1967



SAN SALVADOR,

EL SALVADOR,

CENTRO AMERICA.

~~378.7284~~
~~UES-T.M.~~
~~EA4d~~
~~1967~~

~~Es. 1-14120~~

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Dr. ANGEL GOCHEZ MARIN.

SECRETARIO GENERAL

Dr. GUSTAVO ADOLFO NOYOLA

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dra. MARIA ISABEL RODRIGUEZ.

SECRETARIO:

Dr. TITO CHANG PEÑA.

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES

PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO.

CLINICA QUIRURGICA

Dr. Carlos González Bonilla

Dr. Nasif Juan Hasbún

Dr. Alejandro Gamero Orellana.

CLINICA MEDICA,

Dr. Juan José Fernández.

Dr. Donald Moreno Bulnes

Dr. Fernando Villalobos.

CLINICA OBSTETRICA

Dr. Roberto Orellana Valdés

Dr. Raúl Argüello Escolán

Dr. Armando Vaquerano Nuila.

JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO

Dr. Angel Quán

Dr. José Isaiás Mayén

Dra. Marta Gladys Urbina.

DEDICATORIA

A mi madre

María de Guardado

In Memoriam

Con mi cariño convertido en
rosa blanca sobre su tumba.

A mi padre

Emilio Guardado y a su esposa
María Teresa.

Con cariño.

A mi esposa

Ana Daisy

Con amor.

A mi hija

Rosa María

Con ternura.

A mis abuelas

Catalina vda.de Estrada y

-Josefina vda.de Guardado

Con afecto.

A mis hermanos

Como un estímulo.

A mis profesores

Con respeto y admiración.

A mis Familiares, Compañeros y Amigos.

DIAGNOSTICO PATOCOL DEL CANCER
DEL CUELLO UTERINO

EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTIAGO DE MARIA
(Estudio en 525 casos personales)

I - INTRODUCCION.

II- CONSIDERACIONES GENERALES.

A- Datos Geográficos e Históricos de Santiago de -
María.

B- Descripción actual del Centro de Salud.

III- MATERIAL Y METODO

A- Material

B- Método.

IV- RESULTADOS.

A- Estudio Citológico.

B- Estudio Anatomopatológico.

C- Comparación del estudio Citológico y Anatomopatológico.

D- Estudio Clínico Patológico.

E- Estudio de Pacientes Embarazadas.

F- Estudio según Edad y Paridad.

G- Resultado Final

I- INTRODUCCION

El presente estudio, trata, de una investigación sobre la incidencia del cáncer del cuello uterino, en el medio rural.

Este estudio fué realizado en el Centro de Salud de Santiago de María.

Se verificó en 525 pacientes que llegaron a la consulta externa, las cuales en la mayoría de las veces, no consultaron por padecimientos ginecológicos, sino que el motivo de su consulta, se alejaba de la esfera genital.

Las pacientes que fueron incluídas en el estudio -- fueron escogidas al azar.

Durante la exposición analizaré los resultados obtenidos. Como es sabido, la curabilidad del cáncer depende del estado en el cual es diagnosticado; ultimamente se ha avanzado grandemente en el diagnóstico precoz del cáncer, gracias, a los nuevos métodos de diagnóstico y sobre todo en ginecología, en donde el cáncer más frecuente, es el cáncer del cuello uterino, siendo además, el más frecuente en la mujer.

El cuello uterino, es facilmente accesible al médico y por dicho motivo, será más sencillo la aplicación de los nuevos métodos para el diagnóstico de las lesiones cancerosas.

Actualmente, no es necesario que una lesión maligna se encuentre en estado avanzado para reconocerla, por el contrario el cáncer puede descubrirse en estados iniciales asintomáticos. Desde que Papanicolaou (1) publicó su interesante Monografía en 1943, se ha avanzado enormemente en el diagnóstico precoz del cáncer, especialmente en el del cuello uterino, por medio de la Citología Exfoliativa.

En este estudio, el método usado es la Citología Exfoliativa, si había lesión sospechosa, ó cuando el resultado citológico orienta se practicó la biopsia del cérvix.

Por este motivo es que el Hospital de Maternidad ha adoptado la Citología Cérvico Vaginal, como un método de rutina, en todas las pacientes que llegan a su consulta.

¿Pero porqué solo las pacientes que consultan en dicho centro son las favorecidas con la investigación de las lesiones cancerosas?. Siendo este el motivo que me impulsó a realizar este estudio, favorecer también a una pequeña población rural, deseando con esto que las autoridades de Salud Pública intervengan en forma positiva, para que todos los servicios asistenciales del país gocen de tan grandes beneficios y, para que el médico que trabaja en el medio rural, tenga en la mano, otra arma en la lucha que diariamente sostiene con las enfer-

medades que destruyen a nuestro pueblo.

Este trabajo como ya fué mencionado anteriormente, incluye a 525 pacientes que consultaron en el Centro de Salud de Santiago de María. en el lapso comprendido a - partir del dos de agosto de mil novecientos sesenta y - seis, al ocho de marzo de mil novecientos sesenta y site.

II- CONSIDERACIONES GENERALES

- A) Datos geográficos e históricos de Santiago de María.

- B) Descripción actual del Centro de Salud.

A) DATOS GEOGRAFICOS E HISTORICOS DE SANTIAGO DE MARIA.

La bella ciudad de Santiago de María, se encuentra - situada en el Departamento de Usulután, siendo la cabecera distrital de uno de los cuatro distritos que junto con los de Usulután, Jucuapa y Berlín, forman el Departamento. (2).

El Distrito de Santiago de María, se encuentra formado por los Municipios de: Santiago de María, Alegría, - Tecapán y California.

La población del Departamento de Usulután es de - - 207,061 habitantes (3), encontrándose distribuida en -- la siguiente forma:

<u>POBLACION</u>	<u>MASCULINO</u>	<u>FEMENINO</u>	<u>TOTAL</u>
URBANA	27.021	31.407	58.428
RURAL	75.070	73.563	148.633
TOTAL	102.091	104.970	207.061

CUADRO No.1

Como se aprecia en el cuadro No.1, la población rural es mucho mayor que la urbana, y la población femenina es mayor que la masculina.

La ciudad de Santiago de María (2), se encuentra si tuada en el Valle de los Gramales, rodeada por 3 cerros: al Este por el Tigre, al Sur-Este por el Oromontique, al

Oeste por el Tecapa, cerro en el cual se encuentra situada la pintoresca laguna de Alegría, la cual debido a que posee una carretera transitable, constituye una atracción para el turismo. Sobre esta laguna se refieren muchas leyendas.

La ciudad fue fundada el 17 de mayo de 1873, (2); su primer Alcalde fué don Luis Mejía y el primer Secretario don Timoteo Caballero. Fué fundada durante la administración del Presidente de la República, Mariscal don Santiago González, bautizándosele con el nombre de Santiago de María, en honor del Mariscal González y de su esposa María.

La población de Santiago de María, es de 11.928 habitantes, (3) y su distribución es la siguiente.

CUADRO No.2

<u>POBLACION</u>	<u>MASCULINO</u>	<u>FEMENINO</u>	<u>TOTAL</u>
Urbana	3.152	3.982	7.134
Rural	2.422	2.372	4.794
TOTAL	5.574	6.354	11.928

Como puede apreciarse en el cuadro No.2, la población con la cual se realizó el trabajo, población femenina, fué de 6.354, según el Tercer Censo Nacional(1961).

Siendo aún más importante la población rural, que es la que más acude en busca de servicios médicos al Centro de Salud, ya que es la de mejores recursos económicos.

La Ciudad de Santiago de María, es uno de los principales centros de producción de café del país.

En ella existen tres beneficios de café, además es uno de los principales centros comerciales del Departamento de Usulután.

B- DESCRIPCION ACTUAL DEL CENTRO DE SALUD.

Su construcción fué terminada en Septiembre de 1951, habiéndose agregado en Diciembre de 1965, un ala para Pediatría. (4) Fué construído por el Gobierno de la República en colaboración con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud; situado en una zona elevada de la ciudad y al oeste de ella.

Consta de dos secciones: Hospital y Sanidad. Al norte del edificio se encuentra la Sección Sanitaria y en ella están situadas: la Dirección, la Administración, la Oficina de Inspectores, la Oficina de Enfermeras, Gabinete de Rayos X, el Consultorio Antituberculoso, el Archivo, la Sala de Espera y los Servicios Sanitarios para el público.

Entre la Sección de Hospital y la Sección Sanitaria, se encuentra; el Laboratorio, los dos consultorios médicos, la Farmacia, la Clínica Dental, un comedor común pa

ra médicos y enfermeras, un comedor para los demás empleados, y la cocina. En la planta alta, se encuentran los dormitorios para médicos y enfermeras.

