UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER CERVICOUTERINO Y ASPECTOS CITOLOGICOS EN EL MUNICIPIO DE COPAN RUINAS"

TESIS DE GRADO

PRESENTADA POR EL BACHILLER:

NORMAN GUSTAVO MORALES RODRIGUEZ

PREVIA OPCION AL TITULO

DE

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

1979

616.99266
M 82

TEGUCIGALPA, D.C. HONDURAS, C.A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

" EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER CERVICOUTERINO Y ASPECTOS CITOLOGICOS EN EL MUNICIPIO DE COPAN RUINAS ".

TESIS DE GRADO

PRESENTADA POR EL BACHILLER:

NORMAN GUSTAVO MORALES RODRIGUEZ.

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA.

- AÑO DE 1979 -

TEGUCIGALPA, D.C. HONDURAS, C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

RECTOR:	LIC.JORGE A. REINA I.
SECRETARIO GENERAL:	LIC.RAMON F. IZAGUIRRE

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO:	DR.NELSON VELASQUEZ G.
VICE-DECANO:	DR.MARIO ALFREDO ZAMBRANA
SECRETARIO:	DR. PEDRO R. PORTILLO
PRO-SECRETARIO:	DR. CESAR CACERES
VOCAL:	DR. LUIS H. CISNE REYES
"	DR. DANILO ALVARADO
"	DR. GABINO CORDOVA
"	BR. JOSE ENRIQUE ZAMAYOA
"	BR. JOSE ENRIQUE ZELAYA
"	BR. MARIO RIVERA.
SUSTENTANTE:	BR. NORMAN G.MORALES R.
TRIBUNAL EXAMINADOR:	DR. RENE DIAZ S.(COORDINADOR)
	DR. SALOMON GRINSPAN
	DR. ERNESTO A. PINTO
ASESORES:	DR. JORGE A. GONZALEZ C.
	DR. FRANCISCO J. MONTES.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
DEPARTAMENTO DE S.S. N° 12
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

D E D I C A T O R I A

A DIOS: Fuente de sabiduría y gracia, sublime pedestal de la ciencia y la razón. Con fé y gratitud.

A MIS PADRES: Juan M. Morales / Martha A. de Morales. Insignia fiel de responsabilidad genuina, que avisorando el futuro de mi vida me encausarón en el camino de la ciencia médica. Con amor y respeto.

A MI ESPOSA: Judith Thelma A. de Morales. Con amor y reconocimiento.

A MIS HERMANOS Y CUÑADOS. Con amor fraternal.

A LOS CATEDRATICOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS. Con gratitud imperecedera.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS: Con aprecio y sinceridad.

S U M A R I O

I.- Introducción.

II.- Conceptos Generales sobre Cáncer Cervicouterino y Citología Vaginal.

III.- Objetivos.

IV.- Hipótesis.

V.- Material y Métodos.

VI.- Epidemiología del Cáncer Cervicouterino y Aspectos Citológicos, en el Municipio de - Copán Ruinas.

Resultados- Discusión- Conclusiones-

VII.- Diagnóstico de Tricomoniasis y Monilisis - por el Método de Papanicolaou.

Resultados- Conclusiones-

VIII.- Recomendaciones.

IX.- Resumen.

X.- Bibliografía.

I.- INTRODUCCION

Partiendo de los conocimientos obtenidos, mediante estadísticas de nuestro medio en donde de 12.779 mujeres examinadas en el año de 1975 en la Clínica detectora del Cáncer del Hospital Materno Infantil, se obtuvo el 0.4 % de cáncer cervical comprobado por biopsia (3); cómo en estadísticas extranjeras donde por ejemplo , en Estados Unidos el cáncer cervicouterino ocupa el tercer lugar en importancia entre los cánceres que afectan a la mujer, y le corresponde el 10 % de las muertes por cáncer en las mismas (5); y conciente de la necesidad de hacer un diagnóstico oportuno de este tipo de cáncer, en la población femenina aparentemente sana, sabiendo, que si se detecta en estadios iniciales , existe la posibilidad de curarlo en casi un 100 % ; decidí , hacer un estudio de la Epidemiología de esta enfermedad en la comunidad de Copán Ruinas a fin de establecer la tasa de incidencia por edades y su relación con otras variables , y a través de mi estudio favorecer a la población femenina de esta comunidad que por la distancia que las se -

para de las ciudades donde se práctica la Citología vaginal, y por sus bajos recursos económicos, estan excentas de un diagnóstico precoz de esta enfermedad y por lo tanto de su curación. Esta demostrado tanto nacional como internacionalmente el valor de la - Citología exfoliativa para el diagnóstico precoz del- cáncer cervicouterino; es el procedimiento de elección seguro, e inocuo que puede repetirse cuantas veces sea necesario; si el médico no busca en forma sistemática- el cáncer en mujeres que tengan cualquier sintomatología ginecológica nunca podrá descubrir el cáncer en - sus períodos iniciales y menos en fase precancerosa.
En nuestro medio el Depto. de Medicina Preventiva y/o - el Depto. de Citología Vaginal, serían los indicados para organizar e incrementar los programas de diagnóstico temprano del cáncer, haciendo la debida difusión y di - vulgando la educación médica entre las pacientes para - que acudan a su examen de frotis cervico-vaginal.
La formación Profesional es un factor de primerisima importancia, y hay necesidad de incrementar entre la clase médica y paramédica la enseñanza de los métodos que- actualmente permiten una mejor comprensión del proceso

evolutivo del cáncer y la importancia de diagnósticarlo a tiempo, y ejercer un control de las pacientes, para - poder combatir la enfermedad; y por eso insistimos que- es indispensable la colaboración decidida de la Facul - tad de Medicina a nivel profesional de pre-y post gra - do para hacer conciencia en el médico que se está for - mando de la importancia y necesidad del diagnóstico pre- coz del cáncer cervicouterino, con esto estoy seguro y - lo demuestro es este trabajo se salvarían muchas vidas. Esta formación profesional es lo básico, porque la poca- atención prestada a este tipo de patología es lo que ha- ce que pacientes que se presentan en etapas iniciales de su enfermedad al consultorio sean diagnósticadas en pe - ríodos ulteriores de su evolución, entonces lo ideal - es la formación de una mentalidad en el alumno y el Médi co general que lo capacite para pensar en el cáncer fren te a aquellas pacientes que estan en el momento de la - consulta por diversas circunstancias, dentro de un grupo de riesgo. Debemos hacer conciencia que mientras no conoz camos el proceso íntimo del cáncer y la causa que lo pro duce, nuestros esfuerzos en la práctica médica, tienen - que estar encaminados al diagnóstico precoz; al tratami- ento adecuado inmediato y eficaz.

Considero haber logrado una educación adecuada de la comunidad de Copán Ruinas, para que coopere al diagnóstico precoz del cáncer, asistiendo al sub-centro de salud a practicarse su respectiva citología vaginal, aunque comprendo que es una tarea difícil pero primordial la de hacer cambiar la conducta de nuestra mujer, que mal-informada, sufre el terror de la enfermedad y mantiene en secreto sus síntomas, en vez de solicitar ayuda al profesional de la medicina que enterado de los métodos y procedimientos clínicos de diagnóstico podría descubrir la dolencia en sus períodos iniciales, y ofrecerle altas posibilidades de curación; por lo tanto considero dejar en esta comunidad un alto nivel de concientización en las mujeres menores de 50 años, las cuales espero asistan a un control periódico de citología vaginal, no así en las mujeres post-menopáusicas, las cuales hunca han sido sometidas a una exploración ginecológica y, difícilmente se les hará cambiar de mentalidad, aunque confío que en el futuro al ver los beneficios objetivos de las pacientes que se sometierón al examen, y se les diagnóstico alguna patología y fuerón sometidas a tratamiento inmediato y eficaz, paulatinamente sus ideas erróneas cambien.

Otro de nuestros objetivos es conocer algunos factores epidemiológicos en nuestro medio, con el fin de contribuir en un esfuerzo de pesquisa mejor dirigido a los grupos de mayor riesgo.

Un objetivo más de nuestro trabajo es el estudio de tricomoniasis y moniliasis vaginal, como es sabido son padecimientos comunes, pero que clínicamente son muy difíciles de diagnosticar, por lo cual es necesario recurrir a un método de laboratorio, en este caso haremos uso de la Citología vaginal, ya que con la experiencia del personal de laboratorio del Depto. de Citología del Hospital Materno Infantil, obtendremos datos de suficiente confiabilidad; hubiera deseado hacer también un examen en fresco, pero desafortunadamente no contamos con un microscopio.

II.- CONCEPTOS GENERALES SOBRE CANCER CERVICO-UTERINO Y CITOLOGIA VAGINAL.

A continuación haré una revisión de conocimientos teóricos que considero es indispensable tener bien claros, para abordar un trabajo de epidemiología del cáncer cervicouterino y citología vaginal.

