

# MUESTREO SOBRE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD NEOPLASICA CERVICAL EN LIMA °

Drs.: MARIA CRISTINA CASTILLO JESSEN \* y JAVIER ARIAS STELLA \*\*

## INTRODUCCION

En el trabajo anterior (1) hemos definido las características fundamentales de la enfermedad neoplásica cervical intraepitelial. Sin duda, mucho de lo que hemos aprendido respecto a la historia natural de este proceso es consecuencia de la sistemática aplicación del estudio citológico cérvico vaginal.

Dentro de los procedimientos de investigación citológica, el método de Papanicolaou es sin discusión, el que ha alcanzado reconocimiento universal. El estudio citológico permite distinguir las distintas etapas de la enfermedad neoplásica cervical. Si bien es relativamente fácil diferenciar una displasia leve de un cáncer infiltrante no lo es tanto el distinguir los estadios intermedios. Esto explica las variaciones en los informes de un mismo extendido, aún entre expertos (7, 9) y el que se hayan preconizado diversos procedimientos de calificación citológica en un afán de alejar en lo posible el factor subjetivo.

En el presente trabajo hemos adoptado el procedimiento aconsejado por Richard (8) modificado, para hacer un muestreo citológico de la enfermedad neoplásica cervical en Lima.

## MATERIAL Y METODOS

Se ha revisado los extendidos cérvico-vaginales de 3,000 mujeres de Lima. Mil fueron procedentes del Centro de Detección de cáncer ginecológico de la Clínica San Felipe y corresponden a la clase socioeconómica que en Lima se atien-

---

(\*) Profesor Auxiliar del Departamento de Patología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

(\*\*) Profesor Principal del Departamento de Patología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

(°) Trabajo presentado al 4º Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, Setiembre 1971.

de en los consultorios privados. Mil corresponden a mujeres estudiadas dentro del programa de detección del cáncer de la Asociación Peruana de Planificación Familiar y provienen de mujeres de pueblos jóvenes y de distritos periféricos de la gran Lima, y mil de los consultorios ginecológicos del Hospital Arzobispo Loayza de la Beneficencia Pública de Lima, donde acuden indiscriminadamente mujeres con sintomatología, procedentes de distintas zonas de la capital.

El número estudiado es relativamente pequeño pero si se tiene en cuenta las diferencias socioambientales de los grupos investigados constituye una muestra representativa de los diversos sectores de Lima y por lo tanto puede proporcionarnos una idea de las características de la enfermedad en este medio.

De los diversos procedimientos para clasificar los exámenes citológicos cérvico-vaginales, nosotros hemos adoptado en los últimos años el sugerido por Richart (8). La Fig. 1 resume el criterio semicuantitativo por el proconizado. Básicamente consiste en hacer en cada extendido una apreciación del porcentaje de células atípicas de la capa parabasal. Cuando el número de células parabasales atípicas es entre 0 y 10% se habla de **displasia leve**. Cuando es entre 10 y 20% de **displasia moderada**. Entre 20 y 30 de **displasia severa** y cuando sobrepasa el 30% de **carcinoma in-situ**. Los criterios citológicos del carcinoma infiltrante son bien conocidos y pueden ser revisados en los textos de citología (4, 6).

Un análisis preliminar realizado en el curso de esta investigación nos permitió confirmar la tesis sugerida por Gondos y col. (3). Estos autores han señalado que se puede obtener una correlación entre los diagnósticos citológicos e histológicos de hasta 80 a 90% cuando para los fines de diagnóstico citológico e histológico se considera tan sólo tres categorías de enfermedad neoplásica cervical: a) Displasia leve moderada. b) Displasia severa carcinoma in-situ, y c) Carcinoma infiltrante.

En el presente trabajo nosotros hemos adoptado este procedimiento.