El ala hospitalaria, situada en el Sur del Edificio, cuenta con la sección de hombres, situada hacia el Este y la Sección de mujeres, al Oeste. Cada uno de estos servicios cuenta con 25 camas; además, hay una sección de aislamiento, Servicio de Maternidad, Nursería, al cual no se le dá uso. En esta sección se encuentra el arsenal, lugar en el cual hay un autoclave, la sala de operaciones, vestuario médico y una Sección para exámenes ginecológicos, y la sala de partos con cuatro camas.

En el extremo sur, se encuentra situada el ala de Pediatría con 20 camas. El centro de Salud cuenta con un total de 80 camas.

PERSONAL

En el mencionado centro se encuentra el personal siguiente: un Médico Director, 2 médicos internos, Un Radiólogo, una Enfermera-Jefe, la cual es denominada Supervisora Local, 3 Enfermeras graduadas, 3 Enfermeras en Servicio Social, 10 Enfermeras Auxiliares, una Enfermera vacunadora rural, una Laboratorista, una Técnica de Rayos X, un Inspector Sanitario, además hay porteros, sirvientes, lavanderas, cocineras y personal de aseo.

III- MATERIAL Y METODO

A- Se estudian 525 pacientes que consultaron al Centro de Salud de Santiago de María, desde el 2 de agosto de 1966 al ocho de marzo de 1967; las cuales se escogieron al azar, para lograr verificar el presente trabajo. En su mayoría se trabajó con pacientes del medio rural, y sus edades oscilaron entre 17 y 76 años, en la mayoría se trabajó con pacientes de escasos recursos económicos. *Mede*

Usándose el material que aparece en el cuadro No.3. Como puede observarse, en dicho cuadro, el material usado fué escaso, pero con él, se logró llevar a cabo esta investigación.

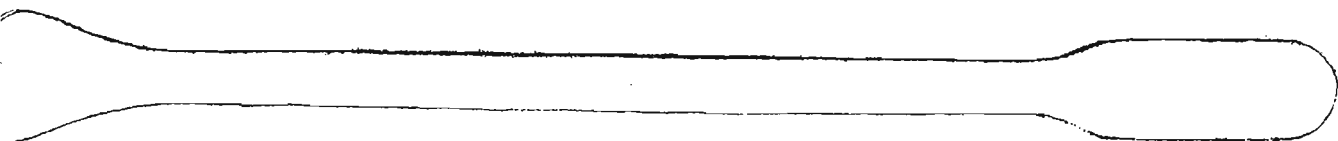
MATERIAL DE TRABAJO	
I-	8 Frascos de vidrio con alcohol al 95%
II	Bajalenguas
III	Láminas de vidrio
IV	Lápiz
V-	Hoja Citológica
VI	Caja de cartón para transporte
VII	Especulum
VIII	Vasija de vidrio
IX	Embudo de vidrio
X	Papel filtro
XI	Transporte

CUADRO No.3

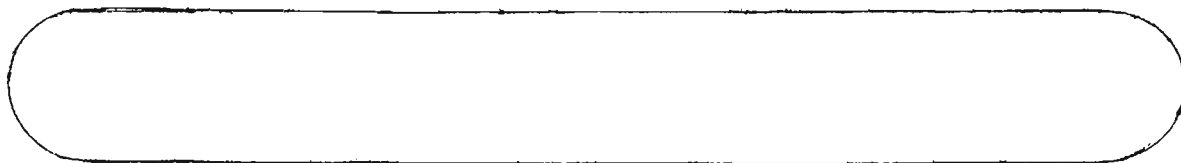
1- El inicio del trabajo fué con 8 frascos de vidrio, los cuales contenían alcohol etílico al 95%, el cual se ha comprobado que es un buen líquido fijador, (5) y que resulta barato y fácil de obtener.

Al finalizar el trabajo contaba con 24 frascos, cantidad que se fué aumentando progresivamente, o sea se había triplicado la cantidad inicial.

2- Para el Raspado Cervical, se usó bajalenguas, debido a que fué imposible conseguir la espátula de Ayre, (6) la cual es el material indicado para la toma de la muestra; y además con esto podría comprobarse que el bajalenguas sería efectivo usándolo para la toma de la muestra y resultaría más barato la aplicación del método, y que lo importante sería el método con el cual fuera practicado el raspado cervical.

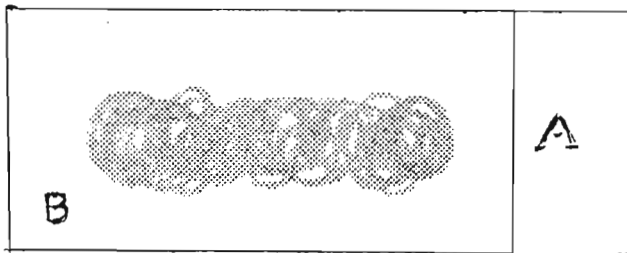


ESPATULA DE AYRE



BAJALENGUAS

3- Las láminas de vidrio, son utilizadas para practicar el extendido del raspado cervical, llevando en un extremo una zona esmerilada sobre la cual se escribe el archivo - de la paciente examinada.



A - ZONA ESMERILADA

B - ZONA DEL EXTENDIDO

4- El lápiz se utilizó para la rotulación de las láminas, y para llenar la hoja citológica.

El objeto de usar lápiz es porque éste, al humedecerse no mancha y esto hace posible la identificación de la lámina y que los datos de historia clínica y examen físico lleguen en buen estado al citólogo, para lograr una interpretación correcta de los hallazgos citológicos.

5- En la hoja citológica se consigna el nombre y edad de la paciente, la fecha en la cual se tomó la muestra, el lugar del cual procede la muestra, la fecha de la última menstruación, el archivo de la paciente, el nombre del médico que tomó la muestra, el sitio de la muestra, el resumen de la historia clínica y examen pélvico de la paciente, el diagnóstico clínico, tratamientos previos quirúrgicos, radiaciones, cauterizaciones, tratamientos hormonales y por último la información que se desea le sean reportados.

6- Se trata de una caja con 24 espacios, en la cual, se colocan los frascos con su respectiva hoja citológica, la cual sirve para transportar las muestras.

7- Especulum.

Inicialmente se contaba en el Centro de Salud con 4 Especulum, pudiendo en ese caso, tomar 4 muestras si se usaban únicamente para este fin. Después se compraron 2 especulum más, lo cual hizo posible la toma de más muestras.

8- En este trabajo se usó un balón, una probeta y un matraz de Erlenmeyer, pero pudiera ser usado cualquier recipiente de vidrio limpio. Fueron utilizados para la filtración del alcohol al 95%, en el cual habían permanecido, fijándose las láminas con el extendido cervical.

9- El embudo de vidrio fué utilizado para la filtración del alcohol.

10- Papel filtro.

Este puede ser utilizado para verificar varias filtraciones, lo cual, disminuye el costo del método.

11 El transporte se llevó a cabo en ocasiones en automóvil y otras veces en autobus; las láminas que habían completado su fijación, podían ser transportadas en una caja de cartón pequeña, que contenían las láminas en las cuales se practicarían los extendidos.

B- METODO.

- 1- Se practicó este estudio en toda paciente mayor de 17 años que aceptaba examen ginecológico.-

Durante la consulta ordinaria les era propuesto el examen, y se les explicaba el objeto del mismo; a algunas pacientes se les explicó lo frecuente que era el -- cáncer del cuello uterino, y que cuando éste se manifiesta por sus síntomas, la mayoría de las veces, se encuentra en estados avanzados, lo cual ya hace difícil su tratamiento; y que con un método tan sencillo y poco molesto, como el que les proponía era más fácil descubrir -- cánceres iniciales; en los cuales se puede garantizar un buen tratamiento, con la respectiva salvación de la vida.

El exámen se practicó también durante la consulta prenatal; además, se les hacía ver que después de practicado este examen, tendrían que regresar un mes después por la contestación, para recibir su tratamiento, ó bien para ser referida al Hospital de Maternidad ó en aquellos casos en que ameritaba, según el estudio citológico para verificar la toma de una biopsia del cérvix, ó para darse tratamiento anti-inflamatorio, con nueva cita, para nuevo estudio.

- 2- La paciente que aceptaba era retenida para después de la consulta ordinaria.

