

INCIDENCIA DEL CARCINOMA DE CUERPO UTERINO EN EL I. N. E. N. (*)

DR. EDUARDO VALDIVIA PONCE

(Departamento de Ginecología del I. N. E. N.)

- A. Carcinoma de cuerpo uterino en 2 y ½ años.
- B. Métodos de diagnóstico.
- C. Valor de los extendidos por el método de Papanicolaou.

LA frecuencia de las neoplasias malignas del útero en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, durante los 2 y ½ años últimos, me brinda la oportunidad de realizar un estudio comparativo de la clase de las mismas, y en especial, llevar a cabo algunas consideraciones sobre carcinoma de cuerpo y sus métodos de diagnóstico, motivo de la presente comunicación.

MATERIAL DE TRABAJO

Desde el 1º de junio de 1952 al 31 de diciembre de 1954, hemos visto 1.041 carcinomas de útero, los que están repartidos en la siguiente forma: (Fig. 1)

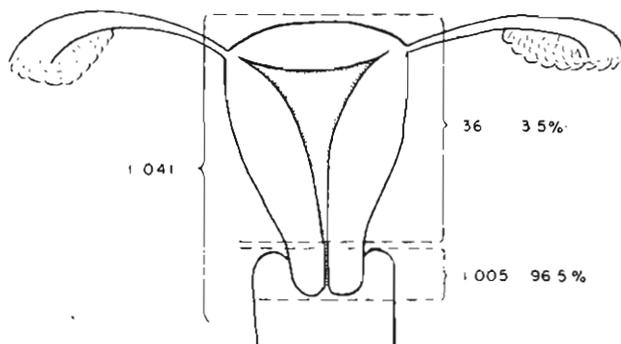


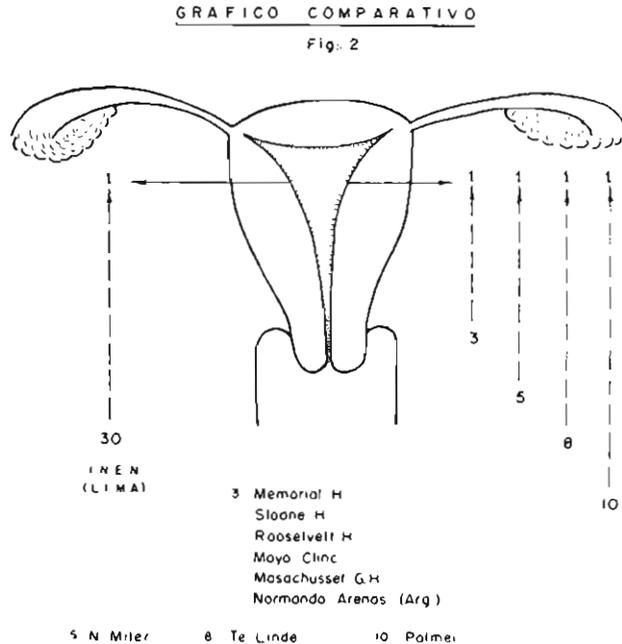
Fig 1

1,005 corresponden a carcinoma de cuello.
36 a carcinoma de cuerpo.

Esto da una incidencia absoluta de 96.5% para carcinoma de cuello y de 3.5% para carcinoma de cuerpo.

(*) Trabajo presentado por el Dr. J. Eduardo Valdivia Ponce, para su incorporación como miembro de la Soc. Per. de Obst. y Ginec. Lima, mayo de 1955.

Con el fin de hacer más ilustrativa esta relación entre carcinoma de cervix y carcinoma de cuerpo, en nuestro medio, presentamos la figura N^o 2, la misma que muestra dicha relación que existe en otros centros del mundo: (1.2):



Aquí representamos que por cada 30 carcinomas de cuello vemos solamente 1 de cuerpo; mientras que muy diferente sucede en los grandes centros de EE.UU. de N. A., en los que la relación tiende a estrecharse más y más, hasta llegar a 3 carcinomas de cervix por 1 de cuerpo.

¿De qué depende este fenómeno? No se puede precisar con exactitud, pero se comprende claramente, que existen muchos factores (3). Llama la atención que la relación se estrecha grandemente en los centros más civilizados, con mejores condiciones sanitarias, económicas y mejores promedios de vida.

Es también posible que esta relación sea muy relativa frente a la real frecuencia de carcinoma de cervix en nuestro medio; además, la edad promedio de vida, en nuestro país, es de 45-50 años.

