

**DIAGNOSTICO CITOLOGICO DEL CARCINOMA
DE CERVIX EN EL BARRIO "LA ESPERANZA"
DESDE MARZO/ABRIL, 1996**

Dr. Julio Duarte* / Angie Peguero, Giselle Cabrera**

RESUMEN

El Papanicolau continua siendo un método diagnóstico objetivo más confiable para la detección del Carcinoma de Cérvix, es una técnica de coloración. Para la elaboración de esta investigación se tomaron las pruebas citológicas exfoliativa cervical en 41 mujeres en el barrio La Esperanza (Los Ríos), 22 mujeres se les tomó las muestras en el consultorio de INTEC y 23 mujeres en el consultorio del doctor Dario Soto; en 4 muestras no pudieron ser valoradas debido a las escasas células obtenidas en la secreción vaginal.

Estas muestras obtenidas fueron coloreadas según la técnica de Papanicolau y se tomó como hipótesis de que el carcinoma de cérvix, es la Neoplasia Maligna más frecuente en la República Dominicana.

En los resultados obtenidos el 90.4% eran multíparas, el 9.76% eran Nulíparas; de las Multíparas el 80.5% eran Papanicolaus inflamatorios y un 2.44% presentó cambio Citológico Atípicos (displasia cervical) de las Nulíparas 4.88% presentó inflamación y en ninguna de ellas hubo la presencia de células malignas.

Palabras claves: Displacia, Carcinoma

* Oncólogo/Patólogo. Profesor del INTEC.

** Estudiantes de Medicina.

INTRODUCCION

El Papanicolau es una técnica de coloración o tinción, constituida por varios reactivos, descrita por un eminente médico alemán del siglo pasado. Con esta coloración no solo se tiñen las células exfoliadas del cérvix, sino las células descamadas de secreciones pulmonares, esofágicas, etc.

El Carcinoma de Cérvix es considerado el primer tumor en República Dominicana ^{1,2}, su frecuencia va en aumento aunque su mortalidad ha disminuido. Tal disminución es debida a los éxitos de diagnóstico precoz del carcinoma de cérvix, mejores programas de Educación Sanitaria, las consolidación del examen colpocitológico, el cual ha permitido demostrar que más casos se diagnostican en etapa insitu y menos lesiones se diagnostican como tumores manifiestos; además asistencias ginecológicas y el hecho de que la histerectomía total ha sustituido la histerectomía subtotal, impidiendo así la aparición del carcinoma a nivel del muñón.

A pesar de estos adelantos obtenidos sigue siendo el carcinoma de cérvix una causa importante de muerte y representa más de la mitad de todos los carcinomas del sexo femenino.

El carcinoma de cérvix es la etapa final de una serie de alteraciones citológicas atípicas que recibe el nombre de displasia. Estas alteraciones van desde las displasias leves, moderadas, severas, carcinoma insitu, carcinomas micro invasor hasta el carcinoma invasivo, recientemente estas alteraciones se han designado como neoplasias intraepitelial cervical (NIC) (grado I, II y III). La NIC II comprende la displasia moderada y NIC III, abarca la displasia severa y el carcinoma insitu.

El carcinoma insitu es una entidad patológica bien definida morfológica y clínicamente. Se presenta generalmente en la tercera década de la vida; en cambio el carcinoma invasivo tiene su máxima incidencia entre los 40 y 50 años.

La etiología de carcinoma de cérvix es desconocida, aunque se han implicado algunos factores como son:

- Inicio de relaciones sexuales a temprana edad.

- Múltiples compañeros sexuales.
- Compañeros sexuales de alto riesgo (promiscuos)³

Epidemiológicamente en el carcinoma de cérvix se ha sugerido la transmisión de una partícula viral oncogénica del hombre a la mujer en edad temprana, siendo el más probable el Virus del Papiloma Humano (VPH). Cada vez existen más pruebas sobre su participación; la más consistente es la determinación del ADN viral mediante técnica de hibridación. Con esta técnica se han aislado unos 70 subtipos diferentes relacionados al tipo 16, 18 y 31 con el carcinoma de cérvix, el tipo 16 está presente en el 50% , y el 18 en el 20% y en el 95% de los cánceres cervicales, se han encontrado la secuencia ADN en las displasias y en el cáncer invasor^{4,5,6,7,8,9,10}.

