



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (2) : 97-100

Citología cervical anormal; distribución por grupos etáreos

José Jerónimo, Isabel Yara, Ovidio Chumbe, Luis Vega, Luis Orderique

Resumen

OBJETIVO. Evaluar la distribución de las lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) detectadas por citología y determinar los grupos etáreos prioritarios en la detección de cáncer de cérvix. **DISEÑO.** Estudio descriptivo retrospectivo. **MÉTODOS.** Evaluación de los resultados de las 61 846 citologías de cérvix tomadas en centros periféricos de la DISUR II entre enero de 1994 y diciembre de 1996; el análisis estadístico se efectuó mediante frecuencias, porcentajes y validación estadística mediante el Epi- Info. **RESULTADOS.** El 65% de los Papanicolaou fue realizado en menores de 30 años y el 35% en mayores de esta edad. En las menores de 30 años se encontró citología de LEI de grado bajo (LEI-GB) en el 0,3% y LEI de grado alto (LEI-GA) en el 0,07%; mientras que en mayores de 30 años fue de 0,24% para LEI-GB y 0,38% para LEI-GA. **CONCLUSIÓN.** Teniéndose en cuenta que el grupo de mayor riesgo para progresar a cáncer de cuello uterino es el conformado por las LEI-GA, y que encontrar citología de LEI-GA aumenta dramáticamente a partir de los 30 años, recomendamos priorizar la realización de estudio de la citología cervical a partir de esta edad.

Palabras claves: Citología cervical, cáncer de cuello uterino.

Summary

OBJECTIVE. To evaluate distribution of intraepithelial squamous lesions (ISL) detected by cytology and to determine priority age groups in cervical cancer detection. **DESIGN.** Retrospective descriptive study. **METHODS.** Study of 61846 cervical cytologies obtained at DISUR II eripheric centers between january 1994 and december 1996. Statistical analysis was by frequencies, percentages and statistical validation by Epi-In/b. **RESULTS.** Sixty-five percent of Papanicolaou smears were obtained from women below 30 year-old and 35% from older women. Women below 30 had low grade ISL (ISL-LG) in 0,3% and high grade ISL (ISL-HG) in 0,07%; older women had 0,24% ISL-LG and 0,38% ISL-HG. **CONCLUSION.** If we consider that the woman with ISL-HG has a higher risk to progress to cervical cancer and that ISL-HG increases after age 30, we recommend to start studying cervical cytology at this age

Key words: Cervical cytology, uterine cervical cancer.

Introducción

El cáncer de cuello uterino continúa siendo la neoplasia maligna más frecuente en la población femenina del Perú y demás países subdesarrollados¹⁻³, a pesar de ser una enfermedad de evolución lenta y el órgano afectado fácilmente accesible al examen. En nuestro país se encuentra una incidencia mucho más elevada que en los países desarrollados, donde no tiene la magnitud de problema de salud pública⁴.

En los últimos años se ha avanzado notablemente en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, reconociéndose que es precedida por lesiones premalignas que pueden ser detectadas varios años antes, mediante el estudio citológico del epitelio cervical^{5,6}. El tratamiento en esta fase de la enfermedad impide que progrese hacia lesiones mayores, pudiéndose incluso conservar la capacidad reproductiva de la paciente⁷⁻⁹.

Las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino han sido clasificadas de múltiples maneras, siendo la última de ellas la formulada en 1988 en Bethesda¹⁰ (Tabla 1).



El estudio de la citología cervical mediante el método de Papanicolaou (PAP) ha probado ser útil para la detección de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino, habiéndose logrado disminuir la mortalidad en aquellos países donde se ha implementado un programa nacional de detección^{3,11}.

