

11326
2el
272



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad de Medicina Familiar No. 20

EVALUACION DE LA EVOLUCION DE LAS PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO DETECTADO POR CITOLOGIA EXFOLIATIVA EN LA UMF No. 20

T E S I S

Que para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a :

Dr. Ricardo Sánchez Hernández

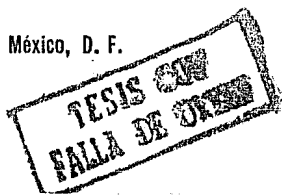
GENERACION 1983 - 1985

México, D. F.

1984



IMSS
SEGURIDAD PARA TODOS





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pag.
Objetivos	1
Antecedentes Científicos	2
Planteamiento del Problema	13
Hipótesis	14
Material y Métodos	15
Caracterización del problema	
Procedimientos de recolección	
procedimientos de elaboración	
Presentación de resultados	18
Cuadros	
Gráficos	
Análisis e Interpretación de resultados	38
Conclusiones	43
Comentarios	44
Resumen	45
Bibliografía	46

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

- 1) Valorar la influencia de la detección masiva sobre la morbilidad y mortalidad del cáncer cervicouterino en derechohabientes de la UMF No. 20.
- 2) Evaluar la evolución de las pacientes con cáncer cervicouterino detectado por citología exfoliativa.
- 3) Valorar la influencia de los factores de riesgo en la presentación de cáncer cervicouterino.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

FRECUENCIA. Los diversos estudios de frecuencia de cáncer cervicouterino llevados a cabo en grupos de población bajo los auspicios del SERVICIO DE SALUD PUBLICA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTE AMERICA. Señalan un porcentaje de frecuencia para el cáncer invasor de 14.9 por 100 mil habitantes para la población femenina total de la ciudad de Nueva York. Las proporciones variaron para los diferentes grupos sociales y étnicos, desde una baja de 3.6 por 100 mil para mujeres judías hasta una alta de 97.6 por 100 mil para mujeres Puertorriqueñas, en mujeres negras la proporción fue de 13.5 por 100 mil (2).

Se han reportado estudios en la Republica Mexicana en los cuales se menciona que de 4,094 personas con tumores malignos de ellos correspondieron 1,391 al cáncer de cuello uterino (33.9%). (II). Otro autor menciona que en un estudio realizado en 1970 de 485,656 defunciones 1,478 correspondieron a cáncer uterino con una frecuencia de 30 por 10 mil lo cual es más elevado de lo reportado en otros países. (4). De los reportes más recientes tenemos el que emite el Instituto Mexicano del Seguro Social por medio de su departamento de Medicina Preventiva en el boletín estadístico anual de 1981, en el cual menciona para el Valle de México la realización de 234,046 detecciones de cáncer cervicouterino por medio de la citología exfoliativa de los que se detectaron 1,438 mujeres sospechosas y de estas únicamente se reportaron enfermas por estudios complementarios que mencionaremos posteriormente 419 lo cual nos da un 29% de enfermas. A nivel de la delegación 3 se practicaron 41,948 detecciones reportándose como sospechosas 86 y de ellas 49 resultaron enfermas lo que nos da un porcentaje de 57%.

PROCEDIMIENTO CITOLOGICO:

El procedimiento que se suele utilizar generalmente para la adecuada muestra de citología exfoliativa es el siguiente:

- a).- Sin tacto vaginal previo se coloca el espejo vaginal, sin lubricante.
- b).- Con abatelenguas de madera se raspa el exocervix con un extremo y el endocervix con el otro extremo, el material así obtenido se coloca en una laminilla porta-objetos.
- c).- Esta laminilla se introduce en un frasco con alcohol, con éther o ambos a partes iguales, o bien se rocía con el fijador del pelo común y corriente, la laminilla se envía al citólogo quien informa sobre el resultado del estudio según la clasificación de papanicolau que se mencionará a continuación.

CLASIFICACION DE PAPANICOLAU

CLASE

- I . Células normales o procesos benignos que no han alterado la mucosa.
- II . Alteraciones celulares producidas por procesos inflamatorios o tumorales benignos.
- III . Atípicas celulares debidas a procesos inflamatorios, lesiones consideradas potencialmente malignas.
- IV . Atípicas celulares muy sospechosas de malignidad (positiva).
- V . Presencia indiscutible de células malignas.

El cáncer cervico uterino tiene una historia natural de -

larga evolución se inicia con la hiperplasia del epitelio cervical llamada genericamente displasia, y que aparece generalmente en mujeres jóvenes al rededor de los 25 años de edad. Esta lesión evoluciona hacia carcinoma In Situ, que es una lesión histológicamente maligna e irreversible pero que no tiene capacidad, para diseminarse, si no es tratado adecuadamente continua evolucionando hacia el siguiente paso que es el carcinoma invasor el cual puede invadir y dar metástasis. (3)

Consideremos de suma importancia recordar la clasificación Clínica del cáncer cervico uterino por lo que a continuación la mencionare, para posteriormente hacer un bosquejo en lo referente a displasia, carcinoma intraepitelial y carcinoma invasor por separado . Todo esto tiene su importancia para el manejo y pronostico del padecimiento.

CLASIFICACION CLINICA DEL CANCER CERVICO UTERINO.

ETAPAS

- O Carcinoma pre-invasor, carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial. Estos casos no deben ser incluidos en nff alguna estadística de resultados.
- I Carcinoma invasor. El carcinoma se encuentra confinado al cuello uterino .La extensión al cuerpo uterino no cambia la etapa.
- Ia Carcinoma microinvasor (Invasión temprana d' l estroma)
- Ib Todos los casos de la etapa I (carcinoma francamente invasor confinado al cérvix).
- II El carcinoma se extiende más alla del cérvix sin llegar a la pared de la pelvis o bien involucra vagina sin llegar al tercio inferior.

ETAPAS

- IIa No hay invasión parametrial evidente. El carcinoma se extiende a la vagina.
- IIb Los parametrios se encuentran involucrados sin llegar a la pared de la pelvis. En el examen se encuentra espacio libre entre el tumor parametrial y la pared pélvica.
- III El carcinoma se extiende hasta la pared de la pelvis. Al examen rectal no hay espacio libre entre el tumor parametrial y la pared pélvica. El tumor involucra el techo inferior de la vagina. Los casos con hidronefrosis o exclusión renal obstructiva por el tumor.
- IIIa Invasión central, el carcinoma se extiende al tercio inferior de la vagina sin invadir el parametrio hasta la pared de la pelvis.
- IIIb Invasión parametrial hasta la pelvis. Hidronefrosis o exclusión renal.
- IV El carcinoma se extiende más allá de la pelvis o ha invadido la mucosa de la vejiga y/o recto.
- IVa El carcinoma se extiende a órganos adyacentes.
- IVb El carcinoma se extiende a órganos distantes.

DISPLASIA.

A la displasia se le puede definir como una alteración del epitelio en la que existen células citoplasma en diferentes grados de maduración y núcleos grandes, con diferenciación anormal de las capas superficiales y queratinización prematura de las células, estadísticamente se demuestra que la de-

tección de la displasia y el carcinoma in situ y su tratamiento adecuado disminuyen la mortalidad por carcinoma invasor del cérvix. Publicaciones de diferentes países en los cuales se ha establecido programas de diagnóstico oportuno del carcinoma del cérvix muestran que la frecuencia del carcinoma invasor tiende francamente a decrecer.

EPIDEMIOLOGIA.

El mejor conocimiento de las alteraciones potencialmente malignas que constituyen la displasia, he conducido a la búsqueda de factores epidemiológicos que condicionen o predispongan su aparición. El hallazgo epidemiológico más constante es la estrecha relación entre el coito y el carcinoma de cérvix.

