

HOSPITAL GENERAL DOCENTE " LEOPOLDITO MARTÍNEZ". SAN JOSÉ DE LAS LAJAS.

## CONSULTA DE PATOLOGÍA DE CUELLO: SEGUNDA PARTE

Dr. José Cordero Martínez.

Especialista de I grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar.

Master en Atención Integral a la Mujer.

### RESUMEN

En la actualidad es aceptado por casi todos los científicos del mundo interesados en el estudio del Cáncer de Cuello que el diagnóstico precoz del mismo, pertenece a los problemas de importancia práctica real que permite lograr el mantenimiento de la salud y la capacidad de trabajo de la mujer. La solución de este problema puede lograrse por medio de medidas organizativas y de perfeccionamiento de los métodos de diagnóstico precoz en este tipo de cáncer. En nuestro país se lleva a cabo un Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino, y es en las Consultas de Patología de Cuello donde recae la responsabilidad de establecer el diagnóstico y el tratamiento adecuado. Por ello, se realiza un análisis retrospectivo de las 483 pacientes atendidas en Consulta de Patología de Cuello, del Hospital General Docente "Leopoldito Martínez" de San José de las Lajas, durante el periodo comprendido entre los años 2000 y 2004, para conocer algunas características de las pacientes con citologías alteradas, la forma en la cual se estableció el diagnóstico, el tratamiento realizado, así como su situación postratamiento.

Descriptores DeCS: **NEOPLASMAS UTERINOS/prevenición y control**

### INTRODUCCIÓN

En ninguna de las variedades del cáncer se comprueban los notables efectos de la prevención, diagnóstico precoz y del tratamiento curativo sobre la tasa de mortalidad, como en el cáncer de cuello uterino (CCU). Actualmente se considera al Virus del Papiloma Humano (HPV) como un factor importante en la oncogénesis del cuello uterino, siendo su principal vía de transmisión, la sexual, asociado además a diversos factores.

Se ha estimado que en el curso de la vida una de cada diez mujeres tendrá un cáncer ginecológico, siendo las lesiones preinvasivas las de mayor frecuencia.

En el año 1995 aparece un pronóstico de 500 000 cánceres cervicales en el planeta, que representaría un 12 % de todos los cánceres de la mujer, y de los cuales casi la mitad serían mortales <sup>2</sup>. En ese mismo año se informan en nuestro país un total de 857 casos nuevos, con una tasa de 15,7 por cada 100 000 habitantes <sup>3</sup>, mientras que en el 2003 esta tasa disminuye a 8,3 por 100,000 mujeres, ocupando el tercer lugar, detrás del cáncer de mama y de colon<sup>4</sup>.

El programa de diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino (PDPCCU) <sup>5</sup>, aplicado en nuestro país desde 1968, ha permitido garantizar cobertura nacional de fácil acceso para la población y sobre todo las Consultas de Patología de Cuello, sobre las que recae la responsabilidad de realizar ese diagnóstico precoz.

Por la importancia y frecuencia de el CCU y considerando lo expuesto, hemos decido realizar una revisión de las actividades de la Consulta antes señalada, de nuestro centro hospitalario con el objetivo de conocer sus aportes al Programa Nacional, determinando los resultados de la misma y sus aportes a la disminución de la mortalidad por CCU

## MATERIAL Y MÉTODO

Para el desarrollo de este trabajo, se revisaron todas las tarjetas de seguimiento de las pacientes, 483 en total, en CPC durante el quinquenio 2000-2004, así como de los exámenes citológicos realizados a las mismas y la conclusión diagnóstica de cada caso. De ellos se extraen los siguientes datos:

Resultados de las biopsias dirigidas en colposcopías alteradas. Conizaciones de cuello y resultados según citología. Tratamiento definitivo establecido relacionado con la citología de captación. Citología postratamiento. Inasistentes.

Los resultados se ofrecen en tablas, estableciendo comparaciones con la literatura revisada.

## RESULTADOS

La tabla 1 muestra que existen 111 colposcopías anormales pero a 33 mujeres, el 29,7 %, no se le realiza biopsia dirigida.

Al correlacionar los resultados de las biopsias con la citología de captación, encontramos lo siguiente:

Nic I: Se realizaron 18 biopsias en estos casos y se constata un 81,3 % de correlación. Existe un

22,2 %, cuatro mujeres, donde se encuentra un grado mayor y dentro de ellos un CIS para un 5,5 %.

