

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZU
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS - SEDE CORONEL OVIEDO**

**CURSO DE ESPECIALIZACION DEL TRACTO
GENITAL INFERIOR Y COLPOSCOPIA**

**Diagnostico de cáncer invasor en
mujeres con manifestaciones clínicas en
el Centro Médico Bautista en los años
2012 al 2017**

Dra María Varela de Mayeregger

2018

Agradecimientos

Prof. Dra. Ana Soilán y las profesoras/es que me brindaron la oportunidad de compartir sus conocimientos.

Indice

	Página
1. Introducción	5
2. Objetivos	6
2.1 Objetivo General	6
2.2 Objetivos Específicos	7
3. Justificación	7
4. Antecedentes	9
5. Marco teórico	10
6. Metodología	21
7. Resultados	23
8. Discución	28
9. Conclusión	28
10. Recomendaciones	29
11. Bibliografía	30

Contenido

1. Introducción

Los hallazgos citológicos, colposcópicos, histopatológicos en 26 mujeres con cáncer invasor de cuello uterino representan el 0.50% de las 4.850 mujeres que consultaron por primera vez en la sección de Papanicolaou y colposcopia en el Centro Médico Bautista, entre 2012 y 2017.

Por la presencia de las manifestaciones de cáncer invaor se realizaron en forma simultánea las tomas de Papanicolaou y biopsias bajo visión colposcópica.

Los signos clínicos fueron sangrado de distintinta magnitud, tejido tumoral friable en algunos casos, flujo sero purulento, fétido, esto dificultó la citología por la diátesis tumoral.

La citología con diátesis tumoral muestra un extendido con fondo sucio compuesto por detritus celulares, eritrocitos, leucocitos y piocitos, hay precipitados de fibrina y proteínas debido a la necrobiosis.

El Cáncer de cuello uterino se desarrolla lentamente en el transcurso del tiempo entre 10 a 15 años dependiendo de factores epidemiológicos y de riesgo de las pacientes (VPH de alto riesgo, inmunodeficiencias, pobreza, promiscuidad, etc.)

Antes de la aparición del cáncer invasor las células atraviesan cambios conocidos como lesiones de bajo y alto grado, (precáncer) que dan la oportunidad de diagnosticarlas y tratarlas, para lo cual es fundamental que las

mujeres accedan a las pruebas de Papanicolaou, colposcopia, histología, tratamientos destructivos locales, Leep y cirugías según el caso.

La revisión en el años 2014 del Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control del Cáncer de Cuello Uterino, República del Paraguay 2010, muestra un descenso de la incidencia de cáncer invasor del 53 al 34 por 100.000 mujeres. ¹

La citología cervico vaginal aplicada en programas establecidos en diferentes centros asistenciales públicos y privados en el país permiten disminuir la incidencia de cáncer invasor de cuello uterino así como la mortalidad asociada.

Este método de estudio se refuerza con la oportunidad de realizar colposcopias, biopsias para la exactitud en el diagnóstico en etapas precancer y cáncer.

Otra oportunidad diagnóstica es la inspección visual al ácido acético IVAA, la palpación bimanual de la pelvis cuando no se cuenta con el equipamiento e insumos adecuados.

En el Centro Médico Bautista 26 pacientes procedentes de diferentes lugares del país fueron diagnosticadas con cáncer invasor mediante Citología, colposcopia e histología, entre el 01.01.2012 al 31.12.17.

2. Objetivos

2.1 General:

Determinar el número de mujeres con manifestaciones de cancer invasor con la toma simultánea de citología, biopsia bajo visión colposcópica del 01.01.2012 a diciembre 2017 .

2.2 Objetivos específicos:

1. Describir las manifestaciones clínicas del cáncer invasor.
2. Establecer el número de mujeres con cáncer invasor según grupos de edad.
3. Determinar la procedencia Asunción – Central y Otros departamentos.
4. Determinar la paridad hasta 5 hijos y más.
5. Conocer el estado civil de las mujeres
6. Registrar estudios de Papanicolaou 5 años previos, 10 años o nunca.

