

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL METROPOLITANO

"DR. BERNARDO SEPULVEDA"

S. S. A.

"CORRELACION ENTRE LA CITOLOGIA
CERVICO-VAGINAL POR EL METODO DE
PAPANICOLAU Y EL REPORTE DE ANATOMIA
PATOLOGICA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS
CON PAP ANORMAL."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA EL

DR. FELIZARDO ELIZONDO YZAGUIRRE

MONTERREY, N. L.

ENERO DE 1994

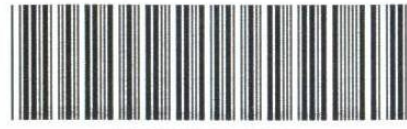
TM

Z6658

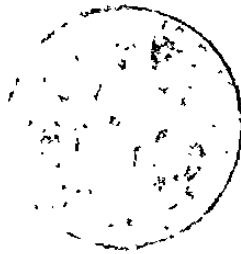
FM

1994

E4



1020091076



LIBRARY OF THE
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION
WASHINGTON, D. C.

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL METROPOLITANO

"DR. BERNARDO SEPULVEDA"

SSA

CORRELACION ENTRE LA CITOLOGIA
VAGINAL POR EL METODO DE
NICOLAU Y EL REPORTE DE ANATOMIA
PATOLÓGICA EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS
CON PAP ANORMAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA EL


FELIX ROLANDO ELIZONDO YZAGUIRRE

MARZO DE 1994

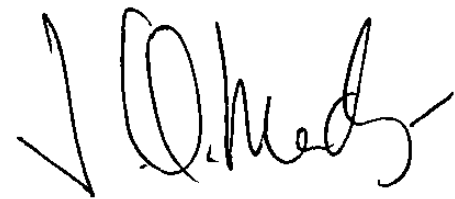
ENERO DE 1994


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE
NUEVO LEON
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL METROPOLITANO
DR. BERNARDO SEPULVEDA
SECRETARIA ESTATAL DE SALUD


DRA. LAURA NELLY ROMERO
Jefe departamento de Enseñanza




DR. JOSE OSCAR MENDOZA PERALES
Jefe de departamento de Ginecología y Obstetricia


DR. CESAR PLONEDA GONZALEZ
Asesor de la Tesis

INDICE

I.- Introducción

II.- Material y Métodos

III.- Resultados

IV.- Tablas

V.- Conclusiones

VI.- Bibliografía

INTRODUCCION

Displasia significa literalmente desarrollo o crecimiento alterado. En el cuello uterino, este término se aplica a zonas anormales en las cuales sólo una parte del espesor del epitelio escamoso ha sido reemplazada por células anormales. La displasia se subdivide en leve, moderada y severa dependiendo del grado de afección del epitelio. Los diversos grados de neoplasia cervical intrapitelial, que van desde la displasia leve al carcinoma in situ, representan una continuidad en el proceso neoplásico.

La cifras de frecuencia de la displasia cervical varían de 1.2 a 3.8 % en las enfermas no embarazadas. La frecuencia en mujeres embarazadas se desconoce.

La célula displásica se caracteriza por anaplasia, aumento de la relación núcleo-citoplasma, hiperchromatismo nuclear, mitosis atípicas y anomalías en la diferenciación.

Las alteraciones epiteliales benignas, en particular las de naturaleza inflamatoria, al igual que los artefactos técnicos, pueden confundirse con la displasia.

La regresión espontánea, en particular de la displasia leve, ocurre en un número significativo de enfermas, de manera que el proceso resulta reversible. En otras, parece permanecer estático durante muchos años. No obstante, se ha observado progresión a carcinoma in situ y aún a carcinoma invasor aproximadamente en la tercera parte de las enfermas que han sido vigiladas durante largo lapso.

El cáncer de cuello uterino es el proceso maligno que ocupa el tercer lugar entre los más frecuentes en el sexo femenino después del cáncer mamario y endometrial.

Se ha calculado que alrededor del 2% de las mujeres mayores de 40 años desarrollan cáncer cervical. La edad promedio en el momento del diagnóstico es de 45 años, pero la enfermedad puede ocurrir inclusive en la segunda década de la vida y ocasionalmente durante el embarazo.

Más del 95% de las enfermas con cáncer insipiente del cuello uterino pueden ser curadas.

El carcinoma de células escamosas constituye aproximadamente el 87% de los casos de neoplasia epitelial maligna del cuello uterino, en tanto que el adenocarcinoma y los carcinomas adenoescamosos mixtos producen el 13% restante.