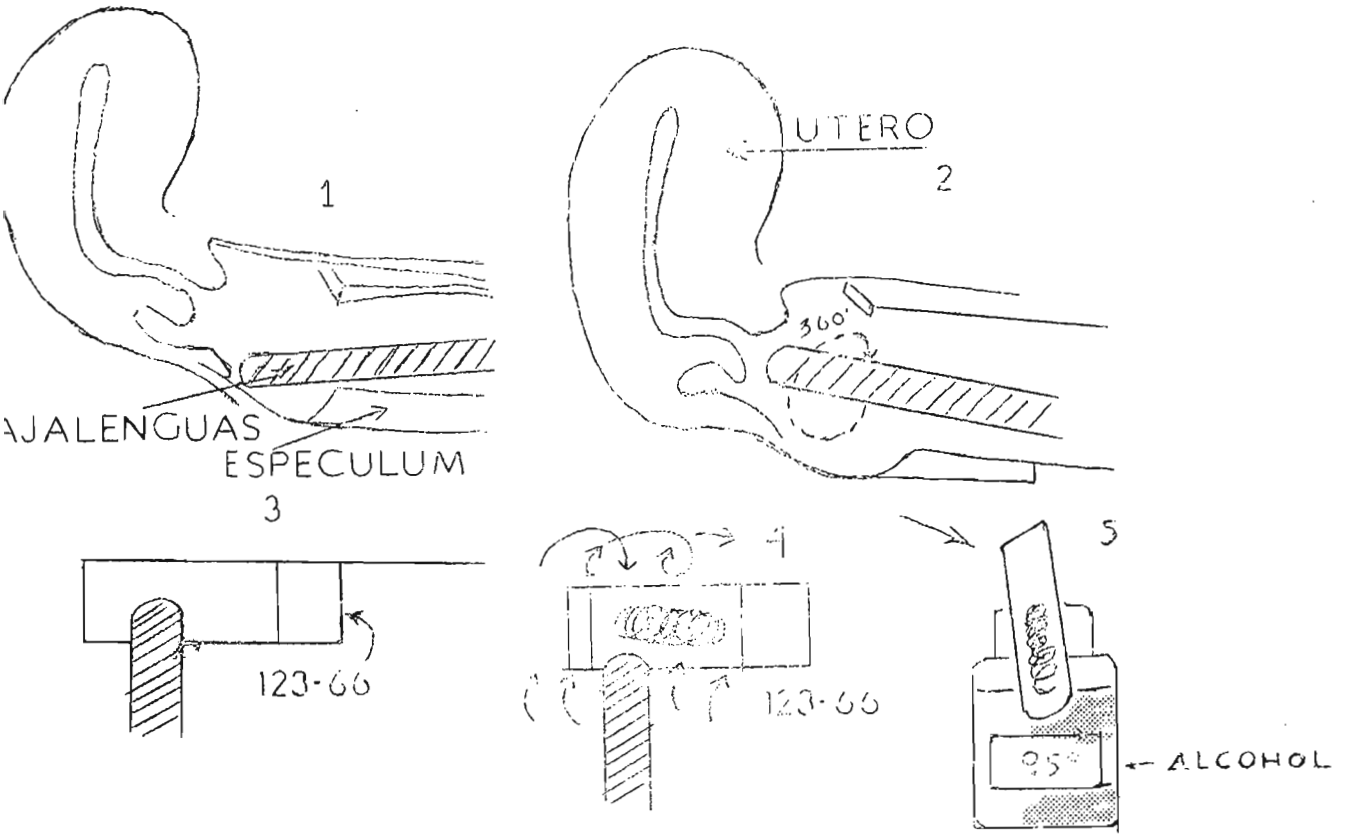
El objeto de verificar los exámenes después de la consulta ordinaria, era para no obstaculizar el desarrollo normal de la consulta y para poder interrogar en mejor forma a las pacientes. Algunas enfermeras se encontraban adiestradas y sabían a conciencia, lo que la práctica de este examen significaba para la paciente y, ellas se encargaban de darles a las pacientes algunas explicaciones acerca de lo que ganarían con este examen, y hacerles ver, la importancia de regresar a conocer el resultado del mismo.

- 3- Al terminar la consulta, se practicaba la citología cérvico-vaginal, excepto en prenatales que se practicó durante la consulta.

Antes de practicarse el examen ginecológico, se les hacía un interrogatorio, en el cual, se les hacían algunas preguntas, especialmente: Nombre completo, edad, paridad, edad de la menarca, motivo de consulta, historia menstrual, Fecha de la última regla, el tipo de regla, historia de metrorragias, de menorragias, historia de sangramiento post-coito, sangramiento post-menopáusicos, operaciones ginecológicas, presencia de leucorrea, tratamientos hormonales, radiaciones y cauterizaciones.

Se practicaba el examen ginecológico y la toma de la muestra citológica, y si el examen clínico lo ameritaba, se practicaba la biopsia del cérvix, en caso de no poder practicar la biopsia, por diversos motivos, se citaban para otro día; luego, se anotaba el examen pélvico para posteriormente hacer una clasificación clínica de las pacientes. Se llenaba la hoja citológica con sus respectivos datos.

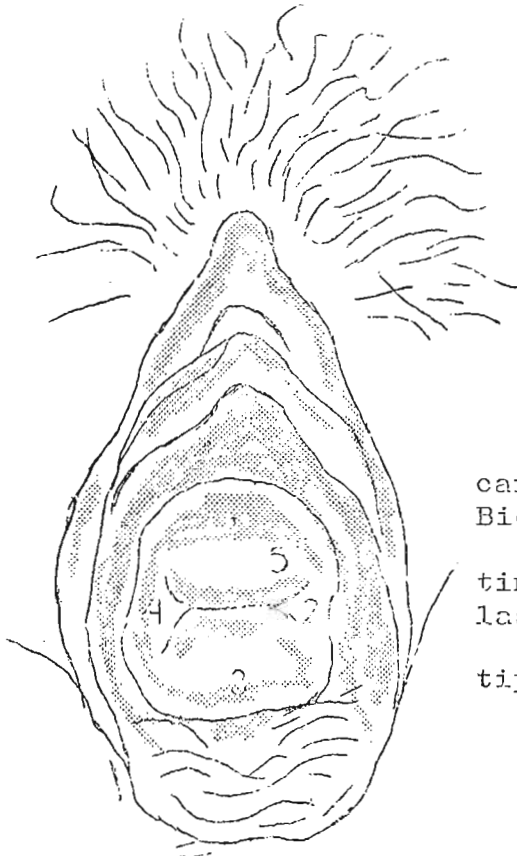
CITOLOGIA CERVICO VAGINAL



BIOPSIA

A LA FIGURA N° 3

B -



Las biopsias se practi caron por el sistema de - Biopsias múltiples.

Se tomaron muestras ru tinarias en 1-2-3-4 y de las zonas sospechosas (5)

Se usó pinzas sacabocados tipo Gaylord.

5- Después de la toma de la muestra, la lámina es introducida en un frasco que contenía alcohol etílico al 95%.

El objeto de introducir la lámina en alcohol al 95%, era para lograr la fijación de la muestra. Esto se hacía sin pérdida de tiempo, para que la muestra no se reseque y se obtengan buenos resultados.

La lámina se mantuvo fijando por más de 48 horas, para lograr una buena fijación. Cuando se practicó Biopsia del cérvix, esta muestra se introducía en un frasco que contenía formalina, se etiquetaba y se llenaba la hoja de Biopsia con los datos clínicos de la paciente.

6- Después de 48 horas, la lámina era extraída del frasco é introducida en una cajita de cartón, para su transporte al Hospital de Maternidad.

7- Filtración del alcohol.

El alcohol de los frascos en los cuales se habían estado fijando las láminas con el extendido; era filtrado para poder ser utilizado nuevamente, pues, se contaba con poco material para transportar las láminas en sus frascos.

8- Llevar las láminas al Hospital de Maternidad.

Esto se verificaba cada 15 días, debido a la imposibilidad de viajar cada semana, ya que ésto debía de hacerse personalmente. Las biopsias también eran traídas al Departamento de Patología del Hospital Rosales.

9- Recoger las interpretaciones.

Esto también se verificaba cada quince días en lo que se refiere a las citologías cervico-vaginales. En cuanto a las biopsias como es un servicio ya establecido, los resultados y recomendaciones eran enviadas al Centro de Salud de Santiago de María.

10- La Biopsia del Cérvix fue practicada en aquellas - pacientes en que el examen clínico lo ameritaba, ó cuando el resultado citológico lo indicaba.

11- Citar las pacientes con Patología o aquellas que - ameritaban profundizar el estudio.

Como siempre sucede en nuestro medio, las pacientes en su mayoría, no regresaban por el resultado, entonces había que citarlas; en su mayoría eran pacientes rurales, las citas se hacían por intermedio de la Enfermera Jefe, la cual les enviaba: notas, telegramas o recados. En -- otras ocasiones las enfermeras visitadoras se encargaban de hacer las citas. Aún así hubo muchas pacientes -- que no regresaron para completar su estudio o para ser -- referidas al Centro especializado.

12- Referir al Hospital de Maternidad a las pacientes - con Patología.-

Eran referidas a la consulta externa del Hospital - de Maternidad, en donde eran atendidas por los médicos -

IV- R E S U L T A D O S.