Nic II: Se realizaron 32 biopsias y existe una correlación del 21,8 %. Se detectan 13 pacientes con un grado mayor histológico, y entre ellas 7 CIS y 2 CI, que representan el 28,1 % de las muestras tomadas.

Nic III: En este grupo se realizaron 28 biopsias y se halló una correlación del 14,2 %. Se detectaron 18 casos con un grado histológico más bajo, que representa el 64,2 %, y 6 pacientes con CIS para el 21,4 %

En las citologías CIS y CI con colposcopías alteradas, no se tomó muestra dirigida.

De las 78 biopsias realizadas, se diagnosticaron 23 casos con uno o más grado por encima de la citología de captación y dentro de ellas se diagnóstica un cáncer en 16 casos, para el 20,5 % del total de biopsias

Tabla 1: Resultado de biopsias dirigidas según citología

CI	Citología C.Crón.	Colp.Alt. No Realiz.	Nic I	Nic II	Nic III	CIS	
1	NIC I 21	39	13	3	-	1	-
1	NIC II 1	33	7	11	4	7	2
-	NIC III 8	36	7	11	4	6	-
-	CIS 1	1	-	-	-	-	-
-	CI 2	2	-	-	-	-	-
2	TOTAL 33	111	27	25	8	14	2

Fuente: Tarjetas de CPC

Un total de 71 pacientes fueron sometidas a conización de cuello, unas directamente y otras después de la biopsia dirigida. Podemos apreciar que fueron diagnosticados un total de 20 cánceres, 12 de ellos en citologías de captación Nic III para un 25,5 % y un 60 % de la patología maligna diagnosticada. De ellos 4 sobrepasaban el Estadio 0, dos de ellos en Estadio I B-1 y dos casos en Estadio II-A. O sea que se detectó el cáncer en etapas tempranas en 18 de los 20 casos,

que representa el 90 % (tabla 2).

Tabla 2: Conizaciones de cuello según citologías

Citología Pendientes_	Nic I	Nic II	Nic III	CIS	CI	C.Crón.
Nic I 2	- -	-	-	1	-	
Nic II -	4 -	7	2	5	1	
Nic III 6	7 -	2	20	10	2	
CIS -	- 2	-	-	-	-	
CI -	1 -	-	-	-	1	
Total 8	12 2	9	22	16	4	

Fuente: Tarjetas de CPC

Al realizar el análisis de esta tabla, se puede apreciar que en 210 mujeres se utilizó el Tratamiento Destructivo Local (TDL) y de ellas 127 para un 60,4 % tenían una Citología NIC I. Marrero Martínez <sup>6</sup> hace referencia que muchas veces se aplica el TLD por la ansiedad Médico-Paciente, al desconocer la posible evolución de la lesión. Por otra parte hay 187 mujeres que reciben tratamiento para Sepsis Vaginal y el 82,3 % presenta también una citología NIC I. Con lo expuesto, surgiría una pregunta: ¿Por qué unas citologías NIC I se tratan con TLD y otras como una sepsis vaginal?

Se debe recordar que para el uso de estas terapéuticas, debe existir consonancia entre los resultados de: colposcopia, citología de canal y biopsia dirigida. Se realizó tratamiento quirúrgico en 42 pacientes para un 8,7 % del total de mujeres, de ellas el 19,9 % fueron histerectomías. Existen 36 pacientes pendientes de tratamiento final en estos momentos (tabla 3)

Tabla 3: Tratamiento final según citología de captación.

Citología Oncol.	Estróg. Pend.	Sepsis Vag.	TDL	Cono	Amputac.	HTA
Nic I	4	154	127	1	1	
-	- 12					

Nic II	-	29	72	8	2
3	1	11			
Nic III	-	4	10	19	2
5	2	11			
CIS	-	-	-	1	-
-	-	2			
CI	-	-	1	-	-
-	1	-			
Total	4	187	210	29	5
8	4	36			

Fuente: Tarjetas de CPC

De los 483 casos que iniciaron el quinquenio en la CPC alcanzan esta etapa un total de 443, debido a 40 traslados, sin incluir 3 pacientes remitidas al Instituto Nacional de Oncología y Radiología para su mejor tratamiento.

De los 272 NIC I que concluyen el periodo, en 258 se logra negativizar la citología para el 94,8 %. Un caso permanece sin variación y otro eleva el grado, para el 0,3 % respectivamente. Restan 12 pacientes por el resultado de la citología. Terminamos con 120 pacientes captadas como NIC II, y de ellas el 85,8 % se hacen negativas. Tres disminuyen el grado y otras tres lo elevan para un 2,5 % respectivamente. Quedan 11 citologías pendientes por valorar. Se concluyó el estudio con 45 mujeres captadas como NIC III, se negativizan 39, para el 86,6 %. Una paciente mantiene el grado, mientras otro lo eleva para el 2,2 % respectivamente. El 4,4 % disminuye el grado. Faltan 2 citologías por valorar.

