



VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de Preparaciones Virtuales por Internet

Del 1 al 31 de octubre de 2005



LA CITOLOGÍA CERVICAL EN 123 LESIONES MALIGNAS CURABLES DEL CERVIX.

Dr. Alfredo B. Quiñones Ceballos*, Dra. Ileana Franco Zunda*

* HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO "DR. GUSTAVO ALDERGUIA LIMA" CIENFUEGOS CUBA CUBA

Resumen

Fundamentación: El cáncer cervical provoca la muerte de un cuarto de millón de mujeres al año a pesar, de los efectos del diagnóstico precoz y el tratamiento curativo. Desde 1967 el MINSAP Cuba, organizó el programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino (P.D.C.C.U) comenzó como pilotaje en Ciudad de La Habana, progresivamente se extendió al país. La introducción de la radiocirugía en nuestro hospital, para tratar pacientes con lesiones malignas curables y la observación de un número considerable de mujeres enfermas sin citología o con resultados negativos, motivó correlacionar prospectivamente este desempeño con los exámenes citológicos. Objetivo: Evaluar la utilidad del estudio citológico del cervix, como vía para acceder al diagnóstico y tratamiento, en 123 mujeres con lesiones cervicales malignas curables. Material y método: Se analizó la realización o no del examen citológico según el registro de consulta, otras variables fueron: edad, resultados citológicos y de biopsia por ponche. Las NIC se separaron en alto y bajo grado. Resultado principal: Más de la mitad de la muestra (67mujeres) fueron lesiones malignas cervicales en etapas curables a las que el examen citológico no les sirvió para acceder al diagnóstico precoz y al tratamiento adecuado.

Introducción

El cáncer cervical, provoca la muerte de casi un cuarto de millón de mujeres al año.

Desde 1989 hasta 1991, el cáncer de cuello uterino fue la causa de muerte de 4 543 mujeres por año en Estados Unidos y octava entre las causas más comunes de mortalidad por cáncer (1, 2, 8).

La tasa de mortalidad hasta 1999 en Cuba es de 6.6 por 100 000 mujeres, en su inmensa mayoría de 50 años y más, está en el 3er lugar en el continente americano (4).

Ha representado un importante problema de salud. La incidencia y las tasas de mortalidad han variado ampliamente en los diferentes países, en todos los tiempos. En ningún otro tipo de cáncer se comprueba mejor los notables efectos de la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento curativo sobre la tasa de mortalidad (5).

Desde 1967 el MINSAP en Cuba, organizó el programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino (P.D.C.C.U) momentos en los que esta enfermedad era la segunda causa de muerte entre las mujeres. Comenzó en forma de pilotaje en algunas áreas de Ciudad de la Habana y progresivamente se extendió al país.

Su objetivo general es disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad del cáncer de cuello mediante la detección en sus etapas tempranas.

La muestra citológica obtenida del cuello uterino es el medio diagnóstico empleado en el pesquizado, la población femenina objeto del programa es a partir de 25 años si ha tenido vida sexual activa, la toma de muestra se realiza cada 3 años, estableciéndose grupos de bajo y alto riesgo, examinándose las mujeres hasta los 65 años de edad.

Los niveles de actividad comienzan con la detección primaria, desempeñada en las consultas del médico de la familia y en los policlínicos.

Los centros asistenciales del 2do nivel tienen los laboratorios de citodiagnóstico y de anatomía patológica donde se procesan y diagnostican todas las muestras citológicas y las consultas de patología de cuello uterino, donde se confirma, se trata y se da seguimiento a las pacientes.

En los últimos 10 años se han diagnosticado y tratado más de 27 000 pacientes con lesiones preinvasivas y 12 228 cánceres de ellos 82,2% en etapa clínica 0 (4).

Alrededor de 1900, las pacientes con lesiones cervicales no bien definidas histológicamente, eran tratadas con histerectomía; posteriormente se definen términos histológicos de las lesiones neoplásicas epiteliales del cuello uterino, a partir de ello patólogos y clínicos cuestionaron las bases que existían para aplicar la histerectomía a todas las pacientes con una lesión limitada al epitelio cervical (1, 2, 3).

Años más tarde se definen los precursores del cáncer de cuello uterino, hasta ese momento existía variabilidad entre los distintos observadores en el diagnóstico de carcinoma in situ y de displasia; esto dio origen a una reevaluación: ¿era o no adecuado utilizar la histerectomía para tratar a mujeres jóvenes con carcinoma in situ?

