

Análisis de 278 casos de carcinoma del cuello uterino*

por

Ettore De Girolami

(Recibido para su publicación el 15 de Septiembre de 1953)

*Principiis obsta; sero medicina paratur
Quum mala per longas convalvere moras.
(Ovidio, Remed. Amor., V, 91).*

A principios del mes de abril de 1950 fué puesta al servicio del público la Clínica de Tumores y, no obstante que mi presencia en ella data de diciembre de 1950, puedo afirmar que he asistido a casi todos los pacientes. Mi trabajo no pretende presentar datos estadísticos de valor absoluto para Costa Rica, sino simplemente datos que son el fruto de mi experiencia personal, ya que me ha sido posible presenciar el examen clínico de casi todas las enfermas y realizar, en su gran mayoría, el examen citológico.

Aunque estamos tratando de vencer muchas dificultades, nuestra Clínica no tiene todavía salones a su disposición donde poder recibir y atender sus propios pacientes, sino que está adjunta al Hospital San Juan de Dios, donde todos los enfermos son internados en diferentes salones. Los médicos del Hospital nos mandan en consulta sus pacientes y nosotros procedemos de manera que cada paciente tenga una cartulina clínica y así, cuando el enfermo sale del hospital y vuelve a nosotros para controles sucesivos, ya tenemos todos los datos necesarios que al caso se refieren.

La Clínica atiende también los enfermos que vienen de afuera, sea enviados por otros médicos o por visitadoras médicas, sea por el prestigio que va adquiriendo la Institución.

Como se ve, nuestra consulta está formada de preferencia por pacientes ambulatorios; de lo cual resulta que los casos de consulta ginecológica sean mucho más numerosos, no pudiendo, por lo tanto, hacer un estudio comparativo de los 1900 casos que hemos observado. Me parece, además, que no se podrá hacer un estudio total de todos nuestros casos hasta tanto no tengamos a nuestra disposición salones donde poder recibir los enfermos portadores de los diferentes tipos

* Trabajo de la Cátedra de Histología de la Sección de Microbiología de la Facultad de Ciencias y del Departamento de la lucha contra el Cáncer de Costa Rica.

de neoplasia. En consecuencia, he creído oportuno tomar en consideración solamente aquellos casos de los cuales tengamos una mayor y regular afluencia, por cuya razón me he limitado al estudio de los tumores del aparato genital femenino.

Por otra parte, el Boletín de la Dirección de Estadística y Censo (1) publica un estudio informativo sobre la mortalidad total de Costa Rica durante el año 1951. Este estudio fué preparado por Irvin R. Vaughn, técnico norteamericano en estadística vital y salud pública, en la Sección Demográfica. A continuación transcribo el párrafo y el cuadro del Boletín:

El cuadro N° 5 muestra las principales causas de muerte para el período 1945 a 1951. Durante dicho período estas causas de muerte han experimentado un descenso general tanto en números absolutos como sus tasas, excepto el cáncer y las lesiones intracraeales de origen vascular. El cáncer como causa de muerte es la única enfermedad cuya tasa para 1951 es más alta que la de todos los otros años incluidos en el cuadro antes citado.

Lo dicho en el Boletín confirma el trabajo de LUROS (8), quien estudia la mortalidad en Costa Rica desde 1916 hasta 1949. Según Luros, el cáncer que en 1916 tenía una mortalidad del 17 por ciento, en 1949 había alcanzado ya el 50 por ciento, superando así la mortalidad por tuberculosis, enfermedad que siempre fué la más temida en Costa Rica.

El último móvil, tal vez el más importante, que me ha estimulado a emprender este estudio, es la enorme importancia que tiene la higiene íntima de la mujer en la prevención profiláctica contra el carcinoma del cuello del útero. Muchas veces, junto con el Dr. Gutiérrez, Director de la Clínica, hemos podido confirmar esta suposición. Más adelante se hablará por extenso del tema.

Hasta diciembre de 1952 el número de casos de consulta que vinieron a nuestra clínica es de 1900. De éstos, 469 casos pertenecen al grupo de tumores del aparato genital femenino. El número de las pacientes portadoras de lesiones del cérvix es de 442, de las restantes 14 se consideran como tumores del cuerpo y 13 lesiones del ovario, vagina y vulva. De los tumores del cuello del útero 164 eran benignos y 278 malignos, los cuales son el objeto de este estudio. No está fuera de lugar indicar que todos los casos están comprobados, mediante biopsia, por los anatomopatólogos del Hospital San Juan de Dios doctores Fallas D. y Céspedes F. Hasta ahora, de acuerdo con lo expuesto, no hemos dado porcentajes, ya que no podemos relacionar una neoplasia con otra de diversa localización, pero siempre que hablemos de neoplasia del cuello del útero, daremos los datos por ciento.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA

En los últimos años se ha dado gran importancia al estudio de la distribución geográfica de los pacientes portadores de tumores, para investigar si las costumbres, los hábitos, los factores climáticos, otras enfermedades, la altura, la raza, el agua, la alimentación, la profesión, la higiene y el aseo de los diversos pueblos pueden contribuir a indicar un camino para explicar cuál podría ser una

CUADRO N° 5

CAUSAS DE MUERTE MAS FRECUENTES EN COSTA RICA

Coefficientes por 10.000 habitantes

Código Int. 1938	CAUSA DE MUERTE	1951		1950		1949		1948		1947		1946		1945	
		N°	C.	N°	C.	N°	C.	N°	C.	N°	C.	N°	C.	N°	C.
119	Diarrea y enteritis (menores de dos años)	999	11.9	966	11.8	1290	16.1	1168	15.2	1324	17.4	1217	16.8	1480	21.0
28	Paludismo	459	5.4	571	7.0	525	6.7	643	8.4	792	10.6	815	11.2	980	13.9
90 a															
95	Enfermedades del corazón	546	6.5	589	7.3	734	9.3	588	7.7	551	7.4	553	7.6	570	8.1
106 y															
107	Bronconeumonía (comprendiendo la bronquitis)	781	9.3	934	11.5	869	11.1	819	10.7	536	7.2	347	4.8	836	11.9
45 a															
55	Cáncer en todas sus formas	609	7.3	520	6.4	492	6.2	446	5.08	473	6.3	275	3.8	434	6.2
42	Otras enfermedades debidas a helmintos	261	3.1	293	3.6	383	4.9	384	5.0	456	6.1	387	5.3	425	6.0
120	Diarrea y enteritis y ulceración intestinal de dos años y más	171	2.0	199	2.5	304	4.3	304	4.0	365	4.9	304	4.2	296	4.2
73	Anemias (excluyendo la esplénica)	234	2.8	250	3.1	257	3.3	259	3.4	274	3.7	225	3.1	256	3.6
13 a															
22	Tuberculosis (todas sus formas)	417	4.9	412	5.1	413	5.2	452	5.9	517	6.9	498	6.9	481	6.8
12	Tétano	196	2.3	219	2.7	239	3.0	234	3.1	230	3.1	293	4.0	260	3.7
83	Lesiones intracraneales de origen vascular	150	1.8	.....	.....	145	1.8	186	2.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....

NOTA: Las casillas en blanco indican que tal enfermedad no está dentro de las principales causas para ese año.

de las causas determinantes de la neoplasia. Para poder orientarse en este orden de ideas, se ha tenido el cuidado, desde el principio, de subdividir las pacientes según las zonas del país. La Dirección de Estadística y Censo nos ha facilitado un folleto con la división territorial administrativa de la República de Costa Rica, dividida por Provincias y Cantones. Por consiguiente, no ha sido difícil agrupar las pacientes según los diversos lugares de origen. Citaremos al respecto lo que nos comunica el Decano de la Facultad de Letras y Filosofía, Carlos Monge Alfaro:

"Costa Rica es una parte del Istmo Centroamericano, atravesada por un sistema de cordilleras que siguen la misma orientación que tiene el país en general, que lo divide en dos grandes secciones: el Atlántico y el Pacífico. De esta manera, hay tierras bajas en los litorales y tierras altas en el centro. La principal zona de tierras altas en donde radica la mayor parte de la población es la Meseta Central. Si hay diferencias en cuanto a la topografía también las hay en cuanto se refiere a las gentes que la habitan, en cuanto a costumbre y nivel de salud. De esa manera podemos distinguir: A) el Pacífico: Guanacaste y las bandas oriental y occidental del Golfo de Nicoya y la llanura costera que se extiende hasta el límite con Panamá. En toda esta área la población es mestiza con gran porcentaje de sangre india.

