

Artículo Original

Siglo XXI: Hallazgos comparativos del riesgo oncogénico cervical y su seguimiento 2000-2007

Dr. Jorge Luis Garrido M.*

Resumen

En el período 2000-2007, revisamos 3,737 pacientes con la colposcopia de rutina, la citología y biopsias del cérvix en los casos que así lo ameritaran, y se encontró un incremento de las lesiones definidas como displasias de un 20% en comparación a las encontradas en los estudios del siglo pasado, lo cual reafianza entre estas las asociadas al HPV en el 96.5% y el 80% del siglo pasado. En relación con la infección del HPV, encontramos que la forma pura no solo fue alcanzada sino superada por la forma asociada a las displasias y al cáncer en el año 2005-2006, comportamiento del todo irregular de lo usual.

A la gran mayoría de estas pacientes la guiamos a los tratamientos locales conservadores, entre los que prevalecieron la criocirugía y la cauterización, y su evolución fue la curación en el 81%, considerada esta como la destrucción de la lesión, la negatividad de la citología y eventual biopsia, lo que nos permite afirmar la alta vulnerabilidad del virus, no obstante su mayor agresividad como grado de lesión R. O. cérvico uterino, sustentado esto por el alto grado de lesión diagnosticada en el riesgo oncogénico cérvico uterino.

Palabra clave: Riesgo oncogénico: Incidencia – grado de patología- evolución.

Introducción

Iniciamos estos estudios en el año de 1982, hasta el 2007, y llegamos a cubrir 11,112 pacientes, 23,033 colposcopias, 22,504 colpocitologías y 5,587 biopsias dirigidas. De estas pacientes, hemos seleccionado aquellas atendidas en el siglo XXI examinadas en la ciudad capital, procedentes de todas las provincias de la República de Panamá y aquellas en las giras a la comunidad de Pocrí de Los Santos para comparar los hallazgos con las pacientes atendidas entre 1982 y 1999. Tab.1 Entre los años de 1982 y 1999 atendimos 8,076 pacientes y en el siglo XXI 3,737 pacientes, a las cuales aplicamos la colposcopia directa, la toma de la muestra para la citología, la colposcopia ampliada con la

Abstract

During 2000 to 2007, 3,737 patients were evaluated using colposcopy, pap smear and when indicated, cervical biopsies. An increased number of lesions compatible with displasias were found, with a raised incidence of 20% when compared with the previous reported incidence in the previous century (96.5% vs 80%). in regard to hpv infection there were no cases of pure viral infections but all were associated to displasias and cancer during 2005 and 2006.

Most of the patients were treated with local destructive treatments consisting mainly cryotherapy and cervical cauterization with a success rate of 81% when evaluated as lesion destruction and negativity of pap smear and control biopsies which is interpreted as high vulnerability of the virus to treatments used even when the oncogenic risk of the latter is high according to our findings.

Key words: Oncogenic risk, pathological grade, displasia evolution.

aplicación secuencial de acido acético, la solución de Lugol y la aplicación del bisulfito de sodio, seguido de la eventual biopsia dirigida de inmediato o programada [1] [2] [3] [4]

Tabla 1: PERIODOS DE ATENCION

	PERIODOS		
	1982-2000 (18 años)	2000-2007 (7 años)	1982-2007 (25 años)
Pacientes	8,076	3,036/3,773	11,112
Colposcopias	15,338	7,695	23,033
Citologías	14,897	7,607	22,504
Biopsias	4,029	1,558	5,587
R. O.	4,439	1,567	6,006
R. O. %	56%	52%	54%

*Ancec-Chemsa-Fundación Chemsa Panamá

Material y método

En los 25 años de estudio, evaluamos 11,112 pacientes, de las cuales 3,036 fueron evaluadas entre el 2000 y 2007. Se realizaron 7,695 citologías y 1,558 estudios histológicos o de biopsia dirigidas.

Cabe señalar que la población atendida en más del 50% es el resultado de la propia gestión de salud o sea que fue por control de salud. En ellas aplicamos la colposcopia de rutina y se alcanzó el diagnóstico de riesgo, con citología negativa en un número significativo de ellas. En otros casos, se realizó el estudio aplicando la colposcopia selectiva, como consecuencia de citología francamente patológica o por la referencia de lesión cervical clínica a riesgo y, por último, a aquellas pacientes con tres o más citología repetitivas de alteraciones inflamatorias.