Se considera que el inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años de edad y una historia de múltiples parejas sexuales constituyen los factores etiológicos más significativos. Otros que se mencionan con mucha frecuencia, pero secundarios son la paridad temprana y las infecciones cérvico vaginales frecuentes. Todos estos acontecimientos constantemente coinciden con mujeres que pertenecen a grupos socioeconómicos pobres, y de hecho, tanto la displasia como el carcinoma del cérvix son más frecuentes en países subdesarrollados, por la estrecha relación entre el contacto venéreo y la enfermedad neoplásica del cérvix se ha buscado una etiología biológica tal como son los virus.

Los factores epidemiológicos mencionados delimitan el llamado " grupo de alto riesgo " o sea los grupos poblacionales con mayor riesgo de padecer neoplasia cervical a los cuales deben dirigirse los programas de detección de cáncer.

DIAGNOSTICO:

Como las lesiones del cérvix ocasionadas por displasias y por carcinomas in situ son microscópicas, no se manifiestan por síntomas y signos específicos. En nuestro medio por su frecuente asociación con infecciones cervico vaginales la gran mayoría de las enfermas refieren leucorrea como síntoma principal y en ocasiones flujo hemático o sangrado post-coito pero estas son manifestaciones de la infección y no de la displasia, por lo que la citología cervico vaginal debe de hacerse en toda mujer que ha iniciado relaciones sexuales independientemente de su edad - con intervalos no mayores de un año, las mujeres en las cuales coinciden los factores epidemiológicos se incluyen en el grupo de alto riesgo y el intervalo ideal de control citológico es de 6 meses.

TRATAMIENTO DE LAS DISPLASIAS:

Si se tiene el diagnóstico citológico de displasia leve -- comunmente reportado como clase II, de la clasificación de papanicolau; es necesario hacer cultivo de exudado vaginal instituir tratamiento específico, despues de suprimida la infección se repite la citología cervico vaginal; si persiste la displasia -- se hace prueba de Shiller y Biopsia, si con esto no se descarta la displasia se debe descartar la posibilidad de existencia de carcinoma o una displasia más acentuada. Es factible instituir tratamiento con fulguración o crio cirugía de la lesión, continuando la enferma en control citológico cada 6 meses.

Cuando el diagnóstico citológico es de displasia moderada- o severa generalmente papanicolau clase III, se practica prueba de Shiller y biopsia; si se comprueba el diagnóstico tambien es

conveniente hacer tratamiento de la infección si esta existe;-- si continúa el mismo grado de displasia después del tratamiento médico es necesario realizar conización del cérvix con el objeto de descartar la existencia de carcinoma y para tratar la displasia persistente.

CARCINOMA INTRAEPITELIAL DEL CERVIX

DEFINICION.

El carcinoma intraepitelial o in situ corresponde a la etapa 0 de la clasificación internacional del carcinoma cervicouterino. Es una lesión en todo semejante al cáncer francamente invasor, del que se distingue por estar limitada al epitelio y por no tener capacidad de invadir ni dar metástasis. Microscópicamente se observa ocupado todo el espesor del epitelio, cuya arquitectura trastorna totalmente, respetando la membrana basal y esta constituida totalmente por células anaplásicas inmaduras con atípicas nucleares y polaridad perdida, así como mitosis normales y anormales aún en las capas más superficiales.

El carcinoma in situ es una lesión morfológicamente maligna, irreversible y espontánea que constituye una etapa de transición entre las displasias y el carcinoma invasor el tiempo necesario para que esto ocurra, es decir su período de latencia es variable, se han publicado cifras extremas como de 2 meses la mínima y 19 años la máxima. (1).

ASPECTOS CLINICOS :

En nuestro país la edad promedio de las enfermas con carcinoma in situ es de 35 años aproximadamente 8 a 10 años más que las mujeres con displasia, como sucede en esta última el carcinoma

ma in situ no se manifiesta por síntomas o signos característicos. Los síntomas más comunes por orden de frecuencia son: leucorrea, dispareunia, sangrado post-coíto, flujo hemático y prurito vulvar todos ocasionados por infecciones cervico vaginales más que por el carcinoma mismo también esta infección se puede atribuir al hecho de que las lesiones cervicales más frecuentes observadas con enfermas con carcinoma in situ sean erosión, y ulceración comunmente aunadas a ectropión o everción del cérvix.

DIAGNOSTICO: Es el mismo que para la displasia.

TRATAMIENTO:

Conización del cérvix : Este es un procedimiento quirúrgico que bien realizado tiene escasa morbilidad y no tiene mortalidad . Es capaz de extirpar la neoplasia localizada en la zona periorificial, en el área de conjunción de los epitelios y en la porción baja del endocervix, pero si el carcinoma esta fuera de esta zona, quedará residual, la proporción de estos casos es variable según estadísticas diversas que van del 5% al 40% . Por lo que toda enferma así tratada requiere de vigilancia citológica post-operatoria cada 6 meses.

HISTERECTOMIA SIMPLE : La histerectomía abdominal o vaginal es el mejor tratamiento del carcinoma in situ ya que extirpa todas las posibles zonas de asiento de la neoplasia y por lo mismo proporciona 100% de curación.

RADIUM INTRACAVITARIO: Este tratamiento tiene más desventajas que ventajas, las primeras son supresión de la función ovárica, formación de sinequias vaginales que dificultan e impiden las relaciones sexuales y principalmente como no se tiene pieza operatoria para estudio histológico nunca se puede tener la se-

guridad de que se este tratando el carcinoma in situ.

CRIOCIRUGIA: La cual se esta utilizando desde hace algunos años, ha despertado interés porque no afecta la capacidad reproductora de la mujer, es más económico que la conización, no requiere de anestesia ni analgesia y es posible aplicarlo en pacientes ambulatorias o en una sala de cirugía menor. Hasta hace poco tiempo estaba proscrito este procedimiento porque existía el riesgo de tratar inadecuadamente un carcinoma invasor no advertido por biopsia, pero algunos autores han demostrado que a las mujeres con una citología sospechosa o positiva se les practica un estudio completo con citologías repetidas, colposcopia, prueba de Shiller y biopsias del endo y exocervix, con estas posibilidades de no diagnosticar un cancer invasor son mínimas (9).

CARCINOMA INVASOR DEL CERVIX UTERINO:

DEFINICION: En algún momento del carcinoma pre-invasor por causas aun desconocidas probablemente en relación con la bioquímica de la célula tumoral y con el sistema inmunológico del huésped; su comportamiento cambia; se hace más agresivo, rompe la membrana basal e invade el estroma sub-epitelial. Inicialmente esta invasión es incipiente y microscópica, en forma de yemas celulares que se insinúan en el cordón o por cordones de células que siguen los vasos linfáticos, después hay islotes tumorales más profundos y las células penetran en los linfáticos.

EDAD DE PRESENTACION:

Es posible observarlo en mujeres entre los 20 y 80 años de edad pero no es raro antes o después de estos límites. Su mayor frecuencia esta entre los 40 y 59 años con promedio de 49 años.

II

El tipo menos frecuente es la variedad infiltrante la cual se manifiesta por endurecimiento marcado del cérvix, ya que aumenta de tamaño y es nodular, pero con lesión poco aparente de la mucosa cervical.

ANATOMIA PATOLOGICA:

El 95% de los carcinomas del cérvix son epidermoides originados en el epitelio estratificado del exocervix. El 5% son glandulares o adenocarcinomas que se forman en el epitelio cilíndrico del endocervix. De esta variedad hay tres tipos: El adenocarcinoma puro mucoproducente o mucinoso estructurado solo por epitelio glandular, el adenoacantoma que está constituido por células malignas del epitelio glandular con zonas de metaplasia escamosa sin datos de malignidad y finalmente el carcinoma mixto formado por células malignas tanto del epitelio glandular como escamoso.