La mayor parte de los cánceres cervicales hacen su aparición inicial en zonas de epitelio displásico o atípico. La causa de su aparición se desconoce pero hay fuertes sospechas de una etiología viral siendo los principales responsables los papiloma virus humanos tipo 16 y 18 y el herpes virus tipo 2.

Entre los factores predisponentes para la aparición del cáncer cervico uterino se encuentran la multiparidad, primer hijo a edades tempranas, relaciones sexuales con más de un compañero, compañero sin circuncisión, tabaquismo y uso de anticonceptivos orales.

El cáncer incipiente del cuello uterino constituye un proceso de lento desarrollo ya que en la mayoría de las pacientes la forma preinvasiva permanece estática por un lapso de 7 a 10 años.

Cuando menos 90% de los cánceres cervicales de células escamosas se desarrollan en las capas intraepiteliales, casi siempre en la unión escamocilíndrica del cuello uterino, ya sea en la porción cervical que penetra a la vagina o un poco más arriba en el conducto endocervical. (zona de transición)

Son dos los factores relacionados con la importante reducción de la frecuencia del cáncer invasor del cervix observada en todo el mundo. El primero es el conocimiento de un trastorno patológico del epitelio cervical que representa un cambio neoplásico preinvasor en potencia maligno denominado carcinoma in situ. El segundo factor es la perfección de una prueba eficaz de detección que permite identificar este trastorno neoplásico preinvasor en mujeres asintomáticas denominado frotis de Papanicolaou (Pap).

La técnica de frotis de Papanicolaou es barata, indolora y precisa para el diagnóstico de displasia o cáncer cervical, por lo tanto, es ideal para la detección de neoplasia cervical en muestreos de población.

El frotis de Papanicolaou es parte importante de la exploración ginecológica. La frecuencia con que se requiere es motivo de discusión en la actualidad, las estadísticas epidemiológicas han hecho que algunos médicos lo realicen cada 2 o 3 años basados en la información que la mayoría de los cánceres cervicales son de crecimiento lento, sin embargo por los reportes existentes de ciertos cánceres de crecimiento rápido y por la posibilidad de informes de laboratorio falsos negativos, la mayoría de los médicos siguen sugiriendo un frotis por año.

El frotis de Papanicolaou sólo es una prueba de selección, las pruebas positivas constituyen una indicación para ulteriores procedimientos diagnósticos, como colposcopia, biopsia cervical, conización, biopsia de endometrio o dilatación y raspado.

El frotis de Papanicolaou tomado correctamente puede conducir con exactitud al diagnóstico de carcinoma del cuello uterino aproximadamente en 98% de los casos y de carcinoma del endometrio en cerca de 80% de los casos.

El laboratorio reporta el resultado del frotis clasificando las células según el grado de desviación de lo normal y es como sigue:

Grado I: Células normales.

Grado II: Ligeramente anormal, indica cambios inflamatorios.

Grado III: Anormalidad celular intensa.

Grado IV: Células claramente anormales, quizá malignas.

Grado V: Células malignas.

Con frecuencia creciente, los laboratorios están informando los frotis de Papanicolaou por la clasificación SNOMED (Nomenclatura sistematizada de Medicina) desarrollada por el Colegio Norteamericano de Patólogos en la cual se describe tipo de células, efecto estrogénico, cambios inflamatorios y presencia o ausencia de atipia.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" en un período comprendido de marzo de 1992 a febrero de 1993 durante el cual se revisaron 203 expedientes de pacientes que fueron sometidas a Histerectomía durante este período y que para fines de este estudio sólo fueron incluídas aquellas pacientes en las cuales uno de sus Diagnósticos Preoperatorios fue Displasia Leve, Moderada o Severa, o Carcinoma *In situ* o *Microinvasor* siendo un total de 36 pacientes.

Fueron excluídas 167 pacientes por fines de este estudio.

El Diagnóstico Preoperatorio de Displasia Leve, Moderada o Severa, o Carcinoma *In situ* o *Microinvasor* fue tomado del reporte del frotis de Papanicolaou tomado en la Consulta Externa de Ginecología de nuestro Hospital en donde a cada paciente se le realizaba como mínimo dos muestras, una endocervical y una exocervical.

Todas las laminillas fueron revisadas en el laboratorio de Citología de este Hospital.

De cada expediente se obtuvieron datos sobre edad, menarquia, inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales, paridad, flujo vaginal, dismenorrea, sangrado postcoito, sangrado anormales, menopausia, método de planificación familiar y reporte de citología y anatomía patológica.

