

Pesquisa de Cáncer de Cuello Uterino *

Dr. Pedro Egui Medina **

INTRODUCCION

La pesquisa de lesiones pre-malignas del cuello uterino constituye uno de los compromisos más obligantes del ejercicio actual de la Ginecología. Este compromiso está afirmado por los siguientes hechos;

- a) Se ha establecido definitivamente como pauta de garantía, el control anual del paciente asintomático, cuya meta fundamental es la pesquisa del cáncer. Todo examen ginecológico debe ser un despistaje del cáncer.
- b) El carcinoma de cuello uterino constituye el 70% de los tumores que afectan a la esfera genital. (1).
- c) En nuestro país planteando un reto realmente importante: ocupamos el primer lugar en las estadísticas mundiales, en relación a la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino. (1).
- d) Son evidentes los progresos de la cirugía y de la radio-terapia, sin embargo la única garantía de curación de esta enfermedad es el diagnóstico evolutivo precoz.

* Trabajo presentado en las II Jornadas Científicas del Hospital Privado Centro Médico de Caracas, Noviembre de 1976.

** Miembro del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

Dos hechos fundamentales hicieron posible la detección precoz de las lesiones epiteliales del exo-cervix y su diagnóstico en la etapa pre-maligna o pre-invasiva, e incluso su tratamiento simplificado por métodos sencillos de consultorio: la introducción de la colposcopia por Hinselman desde 1925 y de la citología exfoliativa por Papanicolau en 1943.

HINSELMAN:	1925	COLPOSCOPIA
PAPANICOLAU:	1943	CITOLOGIA EXFOLIATIVA

El colposcopio extraordinario método de observación del cuello uterino con aumento, permite la identificación y localización precisa de los epitelios normales (malpighiano exo-cervical y cilindrico pseudo estratificado endocervical), los de regeneración o transformación y los atípicos. La más pequeña atípica área puede ser visualizada y seleccionada para biopsia. (2) Con este método puede reducirse el número de biopsias a tomar al 10% de los cuellos observados. Originalmente utilizado y extendido este método a los países de Europa Central y algunos de América Latina, hoy día se está dando verdadero reconocimiento a su utilidad, de tal manera que importantes grupos de ginecólogos como los norte-americanos están realizando numerosas investigaciones y publicaciones al respecto en los últimos años. (2,3,4,5,6,7). En Venezuela se introduce el método desde el año 1950 y desde entonces se ha popularizado de tal forma, que prácticamente todos los servicios importantes de ginecología del país lo practican en forma amplia y rutinaria. (8,10,11,13,). Por otra parte la citología exfoliativa, permite el estudio de las células descamadas por epitelios normales o atípicos del cuello uterino y su introducción a la rutina de exploración ginecológica, abrió un inmenso campo a la especialidad, no solamente por ser un procedimiento valioso sino que al permitir la evaluación de grandes masas de población, es realmente el instrumento de preferencia en la pesquisa practicada por los sanitaristas.

El uso de estos dos métodos combinados y que se complementan, permiten que la precisión en la detección de lesiones del exo-cervix alcance cifras cercanas al 100% de seguridad; considerados aisladamente los dos procedimientos el margen de error de cada uno es de 12% para la citología y 6% para la colposcopia, estimaciones de Benaim y Di Paula. (8,9,10). Otros como Coppleson (Australia) Lindburg (Alemania), Navratil (Austria) emiten cifras parecidas pero en favor de la citología al igual que Villalba en Venezuela.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización de este trabajo hemos revisado 1800 historias clínicas de nuestro archivo de la consulta privada en el Centro Médico de Caracas, durante el lapso 1966-1975. En dicha consulta efectuamos en la primera visita de la paciente, el examen ginecológico habitual realizando de rutina la toma de dos láminas para citología exo y endocervical según técnica de Ayre para coloración de Papanicolau modificado. Seguidamente practicamos la colposcopia según metodología ya establecida en forma clásica por todos los colposcopistas: visión directa con limpieza y aplicación de ácido acético al 3% y test de Schiller, dejando claramente conceptualizado el hecho de que es la observación con la mencionada aplicación del acético, la más importante y la que realmente permite el diagnóstico y nomenclatura del