Tabla 1. Sistema Bethesda.	
Adecuación del espécimen	
	Satisfactorio para evaluación Satisfactorio para evaluación, pero limitado por (especificar razón) Insatisfactorio para evaluación (especificar razón)
Categorización genral (Opcional)	
	Dentro de límites normales Cambios celulares benignos: ver diagnóstico descriptivo Anormalidad de células epiteliales: ver diagnóstico descriptivo.
Diagnóstico descriptivo	
	Cambios celulares benignos Infección Trichomonas vaginalis Candida spp Actinomyces spp Herpes simple Otras
Cambios reactivos	
	Asociados con: Inflamación Atrofia con inflamación (vaginitis atrófica) Radiación Dispositivo intrauterino (DIU)
Anormalidades de células epiteliales	
	Células escamosas Células escamosas atípicas de significancia indeterminada Lesión escamosa intraepitelial de grado bajo abarcando: PVH, displasia leve/ NIC I Lesión escamosa intraepitelial de grado alto abarcando: displasia moderada y severa, CIS/NIC 2 y NIC 3 carcinoma a células escamosas.
Células glandulares	
	Células endometriales citológicamente benignas en mujeres posmenopáusicas Células glandulares atípicas de significancia indeterminada Adenocarcinoma cervical Adenocarcinoma endometrial Adenocarcinoma extrauterino Adenocarcinoma no especificado Otra neoplasias malignas: especificar

Por ser el Perú un país en el cual el cáncer de cuello uterino representa un problema de salud pública², imperativo aumentar la cobertura efectiva del PAP; embargo los recursos existentes son insuficientes, lo que estos deben ser dirigidos a la población de mayor riesgo, aplicando estrategia de enfoque de riesgo.

Material y métodos

El presente estudio es un estudio descriptivo retrospectivo en el cual se revisó los resultados de las muestras de citología de cérvix uterino tomadas en distintos centros asistenciales de la DISUR II - Lima Sur, entre enero de 1994 y diciembre de 1996, las cuales fueron procesadas en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora.

La lectura de las mismas es realizada por citotecnólogos, bajo supervisión directa de médicos patólogos, quienes se encargan de revisar todas las láminas consideradas positivas y además en forma aleatoria, el 10% de láminas reportadas como normales. Se excluyó las minas tomadas en este hospital debido a que es centro de referencia y, por lo tanto, eventualmente se toma nuevas muestras de citología a pacientes con PAP positivo. Se distribuyó a la población según grupos etáreos, haciéndose el análisis de los datos mediante frecuencias y porcentajes, y para la validación estadística empleó el programa Epi-Info versión 6,04.



Resultados

Durante el periodo de estudio se procesó 61846 muestras de citología cervical, apreciándose en la Tabla 2 distribución por grupos etáreos. El 65% de las muestras correspondía a mujeres menores de 30 años y el 35% a pacientes por encima de esta edad.

Tabla 2. Papanicolau según año y edad.

Edad	1994	1995	1996	Total	
				Nº	%
<15	79	75	192	346	0.6
16-20	1998	2902	4627	9527	15.4
21-30	7261	10707	12613	30581	49.4
31-40	3631	4689	6213	14533	23.5
41-50	1178	1569	2275	5022	8.1
51-60	318	389	568	1275	2.1
61 a +	159	150	253	562	0.9
Total	14624	20481	26741	61846	100

Tabla 3. porcentaje de Papanicolao positivos segun el grupo

Edad	Total	LEI-GB	LEI-GA
< 15	0	0	0
16 - 20	0,4	0,3	0,04
21 - 30	0,3	0,3	0,08
31 - 40	0,5	0,30	0,29
41 - 50	0,6	0,2	0,50
51 - 60	0,9	0,2	0,78
61 a +	1.2	0,4	0,89

Se informó 292 citologías anormales, lo que corresponde al 0,47% de los PAPs procesados. En la población menor de 31 años se detectó 153 citologías anormales (0,38%), mientras que en las mujeres de 31 a más años las citologías anormales fueron 134, lo que representa un porcentaje de 0,6%, con un chi cuadrado de 17,3% y $p < 0,001$. En la Tabla 3 se observa el porcentaje de PAPs positivos según los distintos grupos etáreos, y en el gráfico se expone el porcentaje de LEI-GA. Se descartó 5 casos por no poder precisarse la edad de la paciente. Hubo 346 muestras tomadas a menores de 15 años no habiendo sido comunicado algún caso de citología anormal.

En la población menor de 31 años, 125 muestras (0,3%) fueron lesiones escamosas intraepiteliales de grado bajo (LEI-GB) y 28 (0,1%) correspondieron a lesiones escamosas intraepiteliales de grado alto (LEI-GA). Mientras que en las de 31 a más años se encontró 0,2% de LEI-GB y 0,4% de LEI-GA. Al análisis estadístico resultó con significancia estadística alta ($p < 0,001$ y chi cuadrado 75,7) para LEI-GA, mientras que para LEI-GB, la diferencia no resultó significativa (Gráfico 2).

Gráfico 1. Porcentaje LEI-GA según grupo etáreo

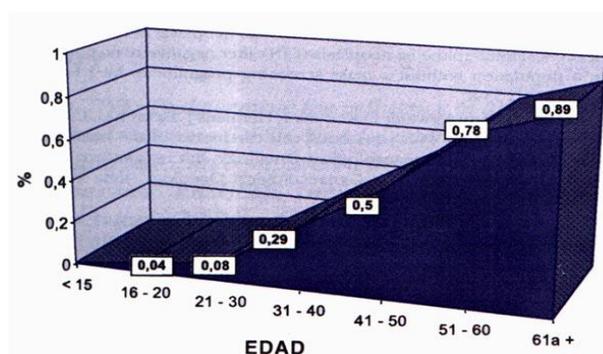
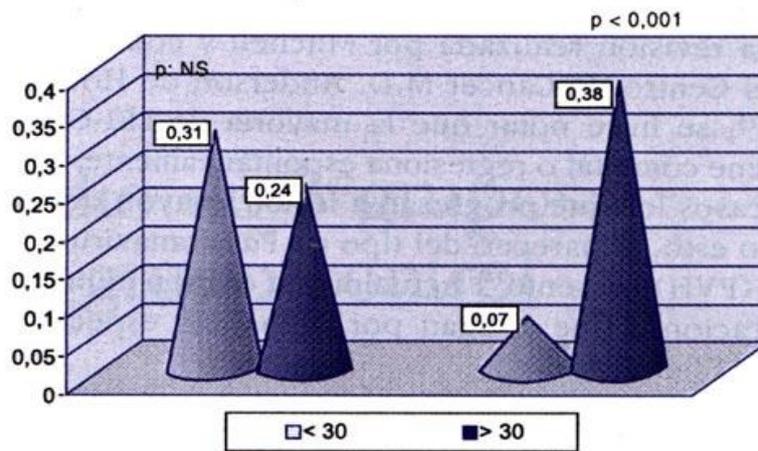




Gráfico 2. Porcentaje deLEI según grupo etáreo

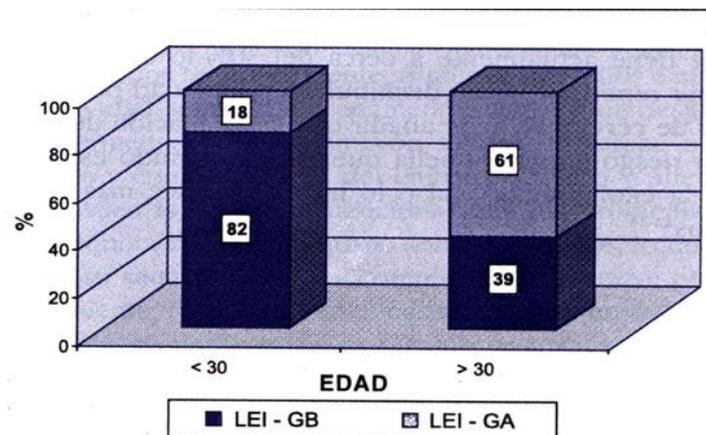


Como se puede apreciar en el Gráfico 3, en las pacientes menores de 30 años predominaron las lesiones de grado bajo, las cuales representan el 82% de las citologías anormales en ese grupo etáreo; mientras que en las mujeres mayores de 30 años se encontró más lesiones de grado alto (61%)

