

Artículo Original

XXV años de giras rurales médicas colposcópicas en la República de Panamá. Pocrí de los Santos, compromiso e integración en la atención 1983 - 2008

Dr. Jorge Luis Garrido M.*

Resumen

Entre los años de 1983 y el 2008, realizamos giras rurales colposcópicas que cubrieron seis provincias de la República de Panamá, en las cuales dimos oportunidad a estas mujeres de una atención preventiva al cáncer cérvico-uterino aplicando la citología, la colposcopia y la biopsia dirigida (en los casos que así lo requerían), al igual que el tratamiento de forma inmediata.^[1]

Los años de seguimiento, sobre todo en la comunidad de Pocrí de Los Santos, nos permiten confirmar que la aplicación de la metodología diagnóstica ha sido exitosa, al alcanzar un diagnóstico inicial, el evolutivo y el de cierre, este último de suma importancia, pues nos da luces respecto a la respuesta a los tratamientos conservadores aplicados y sobre todo resalta el hecho de cero cáncer evolutivo.

Palabra clave: Giras colposcópicas – diagnósticos – tratamiento – evolución.

Introducción

Iniciamos las giras preventivas del cáncer uterino en el año de 1983 en Isla Grande, provincia de Colón, donde examinamos a 54 mujeres, en las cuales 17% con riesgo oncogénico, (R.O.). Sucesivamente, cubrimos 14 comunidades de seis de la República de Panamá, en las cuales atendimos 2,902 mujeres, a las cuales aplicamos 5,179 colposcopías y sus respectivos apoyos cito-histológicos.

El análisis del grupo de pacientes consideradas como R.O. en forma integral fue del 48.8%, en comparación a las encontradas en la comunidad de Pocrí de Los Santos, 34.5%, y a esta población dedicamos este estudio.^{[2][3]}

Los resultados, basados en la evidencia del seguimiento hasta el año 2008, dan luces del éxito alcanzado con la aplicación de tratamientos prevalentemente conservadores locales, con el 95%.

Mediante la óptima relación médico - paciente, la concienciación de la población y a la perseverancia de

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 dysplasias 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 dysplasias 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, dysplasia evolution

esta, se ha llegado a transformar la óptica de estas giras preventivas en forma absoluta, (1983), a las de complacencia (2008).

Material y método

En los 25 años de giras médicas rurales colposcópicas, realizamos un total de 65 visitas, en las que hemos atendido en forma global a 2,902 mujeres y realizado 5,179 estudios colposcópicos.

A la población de Pocrí de Los Santos, dedicamos especial atención y logramos atender en las 27 giras, hasta el 2008, a 802 mujeres y efectuado en ellas un total de 2,549 colposcopías, 2,509 citologías y 269 biopsias dirigidas contemporáneamente, de ser necesaria y aplicamos como tratamiento de predilección la criocirugía.

La población en estudio dista 320 Kms de la capital, nuestra sede, se dedica al trabajo del campo o pesca. El perfil de la población estudiada ha sido descrita en los estudios previos (1987 y 1994), por lo cual omitimos su descripción.

* Chemsá- Ancéc- C.S.S.-MINSA-Fundación Chemsá

Se seleccionó a 274 mujeres por presentar lesión colposcópica atípica, con resultado de citología concordante o no y al igual el estudio histológico, así como también a aquellas con estudio colposcópico negativo y/o citología patológica y/o estudio histológico patológico.

Casi todas estas pacientes fueron estudiadas por control de salud, a interés propio, sin que hubiese existido un motivo de referencia para tales fines. Tanto la colposcopia y la citología, realizadas contemporáneamente, nos dieron de inmediato luces referentes al grado de lesión o no, por la participación del citólogo y su informe de inmediato, no así la biopsia, que tuvo que ser llevada para el estudio y diagnóstico mediato. Al obtener los resultados, se formuló el diagnóstico analítico y con ello se logró un diagnóstico inicial, un diagnóstico evolutivo y el diagnóstico de cierre.
[1] [2] [3] [4] [5]

Resultados

Se encontró como pacientes a R.O. a 274, equivalente al 34.1% de las pacientes estudiadas, que en comparación al resto de los estudios en Panamá con el 53%, nos permite demostrar la baja incidencia del riesgo al cáncer en esta población. Evaluamos los tres métodos preventivos aplicados y encontramos concordancias y discordancias que fueron superadas con la aplicación estos métodos conjuntos contemporáneamente.

Tabla 1
DIAGNOSTICOS DE RIESGO ONCOGENICO
ALCANZADOS EN LA COMUNIDAD DE POCRÍ (L.S.)

