

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“CORRELACION DIAGNOSTICA CITOLOGICA HISTOLOGICA
DE LA PATOLOGIA CERVICAL UTERINA”

(Revisión de 100 casos del Hospital General
San Juan de Dios y 100 Casos del
Instituto de Cancerología INCAN)

TESIS:

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR:

JOSE DOMINGO SOLANO GONZALEZ

Previo a optar al título de:

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. REVISION BIBLIOGRAFICA
 - A.- Histología Normal del Cuello Uterino
 - B.- Histología Patológica del Cuello Uterino:
 - 1.- Displasias
 - 2.- Carcinoma In Situ.
 - 3.- Carcinoma Invasivo.
 - C.- Métodos Diagnósticos:
 - 1.- Métodos Citológicos
 - 2.- Métodos Histológicos
 - D.- Factores que inciden en resultados falsos negativos o falsos positivos en la correlación Citológica-Histológica.
- IV. TRABAJO DE CAMPO

Correlación diagnóstica Citológica-Histológica de la patología cervical uterina. Revisión de 100 casos del Hospital General San Juan de Dios y 100 casos del Instituto de Cancerología INCAN.

 - A.- Hipótesis
 - B. Material y Métodos de Estudio
 - C. Presentación y Análisis de Resultados.
- V. CONCLUSIONES
- VI. RECOMENDACIONES
- VII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Actualmente en otras latitudes se han efectuado estudios para determinar el grado de confiabilidad en la Correlación Diagnóstica de la Patología Cervical Uterina, reportando valores variables.

En nuestro medio no existen estadísticas adecuadas al respecto, considerando por tal razón de mucho interes el análisis de 200 casos de Patología Cervical Uterina del Hospital General San Juan de Dios y del Instituto de Cancerología INCAN, para determinar el grado de confiabilidad en la correlación diagnóstica Citológica Histológica, además determinar los factores causantes de resultados Falsos Positivos o Falsos Negativos.

Finalmente pensamos que este trabajo de tesis debe ser el inicio de trabajos estadísticos que nos permitan conocer en nuestros Hospitales la correlación diagnóstica Citológica-Histológica no sólo del Cuello Uterino si no que también de otros órganos, lo cual ayudará para sacar conclusiones del mejor manejo de la paciente.

Tomando en cuenta la necesidad de dichos estudios estadísticos en nuestro medio, en el presente estudio se analizaron 200 casos de dos diferentes instituciones tomando como parámetros de estudio la Edad, Paridad, Menarquía, Motivo de Consulta, Método Diagnóstico Citológico efectuado, Método Diagnóstico Histológico efectuado, Diagnóstico Citológico, Diagnóstico Histológico. Con esto se correlacionó el Diagnóstico Citológico con el Histológico para determinar grado de confiabilidad en la Patología Cervical Uterina.

II OBJETIVOS

- 1.- Determinar el porcentaje de correlación diagnóstica correcta de la patología cervical uterina por los métodos Citológicos Histológicos. (Grado de Confiabilidad).
- 2.- Determinar la posible existencia de Falsos Negativos para la patología cervical uterina por Citología.
- 3.- Determinar la posible existencia de Falsos Positivos para la patología cervical uterina por Citología.
- 4.- Iniciar en Guatemala estudios estadísticos para conocer el grado de confiabilidad de los métodos diagnósticos para la patología cervical uterina.
- 5.- Actualización bibliográfica de los recursos diagnósticos para la patología cervical uterina.
- 6.- Determinar posibles causas o factores que inciden en resultados Falsos Positivos o Falsos Negativos.
- 7.- Deducir conclusiones en cuanto a las formas adecuadas de diagnóstico para la patología cervical uterina, tomando en cuenta los recursos que hay en nuestro medio.

III REVISION BIBLIOGRAFICA

HISTOLOGIA NORMAL DEL CUELLO UTERINO.

El cuello uterino constituye la parte más baja y estrecha del útero, Danforth considera que la pared del cuello uterino está formada principalmente de tejido conectivo colágeno denso y en un 15o/o de su substancia de fibras musculares lisas. (13).

El epitelio poliestratificado del tracto genital femenino se compone de cuatro capas, comenzando en la membrana limitante son: la Capa Germinal; la Capa Basal o de Transición; la Capa Intermedia y la Capa Superficial. La maduración celular desde la Capa Germinal a la Superficial se caracteriza por un aumento del citoplasma y una disminución concomitante del tamaño del núcleo. (8, 16).

Los dos tipos principales de epitelio que recubren el cuello uterino son el Epitelio Pavimentoso Estratificado el cual tapiza la porción vaginal del cuello y con el cual se continua hacia la vagina, de este epitelio nace el Carcinoma Epidermoide. Por otro lado, el epitelio que recubre el conducto cervical es de tipo cilíndrico, del cual nace el Carcinoma de Células Cilíndricas. (17).

En la Unión Escamo-Columnar el epitelio externo del cérvix cambia bruscamente a epitelio columnar. El epitelio del endocérvix está formado por una sola capa de células columnares a diferencia de epitelio escamoso del exocérvix el cual lo forman varias hileras de células. En la Unión Escamo-Columnar existe una transición brusca de un epitelio de varias capas a otro de una sola hilera. El epitelio columnar es de tipo secretor y el epitelio escamoso es de tipo protector. (8, 13, 16).

HISTOLOGIA PATOLOGICA DEL CUELLO UTERINO.

DISPLASIAS

La displasia ha sido designada de diferentes formas por varios autores, pero en general y la más adecuada ha sido la postulada por Graham quien ha definido la displasia como un desarrollo o maduración anormal celular. (4, 9, 12, 22).

Desde el punto de vista etiológico, Reagan y Richat demostraron con sus estudios que la infección por tricomonas vaginalis puede producir displasia ligera en la mujer, fundándose los autores en la desaparición de la lesión después de haber controlado la infección. Se han observado cambios displásicos en el epitelio del cuello uterino en humanos con el uso de cauterización con nitrato de plata, aplicación tópica de podofilina y cauterización del cuello. (4)

Muchos estudios indican que tanto la displasia como el carcinoma tienen como denominador común a la iniciación precoz de las relaciones sexuales, multiparidad, nivel socioeconómico bajo, falta de circuncisión en el varón etc. (4, 10, 16, 17, 22, 24).

En lo que a la multiparidad se refiere, se ha observado que las lesiones postparto como laceraciones, erosión u ulceraciones, son más frecuentes en el labio anterior, sitio donde la displasia es más frecuente. En cuanto al papel de los estrógenos en la génesis de esta lesión sólo existe evidencia indirecta presuntiva. Zimmel en 1959 describió la lesión displásica post-radiación, posteriormente Patten y colegas encontraron una incidencia de displasia en el 25o/o de las pacientes con carcinoma cervical tratadas con radioterapia. Reagan y colaboradores han afirmado la displasia post-radiación como un índice para presumir aquellos casos de carcinoma que van a recurrir. (4).