En nuestro laboratorio, todos los estudios citológicos positivos son seguidos por un estudio histológico. Cuando existe diferencia entre éstos se adopta como diagnóstico definitivo el histológico.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se indica la incidencia de las formas de enfermedad neoplásica cervical encontradas en esta investigación. Puede observarse, que la displasia leve-moderada es más o menos tres veces más frecuente que el carcinoma in-

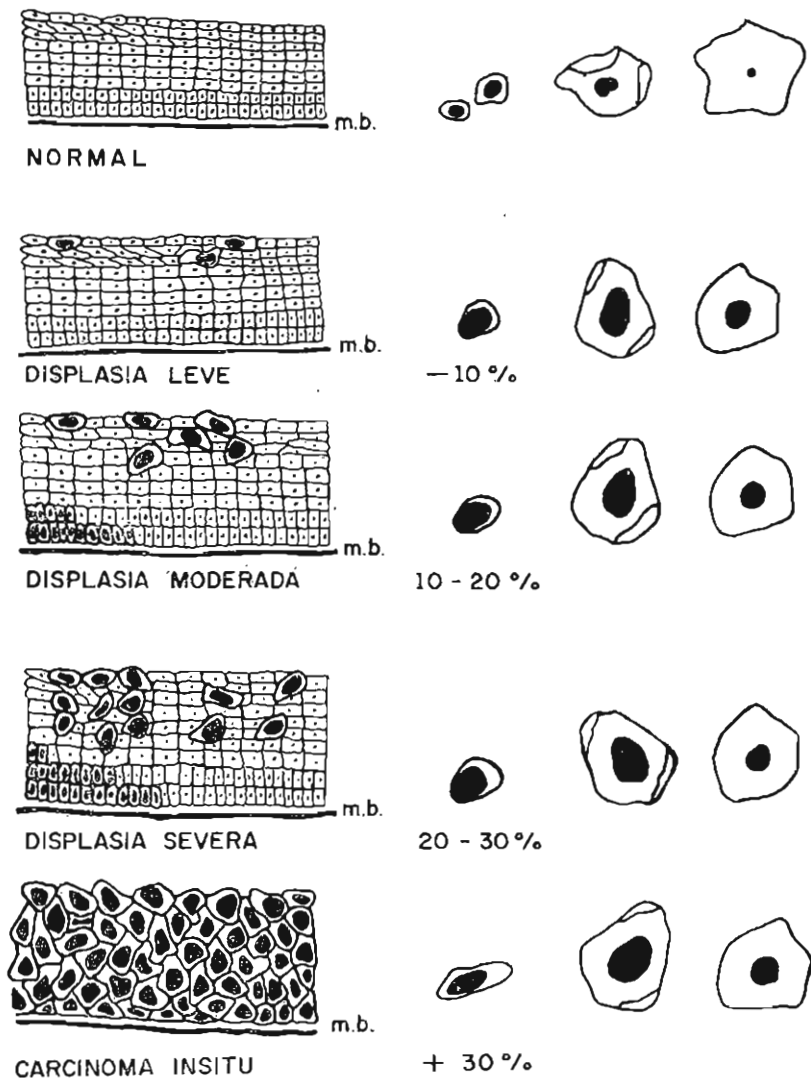


Fig. N° 1.—Esquema que ilustra el criterio citológico de Richart para el diagnóstico de las diversas formas de displasia. Se basa en la apreciación del número de células parabasales atípicas en el extendido. Si hay menos de 10% es displasia leve. Entre 10 y 20% displasia moderada. Entre 20 y 30% displasia severa y cuando hay más del 30% de células parabasales carcinoma in-situ.

El diagnóstico de carcinoma epidermoide infiltrante se hace teniendo en cuenta otros signos citológicos.

TABLA Nº 1

## ENFERMEDAD NEOPLASICA CERVICAL INCIDENCIA EN 3,000 EXAMENES CITOLOGICOS

Displasia leve moderada	6.5 %
Displasia severa - Ca. in-situ	1.6 %
Carcinoma Infiltrante	2.3 %

TABLA Nº 2

## INCIDENCIA RELATIVA DE ENFERMEDAD NEOPLASICA CERVICAL EN LOS TRES GRUPOS ESTUDIADOS

APPF *	4.3 %
CSF **	3.9 %
HAL ***	2.3 %

\* Asociación Peruana de Planificación Familiar.

\*\* Clínica San Felipe.