ASPECTOS ANATOMOPATOLOGICOS:

Hay dos tipos principales de cáncer cervical, que nacen respectivamente de las dos clases de epitelio que recubren el cuello. El epitelio que tapiza la superficie externa ó vaginal de la porción vaginal del cuello pertenece á la variedad pavimentosa estratificada, que se continua con el epitelio pavimentoso estratificado de la vagina. De él nace el carcinoma de células pavimentosas ó epidermoide. El carcinoma de células cilíndricas, por lo contrario, tiene su punto de origen en el epitelio cilíndrico del conducto cervical, que al crecer toma aspecto glandular; de ahí que se denomine adeno-carcinoma del cuello. De las dos variedades, la primera es mucho más común que la segunda, ambas tienen malignidad mayor que el carcinoma del cuerpo uterino.

Algunos tumores tienen componentes células de ambos tipos, adenomatosos y plano, y se han clasificado como carcinoma adenoescamoso del cuello.(4)

El carcinoma cervical en el curso de su evolución pasa por diversas etapas que comienzan por lesiones células premalignas (Displasias) que evolucionan a la forma de carcinoma intraepitelial ó de carcinoma "IN SITU" que posteriormente al romper la basal se convierten en micro invasores ó invasores agresores de los tejidos contiguos ó fase de invasión local que termina con la diseminación pélvica y metastásica siguiendo las vias sanguineas y linfáticas.

En la fase de lesiones premalignas y la de carcinoma "IN-SITU" pueden ser muy prolongadas, hay casos que pasarón 10 años sin romper la membrana basal del epitelio. En cambio una vez rota la basal, e invadidos los tejidos subyacentes, por lo general bastan de 3-5 años para que el cáncer acabe con la vida del paciente.(3)

ASPECTOS MACROSCOPICOS

Es difícil y prácticamente no hay lesiones anatomopatológicas características que nos ayuden a identificar un carcinoma intraepitelial del cuello por exploración macroscópica. Incluso a veces un cuello con cervicitis crónica da -

un aspecto más anormal que un cuello con carcinoma. Generalmente en sus fases iniciales se presenta como una pequeña lesión que asiento a nivel del orificio externo ó próximo a él, es decir en la unión de los 2 tipos de epitelio cervical; como una zona pequeña endurecida y granulosa. En estadio moderadamente avanzado el cáncer se propaga hasta que abarca la mayor parte ó la totalidad de uno de los labios del cuello, ó porciones de ambos,. Puede privar la tendencia papilar, de aquí que la lesión tome la forma de coliflor, constituyendo la variedad everti da ó exofítica. A veces la lesión se extiende en los tejidos cervicales produciendo una endurección que fijna a veces petrea, aunque prácticamente siempre hay una ulceración; este tipo se denomina invertido ó endofítico, estos tienden a crecer a lo largo de las glándulas formando cordones de células pequeñas, crecen dentro de la pared del utero, pueden pasar inadvertidas y ser asinto ticas por largos períodos. Se descubren por las células malignas que se descaman ó incidentalmente al practicar un legrado.

En estadio avanzado provoca una destrucción cada vez mayor de cuello, al que reemplaza entonces una cavidad excavada y ulcerada, de paredes ásperas y friables; que sangran al contacto. Las paredes vaginales próximas al cuello son re

sistentes y se hallan indurados a consecuencia de la infiltración cancerosa. El ligamento ancho muestra también extensa infiltración. El progreso ulterior de la enfermedad se caracteriza porque va invadiendo y destruyendo cada vez nuevas estructuras, infiltrando en grado creciente los ligamentos anchos, con bloqueo de un uréter ó de los dos, y afectando con frecuencia vejiga y recto, a menudo se producen trayectos fistulosos entre cualquiera de estos organos y la vagina.

CLASIFICACION CLINICA INTERNACIONAL DEL CANCER DE CERVIX (4)

Es necesario tener una norma que nos indique la fase clínica de la enfermedad. Para realizarla es indispensable - el examen clínico de la paciente.

La siguiente es la clasificación utilizada en el "Informe-Anual de los resultados del tratamiento en el carcinoma de utero", publicado bajo los auspicios de la International - Federation of Ginecology and Obstetrics.

Etapa 0: "Carcinoma In Situ" carcinoma incipiente pre-invasor, intraepitelial, ciento por ciento curable.

Etapa I: El carcinoma se halla estrictamente limitado al cuello.

Etapa Ia: Carcinoma Pre-Clínico: De temprana invasión al-estroma. Incluye carcinoma micro-invasor hasta el cáncer con menos de 1 cm. de diámetro.

Etapa Ib: Carcinoma Invasor: 1 a 5 cm. de diámetro pero es trictamente confinado al cervix. (Este estadio - responde bien al tratamiento quirúrgico ó por radiaciones según cada caso en particular).

EtapaII: El carcinoma se extiende más allá del cuello, pero no ha alcanzado la pared pelviana. Afecta la vagina pero no en su tercio inferior.

IIa: Sin invasión del parametrio.

IIb: Con participación del parametrio.

Etapa III: El carcinoma ha alcanzado la pared pelviana, interesa el tercio inferior de la vagina.

Etapa IV: El carcinoma interesa vejiga, recto ó ambos; en - ocasiones presenta ganglios metastásicos regionales ó a distancia.

Hay que hacer notar que el pronóstico es tanto más grave - cuanto más avanzado sea el proceso maligno.

LESIONES PRE-CANCEROSAS, Y SU MANEJO ADECUADO COMO MEDIO DE PREVENCION DEL CANCER CERVICAL.

Las Displasias: Constituyen alteraciones de los epitelios en

sus características células y en la arquitectura propia de los tejidos. Se consideran como una etapa obligada en la evolución del cáncer.

Las displasias se clasifican en leves, medianas y severas, de acuerdo con la intensidad de sus alteraciones y su grado de irreversibilidad, cuando esto se produce, las células presentan carácteres morfológicos totalmente anormales y su ordenamiento en los tejidos, conduce a una anarquía estructural. Etimologicamente "Displasia" significa "Alteración del tejido y su ordenamiento".

Son lesiones microscópicas transitorias, que regresan a la normalidad ó progresan hacia un carcinoma genuino.

Las displasias solo se reconocen al estudio microscopico y en el 60 % de los casos son totalmente asintomaticos,.(3)

El diagnóstico oportuno de las displasias y su tratamiento ulterior, adecuado e inmediato, constituyen hoy por hoy, la única posibilidad para combatir y abatir el cáncer en su período realmente pre-canceroso, de allí la importancia de nuestro trabajo donde hacemos incapie que ha toda mujer que asista a un consultorio debe practicarsele una citología vaginal para detección del cáncer cervico-uterino.

El cáncer "IN SITU" ó intraepitelial presenta una morfología célular peculiar, posiblemente asociada con el metabolismo -

de las células cancerosas que todavía no tienen acceso a - la sangre y a la linfa. El carcinoma intraepitelial no puede tener metástasis, ya que el epitelio no tiene vasos. En cambio el carcinoma invasor, al estar en contacto con - capilares linfaticos y sanguineos, si puede dar metástasis. Aunque el carcinoma sea endofitico, siempre se descubre por las células descamadas, ya que aunque el tamaño de la lesión sea puramente microscópica, como son tejidos neoformados con crecimiento atípico, descaman diez veces más que los tejidos normales. De allí las grandes posibilidades de encontrar - las células malignas en los frotis vaginales.

CLASIFICACION DE LOS HALLAZGOS CITOLOGICOS E INTERPRETACION DE LOS MISMOS.(3)

Informe: Negativo I:

Hallazgos: Células normales.

Interpretación: Normalidad o procesos benignos que no- han alcanzado ni alterado la mucosa.

Informe: Negativo II:

Hallazgos: Displasia mínima ó media.

Interpretación: Alteraciones células producidas por procesos inflamatorios ó tumorales benignos. Libertad de criterio en terapia.

Informe:Negativo III:

Hallazgos: Displacia severa.

Interpretación: Presencia de una lesión potencialmente maligna, mientras no se aclare su tendencia evolutiva hacia la normalidad, está contraindicada cualquier forma de electrocoagulación. Control obligatorio.

Informe:Sospechoso:

Hallazgos: Imposibilidad por diversas causas de hacer un diagnóstico definitivo.

Interpretación: No se trata de un diagnóstico, significa que el estudio debe repetirse siguiendo las indicaciones del Citólogo para aclarar si se trata de un cáncer.

Informe:Positivo IV:

Hallazgos: Células de difícil reconocimiento.

Interpretación: El que interpreta el estudio encuentra datos que corresponden a un proceso maligno pero sin tener el 100% de características de malignidad. Debe ratificarse el diagnóstico antes de planear un tratamiento.

Informe:Positivo V:

Hallazgos: Células malignas faciles de identificación.

Interpretación: Presencia indiscutible de malignidad.

PROCEDIMIENTOS RECOMENDADOS POR OMS EN EL CONTROL DEL

(6)

CANCER DE CUELLO UTERINO.