LAS VIAS DE DISEMINACION DEL CANCER CERVICO UTERINO SON:

POR CONTINUIDAD.

POR CONTIGUIDAD.

POR VIA LINFATICA.

TRATAMIENTO DEL CANCER INVASOR DEL CERVIX:

En el tratamiento del cáncer invasor se tomarán en cuenta el tipo y la etapa clínica por la que este curse así se podrán aplicar desde conizaciones, histerectomías simples y radicales y radioterapia.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Quando la invasión es temprana, es frecuente la ausencia de síntomas; o si los hay son de apariencia banal: Leucorrea, prurito o ardores vulvares, dispareunia; que más bien son consecuencia de las infecciones o infestaciones cervico vaginales que -- comúnmente acompañan al tumor. Con poca frecuencia existen síntomas más sugestivos, como son flujo hemático y sangrado post-cóito. Al progresar la invasión aparece hemorragia vaginal al principio intermitente despues más frecuente y abundante. Es el síntoma más característico y constante. Posteriormente la enferma puede referir dolor en una o ambas regiones lumbares irradiado al muslo por su cara posterolateral, este dolor es manifestación de invasión parametrial. Cuando el tumor invade la vejiga -- y el recto aparecen síntomas de esos órganos. En el primer caso polaquiuria, disuria, hematuria y finalmente fístula vesico vaginal. En el segundo caso la enferma refiere pujo y tenesmo rectales, rectorrágia y al final obstrucción rectal o fístula recto vaginal.

FORMAS MACROSCOPICAS DEL CANCER CERVICO UTERINO INVASOR:

Clásicamente se describen tres tipos de crecimiento tumoral. El más frecuente es el tipo exofítico constituido por proliferación del tejido en forma de " coliflor ", vegetante, friable que en algunos casos puede adquirir un tamaño importante -- sin infiltrar las paredes vaginales. Un poco menos frecuente -- es tipo ulcerado o endofítico, que se manifiesta por excavación y destrucción del cervix, de fondo necrótico y sangrante con bordes elevados y nodulares; esta forma de crecimiento produce una mayor destrucción celular y copiosas hemorragias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El carcinoma de cuello uterino por su gran frecuencia y extrema gravedad, es quizá la más importante de las afecciones a que el médico tiene que enfrentarse.

El cáncer sintomático invasor puede desarrollarse a través del epitelio normal por un proceso lento que implica muchos años de evolución.

Diversos autores consideran que algunas alteraciones microscópicas en el epitelio incluso antes de que brote completamente el carcinoma intraepitelial son de naturaleza precancerosa. Si estos signos atípicos se toman como el primer grado hacia la malignidad, tal vez transcurran 15 años o más desde el comienzo de las primeras alteraciones hasta la muerte por cáncer epidermoide del cuello uterino sin tratamiento (1).

En México y de acuerdo con el plan nacional de medicina preventiva se han elaborado programas de detección masiva de diversos padecimientos entre los cuales se encuentra el que nos ocupa ahora, que es el de cáncer cervico uterino, el cual se lleva a cabo por medio de la citología exfoliativa del cérvix. Dicho plan tiene como finalidad descubrir el cáncer en etapas iniciales o irreversibles, con el fin de ser curado o mejorar las posibilidades de vida de los enfermos. Y la pregunta que nos planteamos es la siguiente :

¿ EN QUE MEDIDA LA DEFECCION MASIVA DE CANCER CERVICO UTERINO HA LOGRADO MOLIPICAR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LOS CASOS DETECTADOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 ?

H I P O T E S I S

EL METODO DE DETECCION MASIVA DE CANCER CERVICOUTERINO
TIENE POGA TRASCENDENCIA EN LA MORBIMORTALIDAD DE ESTE PA-
DECIMIENTO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 DEL IMSS.

MATERIAL Y METODOS

CARACTERIZACION DEL TRABAJO

Esta investigación tiene como finalidad evaluar la evolución de las pacientes en las que se les detectó cáncer cervicouterino por medio de citología exfoliativa durante los años de 1980, 1981, 1982 y 1983 en la Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS.

Es un estudio de tipo observacional ya que se evalúa la evolución que han tenido las pacientes con CaCu, desde el momento de la detección hasta la fecha en que se les aplicó el formulario. Es descriptivo porque analiza el manejo que se les ha proporcionado además de los factores predisponentes. Transversal ya que el período investigado se encuentra claramente delimitado, siendo de 4 años a partir del primero de enero de 1980 hasta el 31 de diciembre de 1983. Es retrospectivo debido a que las pacientes captadas son aquellas en las que se detectó CaCu durante los 4 años previos a la iniciación de este estudio.

Nuestra muestra quedó constituida por 100 pacientes derechohabientes cuyas edades variaron de los 20 a los 89 años y a las cuales se les practicó citología exfoliativa en el Departamento de Medicina Preventiva de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 durante los años de 1980 a 1983 encontrándose que cursaban con cáncer cervicouterino en cualquiera de sus etapas. Se eligieron de este estudio aquellas pacientes en las cuales se reportó citología exfoliativa con grados I y II

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION

El universo de la investigación quedó constituido por 100 pacientes con CaCu en cualquiera de sus etapas, detectadas durante el período comprendido de 1980 a 1983 y que fueron captadas en los archivos del Departamento de Medicina Preventiva de la Unidad de Medicina Familiar No. 20.

Obteniendo datos como nombre, número de afiliación, edad, fecha de la citología, y resultado de la citología. Datos con los cuales se localizó el domicilio de los pacientes para la aplicación de un formulario.

Las unidades de análisis fueron las pacientes detectadas con CaCú. En la U.M.F. No. 20 del I.M.S.S. En el periodo comprendido entre 1980 a 1983 .

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES USADOS:

-Un Médico Especialista en Medicina Familiar quien asesoró y supervisó el desarrollo metodológico de la investigación.

-Un Médico Residente de 2o. Año de la especialidad de Medicina Familiar, quien se encargó de llevar a cabo la investigación.

-Un formulario que fue aplicado a las pacientes a manera de entrevista por el investigador (Ver formulario) .

PROCEDIMIENTOS DE ELABORACION.

Aplicados los formularios se computaron los resultados por medio de tarjetas simples, separandolas según año de la detección, grado de la citología reportada, por grupos de edad, tipo de seguimiento, tratamiento recibido, edad de inicio de relaciones sexuales, paridad, frecuencia de relaciones sexuales, abortos, número de abortos y el antecedente de haber presentado leucorrea.

Los resultados son presentados en cuadros de asociación en donde se compara la edad, tratamiento, tipo de seguimiento, paridad, etc en pacientes con CaCú. Así como tasas de morbilidad y mortalidad.

La presentación gráfica es por medio de barras sencillas y diagrama de sectores.