tipo de epitelio observado, así como la clasificación correcta de las atipias. En cuanto a la citología, la clasificación utilizada por nosotros es la de Ayre la cual es aceptada por el MSAS en su campaña de Salud Pública en relación con la pesquisa del cáncer del cuello uterino. En cuanto a la edad de las pacientes se obtuvo un promedio de 27 años para aquellas que presentaron lesiones displásicas o CA In situ, con un mínimo de 19 y un máximo de 32. Esto coincide con el concepto de Richard (12) acerca de su interpretación sobre la evolución natural de las displasias del cuello uterino.

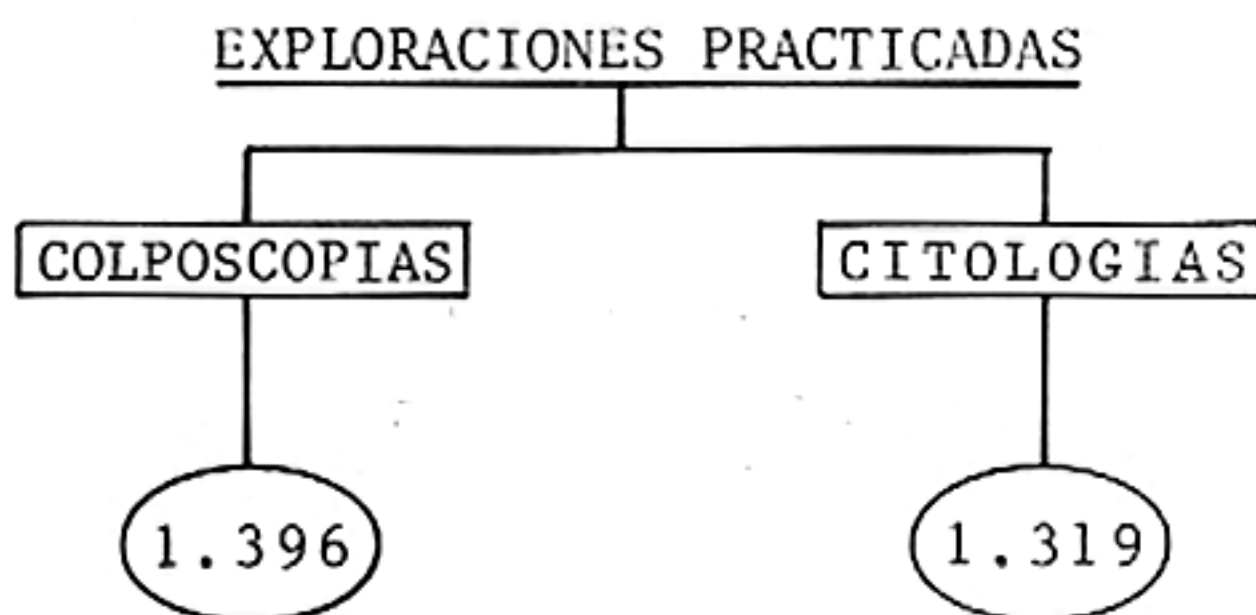
Cuando se detecta una atipia colposcópica seguimos el siguiente procedimiento:

- a) Tratamiento anti-inflamatorio específico o inespecífico de acuerdo a los hallazgos en relación con la flora vaginal.
- b) Reevaluación de la atipia precisando la gravedad de la lesión colposcópica (lesiones verrugosas, sobre elevadas o complejos colposcópicos tienen importancia primordial) y su correlación con la citología.
- c) Toma de la biopsia de acuerdo con análisis de los criterios anteriores.