" Curso de acción según los resultados de los exámenes "

a) Citología Normal:

El examen de las pacientes se repetirá al cabo de un - año, para detectar lesiones nuevas ó descartar las negativas falsas. En el caso de un segundo informe negativo, los exámenes se repetirán a intervalos de 1,2 ó 3 años, de acuerdo con los recursos disponibles para la vigilancia ulterior.

b) Informe Citológico Negativo de Neoplasia pero con una Pronunciada Reacción Inflamatoria.

Se recomienda el tratamiento del proceso inflamatorio-cervical, incluyendo la cauterización de la erosión cervical si está indicada. La repetición del examen se - hará como en el caso de citología normal.

c) Citología No Concluyente ó Inadecuada.

Se repetirá el frotis para descartar la presencia de - una lesión anormal.

d) Informe Citológico que sugiere Displasia, Carcinoma - "IN SITU" ó Carcinoma Invasivo.

Informe citológico que sugiere displasia leve: Todos -

los procesos inflamatorios del cuello uterino (Cervicitis-tricomoniasis etc) deberán ser objeto de tratamiento, incluyendo la cauterización si está indicada. Se recomienda la repetición de los exámenes en el plazo de tres a seis meses.

- Informes Citológicos que sugierán displasias moderada ó Severa, Carcinoma "IN SITU" ó Carcinoma Invasivo.
  Se tomará una biopsia.
- Informes citológicos que sugierán carcinoma invasivo:
  Se realizará una biopsia; si hay lesión localizada, debe efectuarse inmediatamente.
- Informe citológicos que sugierán enfermedad maligna del endometrio u otra afección maligna:
  El caso se remitirá a un consultorio especial de diagnóstico; se hará legrado-biopsia.

CONCEPTOS GENERALES SOBRE TRICOMONAS Y MONILIA

La tricomona es un protozoario flagelado de 3 ó 5 flagelos anteriores, un axostilo y una membrana ondulante, de las 3 especies que infectan al hombre solo la tricomona vaginales patogena. Normalmente mide de 15-20 u. de longitud pero

puede alcanzar 30 u. con la técnica de Papanicolaou apare
cen en forma de pequeños corpusculos redondos u ovales de
color gris pálido de tamaño diverso, siendo difíciles de -
visualizar si no se tiene suficiente emperiencia.
La monilia ó Candida Albicans es un hongo afin a las leva-
duras. Con la técnica de Papanicolaou se identifican en -
el frotis hifas en forma de filamentos alargados y esporas
las cuales son ovoides de 5-10 u. y se presentan aisladas -
ó en grupos de color rosado claro.

III.- O B J E T I V O S.

1.- Determinar la tasa de incidencia del cáncer cervicouterino en el Municipio de Copán Ruinas.

2.- Detección temprana del cáncer cervicouterino mediante el diagnóstico citológico de frotis cervicales en toda mujer mayor de 18 años.

3.- Determinar en la población estudiada los grupos de alto riesgo en relación con el cáncer cervical.

4.- Concientizar a la población femenina sobre la importancia y necesidad indispensable de hacerse un control periódico de citología vaginal.

5.- Establecer una relación entre paridad, método anticonceptivo, leucorrea, cohabitarquia, lesiones en cuello y el cáncer cervicouterino.

6.- Determinar la frecuencia de triconomas y monilia en mujeres mayores de 18 años por el método de Papanicolaou.

7.- Demostrar que la Citología vaginal además de su aplicación en la detección oportuna del cáncer cervicouterino es de utilidad para el diagnóstico de triconomiasis y moniliasis vaginal.

IV.- FORMULACION DE HIPOTESIS

En base a un estudio realizado en el año 1975 en la Clínica Detectora del Cáncer Cervicouterino del Hospital Materno Infantil se espera encontrar una incidencia 10.2/1000 (7) de citologías sospechosas y positivas, con mayor incidencia en mujeres mayores de 30 años, de cáncer "IN SITU" - entre los 21-50 años, y cáncer infiltrante en mujeres de 41 años. Siendo más frecuente en pacientes con antecedentes antes de los 20 años, mujeres con más de 3 partos; con presencia de leucorrea, sangrado cuello y cervix erosionado, ulcerado. De los resultados de las biopsias, que el carcinoma epidermoide sea más frecuente que el adenocarcinoma. (4)

Partiendo de que una de las principales causas de leucorreas son las infestaciones por tricomonas y monilia se espera encontrar en este estudio una frecuencia de tricomonas de un 30 a 50 % (9) con mayor incidencia en pacientes - que usan anticonceptivos y embarazadas; con menor número de casos entre la 5a. y 6a. década de la vida.

En cuanto a monilisis se espera que la mayor frecuencia sea en pacientes que usaron anticonceptivos hormonales (9) y en las que presentan leucorrea y prurito vulvar.

En general encontrar mayor frecuencia de tricomonas que - monilia en pacientes embarazadas como no embarazadas.

V.- MATERIAL Y METODOS

DESCRIPCION DEL UNIVERSO.

El Municipio de Copán Ruinas, se encuentra en el occidente de la República de Honduras, en el Depto. de Copán,. Los límites del municipio son: al noroeste con la República de Guatemala, al sur con el Depto.de Ocotepeque, al este con los municipios de Santa Rita y Cabañas de Copán. La cabecera municipal se encuentra a una altura de 2.050 pies sobre el nivel del mar, su clima es variable, su terreno quebrado. Es un pueblo eminentemente agricultor, siendo su principal patrimonio el tabaco. Está comunicada por carretera de tierra con el occidente en un trayecto de 60 kilómetros, y comunicación con Guatemala por via terrestre, a una distancia de 14 kilómetros con el punto fronterizo denominado El Florido. La extensión territorial del municipio es de 511.2 Km. cuadrados.

Cuenta actualmente con 15.000 habitantes; 4.000 viven en la cabecera, el resto en 54 aldeas.

Lo más sobresaliente de este municipio es la ciudad arqueológica conocida con el nombre de Ruinas de Copán; que se conserva como parque arqueológico Nacional, siendo considerada como una reliquia historica de gran valor a nivel internacional.

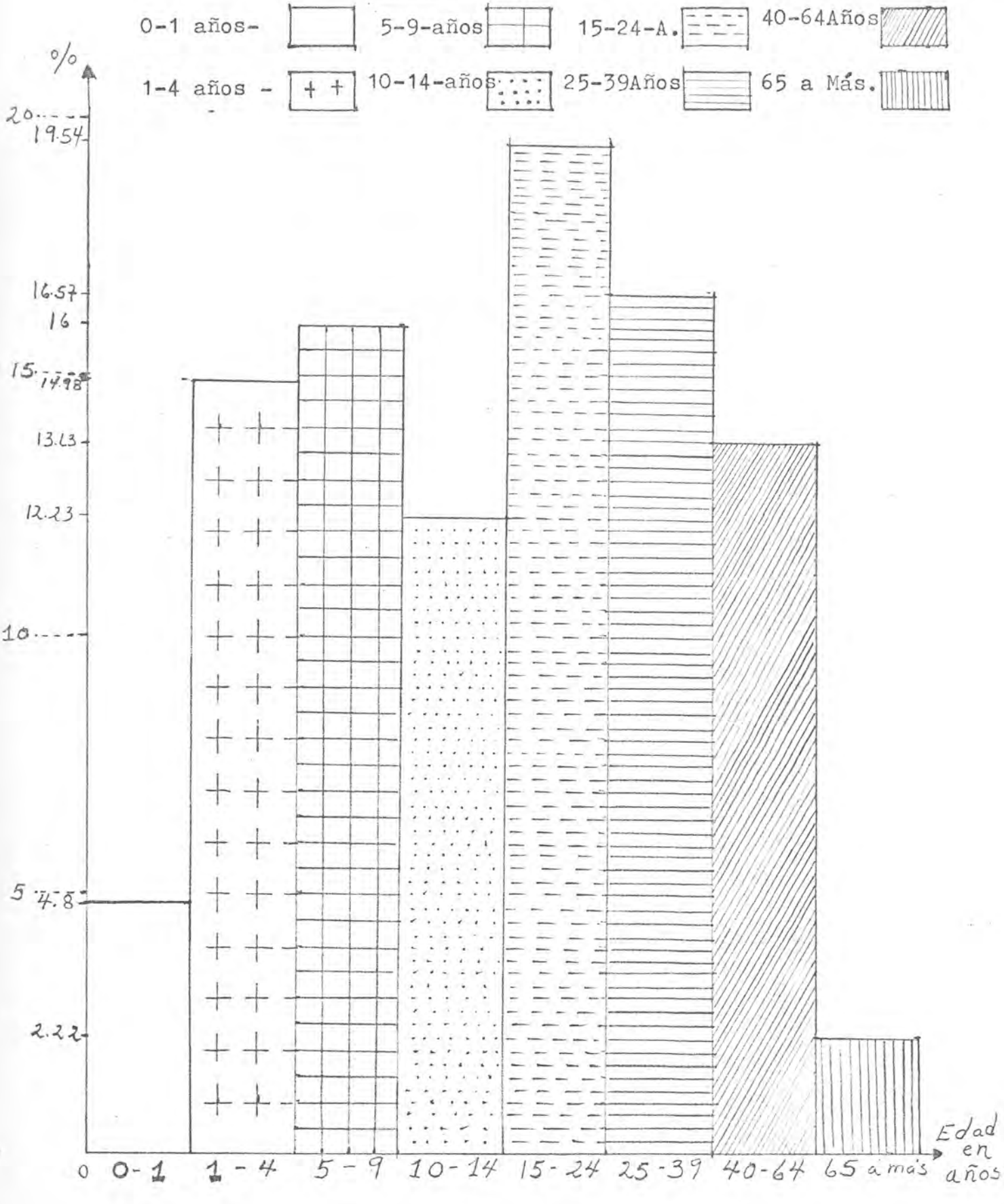
A continuación ilustraremos con cuadros, tomados de la Dirección General de Censos y Estadísticas, en el censo nacional realizado en el año de 1974, ya que no contamos con estadística más nueva.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN GRUPOS EDADES 1974 -