Para hacer el análisis de los resultados obtenidos al verificar este estudio, inicialmente, debe recalcar-se en ciertos hechos; que el estudio se realizó en 525 pacientes, de las cuales se ha hecho una clasificación por grupos etarios, Cuadro No. 4 y una clasificación de acuerdo a la paridad de las pacientes, Cuadro No.5, para después, poder analizar los resultados obtenidos de acuerdo con la paridad y edad de las pacientes, hechos muy importantes en la incidencia del cáncer del cuello uterino.-

G R U P O S E T A R I O S

Edad en años	No.de Pacientes	Porcentaje.
17- 20	44	8'38
21- 30	172	32'76
31- 40	149	28'38
41- 50	105	20
51- ó más	55	10'47
T O T A L	525	99.99%

CUADRO No.4

PARIDAD DE LAS PACIENTES

No.de Partos	No.de Pacientes	Porcentaje.
0	33	6.28
1	53	10.09
2	64	12.19
3	62	11.80
4	54	10.28
5	51	9.71
6	45	8.57
7	35	6.66
8 o más	<u>128</u>	<u>24.38</u>
T O T A L	525	99.96%

CUADRO No.5

El trabajo consta: de un estudio citológico, de un estudio Anatomopatológico, verificándose también un análisis clínico patológico, un estudio y análisis de pacientes grávidas y finalmente un análisis de los resultados según la edad y la paridad.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

- A- ESTUDIO CITOLOGICO .
- B- ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO .
- C- COMPARACION DE ESTUDIO CITOLOGICO Y ANATOMOPATOLOGICO .
- D- ESTUDIO CLINICO PATOLOGICO .
- E- ESTUDIO DE EMBARAZADAS .
- F- ESTUDIO SEGUN EDAD Y PARIDAD .
- G- RESULTADO FINAL .

A- ESTUDIO CITOLOGICO.

Las muestras no siempre pueden ser reportadas como positivas o negativas, debido a que no siempre los hallazgos son concluyentes, y entonces son reportadas en distintos grados, siguiéndose aquí la clasificación clásica de Papanicolaou (7) que aparece en el cuadro No.6.

Clase I ó Negativa	Ausencia de Atipicidad y Células Anormales.
Clase II ó ligeramente sospechosa	Citología Atípica sin Evidencia de malignidad.
Clase III o sospechosa	Citología sugiere -- malignidad pero no es concluyente.
Clase IV ó altamente sospechosa	Muy sugestiva de malignidad.
Clase V o Positiva	Concluyente de Malignidad.

CUADRO No.6

Estado en esta clasificación y por motivos de orden práctico, al analizar los resultados citológicos los casos han sido clasificados, como aparece en el cuadro No.7

CLASIFICACION CITOLOGICA

Clase I ó Negativa,	Ausencia de Atipicidad y -- Células Anormales,
Clase II ó ligeramente sospechosa	Citología atípica sin evidencia de malignidad.
Clase III ó sospechosa	Citología sugiere maligni-- dad pero no es concluyente.
Clase IV ó altamente -- sospechosa	Muy sugestiva de malignidad.
Clase V ó positiva	Concluyente de malignidad.
Clase I-falsa ó falsa negativa.	Citológicamente no había ma lignidad, pero el estudio - de tejido es concluyente de malignidad.
Inflamatorias	No se puede concluir debido al extenso proceso inflama- torio.

CUADRO No.7

Al realizar un estudio citológico, puede haber diversas causas de error (7), las cuales, analizaremos a -- continuación.

- 1- Equivocación de la muestra; esto puede suceder en el laboratorio ó durante la toma de la muestra.
- 2- Deterioro de la muestra a causa de una pobre fijación.
- 3- Sequedad de la muestra principalmente antes de su fijación; causa distrocción y agrandamiento de células y núcleos perdiéndose los detalles de estructura.
- 4- Historia inadecuada.
- 5- Procesos inflamatorios severos.

Para evitar estos errores, la lámina debe ser rotulada antes de la toma de cada muestra; é inmediatamente de la toma de la muestra debe ser introducida en el líquido fijador; debe darse una historia detallada, ya que hay factores como las cauterizaciones, las radiaciones y los procesos inflamatorios que dan cambios citológicos, que pueden dar lugar a error al interpretar los hallazgos.

Deberá mantenerse la lámina fijándose por el tiempo estipulado.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CITOLOGICOS OBTENIDOS.

	T I P O	No. DE CASOS	%
C C L A T O C I P F A T I C O L C I G I C A	CLASE I	471	89.71
	CLASE II	6	1.14
	CLASE III	19	3.62
	CLASE IV	5	0.95
	CLASE V	6	1.14
	INFLAMATORIAS	9	1.71
	DEFECTOS DE TEC.	9	1.71
	T O T A L	525	99.97

CUADRO No.8

En el cuadro No. 8, debe notarse que de las 525 - muestras que fueron practicadas, no se pudo verificar el estudio por defectos de técnica, en nueve casos; ya fuera por sequedad de la muestra ó por la mala fijación; esto constituyó el 1.71% de los casos.

En otro número igual de muestras, no se pudo concluir por el extenso proceso inflamatorio que existía.

En 2 de estas pacientes cuyas muestras fueron reportadas como defectos de técnica, se verificó la toma de otra muestra, variando los resultados como puede notarse en el cuadro No.10.

Al analizar el cuadro No.8 es de notarse que se -- obtuvo un resultado de 6 pacientes positivas a cáncer, - que constituyen el 1.14% de los casos; en las cuales se reportaba el tipo de neoplasia maligna. Todas las muestras positivas se reportaron, como hay células descamadas de carcinoma Epidermoide.

En aquellos casos en los cuales se reporta Citología Clase III, el médico debe de ponerse alerta para - verificar nuevos estudios citológicos, complementados con estudios histológicos.

De esta clase se obtuvo 19 casos que constituyen el 3.62%.

De Citología Clase IV se obtuvo 5 casos que constituyen el 0.95% de los casos.

En algunas pacientes comprendidas en este trabajo, se pudo profundizar el estudio y esto varió los resultados. De hecho hay un caso, cuya citología fué referida como negativa, el estudio histológico reveló que la paciente adolecía de un carcinoma in situ del cérvix. Debido a esto se clasificaron los casos tal como aparecen en el cuadro No.9.

T O T A L D E C A S O S

525

	T I P O	No. DE CASOS	PORCENT. DE CASOS
C L A S I F I C A C I O N	CLASE I	470	89.52
	CLASE II	6	1.14
	CLASE III	19	3.61
	CLASE IV	5	0.95
	CLASE V	6	1.14
	CLASE I-FALSA	1	0.19
	DEFECTOS DE TECNICA.	9	1.71
	INFLAMATORIAS	9	1.71
		T O T A L	525

CUADRO No.9

Verificáronse algunos controles citológicos y los resultados citológicos finales quedaron clasificados - como aparecen en el cuadro No.10.

CONTROL CITOLOGICO

T I P O	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE DE CASOS.
CLASE I	474	90.28
CLASE II	5	0.95
CLASE III	18	3.42
CLASE IV	5	0.95
CLASE V	6	1.14
CLASE I-FALSA	1	0.19
DEF.DE TECNICA	7	1.33
INFLAMATORIAS	9	1.71
T O T A L	525	99.97

CUADRO No.10

Es de hacer notar en los resultados citológicos finales, que la paciente clasificada como clase III -- adolecía de un proceso inflamatorio. Después del tratamiento anti-inflamatorio se verificaron nuevos controles citológicos, siendo éstos reportados como negativos.

Al final quedaron como negativos 474 pacientes, -- que constituyen el 90,28% de los casos, es probable -- que si se hubieran verificado más controles en aquellas pacientes con citología cérvico-vaginal Grado -- III y IV, posiblemente los resultados citológicos finales hubieran variado, pudiendo descubrirse más cánceres, pero fue debido a que estas pacientes no regresaron a la consulta, pese al esfuerzo realizado para hacerles llegar.

En total se obtuvo 6 casos positivos que constituyen el 1.14% de los casos. Se obtuvo 1 caso de Clase I-Falsa que constituye el 0,19% de error, el cual es un índice de error bastante bajo, si se le compara con otras estadísticas; 5 casos Clase IV que constituyen el 0,95% de los casos; 7 casos de Defectos de Técnica que constituyen el 1.33% de los casos; y, 9 casos en los que no se pudo verificar el estudio por el extenso proceso inflamatorio, estos casos constituyen el 1.71%.

B- ESTUDIO ANATOMO PATOLOGICO.

Se practicaron 47 biopsias del cérvix, que constituyen el 8,95% del total de casos, en aquellas pacientes cuyas citologías fueron reportadas como clase III, Clase IV, Clase V, que refresaron a control, ó en aquellas -- pacientes que presentaban erosiones cervicales, irregu-- laridades del cérvix o franca tumoración. Estas biopsias fueron practicadas por el sistema de biopsias múltiples, como aparece en la figura No.3.

La clasificación histológica del cáncer del cérvix que se sigue es la de Broders (8) Cuadro No.11

CLASIFICACION DE BRODERS	
GRADO I	0- 25% DE CELULAS INDIFERENCIADAS
GRADO II	26- 50% DE CELULAS INDIFERENCIADAS
GRADO III	51- 75% DE CELULAS INDIFERENCIADAS
GRADO IV	76- 100% DE CELULAS INDIFERENCIADAS

CUADRO No.11

En el estudio Anatomopatológico verificado, se obtuvo los resultados que aparecen en el cuadro No.12.