B) la del Atlántico, poblada en casi su totalidad por gentes de origen africano, traídos a Costa Rica por los agentes de la United Fruit Company a causa de la resistencia física para los trabajos agrícolas de esa zona calurosa y lluviosa.

C) la Parte Central del país, que algunos llaman el Altiplano, por sus condiciones de clima y de situación geográfica está poblada en casi su totalidad por descendientes de los primeros conquistadores españoles. De ahí que el tipo humano sea blanco y se caracterice por una gran capacidad de asimilación.

Existen, pues, factores relacionados con las costumbres, el clima, la altura, las razas, etc., que favorecen nuestro estudio y que nos permitirán llegar a conclusiones atendibles, aunque el número de pacientes en estudio no sea numeroso. La geografía misma del país ha facilitado nuestra tarea. En efecto, debemos reconocer que pocos son los países que siendo pequeños tanto en extensión como en población, puedan ofrecer tantas características como Costa Rica.

Volviendo a nuestro estudio, habíamos agrupado los casos venidos a la Clínica por Provincias y Cantones considerándolos en número absoluto, en porcentaje confrontando nuestro 278 casos y en por mil refiriéndolos al número de habitantes de sexo femenino de los diferentes países. En el Cuadro I podemos observar que la incidencia de los casos llegados a nuestra Clínica con respecto al número de la población femenina de toda la República es de 0,33 por mil.

CUADRO I

*Análisis de 278 casos estudiados de cáncer en el cuello del útero
por Provincias y Cantones 1952*

PROVINCIAS Y CANTONES	Absolutos	%	0/00 con relación a la población femenina
TOTAL REPUBLICA	278	100.00	0,33
<i>Provincia de San José</i>	<i>131</i>	<i>47.12</i>	<i>0.45</i>
Central	71	25.54	0,62
Escazú	3	1.08	0,40
Desamparados	9	3.24	0,55
Puriscal	7	2.52	0,40
Tarrazú ... ..	...	.....	.....
Aserri	2	0.72	0,21
Mora	1	0.36	0,12
Goicoechea	13	4.68	0,61
Santa Ana	3	1.08	0,50
Alajuelita	3	1.08	0,74
Coronado ... ..	...	.....	.....
Acosta	1	0.36	0,09
Tibás	10	3.60	0,94
Moravia	2	0.72	0,34
Montes de Oca	2	0.72	0,20
Turrubares	1	0.36	0,16
Dota	1	0.36	0,34
Curridabat	1	0.36	0,22
Pérez Zelecón... ..	1	0.36	0,04
<i>Provincia de Alajuela</i>	<i>39</i>	<i>14.03</i>	<i>0,25</i>
Central	18	6.47	0,46
San Ramón	2	0.72	0,10
Grecia	4	1.44	0,16
San Mateo ... ..	...	.....	.....
Atenas	1	0.36	0,10
Naranjo	2	0.72	0,18
Palmares	3	1.08	0,36
Poás	1	0.36	0,19
Orotina	3	1.08	0,48
San Carlos	4	1.44	0,23
Alfaro Ruiz. ... ..	...	.....	.....
Valverde Vega	1	0.36	0,22
<i>Provincia de Cartago</i>	<i>15</i>	<i>5.40</i>	<i>0,14</i>
Central	6	2.16	0,19
Paraíso	1	0.36	0,08
La Unión... ..	...	.....	.....
Jiménez	2	0.72	0,25
Turrialba	4	1.44	0,16
Alvarado ... ..	...	.....	.....
Oreamuno	1	0.36	0,13
El Guarco... ..	1	0.36	0,15

PROVINCIAS Y CANTONES	Absolutos	%	0/00 con relación a la población femenina
<i>Provincia de Heredia</i>	11	3.96	0,20
Central	3	1.08	0,14
Barba	1	0.36	0,18
Santo Domingo	3	1.08	0,40
Santa Bárbara	2	0.72	0,38
San Rafael	1	0.36	0,18
San Isidro ... ..	...	.....	.....
Belén	1	0.36	0,30
Flores ... ..	...	.....	.....
<i>Provincia de Guanacaste</i>	25	8.99	0,27
Central	2	0.72	0,18
Nicoya	6	2.16	0,19
Santa Cruz	5	1.80	0,34
Bagaces... ..	...	.....	.....
Carrillo	1	0.36	0,13
Cañas	3	1.08	0,48
Abangares	4	1.44	0,45
Tilarán	4	1.44	0,41
<i>Provincia de Puntarenas</i>	37	13.31	0,40
Central	19	6.83	0,57
Esparta	1	0.36	0,14
Buenos Aires ... ..	...	.....	.....
Montes de Oro	2	0.72	0,34
Osa... ..	3	1.08	0,24
Aguirre	8	2.88	0,49
Golfito	4	1.44	0,36
<i>Provincia de Limón</i>	20	7.19	0,46
Central	14	5.04	0,57
Pococí	3	1.08	0,27
Siquirres	3	1.08	0,38

El número de las pacientes por Provincias en valor absoluto y en porcentaje en orden decreciente es como sigue:

Provincia de San José... ..	131	(47,12 %)
Provincia de Alajuela... ..	39	(14,03 %)
Provincia de Puntarenas... ..	37	(13,31 %)
Provincia de Guanacaste... ..	25	(8,99 %)
Provincia de Limón... ..	20	(7,19 %)
Provincia de Cartago	15	(5,40 %)
Provincia de Heredia	11	(3,96 %)

Dichos valores no responden, según nuestro parecer, a la incidencia real en Costa Rica, por lo cual debíamos recurrir a correlaciones que nos parecen mucho más atendibles. En efecto, si nosotros referimos los datos anteriores al por mil de la población femenina respectiva, podemos comprobar que ya tenemos una modificación de los valores, y el orden decreciente por Provincia quedará modificado como sigue:

Provincia de Limón	0,46 ‰
Provincia de San José	0,45 ‰
Provincia de Puntarenas... ..	0,40 ‰
Provincia de Guanacaste	0,27 ‰
Provincia de Alajuela... ..	0,25 ‰
Provincia de Heredia	0,20 ‰
Provincia de Cartago	0,14 ‰

(comparar estos datos con el Cuadro I)

De acuerdo con nuestros conceptos, los datos antes citados tampoco corresponden perfectamente a la realidad, pues debemos tener presente también la distribución de los médicos en la República. En el Cuadro VIII presentamos una relación entre el número de médicos en por mil de habitantes. Si nosotros dividimos el por mil de nuestros enfermos entre el por mil de médicos, obtendremos un número X que representa el número de nuestras pacientes que debería ser visto por cada médico. En consecuencia, creemos que los valores más atendibles, según la distribución geográfica, de la incidencia de los tumores del cuello del útero deben corregirse como sigue:

PROVINCIAS	Nº enfermas en ‰ población femenina	Nº médicos en ‰ habitan- tes	Número X
Limón	0,46	: 0,12	3,83
Puntarenas	0,40	: 0,14	2,85
Guanacaste	0,27	: 0,10	2,70
Heredia	0,20	: 0,21	0,95
Cartago	0,14	: 0,16	0,87
San José ¹	0,45	: 0,57	0,78
Alajuela	0,25	: 0,38	0,65

¹ Si nosotros consideramos la nota (2) del Cuadro VIII el valor del número X sería por la

0,45

Provincia de San José de — = 0,31.

Todos estos cálculos demuestran lógicamente que en los lugares donde hay mayor número de médicos, se encuentran también mayor número de enfermas; en consecuencia creemos que esta última tabla sea la que debemos tomar en consideración.

Hemos tomado los datos de cada Cantón para completar nuestro trabajo y para averiguar si en ellos habían informes interesantes para nuestro estudio. Los resultados de las Provincias coinciden con los de los Cantones, exceptuando el de Tibás. No se explica por qué este Cantón cercano a San José, de clima salubre, bastante limpio, tiene el más alto índice de tumores malignos del cérvix de toda la República.

MENARCA

No nos fué posible anotar la fecha de la primera menstruación de cada paciente, puesto que algunas no la recordaban; de todas maneras los resultados obtenidos son los siguientes:

12 años	13,22 %
13 años	7,01 %
14 años	52,30 %
15 años	15,25 %
16 años	13,22 %

promedio general 14,28 años.

Nuestra estadística de menarca en Costa Rica se acerca a la de GRILLO (6) el cual además encontró unos casos de menarca, muy raros por cierto, a los nueve y diez años.