3. Justificación

“A nivel mundial la incidencia de cáncer de cuello uterino es de 400.000 casos nuevos y más 270.000 mujeres mueren cada año por la enfermedad, el 85% de ellas en países subdesarrollados”.²

Para el “2018 los cálculos de la Sociedad Americana contra el cáncer en EE UU so 13.240 nuevos casos y moriran alrededor de 4.170 mujeres. El cáncer de cuello uterino tiende a ocurrir en la mediana edad y se diagnostica más frecuentemente en mujeres de 35 a 44 años. Más del 15% se detecta en mujeres de 65 años y más”.³

Los CDC Centros para el Control y Prevención de Enfermedades “la edad media de diagnóstico es de 48 años aunque el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cervix se diagnostica antes de los 35 años. Solo el 10% de los diagnósticos se hacen en mujeres mayores de 65 años”.⁴

La prueba de Papanicolaou permite evitar el cáncer de cuello uterino y detectarlo antes de las manifestaciones clínicas para mejorar la calidad de vida y la sobrevivencia.

Para la mayoría de las mujeres, la mejor práctica es hacerse una prueba de Papanicolau cada tres años (entre los 21 y los 65 años de edad).

Sin embargo un estudio reciente encontró que “algunas mujeres no siguen haciéndose las pruebas de detección a medida que se acercan a los 65 años y pueden contraer cáncer”.⁵

El estudio encontró que “cuanta más edad tengan las mujeres, más probabilidad hay de que no se hayan hecho nunca las pruebas de detección o no se las hayan hecho en los últimos 5 años previos”.⁵

“Una mujer mayor sin histerectomía, hasta que tenga ochenta años y más presenta tantas posibilidades de tener cáncer como una mujer joven”.⁵

Las tasas de incidencia aumentaron con la edad y fueron más altas en las mujeres de raza negra que las de raza blanca.

El personal de atención de la salud puede aconsejar a todas las mujeres de 21 y 65 años y más que se realicen las pruebas de Papanicolaou si no lo han hecho en los últimos 3 años.

La Dra Patricia Veiluba Agüero encargada de la capacitación en el programa de detección precoz y tratamiento del cáncer de cuello y mamas “La última estadística de muertes por cáncer de cuello uterino recogida por el registro nacional de tumores 2011 (MSP) registra una tasa del 25% ca mama y 17% ca de cuello uterino”.⁶

Como profesional que realiza Papanicolaou, colposcopia y biopsias, en el Centro Médico Bautista se cuestiona si en las mujeres que llegan al consultorio se hubiera podido evitar el estadio avanzado de cáncer invasor de cuello uterino.

El Centro Médico Bautista es una Institución privada fundada hace 65 años. En setiembre de 1979 se crea la sección de Papanicolaou y Colposcopia para el estudio del cuello uterino, las biopsias se derivan al Instituto de Anatomía Patológica del profesor Antonio Cubilla y Prof José Bellasai.

El Centro Médico Bautista tiene un seguro médico EBSA con cobertura también a las colonias Menonitas de San Pedro y Caaguazú.

4. Antecedentes

A partir de la información recogida por la investigadora en las fichas clínicas de 26 mujeres con cáncer invasor se seleccionan variables como edad, procedencia, paridad, estado civil y pruebas de Papanicolaou en los últimos 5 años y más de 10 o nunca.

La procedencia de las pacientes que concurren a la sección Papanicolaou y Colposcopia abarca Asunción, Central y los departamentos de San Pedro, Amanbay, Canendiyú, Cordillera, Paraguarí, Caaguazú, Ñembucu, Alto Paraguay Caazapá, se dividen en dos grupos: Asunción – Central y otros departamentos.

Se realiza una revisión bibliográfica de las manifestaciones clínicas del cáncer invasor de cuello uterino y de los métodos diagnósticos Inspección visual al ácido acético (IVAA), Papanicolaou, colposcopia, biopsias, según la disponibilidad de recursos en el servicio de atención médica.

La OPS – OMS recomienda el tamizaje del cáncer cervico uterino con todos los recursos disponibles como la inspección visual con ácido acético (IVAA) y el test de DNA del HPV en mujeres mayores de 35 años y más en mujeres con riesgo de desarrollar cáncer.