HALLAZGOS Y RESULTADOS

En la revisión realizada fueron efectuadas 1396 colposcopias y 1319 citologías (Cuadro No. 1)

Cuadro N° 1



El análisis de este material reporta los siguientes hallazgos:

1) **En relación a la colposcopia:**

- a) 1306 o sea el 93.57% correspondieron a cuello sano y lesiones benignas siendo la más frecuente la ectopia simple o con zona de regeneración típica, (Cuadro No. 2), las que alcanzan al 65.77%. A Este número de observaciones colposcópicas correspondieron 1220 citologías grado 0-1 lo que representan el 92.49% y 8 con citologías grado II que constituye el 0.60% de todas las colposcopias típicas. (Cuadro No. 3). Es importante señalar que en este grupo de pacientes fue diagnosticada una displasia grave endocervical que no fue detectada ni por la citología, ni por la colposcopia siendo la histerosalpingografía practicada como complemento del estudio. la exploración que hizo la

pesquisa al demostrar defectos de repleción en canal cervical uterino siendo confirmada la lesión histológica por medio de un curetaje fraccionado y extirpada totalmente con un cono. Por otra parte 7 de los 8 casos con citologías grado II revertieron a 0-1 con tratamiento médico, confirmando la benignidad de la lesión colposcópica (Cuadro No. 4).

Cuadro N° 2

HALLAZGOS COLPOSCOPICOS

A	CUELLO SANO	358	25.66%
	B LESIONES BENIGNAS	ECTOPIA	850
ECT. + REG.		46	3.27%
REGENERACION		22	1.57%
COLPITIS		17	1.21%
POLIPO		13	0.93%
Total		1.306	93.57%

Cuadro N° 3

CITOLOGIAS

GRADO 0 y I

a)	CUELLO SANO Y LESIONES BENIGN.	1.220	91.66%
b)	ATIPIAS COLPOSCOPICAS	78	5.91%

GRADO II

a)	LESIONES BENIGNAS	8	0.60%
b)	ATIPIAS COLPOSCOPICAS	12	0.90%

GRADO III

→	→	→	→	→	→	1	0.07%
---	---	---	---	---	---	---	-------

Total 1.319 100%

Un carcinoma in situ, caso en que la citología fue falsa negativa persistente, pero dado el aspecto de la colposcopia fue biopsiada; 5 displasias simples y 4 casos no displásicos. Las 12 restantes presentaron citología grado II, en donde fueron detectados: un carcinoma in situ, una displasia grave, 6 displasias simples y 2 casos con lesiones histológicas no displásicas. (Cuadro No. 6).

Cuadro N° 6 CORRELACION COLPO-CITOLOGICA y A.P.

	CIT. 0-1	A.P.	CIT. II	A.P.
M.B.L.	17	1. DISP. SIMPLE 1. PARAKERATOSIS	5	1. DISP. SIMPLE 1. REVERSION 1. NO REVALIZADO
RECUADRADO	14	1. DISP. SIMPLE 1. PARAKERATOSIS	2	1. DISP. GRAVE (CONO) 1. DISP. SIMPLE
M.B.L. + R.	6	1. DISP. SIMPLE	2	1. MET. ESCAMOSA 1. DISP. SIMPLE
EASE	5	1. DISP. SIMPLE 1. PARAKERATOSIS	1	NO
BASE + RECUADRADO	4	1. DISP. SIMPLE 1. PARAKERATOSIS		
LEUCOPLASIA VERRUGOSA + B.	1	(CONO + HISTEREC.) 1. Ca. IN SITU		
M.B.L. + BASE			1	1. DISP. SIMPLE
LEUCOPLASIA VERRUGOSA			1	(CONO + HISTEREC.) Ca. IN SITU

2) En relación a la citología:

- a) 1.298 o sea el 97,57% fueron reportadas grado 0-1, grupo en donde fueron detectados por otros métodos, un carcinoma in situ y una displasia grave endocervical, por lo que la citología fue falsa negativa en estos dos casos.
- b) 20 citologías fueron reportadas grado II, de las cuales 8 con colposcopias benignas regresaron a grado 0-1 después de tratamiento médico. Las 12 restantes con atípicas colposcópicas dieron como resultado las siguientes lesiones histológicas: Un carcinoma in situ, una displasia grave, 6 displasias simples y una lesión no displásica (metaplasia típica). Los otros 3 casos no han sido biopsiados.
- c) 1 citología grado III, correspondió a un caso de Herpes genital, la cual fue reversible con tratamiento médico.