En cuanto a los casos captados como CIS, uno se hace negativo, quedando dos casos pendientes de citología.

En resumen de las 483 pacientes se terminó con 440, y de ellas se negativizaron 401 para un 91,1 % (tabla 4)

Tabla 4: Citología postratamiento

Citología	Negat.	Nic I	Nic II	Nic III	CIS
Pend.	Trasl.				
Nic I	258	1	1	-	-
12	27				
Nic II	103	3	-	2	1
11	6				

Nic III	39	1	1	1	1
2	7				
CIS	1	-	-	-	-
2	-				
Total	401	5	2	3	2
27	40				

Fuente: Tarjetas de CPC

Los resultados de la tabla 5 señalan que este trabajo aún es insuficiente y se impone mejorarlo para no ser participes de esa frase: Cuando una mujer muere por Cáncer de Cuello, alguien comparte con el cáncer la responsabilidad de esa muerte.

Tabla .5: Inasistentes

Área de Salud	Nic I	Nic II	Nic III	CIS	Otro Hosp.
T. Lima	11	4	2	-	16
Este	12	3	-	-	9
Valle	3	1	-	-	6
Tapaste	9	1	4	-	9
Vegas	25	12	3	-	10
Subtotal	60	21	9	-	50
Jaruco	93	47	15	4	12
Total	153	68	24	4	62

Fuente: Tarjetas de CPC

## DISCUSIÓN

Cuando se estableció la correlación entre citología y biopsia dirigida, encontramos que la misma de forma general, para cualquier grado de citología fue 35,8 %, muy por debajo de lo planteado por Pérez Herrera <sup>1</sup> de 78,2 % y por Meza <sup>6</sup> con un 86,2 %. Internacionalmente se plantea que la relación citología/ histología, debe ser igual o mayor a un 75 %. En este aspecto se desprende la necesidad de establecer o mejor dicho revisar el Control de Calidad en el Laboratorio de Citologías, así como la actualización de los que realizan las colposcopías.

En nuestros casos, se diagnosticaron 20 cánceres, que representaron el 28,1 % del total de las

conizaciones realizadas y el 4,14 % del total de casos de la consulta. Balestena <sup>7</sup>, señala como en sus casos se diagnostican 40 Carcinomas In Situ en las pacientes con diagnóstico citológico de NIC II y III, y su porcentaje de cánceres asciende a 35,1 % en 112 mujeres. Otros autores coinciden con este estudio <sup>8-10</sup>.

Al revisar el tratamiento final, se comprobó que en 210 de ellos se utilizó el Tratamiento Destructivo Local, que representa el 43,4 %, a pesar de que el 60 % tenía un NIC I.

Conocidos estos elementos se puede ofrecer en este momento las ventajas de la electrocauterización <sup>11</sup> en el manejo de las NIC con otros métodos existentes, concluyendo:

- La tasa de curabilidad con vaporización con Láser según estudios <sup>12</sup>, con seguimiento entre uno y cinco años fue de un 97 %.
- Utilizando la diatermia <sup>13</sup>, en pacientes con NIC III, la curabilidad ascendió al 91 %.
- En pacientes con NIC III, y mediante coagulación en frío fue del 97 % después del primer tratamiento; de 95 % al año y de 92 % a los cinco años <sup>14-15</sup>.
- Creasman <sup>16</sup>, comunicó más de 16 autores con más de 3000 pacientes, que utilizaron la Criocirugía y reportan una proporción de éxitos que oscila entre el 27 y el 96 %.

Se logró, como fue señalado, negativizar el 91 % de los casos. Otros trabajos revisados, no hacen referencia al porcentaje de negativización.

Se han planteado diversos factores para que algunas mujeres no se realicen la Prueba Citológica <sup>16</sup>. Lo que nadie ha sido capaz de responderme es:

¿Por qué después de realizarse la prueba y ésta ser alterada, la mujer no asiste a consulta?

El PDPCCU <sup>5</sup> tiene bien definidas las acciones a realizar en cada nivel de atención, para el control de la pacientes a consulta.