En cuanto a la edad se refiere, la lesión es observada

generalmente en mujeres en edad reproductiva. En un estudio de 1961 casos, Wentz y Hamonic la edad promedio fue de 39 años. La edad promedio en mujeres negras fué de 30 años y en mujeres blancas fue de 38.3 años.

Reagan encontró que la displasia es más frecuente en las mujeres embarazadas, pero refiere que el 50o/o de estas lesiones desaparecen con el parto. La razón importante por la que se le encuentra más frecuente en las embarazadas sea quizá el control más frecuente que se hace de la mujer embarazada.

En lo que se refiere al destino o curso de la displasia, autores como Greene, Peackman, Galvin, McLaren etc, en estudios efectuados por ellos han encontrado desde 1.1 hasta 12o/o que las displasias progresan a carcinoma, Castro en Guatemala menciona que es importante considerar a la displasia como una lesión pre-neoplásica, especialmente a la displasia severa, la cual si no es tratada, definitivamente va a degenerar a carcinoma In Situ y más tarde a carcinoma invasivo. (4).

Desde el punto de malignidad la displasia ha sido dividida en tres categorías: Displasia Ligera, Displasia Moderada y Displasia Severa. (4, 7, 9, 21).

DISPLASIA LIGERA:

Se encuentran células descamadas "maduras" con cambios displásicos mínimos. Las células suelen proceder de las capas superficial o intermedia del epitelio. (4, 9, 21).

DISPLASIA MODERADA:

De un epitelio con Displasia Moderada se descaman células moderadamente maduras, con discariosis también moderada. Hay gran variedad de células: parabasales, Intermedias y Superficiales. En el frote suelen predominar las células de forma polihédrica.

Pueden observarse células fusiformes o bien en renacuajo. (4, 9, 21).

DISPLASIA SEVERA:

Las células descamadas son generalmente inmaduras, con discariósis marcada y un citoplasma inmaduro y escaso. La mayoría de las células son de forma redonda u oval, y son en su mayor parte de tipo parabasal. (4, 9, 21).

CARCINOMA IN SITU:

Los núcleos celulares tienen una distribución anormal de la cromatina. Se ve una pérdida de la polaridad. Hay un amontonamiento de los núcleos resultado de la disminución del citoplasma de cada una de las células. Lo más importante de todo, es la total ausencia de diferenciación. Las células de la superficie son tan inmaduras como las de la Membrana Basal. Este cuadro se distingue del Ca Invasivo por el hecho de que las células malignas están dentro del epitelio. (4, 9, 21).

CARCINOMA INVASIVO:

El Carcinoma Invasivo de Células Escamosas exhibe un marcado polimorfismo en su estructura celular. Es bien aparente la marcada anormalidad de la estructura del núcleo, algunos son hiper cromáticos, otros aparecen casi desprovistos de sustancia nuclear. Las células más frecuentes son las de Tipo Indiferenciado, esto indica que no es posible identificar el epitelio en el que tuvo origen la célula maligna. (4, 9, 21).

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS.

Métodos Citológicos:

A partir de la segunda mitad del siglo pasado empieza la

citología a configurarse como especialidad médica definida, el incremento actual de esta importante rama de la patología clínica es de origen reciente y se atribuye en pleno fundamento a la publicación de la famosa monografía de George Papanicolaou y H. F. Traut intitulada "El Diagnóstico del Carcinoma Genital Femenino por el Frotis Vaginal" (Nueva York 1943) (9, 11, 16, 21).

Técnicas:

Son varios los autores que mencionan varios métodos diagnósticos citológicos para el diagnóstico precoz del carcinoma del cuello uterino, entre los métodos mencionados encontramos los siguientes:

- a.- Frotis de Secreción Vaginal por Aspiración.
- b.- Frotis Cervical por Aspiración.
- c.- Frotis por Escarificación Cervical.
- d.- Frotis por Irrigación.
- e.- La Colpomicroscopia.

Cada uno de ellos tiene sus ventajas y desventajas, por lo que muchos autores han recomendado el uso conjunto de dos o más métodos. (2, 6, 9, 11, 13, 16, 18, 20, 27, 30, 31).

Frotis Vaginal por Aspiración:

Material:

- 1.- Pipeta de vidrio de 8 pulgadas, ligeramente curvada, con una abertura capilar en un extremo.
- 2.- Una pera de goma de unos 50 cc sujeta a la pipeta.
- 3.- Un portaobjetos de vidrio limpio.
- 4.- Frasco con fijador que contenga alcohol etílico de 95 grados.

METODO:

Se comprime la pera de goma y se inserta luego la pipeta en la vagina, hasta llegar al fornix posterior. Se suelta la pera de goma y se retira la pipeta, se descarga luego el material sobre un portaobjetos y se le extiende, y se introduce rápidamente en el frasco fijador antes de que se seque.

PRECAUCIONES:

- 1.- La pipeta debe estar absolutamente seca y la paciente no debe haber realizado ninguna ducha vaginal por lo menos 24 horas antes del examen. Esto es importante porque la presencia de agua en el frote vaginal destruye el detalle celular.
- 2.- El frotis debe fijarse inmediatamente, no hay que dejarlo secar, pues al secarse las células pierden sus características diferenciales de tinción.
- 3.- Es importante que no se coloque un exceso de secreción en el portaobjetos.

FROTIS CERVICAL: POR ASPIRACION:

Se obtiene una vez colocado el espéculo y con el cuello bajo una visión directa, aspirando el material con la pipeta y la pera de goma directamente de ambas superficies y del orificio cervical.

ESCARIFICACION CERVICAL:

Se practica raspando suavemente el cervix con una espátula de madera, este método tiene la ventaja de obtener células malignas en gran cantidad, pero tiene la desventaja de contener

células de una sola área del tracto genital, en cambio el frotis vaginal proporciona una muestra de todos los componentes descamados durante cierto espacio de tiempo.

FROTIS POR IRRIGACION:

Fue introducido por Davis recientemente. El equipo necesario es una pera de plástico que contiene un 20o/o de alcohol en solución salina, esta pera está adherida a una pipeta de plástico ajustable con una tapa. El líquido se proyecta sobre la vagina y se reaspira, se pone la tapa a la pipeta y el conjunto se dispone en un tubo para su envío al laboratorio. Tiene la ventaja de someter por completo el control absoluto de la muestra al laboratorio.

Se debate todavía cual de los métodos es más exacto, algunos abogan por el frotis vaginal otros por el cervical, algunos mencionan que quizá la solución de todos los problemas de las preparaciones pobres sea el frotis por irrigación. (9).

COLPOMICROSCOPIA:

En la década pasada el rol que ha tomado la colpomicroscopía en el diagnóstico temprano del cáncer cervical ha sido grande, históricamente la citología y la colposcopia han sido consideradas como técnicas diagnósticas competitivas. Muchos años pasaron antes de que se reconociese que ambos métodos tienen sus limitaciones, y hasta no hace mucho que se reconocieron como métodos diagnósticos complementarios. Muchos estudios han comprobado que utilizando ambos métodos se han llegado a un mejor estudio de la detección temprana del cáncer cervical (24, 27, 31).

