

T.E
216.994
F 219

1

LESIONES DISPLASICAS Y NEOPLASICAS DEL CUELLO UTERINO

Hospital Universitario de Cartagena
Año 1.979 - 1.983

S C I B

ANGELA MARIA TATIS DE MORENO

//

S C I B

Universidad de Cartagena
Facultad de Medicina
Departamento de Patología



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
Fernández de Madrid
Universidad de Cartagena

Cartagena, 1.985

T. A.
6.16.994
T219

2

LESIONES DISPLASICAS Y NEOPLASICAS DEL CUELLO UTERINO

Hospital Universitario de Cartagena .

Año 1.979 - 1.983

S C I B
00004270

ANGELA MARIA TATIS DE MORENO

//
Trabajo presentado como re-
quisito parcial para obtener el
titulo de Especialista en Patolo-
gía .

Universidad de Cartagena
Facultad de Medicina
Departamento de Patología .



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
Fernández de Madrid
Universidad de Cartagena

Cartagena , 1. 9 8 5

NEOPLASIAS del cuello uterino
T.A. J.C.
T219

TABLA DE CONTENIDO

	Pags.
INTRODUCCION	1
1.- Objetivos	3
2.- Materiales y Métodos	4
3.- Resultados	5
4.- Discusión	32
5.- Conclusiones y Recomendaciones	34
BIBLIOGRAFIA	35

LISTA DE TABLAS Y GRAFICAS

		Pags.
TABLA Y GRAFICA 1	Pacientes diagnosticadas en el Hospital Universitario de Cartagena según tipo de lesión 1979-1983.	7 y 8
TABLA 1 A	Tipos Histologicos de Ca.de Cervix años 1979-1983.	9
TABLA Y GRAFICA 2	Pacientes diagnosticados en el Hospital Universitario de Cartagena 1979-1983. por años.	11 y 12
TABLA 3	Pacientes diagnosticados en el Hospital Universitario de cartagena según tipo de lesión y edad 1979 - 1983.	18
GRAFICA 3	Pacientes diagnosticadas en el Hospital Universitario de Cartagena año 1979-1983	19
TABLA 4	Pacientes diagnosticadas en el Hospital Universitario de Cartagena por año y tipo de lesión 1979-1983.	22
GRAFICO 4	Pacientes diagnosticadas con Neoplasias en el Hospital Universitario de Cartagena año 1979-1983	23
TABLA 5	Pacientes con cancer de Cervix In situ e Infiltrante en el Hospital San Vicente de Paul Medellin 1964-1971.	26

		Pags.
TABLA 6	Pacientes con Cancer de Cervix In Situ e Infiltrantes en el Hospital Universitario de Cartagena 1979-1983.	27
TABLA 7	Resultados de las Patologías de Histerectomia de pacientes atendidas en el Hospital San Vicente de Paul Medellin 1970-1973.	28
TABLA 8	Pacientes diagnosticadas en el Hospital Universitario de Cartagena según tipo de lesión 1979-1983.	29
TABLA 9	Pacientes con Carcinoma In Situ según edad Hospital Universitario San Vicente de Paul Medellin 1.970-1.973.	30
TABLA 10	Pacientes con Carcinoma In Situ según edad Hospital Universitario de Cartagena 1979-1983.	31

INTRODUCCION

El Carcinoma de Cuello Uterino constituye un problema Medico-Social de grandes proporciones y es responsable de mayor número de muertes a escala mundial, que cualquier otro tumor maligno. Este tumor comprende el 4% de todos los cánceres diagnosticados en Estados Unidos (cerca de 16.000 casos nuevos en 1979), y es responsable del 3.5% de muertes femeninas por cancer en ese mismo país (ACS 1979) (6)

La reciente evaluación de la frecuencia del Carcinoma de Cuello Uterino, en los Países de Europa Occidental y América del Norte muestra notables diferencias entre los distintos grupos de población, debido sin duda a variables de tipo Socio-económico y circunstancias derivadas del comportamiento sexual, más que a factores étnicos.

Hay suficiente evidencia epidemiológica para afirmar que el Carcinoma de Cuello Uterino es una enfermedad relacionada con la actividad sexual, teniendo vital importancia la edad de iniciación de estas relaciones, la promiscuidad tanto de la mujer como del marido, la multiparidad y la presencia de infecciones crónicas del Cervix. (9,12).

Todo esto hace pensar en la posibilidad de la transmisión venérea de un agente biológico probablemente viral. Entre estos se les ha dado particular importancia al virus del Herpes simple tipo II y al virus del Condiloma humano con base en estudios serológicos e Inmuno-Histoquímicos. (1,7,8,10, 11)

Así pues, el Carcinoma del Cervix se puede considerar una Entidad de Etiología multifactorial cuyo denominador común es la actividad sexual y cuya historia natural comprende diferentes fases: Displasia, Carcinoma in situ, Carcinoma microinfiltrante y Carcinoma invasor, no necesariamente como pasos sucesivos.

Entre los estudios realizados en nuestro país sobre Carcinoma de Cuello Uterino, destaca el de Correa y Llanos en 1966 practicado en la ciudad de Cali, el cual revelo tasas de morbilidad y mortalidad de las más altas del mundo. (97,6 y 54,1 por 100.000 habitantes respectivamente). (5).

En el Hospital Universitario San Vicente de Paul el porcentaje de detección del Carcinoma in situ ha mejorado desde un 2.3% en 1958 hasta cifras del 48%, incluyendo las Displasias en 1973. (2).

Este aumento en el porcentaje de detección del Carcinoma in situ es debido sin duda al auge que ha tenido en los últimos años, la practica de la Citología Vaginal de rutina y a los Programas de detección precoz del Cancer.