E D A D E S	POBLACION	PORCENTAJE
-de un año	640	4.80 %
1-4 años	1,995	14. 98
5-9 años	2,133	16.00
10-14 años	1,629	12.23
15-24 años	2,601	19.54
25-39 años	2,207	16.57
40-64 años	1,816	13.63
65-más años	296	2.22
TOTAL	13,317	100.00 %

Del cuadro anterior podemos deducir que personas mayores de - 15 años son 6,920, lo que equivale al 52% de la población tanto masculina como femenina; de esta población 40.9% es femenina, lo que corresponde a 5,705 mujeres mayores de 15 años ó - sea sexualmente activas.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION SEGUN GRUPOS ETARIOS.
COPAN RUINAS.



D E S C R I P C I O N D E L A M U E S T R A

Partiendo de los datos del Censo practicado por Censos - y Estadísticas en 1974(Ya que no contamos con otra estadística más nueva) en donde se determinó que en el Municipio de Copán Ruinas la población femenina mayor de 15 años corresponde a 3.385, se tomó una muestra de 400 citologías vaginales lo que equivale al 12% del total, en mujeres embarazadas y no embarazadas, de todo nivel socio-económico. Primero se llevó a cabo una labor de difusión y convenci - miento personalmente a nivel de cada hogar en la cabecera- municipal y a través de los promotores de salud asignados- por PIAN EN HONDURAS, en las aldeas, a los cuales se les - impartieron charlas sobre conceptos generales del Cáncer - cervicouterino y la importancia de su diagnóstico precoz ; y se aprovechó que dentro de su plan de trabajo, tenian consignado visitas a cada hogar en el área rural, y en esta visita les explicarán a las mujeres mayores de 18 años lo necesario y beneficioso de practicarse una citología vaginal, para que las pacientes asistierán a practicarse el examen en el Centro de Salud "Rafael Villamil López".

Las muestras fuerón tomadas del 1 de agosto al 30 de Diciembre de 1978.

A continuación esquematizamos algunas características de - las pacientes, a las cuales se les tomó citología vaginal.

TABLA No. 2

DISTRIBUCION POR EDADES DE PACIENTES A LAS CUAIES SE LES PRACTICO EL EXAMEN DE CITOLOGIA VAGINAL.

EDAD EN AÑOS	No.PACIENTES A LAS CUALES SE LES PRACTICO EXAMEN.	%
18-20	50	12. 5 %
21-30	155	38.75 %
31-40	110	27. 5 %
41-50	54	13. 5 %
51-60	20	5. 0 %
61-70	8	2. 0 %
71-más	3	0.75 %
TOTAL	400	100.00 %

De la tabla No.2 podemos deducir que el número mayor de muestras tomadas corresponde a las edades comprendidas- entre 21-30 años con 38.75 %, siguiéndoles las de 31-40 años con el 27.5 %. Esto es comprensible si analizamos las estadísticas existentes ya que el mayor núcleo de población está comprendido entre los 15-40 años, en este - grupo se encuentran las mujeres con mayor actividas sexual, en vida reproductiva, son las que en porcentaje superior estan en Planificación familiar, y por estas razo-

nes temen padecer de cáncer, y por lo tanto son ellas - las más interesadas en practicarse el examen.

A la vez observamos que a medida la edad aumenta, disminuye el % de pacientes que asistieron al examen, lo cual tiene su explicación; en primer lugar, las personas mayores de 40 años solo constituyen el 15% de la población - total, entonces es lógico que hay un número menor de mujeresen esa edad, y por otra parte estas pacientes mayores - de 40 años nunca en su vida han sido sometidas a un reconocimiento médico general, mucho menos a una exploración - ginecológica, de alli que es muy difícil convencerlas para que asistan a practicarse el examen, sin embargo, a pesar de estas situaciones adversas consideramos haber tomado un porcentaje adecuado aunque no el óptimo. Como menciona - mos anteriormente la muestra incluyó tanto embarazadas como no embarazadas.

A continuación en la siguiente tabla se determina el número de embarazadas y su porcentaje en la muestra.

T A B L A No. 3

DISTRIBUCION DE EMBARAZADAS SEGUN EDAD Y SU PORCENTAJE RESPECTO AL TOTAL DE LA MUESTRA.

Edad Años	No. Pcts. Vistos	NO Embaraza-das.	Porcen-taje.	Embarazadas.	Porcentaje.
18-20	50	33	8.25	17	4.25
21-30	155	122	30.5	33	8.25
31-40	110	91	22.75	19	4.75
41-50	54	52	13.00	2	0.5
51-60	20	20	5.00	0	0.0
61-70	8	8	2.00	0	0.0
70-Más	3	3	0.75	0	0.0
Total	400	329	82.25%	71	17.75%

Según la tabla No.3 del total de la muestra, 71 mujeres estaban embarazadas constituyendo el 17.75%, nótese que el mayor porcentaje de mujeres en estado de gravidez fluctua entre los 21-30 años, el 8.25%.

Considero importante hacer mención del número de abortos en las pacientes estudiadas, para tratar de establecer - una relación con el cáncer cervicouterino.

TABLA No.4

DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGUN EL NUMERO DE ABORTOS

No.Abortos	No.Pacientes	Porcentaje
1	93	23.25 %
2	32	8.00
3	15	3.75
4	5	1.25
5 ó más	2	0.25
Total	147	36.75 %

De la tabla anterior se deduce que 147 pacientes han - presentado por lo menos un aborto, lo que corresponde al 36.75 % del total. Correspondiendo el mayor porcentaje a pacientes con un aborto 23.25 %.

TABLA No. 5

PARIDAD EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS.

PARIDAD	No.DE CASOS	PORCENTAJE
0-4 Partos	195	48.75 %
5-9 "	138	34. 5 %
10-14 "	61	15.25 %
15-más	6	1. 5 %
TOTAL	400	100.00 %

Se puede apreciar que el mayor número de pacientes han - tenido de 0-4 partos con 48.75 %; además se comprueba - que las pacientes con mayor edad tienen paridad mayor , - esto se debe porque la mayoría de pacientes con 0-4 par - tos estan comprendidas en las edades de 20-30 años, ó - sea que en el resto de su vida reproductiva su paridad - aumentará notablemente.

El otro factor importante y por el cual la paridad ha - disminuido es debido a la planificación familiar con - buena aceptación en nuestras pacientes como se demuestra en la siguiente tabla.

TABLA No. 6

METODO ANTICONCEPTIVO USADO SEGUN EDAD.

EDAD	M E T O D O				A N A L C O N C E P T I V O					
	O R A L		INTRAUS.		OVULOS		DISPOSIT. INTRAUT.		QUIRURGICO	
	No. Pcts.	%	No. Pcts.	%	No. Pcts.	%	No. Pcts.	%	No. Pcts.	%
10-20-	12	3.00	0	0	0	0	0	0.0	0	0.0
21-30-	67	16.75	0	0	2	0.5	1	0.25	1	0.25
31-40-	11	2.75	2	.5	0	0	5	1.25	2	0.5
41-50-	0	0.00	0	0	0	0	3	0.75	0	0.0
Total-	90	22.50	2	.5	2	0.5	9	2.25	3	0.75

Del cuadro anterior deducimos que el 26.5% del total de la muestra usan algún tipo de planificación familiar, prevaleciendo entre todas, el metodo oral, esto se explica porque-tanto en este Centro de Salud, como en el resto del país, - se regalan tabletas anticonceptivas del tipo Noriday, y esto se hace indiscriminadamente, y digo así, porque el personal de enfermería tiene autorización de repartirlas sin - ser sometida la paciente a reconocimiento médico, previo al inicio de su planificación, ni ningún control periodico; - creo que este sistema de repartición de anticonceptivas -

debería ser sometida a una revisión por parte del Ministerio.

En segundo lugar, los dispositivos intrauterinos, los cuales en la mayoría de los casos no se someten a control - período.