La citología es definitivamente más práctica y económica que la colposcopia como métodos diagnósticos y realmente el principal uso de la colposcopia es la evaluación de pacientes con

citología anormal. (31) El gran beneficio de la colposcopia usada en pacientes con citología anormal es la eliminación de gran número de conizaciones diagnósticas. En algunas series de pacientes, 50o/o de conizaciones no revelan hallazgos patológicos. La colposcopia puede eliminar del 80 al 90o/o de las conizaciones. (31) Otros autores mencionan la disminución del 50o/o de las conizaciones en las no embarazadas y casi el 100o/o en las embarazadas. (30).

El colpomicroscopio es un instrumento para el examen microscópico del cérvix. El colpomicroscopio es un excelente instrumento de investigación científica, nos da una gran información sobre la historia de las lesiones cervicales. De todos modos este instrumento tiene sus limitaciones, y la principal es que no puede visualizarse lesiones que estén dentro del canal cervical (27, 31).

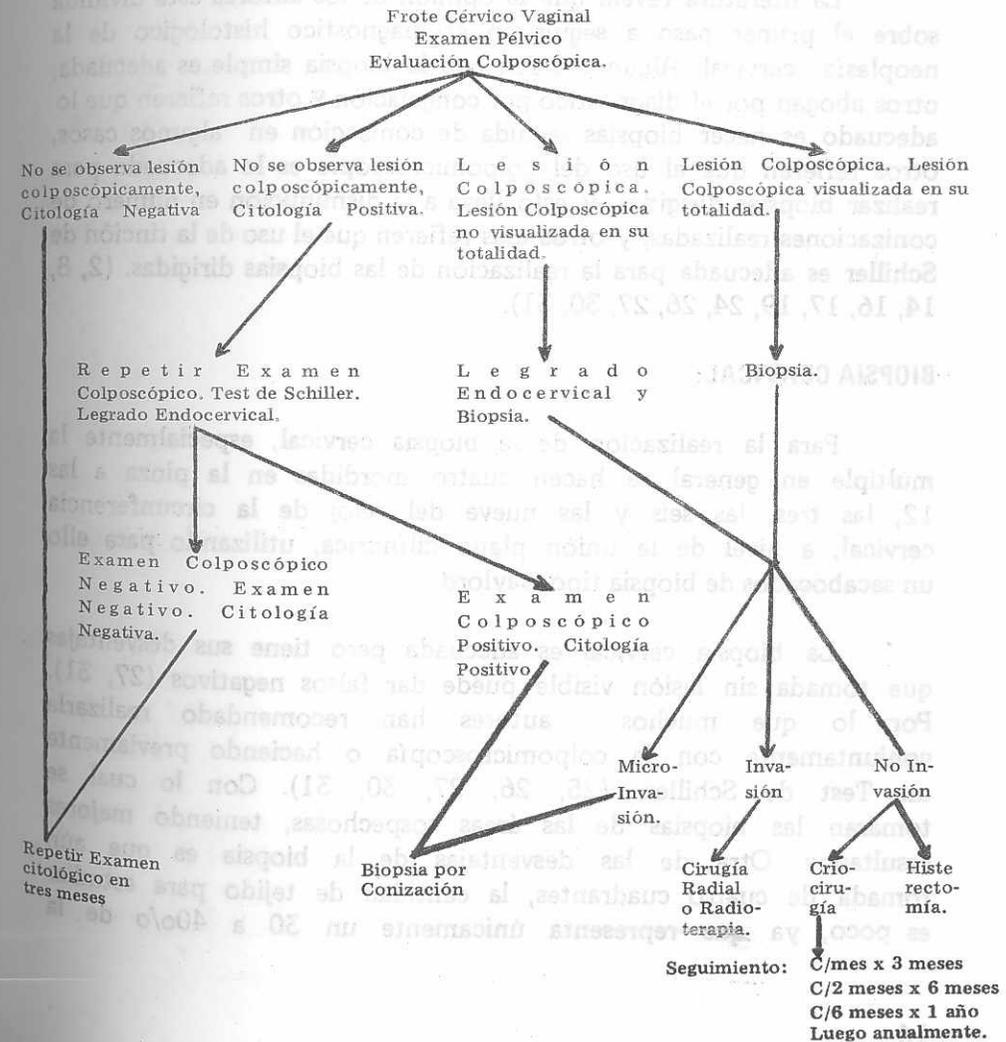
Con el uso del colposcopio, una biopsia dirigida puede ser tomada y un diagnóstico más seguro se puede hacer, y como ya se mencionó antes la importancia que existe en la disminución en el número de conizaciones es grande. (24, 27, 30, 31)

El examen colposcópico se lleva a cabo en la paciente en posición ginecológica y con el cuello bajo visión directa, previo al examen se hace una limpieza adecuada con una solución de ácido acético al 3o/o, lo cual ayuda para definir el epitelio metaplásico normal del anormal. El epitelio identificado como sospechoso es lugar ideal para la toma dirigida de la biopsia, lo cual ha sido recomendado por muchos autores. (24, 27, 30, 31)

Los autores Pokin, Scali y Ahmed; en su Clínica Colposcópica en Quebec, Canada utilizan un protocolo diagnóstico terapéutico para el estudio de pacientes con frotis cervico vaginal anormal hechos por el método de Papanicolau, el cual se presenta en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 1

COLPOMICROSCOPIA: PROTOCOLO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO EN PACIENTES CON FROTE CERVICO VAGINAL ANORMAL POR EL METODO DE PAPANICOLAOU.



MÉTODOS DIAGNÓSTICOS HISTOLÓGICOS

Ante la presencia de un frotis citológico anormal, el diagnóstico Tisular es esencial antes de proceder con la terapia definitiva, para lo cual se utiliza la biopsia simple a la conización.

La literatura revela que la opinión de los autores está dividida sobre el primer paso a seguir en el diagnóstico histológico de la neoplasia cervical. Algunos creen que la biopsia simple es adecuada, otros abogan por el diagnóstico por congelación y otros refieren que lo adecuado es hacer biopsias seguidas de conización en algunos casos, otros refieren que el uso del colpomicroscopio es lo adecuado para realizar biopsias dirigidas, y esto lleva a la disminución en número de conizaciones realizadas, y otros más refieren que el uso de la tinción de Schiller es adecuada para la realización de las biopsias dirigidas. (2, 8, 14, 16, 17, 19, 24, 26, 27, 30, 31).

BIOPSIA CERVICAL:

Para la realización de la biopsia cervical, especialmente la múltiple en general se hacen cuatro mordidas en la pinza a las 12, las tres, las seis y las nueve del reloj de la circunferencia cervical, a nivel de la unión plano cilíndrica, utilizando para ello un sacabocados de biopsia tipo Gaylord.