Gracias a la Especuloscopia se ha demostrado de que el carcinoma de cérvix tiene tres patrones morfológicos de presentación:

- Exofítico o polipoides.
- Ulcerado.
- Infietrativo³

Histológicamente estos tumores en el 90% son carcinomas epidermoide y en el 10% son adenocarcinomas, el carcinoma epidermoide en el 65% son lesiones no queratinizantes y en el 25% son queratinizantes y sus componentes citológicas son células grandes, intermedias y de células pequeñas. Los adenocarcinomas tienen varios patrones de presentación y dentro de éstas tenemos el adenocarcinoma adenoide quístico, adenocarcinoma de células claras, adenoescamoso y adenoacantoma^{3,11,12}.

El carcinoma de cérvix en etapas iniciales no produce sintomatología y sólo se diagnostica por citología exfoliadas y colposcopia, las manifestaciones clínicas aparecen cuando el tumor se hace invasor y estos síntomas son:

- Pérdida hemática intermenstrual
- Leucorreas malolientes a través de la vagina.
- Dispaurenia.

- Dolor pélvico, irradiado a la región.
- Edemas de miembros inferiores.

Todo paciente con vida sexual activa debe ser sometido a la prueba exfoliativa de Papanicolau.

Para llenar los objetivos planteados partimos de la hipótesis de que el carcinoma de cérvix es la neoplasia maligna más frecuente en República Dominicana y se presenta en mujeres multíparas generalmente ^{1,2}.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización de esta investigación se utilizaron como materiales básicos:

- Microscopios
- Portaobjetos
- Cubreobjetos
- Espéculos
- Fijador
- Guantes desechables
- Coloración de Papanicolau.

PROCEDIMIENTO

Se examinaron mujeres multíparas, primíparas y nulíparas del barrio La Esperanza y fueron sometidas a especuloscopías hasta obtener una visión directa del cuello uterino. Se introdujo la espátula de Ayre en el canal endocervical y luego de obtener las muestras se hizo un extendido circular en el portaobjeto dejándolo secar a temperatura ambiente y luego se colorea con la tinción de Papanicolau y vista al microscopio para el diagnóstico.

RESULTADOS

Los pacientes examinados tenían edades que variaban entre 17

y 52 años, siendo los del 17 - 26 años los que formaban el 43.9% del total de los pacientes; 26.83% los de 27 - 36 años; 21.95% de 37-46 años y 7.32% los de 47-52 años, sumando un total de 100% (ver Cuadro No. 1).

De las mujeres examinadas, según el grado de paridad y de inflamación, las nulíparas presentaron un 4.88% inflamación leve, las multíparas un 63.42% presentaron inflamación tanto leve, moderada y severa (Cuadros Nos. 2 y 3, 6).

Los casos estudiados según los hallazgos litológicos en 85.37% presentó inflamación, 4.15% tricotomías; 17.1% monilias; 41.46% hæmophilus vaginales, 48.78% bacilos de Dordelain, 14.63% citolisis celular y solo un 2.44% presentó displasia del cérvix (Cuadro Nos. 4, 5, 7, 8).

En cuanto al inicio de las relaciones sexuales y la edad, tenemos que un 58.53% iniciaron entre 14-18% años, siendo 46.34% multíparas y un 12.19% primíparas. Un 24.39% estaba entre 19-23 años, un 12% entre 24-27 años, un 2.44% estaba constituido por mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales entre 28-30 años; como podemos observar el mayor porcentaje de las mujeres iniciaron sus relaciones sexuales a temprana edad (Cuadro No. 9).

Del total de mujeres examinado sólo el 29.27% no se había hecho anteriormente la prueba citológica de Papanicolau (Cuadro No. 10).

En cuanto a la edad y la pareja sexual se pudo notar que entre los 17 y 26 años de edad, un 46.34% ha tenido más de un consorte, habiendo un 41.46 con 1 y 2 consortes y un 4.88% con más de 2. Entre los 27 y 36 años, un 24.39% más de un consorte; entre los 37 y 46 un 21.95% con más de un consorte, siendo el 19.5% con 1 y 2 consortes y 2.44 con más de 2; entre los 47 y 52 años, el 7.32% tenía más de un consorte (Cuadros Nos. 11 y 12).