FORMULARIO

- NOMBRE No. De AFILIACION
- DOMICILIO
- OCCUPACION ESCOLARIDAD EDAD
- FECHA DE LA CITOLOGIA RESULTADO DE CITOLOGIA
- ¿ HA RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO DESPUES DEL RESULTADO?
- ¿ EN QUE HA CONSISTIDO ?
- ¿ QUE TRATAMIENTO SE ENCUENTRA LLEVANDO ACTUALMENTE?
- ¿ HA NOTADO ULTIMAMENTE ALGUN CAMBIO EN SU CUERPO?
- ¿ CUAL HA SIDO ?
- ¿ INFLUYO EN SU VIDA EL PADECIMIENTO QUE LE AQUEJA?
- ¿ DE QUE MANERA ?
- ¿ CADA QUE TIEMPO ACUDE A CONSULTA POR ESTE MOTIVO ?
- ¿ A QUE EDAD INICIO SUS RELACIONES SEXUALES?
- ¿ TUVO RELACIONES SEXUALES CON MAS DE UNA PAREJA?.....
- ¿ A SU PAREJA (S) SE LE (S) PRACTICO CIRCUNCISION SI () .
NO () .
- ¿ CADA QUE TIEMPO TENIA RELACIONES SEXUALES?.....
- ¿ CUANTAS VECES SE EMPARAZO ? ¿ CUANTOS PARTOS TUVO?..
- ¿ CUANTOS ABORTOS TUVO ? ¿PADECIO FLUJO VAGINAL?.....
- ¿ DURANTE CUANTO TIEMPO ?¿ RECIBIO TRATAMIENTO ?
- ¿ EN QUE CONSISTIO DICHO TRATAMIENTO ?
-
- ¿ USTED SE HABIA HECHO LA D.O.C. ?
- ¿ CUANTAS VECES ?
- ¿ QUE RESULTADOS LE HABIAN REPORTADO ?
- ¿ QUE OPINA DE LA D.O.C. ?.....
-

RESULTADOS .

Se estudiaron 100 pacientes detectadas con CaCa, por medio de citología exfoliativa en el período comprendido entre 1980 y 1983, en la U.M.F. No. 20 del I.M.S.S. Encontrándose la siguiente incidencia por año: Para el año de 1980, 8 pacientes (8%); - para 1981 33 pacientes (33%); para 1982, 14 pacientes (14%); para 1983, 45 pacientes (45%). (Vid. Infra. Cuadro y Gráfico - 1). En la serie estudiada el reporte de citologías fué el siguiente: Para el grado III, 54 pacientes (54%); para el grado IV, - 25 pacientes (25%); y para el grado V, 21 pacientes (21%). - (Vid. Infra Cuadro y Gráfico 2) . Encontrando la siguiente distribución por grupos de edad y grados de citologías exfoliativas del grupo de 20-29 años se encontraron 7 casos, (7%), correspondiendo, 4 casos al grado III, . 3 casos al grado IV, y cero para el grado V; de 30-39 años se encontraron 25 casos (25%), de los que 20 casos fueron grado III, 5 casos grado IV. y ninguno para el grado V. el grupo de los 40-49 años presentó 21 casos de CaCa. de los que, 15 correspondieron a grado III. 5 a grado IV, y 1 a grado V. Para el grupo de 50-59 años hubo 22 casos (22%), de los que, 11 fueron grado III, 5 grado IV, y 6 grado V. De los 60-69 años se presentaron 18 casos (18%), de los cuales, 1 correspondió al grado III, 6 al grado IV y 11 para el grado V. Para el grupo de los 70-79 años se presentaron 6 casos (6%), con la siguiente distribución por grados, grado III 2 casos; grado IV, 1 caso; grado V, 3 casos; para el grupo de los 80-89 años se presentó únicamente 1 caso (1%). el cual correspondió al grado III, no presentándose ningún caso para los grado IV y V, en este grupo de edad. (Vid. Infra. Cuadro y Gráfico 3). La evolución de las pacientes hasta el momento del estudio fué la siguiente; 68 pacientes (68%), se encontraban bajo control médico, 15 pacientes -

(15%), habían sido dadas de alta; 7 pacientes (7%), habían fallecido y 10 pacientes (10%), no fue posible localizarlas. Por este motivo se continuó el estudio con 83 pacientes (83%), ya que en 17 casos no pudo ser aplicado el cuestionario. (Vid. Infra Cuadro y Gráfico 4). Encontramos que en nuestra serie de 83-pacientes el tratamiento empleado fué el siguiente: Histerectomía 28 pacientes (33.7%); Histerectomía más Radioterapia 6 pacientes (7.2%); Radioterapia en 10 pacientes (12.0%); Tratamiento Médico 39 pacientes (47.1%). (Vid. Infra Cuadro y Gráfico 5). La edad de inicio de relaciones sexuales por grupo de edad fué la siguiente: de 10 a 14 años, 1 paciente (1.2%); de 15-19 años, 58 pacientes (69.8%); de 20-24 años, 22 pacientes (26.5%); de 25-29 años, 2 pacientes (2.4%). (Vid. Infra. Cuadro y Gráfico 6). La paridad en el grupo de estudio fué la siguiente: -- Cero partos 1 paciente (1.2%); de 1-3 partos, 15 pacientes (18.0%); de 4-6 partos 34 pacientes (41.0%); de 7-9 partos 19 pacientes (22.9%); de 10-12 partos, 12 pacientes (14.5%); de 13 o más partos 2 pacientes (2.4%). (Vid. Infra Cuadro y Gráfico 7). La frecuencia de relaciones sexuales por mes en pacientes con CaCu. Se presentó en la forma siguiente: 15 coitos por mes, 19 pacientes (22.8%); 6 coitos por mes, 18 pacientes (21.7%); 4 coitos por mes, 24 pacientes (29.0%); 3 coitos por mes, 9 pacientes (10.8%); 1 coito por mes, 3 pacientes (3.7%). (Vid. Infra. Cuadro y Gráfico 8). De las 83 pacientes estudiadas 47 refirieron no haber presentado abortos (56.7%); 36 refirieron haber presentado aborto en alguna ocasión (43.3%). (Vid. Infra. Cuadro y Gráfico 9). Y el número de abortos referidos por las 36 pacientes (43.3%) fué de la siguiente manera descrito: 1 aborto, 16 pacientes (44.4%); 2 abortos, 13 pacientes (36.2%); 3 abortos, 6 pacientes (16.6%); 4 abortos, 1 pa-

ciente (2.8%). (Vid. Infra. Cuadro y Gráfico 10). De las pa---
 cientes estudiadas 50 refirieron antecedente de leucorrea (60%)
 y 33 de las pacientes negaron el antecedente de leucorrea (40%).
 (Vid. Infra. Cuadro Y Gráfico 11). De las 83 pacientes entrevista
 das 68 refirieron haberse practicado citología exfoliativa con
 anterioridad (82%); 15 pacientes negaron haberse practicado la
 citología exfoliativa (18%). (Vid . Infra. Cuadro 12). La tas
 a de morbilidad de CaCa. Para el año de 1983, en la U.M.F. No.20
 fué de 2.0 por 10 000 derechohabientes, y la tasa de mortalidad
 fué de 0.26 por 10 000 derechohabientes . El porcentaje de pacientes
 que presentaron CaCa, en 1983, fué de 0.53%, sobre el número de
 de citologías practicadas en el mismo año (8,430). (Los datos
 para la formulación de las tasas de morbilidad, mortalidad y porcent
 ajes fueron recabados del archivo de la Unidad). De nuestro
 grupo de 100 pacientes con CaCa, se presentó una mortalidad del -
 7%, por la misma causa, sus edades variaron de los 60 a los 72 -
 años, con un promedio de 65 años, en todas estas pacientes se re--
 portó Ca. epidermoide invasor y la sobrevida promedio a partir --
 de la fecha del reporte de la citología fué de 18 meses .

CUADRO I.

Pacientes con CaCa. Detectado por citología exfoliativa por año (1980,1981,1982,1983), en la U.M.F.No.20 I.M.S.S.

AÑO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE DE PACIENTES
1980	8	8
1981	33	33
1982	14	14
1983	45	45
TOTAL	100	100 %

CUADRO 2.

Grados de citologías positivas en pacientes con CaCa U.M.F. I.M.S.S. (1980-1983).

GRADO	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE DE PACIENTES
III	54	54
IV	25	25
V	21	21
TOTAL	100	100 %

CUADRO 3 .

Pacientes con CaCa. Por grupo de edad y grado de citología-exfoliativa, U.M.F. No. 20. I.M.S.S. (1980-1983).