3) En relación a la histología:

El resultado final de la pesquisa fue la detección de 2 carcinoma in situ y 2 displasias graves. A estos 4 casos se les practicaron conizaciones cervicales en frío que confirmaron el diagnóstico de las biopsias previas, y los dos carcinomas in situ fueron Histerectomizados posteriormente. (Cuadro No. 7).

4) En relación a la precisión de los métodos:

Cuadro N° 7

RESULTADO DE LA PESQUISA

1	Ca IN SITU	LEUCOPLASIA VERRUGOSA + BASE	CIT. 0-1
2	DISP. GRAVE	RECUADRADO	CIT. II
3	DISP. GRAVE ENDOCERVICAL	ECTOPIA	CIT. I
4	Ca. IN SITU	LEUCOPLASIA VERRUGOSA	CIT. II

El análisis de la casuística presentada, permite concluir lo siguiente:

- a) COLPOSCOPIA: 5,08% de margen de error - 94,92% de seguridad
- b) CITOLOGIA: 12,69% " " " " - 87,31% " "
- c) METODOS COMBINADOS: 0. 08% de margen de error - 99,92% de seguridad.

Por lo tanto recomendamos el uso sistemático y rutinario de la colposcopia y citología para la evaluación correcta, con un gran margen de seguridad y precisión, de las pacientes que asistan a consulta de ginecología o afines (planificación familiar o esterilidad matrimonial).

BIBLIOGRAFIA

- 1 VERA y Col. Cáncer del cuello uterino, 15 años de experiencia. Revista: Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Vol. XXXII-537-1972.
- 2 DE PETRILLO, y Col. Colposcopic Evaluation of the abnormal Papanicolaou Test in Pregnancy - American Journal Obst - Gynecol. 121 (4)-441-5 Feb. 1975.
- 3 CIMBER, H. S. Preliminary report on a new method of mass screening by colposcopy for early detection of cancer of cervix in New York city - Journal Reprod. Med. 7:31-2, Jul. 1971.
- 4 CRAPANZAMO, J. T. Office diagnosis in patients with abnormal cervico vaginal cytoscemes, correlation of colposcopic biopsy and cytology, Findings. AM. J. Obst. - Gynecol. 133:967-72 Agosto 1972.
- 5 OSTERGARD, C. R. The incidence of false negative cervical cytology as determined by colposcopically directed. Biopsy. Acta cytolog. 15:292-3. Mayo-Junio 1971.
- 6 SAVAGE, E. W. Correlation of Colposcopically directed. Biopsy and conization with histologic. diagnosis of cervical lesions J. Reprod. Med. 15 (6) 211-3. Dic. 1975.
- 7 TROMBETTA, G. C. Colposcopy a Prerequisite for cone biopsy J. Reprod. Med. 14 (2) 86-7: Feb. 1975.
- 8 BENAÏM, P. V. Presentación de un caso de patología cervical. Rev. Obst. y Gin. de Vzla. Tomo XV No. 3. 1133-1046. 1955.
- 9 DI PAOLA, G. Pesquisa de los estudios iniciales del CA del cuello uterino. Rev. Obst. y Gin. Latinoamericana Vol. XXIV No. 5 y 6. Marzo-Junio 1966.
- 10 BENAÏM, P. V. Diagnóstico del cáncer del cuello uterino. Memorias del VI Congreso Venezolano de Cirugía. Vol. I, 485-1961.
- 11 YABUR, J. A. Rev. Obst. y Gin. de Vzla. Vol. 34-169-1974
- 12 RICHART, R. M. Historia natural en la neoplasia cervical intraepitelial. Clínicas Obst. y Gin. 747 - Dic. 1967.
- 13 RODRIGUEZ, A. O. y Col. Archivos del Hosp. Vargas. 13-124 - 1971.