La biopsia cervical es adecuada pero tiene sus desventajas que tomada sin lesión visible puede dar falsos negativos (27, 31). Por lo que muchos autores han recomendado realizarla conjuntamente con la colpomicroscopía o haciendo previamente un Test de Schiller. (25, 26, 27, 30, 31). Con lo cual se tomaran las biopsias de las áreas sospechosas, teniendo mejores resultados. Otra de las desventajas de la biopsia es que aún tomada de cuatro cuadrantes, la cantidad de tejido para estudiar es poco, ya que representa únicamente un 30 a 40% de la

superficie de lo que se ve en el Cérvix. Por lo que más adecuado es realizar la biopsia conjuntamente con la colpomicroscopía y en casos de no contar con dicho instrumento, hacer un Test de Schiller.

TEST DE SCHILLER:

El cuello y el tercio superior de la vagina se tiñen con la Solución de Schiller (2gr. de yoduro de potasio, 1gr. de yodo y 100cc de agua) Todas las zonas teñidas y sin teñir se examinan de nuevo con el colposcopio para hacer una distinción entre los signos epiteliales antes de la tinción y después de ella. (30).

Esta prueba se basa en que el epitelio canceroso no contiene glucógeno y, por lo tanto no toma el yodo como el epitelio normal del cuello, o de la vagina, que son ricos en glucógeno. Así, pues, la aplicación de una solución de yodo (Gram o Lugol) puede mostrar epitelio normal de color caoba mientras que las zonas cancerosas quedan sin teñir y netamente limitadas. (17). Por desgracia, traumatismos y diversos procesos inflamatorios benignos pueden dar también una prueba de Schiller "positiva". (17, 23).

CONIZACION DEL CUELLO UTERINO:

La técnica de la conización fué descrita originalmente por Lisfranc en 1815, en 1860 Sims y Emmet describieron un nuevo método para prevenir la estenosis secundaria a la cicatrización del método de Lisfranc. Esta técnica es más segura en el Diagnóstico del carcinoma cervical por tener más material disponible para su estudio. (1)

La conización o biopsia por conización del cuello uterino,

es la operación que se hace para extirpar parte del ectocérvix y del conducto endocervical para obtener suficiente tejido que sirva para la valoración histológica adecuada y el diagnóstico en casos en que se sospeche carcinoma en etapa preclínica o carcinoma invasor oculto del cuello uterino, también puede hacerse para tratar una displasia importante. Las indicaciones diagnósticas de la conización se basan en una valoración cuidadosa de los exámenes clínicos, citológicos y colposcópicos del cuello uterino. Cuando dos o más frotis de Papanicolau son sospechosos o anormales, en ausencia de infección vaginal, y existe una lesión cervical con manifestación clínica o que se descubre por colposcopia, está justificada la conización y el raspado fraccionado si el examen colposcópico señala la presencia de una lesión sospechosa que se extiende al interior del conducto cervical, más allá del límite de la exploración. La indicación terapéutica de la conización cervical la constituye la displasia importante, el Ca In Situ y algunos casos de carcinoma microinvasivo en mujeres jóvenes que desean conservar su función reproductora. (30)

La conización está indicada aún durante el embarazo, siempre que se sospeche un proceso maligno y que no haya sido posible diagnosticarlo por otros métodos, muchos autores recomiendan evitarlo principalmente durante el primer trimestre de embarazo, fecha en que los abortos son más frecuentes. (1)

EXPLORACION Y PREPARACION DE LA PACIENTE:

La paciente está en posición de litotomía, bajo anestesia general. Se ha vaciado la vejiga, y se ha hecho una exploración ginecológica bimanual. La vagina se ha limpiado en forma adecuada, y se ha colocado un espéculo, se toman los labios anterior y posterior del cuello con pinzas erina y se llevan a un punto lo más alto posible en la vagina.

CONIZACION DEL CUELLO UTERINO:

Con pinzas de dientes el cirujano toma suavemente una zona del ectocérvix que esté libre de enfermedad, con base en el examen colposcópico.

Se introduce en forma oblicua a través del parénquima del cuello, la punta cortante del bisturí de Ayre para conización. Se hace una incisión circular, alrededor del orificio externo del cuello uterino, por fuera del borde de la zona normal. El vértice del cono se puede seccionar con tijeras curvas, una vez que se ha completado la incisión de la conización. (30).

Para que una conización realmente sea representativa debe tener una extensión de 1.5 cms hacia la derecha e izquierda de un punto imaginado en el centro del orificio externo cervical, y una extensión de 1.5 cms de profundidad, lo cual dará una extensión del 70o/o del cuello uterino, en comparación con el 30o/o o menos que dan las biopsias múltiples.

Las complicaciones más frecuentes de la conización del cuello uterino son la hemorragia, la estenosis cervical, evidencia de enfermedad residual, recurrencia del proceso neoplásico, tejido insuficiente para estudio histológico diagnóstico, y entre otras la perforación de la pared posterior del cuello uterino especialmente en úteros pequeños, úteros atróficos en anteversión externa, abscesos, infecciones y cistitis severas. (1)

Cuando se le efectúa durante el embarazo las complicaciones pueden ser las mismas, mencionándose además que en un 12o/o de las conizaciones terminan en abortos. (1) Otras complicaciones son las corioamnioitis, la endometritis y partos prematuros.

Se han ideado muchos métodos con el objeto de evitar la hemorragia postconización, dichos métodos consisten

principalmente en: variaciones en la técnica descrita por Stumdorf (ligadura de las ramas cervicales de las arterias uterinas), electrocoagulación, y uso de agentes hemostáticos vasoconstrictores. (1)

RASPADO DEL CONDUCTO ENDOCERVICAL:

El labio anterior del cuello se sostiene con unas pinzas de erina, y se hace raspado cuidadoso de la porción restante del conducto cervical con una cureta pequeña y cortante. El tejido obtenido se envía por separado para examen histopatológico cuidadoso.

DILATACION DEL CUELLO UTERINO Y RASPADO DE LA CAVIDAD ENDOMETRIAL:

La porción restante del conducto cervical está dilatada lo suficiente como para permitir la introducción de una cureta de calibre mediano o grande, a través del orificio interno del cuello uterino. Se hace un raspado minucioso de toda la cavidad endometrial, y se envía por separado el tejido obtenido, para examen histológico cuidadoso. (30)

Este legrado se recomienda hacerlo de rutina en la mujer no embarazada por tres importantes razones:

- 1.- Para determinar la posible existencia de un carcinoma concomitante de diferente tipo histológico.
- 2.- Para conocer la extensión del proceso maligno.
- 3.- Para tener una idea de la extensión en superficie de la neoplasia cervical.

HEMOSTASIA EN EL LECHO DE LA CONIZACION:

Si en la superficie cruenta del lecho de la conización hay salida importante de sangre, puede cohibirse fácilmente por

aplicación de una corriente de coagulación con el electrocauterio. (1, 30).