En la revisión realizada se diagnosticaron 20 pacientes con CCU en 483 mujeres. Las 249 inasistentes, son algo más de la mitad de las que se comenzaron a estudiar en este quinquenio. Pudiéramos inferir que en este grupo de INASISTENTES, DEBEN EXISTIR NO MENOS DE 10 CCU QUE ESTÁN FUERA DE CONTROL.

## CONCLUSIONES

- No se realiza biopsia dirigida en todas las colposcopías anormales como se plantea en el PDPCCU.
- Debe revisarse el control de calidad de las citologías y el diagnóstico colposcópico, ya que los porcentajes de correlación cito-colpo-histológico están muy por debajo de lo aceptado.
- El tratamiento final de cada caso estará determinado por un diagnóstico preciso realizado

con todos los medios a nuestra disposición.

- Consideramos excesivo el uso del tratamiento destructivo local, así como las intervenciones radicales, basados sobre todo en lo señalado en la conclusión anterior.
- A pesar de cualquier señalamiento la consulta tiene buenos resultados al negativizar el 91,1% de las pacientes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Herrera MA. Correlación cito-histológica de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. 1 – 31 marzo, 2004. Acceso: 23 dic 2006. Disponible en: [http://conganat.sld.cu/conferencias/conf\\_nogales.html](http://conganat.sld.cu/conferencias/conf_nogales.html)
2. Philip J, Di Saia W, Creasman T. Enfermedad preinvasora del cuello uterino. En: Oncología Ginecológica Clínica. 5 ed. Madrid: Harcourt Brere; 1999. p. 1-29.
3. Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Registro de cáncer en Cuba. La Habana: Ciencias Médicas; 1995.
4. Meza I. Colposcopia: su importancia en el diagnóstico de la NIC. Experiencia del autor. Colomb Med 1995; 26: 106-13.
5. Balestena Sánchez JM, Suarez Blanco C, Piloto Morejon, M. Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por conización. Rev Cubana Obstet Ginecol [periódica en línea]. 2003; 29 (1) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2003000100007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2003000100007&lng=es&nrm=iso). Acceso: 10 Julio 2007.
6. Bjerre B. Conization as only treatment of carcinoma in situ of the uterine cervix. Am J Obstet Gynecol 1996; 155: 143-65.
7. Chaulet A. La conización de cuello en el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia intraepitelial de cuello uterino en la actualidad. Obstet Ginecol Latinoam 1996; 44(11-12): 413-8.
8. Cabezas E. Tratamiento del cáncer cervicouterino en las etapas tempranas. Rev Cubana Obstet Ginecol 1993; 19(2): 114-20.
9. Meza I. Tratamiento con electrocaterización de las lesiones premalignas del cerviz. Colombia Médica 1995; 26 (4): 27-31.
10. Vergote IB, Makar AP. Laser excision of the transformation zone as treatment of NIC with satisfactory colposcopy. Ginecol Oncol 1992; 44: 235-9.
11. Gordon HK, Duncan ID. Effective destruction of cervical intraepithelial neoplasia 3 at 100 degrees using the Seem cold coagulator: 14 years experience. Br J Obstet Gynaecol 1991; 98: 14-20.
12. Loobuyck HA, Duncan ID. Destruction of cin I and 2 with the Seem cold coagulator: 13 years of experience with a see and treat policy. Br J Obstet Gynaecol 1993; 100: 465-8.
13. Soto Soto F. Factores que condicionan la conducta de negación a la Prueba Citológica. Medisan. 2003; 7 (2): 8-16.



## SUMMARY

Nowadays it is accepted by almost every world's scientist interested in the study of Cervical Cancer that the precocious diagnosis of it, belongs to the problems of real practical importance that allows to obtain the maintenance of health and the capacity of women to work. The solution to this problem can be obtained by means of organizative and perfecting measures of the methods of precocious diagnosis in this type of cancer. In our country a Program of Early Detection of Uterine Cervical Cancer is developed, and the responsibility to establish the diagnosis and the suitable treatment falls under the Cervical Pathology Consultations. For that reason, a retrospective analysis of the 483 assisted patients in Cervical Pathology Consultations of the "Leopoldito Martínez" Teaching General Hospital in San José de las Lajas, during the period between the years 2000 and 2004 is carried out. Thus, we set as objective to know some characteristics of the patients with altered cytologies, the form in which the diagnosis was established, the treatment made, as well as its posttreatment situation.

Subject Headings: **UTERINE NEOPLASMS/prevention & control**

Dr. José Cordero Martínez.

E-mail: [bibliohlm@infomed.sld.cu](mailto:bibliohlm@infomed.sld.cu)