El gran porcentaje de carcinomas de cuerpo acompaña a las pacientes en los últimos años de su vida, sin dar mayores signos ni síntomas, los mismos que por las condiciones de cultura, no constituyen motivo de consulta.

De todas maneras, este asunto queda por determinarse y será motivo de otra comunicación en tiempo oportuno.

Clinica. Síntomas y signos

Repetimos que durante estos 2 y ½ años, hemos visto 36 carcinomas de cuerpo uterino y ellos han venido a nuestra consulta, quejándose de metrorragia, de leucorrea o de una masa tumoral en el bajo vientre, en la proporción que se observa en el gráfico 3.

Diagnóstico

El gráfico 4, representa el diagnóstico clínico que recibieron las pacientes en su primer examen en el Instituto.

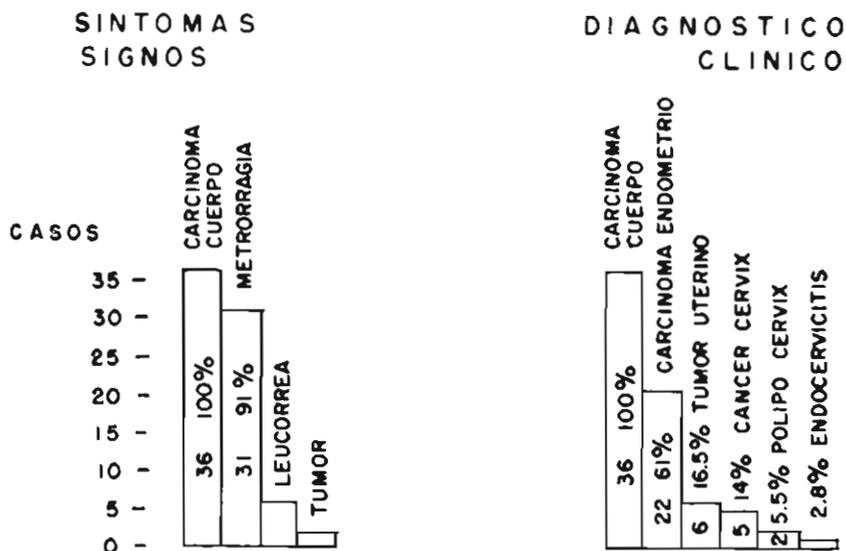


Fig. 3

Vemos claramente, que el diagnóstico de carcinoma de cuerpo uterino, ha sido consignado en alto porcentaje, aunque siempre inferior a la realidad, lo que demuestra, que el clínico debe tener siempre en mente esta posibilidad, incluso en los úteros con aspecto miomatoso.

Por otro lado, el diagnóstico clínico en el 61% de los casos, está indicando que estos han venido con demora a la consulta, es decir, tarde.

Desgraciadamente, la evolución del carcinoma de cuerpo uterino, es solapada, lenta, y cuando existen signos como la leucorrea y la metrorragia, la neoplasia ya tiene una relativa evolución.

Métodos de diagnóstico

La evolución sordida del carcinoma de cuerpo, obliga a una postura permanente de acecho con ayuda de todos los medios posibles del ingenio.

A. El clínico seguirá pensando con más frecuencia en esta eventualidad. Hemos señalado que en nuestros casos, solamente, el 61% tuvieron diagnóstico clínico, y posteriormente confirmación histopatológica.

B. Extendidos por el método de Papanicolaou. Los extendidos vaginales se han practicado casi de rutina en la mayoría de pacientes que acudieron a la consulta del I.N.E.N., como lo apreciamos en el cuadro N° 5.

CUADRO N° 5. EXTENDIDOS VAGINALES (METODO DE PAPANICOLAOU)
I. N. E. N. JUNIO 52 A DIC. 54.

Extendí. Vaginal total	Ca. cuerpo Uter. con Papanicol.	Ca. cuerpo Uter. sin Papanicol.	Ca. cuerpo Uter. total
5.528	29	7	36

Aquí vemos que durante este período de tiempo, se han practicado 5.528 extendidos vaginales, de los cuales 29 corresponden a pacientes portadoras de carcinoma de cuerpo (4).

En 7 de las pacientes con carcinoma de cuerpo, no fué posible practicar el extendido por las metrorragias que presentaban.