5. Marco teórico

Palabras clave

- **Cáncer** es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.
- **Manifestaciones clínicas son signos clínicos** , manifestaciones objetivas clínicamente fiables y observadas en el examen físico de la/ el paciente. Los **síntomas** son elementos subjetivos percibidos por el/ la paciente ejemplo dolor.
- **Epidemiología definición OMS:**es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos, en particular con las enfermedades relacionadas con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.
- Organiza y resumen la información en tiempo lugar y persona.
- **Variable** evento que se presenta como una propiedad no constante que cambia o puede cambiar en un individuo o entre varios individuos dentro de un grupo o entre varios grupos en lugar y tiempo.
- **Inspección visual con Acido Acético IVAA** procedimiento en el cual se aplica ácido acético en el cuello uterino para hacer evidente tejidos anormales. ⁷

5.1 Manifestaciones clínicas del cáncer invasor de cuello uterino

El Cáncer invasor de cuello uterino puede presentar una fase preclínica con mínima invasión del estroma en el que la colposcopia desempeña un papel muy importante para la localización de la lesión y el estudio histopatológico.

“Son cánceres que no han invadido de 5 mm de profundidad y 7 mm de ancho hacia el estroma cervical subyacente”.⁸

Características clínicas del cáncer invasor de cuello uterino:

- Hemorragias intermenstruales.
- Hemorragias post coitales.
- Menstruaciones más abundantes.
- Flujo sero purulento abundante.
- Flujo fétido
- Cistitis recurrente
- Frecuencia y urgencia miccionales.
- Dolor de espalda y en la parte inferior del abdomen

Conforme avanza la invasión del estroma, la enfermedad se vuelve clínicamente evidente y revela patrones de proliferación que a menudo son visibles en el examen con el espéculo.

5.2 Citología Cuello Uterino.

Es un método de detección más eficaz para las lesiones precancerosas que para el cáncer de cuello uterino por las condiciones de sangrado, infección, diátesis tumoral, cuando la toma no va acompañada de una colposcopia o con adecuados datos clínicos, porque citotecnólogos, citólogos y patólogos pueden calificar el material como no satisfactorio.

Errores en citología: “el 70% del material insatisfactorio que llega al laboratorio de citología (1) es por la inadecuada preparación de la paciente, extracción y fijación de la muestra, el 30% es por el laboratorio”.

9

Una buena toma de material para Papanicolaou obliga a cumplir los siguientes requisitos con las pacientes.

- Ovulos hasta 10 días antes.
- Ovulos con estriol durante 1 mes, hasta 8 días antes.
- Ecografía transvaginal hasta 3 días antes.
- Legrado endocervical o endometrial hasta 3 meses.
- Prolapso uterino humedecer la espátula con solución fisiológica.
- Atrofia vaginal y cuello uterino tambien humedecer la espátula en solución fisiológica.
- Usuarias de DIU endocervicitis crónica por el traumatismo endocervical
- Post parto 3 meses.
- Post radiación y quimio terapia 3 meses.

- Es posible encontrar células endometriales en mujeres mayores de 40 años.

Requisitos del profesional.

- Visualizar todo el cuello uterino para la obtención del material con espátula y cepillo, debe ser correctamente extendido sobre el portaobjetos limpio de acuerdo con las normas vigentes.
- “La transferencia de células al portaobjetos es un fenómeno aleatorio, sujeto a error si la población de células anormales no se distribuye de manera homogénea por toda la muestra”.¹⁰
- “Más del 15% de los frotis son limitados, debido a la presencia de sangre e inflamación o áreas gruesas de células epiteliales superpuestas”.¹⁰
- Evitar que la muestra se seque por aire acondicionado, ventilador, lentitud de operador.
- Fijar inmediatamente en alcohol 96 no hidratado que cubra adecuadamente la lámina.

Limitaciones del frotis de Papanicolaou convencional.

“Los implementos que suelen utilizarse para llevar a cabo el frotis de Papanicolaou reúnen entre 600.000 y 1.200.000 de células epiteliales cervicales, pero menos del 20% de las células obtenidas se transfieren al portaobjetos”.¹⁰

La preparación del frotis convencional de Papanicolaou por el clínico es una técnica variable y mal controlada. En casos graves las células inflamatorias o sangre pueden sustituir y ocultar a las células epiteliales y constituir un impedimento para el análisis visual.