Seria ideal que el diagnostico de estas lesiones se hiciera en su forma más precoz en un 100%, en nuestro medio estamos muy lejos de ello, por lo cual debemos tratar de acercarnos lo más posible a esta cifra, ya que su diagnostico temprano facilita el tratamiento, el cual es menos agresivo, y los resultados más satisfactorios, disminuyendo así las tasas de morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS

- 1.- Determinar cuales son las lesiones displásicas y neoplásicas más frecuentes del Cuello Uterino en nuestro medio.
- 2.- Determinar su incidencia por grupos de edad.
- 3.- Conocer la magnitud del problema.
- 4.- Comparar los datos obtenidos, con otros estudios realizados en el país y fuera de él.
- 5.- Hacer notar la importancia que tiene diagnosticar el Carcinoma de Cervix en sus estadios iniciales.

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron los archivos de estudios de Anatomia Patologica realizados en el Hospital Universitario de Cartagena, en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1979 y el 31 de Diciembre de 1983. En este lapso de tiempo se practicaron 14.695 estudios, encontrandose 546 casos de pacientes con lesiones del Cuello Uterino que fueron tomados como muestras para realizar el presente estudio.

Para lograr el objetivo que nos hemos fijado, estudiaremos en primer lugar los tipos de lesiones encontrados en la muestra para determinar las más frecuentes, y el número de casos encontrados por año para conocer su tendencia.

Ademas relacionaremos el tipo de lesión, con la edad de las pacientes, para determinar a que edad se presenta con mayor frecuencia las diferentes lesiones, y el tipo de lesión y el tiempo, para determinar la tendencia de las lesiones, en el período durante el cual se desarrolla el presente estudio.

RESULTADOS

PACIENTES DIAGNOSTICADAS SEGUN TIPO DE LESION:

Se revisaron un total de 14.695 estudios de Anatomia Patologica, realizadas en el Hospital Universitario de Cartagena, en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 1979 y el 31 de Diciembre de 1983, encontrandose 546 casos discriminados asi:

Displasias leves 9.7%, Displasia moderada 8.8% y Displasia severa 5%.

Al Carcinoma in situ corresponde un 8.6%, al Carcinoma microinfiltrante 1.3% y al Carcinoma infiltrate 66.6%.

Pacientes a las cuales hemos clasificado como con lesiones Displasicas y Neoplasicas del Cuello Uterino.

A las Displasicas les correspondio 128 casos y a las Neoplasicas 418 casos, que representan el 23.5% y el 76.5% respectivamente. (tabla 1)

De los 128 casos diagnosticados como Displasias un 41.4% correspondio a Displasia leve, el 37.5% a Displasia moderada y el 21.1% restante a Displasias severas.

De los 418 casos diagnosticados como Carcinoma, un 11.2% correspondio a Carcinoma in situ un 1.7% a Carcinoma Micro-

infiltrante y el 87.1% a Carcinoma Infiltrante.

Es de anotar que en el grupo de Carcinomas infiltrantes el más frecuente corresponde al Carcinoma escamoso con un 92% del total de Carcinomas infiltrantes, un 4.3% para el Adenocarcinoma, un 3.2% para el Carcinoma indiferenciado o no clasificable, y un 0.5% para adeno-escamoso. (tabla 1A).

Estos últimos datos concuerdan con las estadísticas de otros países. (1).



T A B L A N º 1

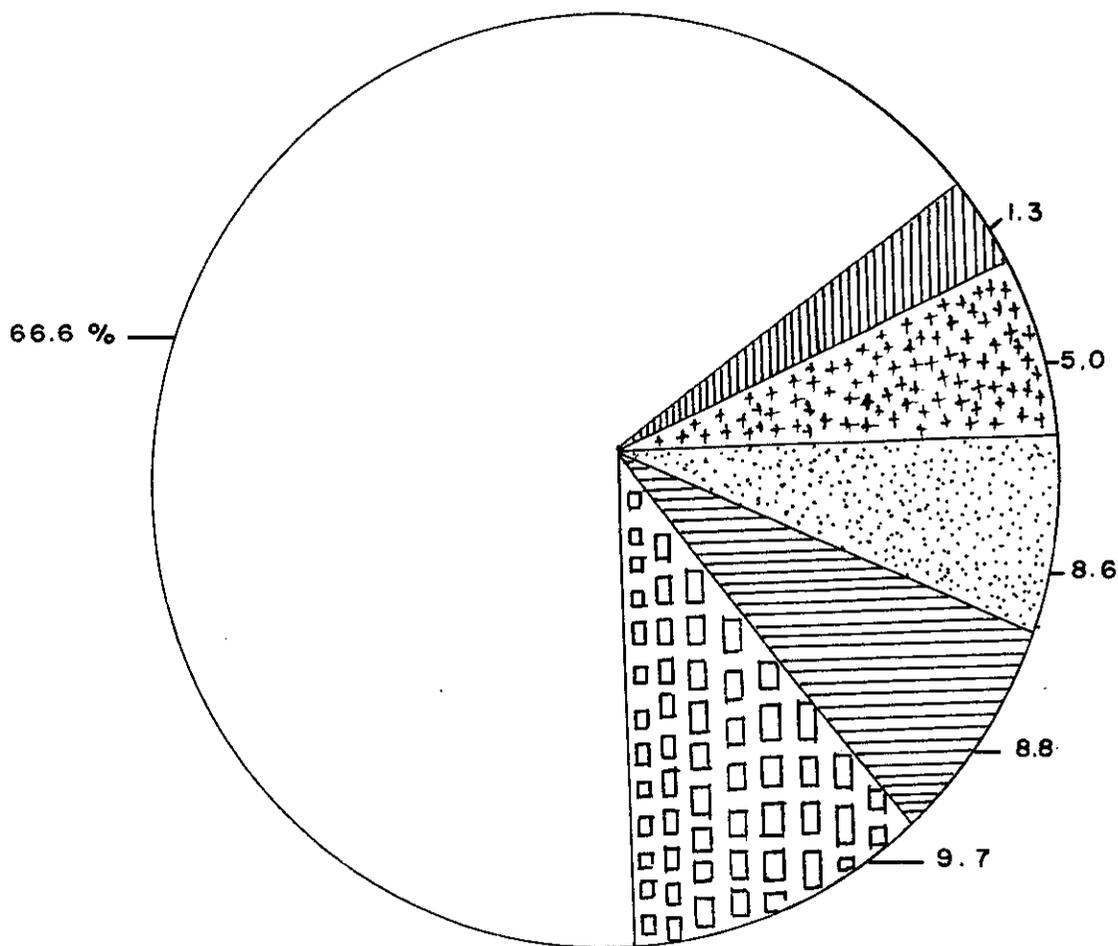
Pacientes diagnosticadas en el H.U de C. según
tipo de lesión . 1.979 - 1.983 .-