TECNICA DE LA TOMA DE CITOLOGIA VAGINAL. (12)

Se impartierón a las pacientes las siguientes instrucciones previo a la toma de la muestra:

a) Abstenerse de duchas vaginales 24 horas antes.

b) No aplicarse ovulos, cremas, ni ninguna clase de medicamentos intravaginales en las 48 horas previas al - examen.

c) Abstenerse de relaciones sexuales 24 horas previas al examen.

d) Que el examen no coincida con el período menstrual.

Para tomar las muestras se siguierón los siguientes pasos:

1.- Previo al examen se preparó Psicológicamente a la paciente, explicándole lo sencillo, inocuo y efectivo - del procedimiento.

2.- Se llena la ficha clínica la cual contiene los siguien

tes datos: edad en el momento de tomar la citología, edad de las primeras relaciones sexuales, número de partos, y abortos, síntomas de importancia como leucorrea, prurito sangrado anormal, uso de anticonceptivos y tipo; luego - se asigna el número correspondiente.

3.- Se coloca la paciente en la mesa de examen y se introduce el espéculo sin lubricante, inspeccionando- las paredes vaginales en busca de lesiones.

4.- Se efectua un ligero rasgado con un baja lenguas a - nivel del fondo del saco posterior y el material obtenido se deposita en uno de los extremos de la lámina porta objetos; luego con otro baja lenguas un leve rasgado sobre el tercio superior de la pared lateral de la vagina, y se deposita en el otro extremo de la misma lamina; finalmente se obtiene material - del orificio cervical, con otro bajalenguas, introduciéndolo en el orificio e imprimiéndole un movimiento de rotación y se deposita la muestra en la pared central de la lámina.

Ver figuras adjuntas No. 1,2,3,4.

Figure No. 1

Bone- Femur.

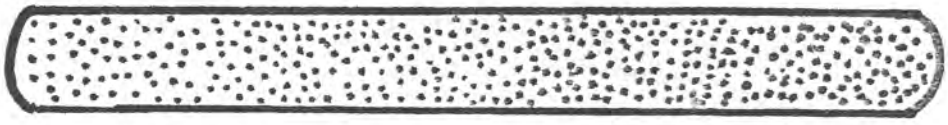


Figure No. 2

Bone of anterior extremity.

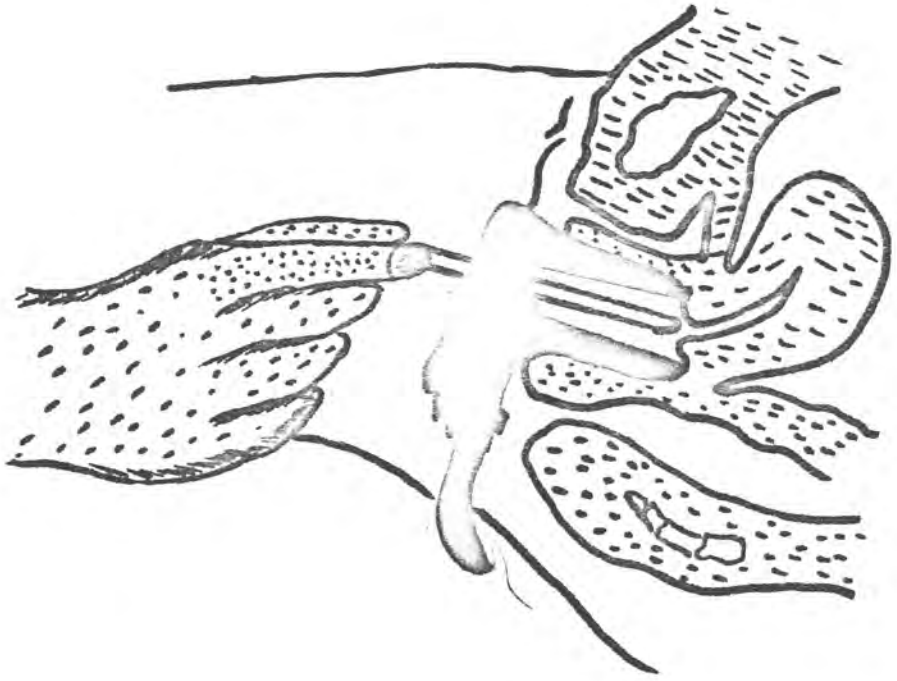


Figura No. 3

Toma del fondo del saco posterior.

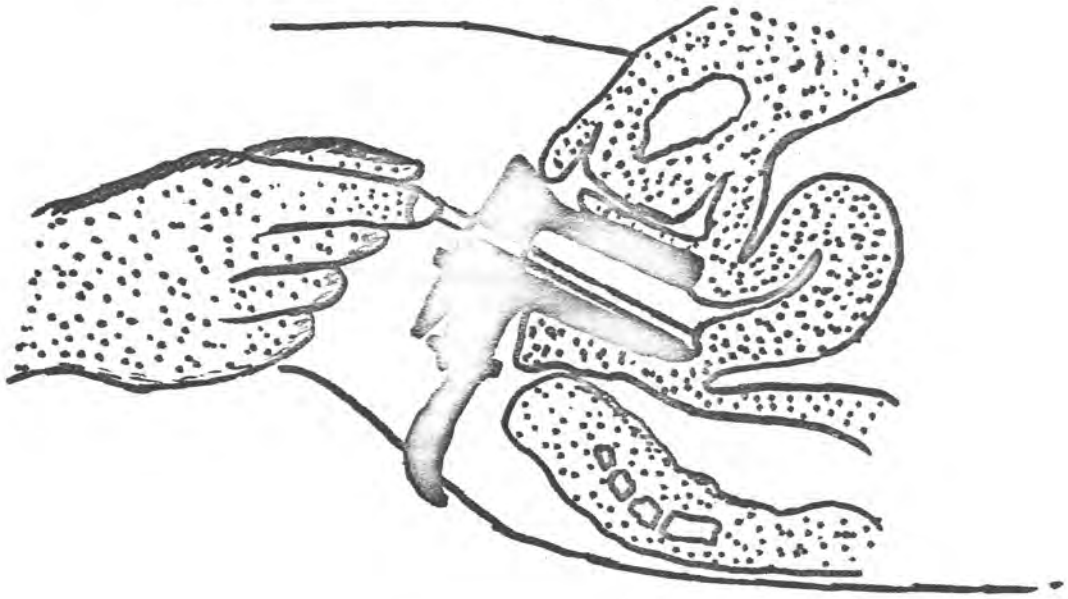
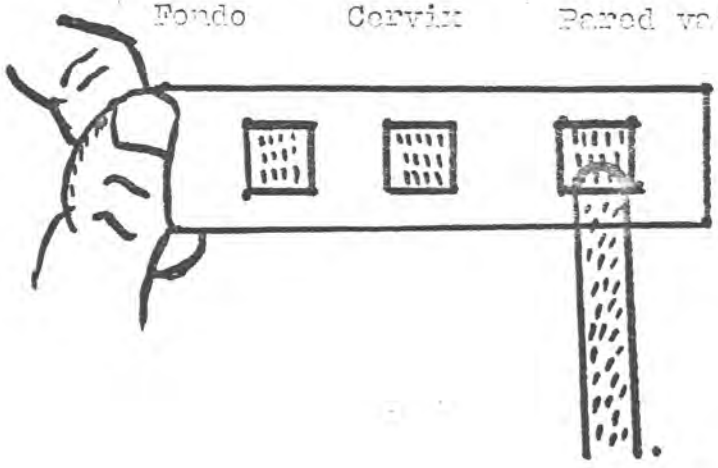


Figura No.4

Colocación de las tomas cervico-vaginales.



5.- Luego se fija con spray de cabello, rociándolo a unos 60 cm. de distancia y dejándolo secar durante un minuto. (Ver figura No.5 y 7).