En este momento son posible dos alternativas:

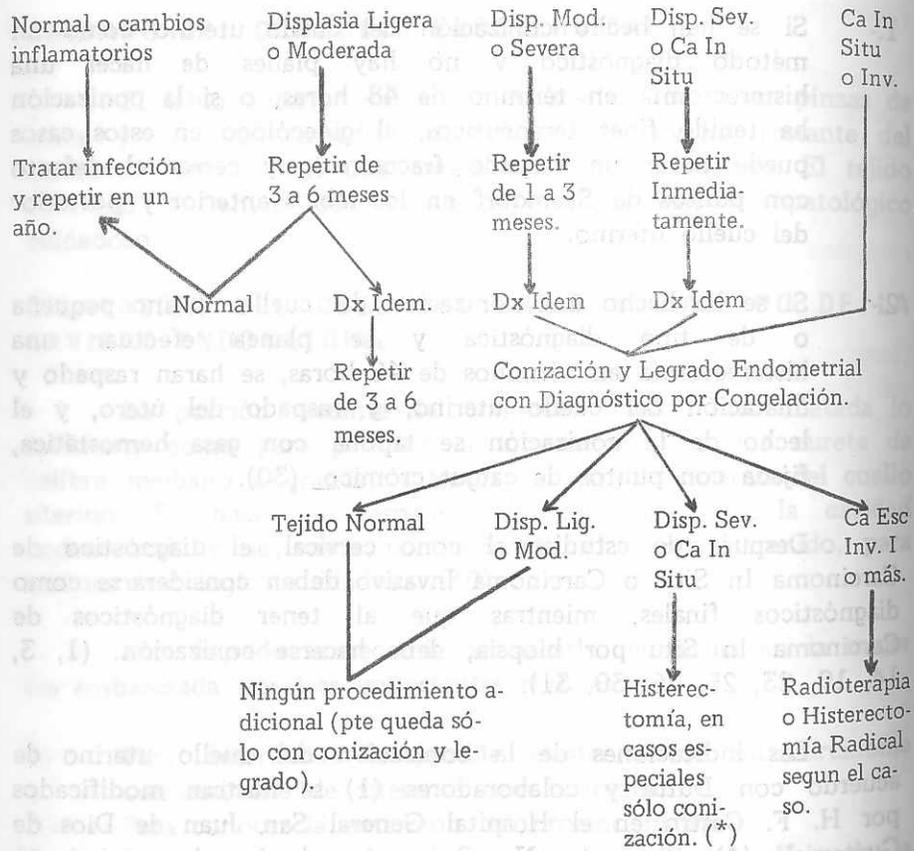
- 1.- Si se han hecho conización del cuello uterino como un método diagnóstico y no hay planes de hacer una histerectomía en término de 48 horas, o si la conización ha tenido fines terapéuticos, el ginecólogo en estos casos puede hacer un raspado fraccionado y cerrar el defecto con puntos de Stumdorf en los labios anterior y posterior del cuello uterino.
- 2.- Si se ha hecho una conización del cuello uterino pequeña o de tipo diagnóstica y se planea efectuar una histerectomía en términos de 48 horas, se haran raspado y dilatación del cuello uterino, y raspado del útero, y el lecho de la conización se taponan con gasa hemostática, fijada con puntos de catgut crómico. (30).

Después de estudiar el cono cervical, el diagnóstico de Carcinoma In Situ o Carcinoma Invasivo deben considerarse como diagnósticos finales, mientras que al tener diagnósticos de Carcinoma In Situ por biopsia, debe hacerse conización. (1, 3, 14, 19, 23, 25, 26, 30, 31).

Las indicaciones de la conización del cuello uterino de acuerdo con Dutra y colaboradores (1) se ilustran modificados por H. F. Castro en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala (4). El cuadro No. 2 muestra el plan de seguimiento de las pacientes, dicho plan es similar al seguido por Schiffer en el Hospital Judío de Brooklin (1).

CUADRO No. 2

CITOLOGIA CERVICO VAGINAL



(*) Casos especiales: nulíparas, múltiparas que quieren tener más hijos, estas pacientes deben seguir con citología y al menor cambio, proceder segun el caso.

FACTORES QUE INCIDEN EN RESULTADOS FALSOS NEGATIVOS O FALSOS POSITIVOS EN LA CORRELACION CITOLOGICA-HISTOLOGICA DE LA CERVICAL UTERINA.

Muchos son los autores que refieren que el factor principal para la incidencia de resultados falsos negativos son los frotis mal efectuados, es decir, que no son representativos. Muchos años hace ya que el mismo George Papanicolaou comento lo siguiente: "Ni el más experto citólogo puede dar un diagnóstico correcto ante preparaciones pobres" (9). Varios estudios muestran que cuando se han reevaluado las frotis informados como falsos negativos, se ha encontrado que se trata de frotis mal efectuados y que no son representativos para su estudio. (31)

En pacientes con displasia, los resultados falsos negativos de frotis hechos raspando el cérvix con una espátula de madera es de un 12o/o, comparado con el 6o/o de falsos negativos que se obtienen de muestras por el frotis por aspiración y del 48o/o de la simple muestra de la secreción vaginal. La combinación del método por aspiración con el raspado del cérvix, reduce en dos terceras partes la incidencia de resultados falsos negativos. (31).

Existen en el cuello uterino dos variedades de carcinomas escamosos invasivos que dan citología constantemente negativa, como lo son el carcinoma escamoso variedad verrucosa y el carcinoma queratinizante del exocérvix con abundante producción de queratina. Además en los carcinomas escamosos comunes como son el infiltrante, el ulceroso, el polipoide y el mixto, debido a la necrosis de mayor o menor grado que siempre está asociada, también la citología a menudo es negativa. (4) Por lo que en estos casos se recomienda la biopsia como método diagnóstico de elección. También hay que tener presente que el 10o/o de los carcinomas son de localización alta en el canal endocervical y la simple toma de la muestra del cérvix no podrá detectarlo dando como resultado falsos negativos. Lo mismo sucede en aquellos casos que el carcinoma se localice en la vagina.

Desde el punto de vista histológico, las biopsias efectuadas sin lesión visible pueden dar falsos negativos. (27, 31) Por lo que se recomienda hacerla en una forma dirigida con ayuda del colposcopio o de una prueba de Schiller previa a su realización. (25, 26, 27, 30, 31) Hay que tomar en cuenta que la prueba de Schiller puede dar lugar a resultados falsos positivos, ya que como se sabe, lesiones benignas como traumatismos o estados inflamatorios pueden aparecer como zonas sospechosas llevando a tomar biopsias de áreas no cancerosas con el consiguiente resultado falso negativo. (17, 23). Otras de las desventajas de la biopsia es que aún tomada de cuatro cuadrantes la cantidad de tejido para estudio es de un 30o/o o menos de la superficie cervical que se ve, lo cual puede no ser representativo.