Tipo de lesiones	Nº Casos	%
D. Leve .	53	9.7
D. Moderada .	48	8.8
D. Severa .	27	5.0
Ca. In situ	47	8.6
Ca. Micro In.	7	1.3
Ca. Infiltrante	364	66.6
Total .	546	100.0



GRAFICO N° 1

Pacientes diagnosticadas en el H.U. de C según tipo de lesión . 1.979 - 1.983 .



Convenciones :

-  C.A. Infiltrante
-  C.A. Microfiltrante
-  C.A. In situ
-  Disp. leve
-  Disp. moderada
-  Disp. severa



TABLA N° 1A

Tipos histológicos de Ca. de cervix años 1.979 - 1.983

	Escamoso	Adeno - carcinoma	Adeno - escamoso	Indife.
1.979	79	9		2
1.980	59	3		4
1.981	51	1		3
1.982	77	3	2	3
1.983	68			
Total.	334	16	2	12

PACIENTES DIAGNOSTICADAS POR AÑO:

Para el estudio se consideraron cinco (5) años, que van desde 1979 hasta 1983, para determinar la tendencia del número de casos en el transcurso del tiempo.

La tabla número 2 nos muestra que de los 546 casos encontrados, 110 casos se dieron en 1979, 102 casos en 1980, 78 casos en 1981, 129 casos en 1982 y 127 casos en 1983.

En términos generales, para el periodo hay una tasa de crecimiento del 3.7%, que no se refleja anualmente, ya que de 1979 a 1981 se observan decrementos en el crecimiento, y de 1981 a 1983 se observa un crecimiento acelerado en el número de casos encontrándose el mayor número de casos en el año 1982 en donde con respecto al año inmediatamente anterior se encontró un crecimiento del 65.4% en el número de casos.

T A B L A N º 2

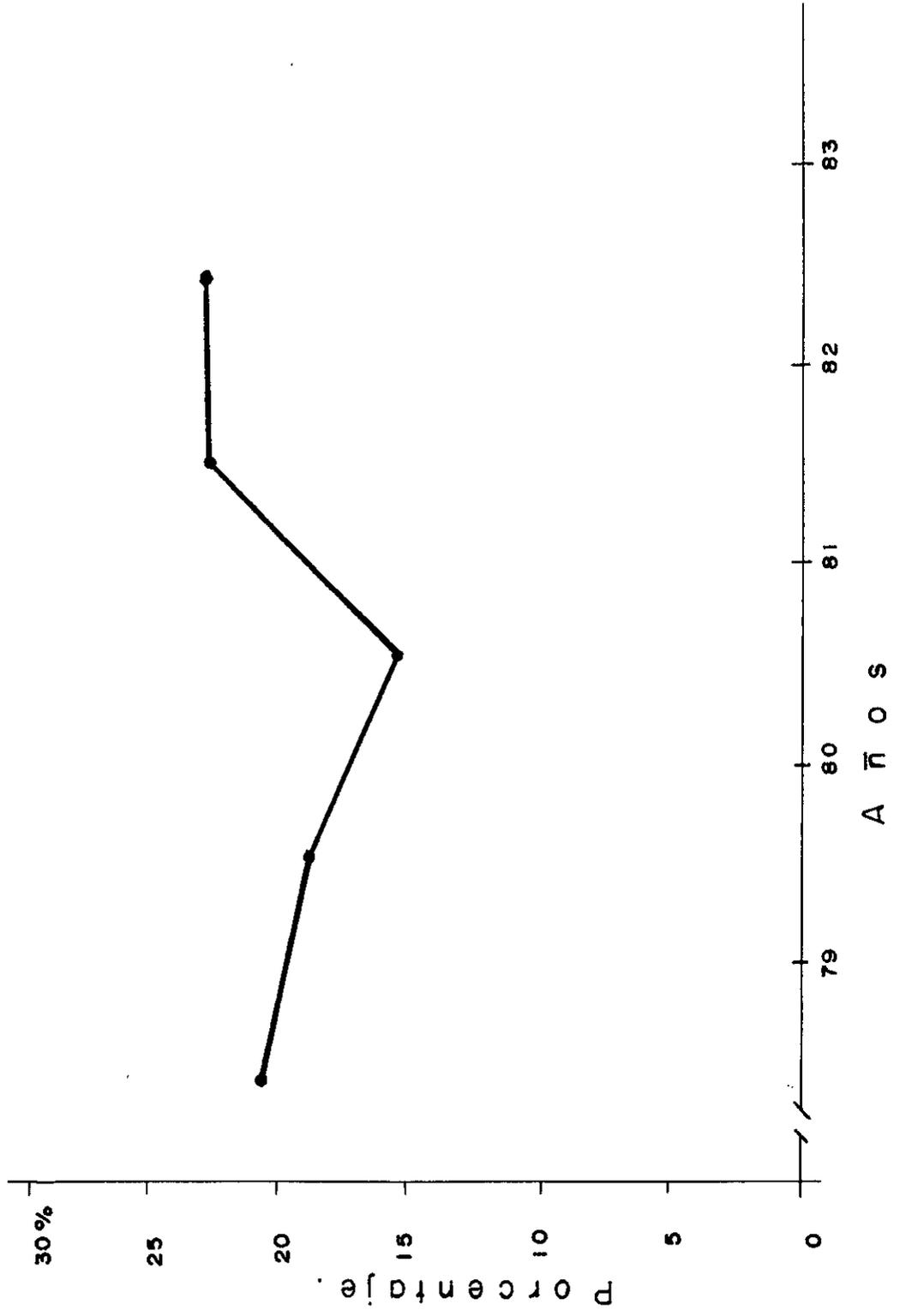
Pacientes diagnosticadas en el H.U de C por año