EDAD	GRADOS			TOTAL CASOS	PORCENTAJE
	III	IV	V		
20-29	4	3	0	7	7
30-39	20	5	0	25	25
40-49	15	5	1	21	21
50-59	11	5	6	22	22
60-69	1	6	11	18	18
70-79	2	1	3	6	6
80-89	1	0	0	1	1
TOTAL	54	25	21	100	100%

CUADRO 4 .

Evolucion de pacientes con CaCa. U.M.F.No. 20. I.M.S.S.
(1980-1983) .
(Hasta la aplicación del formulario).

EVOLUCION	PACIENTES	PORCENTAJE
CONTROL	68	68
ALTA	15	15
FINADAS	7	7
NO LOCALIZADAS	10	10
TOTAL	100	100%

CUADRO 5.

Tratamiento empleado en pacientes con CaGc. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. (1980- 1983).
(Información verbal de las pacientes).

TRATAMIENTO	PACIENTES	PORCENTAJE
HISTERECTOMIA	28	33.7
HISTERECTOMIA Y RADIOTERAPIA	6	7.2
RADIOTERAPIA	10	12.0
+ MEDICO	39	47.1
TOTAL	83	100.0%

+ Dichas vaginales y ovulos (Nitrofurazona, Metronidazol, -- Nistatina).

CUADRO 6.

Edad de inicio de relaciones sexuales, por grupo en pacientes con CaGc. U.M.F. No. 20, I.M.S.S. (1980-1983).

EDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
10-14	1	1.2
15-19	58	69.8
20-24	22	26.5
25-29	2	2.4
TOTAL	83	100.0 %

CUADRO 7.
Paridad en pacientes con CaCu. U.M.F. No.20 I.M.S.S.
(1980-1983).

PARTOS	PACIENTES	PORCENTAJE
0	1	1.2
1-3	15	18.0
4-6	34	41.0
7-9	19	22.9
10-12	12	14.5
13 o más	2	2.4
TOTAL	83	100.0 %

CUADRO 8.

Frecuencia de relaciones sexuales por mes, pacientes con CaCu.U.M.F. No.20 I.M.S.S. (1980-1983).

NUMERO DE RELACIONES SEXUALES POR MES.	PACIENTES	PORCENTAJE
15	19	22.8
6	18	21.7
4	24	29.0
3	10	12.0
2	9	10.8
1	3	3.7
TOTAL	83	100.0 %

CUADRO 9.

Pacientes con CaCu. que presentaron abortos, U.M.F. No 20
I.M.S.S. (1980-1983).

ABORTOS	PACIENTES	PORCENTAJE.
SI	36	43.3
NO	47	56.7
TOTAL.	83	100.0%

CUADRO 10.

Numero de abortos en pacientes con CaCu. U.M.F. No. 20.
I.M.S.S. (1980-1983) .

NUMERO DE ABORTOS	PACIENTES	PORCENTAJE
1	16	44.4
2	13	36.2
3	6	16.6
4	1	2.8
TOTAL	36	100.0%

CUADRO II.

Antecedente de leucorrea en pacientes con CaC_u.U.M.F. No.20
I.M.S.S. (1980-1983).

LEUCORREA	PACIENTES	PORCENTAJE
SI	50	60
NO	33	40
TOTAL	83	100 %

CUADRO 12.

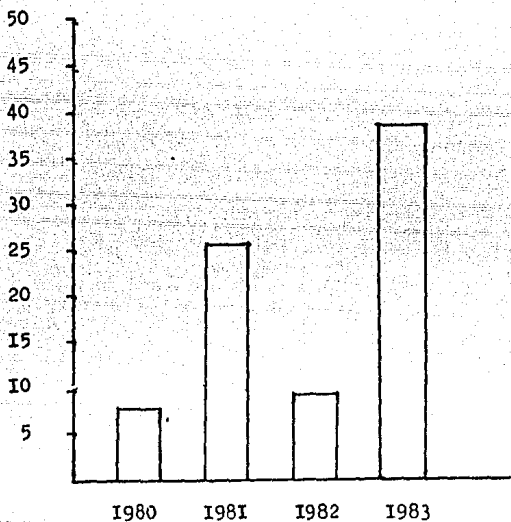
Antecedente de citologías previas en pacientes con CaC_u. de
la U.M.F. No. 20 . I.M.S.S. (1980-1983).

CITOLOGIAS PREVIAS .	PACIENTES	PORCENTAJE
SI	68	82
NO	15	18
TOTAL	83	100%

GRAFICO I.

Pacientes con CaCu. Detectados por citología exfoliativa por año (1980,1981,1982,1983), en la U.M.F.No.20.I.M.S.S.

PACIENTES



AÑOS.

GRAFICO 2.

Grados de citologías positivas en pacientes con CaG.
U.M.F. No. 20.I.M.S.S. (1980-1983).

PACIENTES

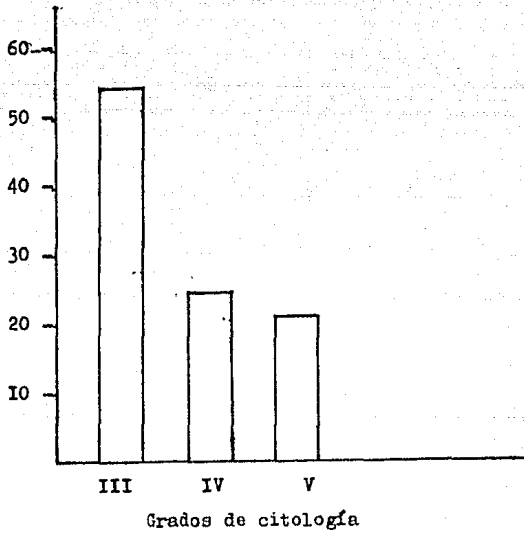


GRAFICO 3.

Pacientes con CaCu. Por grupo de edad, U.M.P. No.20
I.M.S.S. (1980-1983).

PACIENTES

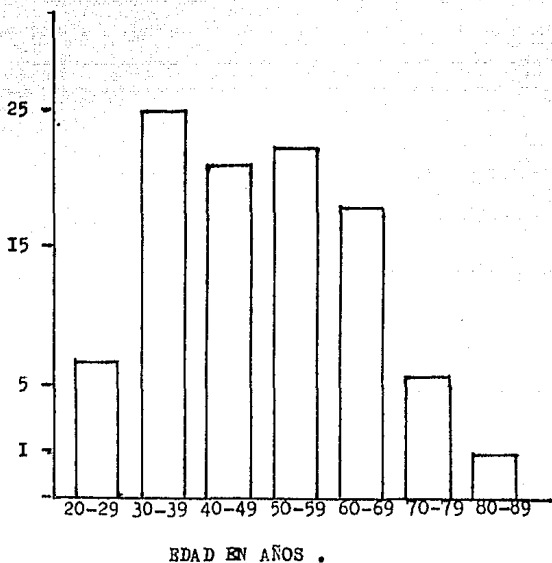
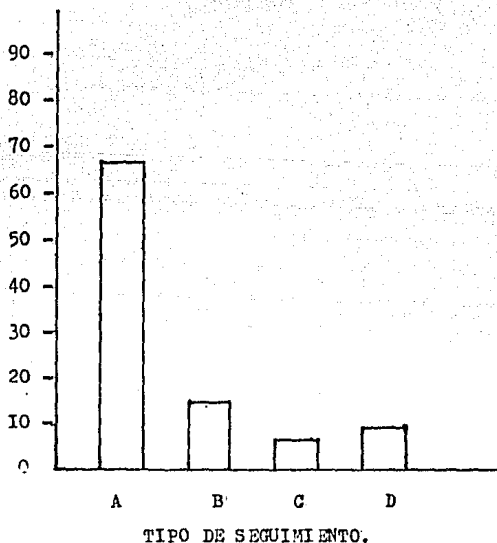


GRAFICO 4.