Richat refiere que la disminución en la incidencia de resultados falsos negativos se logra con la combinación de dos métodos diagnósticos citológicos, lo mismo han encontrado autores como Graham y Townsend (9, 31). Lo anterior se ha observado en muchos estudios que refieren que el uso de una simple muestra citológica da una seguridad de un 80o/o en comparación con la certeza de casi el 95o/o que da la toma combinada de material de la secreción vaginal y el raspado exo y endocervical. (20)

TRABAJO DE CAMPO

CORRELACION DIAGNOSTICA CITOLOGICA HISTOLOGICA DE LA PATOLOGIA CERVICAL UTERINA

Revisión de 100 Casos del Hospital General
San Juan de Dios y 100 Casos del Instituto
de Cancerología INCAN.

HIPOTESIS

“Creemos que en nuestro medio existen resultados Falsos Negativos y Falsos Positivos para la Patología Cervical Uterina”.

MATERIAL Y METODOS DEL ESTUDIO:

- a.- Archivo del Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios.
- b.- Archivo del Departamento de Citología y Patología del Instituto de Cancerología INCAN.
- c.- Informes de Patología y Citología de las dos Instituciones.
- d.- Revisión Bibliográfica.
- e.- Equipo de Escritorio.

- a.- Dr. Héctor Federico Castro. (Revisor)
- b.- Dr. Mario Barrios. (Asesor)
- c.- Sra. Olga E. de Lee. Citotecnóloga.
- d.- Br. José Domingo Solano G.

TODOS:

Se revisaron los informes citológicos con patología cervical de 100 casos del Hospital General San Juan de Dios y los casos del Instituto de Cancerología INCAN, los cuales se relacionaron con su respectivo diagnóstico histológico, para determinar el grado de confiabilidad de la correlación citológica-Histológica en la patología cervical uterina. Por medio de las fichas clínicas se determinó edad, paridad, motivo de consulta y procedimiento quirúrgico efectuado para diagnóstico citológico. Se analizaron los casos en los que no hubo correlación adecuada y se comentaron para determinar las causas que incidieron en dicha no correlación.

Se revisó bibliografía para actualizar los conocimientos con respecto a los métodos diagnósticos más adecuados para la detección temprana del cáncer cervical, llevándonos a las conclusiones y recomendaciones que más adelante se publican.

MATERIAL Y METODOS DEL ESTUDIO:
PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 3

Estudio de 200 casos de Patología Cervical Uterina en el Hospital General San Juan de Dios e Instituto de Cancerología INCAN. Correlación Citológica-Histológica.

E D A D

EDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
14 - 24 años	8	8.0o/o
25 - 34 años	63	31.5o/o
35 - 44 años	54	27.0o/o
45 - 54 años	35	17.5o/o
55 - 64 años	28	14.0o/o
65 - 74 años	12	6.0o/o
TOTALES	200	100.0o/o

En el cuadro anterior se puede observar que las pacientes comprendidas entre los 25 y 34 años de edad fué el grupo más numeroso con un total de 63 casos lo que hace un 31.5o/o.

CUADRO No. 4

Estudio de 200 casos de Patología Cervical Uterina en el Hospital General San Juan de Dios e Instituto de Cancerología INCAN. Correlación Citológica-Histológica.

M E N A R Q U I A

EDAD	No. CASOS	PORCENTAJE
11 años	13	6.5o/o
12 años	21	10.5o/o
13 años	65	32.5o/o
14 años	61	30.5o/o
15 años	23	11.5o/o
16 años	11	5.5o/o
17 años	6	3.0o/o
TOTALES	200	100.0o/o

Este cuadro demuestra que la edad promedio de la Menarquia fue de 13 años con un total de 65 casos lo que hace un 32.5o/o.

CUADRO No. 5

Estudio de 200 casos de Patología Cervical Uterina en el Hospital General San Juan de Dios e Instituto de Cancerología INCAN. Correlación Citológica-Histológica.

P A R I D A D

PARIDAD.	No. CASOS	PORCENTAJE
0	6	3.0o/o
1	6	3.0o/o
2	18	9.0o/o
3	22	11.0o/o
4	27	13.5o/o
5 o más	121	60.5o/o
TOTALES	200	100.0o/o/3333

Podemos observar en este cuadro de 200 pacientes estudiadas 121 (60.5o/o) son multíparas, con 5 o más partos.

CUADRO No. 6

Estudio de 200 casos de Patología Cervical Uterina en el Hospital General San Juan de Dios e Instituto de Cancerología INCAN. Correlación Citológica-Histológica.

MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA	No. CASOS	PORCENTAJE
Hemorragia Vaginal	81	40.5o/o
Leucorrea	50	25.0o/o
Papi Positivo para Ca.	25	12.5o/o
Metrorragia	18	9.0o/o
Dolor Abdominal	17	8.5o/o
Prolapso Uterino	4	2.0o/o
Infertilidad	2	1.0o/o
Melena	1	0.5o/o
Embarazo	1	0.5o/o
Plastron Apedicular	1	0.5o/o
TOTALES	200	100.0o/o

El síntoma más frecuente encontrado en el estudio fue la Hemorragia Vaginal con 81 casos lo que hace un 40.5o/o, seguido de la Leucorrea con un total de 50 casos lo que hace un 25.0o/o.

CUADRO No. 7

Estudio de 200 casos de Patología Cervical Uterina en el Hospital General San Juan de Dios e Instituto de Cancerología INCAN. Diagnóstico por Citología.

GRUPOS ETARIOS

DIAGNOSTICO CITOLOGICO

EDAD	No lesión	Disp. Lig.	Disp. Mod.	Disp. Sev.	Ca In-dif.	Ca In-Situ	Ca Micr. Inv.	Ca Inv.	Insa-tisf.
14 - 24	0	1	0	2	0	2	0	3	0
25 - 34	1	1	2	10	6	24	0	17	2
35 - 44	3	1	5	3	3	19	0	22	0
45 - 54	0	3	0	3	5	5	0	17	1
55 - 64	1	0	0	2	4	6	0	14	0
65 - 74	2	0	0	0	1	2	0	6	1
TOTALES	7	6	7	20	19	58	0	79	4

El cuadro anterior muestra que 79 casos de los 200 estudiados están diagnosticados citológicamente como Carcinomas Invasivos, estos 79 casos representan un 39.50/o del total, dentro de esta categoría de carcinoma el cuadro muestra que la edad más frecuente es la década comprendida entre los 35 y 44 años con un total de 22 casos. También podemos observar que en segundo orden encontramos al Carcinoma In Situ con un total de 58 casos (29.00/o), en el cual la edad más frecuente está comprendida en la década de 25 a 34 años de edad con un total de 24 casos. En tercer lugar observamos que la Displasia Severa es más frecuente en la edad de 25 a 34 años con un total de 10 casos.

CUADRO No. 8

Estudio de 200 casos de Patología Cervical Uterina en el Hospital General San Juan de Dios e Instituto de Cancerología INCAN. Diagnóstico por Histología.