Células inflamadas y células epiteliales normales en la fase lútea tardía forman agregados gruesos, tridimensionales que implican una obstrucción para la observación clara de la muestra.

Se concibió la tecnología de capa delgada y base líquida a fin de permitir la valoración precisa mediante un dispositivo computarizado, no accesible en Paraguay.

Criterios de malignidad de los extendidos de Papanicolaou.

En citología no existe un criterio patognomónico de malignidad ya que puede haber cambios en los núcleos y citoplasmas muy parecidos a las malignas.

La observación microscópica minuciosa lleva a un diagnóstico final correlativo con la histología.

Los criterios que deben tenerse en cuenta que se concentran en las alteraciones según el Profesor Dr Zenón González son: ⁹

- **Del núcleo:** anisocariosis, polimorfismo nuclear, hiper cromasia, disrelación núcleo – citoplasma, irregularidad en el borde nuclear,

multinucleación, nucléolos aumentados de tamaño y número, mitosis atípica.

- **Del citoplasma:** forma: polimorfismo, tamaño: anisocitosis, tinción: variable
- **Del fondo de los extendidos:** leucopiocitario, hemorrágico, diátesis tumoral.
- **Algunos signos de orientación frecuentes fuera de las mismas células sospechosas:** presencia reiterada de células discarióticas, índice de maduración desviado a la derecha (adenocarcinoma endometriales)
- **Sangre fresca** en tomas a traumáticas obtenidas del fondo vaginal posterior (carcinomas endocervicales y endometriales).

Citología del cáncer invasor de cuello uterino

En los carcinomas clínicamente demostrables es donde menos presta ayuda la citología por el fondo tumoral (diátesis tumoral) que confiere un aspecto sucio, granuloso.

El aspecto celular depende del tipo **histológico del carcinoma invasivo**.

“El carcinoma escamoso origina por lo menos el 85% de los cánceres cervicales”.¹⁰

“ El sistema Bethesda no subdivide el Carcinoma de células escamosas”.¹²

“Existen criterios citomorfológicos para diferenciar el carcinoma queratinizante son: variación considerable tamaño y morfología celulares a menudo con citoplasma eosinófilo denso, es frecuente hallar núcleos hipercromáticos, cromatina en grumos gruesos, diátesis tumoral en menor grado”.¹²

Y en el carcinoma no queratinizante los criterios son las células aisladas o en colgajos, borde mal definidos. Núcleos distribución muy irregular de la cromatina aglutinada en grumos, macronucléolos prominentes, citoplasma basófilo.¹²

5.3 Colposcopia del carcinoma escamoso invasor de cuello uterino

Algunos signos colposcópicos, como friabilidad poco común, necrosis, ulceración y masa exofítica, también pueden relacionarse con trastornos benignos como infecciones y traumatismos, cambios posteriores a la radiación, fibromas que protruyen hacia el conducto endocervical, condilomas, pólipos endometriales, tejidos deciduales y tejido de granulación después de tratamientos de cuello uterino.

Requiere demostrar que todas estas entidades colposcópicas no corresponden a un cáncer mediante un estudio histológico.

Los vasos atípicos son capilares de la superficie que tienen configuraciones poco comunes, como asas en horquilla, ramificación anormal en coma, explosiones estelares y sacacorchos.

La necrosis de tejido neoplásico puede observarse por un cambio de color que da como resultado un aspecto amarillo canela, a menudo acompañado de friabilidad.

Las lesiones invasoras pueden presentar crecimiento endofítico, que conduce a ulceración, o exofítico, que origina una masa de forma irregular que sobresale de la superficie cervical.

La frecuencia de observación de vasos atípicos aumenta a medida a medida que se incrementa la profundidad de la invasión.

Procedimientos diagnósticos con biopsias . ¹⁰

La biopsia cervical colposcópicamente dirigida consiste en la obtención de una muestra de tejido anormal del cuello uterino, habitualmente es múltiple.

El procedimiento se realiza sin anestesia

Requisitos de la biopsia

Debe ser selectiva y de 2 tipos, los que se envían en dos frascos diferentes

- Exocervical: dirigida con la colposcopia y guiada con la pinza de biopsia.
- Endocervical: raspado fraccionado del canal sin anestesia LEC. El material obtenido se coloca en un pequeño papel de filtro, se agrega el cepillo endocervical sin el palito.