Figura No.5

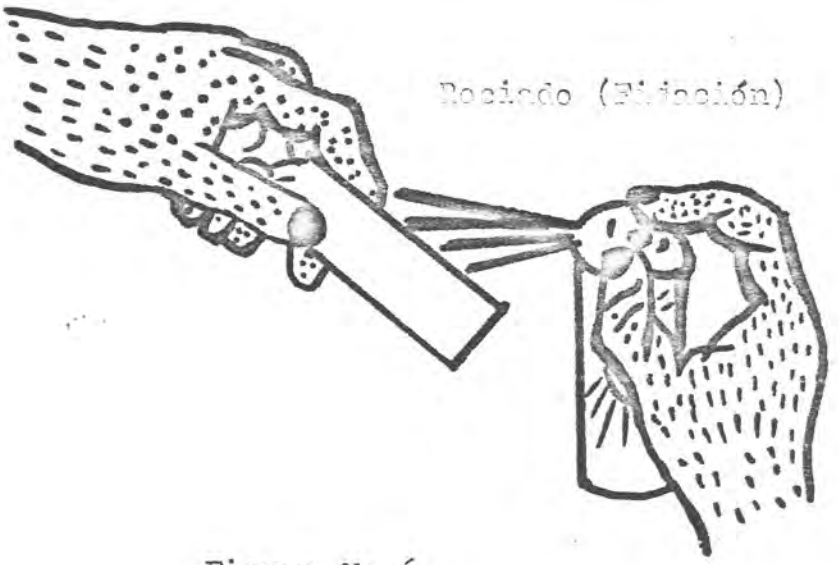
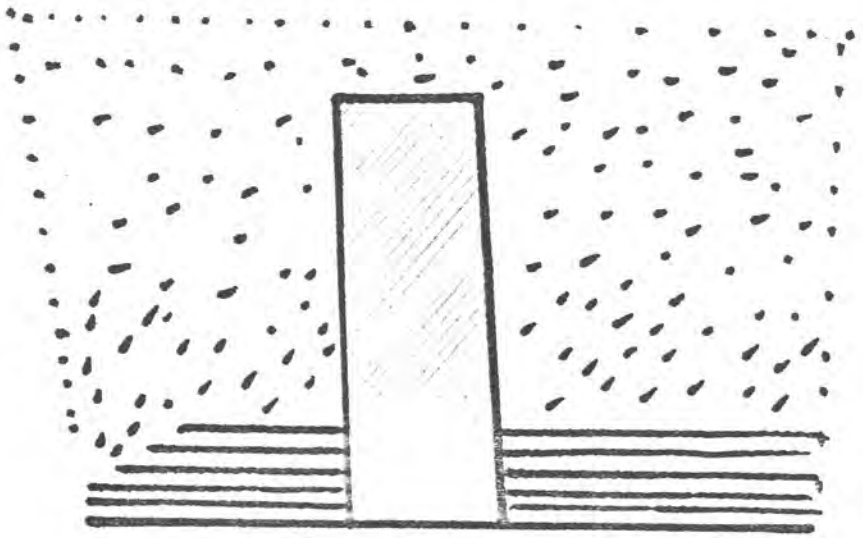


Figura No.6

Secado de la lámina (Medio ambiente)



6.- Por último las láminas son empaquetadas y enviadas - al laboratorio central de Citología del Hospital Materno Infaltil, en un lapso de 15 días posteriores a la toma, donde serán teñidas con el método de Papanicolaou.

TECNICA DE LA BIOPSIA

El diagnóstico definitivo de cualquier caso sospechoso de neoplasia, se hará mediante biopsia,. En uno - de los casos, la paciente fué trasladada al Hospital Materno Infaltil donde se tomó biopsia con ayuda del colposcopio, y una pinza sacabocados. En los otros- casos, por falta de recursos económicos las biopsias se tomarón en el Hospital de Occidente usando la técnica de la biopsia múltiple de taladro, en general - con cuatro mordidas de la pinza a las 12, las 3, las 6, y las 9 del reloj de la circunferencia cervical - a nivel de la unión planocilindrica. Usando un sacabocados de biopsia cervical de tipo Gaylord.

VI.- EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER CERVICOUTERINO Y ASPECTOS CITOLOGICOS EN EL MUNICIPIO DE COPAN RUINAS.

R E S U L T A D O S:

De las 400 citolo ías tomadas, 354 correspondieron a exámenes por primera vez, y 46 fueron clasificadas como subsiguientes. Trataremos de desglosar los resultados citológicos en los siguientes cuadros. En el cuadro No.1 podemos apreciar los resultados informados como Negativo I, ó sea con células normales, procesos benignos que no han alterado la mucosa.

CUADRO No.1

CITOLOGIAS CLASIFICADAS COMO NORMALES POR EDADES.

EDAD	No. Citologías NORMALES	PORCENTAJE
18-20	7	17.1 %
21-30	17	41.5
31-40	11	26.8
41-50	3	7.3
51-60	2	4.9
61-70	1	2.4
Total	41	100.0 %

Se observa que solo 41 pacientes son normales, lo que

corresponde al 10.2% de la muestra; un porcentaje bajo, - pudiendose atribuir en primer lugar a la falta de higiene de nuestra mujer campesina como de su conyugue, y en se - gundo lugar al grado de paridad, por estas dos circunstancias, se aprecian altos porcentajes de inflamación en diversos grados, como podrá apreciarse en el cuadro No.2.

CUADRO No. 2

CLASIFICACION DE ALTERACIONES CELULARES INFLAMATORIAS Y SU PORCENTAJE POR EDADES.

EDAD	INFLAMACION					
	LIGERA-		MODERADA-		SEVERA	
	No.	%	No.	%	No.	%
18-20	8	2.2	18	5.2	15	4.3
21-30	15	4.3	59	16.9	58	16.6
31-40	10	2.9	33	9.7	56	16.0
41-50	4	1.1	14	4.0	33	9.7
51-60	1	0.2	3	0.8	14	4.0
61-70	0	0	1	0.2	6	1.7
71-más	1	0.2	0	0.0	0	0.0
TOTAL	39	10.9	128	36.8	182	52.3

Se puede apreciar que el mayor porcentaje corresponde a - inflamaciones severas, estando la mayoría comprendidas entre las edades de 21-40 años período en que las relaciones sexuales son más frecuentes. De estas inflamaciones 74 - fueron producidas por tricomonas, y 4 por Candida Albicans, siendo 271 reportadas como inespecificas. Se pudo determinar que todas las pacientes que usaban anticonceptivos orales presentaban inflamación de diversos grados así:
7 inflamaciones ligera, 45 moderada y 38 severa. Con dispositivo intrauterino en el 44.5% se encontró inflamación- severa. En relación con el embarazo, el 85.9% de embarazadas presentaban inflamación, distribuidas así: 8 inflama - ción ligera, 32 moderada, y 21 severa. En cuanto a pari - dad, se encontró que a mayor paridad, mayor frecuencia de- inflamación; en pacientes con 10 ó más partos se encontró- inflamación en el 91%; correspondiendo el 72 % de éstas a inflamación severa.
Los resultados citológicos, con inflamación tuvierón la - siguiente relación con las características clínicas del - cuello.
(Ver cuadro No. 3).

CUADRO No. 3

RESULTADOS CITOLOGICOS Y CARACTERISTICAS CLINICAS DEL - CUELLO.

INFLAMACION:		Hiperemico	%	Atrófico	%	Ectropión	%	Erosión	%	Ulcerado	%	Sangrante	%
Leve	7	17.9	3	7.7	0	0	10	26	0	0	3	7.7
Moderada	55	41.	1	0.8	1	0.8	52	40.6	0	0	3	2.3
Severa	27	14.8	20	11.	1	0.5	81	44.5	6	3.3	19	10.4

Se puede apreciar que en las inflamaciones ligeras el mayor porcentaje corresponde a cuellos de apariencia normal- el 41 % ; con un porcentaje considerable de cuellos erosionados ó hiperemicos. En las moderadas la hiperemia y erosión son las características más frecuentes. Las severas- presentaban erosión en un 44.5 %.

En cuanto a las displasias consideradas lesiones pre-cancerosas, se encontrarón en total 6 casos, lo que corresponde al 1.5 % del total de la muestra.

(Ver cuadro No. 4)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

CUADRO No.4

DISTRIBUCION DE LAS DISPLASIAS SEGUN GRUPOS DE EDAD.

EDAD	DISPLASIAS		
	LEVES	MODERADA	SEVERA
18-20	-	-	-
21-30	-	-	-
31-40	1	2	-
41-50	-	2	-
51-60	-	-	-
61-70	-	-	-
71-más	-	-	1
Total	1	4	1

En el cuadro anterior encontramos que el mayor número de displasias se encuentran comprendidas entre las edades de 31-50 años, y el mayor porcentaje corresponde a las displasias moderadas. De éstas solo un paciente tomaba anticonceptivos orales, el resto no había usado ningún tipo de anticonceptivos. Ninguna embarazada, una lactando. Es manifiesto el hecho que todas las que presentaban displasias ligera y moderada han tenido más de 5 partos, y la de displasia severa, 12 partos.

Todas iniciarón relaciones sexuales antes de los 20 años. En cuanto a las características clínicas del cuello, en el caso de la severa y ligera, el cuello era atrofico, y en las moderadas se encontró un cuello ulcerado, erosionado y sangrante.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE LOS RESULTADOS CITOLOGICOS SOSPECHOSOS Y POSITIVOS POR EDADES.

EDAD	Sospechoso de Cáncer.	Cáncer IN SITU	Cáncer Micro-Invasor	Cáncer Invasor.
18-20-	-	-	-	-
21-30-	1	-	-	-
31-40-	-	1	-	-
41-50-	-	-	-	-
51-60	1	-	-	-
61-70-	-	-	1	-
71-Más-	-	-	-	-
Total	2	1	1	0

Presentamos un resumen de los resultados citologicos de - acuerdo a la clasificación de Papanicolaou.

