

Importancia de la Citología Vaginal (*Papanicolau*)

Para detectar cáncer cérvico uterino en mujeres mayores
de 15 años a nivel de una clínica privada

The importance of vaginal cytology (Papanicolau)

For the detection of uterine cancer among women over 15 years old in one private clinic.

Dr. Max Sosa Montiel*, Dr. Roberto Rivera López†

RESUMEN. Con el propósito de determinar la capacidad de detección de Cáncer Cérvico-uterino a través de la Prueba de Papanicolau ejecutada en un centro asistencial privado durante el período de un año (noviembre 1998-1999), se revisó el libro de registros de Citologías Clínicas Médicas, S. de R. L., Comayagüela, Honduras. Se detectaron 79 casos (2.9%) con cambios neoplásicos de 2683 pacientes atendidos durante el periodo de estudio. En el 26.6% (21), 24.0% (19) y 15.2% (12) de los casos, se detectó estadios NIC I, II y III, respectivamente. En cinco pacientes (6.3%) se informó cáncer invasor y en 18 (22.8%) atipia escamosa. En cuatro casos (5.1%), los cambios sugerían neoplasia pero no la confirmaban. Del total de casos negativos (2604), en 265 (10.2%) se informó inflamación y en algunos de estos casos se detectó algún agente infeccioso (*Gadnerella*, *Trichomonas* y *Candida sp*). Concluimos que se ha contribuido de manera importante a la detección de lesiones invasoras y pre-invasoras de cáncer-uterino en este centro asistencial.

Palabras Clave: *Papanicolau, Cáncer Cérvico Uterino.*

ABSTRACT. We reviewed the Cytology Registration Book of Clínicas Médicas, S. de R. L., Comayagüela, Honduras, with the purpose of determining the ability of Papanicolau test performed during one year (november 1998-1999), to detect neoplastic lesions of the uterine cervix. 79 cases (2.9%) with neoplastic changes were detected out of 2683 patients evaluated during the period of the study. In 26.6% (21), 24.0% (19) and 15.2% (12) cases, it was detected the stages NIC I, II y III, respectively. In five patients (6.3%), it was informed invasive cancer and in 18 (22.8%) squamous atypia. In four cases (5.1%), the changes suggested neoplasia but it was not confirmed. From the total negative cases (2604), in 265 (10.2%) it was informed inflammation and in some of these an infections agent was detected (*Gadnerella*, *Trichomonas* and *Candida sp*). We conclude that this clinic has contributed in an important way to the detection of invasive and pre-invasive lesions of cervical uterine cancer.

Key words: *Papanicolau, Cervical Uterine cancer.*

INTRODUCCION

El cáncer cérvico uterino es un proceso invasivo que se inicia habitualmente en la unión escamocilíndrica del cuello uterino a partir de los componentes escamosos o adenomatosos (glandulares) del epitelio cervical.

* Médico General, Médico Asistencial Hospital San Felipe /MSP y Clínicas Médicas, S. de R. L., Profesor Titular Carrera Terapia Funcional, UNAH.

† Médico Especialista Oncología Ginecología, Jefe Servicio Oncología Hospital San Felipe (MSP) y Médico Asistencial en Clínicas Médicas S. de R. L.

Dirigir correspondencia a: Dr. Max Sosa M., Barrio Concepción, 12 calle 7ma. y 8va. Avenida, Comayagüela, M.D.C.

Es un padecimiento de origen multifactorial y actualmente es considerado una enfermedad de transmisión sexual ya que su principal agente es el virus del papiloma humano (VPH); catalogándose como grupo de alto riesgo a las mujeres de 30-59 años de edad, aunque la frecuencia está aumentando en mujeres de 40 años con una edad promedio de 45 años.