E
S
T
U
D
I
O

BIOPSIAS	NUMERO	PORCENT.	PORCENT. DEL TOTAL DE CASOS
NEGATIVAS	36	76.46	6.85
POSITIVAS	11	23.34	2.10
TOTAL	47	100%	8.95%

CUADRO No.12.

Como puede observarse en el cuadro No.12, 36 --
b
biopsias fueron reportadas como negativas a maligni--
dad y 11 biopsias se reportaron como positivas, cons--
tituyendo el 23.34% del total de biopsias; y el 2,10%
del total de casos estudiados en este trabajo.

Las Biopsias positivas se reportaron según la cla--
sificación de Broders. Cuadro No.13.

BIOPSIAS POSITIVAS		
CA IN SITU	2	18,18%
GRADO I	1	9,09%
GRADO II	2	18,18%
GRADO III	4	36,66%
GRADO IV	2	18,18%
T O T A L	11	100%

CUADRO No.13

En estos resultados se incluye el Ca In Situ aunque éste, no se encuentra incluido en la clasificación hecha por Broders para el diagnóstico histológico de Neoplasias malignas, pero puede considerarse como grado 0.

Es importante señalar algunos factores, sobre lo -- que se considera CA INSITU ó intraepitelial ó pre-invasivo.

En cuanto a una definición exacta de lo que es Ca In Situ, muchos autores tienen diversidad de opiniones. Es considerado como una frase muy temprana del cáncer - invasivo.

Fue descrito por primera vez en 1908 por Schottlander y Kermauner, ellos notaron cambios intraepiteliares en la periferia del neoplasma invasor (5).

Te Linde hace ver que patólogos de gran experiencia, no tienen criterio único sobre su aspecto histológico. - (9).

Te Linde lo define así: "Carcinoma In Situ del cuello puede definirse, como una lesión de la superficie -- del epitelio, en el cual todas las células que constituyen el espesor de éste, poseen las alteraciones morfológicas, características de malignidad, pero todavía no -- han invadido el estroma (10).

Novak lo define así: El cáncer In Situ, es una lesión, en la cual, la capa interna de la mucosa epitelial

está reemplazada por células microscópicamente idénticas, a las del cáncer invasivo, con pérdida de la estratificación, pero conservando la basal. (11)

El diagnóstico de carcinomas In Situ, no es sencillo, más por el exame resulta en ocasiones un problema complejo para el patólogo experimentado, ya que una metaplasia esofágica, las condilomas, y los diversos grados de hiperactividad y atipia del epitelio, pueden inducir a error (5).

Algunos autores ponen en duda la relación entre "Ca In Situ" y el cáncer invasor, pero existe suficiente evidencia para considerar que un "Ca in Situ" precede al cáncer verdaderamente invasivo del cérvix, y -- también se encuentra fuera de duda que puedan coexistir en un mismo cuello, "Ca in situ" y Cáncer (9). De allí la importancia de las biopsias múltiples y conizaciones quirúrgicas en caso de "Ca in situ".

Generalmente se acepta, que el "Ca In situ" es el estado precursor del cáncer invasivo, y como tal, debe de considerarse desde el punto de vista práctico. (11).

Como puede observarse en el cuadro No.13, se obtuvo 2 "carcinomas in situ", a los cuales, en el Hospital de Maternidad se les practicó conización del cérvix y tratamiento quirúrgico.

Los tumores malignos del cuello uterino pueden ser de 2 tipos: los que se originan del epitelio cervical y los que derivan del tejido conjuntivo.

Los de origen epitelial representan el 95% y pueden originarse en los 2 tipos de epitelio que se encuentran en el cuello uterino. La mayoría se inicia del epitelio estratificado, de allí que se denominan epidermoides; los otros son del epitelio glandular y se denominan - - adenocarcinomas (12)

En el Departamento de Patología del Hospital Rosales se sigue la clasificación de Martz Loff (12), para catalogar los carcinomas del cuello uterino.

Este autor los divide en 3 categorías:

- a) Espinocelular: cuando está constituido predominantemente por células superficiales del epitelio estratificado del revestimiento normal, con signos de queratinización.
- b) Baso celular: compuesto por células semejantes a la capa basal, del epitelio estratificado del revestimiento normal.
- c) Transicional formado por células que representan una variedad intermedia entre las células basales y superficiales.

En el cuadro No. 14, aparecen los tipos que se encontraron en este trabajo.

<u>TIPOS ANATOMOPATOLOGICOS</u>		
EPIDERMOIDE	5	45.45 %
TRANSICIONAL	3	27.27 %
ADENOCARCINGMAS	1	9.09 %
CA IN SITU	2	18.18%

CUADRO No.14

En el John Hopkins Hospital, Novak encuentra (11) - que el Basocelular constituye el 12%, el transicional 68%, Espinocelular 15% y Adenocarcinoma 5%.

Al comparar estos datos se encuentra que en nuestro medio, es más frecuente en ese sitio; las causas - de esa diferencia se desconocen.

Es de hacer notar que el tipo más frecuente obtenido en este estudio, fué el tipo Epidermoide, Cuadro No. 14; pero estos datos no pueden compararse con otros estadísticas , por ser escaso el número de casos, comparativamente hablando.

Se reportaron 36 biopsias negativas obteniéndose - los resultados que aparecen en el cuadro No.17

B I O P S I A S		N E G A T I V A S.	
CERVICITIS CRONICA	33	91.66%	
ADENOMA	2	5.57 %	
TUBERCULOSIS FOLICULO CASEOSA	1	2.77%	
T O T A L	36	100. %	

CUADRO No.17

Se obtuvo como resultado 2 adenomas, en los cuales, se creyó al momento de practicar el examen, que se trataba de Neoplasias malignas, debido al aspecto macroscópico que presentaban.

Se observa también en el cuadro No. 17, que se reportó una TB folículo caseosa del cérvix, la cual es, una afección bastante rara en esa localización y casi siempre secundaria, a una TB endometrial ó de las trompas(5).

A esta paciente se le practicó legrado uterino en el Hospital de Maternidad, siendo reportado como negativo a T.B. La Citología en este caso se reportó como Clase IV, debido probablemente al proceso inflamatorio. Actualmente bajo tratamiento antituberculoso, en el centro de Salud de Santiago de María.

Es de hacerse notar que en estos casos, se tuvo sospecha clínica de malignidad, y de ellas 33 fueron reportadas como Cervicitis crónica, es decir, eran cervicitis sospechosas.

C- COMPARACION DEL METODO

CITOLOGICO Y ANATOMOPATOLOGICO

La comparación de los 2 métodos como es lógico suponer, se hará analizando los resultados obtenidos en a aquellas pacientes, en las cuales, además de la Citología Exfoliativa, se les practicó estudio histológico -- del cérvix, por el sistema de Biopsias múltiples, tomando muestras de tejido a las 12-6-3-9 y de aquellos sitios en donde se sospechó malignidad.

Como hace ver Novak (5), el desarrollo de los métodos citológicos precisos, actualmente, nos hace descubrir lesiones cancerosas iniciales en mujeres asintomáticas y con un cuello uterino aparentemente normal.

Cuando existe una lesión sospechosa, además del método Citológico, deberá practicarse, una biopsia, pues -- los dos métodos no deben de considerarse antagónicos, si no mas bien completarios y en estos casos uno debe de -- estar intimamente ligado al otro. Es cierto que por el -- método citológico, algunas veces no se puede concluir -- que haya malignidad, en algunas neoplasias ulceradas, por los cambios inflamatorios de las células exfoliadas; -- también es cierto, que una biopsia del tipo que se practicó, en éstas pacientes, puede dejar inadvertida una -- lesión de los sitios intermedios; de allí se origina --

la importancia de la combinación de ambos métodos cuando haya indicación.

En el cuadro No. 18 se analizan los resultados obtenidos en las pacientes, en las cuales se practicó citología exfoliativa y biopsia múltiple.

CUADRO No.18

COMPARACION DE RESULTADO CITOLOGICO Y ANATOMOPATOLOGICO		
CLASE V- BIOPSIA POSITIVA	5	10.63%
CLASE IV- BIOPSIA POSITIVA	1	2.12%
CLASE III- BIOPSIA POSITIVA	2	4.25%
INFLAMATORIA BIOPSIA POSITIVA	2	4.25%
CLASE I- FLASA BIOPSIA POSITIVA	1	2.12%
CLASE IV- BIOPSIA TB	1	2.12%
CLASE III- INFLAM. ADENOMA	1	2.12%
CLASE II- INFLAM. BIOPSIA NEGAT.	4	8.51%
CLASE I- ADENOMA	1	2.12%
CLASE III- INFLAM- BIOPSIA NEGAT.	2	4.25%
NEGATIVAS	27	57.44%
T O T A L	47	100%

En el cuadro No.18 podemos observar, que aquellos casos en los cuales se obtuvo: Citología Clase V y Clase IV, la biopsia demostró malignidad, excepto en 1 caso, en el cual, el estudio histológico demostró una TB folículo caseosa del cérvix. De las 5 Citologías clasificadas como Clase III, en las cuales, el médico debe ponerse en estado de alerta. El estudio de tejido demostró 2 cánceres, 1 Adenoma, y 2 casos reportados como Cervicitis Crónica; los resultados son muy satisfactorios en cuanto al diagnóstico del cáncer del cérvix.