El estudio colposcópico se realizó respetando los pasos usuales de colposcopia directa y la ampliada, a la cual se le agregó la aplicación del Bisulfito de sodio, como último paso. La citología fue tomada como primer paso, antes de realizar la colposcopia ampliada, en los casos de colposcopia de rutina y la biopsia de inmediato frente a la imagen o cuadro patológico, mientras que en las selectivas se realizaron directamente la colposcopia y la biopsia dirigida de inmediato. [5]

Alcanzado el diagnóstico de Riesgo Oncogénico (R. O.), se guió a las pacientes a los tratamientos conservadores en su gran mayoría o estas fueron devueltas a sus médicos. A todas se les ilustró referente al diagnóstico, a los tratamientos y al seguimiento como arma única para determinar la efectividad de los tratamientos o sea su pronóstico hipotético y/o el real y evitar la progresión hacia el cáncer cérvico - uterino.

Resultados

De las 3,773 pacientes atendidas en el siglo XXI, 3,036 pacientes eran nuevas y las restantes conocidas.

Aún cuando el R.O. en su totalidad mantuvo su incidencia (56% y 52%), respectivamente, en el grupo I y el grupo II, observamos que el desglose de las distintas patologías experimentó cambios significativos, con descenso marcado de la infección del virus de papiloma humano en su forma pura o sola de un 18% y del cáncer en un 2%, mientras que las displasia (D), aumentaron en el 19.5%, y que en las lesiones colposcópicas puras no hubo cambio alguno. El diagnóstico de HPV en su totalidad, (puro o asociado a displasias o cáncer), mantuvo su incidencia

comparativamente para los tres ciclos evaluados I / II / III (85.5% - 84.4% - 85.3%, respectivamente.). Tabla 2.

Tabla 2: HALLAZGOS COMPARATIVOS DEL RIESGO ONCOGENICO 1982-2007

HALLAZGOS	PERIODOS		
	1982-2000	2000-2007	1982-2007
HPV puro	3,160 71%	834 53%	3,994 66.5%
Displasias	550 12.4%	500 31.8%	1,050 17.4%
Cánceres	175 3.9%	31 1.9%	206 3.4%
R. O. Puro	548 12.3%	196 12.5%	744 12.5%
Herpes V	6 0.1%	6 0.2%	12 0.2%
R. O. Total	4,439 55%	1,567 51.6%	6,006 50.1%
HPV total	3,799 85.5%	1,330 84.4%	5,129 85.3%

De igual forma cuando revisamos la participación del HPV en el riesgo onco-genico, nos percatamos de que para el siglo XXI, este se incrementó de un 20% a expensas de los asociados a la displasia o cáncer, y su participación en esta asociación fue casi exclusiva en la génesis de las displasias o asociación a ellas con el 96%. Tabla 3.

Tabla 3: COMPORTAMIENTO DEL HPV PURO Y/O ASOCIADO

HPV puro	3,160	83%	834	63%	3,994	78%
HPV asoc	639	17%	496	37%	1,135	22%
Displasia	514	80%	476	96.2%	990	87%
Cáncer	125	20%	20	3.8%	145	13%
	3,799		1,330		5,129	

La infección del HPV puro, a pesar de que experimentó un descenso en su incidencia con 834 casos, tuvo un aumento significativo de un 20% en los casos asociados, que en el análisis anual nos demostró que en los años del 2005 y 2006 los casos de HPV asociados superaron los casos puros, y se consideran estos como “cruce de camino entre estas dos formas del HPV”. [6]

Hemos dedicado especial atención al R. O. del siglo XXI, pues su comportamiento es del todo particular. El mayor aporte procedió de las pacientes nuevas con el 86.3%,

seguido del de las pacientes ya en el estudio y sin patología hasta ahora con el 8.4% y, por último aquellas de aquellas pacientes que progresaron a un grado mayor de patología con el 5.2%.

El diagnóstico de patología en los del siglo XXI fue de HPV puro con el 53.2%, las displasias con el 31.9%, el

cáncer con el 2%, el R.O. clínico puro con el 12.5% y por último el herpes con el 0.4%. Estas cifras demuestran que las Displasias se incrementaron en forma tan marcada, de superar en los años 2005 y 2006 los casos de hpv puro, pero conservando las proporciones en referencia a las leves, las moderadas y las severas, respectivamente 313, 153 y 39 casos. Tab. 4 [7] [8].

Tabla 4: PARTICIPACION ANUAL DE LAS PATOLOGÍAS EN LAS PACIENTES CON R.O. (2000-2007)

Nombre de la Patología	AÑOS								
	00	01	02	03	04	05	06	07	Tot
R.O. Puro	41	41	45	40	20	17	15	20	239
HERPES	1	2	1	1	0	1	0	0	6
HPV Puro	93	58	140	219	111	112	66	68	867
DISP. Leve	19	11	31	53	11	70	75	43	313
DIPL. Moderada	6	1	14	25	17	34	34	22	153
DISP. Severa	3	4	5	6	4	5	10	2	39
CA Insitu	1	3	5	5	1	5	0	1	21
CA Invasor	3	0	0	5	0	0	0	0	8
ADENO CA	1				1				2
Total	168	120	241	354	165	244	200	156	1,648

239	-43	196
6	0	6
867	-33	834
505	-5	500
31	0	31

La mayoría de las pacientes fueron guiadas a tratamientos conservadores locales, cuyo 59% correspondió a la crioterapia, 32% a las Cauterizaciones y 9% a otros para un total de 814 pacientes, equivalente al 52% de las pacientes con R. O. en este siglo de las cuales se tiene conocimiento. Tab. 5 [9].