Diagnóstico	Nº	% R.O.	Distribución Porcentual del R.O. en la Población Total (802)
R.O. clínico	55	20%	6.8%
HPV puro o solo	176	64%	21.9%
Displasia leve	4	1.4%	0.5%
Displasia leve/HPV	28	9%	3.5%
Displ. Moderada	2	0.7%	0.2%
Displ. M./HPV	4	1.4%	0.5%
Displ. Severa	1	0.7%	0.1%
Displ. Severa/HPV	1	0.4%	0.1%
Ca insitu/HPV	2	0.7%	0.2%
Ca invasor/HPV	1	0.4%	0.1%
Adenoca	1	0.4%	0.21%
Total	274	99.5%	34%

La citología, nos reportó como patología más común la infección del HPV puro, o sea, sin lesión displásica ni neoplásica con un 36%, mientras que los falsos negativos alcanzaron el 56.5% y en estos prevalecieron las alteraciones inflamatorias.

Tabla 2

Informe	Pacientes	
	Nº	%
No efectuado	7	2.5%
Negativo	58	21.2%
Alt. Inflamat.	98	35.8%
HPV puro	99	36.1%
Dial. L. sola	1	0.4%
Displ. L/HPV	6	2.2%
Displ.M/HPV	3	1.1%
Displ. Severa	1	0.4%
Total	274	99.7%

La colposcopia tuvo como diagnóstico más común la zona de transformación atípica (ZRA), seguida de las leucoplaquias, (L) y las imágenes del condiloma (HPV) en 23.4%, 18.6% y 18.9% respectivamente. Los falsos negativos alcanzaron el 21 %.

Tabla 3

REPORTE DE LAS COLPOSCOPIAS EN LAS PACIENTES CON RIESGO ONCOGÉNICO.

Imagen/cuadro	Pacientes		
	Nº	%	F.Neg.
No efectuada	1	0.4%	
M.O.	30	10.9%	
ZRT	28	10.2%	21%
Metap. Alterada	25	9.1%	
HPV	51	18.6%	
Leucoplaquia	52	18.9%	
ZRA	65	23.7%	
ZTA	10	3.6%	
Otros	12	4.4%	
Total	274	99.8%	

En lo concerniente las biopsias, estas fueron 111 y aquí la patología más común fue el HPV puro, seguida por las displasias leves asociadas al HPV, en el 42.3 % y el 18 % respectivamente. Aquí los falsos negativos alcanzaron el 32.4 %.

Tabla 4

EVALUACION DE LAS BIOPSIAS DIRIGIDAS EN EL GRUPO DE RIESGO ONCOGÉNICO

Informe	Pacientes		
	Nº	%	F.Neg.
Negativos	6	5.4%	
Cervicitis	30	27%	32.4 %
HPV solo	47	42.3 %	
Displ. Leves	4	3.6%	
Displ. L/HPV	20	18 %	
Displ. Severa	1	0.9%	
Displ. S/HPV	2	1.8%	
Ca Invasor	1	0.9%	
Total	111	99.9%	

La participación del HPV en el diagnóstico máximo encontrado correspondió a 211 casos, equivalentes al 26.3% del total de la población atendida en comparación a los hallazgos del HPV en general para Panamá del 44 %.^[5]

Analizando las edades de las pacientes con el HPV solo o asociados a las displasias o al cáncer, constatamos que la gran mayoría de estas, las encontramos entre 25 – 44, con el 63%, con extremos a 20 y 79 años de edad.

Tabla 5

EDADES DE LAS PACIENTES CONSIDERADAS CON RIESGO ONCOGÉNICO.

Edades	No / R.O.	No / HPV
19	1	0
20-24	23	21
25-29	40	28
30-34	35	28
35-39	41	38
40-44	53	39
45-49	22	24
50-54	14	14
55-+	19	19
Total	274	211

Se logró la curación o eliminación de la o las lesiones en el 82.7 % de las pacientes a R.O. a las cuales hemos llevado un seguimiento de hasta 23 años, seguido por la persistencia del 6.7%, la mejoría en el 5.6%, la progresión del 2.8% y la reincidencia del 1.7 %.

En relación con los métodos terapéuticos aplicados, la crio, considerada como el método de elección, se realizó en 159 casos de las 187 pacientes tratadas, (85%).

De las pacientes con cáncer cérvico uterino, en dos de ellas el diagnóstico se realizó por la referencia colposcópica. Ambas fueron curadas en el I.O.N., mientras que la última llegó al estudio con el cáncer invasor en acto.

En la gira de cierre del actual año 2008, pudimos constatar que la persistencia y la reincidencia de la patología a riesgo fueron mínimas, mientras que la progresión al cáncer fue de cero. En la curación, al igual, constatamos que el 65% de estas fue en respuesta al tratamiento y en el 35% la curación fue espontánea.