1.979 - 1.983

A ñ o	Nº de casos	Crecimiento tasa.
1.979	110	—
1.980	102	92.7
1.981	78	76.5
1.982	129	165.4
1.983	127	98.4
Total	546	3.7

GRAFICO Nº 2

Pacientes diagnosticadas en el H. U. de C por año



PACIENTES DIAGNOSTICADAS SEGUN TIPO DE LESIONES Y EDAD:

La tabla número 3 muestra las pacientes diagnosticadas según tipo de lesión relacionadas con la edad.

En ella podemos ver el número de casos presentados en los diferentes tipos de lesiones, el número de personas afectadas según grupo de edad, y la relación del número de personas según grupo de edad y las diferentes lesiones.

Los tipos de lesiones ya han sido analizadas en la tabla número 1.

En relación a la edad de los pacientes se puede observar que el grupo de edad más frecuente es el de 41-50 años, luego le sigue el de 51-60, posteriormente el de 31-40, luego el de 61 y más, y finalmente el de 21-30 años.

El promedio de edad de estas pacientes es de 47 años.

De lo anterior podemos deducir que más del 50% de la población estudiada tiene edades comprendidas entre 31 y 50 años (53.2%).

El 37.8% tienen edades por encima de 50 años; solamente el 9% son menores de 31 años.

Tambien se puede observar, que no se encontraron casos de personas menores de 21 años, siendo la paciente más joven de 23 años.

Es de anotar la alta incidencia de casos por encima de los 60 años de edad, siendo la paciente de más edad de 87 años.

Al analizar el número de pacientes afectadas, según la edad

y el tipo de lesión, podemos observar que de los 128 casos de Displasia, la mayor frecuencia la presentó en el grupo de 41-50, con 34.4%, luego le sigue el de 31-40 con un 28.9% luego el de 51-60 con 13.3% y con 11.7%, los grupos de 21-30 y de 61 y más años.

De lo anterior podemos deducir que un 63.3% de las Displasias se dieron en mujeres entre 31-50 años. Es decir la mayoría.

Esto podría explicarse por ser este un periodo en el cual la mujer esta más expuesta a los factores considerados de riesgo, como son la actividad sexual, la paridad, las infecciones crónicas del Cervix etc.

La edad promedio de las pacientes con Displasia fue de 43.7 años, aproximadamente 44 años, valor este que corrobora lo antes analizado.

La distribución por edad de los 53 casos de Displasia leve, dió una edad promedio de 42.4 años. En ella se observa además que el 66.1% de los casos se dieron entre 31-50 años. Un 13% en menores de 31 años y el 20.7% restante en mayores de 50 años.

El promedio de edad de las pacientes con Displasia moderada fue de 44.7 años.

La distribución por edad nos muestra también que el 64.6% de las pacientes tienen edades entre 31-50 años. Solamente un 10.4% son menores de 31 años y el 25% restante son mayores de 50 años.

50116

En la Displasia severa la edad promedio de las pacientes fue

de 44.6 años. En este tipo de lesión también la mayor parte de las pacientes tenían edades entre 31-50 años. El 33.3% tenían más de 50 años de edad y el 11.1% eran menores de 31 años.

Entre los 418 casos de Carcinomas observamos una mayor frecuencia en el grupo de 41-50, con un 31.1%, luego le sigue el de 51-60 con un 26%, luego el de 31-40 con un 18.9%, luego el de 61 y más con 15.8% y en último lugar el de 21-30 con un 8.2%.

A diferencia de las Displasias, las lesiones Neoplásicas del Cervix tienen la mayor proporción de casos en los grupos de 41-60 años con el 57.1%, cuando en las lesiones displásicas este grupo solo representaba el 47.7% de los casos.

Igualmente el promedio de edad en este tipo de lesiones es más alto de 48.4 años, comparado con el 43.7 de las Displasias.

El análisis de los tipos de Carcinomas nos permite decir que del total de Carcinomas in situ encontrados, la mayor frecuencia la tuvo el grupo de 41-50 años, con el 36.2%, luego le sigue en importancia el grupo de 31-40 con 19.1%; El grupo de menores de 31 años con el 17% y los mayores de 50 años con el 27.7%.

La edad promedio de las pacientes con Carcinoma in situ fue de 44.8 años.

Los datos muestran, de esta manera que un 55.3% de las pacientes con Carcinoma in situ tenían edades entre 31-50 años. Estas cifras contrastan con las encontradas por Barros

en Medellín en 1980, cuando observó que el 79.4% de las mujeres con Carcinoma in situ tenían entre 30 y 39 años de edad . (2).