Tabla 5: TRATAMIENTOS CONSERVADORES LOCALES.

Tipo de Tratamiento	AÑOS									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total	%
Crioterapia	18	28	62	83	47	110	70	60	478	59%
Cauterización	58	4	62	75	18	17	11	13	258	32%
Otros		27	17	12	5	1	8	8	78	9%
Total	76	32	124	158	65	127	81	73	814	100%

Pacientes con R.O. a las cuales llevamos el seguimiento hasta el 2007

El seguimiento de las pacientes a las cuales se conoce su evolución nos permite saber y comparar las respuestas a los tratamientos locales, que al 2007 correspondió a la curación en el 81%, la cual se considera como la desaparición clínica de la lesión, a la negativización de la citología y/o la

histología, a la mejoría en el 6%, la persistencia en el 6.1% y la progresión en tan solo en el 1.6%. Dichas cifras son las encontradas en las pacientes evaluadas en el año 2007 y correspondientes a todas las pacientes con R.O. en los 25 años de estudio. [10]

Tabla 6: EVOLUCION DE LAS PACIENTES CON R.O.

Evolución	AÑOS										%
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007			
Curación	214	243	238	273	223	262	424	402			81%
Mejoría	24	44	30	26	46	47	40	30			6%
Persistencia	15	18	8	33	35	25	46	33			6.1%
Reincidencia	3	6	12	26	29	17	21	23			4.6%
Total	261	320	292	373	348	365	546	496			1.6%
Curación	82%	76%	81.5%	73%	64%	72%	72%	81%			

Conclusiones

A pesar de encontrarnos con un grado mayor de la patología displasia, logramos la destrucción de las lesiones con tratamientos conservadores locales en forma certera, demostrado esto con el seguimiento de estas pacientes, lo que pudiera traducirse en una mayor vulnerabilidad del virus del papiloma humano y su efecto en el cuello del útero.

Discusión

La historia natural del cáncer cérvico uterino, al igual que la de la infección del HPV, ha experimentado cambios

significativos en los últimos 50 años, los que abarcan su precocidad en la aparición, el grado de lesión patológica y su rápida evolución en concepto de progresión.

La curación como erradicación de las lesiones clínicas en asociación con citología y/o histología negativas, al alcanzar cifras excelentes, logradas con el seguimiento estricto, indica y justifica que las medidas preventivas aplicadas en para nuestro medio son validas, por lo cual la política nacional en tal concepto debe ser actualizada y su aplicación monitoreada periódicamente, para confirmar o hacer los cambios necesarios para evitar la inercia y con ello salvar vidas. [11] [12] [13] [14] [15]

GIRAS MÉDICAS DESDE 1982 – 2008

Comunidad	Prov.	no giras	no ptes	R O	Colposc	trat	evol	% R.O.
Isla Grande	3	1	54	9	54			
Pocrí Los Santos	7	27	802	279	2549			34.5%
Llano Largo Ocu	6	1	54	13	54			24.1%
Cerro Campana	8	1	25	3	25			12.0%
Chorrera	8	15	410	267	471			65.1%
Las cumbres	8	1	17	7	481			41.2%
San Miguelito	8	4	719	478	719			66.5%
EL Valle Antón	2	2	88	22	88			25.0%
San Miguel Pacora	8	2	58	26	58			44.8%
Cerro Azul	8	2	55	11	55			20.0%
Monagrillo	6	2	330	186	354			56.4%
Salitre Herrera	6	1	40	14	40			35.0%
El Copé Coclé	2	1	39	12	39			30.8%
Metetí Darién	5	1	82	51	52			62.2%
Cárcel mujeres	8	4	129	36	140			27.9%
	6	65	2902	1414	5179			48.7%
			25.9%		22.2%			
Atención 1983-2008			11191		23327			

Participantes en las distintas giras en la Comunidad de Pocrí de Los Santos 1983-2008