Ocupa el primer lugar de incidencia en el país con un 62.3% seguido al cáncer de mama con un 12.5% y el cáncer de piel con un 4.8%.¹ En Honduras se ha calculado que su incidencia es de 72 por 100,000 habitantes aproximadamente, ya que no se cuenta con una población absoluta para calcular la verdadera incidencia;² y sólo un 50.2% de las mujeres hondureñas se han practicado por lo menos un examen vaginal en su vida y a un 20% se le ha detectado cáncer cérvico uterino.³

Este tipo de neoplasia se puede curar si se detecta en etapa precoz (Neoplasia Intraepitelial Cervical, NIC) en un 100%, pero en el caso de invasión al tejido Cervical y otros tejidos vecinos la sobrevida depende del estadio de afectación de la siguiente manera: Estadio I y II supervivencia a los 5 años del 50-70% según los factores de riesgos, Estadio III Supervivencia a los 5 años del 40%.⁴

El cáncer del cuello uterino comienza con una fase curable o preinvasora (anomalías epiteliales conocidas con las denominaciones de displasia o neoplasia intraepitelial cervical o NIC), que evolucionan de modo lento en un período de años hasta alcanzar la fase invasora, momento en que la curación es mucho más difícil y costosa.

Epidemiológicamente se ha encontrado que la edad promedio de mujeres con lesiones preinvasoras displasias leves: (NIC-I) o displasia moderada (NIC-II) es menor que la que presentan cáncer infiltrante, lo cual sugiere un proceso progresivo de los NIC a carcinoma *in situ* y de allí a microinfiltrante y al infiltrante. Como parte del cuadro clínico en etapas avanzadas encontramos los siguientes síntomas:

- a) Sangrado intermenstrual
- b) Fetidez
- c) Sangrado escaso con cierta secreción que puede ser moco o secreción verdosa.
- d) En etapas avanzadas, dolor pélvico que se puede irra-

diar a cadera o muslo.

Actualmente constituye un problema de salud pública en nuestro país, pues a pesar de que es una enfermedad que puede ser diagnosticada en etapa preinvasora por medio de la citología exfoliativa cérvico uterina o prueba de papanicolau en campañas de detección precoz, la mayoría de los pacientes son diagnosticados en etapa avanzada.

Esta prueba fue introducida por el Dr. Papanicolau en año de 1941⁵ como un método simple, para el examen de células exfoliativas teñidas, para detectar cáncer de cuello del útero permitiendo un diagnóstico precoz y ha contribuido a disminuir la tasa de mortalidad por ésta patología.

El objetivo de ésta prueba es el diagnóstico de lesiones precursoras de cáncer de cuello de útero invasor en mujeres con vida sexual activa, e incluso en edad geriátrica justificándose su uso hasta ésta edad porque el cáncer cérvico uterino y sus precursores pueden presentar una latencia por largos períodos que pueden ser de 10 ó más años entre el transcurso de una lesión de bajo grado (NICI) hasta un cáncer invasor.

Los hallazgos se clasifican de acuerdo a la clasificación de Bethesda y se agrupan en la siguiente forma:

- LBG: Lesión de Bajo Grado = NIC-I, displasia leve
 LAG: Lesión de Alto Grado = NIC-II, displasia moderada
 LAG: Lesión de Alto Grado = NIC-III displasia severa ó cáncer *in situ*.

MATERIAL Y METODOS

Se obtuvo la información realizando una revisión retrospectiva en el libro de archivo de citologías de las Clínicas Médicas, S. de R. L. de la ciudad de Comayagüela, Honduras, C. A. en un período de un año, (9 de Noviembre de 1998 hasta el 9 de Noviembre de 1999), con el objeto de determinar en que medida está siendo eficaz la detección de cáncer cervico uterino en mujeres con edades comprendidas entre 15-91 años de edad (ya que entre esas edades visitaron ésta clínica) independiente de la condición socioeconómica, escolaridad, procedencia, u otros factores de riesgo.