CUADRO No.6

CLASIFICACION DE ALTERACIONES CELULARES; CITOLOGIAS TOMA_ DAS EN EL MUNICIPIO DE COPAN RUINAS.

T I E M P O:	I	II	III	IV	V	CITOLOGIAS.
Agosto a Dic.1978.	41	354	3	1	1	400
Porcentaje-	10.25-	88.5	0.75	0.25-	0.25	100

A todas las pacientes con hallazgos citológicos negativo III, Positivo IV, y V, se les practicó biopsia.

CUADRO No.7

8 PACIENTES CON ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS POR EDADES.

E D A D E S:	18-20-	21-30-	31-40-	41-50-	51-60-	61-70-	71-[illegible]
Cervicitis	-	-	2	2	-	-	-
Displasias	-	1	-	-	-	-	-
Ca.Intraep.	-	-	-	-	-	-	-
Micro-Invasor	-	-	-	-	-	-	-
Invasor	-	-	1	-	-	1	-
Adenocarcin.	-	-	-	-	1	-	-
Total	-	1	3	2	1	1	-

Los resultados de las biopsias fueron los siguientes:
Los casos de displasia moderada en un 100% fueron reportados como cervicitis crónica.

Los sospechosos a los cuales se les tomó biopsia; el informe fué: Adenocarcinoma de Endocervix en un caso; y en otro; Displasia Cervical Severa.
Los positivos IV y V, el resultado citológico fué:
Carcinoma Epidermoide Infiltrante del Cuello Uterino en los dos casos.

Partiendo del cuadro No. 7 podemos apreciar que el cáncer infiltrante aparece a partir de los 40 años, el promedio de edad de este estadio es de 55 años con una distribución de 40 64 años.

Por este estudio se evidencia claramente la relación del carcinoma cervicouterino con una sexualidad temprana, con cifras para relaciones sexuales antes de los 20 años, de un 100 % .

CUADRO No.8

CANCER CERVICOUTERINO Y PARIDAD.

PARIDAD	No. DE CASOS
1-4	-
5-9	3
10-14	-
15-más	-
Total	3

Se relaciona la paridad con el número de casos, dividiendo por grupos de 1 a 4 partos, 5 a 9, 10 a 14, ó más de 15(Ver cuadro No.8) encontrandose que el 100% corresponde al grupo entre 5-9 partos. En cuanto a la relación con abortos, ninguna paciente de las positivas había presentado. La presencia de sintomatología y signología fué la siguiente: Leucorrea se encontró en el 33% de los casos, sangrado anormal 33%; todos eran positivos por tricomonas. Las caracteristicas clínicas del cuello cervical se encontró en un caso, de aspecto normal, un caso de cervix atrofico (Adenocarcinoma), un caso ulcerado, erosionado y sangrante al contacto.

DISCUSION Y CONCLUSIONES.

De las 400 pacientes examinadas solo el 10.2% fue normal, presentando el resto algún grado inflamatorio, distribuidas de la siguiente forma: 9.75% inflamación ligera, 32% inflamación moderada, 45.5% inflamación severa, estando comprendidas la mayoría de estas inflamaciones entre las edades de 21-40 años, pode os atribuir este alto perce taje a la falta de higiene de nuestro campesino, la alta frecuencia de relaciones sexuales en dichas edades, y el alto grado de paridad.

Se detectan 6 displasias lo que corresponde al 1.5% de la muestra, estando comprendidas entre las edades de 22-a 45 años, considerando estas lesiones como premalignas, creo que el riesgo del inicio de cáncer cervicouterino es en estas 3 décadas(20-50), donde se debe hacer incapie para que la paciente se practique examenes periódicos de citología vaginal, por lo menos un control anual para poder prevenir la enfermedad ó detectarla en un estado en que todavía sea curable.

Se encontró una incidencia de citologías sospechosas y positivas de 10/1000, lo que es casi igual a datos obtenidos en el Hospital Materno Infantil en el año de 1975, de

10.2/1000[3]; y comparable con el encontrado en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1973, de 13.6/1000.[2]
La incidencia del cáncer cervicouterino comprobado por biopsia en el Municipio de Copán Ruinas fué 7.5/1000; de los cuales 2 correspondieron a carcinoma epidermoide de cervix, y uno, adenocarcinoma de endocervix, estando todos comprendidos en edades mayores de 40 años, con un promedio de edad de 55 años, este dato es concordante con los resultados obtenidos en otros estudios.[1-2]
Se encontró una relación clara de esta enfermedad con una cohabitarquia temprana, con cifras para relaciones sexuales antes de los 20 años, en un 100%. Esto coincide con otros estudios donde por ejemplo en el Hospital Gonzales Coro de Mexico en 1972-75; se encontró cohabitarquia antes de los 20 años en el 61.7%[1], y lo referido por Whant y Colb "quien encontró mayor frecuencia de cáncer de cuello, a menor edad de cohabitarquia, la que incluso se triplicaba cuando esta ocurría antes de los 14 años."[8]
Se encontró que todas las pacientes habían tenido una paridad mayor de 5 partos, lo que comprueba los planteamientos existentes que relacionan esta enfermedad con la paridad.

En cuanto a las características clínicas y sintomatológicas no se encontró ninguna relación determinada ya que solo una paciente (33%) presentaba leucorrea y una (33%) presentaba cervix erosionado ulcerado y sangrante al contacto; esto nos corrobora lo expresado por Novak (4) que textualmente dice: "que no hay alteraciones anatomopatológicas características que ayuden a identificar un Carcinoma Intraepitelial del cuello, por exploración macroscópica". De hecho, algunos casos de cervicitis crónica crean un aspecto más anormal que un cuello con Carcinoma Intraepitelial.

VII.- DIAGNOSTICO DE TRICOMONIASIS Y MONILIASIS POR EL METODO DE PAPANICOLAOU.

RESULTADOS:

De 400 citologías vaginales practicadas, se encontrarón tricomoniasis en 74 casos, de los cuales 2 corresponden a pacientes que se les ha aplicado - dispositivo intrauterino, 19, que ingieren anticonceptivas, 9, en estado de gravidez, 12 menopausicas, y 32 con otros padecimientos.

CUADRO No.1

C A S O S D E T R I C O M O N I A S I S

PACIENTES	No.	PORCENTAJE
D I U	2	2.7 %
Anovulatorios	19	25.7
Embarazo	9	12.2
Menopausia	12	16.2
Varios	32	43,2
Total	74	100.0 %

CUADRO No.2

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDADES:CON TRICOMONAS.

Años	NUMERO	PORCENTAJE
18-20	9	12.1 %
21-30	29	39.2
31-40	19	25.7
41-50	12	16.3
51-60	2	2.7
61-70	3	4.0
Total	74	100.0 %

En el cuadro No. 2 se analizan las edades de las pacientes con tricomonas que varia de 18 a 70 años, el grupo más numeroso lo forman las comprendidas entre 21 y 30 años.

CUADRO No.3

SINTOMATOLOGIA DE TRICOMONIASIS.

SINTOMAS	No. PACIENTES	PORCENTAJE
Con leucorrea	71	95.9 %
Sin leucorrea	3	4.1 %
Total	74	100.0 %

Como se puede observar en el cuadro No.3, las pacientes - en que se encontró tricomonas, 71 presentaron leucorrea,- lo cual corresponde al 94.4 %.

CUADRO No.4

CASOS DE MONILIASIS

PACIENTES	NUMERO	PORCENTAJE
D I U	1	25. %
Anovilatorio	0	0.0
Embarazo	3	75. 0
Menopausia	0	0.0
Total	4	100.0 %

En el cuadro No.4 se aprecian los casos de moniliasis, de los cuales la mayoría eran pacientes embarazadas.

En cuanto a las edades de pacientes con Candidiasis, podemos apreciar mayor incidencia entre los 31 y 40 años.

CUADRO No. 5

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON CANDIDIASIS POR EDADES

A Ñ O S	NUMERO	PORCENTAJE
18-20	0	0 %
21-30	1	25.
31-40	3	75.
41-50	0	0.
51-60	0	0.
Total	4	100. 0 %

En todos los casos en que se visualizarón monilias los pacientes presentaban leucorrea y prurito vulvar.

C O N C L U S I O N E S.

Como es de todos conocido una de las causas más frecuentes de leucorrea en mujeres embarazadas como no-embarazadas, son lasinfestaciones por tricomonas y - por monilias. (4-7-9-10)

La frecuencia con que se observan tricomonas en este trabajo resulta relativamente baja (10.5%), comparada con otros estudios como (Naelch y Gautrulapulos - encontraron 50%, Von Jaschke y A.Seitz 30%, Dorbland 20% en 2,836 mujeres, Vilplana E. 20.6%, Alonso, en-material de detección de cáncer del Hospital General señala 32% en 16,700 pacientes, Hesm y Day, 16%, Selg col, en un estudio de 200 pacientes, 39.2%; y en un-trabajo realizado en el Depto. de Enseñanza e Investigación Médica del Hospital ABC de México en 1,205 pacientes, 10.5%, pero en este caso la baja frecuencia se debe a que las pacientes examinadas concurren a control periodicamente); Peterson en 5,712 pacientes encontró el 24.6%. Pero nuestro porcentaje es-alto comparado con el obtenido en el Sub-Centro de -

Salud de el Corpus, Choluteca (Honduras) donde se encontró el 11% en 775 pacientes. (13)

En cuanto a las edades observamos que el menor número de casos corresponden a las pacientes comprendidas entre la 5a. y 7a. década de la vida, esto es lógico explicar; en las mujeres antes de la pubertad y en el climaterio es raro que se presenten tricomoniasis, porque en las primeras, no existen relaciones sexuales, y en las segundas, disminuye la frecuencia de estas, y por otro lado la disminución de hormonas sexuales a esa edad.