DISCUSION

Toda mujer con vida sexual activa, embarazada y menopáusica debe hacerse esta prueba citológica cada año, cuando se lo indique su medico, es un examen sencillo, no doloroso que debe ser

realizado por un médico. Este examen detecta el cáncer del cuello uterino y endometrial y nos permite identificar microorganismos patógenos que afectan el aparato genital femenino y microorganismos no patógenos.

El punto clave para el padecimiento del carcinoma de cérvix es no hacerse periódicamente esta prueba citológica exfoliativa, en los cuadros 11 y 12 puede observarse que las mayorías de las mujeres han tenido más de un compañero sexual, siendo este uno de los factores de riesgo, ya que se ha podido demostrar la presencia de una partícula viral alojada en la uretra peneana de hombres que han tenido relaciones sexuales con mujeres que tienen cáncer cervical o displasia y estas partículas pueden transmitirse sexualmente.

Aunque en este estudio, sólo en una paciente encontramos con cambios citológicos típicos, no indica de que no sigue siendo este tumor el más frecuente de las neoplasias malignas de la mujer, podría ser esto debido a los pocos pacientes estudiados.

Para el éxito de la detección precoz del cáncer cervical, se debe realizar campaña de concientización en los medios de comunicación de masas, integración y participación del estudiantado universitario. Concientizar a las parejas sexuales en relación a la importancia de la conducta sexual; ya que el iniciador y promotor del cáncer de cérvix es una partícula viral que se cree se transmite por contacto sexual. Se han aislado unas 70 partículas virales diferentes, con técnica de hibridación ADN o técnica Southern blot. Esto consiste en la extracción ADN de la muestra, su digestión con una enzima de restricción, la separación por peso molecular de los fragmentos del ADN en un gel de agarosa, su transferencia a una membrana y posterior hibridación utilizando una sonda marcada. Esta técnica es la más sensible y permite conocer el número de copias del ADN viral por células, el subtipo viral y la presencia de rearrreglos genómicos ^{10, 13, 14}.

RESULTADOS Y DISCUSION

CUADRO No. 1

Diagnóstico Citológico de Carcinoma de Cérvix Según Grupo de Edades.

Edad en Años	Número de Casos	Distribución Porcentual
17 - 16	18	43.90
27 - 36	11	26.83
37 - 46	9	21.95
47 - 52	3	7.32
Total	41	100.00

Fuente: Protocolo de investigación aplicado a 41 mujeres del barrio La Esperanza, durante los días 26 de marzo y 26 de abril del 1996.

CUADRO No. 2
Diagnóstico Citológico de Carcinoma de Cérvix Según Conocimiento del PAP y Paridad

Conocimiento PAP	Numero de Casos	Nulíparas	%	Primíparas	%	Múltiparas	%	Total	%
SI	34	2	4.88	6	14.63	26	63.41	34	82.92
NO	7	2	4.88	1	2.44	4	9.76	7	17.07
TOTAL	41	4	9.76	7	17.07	30	73.17	41	100.00

Fuente: Protocolo de investigación aplicado a 41 mujeres del barrio La Esperanza, durante los días 26 de marzo y 26 de abril del 1996.

CUADRO No. 3

Diagnóstico Citológico de Carcinoma de Cérnix Según Paridad.

Paridad	Numero de casos	%
NULÍPARAS	4	9.76
PRIMÍPARAS	7	17.07
MULTÍPARAS	30	73.17
TOTAL	41	100.00

Fuente: Protocolo de investigación aplicado a 41 mujeres del barrio La Esperanza, durante los días 26 de marzo y 26 de abril del 1996.

CUADRO No. 4

Diagnóstico Citológico de Carcinoma de Cérnix según alteraciones displásicas y su distribución porcentual relacionada con la edad.

Edad	Numero	NAI	%	NICII	%	NICIII	%	Total	%
17-26	18	0	0	0	0	0	0	0	0
27-36	11	0	0	0	0	0	0	0	0
37-46	9	1	2.44	0	0	0	0	1	2.44
47-50	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	41	1	0	0	0	0	0	0	2.44

Fuente: Protocolo de investigación aplicado a 41 mujeres del barrio La Esperanza, durante los días 26 de marzo y 26 de abril del 1996.