Los datos se agrupan de la siguiente manera:

- I. Negativo por malignidad
 - a): Inflamación
- II. Positivo por malignidad
 - a): NIC I
 - b): NIC II
 - c): NIC III
 - d): Cáncer invasor
 - e): Sospechoso
 - f): Atípicas

RESULTADOS

Del total de mujeres incluidas en la revisión se obtuvo un total de 2683 pacientes obteniéndose los resultados distribuidos de la siguiente manera:

- D): Negativo por malignidad 2604 (97.1%).
 - a): Negativo por malignidad más inflamación 265 que equivale a un 10.2% de las muestras negativas por malignidad. Otros hallazgos que fueron reportados en las muestras con inflamación tenemos:
 - a) *Gadnerella* 59 pacientes (22.2%)
 - b) *Trichomonas* 20 pacientes (7.5%)
 - c) *Candida sp* 21 pacientes (7.9%)
- II): Positivo por malignidad79, de estos: (2.9%)
 - a): NIC I.....21 (26.5%)
 - b): NIC II19 (24.0%)
 - c): NIC III12 (15.2%)
 - d): Cáncer invasor 5 (6.3%)
 - e): Atipia escamosa18 (22.8%)
 - f): Sospechoso de cáncer .. 4 (5.1%)

DISCUSION

Con la creación del Programa Nacional del Cáncer y la implementación de la detección temprana a través de la prueba de papanicolau y cobertura ampliada en mujeres de alto riesgo de cáncer de cuello uterino, en nuestro país se ha logrado una disminución importante de la mortalidad por esta patología.³ A nivel de la población en gene-

ral todavía no se ha tomado conciencia de la importancia de esta prueba para evitar muertes innecesarias por falta de control citológico lo que se refleja en la poca demanda. En nuestro estudio, a pesar de que el grupo definido como de alto riesgo por el Programa Nacional de Control de Cáncer son las mujeres comprendidas entre 30-59 años de edad con factores de riesgo, se toman una gran cantidad de muestras de mujeres de bajo riesgo (fuera del rango de edad establecido).

Se informaron 79 muestras como positivas por malignidad que corresponde a un 2.9%, incidencia alta si se compara con la nacional que es de un 1.1%.³ Las lesiones más frecuentes fueron lesiones preinvasoras y el cáncer invasor que fue reportado en 5 muestras que equivale a un 0.2% del total.

Es importante hacer notar que a nivel nacional en 1991, el 79.0% de las citologías positivas por malignidad correspondían a lesiones preinvasoras (NIC), el 16.4% eran cáncer invasor, en cambio en 1998 el porcentaje de NIC aumentó a 91.1 y el cáncer disminuyó a 8.9%.³

Con los resultados obtenidos consideramos que nuestra labor en pro de la detección de lesión preinvasoras e invasoras de cáncer de cervix uterino a nivel privado esta siendo objetiva. La gran mayoría (90%) de los pacientes atendidos en este centro son de escasos recursos económicos, los cuales en su mayoría provienen de área rural. Posteriormente se les realiza colposcopia para confirmar el diagnóstico citológico, siendo remitido finalmente al servicio de Oncología del Hospital General San Felipe, donde se les mantiene en control en el Servicio de Oncología de acuerdo al estadio hasta procurar su curación.

REFERENCIAS

1. **Informes mensuales de la base de dato REGCA Ministerio de Salud Pública, 1996.**
2. **Informes mensuales de los laboratorios de Citologías Programa Nacional para el control de Cáncer, Secretaría de Salud Pública, 1998.**
3. **Informe Annual del Programa Nacional para el control de Cáncer. Secretaría de Salud Pública Honduras, 1998.**
4. **Robbins L. Stanley, Cotion S. Ranzi, Kemar Vinay. Pathologic Basic of Disease. 5ta ed. Philadelphia: N.B. Saunders Company 1997.**
5. **Masby's Medical, Nursing and alliemo Health Dictionary, 4ta ed, 1999.**