Los resultados de los extendidos por el método de Papanicolaou lo vemos a continuación, en el cuadro N° 6.

CUADRO N° 6. PAPANICOLAOU EN CA. DE CUERPO UTERINO

Tipo	I	II	III	IV	V	%
		9	6	14		31.03
						20.30
						48.27
Sumando	III y	IV	V			68.89

Este nos revela un porcentaje de 48.27 de positividad para células malignas; porcentaje bajo en relación al obtenido por otros autores en otros centros, como se puede comprobar en el cuadro N° 7 (5).

CUADRO N° 7. RESULTADOS DEL CITODIAGNOSTICO EN LOS CARCINOMAS DEL ENDOMETRIO

Autores	Total de casos examinados	Carcinomas de Endometrio		Resultados Positivos		Resultados Negativos		Resultados Dudosos		Falsos Positivos en el Material Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Papanicolaou y Traut (1943)	3.014	53	1,7	48	90,7	5	9,3	—	—	—	—
Wilcoxon y Falls (1943)	236	5	2,1	4	80,0	1	20,0	—	—	18	9,0
Jones y col. (1945)	434	40	9,2	33	82,5	7	17,5	—	—	4	0,9
Rosenblütt Margulis (1945)	100	4	4,0	4	100,0	0	0,0	—	—	—	—
Do Amaral (1946)	500	10	2,0	3	30,0	7	70,0	—	—	—	—
Isbelly col. (1947)	1.045	18	1,7	15	83,4	3	16,6	—	—	—	—
Fremont-Smith y col. (1948)	5.621	113	2,0	83	73,5	30	26,5	—	—	69	1,3
Kernodle y col. (1948)	70	9	12,8	7	77,8	2	22,2	—	—	—	—
Parrett y col. (1948)	1.000	5	0,5	5	100,0	0	0,0	—	—	—	—
Rakoff (1948)	418	4	0,9	2	50,0	2	50,0	—	—	4	1,1
Scheffey y col. (1948)	500	6	1,2	4	66,7	2	33,3	—	—	7	1,6
Schturbu (1948)	314	9	2,8	7	87,8	2	12,2	—	—	—	—
Ulfelder (1948)	3.630	97	2,7	77	79,4	20	20,6	—	—	—	—
Ahumada y col. (1949)	120	19	1,6	17	89,4	2	10,5	—	—	3	2,5
Ayre (1949)	3.605	31	0,8	24	83,9	5	9,6	2	6,4	—	—
Kerdall y Wheeler (1949)	7.000	34	0,5	24	70,5	10	29,4	—	—	14	0,2
Celener y Winograd (1950)	200	14	7,0	14	100,0	0	0,0	—	—	—	—
Cuyler y col. (1950)	10.029	46	0,4	26	56,5	9	19,5	11	23,9	57	0,5
Nieburgs y Pund (1950)	10.000	6	0,6	4	66,6	2	33,3	—	—	147	1,4
Reicher y col. (1950)	3.500	18	0,5	13	72,2	5	27,7	—	—	17	0,5
Mezzadra (1951)	360	3	0,8	3	100,0	0	0,0	—	—	12	3,3
Reagan y Schmidt (1951)	1.000	23	2,3	21	91,3	2	8,7	—	—	6	0,6
Schtirbu (1951)	240	2	0,8	1	50,0	1	50,0	—	—	1	0,4
Total	52.936	569	1,1	439	77,1	117	20,5	13	2,3	359	0,7
I. N. E. N. (Lima) 1954	5.528	29		14	48,27	9	31,0	—	—	—	—

Consideramos que existen varios factores que contribuyen a incrementar el error, y ellos son:

1. Duchas vaginales. Muchas pacientes la practican antes de la consulta; lo hemos comprobado.
2. La toma exclusiva de la muestra del fondo de saco posterior.
3. No exploración de la permeabilidad del conducto cervical.
4. Experiencia del patólogo (Ca. maduros, poca exfoliación; dificultad de interpretación). Este último aspecto ha sido sugerido por el Dr. J. Campos Rey de Castro, Jefe del Departamento de Patología, y que efectivamente constituye un hecho de gran importancia como lo podemos comprobar gráficamente. (Cuadro N° 8.)