En las Universidades europeas se cree y se enseña que la mujer en el trópico menstrua antes que la de los países fríos. Nosotros, sin embargo, no hemos podido confirmar lo antes dicho; existen, eso sí, algunos casos de menarquía a los nueve y diez años como nos refiere Grillo, siendo éstos esporádicos, ya que la mayor parte menstrua entre los 13 y los 14 años.

Si comparamos el promedio de nuestros datos con los de DENOIX (5) en Francia, vemos que el promedio general obtenido por este autor es de 13,717 años mientras que nosotros hallamos el de 14,28 años. Al contrario, hay que tener presente que la fecha del primer contacto sexual y de la primera concepción en Costa Rica precede a la de los países de clima frío. Esto, sobre todo, se puede comprobar en las regiones de Puntarenas, Guanacaste y Limón, en donde existe la cohabitación sin matrimonio y donde el clima caliente estimula mayormente el apetito sexual.

Nosotros suponemos que el contacto sexual en un órgano todavía no completamente desarrollado como es el útero de una muchacha de 14 a 15 años, el traumatismo del parto a temprana edad y la falta de higiene femenina participan como factores causantes de la neoplasia del cérvix. Confirma nuestra anterior

aserción la presencia de 9 casos de carcinoma cervical en muchachas de 20 a 24 años sobre únicamente 278 casos y además el hecho de que todas las pacientes provenían de las susodichas regiones y eran madres de dos o tres hijos sin padre legal.

EDAD

La edad de todas las pacientes fué tomada el mismo día de la primera visita a nuestra Clínica y todos los casos fueron distribuídos en períodos de 5 años. El Cuadro II muestra que no tenemos ningún caso anterior a los 20 años mien-

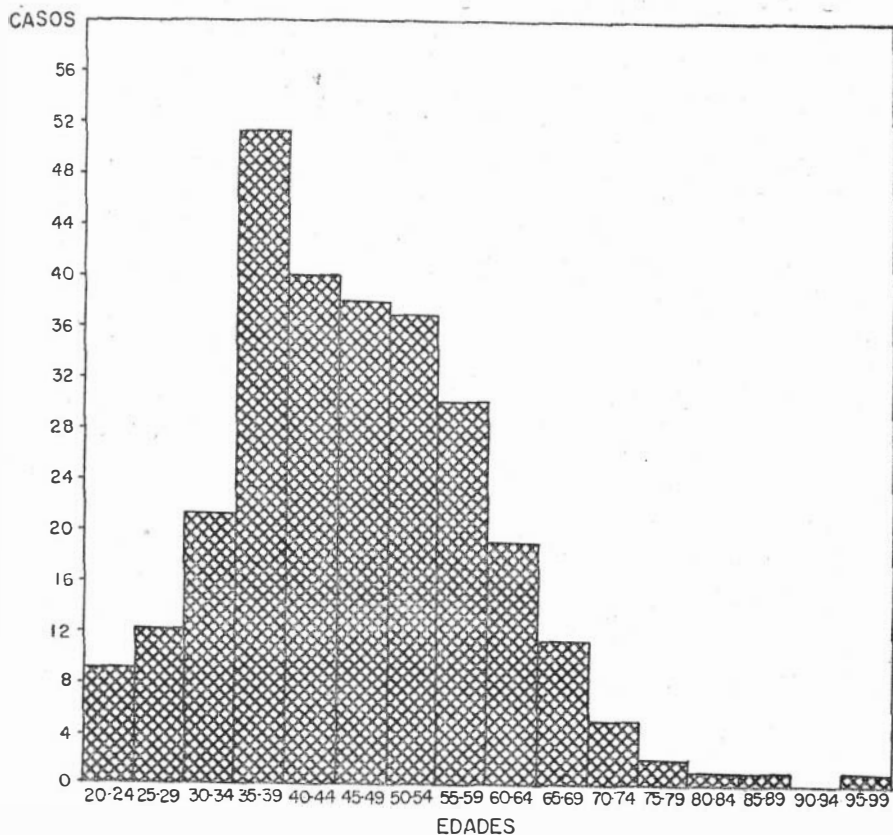
CUADRO II

Edad de los 278 casos estudiados de cáncer en el cuello del útero

EDAD	Absolutos	%
TOTAL	278	100.00
20 -- 24 años	9	3.24
25 -- 29 "	12	4.32
30 -- 34 "	21	7.55
35 -- 39 "	51	18.34
40 -- 44 "	40	14.39
45 -- 49 "	38	13.67
50 -- 54 "	37	13.31
55 -- 59 "	30	10.79
60 -- 64 "	19	6.83
65 -- 69 "	11	3.96
70 -- 74 "	5	1.80
75 -- 79 "	2	0.72
80 -- 84 "	1	0.36
85 -- 89 "	1	0.36
90 -- 94 " ... ..	...	.....
95 -- 99 "	1	0.36

tras, es interesante, que en el quinquenio 20-24 el número de enfermas es de 9 (3,24 %). Ya tuvimos la oportunidad de hablar de dicho grupo; añadimos que una de las pacientes era soltera sin hijos y con 4 abortos, otra soltera con reacciones serológicas positivas por lúes, tres de 20 años tenían ya tres hijos cada una y las restantes con dos hijos cada una. Todas estas enfermas, menos una, no eran operables.

Creemos oportuno manifestar que cuando la neoplasia del cérvix afecta a las mujeres en temprana edad, más fácilmente invade los tejidos y se desarrolla velozmente. El gráfico 1 muestra que en el quinquenio 35-39 se encuentran los valores más altos de morbilidad.



Se hizo análisis de correlación de rangos, usando la fórmula de Spearman, en la cual se tomó como variable independiente la clasificación de rangos para los grupos quinquenales de edad y como variable dependiente la de rangos para esas mismas edades reportadas con la incidencia del cáncer del cérvix.

El coeficiente dió 0,738 lo cual pareciera demostrar que existe una íntima relación entre ambas series de rangos, es decir que a pesar de que en los grupos primeros de edades existe un mayor número relativo, éste no influye en el número de casos relativos sobre la enfermedad.

Por el contrario en las edades comprendidas entre 35 y 59 existe una mayor incidencia en el cáncer del cérvix, y principalmente en el grupo 35-39 años, que es en el que existe el 18,34 por ciento de los casos. Dicha correlación entre ambas variables se muestra en el gráfico 1 A.

Con el objeto de llegar a conclusiones más interesantes e importantes comparamos nuestros resultados con los del ROYAL CANCER HOSPITAL (10), con los del INSTITUT NATIONAL D'HIGIENE de Francia (5) y con los de MORRIS Y MEIGS (Massachusetts U.S.A.) (9)¹. Para comparar nuestros resultados con los antes citados, tuvimos que sacar los porcentajes de los trabajos y los datos comparativos fueron agrupados en el Cuadro III y representados en el gráfico 2, ex-

PORCENTAJES

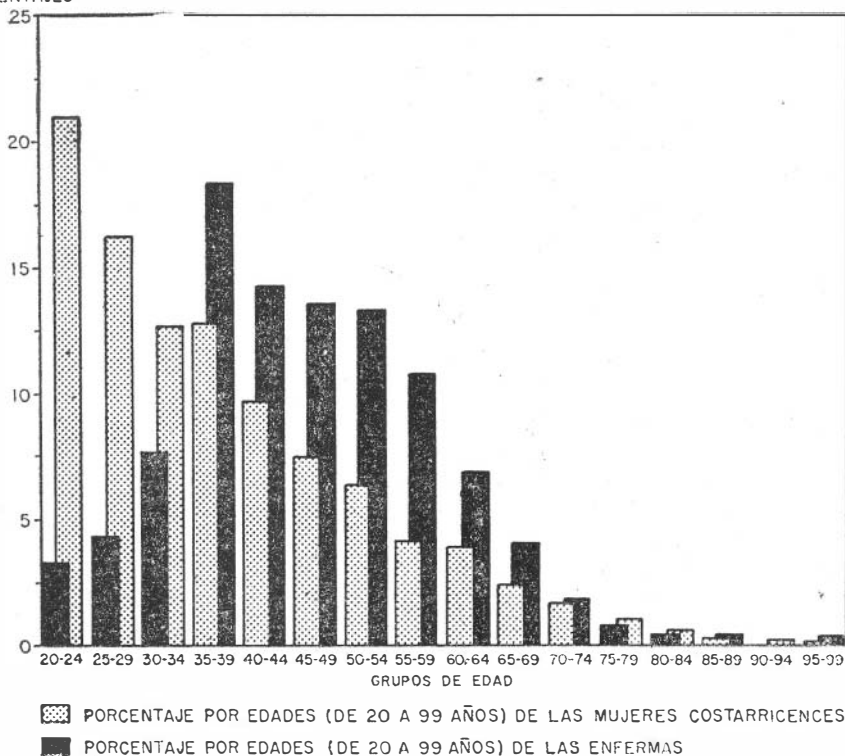


GRÁFICO 1 A.—Análisis de correlación entre el porcentaje por edades de mujeres costarricenses y de enfermas de cáncer del cérvix.

cluyendo en éste los del Royal Cancer Hospital que tiene las edades de las pacientes por decenios. Sin embargo, es posible comparar todos los datos de los diferentes países y convencerse que en Costa Rica el carcinoma del cuello del útero afecta las pacientes a más temprana edad. En efecto, mientras que la Clínica de Tumores de Costa Rica, durante el período 1950-52 tiene nueve casos (3,24%) en el quinquenio 20-24, MORRIS Y MEIGS (9) en Massachusetts, desde 1927 hasta 1942, tienen únicamente siete casos (0,4 %) sobre 1932 enfermas. Más o menos, los mismos resultados los dan los demás autores, por lo tanto, nos limitamos a comparar nuestros datos con los ya expuestos. Si alguien quisiera relacionar nuestros resultados con los de otros países, en el trabajo de DENOIX (5) encontrará material para consulta.