Mayor incidencia en las décadas 2a. y 3a. y 4a. donde a esa edad las relaciones sexuales son más frecuentes. Cuatro pacientes en que se encontró tricomoniasis no tenían leucorrea, lo cual se puede explicar por que en ocasiones aunque exista la infestación no hay inflamación clínica ó citologica y por esto se limita a la superficie, no dando lugar a sintomatología.

Respecto a las embarazadas podemos observar que de 74 pacientes embarazadas se encontraron 9 positivas, lo que constituye el 12.2, cifra relativamente baja si la comparamos con otras estadísticas en donde se

han encontrado del 20 al 30 % durante su control pre
natal.(10)

En cuanto a la Candidiasis, el grupo más frecuentemente afectado resultó ser el de las embarazadas con un 4.2%, lo cual es una frecuencia muy baja si la comparamos con otras estadísticas en donde se asevera que casi en un tercio de las embarazadas se encuentran dichos hongos y en otros que puede cultivarse de la vagina en el 25% aproximadamente de las mujeres embarazadas cerca del término.(4) No se encontró la relación ya descrita en otros estudios que las pacientes que toman anticonceptivas hormonales son las que más frecuentemente padecen de vaginitis monilióasica.(9)

En la muestra total se obtuvo un 1% de Cándida Albicans lo cual es un porcentaje similar al encontrado en el DEpto. de Investigación del Hospital ABC, de 1.63%.(9)

De lo descrito anteriormente se demuestra que la Citología Vaginal teñida por el método de Papanicolaou además de su aplicación en la detección oportuna de Carcinoma Cervicouterino, es de gran utilidad para el

diagnóstico de Tricomoniasis y Monilíasis; siendo esta patología tan frecuente en nuestro medio, debemos valernos de este método, por estar a nuestro alcance para diagnósticarla y de esta manera evitar que pasen desapercividas, y a la vez proporcionar a los pacientes un tratamiento especifico.

VIII.- R E C O M E N D A C I O N E S

1.-

De acuerdo a mi experiencia adquirida en este estudio - considero que el primer baluarte en la lucha contra el cáncer es el consultorio del Médico General ó en Servicio Social, por lo tanto es aquí donde la mujer debe - recibir una exploración completa de sus genitales, que- incluye tacto vaginal riguroso, para conocer si existe o no patología tumoral, exploración **visual** del cuello a través del espéculo; y tomar examen citológico.

2.-

Según el estudio es posible determinar para la población del Municipio de Cotán Nuinas los grupos de alto - riesgo en relación con lesiones pre-malignas que son las más importantes de detectar, los constituyen mujeres de 20-50 años, época de la vida en que ella es más necesaria en el hogar, en la educación y crianza de sus hijos, con cohabitarquia antes de los 20 años y en general con más de 4 partos, recomiendo que a estas pacientes se debe tomar una citología por año, mientras que para el res

to de la población femenina despues de resultar negati - va su segunda citología, se podría repetir con un inter- valo de 3-5 años,. Pero lo ideal sería lograr el examen de la población en un 100%, aunque fuera por lo menos - con una citología, lo que si lograría disminuir notable- mente la aparición en años sucesivos de pacientes con - un cáncer infiltrante.

3.-

Que se continue con el seguimiento de las pacientes que fueron estudiadas, que se les dé el tratamiento adecuado, principalmente en el caso de las displasias, y repetir - el examen en el tiempo estipulado en cada citología.

4.-

A nivel de Facultad de Medicina se debe hacer conciencia en cada estudiante de lo indispensable que es realizar - un examen ginecológico, y la toma si temática de citolo- gía vaginal, en las pacientes que asisten a los consul - torios.

5.-

Todo Médico debe dar en cada consulta, educación sobre -

higiene sexual, y conocimientos básicos sobre planificación familiar.

6.-

Dotar a todos los CESAMOS del material indispensable para realizar el examen de citología vaginal, y así llevar a cabo un programa de detección temprana del cáncer cervicouterino a nivel nacional.

7.-

Que se use el método de Papanicolaou canalizado a través del Depto. de Citología del Hospital Materno Infantil, para el diagnóstico de tricomonas y monilias a nivel vaginal, en aquellos centros donde no tengan otro medio de diagnóstico.

IX.- R E S U M E N

Se tomaron 400 Citologías cervico-vaginales en el Municipio de Cerro Ruinas durante el período comprendido entre agosto a diciembre de 1978. Se reportarón 41 citología normal, 39 con inflamación ligera, 128, moderada, y 182 severa; de estas se encontrarón tricomonas en 74 casos (18.5%) y moniliasis en 4 casos (4.2%); displasias No 6, siendo una leve, 4 moderadas y una severa,.

Se reportarón 4 estudios sospechosos y positivos, a los cuales se les practicó biopsia, encontrándose un caso de displasia severa, dos de carcinoma infiltrante del cuello y un caso de adenocarcinoma de endocervix.

Creemos que estos datos son de gran utilidad por ser representativos de nuestro medio. Se obtuvo porcentaje de 10/1000 de citologías sospechosas y positivas, no se encontró ningún carcinoma III CIN, las displasias consideradas como lesiones pre-malignas estaban localizadas en las edades comprendidas entre 21-50 años, y el carcinoma infiltrante, en mujeres mayores de 40 años, con paridad mayor de 5, y con inicio de vida sexual antes de los 20 años. Considerandose los rupos anteriores como de alto

riesgo.

Concluimos también que la citología vaginal además de su aplicación básica en la detección oportuna del cáncer cervicouterino, es de gran utilidad para el diagnóstico de triconomiasis y moniliasis, y de esta manera poder aplicar un tratamiento específico de estas patologías.

X.- B I B L I O G R A F I A.

1.- Ponce M. del C., Sariol M. Rodríguez M., Jaroc H.C., Vivó V.P. Aspectos Epidemiologicos y Citologicos del Cáncer de Cuello,. Comparación del "IN SITU" con el Invasivo. Ginec. Obstet.- Mex. 39: 477-485-,1976.

2.- Arisaga Crúz J.M., Cigala L.L., García G.C. - Avalos C.L., Resultados del Programa Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino durante el - año ,de 1975. Ginec. Obstet. Mex. 38: 139-144,- 1975.

3.- Herrera Mena Cardona de.Recursos Humanos y Técnicos en la lucha contra el Cáncer. Trabajo - presentado en XI Congreso Centroamericano de - Ginecología y Obstetricia, Tegucigalpa,D.C. - Agosto 1977.

4.- Novak E.R., Jones G.S.,Jones H.W. Tratado de - Ginecología, Octava Edición, Nueva Editorial - Interamericana, Mexico, 1971. Pags.213,215,247, 270,272.

5.- Robbins S.L. Tratado de Patolo ía, 3a.Edición, Nueva Editorial Interamericana, Mexico,D.F. - 1968. Pag.1017.

6.- OIP/OPS Manual de Normas y Procedimientos para el control del Cáncer del cuello uterino. Pags. 44,. 1972.

7.- Jawetz E. Melnick J.L., Adelberg E.A. Manual - de Microbiología Médica. 4a Edición, Editorial- El Manual Moderno S.A., Mexico,D.F.,1970.Pag -- 524.

8.- Informe de la encuesta Demografica Nacional de - la Dirección General de Censos y Estadisticas - año de 1974.

9.- De Larios M.M.,Rubio L.B. Ruíz M.J.A. Diagnóstico de Tricomoniasis y Moniliasis por el método - de Papanicolaou. Ginec. Obstet. Mex. 39: 441- - 444, 1976.

10.- Hellman L.M., Pritchard A. Williams Obstetricia, 14a. Edición, Salvat Editores, S.A. Mexico,D.F., 1973, Pag. 300.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

11.- Waht. P.N.; Prevalence and Dsitribution of - Cáncer of the uterine cervix in agra district, India Cáncer 30; 720, 1972.

12.- Departamento de Citolo ías Hospital Materno - Infantil. Instructivo para la toma de muestras de citolo ías cervico-vaginal.

13.- Dominguez R.D. Tesis de grado: Epidemiolo ía de Tricomoniasis Vaginal en las Comunidades - del Corpus Cholutaca y Concepción de María. - Tegucigalpa, D.C. Febrero de 1970.