Discusión

Si se tiene en cuenta que en la jurisdicción de la DISUR-II Lima Sur viven aproximadamente 580 000 mujeres mayores de 15 años¹², fácilmente se puede deducir que la cobertura de PAP es insuficiente para que tenga repercusión en la disminución de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, incluso en el año 1996, cuando se tomó 27,000 PAP en los centros periféricos, en todos los grupos etáreos. Debido al déficit de recursos y buscando hacer el mejor uso de éstos se debe priorizar el examen en edades de mayor riesgo.

Gráfico 3. Relación de LEI según edad



Al evaluar al grupo de mujeres menores de 30 años se puede encontrar que la mayoría de lesiones fueron escamosas intraepiteliales de grado bajo (LEI-GB). Hasta hace unos años se consideraba que toda lesión, desde NIC I hasta carcinoma in situ, debía ser tratada igual^{5,6}, pero esto en la actualidad se encuentra en discusión. En una revisión realizada por Mitchell y colaboradores del Centro de Cáncer M.D. Anderson de Housto Texas¹³, se hace notar que la mayoría de LEI-GBs mantiene como tal o regresiona espontáneamente, siendo escasos los que progresan a lesión mayor, dependiendo esto, al parecer, del tipo de Papilomavirus humano (PVH) presente¹⁴. Actualmente existen múltiples publicaciones que abogan por el manejo espectador de las LEI-GB¹⁵⁻¹⁷.

Por el contrario, en las pacientes mayores de 30 años de edad fue más frecuente encontrar lesiones escamosas intraepiteliales de grado alto (LEI-GA), las cuales, si son reconocidas como lesiones que tienen mayor riesgo de llegar a carcinoma^{3,14}, siendo necesario e imperativo darles tratamiento. En el Gráfico 1 se aprecia que la



incidencia de LEI-GA aumenta dramáticamente a partir de los 30 años, siendo 3 veces mayor que en el grupo etáreo precedente.

Por este motivo, creemos que la búsqueda de lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino debe ser realizada prioritariamente en el grupo de mujeres mayores de 30 años; en las menores de esta edad sólo si el criterio médico lo considera adecuado; esto a pesar de reportes de otros países que lo recomiendan en menores de 30 años^{18,19}. Kainz y colaboradores²⁰ encuentran que a partir de 1985 hay un incremento de lesiones premalignas entre las austriacas de 21 a 40 años, no logrando determinar la causa de esto.

Se consideró la frecuencia con la que se debe tomar la muestra de PAP a una paciente que debería ser anual^{5,6}, pero en la actualidad se admite que se puede realizar cada 3 años, sin que esto disminuya su efecto protector^{21,22}.

Por lo antes expuesto se puede concluir que si con los recursos existentes actualmente en la DISUR - II se toma PAPs a las mujeres mayores de 30 años con una frecuencia de cada 3 años, se puede aumentar la cobertura efectiva en este grupo de mayor riesgo del casi 7% que tiene actualmente a cerca del 30% lo que puede tener repercusión en disminuir la mortalidad por cáncer de cérvix. Se debe añadir que la población de mayor riesgo aún es aquella que nunca ha tenido estudio de la citología cervical o lo ha tenido hace más de 5 años²²⁻²⁴.