Observando el gráfico 2 y el Cuadro III queda claro que la incidencia de neoplasia del cuello del útero presenta su ápice entre los 34 y 39 años para las pacientes de la Clínica de Tumores de Costa Rica, mientras que en los demás

¹ Sentimos no haber podido tomar los datos que tan gentilmente nos envió el National Cancer Institute de Bethesda U. S. A., porque su Boletín (Cancer Illness among residents of Philadelphia, Pennsylvania, 1948) no consideraba específicamente el cáncer del cérvix. (Corresponde a la pág. 250).

PORCENTAJES

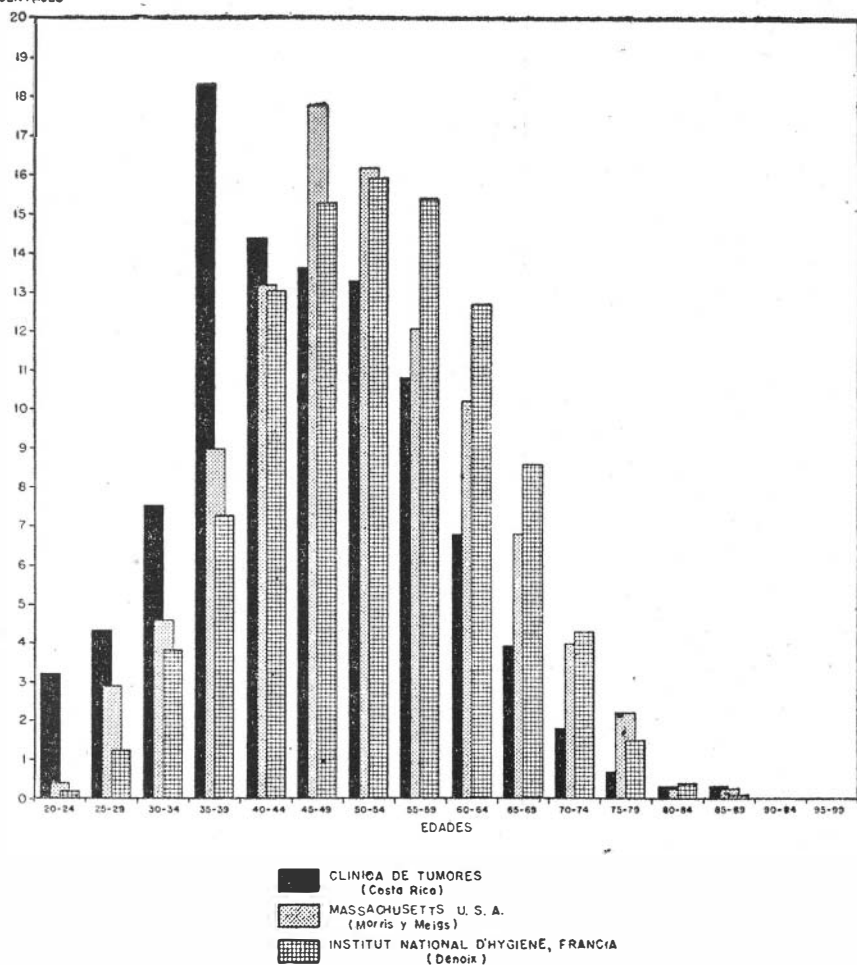


GRÁFICO 2.—Análisis comparativo en porcentaje, por edades, de nuestros casos de cáncer en el cérvix con los de otros países.

países dicho ápice se encuentra casi siempre diez años después. En efecto, mientras que nosotros tenemos una curva decreciente a partir del quinquenio 35-39, los otros países presentan una curva que continúa subiendo hasta llegar al período de los 45-49 años. Por lo tanto, es evidente que entre nosotros, por factores que analizaremos más adelante, la neoplasia del cuello uterino se desarrolla más temprano que en los países lejanos de los trópicos. No nos ha sido posible comparar nuestros resultados con los de otros países tropicales.

OCUPACION

Generalmente, en los estudios del carcinoma del cérvix, no se ha dado su justo valor e importancia al oficio de las pacientes, tanto es verdad que en la

CUADRO III

Datos comparativos por edades

NACION	Año	Número de casos	Indice	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89
Clínica de Tumores (Costa Rica)	1950	278	NA*	9	12	21	51	40	38	37	30	19	11	5	2	1	1
	1952		P**	3,24	4,32	7,55	18,34	14,39	13,67	13,31	10,79	6,83	3,96	1,80	0,72	0,36	0,36
Massachusetts U.S.A. (MORRIS y MEIGS)	1927	1932	NA	7	56	90	175	255	344	315	235	198	132	77	42	6	6
	1942		P	0,4	2,9	4,6	9,0	13,2	17,4	16,2	12,1	10,2	6,8	4,0	2,2	0,3	0,3
Institut National d'Hygiène ... (DENOIX, Francia)	1943	11165	NA	23	141	430	816	1460	1713	1784	1728	1421	944	477	161	43	11
	1952		P	0,20	1,26	3,85	7,30	13,07	15,33	15,97	15,41	12,73	8,58	4,27	1,44	0,38	0,09
Royal Cancer Hospital (Londres)	1946	274	NA	22	.....	25	.....	54	.....	84	.....	82	.....	22	.....	5	.....
	1948		P	0,72	.....	9,12	.....	19,70	.....	30,65	.....	29,91	.....	8,02	.....	1,82	.....

* NA = número absoluto

** P = porcentaje

bibliografía consultada no hemos podido encontrar material para comparar; al contrario, nosotros creemos que es muy interesante tratar dicho capítulo.

En el Cuadro IV se puede ver que casi la totalidad de las enfermas (95,68 %) son de oficios domésticos. Se trata, pues, de mujeres que se dedican al trabajo doméstico, de mujeres sencillas, de mujeres que muchas veces vienen a conocer la necesidad de hacerse lavados vaginales periódicamente, sólo cuando se presentan a la Clínica ya con flujos más o menos sanguinolentos. Yo recuerdo cuando era estudiante, que el profesor de dermosifilopatía nos afirmaba que en las prostitutas profesionales el porcentaje de cáncer del cérvix era muy bajo y lo relacionaba a la mejor higiene íntima de éstas. Es muy importante, pues, observar que tanto las mujeres casadas como las no casadas, que viven únicamente de las preocupaciones de la casa, de sus hijos, etc., son las que están mayormente afectadas por el cáncer del cérvix. Estas mujeres, sea por sus ocupaciones, sea por su pudor, no se atreven a ir donde el médico y atrasan diariamente la fecha de un control indispensable. Nos es conocido el caso de una mujer que desde un año antes padecía de flujo sanguinolento y que no tuvo tampoco el coraje de comunicar a la hija su malestar, cuando ésta se dió cuenta llevó a la madre donde el médico, mas ya era tarde y ella, por el sentido de pudor que es característico de las madres y de las mujeres que trabajan en su hogar, firmó así su sentencia de muerte.

Nuestra lucha debe ser conducida especialmente hacia este grupo de mujeres y tengo que repetir que este problema es de gran importancia en Costa Rica, donde la mayor parte de las mujeres son hogareñas.