Se llegó a la conclusión que estos cambios son parte de un proceso continuo que comienza con la displasia leve y que termina con el carcinoma in situ, sobre la base de estos datos se propuso usar el término de neoplasia cervical intraepitelial (NIC) el criterio quirúrgico se aplicó en las lesiones de alto grado (NIC II Y III), haciéndose éste más racional (4, 5, 6).

En el tratamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado se practica la escisión y la biopsia en cono por bisturí frío o con asa de alambre, también conocida como radiocirugía (3, 6, 7, 8, 9).

Procedimiento introducido en nuestro centro recientemente, avalado por los diagnósticos histológicos de biopsia por ponche; lo que nos motivó a correlacionar este desempeño con el diagnóstico citológico cervico-vaginal en la provincia.

Material y Métodos

Se realizó un estudio prospectivo y correlacional; los datos se recogieron en el modelo registro de la consulta de patología de cuello (anexo-1) utilizado para tomar los datos de las pacientes, antes del tratamiento radio quirúrgico. El estudio comprendió un período de 17 meses desde enero/2004 a mayo/2005), el universo estuvo constituido por 127 mujeres que fueron tratadas en dicha consulta, desechándose 4 cuyos diagnósticos por ponche se correspondieron con cervicitis crónica.

Quedando conformada la muestra objeto de estudio por 123 pacientes en las que el diagnóstico histopatológico por ponche del cérvix correspondió

con lesiones malignas en etapas curables (Neoplasias intraepiteliales cervicales. NIC).

VARIABLES ANALIZADAS:

- Edad
- Realización del estudio citológico
- Resultados de los estudios citológicos
- Diagnóstico de las biopsias por ponche

La variable edad, fue dividida por grupos:

- < 25 años
- 25-35 años
- 36-45 años
- 46-55 años
- 56-65 años

La variable realización del estudio citológico, se tomó si o no en correspondencia con la realización del mismo

La variable resultado de los estudios citológicos, fue recogida como alterados y negativos de malignidad

Solamente acceden a diagnóstico y tratamiento por vía de la citología aquellas que tienen diagnóstico alterado, el resto lo hacen por vías aleatorias, que se incluyen en el estudio; por tener un examen histológico con NIC.

La variable diagnóstico de las biopsias por ponche, incluyó aquellos en los que se comprobó la presencia de una lesión de tipo NIC (Neoplasia Intraepitelial Cervical), que implican tratamiento radioquirúrgico.

Finalmente, se separaron las lesiones en alto y bajo grado de malignidad para mejor evaluación de la problemática:

Bajo grado: NIC I

Alto grado: NIC II y III

Todas las variables se relacionaron contra los grupos de edad.

Para el análisis la muestra se dividió atendiendo a:

- o Pacientes con citología alterada que sirvió como vehículo para acceder al tratamiento radio/quirúrgico
- o Pacientes con diagnóstico citológico negativo, que por alguna razón se les practicó colposcopia y biopsia con el diagnóstico de lesión maligna curable de alto o bajo grado
- o Mujeres a quienes no se le practicó estudio citológico y accedieron al tratamiento radio/quirúrgico por otros motivos

Con el auxilio de análisis matemáticos simples, numéricos y de % se agrupan los datos en tablas y gráficos para facilitar su demostración, interpretación y discusión de los resultados.

Resultados

Al relacionar grupos de edades de las mujeres estudiadas y la realización o no del examen citológico resultó, que el 75,6% del total tenían el examen realizado al arribo a su diagnóstico de lesión maligna curable del cervix y el 24,4 % de ellas no tenían citología cervical previa al diagnóstico histológico.

Predominaron en la muestra, las mujeres entre 25 y 35 años, de ellas 15 no tenían citología realizada; 10 mujeres registradas en este estudio tenían menos de 25 años a la hora del diagnóstico de malignidad cervical curable y no accedieron al diagnóstico por la vía de la citología. La distribución de este apartado la presentamos a continuación:

Grupos etarios	Nº mujeres	Citología			
		Si	%	No	%
25-35	56	41	73	15	26.7
36-45	29	24	82.7	5	17.2
46-55	27	27	100	0	0
56-65	10	0	0	10	100
-65	1	1	100	0	0
Total	123	93	75.6	30	24.4

Fuente: Registro de Consulta Patología de cuello uterino
Hospital GAL Cienfuegos Cuba

Lesiones curables del cervix histológicamente comprobadas por ponche según grupo etario, demostró un franco predominio de las lesiones de alto grado, 108 pacientes, contra 14 en quienes se diagnosticaron lesiones de bajo grado; entre las primeras el 61,75% fueron neoplasias intraepiteliales III.