GRUPOS ETARIOS

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

EDAD	No lesión.	Disp. Lig.	Disp. Mod.	Disp. Sev.	Ca In-dif.	Ca In-Situ.	Ca Mic. Inv.	Ca. Inv.
14 - 24	0	1	0	1	0	3	0	3
25 - 34	2	2	0	7	1	23	0	28
35 - 44	1	0	3	6	1	20	4	21
45 - 54	1	1	1	0	2	5	0	24
55 - 64	1	1	0	0	1	4	2	18
65 - 74	1	0	0	0	1	2	0	8
Totales	6	5	4	14	6	57	6	102

Podemos observar en este cuadro que 102 casos (51.00/o) corresponden a Carcinoma Invasivo de los cuales la edad más frecuente está comprendida entre los 25 y 34 años de edad. En segundo lugar el Carcinoma In Situ con 57 casos (28.50/o) en donde la edad más frecuente está comprendida entre los 25 y 34 años de edad y también en esta misma década fué más frecuente la Displasia Severa.

CUADRO No. 9

Correlación Diagnóstica Citológica-Histológica de la Patología Cervical Uterina de 100 casos del Hospital General San Juan de Dios.

CITOLOGIA	HISTOLOGIA								
	No.	Nega- tivo	Disp Lig.	Disp Mod.	Disp Sev.	Ca In dif.	Ca In Situ	Ca Mi Inv.	Ca In vasivo
Negativo.	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Disp. Lig.	1	-	-	1	-	-	-	-	-
Disp. Mod.	2	-	1	-	1	-	-	-	-
Disp. Sev.	15	1	-	-	9	1	2	-	2
Ca Indif.	2	-	-	-	-	2	-	-	-
Ca In Situ	49	4	1	-	-	-	35	6	3
Ca Mic Inv.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ca Invasiv.	30	-	-	-	-	-	4	-	26
TOTALES	100	5	2	1	8	4	41	6	33

CUADRO No. 10

Correlación Diagnóstica Citológica-Histológica de la Patología Cervical Uterina de 100 casos del Instituto de Cancerología INCAN.

CITOLOGIA	HISTOLOGIA								
	No.	Nega- tivo	Disp Lig.	Disp Mod.	Disp Sev.	Ca In- Dif.	Ca In Situ	Ca Mic. Inv.	Ca In- vasivo
Negativo	6	-	-	-	1	-	2	-	3
Disp Lig.	5	-	2	1	1	-	-	-	1
Disp. Mod.	5	-	-	2	2	-	1	-	-
Disp. Sev.	5	-	-	-	2	-	2	-	1
Ca Indif.	17	-	-	-	-	2	1	-	14
Ca In Situ	9	-	-	-	-	-	8	-	1
Ca Mic Inv	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ca Invasiv	49	1	1	-	-	-	2	-	45
Insatisfac	4	-	-	-	-	-	-	-	4
TOTALES	100	1	3	3	6	2	16	0	69

En relación con los hallazgos que se muestran en los Cuadros No. 9 y 10 se puede comentar lo siguiente:

- 1.- En la paciente con Citología Cervico Vaginal Negativa y con biopsia de carcinoma escamoso invasor puede argumentarse lo siguiente:
 - a.- La muestra citológica al ser tomada fué inadecuada, dicho en otras palabras no fué representativa.
 - b.- Existen en el cuello uterino dos variedades de carcinomas escamosos invasivos que dan citología constantemente negativa, como lo son el carcinoma escamoso variedad verrucosa y el carcinoma queratinizante del exocérnix con abundante producción de queratina. Además en los carcinomas escamosos comunes como son el Infiltrante, el Ulceroso, el Polipoide y el Mixto, debido a la necrosis de mayor o menor grado que siempre esta asociada a ellos, también la citología es a menudo negativa, razón por la que en estos casos se recomienda la biopsia como método diagnóstico de elección.
- 2.- En los casos de discrepancia en el diagnóstico citológico y el histológico en relación con las displasias existen varias formas de explicarla:
 - a.- Muestra no representativa.
 - b.- Recordar que en el diagnóstico citológico juega un papel importante el criterio del examinador.
 - c.- También entran en juego los campos de cancerización, ya que es bien sabido que a la par de una displasia ligera hay una moderada, una severa, un carcinoma In Situ, etc; y en raras excepciones no se observa esta secuencia de eventos

histológicos por ejemplo en el carcinoma queratinizante del ectocérnix.

- 3.- En relación con el diagnóstico citológico de Carcinoma In Situ y el diagnóstico histológico de Carcinoma Invasivo, es conocido que en un 25o/o sucede esta divergencia, debido a que las células de algunos de los carcinomas In Situ siguen la polaridad de maduración y diferenciación de las células normales.

VI CONCLUSIONES

- 1.- Todos los casos en donde no hubo una correlación Citológica-Histológica se tiene una explicación científica para ello.
- 2.- La falta de conocimientos sobre la arquitectura de una neoplasia o la apreciación clínica de la naturaleza de la misma hace que se empleen métodos inadecuados para establecer un diagnóstico correcto, dando lugar lo anterior a la incidencia de resultados falsos negativos.
- 3.- La literatura informa que el factor principal que incide en la NO correlación diagnóstica Citológica-Histológica es la mala toma de la muestra para el frote de Papanicolaou.
- 4.- Todos los métodos diagnósticos citológicos son adecuados cuando se efectúan en forma adecuada y por personal experimentado en la técnica.
- 5.- La Colpomicroscopía es de gran utilidad diagnóstica para la Patología Cervical Uterina, reportando la literatura que dicho método diagnóstico puede disminuir hasta en un 50o/o el número de conizaciones por el uso de la Criocirugía. Esto es de gran utilidad cuando se pretende evitar la morbilidad causada por la conización, sobre todo en la mujer embarazada. Sin embargo cuando no se cuenta con este método diagnóstico y de ayuda terapéutica el cono tiene su indicación.
- 6.- El Test de Schiller a pesar de tantos resultados falsos positivos que produce, está indicado para delinear las áreas patológicas del cullo uterino.
- 7.- La Correlación Diagnóstica Citológica-Histológica de la Patología Cervical Uterina del Hospital General San Juan

de Dios y del Instituto de Cancerología INCAN son similares.

8.- Todo procedimiento de tratamiento radical antes de efectuarse debe tener diagnóstico histológico.

9.- Todo diagnóstico citológico patológico debe correlacionarse con diagnóstico histológico.

VII RECOMENDACIONES

- 1.- Que el clínico analice mejor sus casos para tratar de correlacionar sus hallazgos clínicos con los hallazgos Cito-histológicos, no olvidando que el tratamiento del cáncer del aparato genital femenino como de cualquier otra área anatómica es un trabajo en equipo.
- 2.- Que el médico conozca la forma adecuada de realizar un método diagnóstico citológico, que se familiarize con el para tomar la experiencia necesaria lo cual influirá para disminuir la incidencia de resultados falsos negativos por frotos mal ejecutados.
- 3.- Que en la consulta externa de los servicios de Ginecología debe utilizarse la Colpomicroscopía como método diagnóstico complementario a la Citología.
- 4.- Ningun procedimiento quirúrgico debe efectuarse en forma electiva si no se tiene un diagnóstico Histológico.
- 5.- En pacientes no embarazadas debe realizarse legrado postconización de Rutina.