Evolución de pacientes con CaCa. U.M.F. No. 20.I.M.S.S.
(1930-1933).
(Hasta el momento de la aplicación del formulario).

PACIENTES

%



A.- CONTROL.

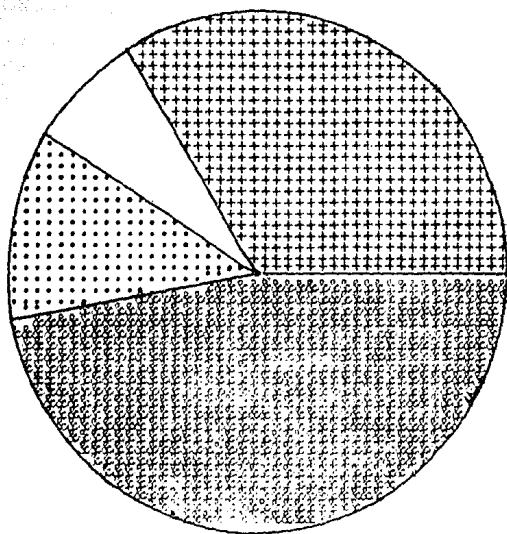
B.- ALTA.

C.- FINADAS.

D.- NO LOCALIZADAS.

GRAFICO 5.

Tratamiento empleado en pacientes con CaCu.U.M.F. No.20
I.M.S.S. (1980-1983) .



HISTERECTOMIA



HISTERECTOMIA

Y

RADIOTERAPIA



RADIOTERAPIA



MEDICO

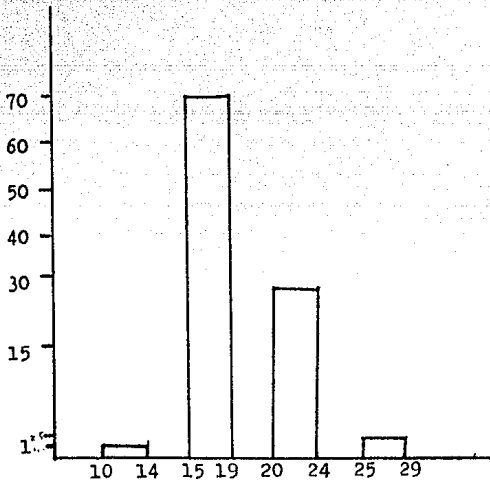


GRAFICO 6 .

Edad de inicio de relaciones sexuales, pacientes con CaCa
U.M.F. No. 20. I.M.S.S. (1980-1983).

PACIENTES

4



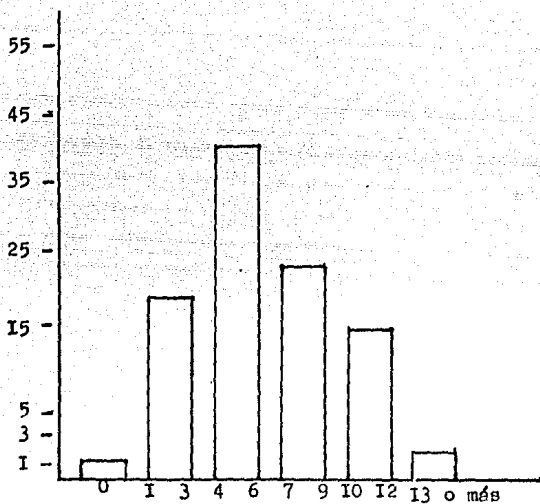
EDAD EN AÑOS.

GRAFICO 7.

Paridad en pacientes con CaCa. U.M.F. No. 20.I.M.S.S.
(1980-1983) .

PACIENTES

%



PARI DAD.

GRAFICO 8.

Frecuencia de relaciones sexuales por mes, pacientes con
CaCu. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. (1980-1983) .

PACIENTES
NUMERO.

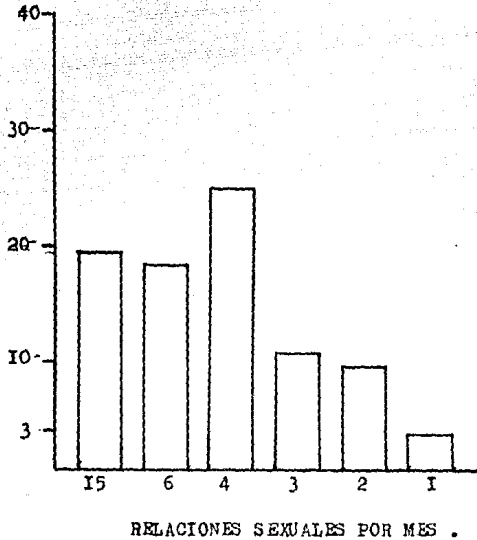


GRAFICO 9 .

Pacientes con CaCu. que presentaron abortos, U.M.F. No.20
I.M.S.S. (1980-1983).

PACIENTES

✕

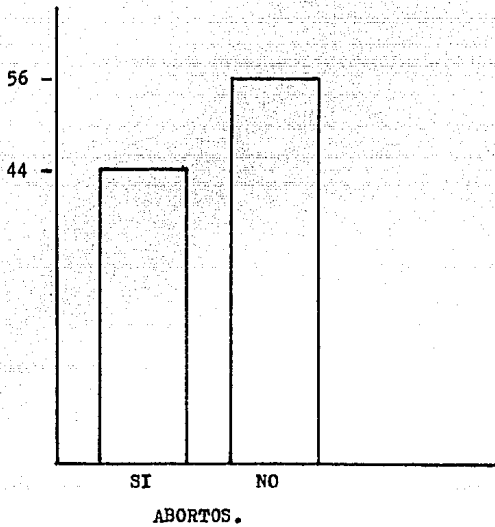


GRAFICO IO.

Numero de abortos en pacientes con CaCu. U.M.F. No.20 .
I.M.S.S. (1980-1983) .

PACIENTES

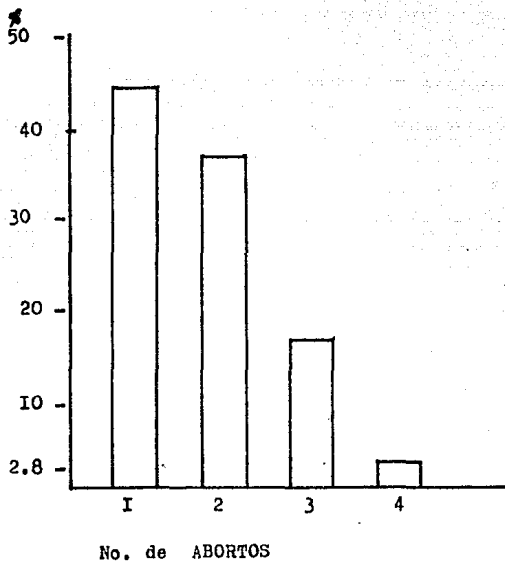
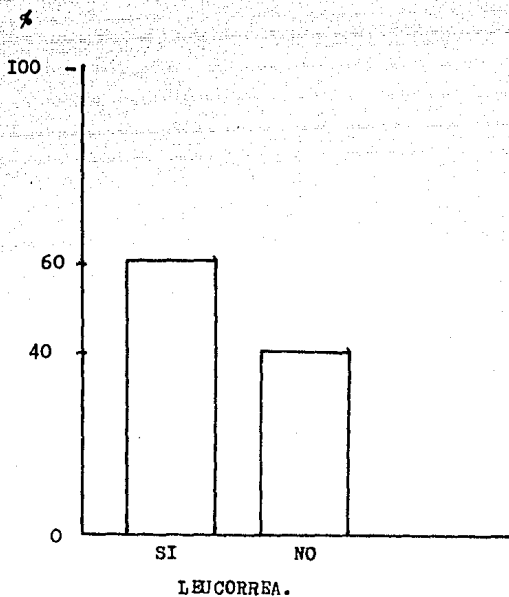


GRAFICO II.