El grupo menor de 25 años se comportó de igual forma con un franco predominio de lesiones de alto grado, que para este subgrupo fue del 80%. Estos resultados, se presentan seguidamente:

Grupos etarios	Nº mujeres	NIC I	NIC II	NIC III
<25	10	2	3	5
25-35	56	6	18	31
36-45	29	1	5	23
46-55	27	5	6	16
56-65	1	0	0	1
Totales.	123	14 11,3%	32 26%	76 61,75%

Fuente: Registro de Consulta Patología de cuello uterino.
Hospital GAL Cienfuegos Cuba

El diagnóstico citológico según grupo de edad, también fue objeto de estudio en esta serie, 93 exámenes citológicos fueron realizados, de ellos el 60,2% tuvieron resultados alterados; 37 de las mujeres en las que se comprobó lesiones malignas curables tuvieron resultados citológicos negativos de malignidad.

El grupo más numeroso (41 mujeres) comprendido entre los 25 y 35 años, no fue significativo.

A continuación los totales de este aspecto:

G. Etarios	Nº mujeres	Cit. Alteradas	Cit. negativas
<25	0	0	0
25-35	41	21	20
36-45	24	15	9
46-55	27	19	8
56-65	1	1	0
Totales	93	56 60,2%	37 39,7%

Fuente: Registro de Consulta Patología de cuello uterino
Hospital GAL Cienfuegos Cuba

Las 15 mujeres con lesiones curables sin citología, según grupo de edad, estuvieron comprendidas entre los 25 y 35 años. En la muestra, se recogen 30 mujeres con lesiones malignas curables que accedieron al diagnóstico histológico y al tratamiento sin que la citología jugara su papel como examen facilitador de progresión en el algoritmo de trabajo.

Estas 30 mujeres sin citologías presentaron lesiones de alto grado 93,3 %, sólo 2 de ellas, padecían lesiones de bajo grado.

G. Etarios	Nº mujeres	Bajo grado		Alto grado	
		NIC I	NIC II	NIC III	
<25	10	2	3	5	
25-35	15	0	4	11	
36-45	5	0	0	5	
46-55	0	0	0	0	
56-65	0	0	0	0	
Total	30	2	7	21	
		2 6,6%	7 23,3%	21 70,1%	

Fuente: Registro de Consulta Patología de cuello uterino
Hospital GAL Cienfuegos Cuba.

Las pacientes con lesiones malignas curables, que no accedieron a la radiocirugía a través de la vía del examen citológico, fueron 67. Bien por resultados negativos 55,2%, o por no haberseles practicado el examen citológico 44, 7% previo al diagnóstico, de lesión maligna curable del cervix.

Entre las 123 mujeres tratadas con método radioquirúrgico por lesiones malignas curables del cervix, predominaron las de alto grado, sólo el 46% de ellas pudieron acceder al diagnóstico y al tratamiento por vía de la citología como método orientador en el algoritmo de trabajo.

El 54%, lograron el acceso a su definitivo diagnóstico y tratamiento, por vías alternativas no vinculadas a resultados citológicos orientadores de la conducta médica, para la solución de su problema de salud.

Discusión

En las 123 neoplasias malignas curables diagnosticadas histológicamente, durante el período que se analiza, se estudió primeramente la realización del examen citológico según grupo de edad; dos grupos forman el conjunto analizado, uno de 10 mujeres (8,1%) con edades inferiores a los 25 años que no tenían realizado el examen citológico; este grupo menor de 25 años está presente en otras investigaciones, Uzcátegui encontró 81 mujeres en su serie de 191 casos, comprendidas en edades entre 15 y 25 años afectadas por este tipo de lesión (10).

Entre las 113 mujeres, con edades de 25 a 65 años, se encontraron 20 (16,2%) que no contaron con el estudio citológico al arribo del diagnóstico histológico, el resto 93 (75,6%) si tenían realizada la investigación.

El tipo de lesión histológica según grupos etario, demostró que 14 de las afectadas tenían una NIC I, 32 NIC II y 76 NIC III, esto afirma que las lesiones curables de alto grado son las más frecuentes. La Investigación Venezolana realizada entre 1992 y 1997 destaca que el 92.66% de lesiones registradas son de alto grado (10) en contraste, nosotros encontramos el 87,8% en esta serie. Las cifras para la nación cubana, se fijan en un 82,2% para etapa clínica 0, (4). en esta serie entre las lesiones de alto grado predominaron las etapas clínicas 0 sin alcanzar las cifras nacionales, quedando en un 61,75% del total de las lesiones registradas.

Entre las mujeres afectadas, algunas tienen citología realizada y otras no, el diagnóstico citológico de las 93 mujeres que se encuentran entre 25 y 65 años demostró que 56 tienen exámenes citológicos alterados y 37 diagnósticos negativos al arribo a la confirmación histológica de neoplasia maligna curable, en cambio en el Hospital Universitario de los Angeles, Mérida Venezuela, se encontró un 29,84% de exámenes citológicos, falsos negativos, en una muestra de 191 mujeres afectadas, nosotros hemos tenido 39,7% de exámenes citológicos falsos negativos (10).

Las mujeres que conforman la muestra que no contaban con examen citológico a la hora del diagnóstico anatomopatológico; fueron 10 menores de 25 años y 20 entre 25-65 años; 2 de estas mujeres desarrollaron lesiones de bajo grado y 28 para un 93.3% habían desarrollado lesiones de alto grado confirmadas por estudio de los ponches del cuello uterino.

Fueron 67 las pacientes con lesiones malignas curables del cervix en las que la citología no funcionó como vía para acceder al tratamiento radioquirúrgico, 55,2%, tenían citologías negativas y 30 no tenían el examen citológico previo a la confirmación del diagnóstico.

Estos resultados se resumen diciendo que más de la mitad de las mujeres 54.4% accedieron al diagnóstico y al tratamiento por vías diferentes, no relacionadas con el diagnóstico citológico previo y sólo 56 de las 123 mujeres, arribaron a su diagnóstico y tratamiento definitivo teniendo la citología como vehículo para ello.

Conclusiones

1. Más de la mitad de la muestra fueron mujeres con lesiones malignas cervicales en etapas curables (67) a las que el examen citológico no les sirvió para acceder al diagnóstico precoz y al tratamiento adecuado.

2. Predominaron en la muestra las lesiones de alto grado (108). Entre ellas se registraron mujeres con resultados citológicos negativos y sin estudio citológico.

Bibliografía

- 1.- Torres Lobatón A, Valdespino Gómez V M, Morales Loredó R, Fernandes Colchero R, Sofía Barbosa V. Cáncer cervicouterino invasor. Estado actual del tratamiento quirúrgico en el servicio de oncología, Hospital general de México s. s. a (Un análisis de 605 pacientes). Rev Cirug y Ciruj Astra Mex Mar-Abr 1998; 66(3):92-102.
- 2.- Torres Lobatón A, Román Bassaure E, Hernández Aten D, Piojo Herrera G, Flores Villa J, Barra García R. Carcinoma de endometrio. Causas del fracaso terapéutico en 69 pacientes. Rev Cirug y ciruj Astra Mex. May-Jun 1993 ; 66(2):49-69
- 3.- Christian Kainz, M.D. Clemens Tempfer, M.D. Gerhard Sliutz, M.D. et all: Radiocirugía en el manejo de las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales J ReportMed 1996; 41: 409-14.
- 4.- Camacho Camino T. Programa de diagnóstico precoz del cáncer cervico uterino de Cuba. Congreso Internacional de Anatomía Patológica y Citología 2001 Feb Hab :33-34.)
- 5.- Ralph M., Richard. Precursores del cáncer cervical y sus manejos. En: Rock Jhon A, Thompson Jhon D. Ginecología Quirúrgica. Te Linde. 8 ed. Buenos Aires: Panamericana SA; 1998. Cap 48, 1409-33.
- 6.- Martín Loeches AM, Asins E, Llixoma J, Aznar I, Bernabeu JR, Gresa M. Influencia del grado de diferenciación tumoral en el pronóstico de las pacientes afectas del cáncer del cuello uterino tratados mediante cirugía radical. Acta Ginecol Cub Oct 1999; LVI(8):25-30.
- 7.- Martín Loeches AM, Asins E, Llixoma J, Aznar I, Cazorla E, Bernabeu JR. La invasión endometrial como factor pronóstico en el cáncer de cuello en estadios precoces. Ginecol, Obstet May 2000; LVII(5):31-36.
- 8.- Martínez Hernández H Botella Llusion J González Merlo J Nogales Fernández F Escudero Fernández M , Heliarz Martínez MA. Carcinomas circulares infiltrantes. Rev de Ginecol Obstet 2001; L V III (8): 39-46.
- 9.- Richard RM. Precursores del cáncer cervical y su manejo. En Te Linde: Rock JA, Thompson JD. Ginecología Quirúrgica 8va Edición. Editorial Mex Panamericana ; Edición 50 aniversario. 1410-1436.
- 10.- Uzcátegui Salas CL, De Inglessis AB, Dávila De Arriaga. Cono cervical por radiocirugía. Alternativa en el diagnóstico y tratamiento de las neoplasias preinvasoras. Rev Obstet Ginecol Venez 1997 ; 57 (2) : 97-104.