RESULTADOS

De las 36 pacientes estudiadas, la edad mínima encontrada fue de 26 años y la máxima de 73 años. Por decenios tenemos: 10-20 años: 0 (0%), 21-30 años: 2 (5.55%), 31-40 años: 19 (52.77%), 41-50 años: 8 (22.22%), 51-60 años: 4 (11.11%), 61-70 años: 2 (5.55%), 71-80 años: 1 (2.77%), 81 años o más: 0 (0%). (tabla 1)

La edad de aparición de la menarquia en las pacientes estudiadas fue: 10 o menos: 0 (0%), 11-12 (33.33%), 13-14: 20 (55.55%), 15-16: 4 (11.11%), 16 o más 0 (0%). (tabla 2)

El inicio de vida sexual activa en las pacientes estudiadas fue: 11 o menos: 0 (0%), 12-14: 10 (27.77%), 15-17 años: 14 (38.88%), 18-20 años: 9 (25%), 21-24 años: 3 (8.33%), 25 años o más: 0 (0%). (tabla 3)

El número de compañeros sexuales de estas pacientes fue: 1: 11 (30.55%), 2: 18 (50%), 3: 5 (13.88%), 4 o más : 2 (5.55%). (tabla 4)

Con respecto a la paridad, la distribución es como sigue: 0-1 partos: 1 (2.77%), 2-3 partos: 15 (41.66%), 4-5 partos: 14 (38.88%), 6 o más partos: 6 (16.66%). (tabla 5)

Con respecto a la planificación familiar la distribución por tipo de anticonceptivos es como sigue: Ninguno: 6 (16.66%), Locales: 0 (0%), DIU: 8 (22.22%), Orales: 14 (38.88%), Inyectables: 3 (8.33%) y SPC: 5 (13.88%). (tabla 6)

El flujo vaginal estuvo presente en 22 pacientes (61.11), y no se presentó en 14 pacientes (38.88%). (tabla 7)

19 pacientes (52.77%) refirieron historia de dismenorrea, y 17 pacientes (47.22%) no la refirieron. (tabla 8)

El sangrado postcoito fue mencionado sólo por 6 pacientes (16.66%), y 30 pacientes (83.33%) no lo mencionaron. (tabla 9)

El sangrado anormal se presentó sólo en 4 pacientes (11.11%), y en 32 pacientes (88.89%) no lo mencionaron. (tabla 10)

Los resultados de citología fueron los siguientes: Displasia Leve: 1 (2.77%), Displasia Moderada: 8 (22.22%), Displasia Severa: 8 (22.22%), Ca CU In Situ: 17 (47.22%), y Ca CU Microinvasor: 2 (5.55%). (tabla 11)

Los resultados de Anatomía Patológica fueron los siguientes: Displasia Leve: 0 (0%), Displasia Moderada: 9 (25%), Displasia Severa: 6 (16.66%), Ca CU In Situ: 17 (47.22%) y Ca CU Microinvasor: 4 (11.11%). (tabla 12)

La correlación entre los resultados obtenidos por citología y los obtenidos por Anatomía Patológica fueron los siguientes: En 26 pacientes (72.22%) se corroboró el diagnóstico citológico con el resultado de Anatomía Patológica, en 6 pacientes, el resultado de citología fue mayor al de Anatomía Patológica (16.66%), en 4 pacientes el resultado de citología fué menor al de Patología (11.11%). (tabla 13)

TABLAS

EDAD

Años	No. de pacientes	%
10-20	0	0.00
21-30	2	5.55
31-40	19	52.77
41-50	8	22.22
51-60	4	11.11
61-70	2	5.55
71-80	1	2.77
81-+	0	0.00
Total	36	100.00

TABLA 1

MENARQUIA

Años	No. de pacientes	%
10-10	0	0.00
11-12	12	33.33
13-14	20	55.55
15-16	4	11.11
16+	0	0.00
Total	36	100.00

TABLA 2

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

Años	No. de pacientes	%
11ó-	0	0.00
12-14	10	27.77
15-17	14	38.88
18-20	9	25.00
21-24	3	8.33
25-+	0	0.00
Total	36	100.00

TABLA 3

NUM. DE COMPAÑEROS SEXUALES

No.	No. de pacientes	%
1	11	30.55
2	18	50.00
3	5	13.88
46+	2	5.55
Total	36	100.00

TABLA 4

PARIDAD

No.	No. de pacientes	%
0-1	1	2.77
2-3	15	41.66
4-5	14	38.88
6ó+	6	16.66
Total	36	100.00