Debemos recordar que a menudo se presentan a nuestra Clínica enfermas que insistentemente afirman en sus historias, que la causa del flujo fué una caída,

CUADRO IV

Ocupación de las 278 mujeres con cáncer en el cuello del útero

●CUPACION	Absoluto	%
TOTAL	278	100.00
Oficios Domésticos	266	95.68
Enfermeras... ..	3	1.08
Lavanderas	2	0.72
Comerciantes	2	0.72
Costureras	1	0.36
Oficinistas	1	0.36
Agricultores	1	0.36
Floristas	1	0.36

una indigestión, una influenza y así por el estilo, manifestando la ignorancia y la buena fe de las mismas. Tenemos que repetir estos hechos porque nosotros los médicos debemos dar mayor impulso a la propaganda de la lucha contra el cáncer. ¿Para qué sirven nuestros estudios, nuestra ciencia, si la tenemos como patrimonio egoísta de nuestro saber? Tal vez está fuera de lugar hacer retórica en estas líneas, sin embargo es nuestro parecer que, si es peligroso hacer medicina popular para todas las enfermedades dado que los pacientes pueden abusar de los medicamentos, en cancerología este peligro es menor. Mediante conferencias, artículos, radiodifusiones y educación en las escuelas y colegios, entre los límites científicos, se debe dar a conocer a las mujeres el peligro en que incurrían por el temor y la ignorancia y así lograr que ellas ayuden a la obra del médico.

EMBARAZOS

DENOIX (5) afirma que se debe pensar que las mujeres afectadas de cáncer del cuello del útero generalmente presentan un número más elevado de embarazos.

Igualmente MORRIS y MEIGS (9) nos informan que comúnmente se acepta la existencia de una relación, como factor etiológico, entre el cáncer del cérvix y el número de partos, siendo las laceraciones y la irritación del cuello uterino debidas al parto una de las causas.

Pocos son los estudios que han tratado de interpretar los cambios histológicos del cérvix durante el embarazo. GARROW y GREENE (2) notaron cambios que podrían ser considerados específicos del embarazo. Estos AA. en el estudio de 96 cortes histológicos del cuello del útero normal de embarazadas encontraron un aumento de epidermización en la mucosa del endocérvix, un aumento en el espesor del epitelio columnar y una hiperplasia intraglandular particularmente entre la vigésima novena y cuadragésima semana de embarazo. El epitelio escamoso estratificado presentaba solamente un aumento en el espesor de todas las capas y tal aumento se hacía más evidente en el tercer trimestre de embarazo. DANFORTH (3) hizo un estudio histológico del epitelio escamoso y escamocolumnar del cérvix de 22 úteros grávidos y de 46 no grávidos, todos extraídos quirúrgicamente. Transcribimos en el Cuadro V los resultados de la Tabla I del trabajo de Danforth. Estos cambios, que se presentan con mayor frecuencia durante el embarazo, parecen proceder de estímulos hormonales fisiológicos y son generalmente reversibles, pero se debe tener presente que estas modificaciones a veces limitan con las primeras manifestaciones del cáncer del cuello uterino.

Durante el embarazo el cérvix reacciona a un intenso estímulo endocrino que se manifiesta con hipertrofia del epitelio escamoso y columnar como se ve en el Cuadro V. Muy importante son los cambios que sufre el epitelio cilíndrico columnar, no sólo en relación con el embarazo sino también debido a factores irritativos. En el estudio presente hemos considerado con particular cuidado el número de embarazos.

CUADRO V

Transcripción de la Tabla I del trabajo de DANFORTH (3)

	Durante el embarazo	Sin embarazo
Espesor total	294 μ (168-364 μ)	252 μ (112-448 μ)
<i>Zona Basal</i>		
Discrepancia en la forma de las células basales (más ovoides en el centro)	73 %	26 %
Irregularidad de los núcleos en la zona basal	68 %	22 %
Múltiples nucléolos	41 %	raros
Figuras mitóticas	64 %	13 %
Yemas epiteliales	64 %	30 %
<i>Zona media</i>		
Núcleos activos presentes	73 %	13 %
<i>Zona de conjunción escamocolumnaria</i>		
Metaplasia superficial	86 %	43 %
Reacción inflamatoria	95 %	43 %

Como se puede ver en el Cuadro VI hay 22 casos (7,91 %) sin hijos. Entre estas pacientes hay dos de 20 - 24 años de las cuales una era luética y otra había tenido cuatro abortos; de las restantes no pudimos averiguar si habían o no tenido abortos no encontrando entre ellas ninguna virgen. De todas maneras, como dijimos antes, el porcentaje de las nulíparas es de 7,91.

Hemos distribuido a las mujeres de acuerdo con el número de hijos que han tenido; así el primer grupo incluye a las mujeres que no han tenido hijos, el segundo a las que han tenido de 1 a 3, el tercero de 4 a 6 y así sucesivamente. Es interesante, como se puede apreciar en el Cuadro VI, el hecho de que no hay diferencia notable entre el número de mujeres que tienen de 1 a 3 hijos y las que tienen de 4 a 6.

Es interesante hacer notar que un caso se trataba de una paciente de 94 años, luética, que había tenido un solo hijo; otro caso era una mujer de Puntarenas con 12 abortos y 6 hijos; otro era una paciente de 56 años, luética, con 13 hijos y 4 abortos; otro era una mujer de 65 años, luética, con 15 hijos y, finalmente, otro caso lo era una paciente de 88 años con una lesión inicial y con 21 hijos.

CUADRO VI

Número de hijos nacidos de las 278 mujeres con cáncer en el cuello del útero

NUMERO DE HIJOS	Absolutos	%
TOTAL	278	100.00
Ninguno	22	7.91
1 — 3	85	30.58
4 — 6	80	28.78
7 — 9	43	15.47
10 — 12	31	11.15
13 — 15	11	3.96
16 — 18	4	1.44
19 — 21	2	0.72

En relación al número de abortos los datos que tenemos de nuestras pacientes son los siguientes:

22 casos	1 aborto
6 "	2 abortos
4 "	3 "
2 "	4 "
1 caso	5 "
1 "	7 "
1 "	12 "

Por otra parte hemos tenido pacientes con numerosos embarazos y que, sin embargo, presentaban nada más que simples cervicitis. Aunque debamos considerar las observaciones histopatológicas de CARROW y GREENE (2) y de DANFORTH (3), pensamos sin embargo, que el embarazo repetido no sea una causa muy importante en la etiología del cáncer del cérvix.

El papel que juegan los factores hormonales en la determinación de la neoplasia del cuello uterino, tal vez tiene un valor inferior al que muchos AA. le atribuyen. Es sabido que la foliculina tiene una acción estimulante proliferativa sobre todo el aparato genital femenino y que la luteína tiene una acción secretiva sobre el mismo. Nosotros a menudo nos hemos preguntado por qué esta función debería de cambiar una vez que se haya desarrollado el cuadro de la neoplasia del cérvix. Nos parecería más bien patológico que la función endocrina

no siguiera regularmente su ciclo. Probablemente las hormonas al encontrar un terreno más sensible a sus estímulos llegarán a ser, más tarde, cofactores de la malignidad ya existente, y nunca a nuestra manera de ver, pueden ser la causa de dicha malignidad. En este campo se han hecho muchas experiencias en animales de laboratorio sin llegar nunca a desarrollar verdaderos carcinomas del cuello del útero, no obstante que se han empleado cantidades elevadas de hormonas. Se debe admitir, sin embargo, que durante el embarazo, las hormonas, por el aumento de su producción, favorecen el desarrollo de la neoplasia del cérvix.

SIFILIS

El número de nuestros casos con VDRL y Kahn positivos es de 20. No creemos que este dato tenga valor porque, como ya dijimos, muchas de las pacientes son ambulatorias y nosotros las atendemos, sobre todo, en la rama de nuestra especialidad. Realmente, se debería practicar el examen serológico a todas las enfermas, pero, siendo mayor cada día su número y habiendo instituciones especializadas para ello, nos hemos abstenido de hacerlo. En cambio a cada una de las enfermas hospitalizadas sí se les practica el examen serológico. El exiguo número de reacciones positivas que tenemos son de estas enfermas. Siendo para nosotros imposible juzgar el papel que juega la lúes en la etiología del cáncer del cérvix, no trataremos este tema.

MENOPAUSA

Contrariamente a los resultados de MORRIS y MEIGS (9) en los cuales el mayor número de pacientes es postmenopáusico, se puede comprobar que los nuestros son principalmente del período premenopáusico y un buen número del climatérico.

Diferentes AA. han dado resultados contrastantes acerca del factor menopausa en la etiología de la neoplasia del cuello uterino. Nosotros no creemos que dicho factor tenga ningún valor determinante, tal vez los caracteres raciales, climáticos y constitucionales tienen mayor relación con el período menopáusico y por lo mismo los distintos AA., tratando con diferentes tipos, llegan a resultados contrarios.