En cuanto al Carcinoma Micro Infiltrante, se encontraron 7 casos de los cuales la mayor frecuencia la tuvo el grupo de 31-40 con 42.8%, luego el de 51-60 con 28.6% y con el 14.3% cada uno de los grupos de 21-30 y de 41-50 años.

No se encontraron pacientes con esta lesión en edades mayores de 60 años. En este tipo de Carcinoma se observó el promedio de edad más bajo, 39.3 años. El 71.4% de las pacientes tenían 50 años de edad menos.

Para el Carcinoma Infiltrante se encontró la edad promedio más alta, de 49 años.

La distribución por edad, nos muestra que la mayor proporción de pacientes con esta lesión (57.5%) tenían entre 41-60 años.

Un 25.2% tenían menores de 41 años y el 16.5% restante, tenían más de 60 años.

Al comparar estos hallazgos con los encontrados en otros lugares podemos mencionar el estudio realizado en Chile por Caorsi en donde encontró que la edad promedio de las pacientes con Carcinoma Invasor fue de 48.9 años.(12). Bastante semejante se han encontrado en el presente estudio, para este tipo de lesión de 49 años.

En un estudio realizado en las Bahamas (4) en 1954, el promedio de edad para este tipo de lesión fue de 47.7 años y



un estudio realizado en Medellin por Zulvaga y Soto en 1980
(12) dio un promedio de edad para el Carcinoma invasor de
52.12 años.

TABLA Nº 3

Pacientes diagnosticados en el H.U de C. según tipo de lesión y edad .

1. 979 - 1.983

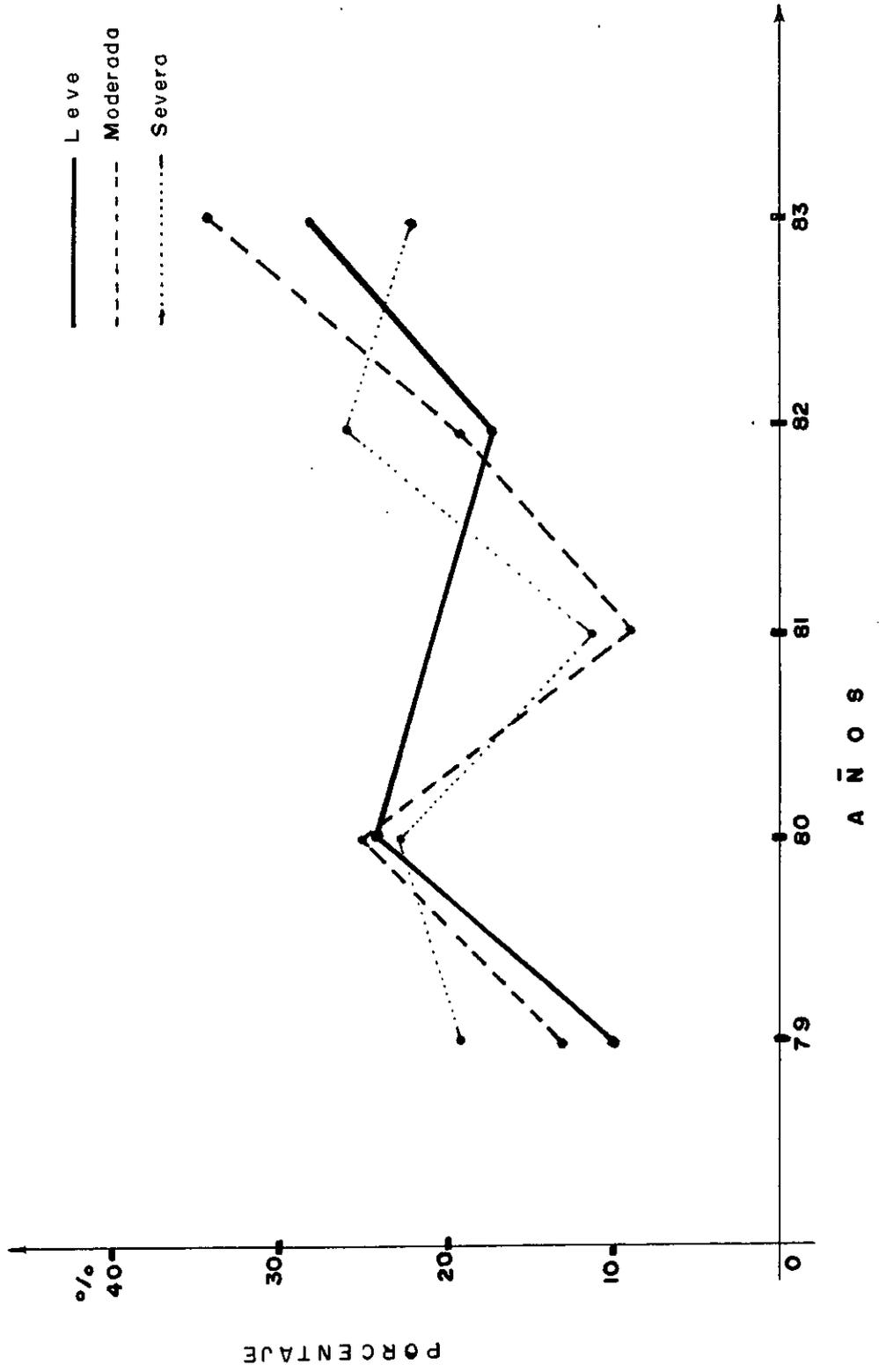
T.lesión Edad.	DISPLASIAS				CARCINOMAS				TOTAL
	Leve	Moderada	Severa	Total	In situ.	Micro Inf	Infiltrante	Total	
21 - 30	7	5	3	15	8	1	25	34	49
31 - 40	17	12	8	37	9	3	67	79	116
41 - 50	18	19	7	44	17	1	112	130	174
51 - 60	5	6	6	17	7	2	100	109	126
61 - Mas.	6	6	3	15	6	0	60	66	81
Total .	53	48	27	128	47	7	364	418	546



GRAFICO Nº 3

Pacientes diagnosticadas con Displasias en el H.U de C.