Referencias bibliográficas

1. Boletín del INI Vol 16(1) junio 1994.
2. Castellano C, Barriga O, Galdos R. Carcinoma del cuello uterino con problema de salud pública en el Perú. Diagnóstico 1981; (7): 15-26.
3. Pisani P, Parkin D, Ferlay J. Estimates of the worldwide mortality from eighteen major cancers in 1985. Implications for prevention and projection of future burden. *Int J Cancer*, 1993; 55(6): 891-903.
4. Morrow C, Cozen W. Perspective on cervical cancer: why prevent? *J Ce Biochem Suppl*; 1995; (23): 61-70.
5. Di Saia P, Creasman W. *Oncología Ginecológica Clínica* 4.a edición. De Mosby/Doyma. 1994.
6. Berek J, Hacker N. *Practical Gynecologic Oncology*. Second Edition. Ed Williams and Wilkins. 1995.
7. Santos C et al. One session management of cervical intraepithelial neoplasia a solution for developing countries. *Gynecol Oncol* 1996; (61): 11-15.
8. Spit Zer M et al. The use large loop excision of the transformation zone in an inner-city population. *Obstet Gynecol* 1993; (82): 731-5.
9. Mathevet P et al. A randomized prospective study comparing three techniques of conization: cold-knife, laser and LEER. *Gynecol Oncol* 1994 54: 175-9.
10. National Cancer Institute Workshop: The 1988 Bethesda system for reporting cervical / vaginal cytologic diagnosis. *JAMA* 1989; 262: 931.
11. Mahick C, Jonsson H, Lenner P. PAP smear screening and changes in cervical cancer mortality in Sweden. *Int J Gynaecol Obstet* 1994; 44 (3) 267-72.
12. Población estimada por grupos de edades. Año 1997. Oficina de estadística e informática. Lima Sur. Ministerio de Salud.
13. Mitchell M, Tortolero-Lluna G, Wright T, Sarkar A, Richards Kortum R, Hong W, Schottenfeld D. Cervical human papillomavirus infection an intraepithelial neoplasia: a review. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1996; (21) 17-25.
14. Ferenczy A, Jenson A. Tissue effects and host response. The key to the regional triage of cervical neoplasia. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1996 52(8): 2243-50.
15. Nuovo J, Melnikow J, Paliescheakey M. Management of patients with atypical and low-grade Pap smear abnormalities. *Am Fam Physician* 1995 52 (8): 2243-50.
16. Brotzman G, Julian T. The minimally abnormal Papanicolaou smear. *Am Fam Physician* 1996; 53 (4): 1154-62.
17. Shafi M, Luesley D. Management of low grade lesions: follow-up or treat? *Bailliers Clin Obstet Gynaecol* 1995; 9 (1): 121-31.
18. Roye C. PAP smear screening for adolescents: rationale, technique, and follow-up. *J Pediatr Health Care* 1993; 7 (5): 199-206.
19. Bjorge T, Gunbjord A, Haugen O, Skare G, Trope T, Thoresen S. Mass screening for cervical cancer in Norway: evaluation of the pilot project *Cancer Causes Control* 1995; 6 (6): 477-84.
20. Kainz C, Gitsch G, Heinzl H, Breitenecker G. Incidence of cervical smears indicating dysplasia among Austrian women during the 1980s. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102 (7): 541-4.
21. Dubois G. Cytologic screening for cervix cancer: each year or each 3 years? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 65 (1): 57-9.
22. Bjorge T, Gunbjord A, Langmark F, Skare G, Thoresen S. Cervical mass screening in Norway-510 000 smears a year. *Cancer Detect Prev* 1994; 18 (6): 463-70.
23. Forsmo S, Jacobsen B, Stalsberg H. Cervical neoplasia in PAP smears: risk of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) after negative or no prior smears in a population without a mass screening programme. *Int J Epidemiol* 1996; 25(1): 53-8.
24. Kenter G, Schoonderwaldt E, Koelma I, Hermans J, Fleuren G. Cytological history of patients with squamous cell carcinoma of the uterine cervix (Meeting abstract). *Gynaecological Oncology*, 8th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology. June 9-12, 1993, Barcelona Spain 1993.
25. Janerich D, Hadjimichael O, Schawartz P, Lowell D, Meigs J, Merino M, Flannery J, Polednak A. *Am J Public Health* 1995; 85 (6): 791-4.