\*\*\* Hospital Arzobispo Loayza.

situ y que el carcinoma infiltrante. Esto armoniza con los resultados obtenidos por otros autores y enfatiza el carácter potencialmente progresivo de las lesiones atípicas iniciales (2, 5, 8, 10).

En la Tabla 2 se observa la incidencia de la enfermedad neoplásica cervical en los tres grupos estudiados. Es difícil por el momento el poder buscar alguna explicación para las diferencias porcentuales encontradas. La aparente más alta incidencia de la enfermedad neoplásica cervical en el grupo de la APPF, podría relacionarse con la conocida mayor incidencia de la enfermedad en los grupos humanos de mayor hacinamiento.

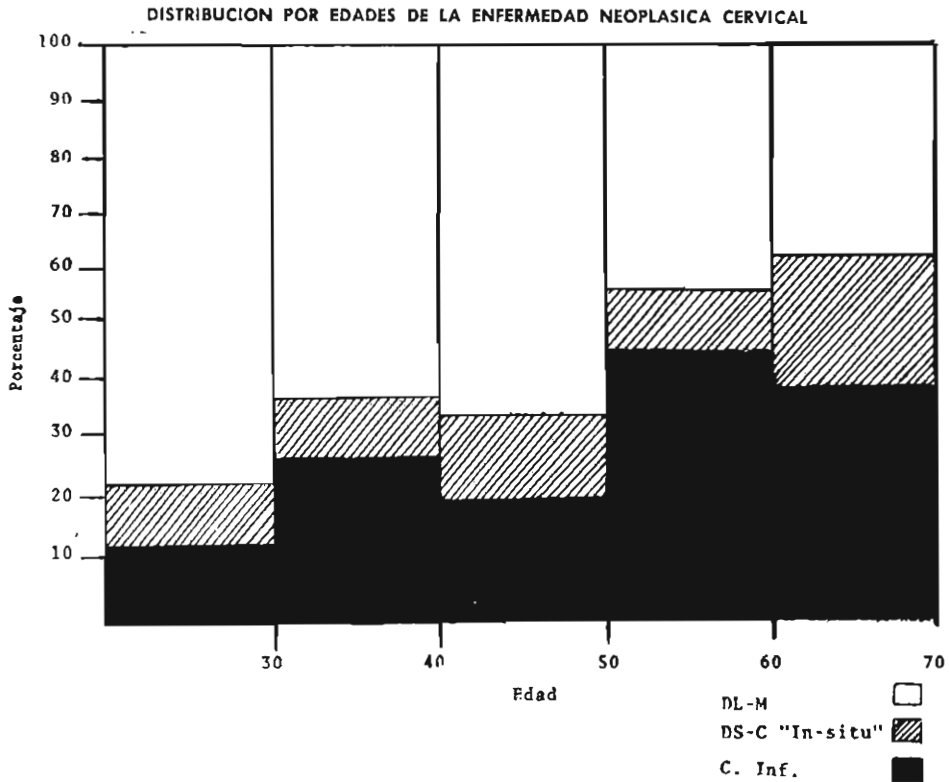
En la Tabla 3 están señaladas las edades promedio y extremas para cada una de las lesiones. Comprobamos que la displasia leve moderada ocurre más tempranamente que la displasia severa —carcinoma in-situ. Asimismo puede observarse que el carcinoma in-situ se presenta tempranamente en relación con el carcinoma infiltrante. Estos hallazgos son similares a los obtenidos por otros autores en el Perú y otros países. Conviene destacar que la edad promedio para el carcinoma infiltrante encontrada en el presente estudio es relativamente más baja que la que señalan en particular los autores extranjeros (1).

TABLA Nº 3

## EDAD PROMEDIO DE ENFERMEDAD NEOPLASICA CERVICAL EN 3,000 EXAMENES CITOLOGICOS

		Valores extremos
Displasia leve moderada	35 años	17 — 72
Displasia severa - Ca. in-situ	29 años	24 — 67
Carcinoma infiltrante	41.8 años	28 — 73

FIGURA Nº 2



La Fig. 2 expresa la distribución por edades de la enfermedad neoplásica cervical. Queda en evidencia la relación inversa entre displasia leve-moderada y carcinoma infiltrante para cada grupo etario. La forma de distribución sugiere la progresión con la edad de las lesiones atípicas menores a las formas más agresivas. Este fenómeno ha sido comprobado también en análisis similares (5, 10).