CUADRO No. 5

Diagnóstico Citológico de Carcinoma de Cérvix según alteraciones displásicas y paridad.

Edad	Numero de Casos	NIAI	%	NICII	%	NICIII	%	Total	%
NULIPARAS	4	0	0	0	0	0	0	0	0
PRIMIPARAS	7	1	2.44	0	0	0	0	1	2.44
MULTIPARAS	30	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	41	1	0	0	0	0	0	1	2.44

Fuente: Protocolo de investigación aplicado a 41 mujeres del barrio La Esperanza, durante los días 26 de marzo y 26 de abril del 1996.

CUADRO No. 6
Diagnóstico Citológico de Carcinoma de Cérvix según Paridad y Grado de Inflamación

Paridad	Número de Casos	Sin Inflamación	%	Leve	%	Moderada	%	Severa	%	Purulenta	%	Total	%
NULÍPARA	4	2	4.88	1	2.44	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	9.76
PRIMÍPARA	7	0	0.00	1	4.88	2	4.88	2	4.88	2	4.88	7	17.08
MULTÍPARA	30	4	9.76	4	34.15	8	19.51	8	19.51	0	0.00	30	73.18
TOTAL	41	6	14.64	6	41.64	10	24.39	10	24.39	2	4.88	41	100.00

Fuente: Protocolo de investigación aplicado a 41 mujeres del barrio La Esperanza, durante los días 26 de marzo y 26 de abril del 1996.

CUADRO No. 7

Diagnóstico Citológico de Carcinoma de Cérvix según distribución porcentual de hallazgos citológicos

HALLAZGOS CITOLOGICOS	Número de Casos Encontrados	%
INFLAMACION	35	85.37
TRICONOMAS	14	34.17
MONILIACIS	7	17.10
HÆMOPHILUS VAGINALES	17	41.46
GLAMIDIAS	0	0.00
METAPLASIA	0	0.00
DISPLASIA	1	2.44
BACILO DE DORDELAIN	20	48.78
CITOLISIS CELULAR	6	14.63

Fuente: Protocolo de investigación aplicado a 41 mujeres del barrio La Esperanza, durante los días 26 de marzo y 26 de abril del 1996.

CUADRO No. 8
Diagnóstico Citológico de Carcinoma de Cérvix según paridad y distribución porcentual
de hallazgos citológicos

HALLAZGOS CITOLÓGICOS	NULÍPARAS	%	PRIMÍPARA	%	MULTÍPARA	%
INFLAMACIÓN	3	7.32	7	17.07	24	58.54
TRICONOMAS	0	0.00	2	4.88	12	29.27
MONILIASIS	0	0.00	2	4.88	6	14.63
HÆMOPHILUS VAGINALES	3	7.32	1	2.44	11	26.83
CLAMIDEAS	0	0.00	0	0.00	0	0.00
METAPLASIA ESCAMOSA	0	0.00	0	0.00	0	0.00
DISPLASIA	0	0.00	1	2.44	0	0.00
BACILO DE DORDELAIN	3	7.32	2	4.88	15	36.59
CITOLISIS	1	2.44	3	7.32	2	4.88

Fuente: Protocolo de investigación aplicado a 41 mujeres del barrio La Esperanza, durante los días 26 de marzo y 26 de abril del 1996.

CUADRO No. 9
Diagnóstico Citológico de Carcinoma de Cérvix según paridad y edad de inicio de relaciones sexuales

EDAD	Número de Casos	NULÍPARAS	%	PRIMÍPARAS	%	MULTÍPARAS	%	TOTAL	%
14-18	24	0	0.00	5	12.19	19	46.34	24	58.53
19-23	10	3	7.32	1	2.44	6	14.63	10	24.39
24	5	1	2.44	0	0.00	4	9.76	5	12.20
27	1	0	0.00	1	2.44	0	0.00	1	2.44
28	1	0	0.00	0	0.00	1	2.44	1	2.44
	41	4	9.76	7	7.00	30	73.26	41	100.00