TABLA 5

PLANIFICACION FAMILIAR

Tipo	No. de pacientes	%
Ninguno	6	16.66
Locales	0	0.00
DIU	8	22.22
Orales	14	38.88
Inyectables	3	8.33
SPC	5	13.88
Total	36	100.00

TABLA 6

FLUJO VAGINAL

	No. de pacientes	%
Presente	22	61.11
Ausente	14	38.88
Total	36	100.00

TABLA 7

DISMENORREA

	No. de pacientes	%
Presente	19	52.77
Ausente	17	47.22
Total	36	100.00

TABLA 8

SANGRADO ANORMAL

	No. de pacientes	%
Presente	4	11.11
Ausente	32	88.88
Total	36	100.00

TABLA 10

SANGRADO POSTCOITO

	No. de pacientes	%
Presente	6	16.66
Ausente	30	83.33
Total	36	100.00

TABLA 9

CITOLOGIA

Grado	No. de pacientes	%
D.Leve	1	2.77
D.Moderada	8	22.22
D.Severa	8	22.22
Ca CU in situ	17	47.22
Ca CU micro invasor	2	5.55
Total	36	100.00

TABLA 11

ANATOMIA PATOLOGICA

Grado	No. de pacientes	%
D.Leve	2	5.55
D.Moderada	9	25.00
D.Severa	7	19.44
Ca CU in situ	14	38.88
Ca CU micro invasor	4	11.11
Total	36	100.00

TABLA 12

CORRELACION CITOLOGIA-ANATOMIA PATOLOGICA

No. de Pacientes	Citología	Anatomía Patológica	%
26	Igual	6	72.22
	D.Moderada	6	
	D.Severa	5	
	Ca CU in situ	13	
	Ca CU mic.	2	

6	Grado Mayor	2	16.66
	D.Moderada	2	
	D.Severa	2	
	Ca CU in situ	2	

4	Grado Menor	1	11.11
	D.Leve	1	
	D.Severa	1	
	Ca CU in situ	2	

Total		36	100

CONCLUSIONES

El frotis de Papanicolaou sólo es una prueba de selección que en manos expertas para la realización de la toma del mismo podemos obtener resultados muy similares a los obtenidos por estudio de la pieza quirúrgica.

Una citología positiva constituye una indicación para ulteriores procedimientos diagnósticos como colposcopia, biopsia cervical, conización, biopsia de endometrio o dilatación y raspado, siempre teniendo en cuenta la individualización de cada caso.

En nuestro medio, el uso sistematizado del frotis de Papanicolaou en las campañas Nacionales de Detección Oportuna de Cáncer ha sido un éxito ya que los resultados obtenidos año con año demuestran la detección del Cáncer Cervico uterino en etapas premalignas cada vez más tempranas.

El frotis de Papanicolaou bien tomado tiene una morbilidad mucho menor que el que pudiera presentar cualquier otro de los procedimientos utilizados para el diagnóstico en el protocolo de estudio del Cáncer Cervico uterino, sobre todo si hablamos de fertilidad.

BIBLIOGRAFIA

NOVAK, Tratado de Ginecología de Novak

Editorial Interamericana 2a. edición 1991.

TE LINDE, Ginecología Quirúrgica

Editorial Panamericana 7a. edición 1993

PERNOLL, BENSON, Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos

Editorial Mc. Graw Hill 5a. edición 1989

CORDINER, J. SHARP, F, Tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical por medio de conización y biopsia o histerectomía. Temas actuales.

1985,161

EDDY D.M, Screening for Cervical Cancer

Ann Intern Med 113:214-226, 1990

HELLBERG D, NILSSON S, 20-Year Experience of Follow-up of the Abnormal Smear with Colposcopy and Histology and Treatment by Conization or Cryosurgery.

Gynecol Oncol 38:166-199, 1990

JONES DED, CREASMAN WT. Evaluation of the Atypical Pap Smear

Am J Obstet Gynecol 157:544-549. 1987

RAJU KS, BATES TD, TAYLOR RW, Primary Adenocarcinoma of the Cervix: Treatment and Results

Br J Obstet Gynecol 94:1212-1217, 1987

RONK, DA, Evaluation of abnormal cervical cytology.

Obstet Gynecol 49:581, 1977

TAYLOR PT JR. ANDERSEN W A, The Screening Papanicolaou Smear: Contribution of the Endocervical Brush

Obstet Gynecol 70:734-738, 1987