**COMENTARIO**

Esta investigación en esencia, reafirma los conceptos actualmente sostenidos sobre el carácter evolutivo y escalonado de las diversas lesiones que constituyen la enfermedad neoplásica cervical.

Un rasgo sobre el que cabría poner atención es el que se refiere a la relativa más temprana edad para el carcinoma infiltrante encontrado. Es posible, que la naturaleza de los grupos estudiados, que ha incluido un número importante de mujeres jóvenes, explique esta ocurrencia. Debe tenerse en cuenta también el momento epidemiológico de la enfermedad en nuestro medio. Este asunto no ha sido todavía suficientemente explorado. Es evidente que datos como los ahora aportados señalan su importancia y la necesidad de abordarlo como urgente problema de salud pública nacional.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1) Se recomienda para una mejor correlación en los diagnósticos citológicos e histológicos agrupar las diferentes formas de enfermedad neoplásica cervical entre categorías: a) Displasia leve moderada. b) Displasia severa carcinoma in-situ y c) Carcinoma infiltrante.
- 2) Se hace un análisis de la incidencia y distribución por edades de la enfermedad neoplásica cervical en 3,000 mujeres sometidas al estudio citológico cérvico-vaginal.
- 3) Los hallazgos demuestran una edad promedio y una distribución coincidente con lo observado en otros países, reafirmandose el carácter potencialmente progresivo de las lesiones atípicas menores. Llama la atención la menor edad promedio del carcinoma invasivo cervical en Lima en relación con lo observado en otros países.

#### SUMMARY

- 1.— A better correlation between histologic and citologic diagnosis can be obtained by considering only three categories of cervical epidermoid neoplasia. These are: a.—Slight and moderate dysplasia, b.—Severe dysplasia and carcinoma in-situ and, c.—Infiltrating epidermoid carcinoma.
- 2.— The incidence and age distribution of cervical epidermoid neoplasia have been studied in three thousand women from different socio-economic areas of Lima, in whom cervicovaginal citologic examination were performed. The progressive character of the less atypical lesions have been confirmed. It is noteworthy that the average age of occurrence of invasive epidermoid carcinoma in Lima is significantly lower than that observed in most other countries.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ARIAS STELLA, JAVIER y CASTILLO, M. C.: Concepto de Enfermedad Neoplásica Cervical. *Ginecología y Obstetricia* 17: 139, 1971.
- 2.— FOX, C. H.: Biologic behavior or dysplasia and carcinoma in situ. *Am. J. Obst. and Gynec.* 99: 960, 1967.
- 3.— GONDOS, B. et al.: Cytologic diagnosis and Ca of the cervix. *Am. J. Obst. and Gynec.* 110: 107, 1971.
- 4.— GRAHAM, RUTH: Diagnóstico citológico del cáncer. Editorial Científico Médica, 1966.
- 5.— JOHNSON, L. et al.: Epidemiologic evidence for the spectrum of change from dysplasia through carcinoma in-situ to invasive cancer. *Cancer.* 22: 901-13, 1968.
- 6.— KOSS, LEOPOLD: Diagnostic Cytology and its Histopathologic Bases. Second Edition. J. B. Lippincott Company 1968.
- 7.— REAGAN, J. W. et al.: Atypical Hyperplasia of the uterine cervix. *Cancer.* 8: 42-52, 1955.
- 8.— RICHART, RALPH: A follow up study of patients with cervical dysplasia. *Am. J. Obst. and Gynec.* 105: 386-393, 1969.
- 9.— SEYBOLT, J.: Cervical citodiagnostic problem. A survey *Am. J. Obst. and Gynec.* 109: 1089, 1971.
- 10.— STERN, E. and NEELY, P. M.: Carcinoma and Dysplasia of the cervix. A comparison of rates for new and returning population. *Acta Cytol.* 7: 357-61, 1963.