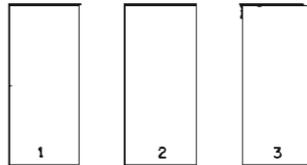
CUADRO N° 8. CUADRO COMPARATIVO DEL CITODIAGNOSTICO EN LOS
AÑOS 1953 Y 1954

I. N. E. N.

Año	N° casos	Positivos	Dudosos	Falsos negativ.
1953	11	4 (36.36%)	3 (27.2%)	4 (36.36%)
1954	18	10 (55.55%)	3 (16.6%)	5 (27.77%)

COMENTARIO

La poca incidencia de carcinoma de cuerpo, puede ser aparente, ante la gran frecuencia de carcinoma de cervix en nuestro medio. De todas maneras, estamos obligados a emprender una lucha permanente en su búsqueda.



Tubo de polietileno

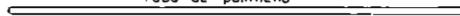


Fig 4

La baja incidencia en el porcentaje de positividad en los extendidos por el método de Papanicolaou, nos hace meditar en las causales de dicha baja incidencia, llegándose a la conclusión de que ello se debe casi exclusivamente a los factores técnicos en la toma de la muestra, y por eso propongo la siguiente práctica de rutina:

1. Extendido exocervical. (Lámina N° 1.)
2. Extendido endocervical. (Lámina N° 2.)
3. Extendido endometrial. (Lámina N° 3.)

CONCLUSIONES

1. Durante 2 y ½ años (1952-1954), se han atendido en el I.N.E.N. 1,041 carcinomas de útero, y de ellos 1,005 corresponden a ca. de cervix y 36 a ca. de cuerpo.
2. La incidencia de carcinoma de cervix y la de cuerpo están en la relación de 30 a 1. Hecho que puede deberse a la gran frecuencia de cáncer de cervix en nuestro medio o a la falta de exploración en el diagnóstico de cáncer de cuerpo o a otros factores por determinarse.
3. Que el diagnóstico clínico se ha practicado en el 61% de los casos.
4. Que el citodiagnóstico por el método de Papanicolaou, nos ha brindado el 48.27% de positividad; porcentaje más bajo que en otros centros.
5. Que estando seguro que el citodiagnóstico constituye un método auxiliar invaluable, creo también, que la rutina que propongo en la toma de los extendidos, nos rendirá resultados más seguros y más próximos al 100%.
6. Varios son los artefactos para conseguir lo más inocuamente estos extendidos (paletas de madera, de plata, aplicadores de algodón, pipetas de diferentes modelos, pinzas, escobillas (6), etc.). Muy útiles resultan los tubos de polietileno para la succión endouterina.
7. Los dudosos repetidos como los positivos siempre recibirán la confirmación de la biopsia.
8. Se desprende de esta conducta una mayor posibilidad de diagnóstico precoz de cáncer de cuerpo uterino, mayores probabilidades de curación y ahorro económico a las pacientes.

SUMMARY

1. From July 1952 to December 1954 we have attended in the I.N.E.N. 1,041 patients with carcinoma of the uterus, of which 1,005 belong to the cervix and 36 to the corpus. It gives us a rate of 1 carcinoma of the body for 30 of the cervix.
2. The vaginal smear, as diagnostic procedure, was accurate in the 48.27%, which has a low incidence of accuracy.
3. The smear procedure is a good aid for diagnosis when it considers: 1) exocervical, 2) endocervical and 3) endometrial smear.
4. Many kinds of implements can help us to get the smear without disturbance for the patient. (Clamps, applicators, pipets, spatulas, brushes, polyethylene tubes, etc., etc.)
5. It is recommended that the smear must always be confirmed by the biopsy before any treatment.

BIBLIOGRAFIA

1. Corscaden, James A.: Gynecologic Cancer, 1951, Chapter 6, pág. 200.
2. Arenas, Normando: Séptimo Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología, 1949, Carcinoma de Endometrio, pág. 99.
3. Corscaden, J. A. and Gusberg S. B.: The Background of carcinoma of the corpus. Am. J. Ob. and Gyn. 53:419, 1947.
4. Varangot, J.; Granjon, A.: Nuovo V. and Vassy; Detection and Diagnosis of cancer of the endometrium by vaginal and endometrial smear. Am. J. Ob. and Gyn. 68:474; July 1954, París, Francia.
5. Ahumada, J. C.: El Cáncer Ginecológico; Ed. "El Ateneo", Vol. 1:517.
6. MacLean, Kenneth Sheldon, M. D.: An abrasive endometrial cytologic brush. Am. J. Ob. and Gyn. 69:452, February 1955, New York, N. Y.