Se obtuvo un caso unicamente, en el cual, la Citología, se reportó como negativa y la biopsia demostró malignidad. Esto siempre sucede en cualquier estudio y se debe a muchos factores. Se verificaron algunos controles citológicos e histológicos variando un poco los resultados, - Cuadro No.19, los cuales se verificaron despues del tratamiento anti-inflamatorio.

Es de hacer notar que en el estudio Citológico se obtuvo 19 casos con citología clase III, de las cuales -- unicamente en 5 casos se completó el estudio, si hubiera sido posible controlar más de estas pacientes, es probable se hubieran encontrado mayor número, que padecían de cáncer del cérvix.

VERIFICARONSE CONTROLES CITOLOGICOS E HISTOLOGICOS
DESPUES DE TRATAMIENTOS ANTI-INFLAMATORIOS, RESULTADO:

CLASE V-	BIOPSIA POSITIVA	5	10.63%
CLASE IV-	BIOPSIA POSITIVA	1	2.12%
CLASE III	BIOPSIA POSITIVA	2	4.25%
	INFLAMATORIA BIOPSIA POSITIVA	2	4.25%
CLASE I	BIOPSIA POSITIVA	1	2.12%
CLASE IV	BIOPSIA T.B.	1	2.12%
CLASE III	INFLAM.ADENOMA	1	2.12%
CLASE II	INFLAM.BIOPSIA NEG.	2	4.25%
CLASE I	ADENOMA	1	2.12%
CLASE III	INFLAM.BIOPS.NEG.	1	2.12%
	NEGATIVAS	30	63.85%
T O T A L		47	100.%

CUADRO No.19

Como puede observarse en el cuadro No.19, hubo un aumento en la cantidad de casos negativos (Citología Clase I- Biopsia Cervicitis Crónica),

Es de hacer énfasis, en la importancia del control de las pacientes después del tratamiento anti-inflamatorio. Si las dos pacientes en las cuales, debido al extenso proceso inflamatorio no se pudo reportar el resultado citológico, y la biopsia reportó claramente la presencia de malignidad, hubieran recibido tratamiento anti-inflamatorio; el nuevo control citológico probablemente hubiera concluído en malignidad.

En resumen puede decirse, que analizando el cuadro 19, con los cuadros anteriores, el diagnóstico por medio de citológicos es muy satisfactorio, ya que de 11 casos positivos por Biopsia se obtuvo los siguientes resultados:

<u>Analizando el cuadro 19.</u>		
DIAGNOSTICO	5	45.45 %
ORIENTACION	3	27.27 %
FALSO	1	9.09 %
INSATISFACTRICO	2	18.18 %

D- A N A L I S I S
C L I N I C O P A T O L O G I C O

En esta parte del estudio se hace una comparación, de los hallazgos clínicos: de historia y examen ginecológico, con los resultados citológicos y anatomopatológicos.

Inicialmente, se describirán los síntomas y signos que se presentan en el cáncer del cuello uterino. El dolor no constituye un síntoma del Carcinoma, y aún en este caso suele no ser muy intenso (5). En algunos casos - el dolor gravativo, penoso, constituye un síntoma destacado, que se hace severo a medida que la afección avanza; solamente un síntoma tiene especial importancia, y es la metrorragia de cualquier tipo, y más importante, cuando se trata de sangramiento post-coito (11); también es importante la hemorragia que se produce después de esfuerzos violentos, defecación dificultosa, ó la que se presenta después de un examen pélvico (5); también se considera muy importante la hemorragia que se presenta después de la menopausia.

Por desgracia, en algunos casos, se presenta cuando la enfermedad esté avanzada (5), de allí que toda mujer asintomática, puede estar condenada a muerte; es por eso importante el examen pélvico periódico, sobre todo en --

aquellas mujeres mayores de 30 años.

Pueden considerarse otros síntomas como flujo anormal acuoso, sobre todo en adenocarcinoma, pero tardo o temprano, este flujo se convierte en sanguinolento, el cual a medida que progresa, se vuelve de un olor, cada vez más desagradable.

Otro síntoma es la irritabilidad vesical, debido a que el proceso invade el tabique vésico-vaginal.

Como puede observarse, la sintomatología casi siempre aparece en los estados avanzados, el cáncer incipiente prácticamente no tiene manifestaciones, los signos que pueden presentarse, son: laceraciones, cervicitis crónicas sospechosas, irregularidades cervicales, endurecimientos, erosiones, ulceraciones.

Locke, investigó sistemáticamente este tipo de lesiones y encontró un 9% de carcinoma (11).

Algunos autores como Te Linde, establecen, que no se ha comprobado que una cervicitis se transforme en cáncer. No hay nada concluyente al respecto, pero toda lesión cervical debe ser investigada y tratada adecuadamente. (11)

Díaz Bazán, en una investigación de cuellos uterinos, que clínicamente presentaban lesiones benignas o no los presentaban, en 435 pacientes, encuentra, que en

el 70%, el estudio fue negativo a malignidad, el 14.2% fueron reportados como Cervicitis sospechosa y en el 15.8 % se encontró cáncer, de los cuales, 8.9% fueron pre-invasivos y el 6.9% cáncer invasivo (11). Si basados en el criterio clínico, no se hubieran estudiado estas pacientes, cuantos cánceres del cérvix uterino hubieran pasado inadvertidos.

Es de hacer notar que en este estudio, se usó como método diagnóstico el estudio histológico, debido a que no contaban con la enorme ayuda de la Citología Exfoliativa.

Debido a estos estudios y a otros estudios extranjeros, es que el Hospital de Maternidad a adoptado el método de citología, como una rutina en toda paciente que acude a su consulta.

En el presente trabajo se hace una clasificación de las pacientes, en Asintomáticas y Sintomáticas. Para clasificar a una paciente me he basado en los síntomas y signos que aparecen en el cuadro No. 21, las cuales, se han considerado de mucha importancia en el cáncer del cuello uterino; la presencia de uno ó más de los síntomas y signos que aparecen en dicho cuadro, hace que esta paciente sea clasificada como Sintomática.

Se consideran aquí, los hechos más importantes que nos puedan hacer pensar, en que esa paciente lleve consigo un cáncer.

S I N T O M A S Y S I G N O S

SANGRAMIENTO POST-COITO

SANGRAMIENTO POST-MENOPAUSICO

EROSIONES CERVICALES DEVEROS

IRREGULARIDADES CERVICALES

ENDURECIMIENTO CERVICAL

ULCERA

NODULOS SOSPECHOSOS

POLIPO CERVICAL

COLIFLOR

De acuerdo a esta clasificación de las pacientes y relacionándolas con el diagnóstico citológico e histológico obtenido, se encontraron los resultados que aparecen en el cuadro No.22,

		No. de Casos	%
C L A S I F I C A C I O N	SINTOMATICOS POSITIVOS	11	2.09
	SINTOMATICOS SOSEP, NO COMPROBADO.	8	1.52
	SINTOMATICOS NO COMPROBADOS	4	0.76
	ASINTOMATICOS POSITIVOS	2	0.38
	ASINTOMATICOS POSITIVO TB.	1	0.19
	ASINTOMATICOS NEGATIVOS	418	79.42
	ASINTOMATICOS SOSEP, NO COMPROBADOS	12	2.28
	ASINTOMATICOS NO CLASIFICADOS	7	1.33
	T O T A L	525	99.77

CUADRO No.22

Se clasifican como sintomáticas positivas, las pacientes que presentaron cualquiera de los síntomas y signos, que aparecen enumerados en el cuadro No. 21, en las cuales el estudio citológico o histológico demostró malignidad.

SINTOMATICAS NEGATIVAS. Fueron clasificadas así: las pacientes con sospecha clínica de malignidad, que no lo demostró ni el estudio citológico, ni el histológico.

SINTOMATICAS SOSPECHOSAS. No comprobadas: se clasifican en este grupo aquellas pacientes en que existía sospecha clínica de malignidad, la citología exfoliativa demostró sospecha de malignidad, pero esta no pudo comprobarse.

SINTOMATICAS NO COMPROBADAS. En este grupo se clasifican a las pacientes, en las cuales, existía una sospecha clínica de malignidad, pero debido al deterioro de la muestra, no se verificó el estudio.

ASINTOMATICAS POSITIVAS, Fueron clasificadas en este grupo aquellas pacientes, en las cuales, no se encontró evidencia clínica de malignidad, pero que el estudio citológico, ó histológico o ambos, demostraron malignidad.