Año 1.979 - 1.983



PACIENTES DIAGNOSTICADAS POR AÑO Y SEGUN TIPO DE LESION:

La tendencia del número de casos fué analizadas en la tabla número 2.

En la tabla número 4 podemos observar que todas las lesiones Displasicas y el Carcinoma in situ y Micro Infiltrante, tuvieron un incremento, a excepción del Carcinoma Invasor que presento un decremento en su tasa de crecimiento en este periodo.

Es asi como las Displasias leves tuvieron una tasa de crecimiento anual del 31.6% las Displasias moderadas de 29.7% y la Displasia severa de 4.7%.

El Carcinoma in situ de 43.6% y el Micro infiltrante de 58.7%. En contraste el Carcinoma invasor presentó un decremento de 6.8% en este mismo periodo.

En general las lesiones Displasicas tuvieron una tasa de crecimiento anual de 24.1% mientras que los Carcinomas tuvieron un decremento de 1.4% anual. Esto es que mientras las primeras aumentaban 24.1% anual en el número de casos, los otros disminuian en 1.4% un número de casos por años. * Los datos sobre lesiones Neoplasicas están acorde con lo que se espera, en el sentido de que aumentan el número de casos de Carcinomas in situ que se detecten y bajen sustancialmente el número de casos de Carcinoma Invasor.

Aun cuando se ha observado el aumento del uno y la disminución del otro, el Carcinoma Invasor sigue siendo sustancialmente mayor en el número de casos presentados con relación al Carcinoma in situ, ya que si bien es cierto que las cifras muestran disminución en la participación por años del Carci-

noma Infiltrante, como se observa en la tabla número 4 en donde en 1979 esta lesión representaba el 95.7% de todas las lesiones Neoplasicas, en 1980 el 91.7%, en 1981 el 93.3%, en 1982 el 80.8% y en el 1983 76.4%, estas proporciones son consideradas aun todavia muy altas.