CUADRO No. 10
Diagnóstico Citológico de Carcinoma de Cérvix según paridad y distribución de la Prueba de Papanicolau

¿SE HA HECHO LA PRUEBA DE PAP?	Número de Casos	NULÍPARAS	%	PRIMÍPARAS	%	MULTÍPARAS	%	TOTAL	%
SI	29	1	2.44	6	14.63	22	53.66	29	70.73
NO	12	3	7.32	1	2.44	8	19.51	12	29.27
TOTAL	41	4	9.76	7	17.07	30	73.17	41	100.00

Fuente: Protocolo de investigación aplicado a 41 mujeres del barrio La Esperanza, durante los días 26 de marzo y 26 de abril del 1996.

CUADRO No. 11**Diagnóstico Citológico de Carcinoma de Cérvix según Edad y distribución porcentual.**

EDAD	Numero de Casos	1 - 2	%	3 - 4	%	TOTAL	%
17-26	19	17	41.46	2	4.88	19	46.34
27-36	10	10	24.39	0	0.00	10	24.39
37-46	9	8	19.51	1	2.44	9	21.95
47-52	3	3	7.32	0	0.00	3	7.32
TOTAL	41	38	92.68	3	7.32	41	100.00

Fuente: Protocolo de investigación aplicado a 41 mujeres del barrio La Esperanza, durante los días 26 de marzo y 26 de abril del 1996.

CUADRO No. 12**Diagnóstico Citológico de Carcinoma de Cérvix según Paridad y distribución porcentual.**

PARIDAD	Numero de Casos	1 - 2	%	3 - 4	%	TOTAL	%
NULIPARAS	4	4	9.76	0	0.00	4	9.76
PRIMIPARAS	7	7	17.07	0	0.00	7	17.07
MULTIPARAS	30	27	65.85	3	7.32	30	73.17
TOTAL	41	38	92.68	3	7.32	41	100.00

Fuente: Protocolo de investigación aplicado a 41 mujeres del barrio La Esperanza, durante los días 26 de marzo y 26 de abril del 1996.

BIBLIOGRAFIA

1. M. A. Paredes, Gloria Castillo. C. A. Epidermoide de Cérvix. Revista Oncológica Dominicana, 1991. Pág. 9-12.
2. R. L. Pérez, Rogelio Prestol. Cáncer en el Hospital Central de las FF.AA. y P.N. Acta Médico-Militar, 6(5), 1989.
3. Kumar, Cotran, Robbins. Basic Pathology. Fifth Edition, 1992. Pág. 612-616.
4. Marting, Cruz. Acta Ginecológica. Volumen 12, 1995. Pag. 151. Detección en líquido del Virus del Papiloma Humano por amplificación genómica en frotos y orina.
5. Neto L. Seibel. Keiko Fuma. Human Pathology. Application of, RNA - RNA Tissue in situ Hybridization in Analysis of a patient with Seukemia. Volumen 18, No. 1, January 1987. Pág. 3-8.
6. Jeffrey Sklar. Hybridization in Diagnostic Pathology. Human Pathology - Volumen 16-No. 7 - Jul. 1985. Pág. 654-658.
7. Alfred P. Soan. Virus and Cáncer. Cáncer: Volumen 55 - Pág. 2324-2328. Mayo 1985.
8. Ralper M. Richart. Causes and Management of Cervical Intraepithelial. Cáncer 60- Pág. 1951, año 1989.
9. ASCO - Jaime de la Garza. Cervix: 32 ND Annual Meeting. Educational Book. Mayo 18-21, 1996. Pág. Philadelphia-Pennsylvania.
10. Alejandro Mohar. Calculating Epidemiology of Human Papilloma Virus and Cervical Cáncer. -32 ND Annual Meeting - 1996. Philadelphia Pennsylvania.
11. Mac Swin Whaley. Patología de Mulier. 13 Edition Pág. 827-829. Interamericana, 1995.
12. Rubin y Farber. Patología, Pág. 860-864. Edition Médica Panamérica, 1990.
13. J.A. Berovich. Medicine as Science - Textbook of. Medicine 18 th Edition. Volumen 51 - No. 1, 1991.
14. Current Clinical trials Oncology National Cáncer Institute. Volumen three - Summer Three, Pág. 648. Mayo-June - 1996.