Después de la valoración colposcópicas mediante biopsias directas, quizás se requiera material de biopsia adicional para identificar con precisión la etapa de la lesión cervical.

Una vez que se comprueba la invasión, siempre está contraindicada la terapéutica ablativa, como el criocauterío o la fotoablación con láser de CO₂.

5.4 Histopatología

Anatomía Patológica del Carcinoma escamoso invasor de cuello uterino.

La clasificación histológica internacional de tumores AJCC, de los tipos de cáncer cervical se divide en tres categorías mayores: carcinoma escamoso, adeno carcinoma y otras variedades. Los carcinomas invasores pueden dividirse en tipos queratinizantes, no queratinizantes y verrucoso.¹⁰

El cáncer cervical escamoso invasor suele estar compuesto de nidos compactos de células escamosas neoplásicas que invaden el estroma subepitelial varían ampliamente el tamaño, la forma y el grado de queratinización.

En la actualidad se utilizan por lo menos dos sistemas para graduar el carcinoma escamoso. El sistema AJCC define los grados como bien diferenciado (G1), moderadamente diferenciado (G2) y mal diferenciado (G3) o indiferenciado (G4).

Por razones prácticas se utiliza ampliamente la nomenclatura propuesta por Reagan y Ng: el carcinoma bien diferenciado se denomina tipo queratinizante de células grandes, en tanto que el carcinoma moderadamente diferenciado se define como tipo no queratinizante de células grandes, y los tumores mal diferenciados se definen como tipo no queratinizante de células pequeñas.

5.5 Biomarcadores de las neoplasias cervicouterinas escamosas y glandulares. ¹¹

Se han desarrollado diversos biomarcadores para diferenciar las lesiones escamosas reactivas y las lesiones glandulares de los procesos neoplásicos reales.

Entre los empleados con más frecuencia por numerosos laboratorios de anatomía patológica quirúrgica se cuentan los **análisis de inmunohistoquímica para la proteína p16, ensayo ProEx C, Ki-67 y el antígeno carcinoembrionario (ACE).**

La proteína p16 se produce en la célula normal para inhibir la síntesis de la ciclina D, una enzima cinasa necesaria para la fosforilación para el producto del gen del retinoblastoma. Este producto regula la producción de ciclina E, que da como resultado la activación de la síntesis de ADN en el ciclo de crecimiento. La exposición del producto del gen E7 del HPV determina el establecimiento de un enlace entre esta proteína y el producto del gen del retinoblastoma que inhibe a este último en lo que respecta a la fosforilación.

La falta de fosforilación de la proteína del retino blastoma activa una sobreproducción de ciclina D. Para contrarrestar esto, se genera p16 para inhibir la presencia de ciclina D. Así una sobreexpresión de p16 indicaría indirectamente la presencia de la proteína E7 que se observa con la integración del HPV oncogénico en el genoma de la célula huésped.

La proteína p16 se detecta por tinción inmunohistoquímica en la que se utilizan los cambios de color observados al identificar anticuerpos conocidos contra diversos productos proteínicos.

Un resultado positivo de la prueba se manifiesta por una tinción parda difusa dentro de las células que presentan p16.

En varios estudios se demostró que la utilización de inmunotinción de p16 puede ayudar a diferenciar metaplasia inmadura reactiva, o el epitelio escamoso atrófico de la displasia de alto grado con muy buena sensibilidad y especificidad.

El **ensayo ProEx C** es un análisis de dos proteínas que presentan sobreexpresión en las lesiones neoplásicas del cuello uterino. La **tinción ProEx C se limita al núcleo** que da una coloración más limpia y precisa, más fácil de interpretar que los resultados de la p16.

Como con los LIE de alto grado, la neoplasia glandular endocervical o AIS puede ser difícil de distinguir de los cambios glandulares benignos o reactivos. En esos casos, **la inmunotinción de ACE y Ki -67 puede tener alguna utilidad. En general el ACE está ausente en las lesiones cervico uterinas benignas pero es positivo en el AIS..** No obstante este marcador no es completo sensible o específico.

5.6 Prueba de inspección visual con acido acético (IVAA)

¿Que incluye la IVAA?.