Antecedente de leucorrea en pacientes con CaCi. U.M.F. No. 20, I.M.S.S. (1980-1983).

PACIENTES



ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Los resultados del estudio muestran que en el período de 1980 a 1983 se detectaron por medio de citología exfoliativa 100 pacientes con CaCu, encontrando la mayor incidencia durante el año de 1983 con 45 casos, lo que corresponde al 45% del total de la serie estudiada (vid. supra. Cuadro y Gráfico 1). Durante este año se realizaron un total de 8,438 citologías, representando los 45 casos de CaCu el 0.53% del total de estas de_{te}cciones. Si consideramos que durante el año de 1980 se detectaron 8 casos de CaCu, durante el año de 1981, 33 casos de CaCu y durante 1982, 14 casos de CaCu, los datos sugerirían que la incidencia de CaCu ha ido en aumento comparándolos con los 45 casos detectados en 1983, sin embargo, esto no puede asegurarse ya que no se pudo obtener, por no encontrarse en el archivo de la Unidad, el total de citologías realizadas durante los años de 1980 a 1982.

En la muestra estudiada se encontró que en poco más de la mitad de los casos (54%) las citologías exfoliativas fueron reportadas Grado III; en el 21% (21 pacientes) grado V y en el 25% (25 pacientes) grado IV. (vid. supra. Cuadro y Gráfico 2). Según lo establecido, el grado III o displasia cervical es considerado como una lesión neoplásica que constituye la fase más temprana del proceso carcinogénico del cervix, precediendo al carcinoma In Situ (5,6,7). Encontramos que el mayor número de detecciones en etapa III fué en los grupos de edad comprendidos entre los 30 y 59 años de edad (46 pacientes); las detecciones en Grado IV no mostró diferencias significativas con respecto a los grupos de edad y el mayor número de casos en etapa V se encontró en las pacientes de 60 a 69 años de edad (vid. supra.-

Cuadro y Gráfico 3). El encontrar que solo un poco más de la mitad de casos de CaCu (54%) son detectados en etapas tempranas, - (citología Grado III) nos hace pensar que aún no es del completo conocimiento de la población en general, la necesidad de acudir oportunamente a realizarse este exámen ya que como podemos darnos cuenta por los datos enunciados la detección de CaCu en etapas tardías constituye un porcentaje muy importante (46% del total de los casos). Además los resultados anteriores coinciden con los de autores que mencionan la iniciación del proceso carcinogénico entre las edades de 27 y 49 años (8,9,10).

Con respecto a la evolución de las pacientes desde el momento en que se les detectó CaCu hasta la fecha de este estudio se encontró que la mayor parte de las pacientes (68 casos) continúan bajo control médico específico en el Hospital de Oncología de CMI. Solo en 15 pacientes (15%) se han establecido criterios de curación por lo que han sido dadas de alta. Hasta la fecha 7 pacientes (7%) con edad promedio de 65 años y en las cuales se había reportado Ca epidermoide invasor han fallecido, - estas pacientes presentaron una supervivencia de 13 meses, en promedio, posterior a la fecha de reporte de la citología. En el 10% de los casos (10 pacientes) no fué posible conocer su evolución ya que no se pudieron localizar (vid. supra Cuadro y Gráfico 4). Queda puesto de relieve la importancia de la detección oportuna de este padecimiento, ya que como podemos ver 15 pacientes, en quienes probablemente se les detectaron estudios iniciales de CaCu han alcanzado la curación, en contraste con las pacientes a las cuales se les detectó el CaCu en etapas avanzadas y que permanecen todavía bajo control o han fallecido; estos datos -- son apoyados por reportes breves en la literatura, en los cuales se menciona al carcinoma epidermoide como la variedad más -

frecuente de los carcinomas del cérvix, con una mortalidad del 100% en estadios avanzados (10).

Por otra parte el tratamiento empleado en las pacientes, según información verbal de ellas mismas, fué histerectomía, -- histerectomía más radioterapia y tratamiento médico principalmente a base de duchas vaginales y ovulos, dependiendo de la fase de CaCu en que se encontraran (vid. supra Cuadro y Gráfico 5) Encontramos que el tratamiento empleado con mayor frecuencia -- fué el médico, lo que era de esperarse ya que la mayor parte -- de las citologías fueron reportadas como grado III (54%) y como ha quedado ya establecido en los antecedentes científicos es el manejo inicial primordial que debe proporcionarse en estas pacientes para continuar posteriormente su estudio diagnóstico.

Se han establecido, por diversos estudios epidemiológicos, factores de riesgo para la presentación de CaCu como son: la -- edad de inicio de relaciones sexuales, la multinidad, frecuencia de relaciones sexuales, abortos, exposición a procesos infecciosos, parejas no circuncidadas. Los datos encontrados en -- nuestro estudio con respecto a estos factores predisponentes -- son muy similares a los publicados previamente. En nuestra serie de 83 pacientes que pudieron ser entrevistadas se encontró -- que el 69% (58 pacientes) había iniciado su vida sexual en épocas tempranas de la vida, entre los 15 y 19 años de edad. Aunque se ha visto frecuentemente asociado con CaCu este antecedente carece de validez en forma aislada por lo que se debe considerar con reserva (vid. supra Cuadro y Gráfico 6).

Por lo que respecta a la paridad, se encontró en el presente estudio que casi todas las pacientes (98.8%) a las que se -- les detectó CaCu eran multíparas; habiéndolo tenido el 41% (34 pacientes) de 4 a 6 partos y solo 2 pacientes (2.4%) refirieron --

más de 13 partos (vid. supra. Cuadro y Gráfico 7). Este dato al igual que el anterior debe tomarse con reserva para no caer en el error de considerar a toda mujer múltipara como candidata -- para desarrollar CaCu.

En nuestro estudio la frecuencia de relaciones sexuales -- por mes, no mostró una clara influencia sobre la presentación de CaCu. Se encontró una variabilidad importante en la frecuencia de las relaciones sexuales, la cual fué desde 15 veces por mes en 19 pacientes (22.8) hasta una vez por mes en 3 pacientes (3.7%), encontrándose en 24 pacientes que tenían relaciones --- sexuales 4 veces por mes (vid. supra Cuadro y Gráfico 8). Según este dato, en nuestras pacientes estudiadas podemos decir que -- la frecuencia de las relaciones sexuales no está asociado con -- la presentación de CaCu.

Al igual que en el caso anterior la asociación entre número de abortos y presencia de CaCu no es evidente, ya que en la serie estudiada 36 pacientes (43.3%) refirieron haber presentado abortos y 47 pacientes (56.7%) negaron haber abortado (vid. supra Cuadro y Gráfico 9). El número de abortos presentados por las pacientes fué variable: 16 pacientes (44.4%) refirieron solamente un aborto y solo una paciente (2.8%) refirió 4 abortos (vid. supra Cuadro y Gráfico 10).

Ahora con respecto al antecedente de leucorrea en las pacientes con CaCu se encontró que el 60% (50 pacientes) la habían presentado (vid. supra Cuadro y Gráfico 11). Este dato refleja una estrecha relación entre la presentación de infecciones vaginales productoras de leucorréa y la presentación de --- CaCu. Esto debe ponernos alertas para suministrar el manejo temprano y adecuado en estos casos, además de que se deberá derivar a estas pacientes para que se les realice citología exfoliativa.

En nuestro estudio se encontró que la mayoría de las pacientes a las que se detectó CaCu tenían su pareja sexual no circuncidada (98,7% de la serie estudiada). Este factor se ha descrito como causa predisponente, sin embargo, en la actualidad únicamente puede y debe considerarse como asociado.