Discusión

El virus del condiloma en sus distintas formas y efectos, a nivel cervical, nos permitió no solo saber su incidencia y compararla con las de otras comunidades sino de la evolución como respuesta natural o inducida con la criocirugía y quedaron, sin lugar a dudas, las siguientes interrogantes ¿Adónde se fue? ¿Si estuvo allí?^{[5][6]}

Será como el virus del herpes, encontrado por los galenos de EEUU (1972), en Monagrillo, cuyo estudio publicado concluyó que éste se encontraba en esta población en forma marcada y que a distancia de 15 años no encontramos caso alguno. ¿Será el mismo efecto? El tiempo les dará luces al respecto.^[7]

Otra interrogante que nos queda es el hecho de encontrarnos con una población con baja sensibilidad a la infección del papiloma, en consecuencia a una resistencia natural a estos; ¿Cómo y cuándo se obtuvo?. Nosotros sólo hemos sido los facilitadores de un hallazgo, basados en las muestras obtenidas en ellas y al hecho de una excelente respuesta frente al diagnóstico de riesgo, mediante los tratamientos conservadores.^{[8][9]}

Conclusiones

Hasta ahora queda demostrado que la perseverancia, la educación y la voluntad de ofrecer algo de lo nuestro a

las mujeres que, por algún motivo, jamás hubiesen sido beneficiadas de métodos diagnósticos, como los aplicados hasta ahora, ya no modernos, pero válidos, como la única y real herramienta para llegar a la satisfacción de ambas partes. “EVOLUCION AL CANCER: NINGUN CASO”, se logró el objetivo. ^{[10][11][12]}

No podemos cerrar estos estudios sin agradecer infinitamente a todas aquellas personas que, en una u otra forma nos apoyaron y creyeron en nosotros, sobre todo a la población de Pocrí de Los Santos, que con paciencia espero anualmente nuestra llegada y las largas horas para lograr la atención ginecológica integral. Gracias.

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%
La 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 de 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 de 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.) | 9. Dra Ela Ferguson |
| 2. Dr. Pedro Quetgass | 10. Dra Nuria Ates |
| 3. Dr. Ernesto Ceballos | 11. Dra Carmen Adámes |
| 4. Dr. Ricauter Samaniego | 12. Dr- José Moreno |
| 5. Dr. Aníbal Ibarra | 13. Dra Elia Valdez |
| 6. Dr- Eliécer Chérigo | 14. Dr. Nicanor Morales |
| 7. Dra Yadira Carrera | 15. Lic. Félix Redondo |
| 8. Dra Diva Castañeda | 16. Lic. Rolando Barsallo (q.e.p.d.) |

17. Lic. Luis Rivera
18. Lic. Gabriel Mosquera
19. Licda Edna Martínez
20. Licda. Nery Alfaro
21. Licda. Griselda Licon
22. Licda. Yolanda Echevers
23. Lic. Antonio Maxwell
24. Lic. Marco Ponce
25. Jairo Martínez
26. Cornelia Valdez
27. Indira Scott
28. Doris Martínez
29. Javier Medina
30. Petra Achurra
31. Maritza Achurra
32. Licda. Dayra Sánchez
33. Licda. Alejandra Samaniego
34. Martín Tejada
35. Celina Martínez
36. Gessy Garrido
37. Licda. Eneida Cabrera
38. Doris Bolaños
39. Gisela Domínguez
40. Lucy Berrío
41. Samuel Olmedo
42. Alina Olmedo
43. Camilo Cano (q.e.p.d.)
44. Lic. Diógenes Castillo
45. Beatriz de Nuñez
46. Pacífico Nuñez
47. Bolívar Solís
48. Alberto Arauz
49. Rubiela Aparicio
50. Emperatriz Samaniego
51. Edgar Garrido
52. Yesenia Scot
53. Dr. Jorge L. Garrido.

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.

Bibliografía

1. Onnis A. ed alt. Protocolli de metodologia clinica in oncologia ginecologica Profilassi. Diagnosi precoce, diffusione, terapia e follow up.
2. Garrido M. J. L. Cinco años de giras médicas colposcópicas en la población de Pocrí de Los Santos. 1984-1988. Presentado en las Jornadas Científicas del Hospital Santo Tomás 1989.
3. Garrido M. J. L. Monagrillo enigmático. Rastreo epidemiológico 1990-1991. Presentado en las Jornadas Científicas de la C.S.S. 1993.
4. Garrido M. J. L. The O. R. evaluation in 15 years of study Presentado en ESGO, Venecia, 2001
5. 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. Clínica Ginecoogica de Padua 1999.
6. 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. 2006, 600-602.
7. De Britton R.M. et al. Virus and gynecological tumors in latin america. Eur. J. 1991, 12, 7.
8. 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, 2005, 129-142.
9. Agnantis N.J. Sotiriadis A. Paraskevadis E. The current status of HPV DNA testing. Eur. J. Gynecol. Oncol. XXIV 2003, 351-356.
10. De Palo G. The importance of colposcopy in the XXI century. Eur. J. Gynecol. Oncol. 2000, XX1, 223.
11. Dexeus S. Cararach M. Dexeus D. The role of colposcopy in modern gynecology. Eur. J. Gynecol. Oncol. XXIII 2002, 269-277.
12. Bosze P. Colposcopy used in primary setting (routine colposcopy): Advantage and concerns. Eur. J. Gynecol. Oncol. XXVII 2006, 5-9.