ESTADO CLINICO

Todas las pacientes de nuestra Clínica son clasificadas en estados conforme a la clasificación hecha por la Liga Internacional de las Naciones (L.N.I.). Hasta la fecha no se ha tomado en cuenta el estado 0 (cero), dejando al anatópatólogo y no al clínico el juicio sobre la precocidad de la lesión. El esquema siguiente nos dará el cuadro general del estudio estadístico de nuestros 278 casos.

Estado	Número absoluto	Porcentaje
I	57	20,50 %
II	69	24,83 %
III	108	38,85 %
IV	44	15,82 %

Como se ve, el número de casos operables es de 45,33 por ciento, mientras que el 54,67 por ciento ya ha pasado el límite de operabilidad.

Es nuestro deseo confrontar nuestros casos con los del ROYAL CANCER HOSPITAL de Londres (año 1946-48) (10), con los de MORRIS y MEIGS (Massachusetts, 1927-42) (9) y con los de DENOIX (5) del Institut National d'Hygiène de Francia.

ESTADO	Clín. Tums. C. R.	Royal C. H.	Inst. Nat. H.	Massachusetts
I	20,50 %	9,1 %	12 %	12,9 %
II	24,83 %	45,9 %	31 %	39,8 %
III	38,85 %	28,1 %	38 %	39,9 %
IV	15,82 %	10,9 %	11 %	7,2 %
No clasificados	.....	5,6 %	8 %	—

Por lo tanto resulta evidente que el límite de operabilidad cambia en los varios países considerados, siendo para nosotros el de 45,33 por ciento, para el Royal Cancer Hospital el de 55 por ciento, para el Institut National d'Hygiène de Francia el de 43 por ciento, y para Massachusetts el de 52,7 por ciento.

Para obtener datos más satisfactorios subdividimos nuestros casos por Provincias y consideramos los estados de las pacientes en cada una de ellas (Cuadro VII).

CUADRO VII

Estados clínicos de las pacientes por provincias

PROVINCIAS	Casos	Estado I	Estado II	Estado III	Estado IV
San José	131	26,70 %	28,26 %	33,60 %	11,44 %
Alajuela... ..	39	17,94 %	25,64 %	48,71 %	7,71 %
Cartago	15	13,33 %	6,67 %	40,00 %	40,00 %
Heredia	11	18,18 %	18,18 %	54,55 %	9,09 %
Guanacaste... ..	25	12,00 %	28,00 %	28,00 %	32,00 %
Puntarenas	37	16,21 %	18,90 %	45,99 %	18,90 %
Limón... ..	20	10,00 %	25,00 %	45,00 %	20,00 %

Dicho estudio nos fué aconsejado por C. M. Gutiérrez, Director de la Clínica, para poder comparar la incidencia del estado de la enfermedad con la asistencia médica en nuestro país: el Cuadro VIII muestra la relación entre la asistencia médica y la población en Costa Rica. En el Cuadro VII vemos claramente que mientras en la Provincia de San José el porcentaje de los casos inoperables es inferior al 50 por ciento acercándose al del Royal Cancer Hospital y al de Massachusetts, en las demás Provincias, debido a la escasez de asistencia médica, dicho porcentaje sube hasta el 80. Aunque no es el objeto de este trabajo hablar del problema médico asistencial en Costa Rica, lo hemos tomado en cuenta para hacer una comparación con los resultados de otras instituciones extranjeras. Nuestro problema médico asistencial ya fué tratado por LUROS (7) anteriormente.

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO Y CITOLOGICO

Los resultados biópticos de nuestros casos confirmados por los anatomapatólogos M. Fallas D. y R. Céspedes F. son los siguientes:

Carcinomas epidermoides	247
" intraepiteliales	14
Precarcinomas	10
Adenocarcinomas... ..	6
Melanocarcinomas	1

Junto con las biopsias practicamos exámenes citológicos a buen número de las pacientes. Desde hace dos años con el objeto de prevención se ha considerado la necesidad de hacer rutinariamente a todas las pacientes el examen citológico del cérvix (4). No tenemos todavía una estadística que nos permita publicar datos, pero podemos afirmar desde ahora que dicho estudio nos ha permitido encontrar varios casos positivos y operables, casos que de otra manera hubieran pasado inadvertidos.

PROFILAXIS E HIGIENE

Hemos observado, desde hace dos años, que la mayoría de las pacientes raramente se hacen lavados vaginales. Ha sido nuestra norma preguntar a las pacientes si ellas practican esta profilaxis y nos hemos convencido de la enorme importancia que tiene este factor en la etiología compleja y todavía oscura de la neoplasia del cuello uterino. Hemos podido comprobar lo que venimos diciendo, al observar la mejoría de muchas pacientes después de un simple tratamiento con lavados vaginales. Desde que estoy en la Clínica, su director C. M. Gutiérrez está tratando a las pacientes con metaplasia del cérvix mediante lavados de vinagre blanco natural, empleando dos cucharadas por litro de agua tibia hervida. De la misma manera estamos tratando las cervicitis, después de haber establecido el tratamiento específico contra el agente causal. La mejoría de todas las enfermas con este tratamiento es notable. Lo que acabamos de decir no sólo está con-

CUADRO VIII

Relación entre la asistencia médica y la Población de Costa Rica

PROVINCIAS Y CANTONES	Nº habitantes	0/00 de médicos con relación a la población ⁽¹⁾
<i>Provincia de San José</i>	281.822	0,57
Central	254.756(2)	0,64
Escazú		
Desamparados		
Puriscal		
Aserri		
Mora		
Goicoechea		
Santa Ana		
Alajuelita		
Coronado		
Acosta		
Tibás		
Montes de Oca		
Moravia		
Turrubares		
Dota		
Curridabat		
Tarrazú	7.435	0,13
Pérez Zeledón	19.630	0,05
<i>Provincia de Alajuela</i>	48.850	0,38
Central	37.376	0,21
San Ramón	19.951	0,05
Grecia	23.571	0,08
San Mateo	3.611	0,00
Atenas	9.313	0,10
Naranjo	10.839	0,19
Palmares	7.934	0,12
Poás	5.135	0,00
Orotina	5.951	0,17
San Carlos	16.180	0,12
Alfaro Ruiz	4.676	0,00
Valverde Vega	4.313	0,00
<i>Provincia de Cartago</i>	100.725	0,16
Central	30.763	0,26
Paraíso	11.426	0,08

(1) No se incluye en esta lista el personal Médico de los Hospitales de la Compañía Bananera de Quepos, Golfito y Limón, y el del Sanatorio "Carlos Durán". Los datos de los Médicos de los pueblos fueron cortésmente comunicados por la Dirección General de Asistencia Médico Social que nos hizo presente que a menudo hay pequeños cambios más nominales que numéricos.

PROVINCIAS Y CANTONES	Nº habitantes	0/00 de médicos con relación a la población
La Unión	7.786	0,13
Jiménez	7.731	0,00
Turrialba	24.466	0,24
Alvarado	4.597	0,00
Oreamuno	7.568	0,00
El Guarco	6.385	0,00
<i>Provincia de Heredia</i>	<i>51.760</i>	<i>0,21</i>
Central	19.898	0,50
Barba	5.263	0,00
Santo Domingo	7.346	0,13
Santa Bárbara	5.044	0,00
San Rafael	5.254	0,00
San Isidro	2.849	0,00
Belén	3.226	0,00
Flores	2.880	0,00
<i>Provincia de Guanacaste</i>	<i>88.190</i>	<i>0,10</i>
Liberia	10.246	0,29
Nicoya	29.918	0,03
Santa Cruz	13.615	0,14
Bagaces	4.079	0,00
Carrillo	7.002	0,14
Cañas	5.929	0,17
Abangares	8.344	0,12
Tilarán	9.057	0,00
<i>Provincia de Puntarenas</i>	<i>88.168</i>	<i>0,14</i>
Central	31.074	0,32
Esparta	6.902	0,00
Buenos Aires	7.392	0,00
Montes de Oro	5.595	0,00
Osa	11.518	0,08
Aguirre	15.291	0,06
Golfito	10.396	0,09
<i>Provincia de Limón</i>	<i>41.360</i>	<i>0,12</i>
Central	23.337	0,13
Pococí	10.482	0,09
Siquirres	7.541	0,13

(2) Realmente casi todos los médicos viven en el Cantón Central y los datos deberían ser Nº habitantes 111.820 con una relación por 0/00 de 1,43 (muy alta si la comparamos con los demás Cantones).

firmado por el cuadro clínico (reepitelización de la mucosa, restablecimiento del color rosado característico y presencia del tapón mucoso en el cérvix) sino también por el examen citológico. Como se puede ver en las Figs. 1 y 2 muchos son los casos en los cuales el examen citológico no nos permite decidir entre una forma neoplásica y una metaplásica. Generalmente nos inclinamos por la segunda forma, mientras esperamos repetir el examen citológico después de que la paciente haya practicado los lavados vaginales. El resultado de los exámenes citológicos posteriores fué casi siempre favorable, por lo que nos convencimos de que dicha cura tiene una acción importantísima sobre la mucosa cervical y vaginal. Las Figs. 3 y 4 presentan el control citológico de la misma paciente de las Figs. 1 y 2 después de un mes de lavados, en las cuales podemos apreciar la presencia de elementos normales del epitelio columnar.