- Se realiza una exploración vaginal con espéculo, se aplica ácido acético al 3 – 5 % al cuello uterino.

- El tejido anormal adquiere temporalmente una coloración blanca.
- Se observa el cuello a simple vista para identificar cambios en la anatomía y en el color del mismo.
- Determina si la prueba es positiva o negativa para pre cancer o cancer.

6. Metodología

1. **Tipo de estudio:** observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo.
2. **Delimitación espacio temporal:** 01.01.2012 al 31.12.2017.
3. **Población:** 26 Mujeres estudiadas en la Sección de Papanicolau y Colposcopia a quienes se diagnosticó cáncer de cuello uterino, con manifestaciones clínicas.
4. **Criterios de inclusión:** Papanicolaou, Colposcopia y Anatomía Patológica.
5. **Criterio de exclusión:** Sin estudio de anatomía patológica.
6. **Operacionalización de variables.**
 - **Edad:** grupos de edad 35 a 65 y más.
 - **Procedencia** Asunción-Central y otros departamentos. Número y promedio de edad.
 - **Paridad** según procedencia
 - **Estado civil** casadas (en pareja), separadas y viudas (sin parejas)

- **Pruebas de Papanicolaou** en los últimos 5 años o 10 años y nunca.
7. **Técnica e instrumento de recolección de datos:** se extrajeron de una ficha particular de cada paciente en donde se registran datos de interés de la paciente estudios y diagnósticos realizados.
 8. **Gestión de datos:** los datos se volcaron en una planilla y se cruzaron según variables seleccionadas.
 9. **Consideraciones éticas** en todo momento se mantiene la confidencialidad, manteniendo la confianza de las pacientes.

7. Resultados

Presentación en tablas

Tabla 1

Mujeres con Cáncer de Cuello Uterino		
Grupos de edad	Número de mujeres	Porcentaje
35 - 40	5	19
45 - 54	6	23
55 - 64	8	30
65 y más	7	26
Totales	26	100

Entre los 55 años y 65 y más representan el 57 % de las mujeres con un promedio de edad de 56 años.

El Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino República del Paraguay 2010 señala la edad promedio para el cáncer de cuello uterino 45 años. ¹

E.J. Mayeaux, Jr. J. Thomas Cox la edad media es de 48 años en EEUU, 2004 – 2008. ¹¹

Tabla 2

Mujeres con cáncer invasor		
Procedencia	Número	Edad Promedio
Asunción - central	14 53 %	53
Oros departamentos	12 47 %	63
total	26 100%	56

La procedencia de Asunción – Central 14 mujeres el 53% con edad promedio 53 años y otros departamentos del interior 12 mujeres 47% con edad promedio 62 años.

Tabla 3

Mujeres con cáncer invasor de cuello uterino			
Paridad	Asunción - Central	Otros Departamentos	Total
Hasta 5 hijos	14 30 %	3 11%	17 (65%)
Mas de 5 hijos	0 0%	9 35 %	9 (35%)
Total	14 (54%)	12 (46%)	26 (100%)

Las mujeres con más de 5 hijos son 9 y representan el 35%.

La paridad en este grupo de 26 mujeres no tiene una marcada influencia.

Tabla 4

Estado civil según número de mujeres con cáncer invasor y promedio de edad .

Mujeres con cáncer invasor	
Estado civil	Número de mujeres – porcentaje - edad promedio totales
Casadas	17 (65%) - 50 años
Viudas - Separadas	9 (35%) - 62 años
Total	26 (100%) - 56 años

Las casadas (en pareja) en el momento del diagnóstico de cáncer invasor son 17 (65%) con edad promedio 50 años.

Las mujeres separadas y viudas (sin pareja) 9 (35%) con edad promedio 62 años.

Tabla 5

Estudios de Papanicolaou en mujeres con cáncer invasor de cuello uterino		
Tiempo	Número de mujeres	Promedio de edad
Últimos 5 años	2 (08%)	38 años
Más de 10 años o nunca	24 (92%)	57 años

Es evidente que el principal factor de riesgo es no realizarse controles de Papanicolaou cada tres años.

8. Discusión

Se estudiaron en total 26 mujeres con manifestaciones clínicas cancer invasor con tomas de Papanicolaou, biopsias bajo visión colposcópica simultáneamente.