Encontramos que las pacientes a las que se les detectó CaCu en su gran mayoría (82%) se habían realizado con anterioridad citologías exfoliativas (vid. supra. Cuadro 12). Este dato nos orienta acerca de la rápida evolución del padecimiento y por lo tanto de la necesidad de efectuar la citología exfoliativa como un procedimiento periódico obligatorio.

Encontramos que la tasa de morbilidad para el año de 1983- fué de 2.0 por 10 000 derechohabientes en la Unidad de Medicina Familiar No. 20. Únicamente pudimos elaborar esta tasa de morbilidad con los datos de nuestra unidad y del año 1983 ya que no contamos con los datos de número de casos a nivel general por lo que no podemos establecer comparaciones con otros estudios. Con respecto a la tasa de mortalidad, sucede lo mismo que con la de morbilidad, por lo que únicamente se realizó con los mismos datos y se encontró que fué de 0.26 por 10 000 derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 20.

CONCLUSIONES.

- Se demuestra la utilidad de la citología exfoliativa en la detección de cáncer cervicouterino.
- La mayor parte de las citologías exfoliativas fueron reportadas Grado III (54%) y un porcentaje considerable Grado IV -- (.25%) y Grado V (21%).
- El grupo de edad más afectado por cáncer cervicouterino es el de 30 a 39 años.
- La mayor parte de las pacientes en las que se detectó CaCu. -- por citología exfoliativa, sobreviven y se encuentran recibiendo tratamiento en Oncología de CMN. I.M.S.S.
- Del 21% de la pacientes en quienes se detectó Citología exfoliativa Grado V, han fallecido, 7 pacientes (33 %).
- El manejo inicial en pacientes con citología exfoliativa Grado III es el médico.
- La multiparidad se encuentra frecuentemente asociada a CaCu.
- La no circuncisión de la pareja sexual se encuentra frecuentemente asociada a CaCu. en la U.M.F. No. 20 I.M.S.S.
- Las infecciones vaginales son un antecedente frecuente en las pacientes con CaCu. en la U.M.F. No.20 I.M.S.S.
- El inicio de relaciones sexuales a temprana edad se encuentra frecuentemente en pacientes con CaCu. en la U.M.F. No.20 .
- La mayoría de las pacientes (82%), en quienes se detectó cáncer cervicouterino se habían practicado citología exfoliativa previa.

COMENTARIO

Esta investigación fué planeada inicialmente para llevarse a cabo en las pacientes a quienes se les había detectado CaCa. - Por medio de citología exfoliativa en los 5 años previos a la -- iniciación de este estudio, sin embargo esto no fué posible ya - que los datos correspondientes no se pudieron localizar en los - archivos de esta Unidad, por lo que nos vimos precisados a reali- zarlo con los datos de los años 1980-1983.

Posteriormente una de las dificultades que se presentaron - al intentar captar los datos referentes a las pacientes motivo - de estudio fué la existencia incompleta de estos datos en los -- archivos de la unidad, por lo que se tuvo que recurrir, al archivo General de Epidemiología del I.M.S.S.

Una nueva dificultad se presentó cuando se trató de localizar a las pacientes en su domicilio ya que en una proporción importante eran incorrectos o falsos. Esto indica la necesidad de que el control de estas pacientes sea llevado en forma más estricta en su Unidad de Adscripción para poder llevar a cabo el segui- miento de su padecimiento .

Consideramos que en terminos generales el programa de Detección Oportuna de Cáncer es eficiente y ayuda a descubrir los -- casos tempranos de Cáncer Cervico Uterino. Encontramos sin embar- go que existe un porcentaje considerable de la población que acu- de tardíamente, y por lo tanto se les detecta cáncer en etapas - incurable, esto refleja la necesidad de implementar programas de educación y orientación a la población en general para lograr la concientización de esta con el fin de disminuir la incidencia de Cáncer Cervico Uterino en nuestro país.

Por otra parte consideramos conveniente valorar los factores de riesgo de CaCa. en cada una de las pacientes que acuden a consul- ta que complementará con estudios citológicos periódicos.

RESUMEN.

Se trata de un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo en el que se analizan 100 casos de CaCu detectados por citología exfoliativa durante los años de 1980 a 1983, con el objetivo de evaluar la evolución de las pacientes en las que se detectó el hasta la fecha del estudio.

La muestra quedó representada por 100 pacientes en quienes se detectó CaCu por citología exfoliativa en el servicio de Medicina Preventiva de U.M.F. No. 20. Se excluyeron las pacientes con citologías grado I y II. Se realizaron entrevistas a las pacientes adscritas y los resultados fueron expuestos en cuadros y gráficas procediendo posteriormente a su análisis. Encontrando los siguientes resultados importantes:

Durante los años de 1980 a 1983 se reportaron 100 casos de CaCu detectados por citología exfoliativa, correspondiendo el mayor porcentaje al año de 1983. La mayor parte de las citologías fueron reportadas como grado III, que es considerada la fase más temprana del proceso carcinogénico. El grupo de edad más afectado por el CaCu es el de 30 a 49 años de edad. La mayor parte de las pacientes se encuentran aún bajo control médico y el 7% del total de la serie ha fallecido hasta el momento del estudio. El tratamiento inicial establecido en la mayoría de las pacientes es el médico. Se demuestra una clara relación entre factores predisponentes (edad de inicio de relaciones sexuales y la frecuencia de las mismas, parejas no circuncidadas, abortos, procesos infecciosos) y presentación de CaCu.

Se encontraron una tasa de morbilidad de 2.0 por 10 000 derechohabientes y una tasa de mortalidad de 0.26 por 10 000 derechohabientes en nuestra unidad de estudio.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Balagueo Ll.L. El carcinoma In Situ del cuello uterino, Espax. Barcelona.1971 . Pag. 100.
- 2.- Novak Edmun R. Et. Al. Carcinoma de Cuello Uterino. Tratado de Ginecología. Edit. Interamericana, México, 1974, p 123-131.
- 3.- Ostergard D. y Gordon B. Outpatient therapy of preinvasive-cervical neoplasia. Selection of patients with the use of-coldoscopy. Am. J. Obstet. and Gynecol, 1973, Vol. 115, p - 783.
- 4.- Rodríguez C: Carcinoma Cervico Uterino. Tribuna Médica México, 1973, Vol. 24 . No.3.
- 5.- Richart RM. Natural History of cervical intraepithelial neoplasia. Clin. Obstet. and Gynec. Unites States of America, -- 1968. Vol.5, p 748-784.
- 6.- Shinglenton H.M. And Col. Homan Cervical Intraepithelial: - Fine structure of Displasia and Carcinoma In Situ. Cáncer - Res. Unites States of America, 1968, Vol. 28, p 695-706.
- 7.- Stern E. Epidemiology of displasia . Obst. And Gynecol Survery . Unites States of America, 1969, Vol.24, p 711-723.
- 8.- Tenorio González P. Pesquisa del carcinoma Cervico Uterino- en la consulta diaria. Rev. de la Fac. de Med. U.N.A.M. México, 1982. No.7, Vol XXV. p 168-175-

- 9.- Tenorio González F. Carcinoma Intraepitelial del cervix .Rev. de la Fac. de Med. U.N.A.M. México, 1982, No.5, Vol. XXV, — p 218-222.
- 10.- Tenorio González F. Carcinoma Invasor del Cervix Uterino .- Rev. de la Fac. de Med. U.N.A.M., México, 1982. No. 7 . Vol. XXV., p 297-307.
- II.- Zuckermann C. Detección de los cánceres de Cuello Uterino - Rev. Méd. del I.S.S.S.T.E. México, 1971 , Vol.6, p 463 .