En el fórnix vaginal que está en contacto con el cérvix, se acumulan diariamente los detritos de las excreciones de los genitales femeninos como:

- a) excreciones de las glándulas mucosas del cérvix.
- b) excreciones de la desepitelización del cérvix y de la vagina.
- c) detritos residuales del menstruio que pueden quedar en los pliegues de la mucosa vaginal.

Frecuentemente las mujeres sufren infecciones vaginales debidas a parásitos o a otros gérmenes patógenos. Estos determinan inflamaciones crónicas que se encuentran con frecuencia en el cérvix, presentándose como erosiones, como ulceraciones o como simples placas enrojecidas que rodean el orificio externo del canal cervical y se localizan en la mucosa. Estas partes de mucosa de epitelio cilíndrico expuestas a irritaciones químico-inflamatorias o traumáticas, representan el terreno en el cual a menudo se localiza el carcinoma del cuello uterino.

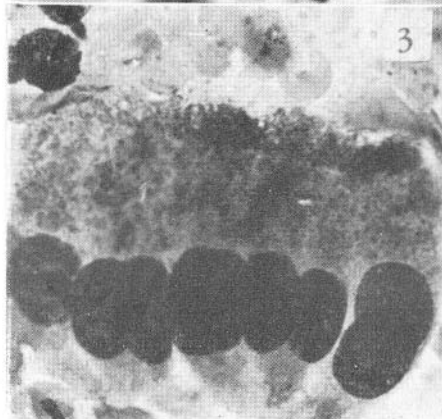
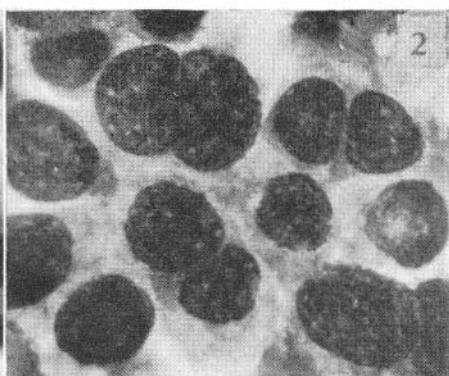
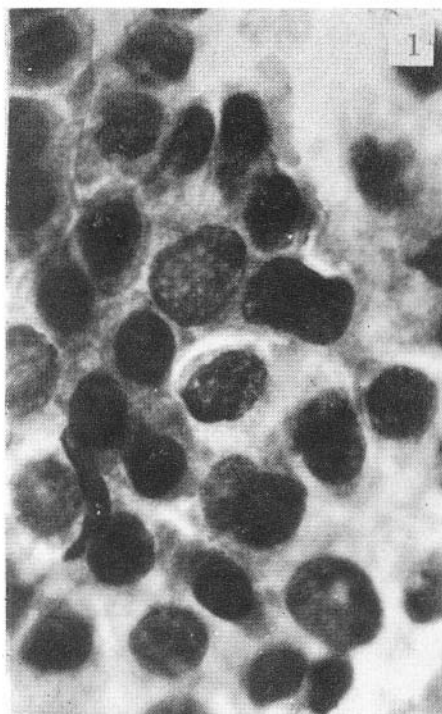
Un otro factor etiológico está representado por la acción traumática del parto. En efecto, raro es el cáncer del cérvix en las vírgenes. Queremos insistir que de todas estas causas la de los detritos de las excreciones de los genitales femeninos es a nuestro parecer, la que determina, por lo general, la neoplasia del cérvix. El restañio de las excreciones facilita su putrefacción, la que modifica el ambiente, normalmente ácido, en alcalino, que es sumamente irritante para la mucosa.

Si pensamos en la continua irritación que pueden determinar dichas excreciones *in loco*, si observamos las modificaciones citológicas que se van presentando desde la simple inflamación, con polinucleares neutrófilos y después con elementos linfomonocitarios y histioides, hasta llegar a cuadros con tan alterada estructura celular que para el mismo citólogo es difícil diferenciar la neoplasia de la metaplasia. Si nosotros, repito, consideramos estas variaciones, debemos concluir que el restañio de tales detritos, que accionan como causante química, tiene gran importancia.

Recientemente, finalizando este trabajo, llegó a la Clínica una paciente de 60 años que había tenido 13 hijos y había sido enviada por un colega con diagnóstico de angioma cavernoso del canto externo del labio. Como de rutina se

Figs. 1 y 2: Células metaplásicas de la zona de conjunción escamocolumnaria del cérvix. El citoplasma en algunos de dichos elementos se ha destruído, en otros está reducido dando el aspecto de células cúbicas. Los núcleos levemente aumentados los unos y picnóticos los otros presentan una cromatina fina y regular; no hay polidimensionalidad ni polimorfismo. Todos los elementos no presentan aumento de los nucléolos. Col. Giemsa. 1000 X.

Figs. 3 y 4. Células cilíndricas de la zona de conjunción escamocolumnaria del cérvix. El citoplasma de estos elementos es muy rico en paraplasma. Los núcleos tienen cromatina fina y no han aumentado de tamaño. La relación núcleo-citoplasma es normal. Col. Giemsa. 1000 X.



le hizo el examen citológico y quedé sorprendido de encontrar el cérvix y la vagina tan bien epitelializados. Aun cuando yo había visto la cartulina de la paciente, volví a preguntarle si había tenido hijos y ella me confirmó que había tenido trece y que estaba acostumbrada a hacerse dos lavados vaginales al mes y particularmente uno 4 días después de la menstruación. Algunos días después tuve la suerte de encontrar otro caso parecido en una mujer de 51 años. Refiero estos dos casos como excepciones, puesto que las pacientes que llegan a nuestra consulta difícilmente practican lavados y sólo bajo insistencia del médico siguen esta vía profiláctica. Los dos casos mencionados están en contra de la tesis traumática del parto como causa del carcinoma y confirman la importancia de la higiene. Como ya hemos dicho en el capítulo referente a edad, se presentaron a la Clínica pacientes muy jóvenes que no habían tenido hijos pero sí abortos. Estas enfermas provenían de regiones donde no hay médicos sino únicamente empíricos.

El contacto sexual prematuro, la falta de higiene íntima, la infección continua de los genitales, los repetidos abortos y partos no higiénicamente controlados son los factores causantes de la incidencia precoz del carcinoma del cuello uterino. En realidad el gráfico 2 demuestra que, en Costa Rica, la incidencia más alta se presenta diez años antes que en los demás países en estudio.

Hay datos que no pueden manifestarse por simples números, sino que son el fruto de nuestra experiencia, por cuya razón podemos afirmar que si es cierto que el número de pacientes es mucho mayor en la Meseta Central, debido al mayor número de habitantes, a la asistencia médica, a la mayor educación de la gente, también es cierto que los casos provenientes de Guanacaste, Puntarenas, Limón (zonas calientes), son los representados por las pacientes más jóvenes y cuyo estado clínico es generalmente más grave.

PROBLEMA SOCIAL

En Costa Rica, tanto el Gobierno como la Junta de Protección Social, siempre han resuelto de la mejor manera posible los problemas médico-sociales que se han ido presentando; consideremos por ejemplo el grave problema de la tuberculosis. Las susodichas Instituciones, con la valiosa colaboración de médicos especializados, han podido rebajar el índice de mortalidad de dicha enfermedad y mejorar las condiciones generales de los enfermos. También el doctor Zeledón, director de la lucha antivenérea me decía que su Departamento había podido conseguir ayuda económica y me repetía la frase de un colega estadounidense: "Sanidad sin dinero no es posible".

El problema de la lucha contra el cáncer en Costa Rica no ha sido tomado en su debida consideración por las instituciones oficiales ni tampoco es conocido por el pueblo. Solamente quien ha perdido algún miembro de su familia se da cuenta de la gravedad de la situación.