El promedio de edad de todas las mujeres es de 56 años.

El grupo etario (tabla 1) con mayor frecuencia es entre los 55 a 64 años, 30% del total de mujeres. Para la bibliografía la mayor frecuencia es entre 35 a 44 años. ³

Otro dato destacable es que el 26% de las mujeres son mayores de 65 años. Para la bibliografía representan el 10 % o 15%. ⁴

Según la procedencia (tabla 2) Asunción – Central son 14 mujeres con la edad promedio de 53 años, para los otros departamentos del interior son 12 mujeres con edad promedio 62 años.

En relación con la paridad (tabla 3) 9 mujeres el 35% tuvieron más de 5 hijos.

El estado civil (tabla 4) las mujeres casadas (en pareja) son 17 (65 %) con edad promedio 50 años. Las mujeres viudas/separadas (sin pareja) son 9 (35%) con edad promedio 62 años.

En cuanto a los controles de Papanicolaou 2 mujeres de 41 años por una recidiva dos años después y otra de 35 al inicio del embarazo de su hijo de 4 años. El 98 % de la mujeres con edad promedio 57 años no se realizaron controles de Papanicolaou en los últimos 10 años.

9. Conclusión

El promedio de edad de las mujeres con cancer invasor es de 56 años de edad. Las edades de 55 y 65 años y más representan el 57 % del total.

En esta pequeña muestra de 26 mujeres el aumento de la edad mayor de 55 años puede relacionarse con un factor de riesgo por la mayor frecuencia de cáncer y la ausencia del control del Papanicolaou.

10. Recomendaciones

Facilitar el acceso al estudio de Papanicolaou.

Educar a nuestras pacientes más jóvenes para que concienticen a sus madres, tías, hermanas mayores para que se realicen los estudios de Papanicolaou.

Informar a los médicos de otras especialidades de esta realidad para que soliciten los estudios de Papanicolaou a sus pacientes.

11. Bibliografía

1. <http://mspbs.gov.py/portal/sistemas.html>.
2. Chirinje M. El impacto global del Cáncer de Cuello Uterino.2015.
https://www.rho.org/aps/media/01_Mike_global_impact.pdf.
3. [Http://www.cancer.org/es/cancer/cancer_de_cuello_uterino/acerca/estadisticas-clave-html](http://www.cancer.org/es/cancer/cancer_de_cuello_uterino/acerca/estadisticas-clave-html).
4. <https://www.cdc.gov/cancer.org/es.htm>
5. <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/dccp/research/articles/older-women-cervical-cancer-screenings.htm>.2017
6. <http://paho.org>
7. http://www.aliance_ex
8. John Sellors, R. Sankaranrayan. La colposcopia y tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Manual para principiantes. Centro internacional de investigaciones sobre el cáncer _ Lyon_ Francia Traducción español OPS. 2003.pag 22.
9. González Romero, González Marta, Maria Cristina González. Atlas citología ginecológica. 2da edición. Paraguay. 2013. pag 25, 37.
10. Apgar. Brotzman. Spitzer. Colposcopia. Principios y práctica. Mc Graw Hill. Méjico.2003.pag 59, 60, 61, 238.
11. E.J.Mayeaux, Jr. J. Thomas Cox. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 3ra edición, China, 2013. pag 55.
12. Diane Salomon, Ritu Nayar, El Sistema Bethesda para informar la citología cervical, Ediciones Journal, 2da edición, Buenos Aires, 2014. pag 107, 109.
13. Napoli José, Atlas colpo – cito – histológico de cuello uterino. Ascune editorial. Argentina. 2010.
14. Cesar Lacruz Pelea, Juana Fariña. Citología Ginecológica De Papanicolaou a Bethesda, Editorial Complutense. Madrid. 2003.
15. De Palo Giuseppe. Colposcopía y patología del tracto genital inferior. Panamericana, 2da edición. Argentina. 1998.
16. Tatti, Fleider, Maldonado, Susuki. Enfermedades de la vulva, vagina y región anal. Panamericana editorial médica. Buenos Aires.2013.

17. Tatti, Fleider, Tinnirello, Caruso. Enfoque integral de las patologías relacionadas con el Virus del Papiloma Humano. Panamericana editorial médica. Buenos Aires. 2017.