TABLA N° 4

Pacientes diagnosticadas en el H.U. de C. por año y tipo de lesión

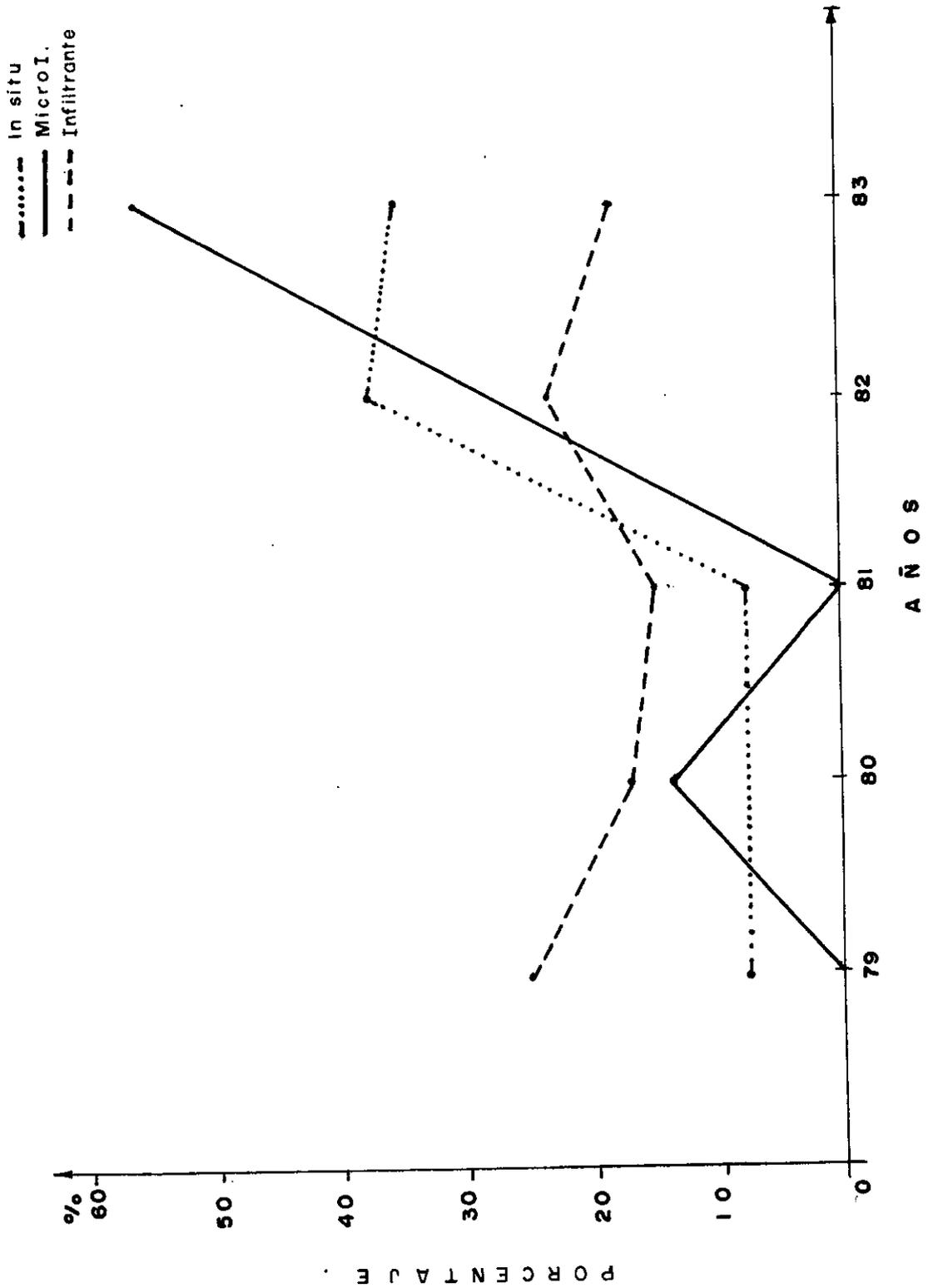
1.979 - 1.983

T. lesión Año	DISPLASIAS				CARCINOMAS				TOTAL
	Leve	Moderada	Severa	Total	In situ	Micro Inf	Infiltrante	Total	
1.979	5	6	5	16	4	0	90	94	110
1.980	13	12	6	31	4	1	66	71	102
1.981	11	4	3	18	4	0	56	60	78
1.982	9	9	7	25	18	2	84	104	129
1.983	15	17	6	38	17	4	68	89	127
Total.	53	48	27	128	47	7	364	418	546

GRAFICO N° 4

Pacientes diagnosticadas con Neoplasias en el H.Ude C.

año 1.979 - 1.983



COMPARACION CON OTROS ESTUDIOS:

Al comparar el estudio realizado sobre Carcinoma de Cervix in situ e infiltrante en el Hospital San Vicente de Paul en Medellin 1964-1971 con los resultados de nuestra investigación, (tabla 5 y 6) encontramos que mientras en Medellin durante ese periodo mostraron una tendencia al aumento, ambos tipos de Carcinomas, observandose una mayor tasa de crecimiento, para el Carcinoma in situ, que para el Carcinoma Infiltrante, en nuestro estudio, se observa una tendencia a la baja, del Carcinoma Infiltrante mientras que los casos de Carcinoma in situ aumentaron desproporcionadamente, como pudimos analizar anteriormente.

Aun cuando se espera que el Carcinoma Infiltrante baje mientras que el Carcinoma in situ debe aumentar, lo observado en Medellin en ese periodo fue un aumento en el número de casos de ambos tipos de Carcinomas, aun cuando el In situ lo hizo más rápidamente, que el infiltrante.

Por otro lado, un estudio realizado durante los años de 1970 a 1973 en el Hospital San Vicente de Paul por Barros y Gallego (tabla N° 7) mostró que el 78.7% de los Carcinomas eran Carcinoma in situ, 14.9% eran Carcinomas Microinfiltrantes y el 6.4% eran Carcinomas Infiltrantes.

Mientras que en nuestro estudio (tabla N° 8) ocurre todo lo contrario; el mayor peso lo tienen los casos de Carcinoma Infiltrante con el 87.1% de todos los Carcinomas.

Los casos de Carcinoma in situ representan el 11.2%, mientras que el Carcinoma Micro infiltrante solo representa el 1.8%.

Aplicadas pruebas estadísticas a los casos de Carcinoma en-

contrados en Medellín y Cartagena, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes tipos de lesión, lo que viene a corroborar lo observado en las tablas 7 y 8 acerca de la distribución por lesiones de los casos observados en Medellín y Cartagena, en donde en Medellín la mayoría de los casos fueron de Carcinoma in situ mientras en Cartagena, la mayoría de los casos fueron de Carcinoma Infiltrante.

Segun el propio investigador , esto se explica por una mejor organización del Servicio de Ginecología de ese Hospital y al hecho del funcionamiento de la consulta específica de Oncología.

TABLA N° 5

Pacientes con cancer de cervix In situ e Infiltrante
en el H. S.V. de Paul. Medellin 1.964-1.971

A ñ o.	Infiltrante	In situ
1.964	99	9
1.965	117	7
1.966	85	11
1.967	120	24
1.968	125	29
1.969	146	39
1.970	132	36
1.971	141	48



TABLA N^o 6

Pacientes con cancer de cervix in situ e infiltrante en el

H.U de C. 1.979 - 1.983

Año	Infiltrante	In Situ.
1.979	90	4
1.980	66	4
1.981	56	4
1.982	84	18
1.983	68	17
Total.	364	47



TABLA N° 7

Resultados de las Patologías de Histerectomías de
pacientes atendidas en el H. S. V. P.

Medellin. 1970-1973

Lesiones	Nº . Pacientes	%
Negativa	5	4.4
D. Leve	0	0.0
D. Mod.	5	4.4
D. Sev .	8	7.2
CA. In Situ.	74	66.2
CA. MicroIn.	14	12.5
CA. Infiltrante.	6	5.3
T o t a l .	112	100.0

TABLA N° 8

Pacientes diagnosticadas en el H.U de C. según
tipo de lesión 1.979 - 1.983.

Tipo de lesiones.	Nº Casos	%
D. Leve .	53	9.7
D. Moderada .	48	8.8
D. Severa .	27	5.0
Ca. In situ .	47	8.6
Ca. Micro In.	7	1.3
Ca. Infiltrante .	364	66.6
T o t a l .	546	100.0

TABLA N° 9

Pacientes con Carcinoma In situ segun edad H.U.S.V de Paul
Medellin 1970 - 1973

Edad	Nº Pacientes	%
21 - 24	3	2.1
25 - 29	16	1.5
30 - 34	34	23.7
35 - 39	33	22.7
40 - 44	23	15.6
45 - 49	18	12.4
50 - 54	9	6.2
55 - 59	6	4.0
60 Y Mas	3	2.1
Total .	145	100.0

TABLA N° 10

Pacientes con Carcinoma In situ según edad H.UdeC
1.979 - 1.983

E d a d	N° Pacientes	° / °
21 - 24	3	6.4
25 - 29	5	10.6
30 - 34	6	12.8
35 - 39	3	6.4
40 - 44	7	14.9
45 - 49	7	14.9
50 - 54	7	14.9
55 - 59	2	4.2
60 Y Mas	7	14.9

DISCUSION

En el presente estudio se encontró que la lesión mas frecuente del Cuello Uterino es el Carcinoma Infiltrante con un 87.1% de los casos, y presenta su mayor frecuencia (57.5%) entre los 41 y 60 años, siendo la edad promedio de 49 años.

Esto no indica el comportamiento de la enfermedad en relación con la edad, si no la edad en la cual se hace el diagnóstico en nuestro medio en general, ya que cifras similares (87.2%) encontró Ney Guzman en Cali (9), al seleccionar los casos para un estudio sobre Carcinoma de Cervix.

Zuloaga y Soto (12) en Medellin al hacer un estudio sobre Carcinoma de Cervix y sus factores de riesgo, encontraron que el 87.66% tenían diagnóstico histopatológico de Carcinoma invasor; Y el 55.56% de los casos se encontraban entre la quinta y sexta década de la vida.

En el presente estudio, al Carcinoma in situ le corresponde un 11.2% de los casos diagnosticados como Carcinoma, y el mayor número de casos (55.3%) tienen edades comprendidas entre 31-50 años.

Mientras que en otras ciudades, como en Medellin, Barros (2) observó que el Carcinoma in situ se diagnostica en edades mas tempranas.

Algunos autores afirman que el Carcinoma in situ se presen



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
Fernández de Madrid
Universidad de Gerona

ta 15 años mas temprano que el Carcinoma invasor (1) y las displasias pueden jugar un papel muy importante en la histogenesis del Carcinoma. De aqui la importancia de la clasificación de las lesiones displasicos, aun cuando no todas las Displasias necesariamente progresan, ya que algunas pueden permanecer estacionarias, aunque una Displasia establecida rara vez regresa a lo normal.

Por lo tanto no se justifica, encontrar una Displasia y dejarla evolucionar sin tratamiento.

Estudios Citologicos han estimado que el tiempo de transición entre una Displasia y el Carcinoma in situ es de 37 meses, para una Displasia moderada y de 11.5 meses para una Displasia severa(1).

Mientras que el tiempo de transición entre el Carcinoma in situ y el Carcinoma Invasor es de aproximadamente 10 años (3).

Esto nos indica la necesidad de detectar la enfermedad en sus etapas iniciales, cuando es ciento por ciento curable, ya que facilita el tratamiento, el cual es menos agresivo y los resultados más satisfactoris, al disminuir las tasa de morbilidad y mortabilidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Ninguna otra forma de Carcinoma ofrece la oportunidad de una detección precoz como el Carcinoma de Cervix.

La citología vaginal ayuda al diagnostico cuando todavía no es infiltrante y es cien por ciento curable.

Pacientes con Carcinoma in situ pueden ser asintomaticos y el examen fisico nefativo y la Citologia hacen el diagnostico.

Por lo cual creemos nosotros se hace necesario establecer ciertas normas para la detección precoz de la enfermedad; como son:

- 1.- Hacer examen ginecologico a toda paciente que acuda a Consulta Medica.
- 2.- Uso rutinario de la Citologia vaginal en toda mujer con vida sexual activa no importa la edad.
- 3.- Promover campañas educativas a la comunidad, resaltando la bondad de la Citologia vaginal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ACKERMAN, Del Regato J, Cancer, 5a Ed, St Louis, Mosby Co., 1977 Pags. 22,767,768,788.
- 2.- BARROS F. y cols. Carcinoma Cervical Intra-epitelial. Rev. Col. de Obst y Ginecol. XXXI (1): Pags. 50-62, Enero-Febrero 1980.
- 3.- BAQUERO E. y cols. Carcinoma In Situ del Cuello Uterino. Rev. Col. de Obst. y Ginecologia. XXV(2): Pags. 95-117. Marzo-Abril 1974.
- 4.- BRATHWAITE A. Patrones y tendencias del Cancer en las Bahamas. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana. 96(6): Pags. 511-523 . Junio, 1983.
- 5.- BUENO M. Detección precoz de Cancer del Cuello Uterino. Primer Simposio Latino Americano de detección precoz de Enfermedad: Pags. 79-97 Cali, Colombia, Febrero 1976.
- 6.- Ca. A Cancer Journal for clinicians .Published by the American Cancer Society, 30(4):215, July/August 1980.
- 7.- Fujii T, et als. Human Papillomavirus infection and Cervical, intraepithelial Neoplasia: Histopathology and DNA Contents. 63 (1) :Pags. 99-104 January 1984.
- 8.- GRUNEBAUM A.N. et. als. Association of human papilloma

- 11
- virus infection with cervical Intra epithelial Neoplasia.
OBS-gynecol,62(4):Pag. 448-455 Oct. 1983.
- 9.- GUZMAN N. Cancer de Cervix Uterino en Cali, Colombia
Antioquia Medica, 21 (9 y 10):Pags. 765-786.
- 10.-MUÑOZ N. Anticuerpos contra Virus Herpes en pacientes
con Carcinoma de Cuello Uterino, Condiloma acuminado
y controles. Act. Med. Valle, 6(4) :Pags. 103-109. Di-
ciembre 1975.
- 11.-SYRJANEN K. Human Papillomavirus lesions in Association
with Cervical Displasias and Neoplasias OBS. Gynecol, 62
(5) :Pags. 617-624, November 1983.
- 12.- ZULOAGA L. y Cols . Cancer del Cervix y sus factores de
riesgo . Rev. Col de Obst y Ginecol. XXXII(4) :Pags.
219-232 , Julio - Agosto 1981.