Hablamos en particular de los tumores del cuello del útero.

Cuantas y cuantas pobres mujeres vienen a la Clínica creyendo tener una infección banal y pensando que todo se arregla con una simple consulta. Su

mayor preocupación no es su salud sino la familia, los hijos que han dejado en casa, muchas veces de poca edad y siempre en buen número. Con frecuencia nos dicen: "Mis hijos están en casa con mi marido pero él tiene que irse a trabajar porque somos pobres, y necesito curarme pronto por ellos". Esta es nuestra tragedia. No es ver una cara deturpada por un carcinoma espinocelular, ni una cabeza monstruosa por un angioma cavernoso que nos desagrade y apesadumbra, pues estamos acostumbrados a estos cuadros, pero no podremos habituarnos al enorme problema de estas familias, de estos hijos que pierden a sus madres a la edad de 35 - 45 años.

Como dijimos en las primeras páginas de este trabajo, nuestra Clínica no dispone de salas en donde poder internar y atender a sus pacientes. Tenemos únicamente un salón de 21 camas para las enfermas graves. El cáncer no es una enfermedad que permita hacer una propaganda antes de poseer los medios necesarios para afrontar el problema. A menudo los colegas nos preguntan por qué no damos conferencias públicas, por qué no hacemos propaganda por medio de folletos, etc. Suponiendo que siguiéramos estos consejos empezando con el carcinoma del cuello del útero, inmediatamente llegarían a nuestra Clínica un número de pacientes que nosotros podríamos atender pero que no podríamos internar en el hospital. Actualmente muchas veces nos vemos obligados a decir a la paciente que vuelva una y otra vez a la admisión de enfermos hasta que pueda encontrar una cama libre en alguno de los salones. La realidad es que existe el problema y que necesitamos los medios adecuados para su resolución.

CONCLUSIONES

El pronóstico del carcinoma uterino en Costa Rica es grave aun hoy día, ya que el número de pacientes que pueden ser operados radicalmente es muy pequeño.

Hace cuatro siglos Andrea della Croce, médico veneciano, decía que el cáncer es como una semilla puesta en la tierra, el cual, sin que nadie lo note, se desarrolla y cuando se anuncia con síntomas evidentes ya no está en condiciones de ser tratado. Por consiguiente, cualquier progreso en la terapia del cáncer del cuello del útero está ligado al diagnóstico precoz. Esto será posible sólo dando a conocer a las mujeres la necesidad de un continuo control genital y lo indispensable que es la higiene íntima.

De nuestro estudio hemos podido deducir lo siguiente:

- a) La menarca en Costa Rica tiene un promedio de 14,28 años.
- b) El clima caliente de los litorales favorece el contacto sexual a muy temprana edad.
- c) El carcinoma del cuello del útero tiene su vértice entre 35-39 años.
- d) La incidencia de la neoplasia del cuello es mayor en mujeres jóvenes, especialmente en las regiones costeras.
- e) Casi la totalidad de las pacientes se dedica a oficios domésticos.

- f) El número de embarazos favorece el desarrollo de la neoplasia del cérvix.
- g) En nuestro estudio hemos observado que la menopausa no influye en el desarrollo de la malignidad.
- h) El estado de la mayoría de nuestras pacientes es desfavorable para el tratamiento, especialmente para las que vienen de zonas donde la asistencia médica es mínima.
- i) Indispensable es el control citológico de todas las enfermas.
- j) La permanencia de detritos de putrefacción podría ser una de las causas de mayor importancia en el desarrollo del carcinoma del cérvix, por cuya razón se aconseja la higiene genital frecuente.

RECONOCIMIENTO

Antes de terminar estas líneas queremos consignar aquí nuestro profundo agradecimiento a las siguientes personas e instituciones: C. M. Gutiérrez, Director de la Clínica de Tumores; W. Jiménez C., Director general del Departamento de Estadística y Censos; F. Escalante P., Director general de Asistencia médico-social; P. F. Denoix, Director de la Sección del Cáncer del I. N. H. de Francia; Royal Cancer Hospital de Londres; National Cancer Institute de Bethesda U.S.A.; el personal de la Clínica de Tumores de Costa Rica y a mi estimado amigo A. Ruiz, jefe de la División de Parasitología del Laboratorio Bacteriológico del Hospital San Juan de Dios, paciente revisor de los originales de este trabajo.

RESUMEN

El A. toma en consideración 278 casos de carcinoma del cuello del útero que han sido observados durante los años 1950-52 en la Clínica de Tumores de Costa Rica. Después de haber explicado brevemente el por qué se limita a estudiar esta neoplasia, considera la distribución geográfica de las pacientes haciendo resaltar las diferencias de costumbre, clima, raza, profesión e higiene de las mismas. Se hacen algunas consideraciones relativas a la menarca, edad, embarazos, sífilis, menopausa, estado, diagnóstico histológico y citológico y por última el A. trata de demostrar la importancia del factor higiene genital en la mujer, como profiláctico contra la neoplasia del cérvix.

SUMMARY

The author takes in consideration 278 cases of cancer of the cervix uteri that has been observed during the years 1950-52 in the "Clínica de Tumores de Costa Rica". After explained shortly the reason for which he limited to study this type of neoplasm, he considers the geographic distribution of the patients and their costumes, race, hygiene and the climatical conditions. Some considerations have been made in relation to the first menstruation, age, pregnancy,

syphilis, menopause, stage, histological and cytological diagnosis and finally the author tries to show the importance of the genital hygiene in the women as profilactic against the neoplasm of the cervix.

RIASSUNTO

L'A. prende en considerazione 278 casi di cancro del collo del utero pervenuti, durante gli anni 1950-52, alla Clinica dei Tumori di Costa Rica. Dopo aver brevemente spiegato il motivo per cui si limitava a studiare questo tipo di neoplasia, considera la distribuzione geografica delle pazienti così come i loro costumi, razza, igiene e zona climatica. Si fanno alcune considerazioni riguardo la menarca, età, gravidanza, sifilide, menopausa, stadio, diagnostico istologico e citologico ed infine l'A. cerca di dimostrare quale importanza ha l'igiene genitale nelle donne, come profilattico contro la neoplasia del collo dell'utero.

RESUMÉ

L'A. prend en considération 278 cas du cancer du col de l'utérus parvenus, pendant les années 1950-52, a la Clinique des Tumeurs de Costa Rica. Apres avoir expliqué brièvement le motif pour lequel se limite a étudier ce tipe de néoplasie, il considere la distribution géographique des malades ainsi que leurs coutumes, races, hygene et zone climatique. On fait, quelques considérations relatives a la première regle, a l'age, a le nombre de maternités, a la syphilis, a la menopausa, au stade, a la nature histologique et citologique; enfin l'A. cherche de démonstrer l'importance de l'hygiene génital dans la femme ccomme prophylactique contre la néoplasie du col de l'utérus.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BOLETÍN INFORMATIVO
1952. *Mortalidad general en Costa Rica durante el año 1951*. 8 pp. Dirección General de Estadística y Censos. San José, Costa Rica.
2. CARROW, L.A. & R. R. GREENE
1951. The epithelia of pregnant cervix. *Amer. Jour. Obst. & Gynec.* 61 (2): 237-252.
3. DANFORTH, D.N.,
1950. The squamous epithelium and squamocolumnar junction of the cervix during pregnancy. *Amer. Jour. Obst. & Gynec.* 60 (5):985-998.
4. DE GIROLAMI, E.,
1952. Superficial biopsy of the cervix: new technique. *Rev. Biol. Trop.* 1(1):29-32.
- 5.—DENOIX, P. F.,
1952. *Documents statistiques sur la morbidité par cancer dans le monde*. 268 pp. Institut National d'Hygiène. Paris.

6. GRILLO, R.A.,
1936. Menarca, optimum conceptivo y esterilidad fisiológica de la mujer costarricense. *Rev. Med. Costa Rica.* 2 (21):87-96.
7. LUROS, P.,
1950. Nuestro problema hospitalario. *Rev. Med. Costa Rica.* 9 (189):2-36.
8. LUROS, P.,
1950. Mortalidad por cáncer en Costa Rica. *Rev. Med. Costa Rica.* 9 (198): 213-228.
9. MORRIS, J.M. & J.V. MEIGS
1950. Carcinome of the cervix. *Surg. Gynec. & Obst.* 90 (2):135-150.
10. ROYAL CANCER HOSPITAL
1952. Statistical report: *cervix uteri*. Comunicación personal.