ASINTOMATICO POSITIVO T.B. Se clasifica en este grupo, a una paciente, en la cual, no existió sospecha clínica de malignidad, pero que el estudio histológico demostró una TB folículo Caseosa del cérvix. La razón para clasificarla como positiva es que la citología Exfoliativa, fué reportada como Clase IV; como refiere Novak, (5) muchas --

veces una TB, puede confundir a un citólogo por el extenso proceso inflamatorio.

ASINTOMATICAS NEGATIVAS. Se clasifica en este grupo, a las pacientes asintomáticas, cuyo estudio fué negativo a lesiones malignas.

ASINTOMATICAS SOSPECHOSAS NO COMPROBADAS, Aquí se clasifican, las pacientes, sin sospecha clínica de malignidad, en las cuales la Citología, fué sospechosa de Malignidad, pero que no pudieron ser estudiadas y la malignidad no se comprobó.

ASINTOMATICAS NO CLASIFICADAS. Son aquellas pacientes, en las cuales no existía clinicamente sospecha de malignidad, pero que las muestras se deterioraron o se reportaron como inflamatorias y no se pudo concluir.

En el cuadro No.22, se notan varios hechos importantes, en especial, el hecho de que dos pacientes asintomáticas resultaron positivas a cáncer, constituyendo en el grupo estudiado el 0,38%, que 62 pacientes sintomáticas resultaron negativas a cáncer del cérvix uterino, constituyendo el 11,8%. Es posible que si se hubieran verificado más controles en las pacientes clasificadas como sintomáticas sospechosas no comprobadas y sintomáticas No Comprobadas, probablemente, las estadísticas hubieran variado.

Las asintomáticas negativas constituyeron el 72,42% de las 525 pacientes estudiadas.

E- ESTUDIO DE PACIENTES

GRAVIDAS

En este trabajo se incluyeron 107 pacientes embarazadas que constituyen el 20.38% del total de pacientes incluidas en el trabajo. Se hace un estudio especial de ellas, por considerar un hecho importante la coexistencia de cáncer y embarazo.

Varios autores hacen ver que cuando se encuentra cáncer del cuello uterino y embarazo, casi siempre, éste se encuentra en un estado avanzado. Broders, dice no haber visto Carcinoma Grado I, en embarazadas, la gran mayoría son de grado III y Grado IV (11).

Way y Gluckman, no encuentran ningún caso Grado I de la clasificación de Broders; Noriega y Limón, en México, no encuentran casos Grado I.

Díaz Bazán, encuentra en los estudios de 10 casos, que todas eran grado III y IV.

En este estudio, sin embargo, se encuentra un Carcinoma in situ coincidiendo con embarazo. El otro caso al presente todavía no ha sido clasificado, debido a la edad avanzada del embarazo, pero se continuará su estudio.

Novak (5), refiere que el cáncer del cuello y embarazo es una combinación bastante rara.

Díaz Bazán, en su trabajo presentado ante el VI - Congreso Médico Centroamericano, encuentra en 17 pacientes una asociación de cáncer cervical y embarazo; dando una incidencia de 2.2% en relación con el total de carcinomas, encontrando además, que la incidencia de cáncer y embarazo en relación al número de partos, es de 1/1506 en la serie comprendida de 1952 a 1953.

Refiere que en el 80% de los casos, las pacientes tenían una edad de 35 años o menos. Esto coincide con mis hallazgos, ya que en una de las pacientes positivas, la edad era de 32 años y presentaba un embarazo de 12 semanas la Citología fué reportada como negativa y la biopsia como "Ca in Situ". La otra su edad era de 35 años y presentaba un embarazo de 28 semanas. La Citología inicial se reportó como Clase IV, al ser referida, se le practicó nueva Citología Exfoliativa resultando de Clase V.

El estudio de las pacientes embarazadas, aparece en el cuadro No.23.

ESTUDIO DE EMBARAZADAS

	No.de Pacientes	%	% del Total de Casos.
NEGATIVOS	103	96.25	19.62
SOSPECHOSAS	1	0.93	0.19
POSITIVAS	2	1.86	0.38
DEF.DE TECNICA	1	0.93	0.19
TOTAL	107	99.97	20.38

CUADRO No.23

Se clasifican como Negativas, las pacientes cuyo estudio no se comprobó malignidad.

Sospechosas, aquellas en las cuales la Citología fué sospechosa, pero que no se pudo comprobar los hallazgos -- con un estudio de tejido.

Positivas, aquellas que presentaron malignidad en su estudio.

Defectos de Técnica, pacientes en las cuales no se obtuvo ningún resultado por deterioro de la muestra.

2 pacientes de las 107 estudiadas, resultaron con lesiones malignas, esto constituye el 1.86% de las pacientes embarazadas, y comparando el resultado con el total de pacientes incluídas en el trabajo, constituye el 0.38% índice bastante elevado, lo cual nos lleva a pensar que la incidencia de cáncer y embarazo en nuestro medio es -- elevada, y nos obliga a hacer un estudio cuidadoso en toda paciente embarazada.

F- ESTUDIO SEGUN EDAD

Y

PARIDAD

Son muchos los factores que han sido señalados, los cuales, influyen en la frecuencia con la cual se observa el cáncer del cuello en un determinado país.

Varios factores son los que se consideran pre-disponentes al desarrollo del cáncer.

Terris (12), en un estudio epidemiológico, encuentra una asociación significativa entre la aparición de la enfermedad y los factores siguientes:

- a- Relaciones Sexuales precoces.
- b- Matrimonio Precoz.
- c- Embarazos múltiples.
- d- Relaciones sexuales frecuentes.
- e- Relaciones Extra-conyugales.
- f- La no utilización de medios anticoncepcionales.

Como podemos analizar, todos estos factores los encontramos presentes en la mujer salvadoreña de pocos recursos económicos, y esto podría explicar, en parte, la incidencia elevada de cáncer del cuello uterino en nuestro país.

Otros factores considerados importantes y predisponentes son:

- a- Edad.
- b- Paridad.
- c- Raza.
- d- Factores familiares.
- e- La dieta

a) El cáncer del cuello, puede presentarse a cualquier edad, siendo más frecuente entre los 40 y 70 años. Way, (11) encuentra mayor incidencia entre 41-50 años antes y entre 51-60 años. Ackerman y Del Regato (11), indican que es raro encontrarlo en mujeres menores de 20 años. Las estadísticas de Corscaden revelan un 7.4% antes de los 30 años.

Díaz Bazán (11), encuentra una mayor incidencia entre los 35 a 44 años, comprobando una mayor frecuencia a una edad 10 años menor que la encontrada por autores extranjeros. Encuentra una incidencia de 6.7% en pacientes menores de 29 años.

Infante Díaz (12), encuentra en una revisión de 3.456 casos una mayor incidencia en la 3a. y 4a. década de la vida.

b) La mayoría de autores señalan que el cáncer del cuello uterino es más frecuente en las multíparas y que es relativamente rara en nulíparas.

Pero hacen notar, que la ausencia de hijos no constituye ninguna protección para el cáncer del cérvix uterino, pudiéndose observar también en vírgenes.

Corscaden (11), en su serie total, encuentra un 83% en multíparas y 17 % en nulíparas.

Ackerman y Del Regato (11), dan cifras de 88% en multíparas y 8% en nulíparas.

En El Salvador (11), encuentran un 98 en multíparas y 2% en nulíparas, encontrándose mayor incidencia entre 1-9 partos, con ligero predominio entre 4 a 6 partos, considerando que embarazos repetidos a temprana edad, juegan papel etiológico, en nuestro medio. Señalando además, que el sarcoma del cuello uterino es mas frecuente en nulíparas y vírgenes.

c) Algunos autores señalan que las deficiencias nutricionales son causas etiológica en el cáncer del cérvix, este es otro factor presente en nuestro medio. Unicamente se analizan estos factores por considerar que los otros factores, no tienen importancia en nuestro país.

En el presente trabajo se hace una clasificación de las pacientes atendiendo a la edad y paridad, como puede observarse en el cuadro No. 4 y No. 5. Se advierte en estos cuadros, que la mayor cantidad de pacientes estudiadas, se encontraban comprendidas entre las edades de 21 a 50 años.

El número de partos en los diferentes grupos etarios,

es casi igual.

Se estudiaron unicamente 34 nulíparas. De las 13 pacientes que al final del estudio resultaron positivas, se observa, que 8 pacientes se encontraban en el grupo - clasificado entre 31 a 40 años, Cuadro No. 24, resultados que coinciden con otros verificados en nuestro país.

Además, es de hacer notar, que todas ellas habían - tenido tres o más partos, Cuadro No. 25, y que la mayor - incidencia se presentó en aquellas, que habían tenido ocho o más partos. Comparando con otros estudios en nuestro medio, se encuentra mayor incidencia en las grandes múltiparas, aunque concuerda con la incidencia elevada en mujeres de tres a cinco partos.