VI
BIBLIOGRAFIA

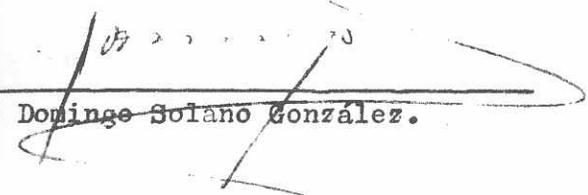
1. Barillas de Duarte, Vilma, Diagnóstico por Congelación de Lesiones Pre y Neoplásicas del Cuello Uterino. Tesis Feb. 1973.
2. Cunnick, William. Summary and Recomendations of the Workshop on Cancer detectetion in the Health Cara Delivery System Cancer. Cancer 33: 1755, 1974.
3. Crisp, W.E. et al., Shallow Conization of Cervix. Am. J Obstet Gynecol 31: 755 - 759, 1968.
4. Castro, Federico., Revisión Personal. Pendiente de Publicar.
5. Coppleson, L.W., and Brown, Barry., Estimation of the Screening error rate from the observed detection rates in repeat cervical cytology. Am. J. Obst Gynec 119: 953-957. Ago. 74.
6. Dickinson, L., Mussey, M., Soule, E. H. and Kurland, L. T. Evaluation of effectiveness of Cytology Screening for Cervical Cancer. Incidence and mortality trends in relation to screening. Ob/Gyn Digest. 15: 55-56. March 1973.
7. Duprè-Froment, Jacqueline., Citología Abdominopelviana y Mamaria año 1977.
8. Daskal, J. L., and Pitikin, R. M. Cone Biopsy of the Cervix during pregnancy. Am. J. Obstet Gyenec 32: 1-5 July 1968.
9. Graham, Ruth., Diagnóstico Citológico del Cáncer, 1966.
10. Guido, Clemente y Lindo, Juan José., Análisis de 600

- casos de Carcinoma del Cérvix. T. M. 14: A3-A5, Oct. 1973.
- 11.- González, Jaime R., El Frote de Papanicolau. Tesis Mayo 1977.
 - 12.- Ham, Arthur W., Tratado de Histología. VI Edición Interamericana 1970. 910-912.
 - 13.- Henson, Donald and Tarone, Robert., An epidemiologic study of cancer of the cervix, vagina an vulva based on the Third National Cancer Survey in the United States. Am. J. Obstet Gynec 129: 525-532, Nov. 1977.
 - 14.- Hulka, B. S., Punch Biopsy and Conization as diagnostic procedures after abnormal cervical smears. Am. J. Obstet, Gynne 36: 54-61, July 1970.
 - 15.- Melnick, Hugh D., Pap Smear. The Female Patient. 2: 16-17 July 1977.
 - 16.- Martínez, Martínez, Alfonso., Diagnóstico del Cancer Genital Femenino por citología vaginal. T.M. 7: A5-A8, Mayo 1971.
 - 17.- Novak, Edmundo R., Tratado de Ginecología. VIII Edición interamericana 1971. 246-247.
 - 18.- Neighbor, Ralph M., Newman, Robert L. Incidence of cervical cancer in perimenopausal and postmenopausal women detected by Papanicolau smears. Am. J. Obstet Gynec 124: 345-351, Feb. 1976.
 - 19.- Popkin, David., Scali, Vicent and Ahmed, Nisar M. Cryosurgery for the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. Am. J. Obstet Gynec 130: 551-554, Marc 1978.
 - 20.- Redacción de Tribuna Médica., Prueba de Papanicolau: Usos y Abusos T.M. 15: A8-A10, Feb. 1974.
 - 21.- Rioton, G., Christopherson, W.M., Citología del Aparato Genital Femenino. OMS. GINEBRA 1973.
 - 22.- Robbins, Stanley L., Tratado de Patología. III Edición Interamericana 1968. 75-77, 1014-1021.
 - 23.- Rubio, C.A. and Thomassen P., A Critical evaluation of the Schiller test in patients before conization. Am. J. Obstt Gynec 130: 551-554, 1978.
 - 24.- Schwalm, Horst., Döderlein, Gustav. Clínica Obstétrico Ginecológica. Editorial Alhambra S.A. Madrid Tomo No. 5, 204-209 230-246.
 - 25.- Selim, Mostafa A., Mattingly, Juliet L., Blair, Olga M., Cervival biopsy versus conization. J. of Obstet and Gynec 41: 177-182, Feb. 1973.
 - 26.- Schiffer, M. A., Cervical conization for diagnosis and treatment of carcinoma in situ. Am. J. Obstt Gynec 93: 889-895 Nov. 1965.
 - 27.- Staffl, Adolf., Mattingly, Richard F., Colposcopic diagnosis of cervical neoplasia., J. Of Obstet and Gynec 41: 168-176 Feb. 73.
 - 28.- Takahashi, Masayoshi., Color Atlas of Cancer Cytology 1971.
 - 29.- Warwick, Coppleson L. and Barry Brown., The prevention

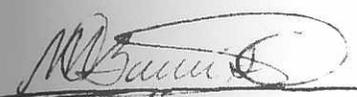
of carcinoma of the cervix. Am. J. Obstet Gynec 125:
153-159 May 76.

30.- Tovel, Harold M., Conización del Cuello Uterino. Clínicas
Obstétricas y Ginecológicas. 2-26, Maro 1976.

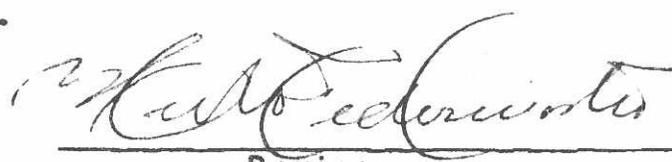
31.- Townsend, Duane E., Symposium on Colposcopy.
Contemporary Ob/Gyn 6: 66-101, December 1975.



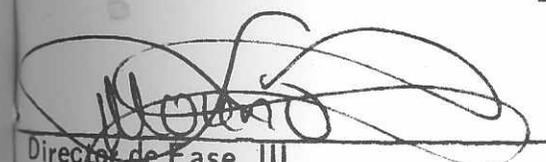
Br. José Domingo Solano González.



Aseñor
Dr. Mario Barrios.



Revisor
Dr. Héctor Federico Castro.

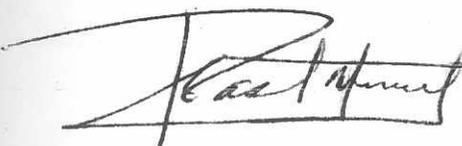


Director de Fase III
Dr. Julio de León Nández.



Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.



Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo.