DIAGNOSTICO PRECOZ DE CANCER UTERINO Y MAMARIO

Dr. LUIS F. CAMACHO

Servicio de Medicina Preventiva del Departamento Médico del Seguro Social, Quito

La citología exfoliativa es actualmente el método mediante el cual se ha conseguido reducir la mortalidad de cáncer del cérvix uterino en proporciones verdaderamente asombrosas, por ejemplo en el Estado de New York excluyendo la ciudad de New York las tasas de mortalidad por cáncer del útero fueron¹:

30/100.000 habitantes en el año 1940.

15/100.000 habitantes en el año 1960.

estas cifras corresponden a años en los que todavía no se había generalizado suficientemente el diagnóstico citológico del cáncer de útero.

Way, S. A.², una autoridad de Gran Bretaña en cáncer del útero afirma: "para mí el control futuro del cáncer del cérvix está en un diagnóstico mucho más precoz, cualquiera que sea el método de tratamiento porque ya hemos agotado las posibilidades de la cirugía y prácticamente también las de la radioterapia".

Arneson³ afirma que el médico general puede salvar más mujeres descubriendo casos pre-invasores que las que pueden salvarse mediante trata-

miento de lesiones invasoras con los mejores recursos.

La citología exfoliativa salva la vida de las mujeres porque la supervivencia es mucho mayor mientras más precoz es el diagnóstico y el tratamiento¹, como se demuestra con las cifras estadísticas anotadas en la tabla I.

Estos hechos reales demuestran la bondad de un programa de citología exfoliativa para prevenir el progreso del cáncer del cérvix a etapas en que su durabilidad disminuye enormemente.

Por esto el Servicio de Medicina Preventiva ha iniciado este programa y ahora que ya se tiene la experiencia necesaria se lo quiere extender para que sus beneficios alcancen a un número de mujeres cada vez más grande.

Grados de cáncer de cérvix		Tasas de Supervivencia	
		5 años casi	10 años casi
Grado C	(C.I.S)	100 %	100 %
"	I	70.6%	53.4%
"	II	48.6%	30.5%
"	III	25.9%	16.6%
"	IV	8.7%	3.1%

MATERIALES Y METODOS

El Servicio de Medicina Preventiva realiza este programa mediante frotis de exocérvix obtenido por raspado con espátula y del endocérvix obtenido con un aplicador con algodón y fijados con “spray-cyte”; enviados al Laboratorio de Histopatología de la Clínica del Seguro Social donde les colorean mediante el método de Papanicolaou y son estudiados al microscopio.

En esta forma se logra un diagnóstico muy preciso de lesiones cervicales al descubrir anomalías celulares epiteliales.

Los resultados los clasificamos así:

- Citologías Negativas (frotis clase I y II).
- ” Sospechosas (frotis clase III).
- ” Positivas (frotis clase IV y V).

Las citologías sospechosas y positivas se las repite y si se confirma el resultado inicial realizamos biopsia múltiple periorificial previa prueba de Schiller. Cabe anotar que sería muy útil disponer de un colposcopio para realizar las tomas de biopsia “dirigida”; sin embargo, con nuestro interés y meticulosidad hemos suplido satisfactoriamente esta deficiencia y creo que no se han perdido casos de carcinoma “in situ” o de displasia grave.

El criterio o pauta utilizado durante la investigación o búsqueda del cáncer de cérvix uterino está sintetizado en el esquema de la Fig. 1.

Figura Nº 1

CITOLOGIA EXFOLIATIVA

Las pruebas de selección o de tamiz son de gran utilidad en programas de Medicina Preventiva si pueden ser aplicados a grandes grupos de población. Esto es factible si estas pruebas

no tienen que ser hechas necesariamente por médicos y si sus resultados positivos son válidos en gran proporción de casos.

El tamizado de una población mediante pruebas selectivas tiene validez solamente si son seguidas de procedimientos para el diagnóstico definitivo y el tratamiento inmediato de los casos descubiertos. El conocimiento de los resultados del estudio diagnóstico y del tratamiento es indispensable para evaluar la eficacia del programa de búsqueda o detección.

Por tanto el seguimiento es una actividad indispensable si se ha de conseguir el tratamiento oportuno de los casos descubiertos, sin lo cual todo el programa sería inútil.

Para efectuar el seguimiento se necesita:

- 1. Un tarjetero calendario que centralice los datos necesarios de todas y cada una de las mujeres examinadas.
- 2. Una revisión permanente del tarjetero para localizar los casos que necesitan seguimiento.
- 3. Enfermeras de Salud Pública que realicen el seguimiento mediante visitas a domicilio o a los lugares de trabajo y faciliten la atención interdepartamental de las afiliadas.
- 4. Una campaña persistente de educación para motivar a las mujeres sobre la importancia de cumplir las indicaciones dadas.

Para poder realizar esto es indispensable planear, organizar, coordinar y supervisar las múltiples facetas y ac-

tividades del programa de búsqueda de cáncer uterino y mamario bajo una autoridad coordinadora que de acuerdo con todos los servicios que participan en este programa establezca las pautas o normas bajo las cuales debe ejecutarse el programa; determine sus objetivos y los procedimientos administrativos necesarios para evaluarlo.

RESULTADOS

El programa de búsqueda oportuna de Cáncer Uterino y Mamario ha realizado un trabajo ajustado a los principios ya anotados en esta exposición. Sus resultados se resumen en los cuadros que siguen:

Tabla II

MUJERES EXAMINADAS, POR GRUPOS DE EDAD Y SU RELACION PORCENTUAL CON LA POBLACION FEMENINA DE QUITO, 1966 a 1968

Edad en años	Población femenina de Quito		Mujeres examinadas	
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcent.
15-19	24.607	18.6	10	0.66
20-24	20.369	15.4	125	8.20
25-29	16.478	12.5	297	19.49
30-34	13.847	10.5	291	19.09
35-39	12.240	9.3	345	22.63
40-44	9.856	7.5	197	12.93
45-49	8.744	6.6	158	10.37
50-54	7.448	5.6	63	4.13
55 y +	18.484	14.0	35	2.30
Ignorado	—	—	3	0.20
TOTAL	132.073	100.0	1.524	100.00

En la Tabla II se ve claramente que, en las mujeres examinadas, los grupos

de edad de 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 años tienen porcentajes mucho mayores que en la población femenina de Quito que representaría el universo del cual se ha tomado la muestra estudiada. Estos son los grupos que presentan la mayor frecuencia de cáncer de cérvix, como se verá más adelante.

Tabla III

CARCINOMA DE CERVIX UTERINO
DESCUBIERTO POR CITOLOGIA EXFO-
LIATIVA SERVICIO DE MEDICINA PRE-
VENTIVA. QUITO 1966-1968

Mujeres examinadas		Carcin. cérvix uterino		
		in situ	Invasor	Total
Número	1.524	5	1	6
Tasa/1000		3.33%	0.67	4%

En la Tabla III se ve que la tasa de cáncer descubierto es algo inferior a las tasas de otros programas⁴. Esto probablemente, se explica porque la muestra es muy pequeña y también porque entre las citologías sospechosas hubieron 3 mujeres con diagnóstico de displasia o lesión precancerosa en la biopsia múltiple del cérvix. De estas 3 mujeres, una se perdió de vista; las otras dos fueron hysterectomizadas pero las piezas operatorias no tuvieron estudio histopatológico adecuado.

La incidencia de cáncer que se obtiene en diversos programas de citología exfoliativa está influenciada por numerosos factores. Los principales son:

1) Diferencias entre mujeres aparentemente sanas y mujeres con tras-

- tornos ginecológicos por lo que buscan atención médica.
- 2) Diferencias de edad en los grupos de mujeres sometidas a citología exfoliativa.
 - 3) Diferencias raciales, étnicas y socio-económicas.
 - 4) Diferentes métodos utilizados para obtener los frotis citológicos.
 - 5) Diferencias en la interpretación citológica e histológica.

Papanicolaou⁵ sugirió un sistema de reportaje de las citologías exfoliativas clasificándolas así:

- CLASE I No hay evidencia de neoplasia maligna. No hay atipias celulares.
- CLASE II Hay atipias celulares, pero no hay evidencia de neoplasia maligna.
- CLASE III Presencia de células que hacen sospechar neoplasia maligna.
- CLASE IV Evidencia bastante concluyente de neoplasia maligna.
- CLASE V Evidencia concluyente de neoplasia maligna.

De acuerdo con esta clasificación, el resultado de la primera citología exfoliativa en las mujeres examinadas se resume en la Tabla IV:

Tabla IV
RESULTADO DE CITOLOGIA EXFOLIA-
TIVA EN 1.524 MUJERES EXAMINADAS
QUITO, 1966-1968

Citología	Exfoliativa	Número
CLASE	I	1.498
"	II	7
"	III	11
"	IV	8
TOTAL		1.524

Los resultados correspondientes a las mujeres cuya primera citología fue cla- se III y IV, se sintetizan en la tabla V. En el listado de las citologías exfo- liativas clase III hay 4 mujeres sin se- guimiento (pérdidas); una probable- mente tiene neoplasia maligna y otra desapareció enseguida; en las otras dos la biopsia y la 2ª citología exfoliativa fueron negativas.

Tabla V
SEGUIMIENTO DE 11 CITOLOGIAS EXFOLIATIVAS (C. E.) CLASE III

Caso Nº	Edad	Paridad	1ª C. E.	2ª C. E.	Biopsia múltiple	Evolución posterior
1	43	10	III	—	—	Sin seguimiento
2	46	10	III	I	—	En seguimiento
3	52	2	III	I	Cervicitis aguda	Sin seguimiento
4	43	8	III	I	—	3ª C. E. Clase II Ref. o ginecólogo
5	33	10	III	II	—	3ª C.E. Clase III Tri- comoniasis en segui- miento
6	28	5	III	No significat.	Hiperplasia basal Cervicitis aguda	3ª C. E. Clase I en seguimiento
7	38	9	III	II	Cervicitis crónica	Sin seguimt. 2 años
8	35	3	III	III	Anisocariosis e hi- percromatismo	3ª y 4ª C. E. Clase I En seguimiento
9	36	10	III	III	Cervicitis crónica Displasia severa	Sin seguim. 1 año Visitas domiciliarias nulas
10	35	7	III	III	C. I. S.	Histerectomía C.I.S.
11	50	8	III	IV	C. I. S.	Se indicó histerect.

Hay dos carcinomas in situ (C.I.S.) según la biopsia; una aún no se opera y en el cérvix de la otra encontraron lesiones muy sospechosas de C. I. S. Esto último puede ocurrir porque ya no hay C. I. S. residual o porque no se hacen suficientes cortes para encon-

trarlo. Vale la pena indicar que en es- tos casos de neoplasia intraepitelial y microinvasiva se necesitan numerosos cortes seriados para no pasar por alto lesiones existentes pero circunscritas a pequeñas zonas del cérvix.

Tabla VI

SEGUIMIENTO DE OCHO CITOLOGIAS EXFOLIATIVAS CLASE IV

Caso N°	Edad	Paridad	1ª C. E.	2ª C. E.	Biopsia múltiple	Evolución post.	Histopatológico de pieza operat.
1	50	8	Clase IV	Clase IV	Atipias sospe- chosas	Histerectomía	Cervitis crónica Un solo corte de endocervix
2	39	3	" II	" IV	Atipias sospe- chosas	3ª C. E. Clase III Histerectomía	C. I. S., adenomiosis
3	40	7	" IV	" IV	Negativa	Rechazó segui- miento	
4	43	4	" IV	No tiene	Negativa	En seguimiento	
5	50	9	" IV	Clase IV	C. I. S.	Histerectomía	Cervicitis. No se confirma C. I. S.
6	46	9	" IV	" IV	C. I. S.	Histerectomía Oct. 67 en M.I.A.	No hay? Pap. I/69
7	40	4	" IV	" III	C. I. S.	Conización e His- terectomía	C. I. S. Pap. I en 1969
8*	38	4			Ca. invasor	A SOLCA. 1966 Sin seguimiento	

(*) Enferma se presentó con cáncer muy avanzado. Se tomó biopsia y se envió enferma a SOLCA en 1966. Fue una vez y no volvió.

En el listado de las C. E. Clase IV se observa:

1) Muy buena concordancia en los resultados citológicos y el diagnóstico histopatológico de la biopsia.

2) De las 5 histerectomías en dos úteros se encontró C. I. S.; uno no tiene informe histopatológico; otro no confirma el C. I. S. demostrado en la biopsia, posiblemente por falta de un estudio más minucioso del cérvix; un informe histopatológico negativo se hizo a base de un corte de endocervix.

Esto demuestra la necesidad de un mecanismo de comunicación y coordinación entre el Servicio de Ginecología e Histopatología.

Son un mínimo de 26 mujeres que han tenido que seguirse para conseguir lo anotado y sin embargo hay casos perdidos por causa de los mismos enfermos. Cuando el programa cubra a unas 20.000 mujeres por año, significará aproximadamente 400 mujeres que necesitan seguimiento para conseguir el diagnóstico definitivo y el tratamiento oportuno.

Este seguimiento representa un número variable de visitas a domicilios o lugar de trabajo por cada mujer y un programa educativo persistente e intensivo para cambiar la actitud de las mujeres afiliadas en favor del programa de búsqueda oportuna de cáncer uterino y mamario.

CONCLUSIONES

1.—Los casos de C. I. S. descubiertos demuestran la utilidad y beneficios de este programa.

2.—El reducido número de mujeres examinadas indica la necesidad de incrementar este programa hasta conseguir tamizar toda la población afiliada expuesta al riesgo de cáncer de cérvix uterino.

3.—Solamente cuando esto se consiga se reducirá la tasa de mortalidad por cáncer de cérvix que es el objetivo final de un programa como este.

4.—Las mujeres cuya citología exfoliativa es sospechosa o positivas deben ser controladas hasta determinar la ausencia de cáncer o si éste existe, hasta conseguir el tratamiento adecuado del mismo.

5.—El control o seguimiento de los casos anotados requiere contactos con las enfermas en sus domicilios o en sus lugares de trabajo por enfermeras de Salud Pública.

6.—Para que el diagnóstico histopatológico del cérvix uterino luego de la histerectomía sea lo más veraz posible es indispensable una intercomunicación efectiva del ginecólogo con el patólogo.

7.—Por estos considerandos un programa de mayor cobertura exige la colaboración y coordinación de los servicios de Medicina Preventiva, Ginecología e Histopatología, que deben realizar un programa normativo y administrativamente centralizado, pero con descentralización ejecutiva.

RESUMEN

La citología exfoliativa es uno de los métodos que ha logrado una significativa reducción de la mortalidad por

cáncer de cérvix. Utilizando esta técnica de diagnóstico de una muestra de 1.529 mujeres atendidas en el Servicio de Medicina Preventiva, de 1966 a 1968: se observó que hay una mayor frecuencia de cáncer de cérvix en los quinquenios que van desde los 25 a los 45 años. La tasa por mil corresponde a 4; cifra de la cual el 3,33 por mil corresponde a carcinoma de cérvix "in situ" y 0.67 por mil a carcinoma invasor.

Los resultados de las citologías exfoliativas, clasificados según las clases definidas por Papanicolaou, fueron los siguientes: 1.498 para la primera clase; 7, 11 y 8 para las restantes clases de II a IV. En los casos cuya citología exfoliativa fue sospechosa fueron controlados periódicamente hasta descontar la presencia de cáncer o, en caso contrario, hasta efectuar el tratamiento más adecuado.

SUMMARY

In a survey carried out in the Department of Preventive Medicine of

the Social Security System of Ecuador, 1529 women were studied by the Papanicolaou's method, to detect genital cancer. It was found neoplastic cells in six patients (0.4%), without clinical manifestations. Five of these cases corresponded to carcinoma of cervix "in situ", and one was a metastatic invasion.

From the total group studied, according to the Papanicolaou's classification, 98% of cases corresponded to class I; 0.5% to class II; 0.75% to class III; and 0.6% to class IV.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AYRE, J. B.—Obst. & Gynec. Survey, 19: 799, 1964.
- 2) WAY, S. A.—J. Obst. & Gynec. Brit. Emp. 66: 854, 1959.
- 3) ANERSON.—Postgrad. Med., 35: 363, 1954.
- 4) DAY, E.—Evaluation of exfoliative cytology as a screening method for pelvic cancer, Clin. Obst. & Gynec., 4: 1.183, 1961.
- 5) PAPANICOLAOU, G. N.—Atlas of exfoliative cytology, Commonwealth Fund, New York, 1954.