GRUPOS ETARIOS

CUADRO No.24

EDAD EN GRUPOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
17-20	0	0
21-30	1	7.69%
31-40	8	61.54
41-50	1	7.69
51 ó más	3	23.07
T O T A L	13	99.99%

CUADRO No.25

P A R I D A D

No. DE PARTOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0	0	0
1	0	0
2	0	0
3	3	23.07%
4	2	15.39%
5	2	15.39%
6	0	0
7	0	0
8 ó más	6	46.1' %
T O T A L	13	99.99%

R E S U L T A D O F I N A L		
CITOLOGIA Y BIOPSIA POSITIVOS.	5	38.45%
CLASE IV BIOPSIA POSITIVA	1	7.69%
CLASE III BIOPSIA POSITIVA	2	15.39%
INFLAM. BIOPSIA POSITIVA.	2	15.39%
CLASE I- BIOPSIA POSITIVA	1	7.69%
CLASE V- SIN BIOPSIA	2	15.39%
T O T A L	13	100%
ESTOS 13 CASOS CONSTITUYEN EL 2,47% DEL TOTAL DE CASOS.		

Se encontró cáncer del cuello uterino en diversos - grados en 13 pacientes de 525 estudiadas, lo cual constituye, el 2,47% del total, cifra que se considera alarmante. Meigs (11) en un estudio verificado en el Massachusetts General Hospital en Mujeres casadas, mayores de 30 años encuentra una incidencia de 1.6%.

Aunque este autor verificó este trabajo en una mayor cantidad de pacientes, comparándolo con el porcentaje obtenido en este trabajo, nos dá cifras muy altas y nos pone a recapacitar, para verificar otros estudios de esta índole en nuestro medio.

R E S U M E N

- 1- Se verificó un estudio sobre cáncer del Cuello - Uterino en 525 pacientes escogidas al azar, que consultaron al Centro de Salud de Santiago de -- María.
- 2- El principal método de diagnóstico utilizado fué la Citología Exfoliativa.
- 3- Se practicó biopsia del cérvix, cuando el estudio clínico ó el resultado citológico lo ameritaba.
- 4- Se practicó biopsia del cérvix en 47 pacientes - unicamente, que constituye el 8.95 % del total - de casos.
- 5- Se verificó un estudio exclusivo de pacientes en estado de Gravidéz; se incluyeron 107 pacientes que constituyen el 20.38% del total de pacientes.
- 6- Se analizan los resultados citológicos y anatomopatológicos por aparte, y luego se comparan.
- 7- Se hace una clasificación clínico-patológico de las pacientes.
- 8- Se discute y analizan los resultados obtenidos según la edad y número de partos de las pacientes

estudiadas.

- 9- Se expone lo escaso del material, con el **cual** se verificó este estudio.
- 10- Se expone el sencillo método que se siguió para - desarrollo de este trabajo.

C O N C L U S I O N E S
=====

- 1- Este trabajo incluye 525 Citologías cuyos resultados fueron: Negativas 474 que constituyen el 90.28%, ligeramente sospechosas 5, (0.95%) Sospechosas 18, (3.42%). Altamente sospechosas 5 (0.95%) y Positivas 6 (1.14%).
- 2- Se encontró una falsa negativa (0.19%)
- 3- Se encontró 7 defectos de técnica (1.33%)
- 4- Se encuentran 9 muestras Inflamatorias (1.71%)
- 5- Se practicaron 47 biopsias del Cérvix (8.95%), cuyos resultados fueron: Negativas 36 (76.46%) Positivas 11 (23.34%).
- 6- Las Biopsias positivas se reportaron así: Grado 0 ó Carcinoma in Situ 2 (18.18%) Grado 1 (9.09%) -- Grado II 2 (18.8%), Grado III 4 (36.66%), Grado - IV 2 (18.18%).
- 7- Los tipos histológicos que fueron reportados: Ca in Situ 2 (18.18%); Carcinoma Espinocelular 5 (45.45%) Carcinoma transisional 3 (27.27%); carcinoma Baso-celular 0 (0%) Adenocarcinoma 1 (9.09%).
- 8- Las Citologías reportadas como clase V y IV, el estudio histológico demostró malignidad, excepto en un caso que se reportó como TB folículo Caseosa.

- 9- En 5 Citologías reportadas como Clase III, el estudio histológico reportó dos cánceres, un adenoma y dos Cervicitis crónicas. En Citologías Clase III - siempre debe complementarse el estudio con Biopsias.
- 10- En dos casos que las citologías se reportaron como inflamatorias, la biopsia reveló malignidad. Es importante en estos casos tratamientos anti-inflamatorio y control citológico.
- 11- La Citología fué diagnóstica en 5 (45.45%), Orientadora 3 (27.27%), Insatisfactoria 2 (18.18%) --- Falsa 1 (9.09%). Estos resultados nos indican que es un método útil en el diagnóstico del cáncer del cuello y de sencilla aplicación.
- 12- Dos pacientes asintomáticas, resultaron con lesiones malignas, constituyendo el 0.38 % con un estudio sistemático se pueden descubrir cánceres iniciales.
- 13- Se encuentran dos casos de cáncer del cuello uterino y Embarazo, que constituyen el 1.86% de las embarazadas y el 0.38% del total de casos: Cifra donsiderada como elevada.
- 14- La mayor incidencia atendiendo a la edad, se encontró entre los 31 y 40 años. Comparando con estadísticas extranjeras, el cáncer en nuestro medio apa-

rece en pacientes más jóvenes.

- 15- Atendiendo a la paridad, el cáncer se encontró -
unicamente en multiparas, con mayor incidencia en
el grupo de 3 a 6 partos.
- 16- Se encontró cáncer del cuello uterino en 13 pacientes
que constituyen el 2,47%, Cifra alarmante com-
parada con otras estadísticas.
- 17- El método Citológico es muy útil en el diagnóstico,
del cáncer del cuello uterino, que su aplicación -
resulta sencilla, que no causa molestias a la pa--
ciente, que es inocuo, que es un método que resul-
ta relativamente barato para poder extender su aplica
ción a todo el país.

RECOMENDACIONES

- 1- Atendiendo al alto porcentaje de cánceres obtenidos en este trabajo, realizado en el medio rural de la República, se comprueba que el cáncer del cuello uterino, es un problema en nuestro país, se recomienda al Supremo Gobierno de la República, llevar a cabo una campaña sistematizada y organizada, para luchar contra el cáncer del cuello uterino, extendiendo el servicio de Citología, Exfoliativa a todos los Centros Asistenciales del País.
- 2- El estudio citológico deberá practicarse a toda paciente embarazada.
- 3- El estudio citológico deberá practicarse por lo menos en forma sistemática en toda mujer mayor de 30 años.
- 4- Deberá practicarse citología cérvico-vaginal en toda mujer con varios partos sin atender a la edad de la paciente.
- 5- Siempre que sea reportada una citología como clase - III, aún cuando el cérvix, aparentemente sea sano, deberá complementarse el estudio con una biopsia.
- 6- Si una citología es reportada como Clase IV ó V y el estudio histológico no concluya en malignidad, deberá

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

- 1- Ryley G.M.- Endocrinología Ginecológica
1a, Edición México-Edit. Interamericana.
- 2- Lardé y Larín, Jorge- El Salvador, Historia de sus
Pueblos, Villas y Ciudades.- Departamento Editorial
del Ministerio de Cultura. Edición 1957.
- 3- Dirección General de Estadística y Censos.-Ministe-
rio de Economía. Tercer Censo Nacional de Población
1961.
- 4- Barillas Valdivieso, Carlos. Cirugía en el centro
de Salud de Santiago de María. Tesis Doctoral, Sep-
tiembre 1965
- 5- Novak, E. R. Jones, G.S.- Tratado de Ginecología,-
6a. Ed. México, Edit. Interamericana 1962.219-259.
- 6- Papanicolau, G.N.- Atlas of Exfoliative.
Cytology. Common Walth Funds. Cambridge, Masa.1954
3 pag.
- 7- Mejía Zelaya, Alfonso.- Diagnóstico del Carcinoma -
Cérvico-uterino por medio de la Citología Cérvico-
vaginal. Tesis Doctoral, Septiembre 1963.
- 8- Anderson, W.A.D.- Sinopsis of Pathology.- 5th Edi-
tion the c.v. Mosby Company, 1960-701-705 pag.

- 9- Te Linde, R.W Carcinoma in Situ o Cáncer pre-invasivo del cuello uterino- Archivos Colegio Médico de El Salvador, 75-78 Junio 1956.
- 10- Te Linde R.W. Operative Gynecology, 3rd Edition J.B. Lippincoth Company. Philadelphia 1962-444 pag.
- 11- Díaz Bazán, Narciso. Cáncer del cuello uterino en El Salvador. Estudio analítico 760 casos.- Arch. - Colegio Médico de El Salvador 137-176 sept.1955.
- 12- Infante Díaz, Salvador.- Cáncer en El Salvador, 1a. Edición. Dirección General de Publicaciones, Ministerio de Educación, 1966- 251- 256 pag.

- - - - - .