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| 1- Dr. Arturo De Icaza (q.e.p.d.) | 28- Doris Martínez |
| 2- Dr. Pedro Quetgass | 29- Javier Medina |
| 3- Dr. Ernesto Ceballos | 30- Petra Achurra |
| 4- Dr. Ricauter Samaniego | 31- Maritza Achurra |
| 5- Dr. Aníbal Ibarra | 32- Licda. Dayra Sánchez |
| 6- Dr- Eliécer Chérigo | 33- Licda. Alejandra Samaniego |
| 7- Dra Yadira Carrera | 34- Martín Tejada |
| 8- Dra Diva Castañeda | 35- Celina Martínez |
| 9- Dra Ela Ferguson | 36- Gessy Garrido |
| 10- Dra Nuria Ates | 37- Licda. Eneida Cabrera |
| 11- Dra Carmen Adámes | 38 Doris Bolaños |
| 12- Dr- José Moreno | 39- Gisela Domínguez |
| 13- Dra Elia Valdez | 40- Lucy Berrío |
| 14- Dr. Nicanor Morales | 41- Samuel Olmedo |
| 15- Lic. Félix Redondo | 42- Alina Olmedo |
| 16- Lic. Rolando Barsallo (q.e.p.d.) | 43- Camilo Cano (q.e.p.d.) |
| 17- Lic. Luis Rivera | 44- Lic. Diógenes Castillo |
| 18- Lic. Gabriel Mosquera | 45- Beatriz de Nuñez |
| 19- Licda Edna Martínez | 46- Pacífico Nuñez |
| 20- Licda. Nery Alfaro | 47- Bolívar Solís |
| 21- Licda. Griselda Licona | 48- Alberto Arauz |
| 22- Licda. Yolanda Echevers | 49- Rubiela Aparicio |
| 23- Lic. Antonio Maxwell | 50- Emperatriz Samaniego |
| 24- Lic. Marco Ponce | 51- Edgar Garrido |
| 25- Jairo Martínez | 52- Yesenia Scott |
| 26- Cornelia Valdez Garrido. | 53- Dr. Jorge L. |
| 27- Indira Scott | |

Apoyo de las siguientes entidades: Ancec Panamá, Ancec Pocrí de Los Santos, Centro de Salud de Pocrí de Los Santos, Caja del Seguro Social, Departamento de Citopatología, Clínica Hospital Especialidades Médicas S.A. , Ministerio de Salud regional y la Fundación CHEMSA.

REFERENCIAS

1. Onnis A. ed alt. Protocolli de metodología clínica en oncología ginecológica, Profilassi. Diagnosi precoce, diffusione, terapia e follow up.
2. Garrido M. J. L. Primer estudio comparativo colpo, cito histológico realizado en Panamá, Arraiján y Chorrera. 1er estudio de la Región Centroamericana. Publicado en la EJGO (1) en 1984.
3. Garrido M. J. L. Díaz M. M. Villarreal A. Twenty years of contributions to the study and prevention of uterine cancer. Eur. J. Gynecol. Oncol. XXVII 2006, 600-602.
4. Bosze P. Colposcopy used in primary setting (routine colposcopy): Advantage and concerns Eur.J. Gyneco. Oncol. XXVII 2006, 5-9.
5. Dexeus S. Cararach M. Dexeus D. The role of colposcopy in modern gynecology. Eur. J. Gynecol. Oncol. XXIII 2002, 269-277.
6. Garrido M. J. L. Condiloma puro en la mujer. Significado y potencial. 1982 – 1997. 1º Foro de Investigadores C.S.S. 2001.
7. Garrido M. J. L. Displasia 1982 - 1989. Para presentarse Jornadas Hospital Santo Tomás -Publicado en el EJGO (1) en 1993.
8. Garrido J. L. Aporte de la Colposcopia en el diagnóstico del HPV puro y asociado a displasia y cáncer 1982 – 1992. Presentado en la 69ª Congreso de Ginecología y Obstetricia, Italia 1993.
9. Garrido M. J. L. Incidencia y comportamiento del HPV en pacientes con R. O, 1984-1988. Presentado en la Universidad de Padua Italia 1999 y publicado en la rev. Clinica Ginecologica de Padua 1999.
10. De Palo G. The importance of colposcopy in the XXI century. Eur. J. Gynecol. Oncol. 2000, XX1, 223.
11. Dexeus S. CIN treatments Eur. J. Gynecol. Onc. Vol X, 1989, 3, 215.
12. Garrido M. J. L. Actualización en el diagnóstico, manejo y evolución de las Displasias cervico uterina. 1982 – 1997. 1 Foro de Investigadores C.S.S. 2001.
13. Brinkman J.A. Caffrey A.S Murderspach L,T. Roman L.D. Kast W.M. The impact of Anti HPV vaccination on cervical cancer incidence and HPV induced cervical lesion consequence for clinical management Eur. J. Gynecol, Oncol. XXVI,2,2005, 129-142.
14. Agnantis N.J. Sotiriadis A. Paraskevadis E. The current status of HPV DNA testing. Eur. J. Gynecol. Oncol. XXIV 2003, 351-356.
15. Kovás A., Dobróssy L, Budai A., Boncz I., Cornides A. Cervical screening in Hungary: Why does England model work but the Hungarian model does not Editorial EJGO vol. XXIX n. 1 2008, 5-9.