

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**EL PAPANICOLAU COMO METODO DIAGNOSTICO DE MUERTE
FETAL INTRAUTERO Y ABORTO FRUSTRADO**

Estudio prospectivo de 100 casos en el Hospital de Gineco-Obstetricia
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Mayo-Junio-Julio 1984

MARIA ALCIRA ESTELLA CHAFCHALAF MONTERROSO

GUATEMALA, AGOSTO DE 1984

CONTENIDO

INTRODUCCION

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

OBJETIVOS

REVISION BIBLIOGRAFICA

MATERIAL Y METODOLOGIA

RESULTADOS Y GRAFICAS

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

RESUMEN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXO

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación "El Papanicolaou como método Diagnóstico de Muerte Fetal Intrauterino y Aborto Frustrado", se realizó en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Hospital de Gineco-Obstetricia, comprendiendo un periodo de tres meses de Mayo-Junio-Julio 1984.

Fue Papanicolaou, en 1925 el primero en aplicar la citología exfoliativa al estudio del embarazo, siendo suya la descripción de las células naviculares, que constituyen una de las características citológicas más importantes de la gestación.

El citodiagnóstico, hoy en día es un método de rutina en la clínica Gineco-Obstetrica, pero como ciencia reciente no se ha conseguido su máxima eficacia práctica, debiendo a ello las frecuentes incorrecciones de las tomas técnicas citológicas.

En el presente estudio, se describen los diferentes cuadros citológicos que se pueden encontrar en el embarazo normal y patológico, desde el punto de vista hormonal, como causa de origen; así como técnicas para la obtención de la muestra para llegar a un diagnóstico certero.

Es importante que sea el clínico que tome la muestra citológica y no el técnico de laboratorio.

Constituye un método práctico y sencillo al alcance del clí

nico y paciente, máxime en aquellos centros en donde aún no ha llegado la aplicación de métodos sofisticados; que su costo es alto, se necesitará a la vez de personal capacitado para su aplicación, o bien en donde a las pacientes no les es posible el traslado a estos centros.

En el grupo de estudio se incluyó a todas las pacientes con amenaza de aborto, aborto frustrado y se tomó un grupo similar de control.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La citología exfoliativa, es un método que puede utilizarse para determinar la función hormonal de todo embarazo normal y anormal.

Con frotis vaginal del tercio superior de la vagina, que es el área más adecuada y sensible, para la evaluación de la función hormonal, esto nos indica el predominio del tipo de células que están presentes en el embarazo normal, amenaza de aborto, muerte fetal.

El grupo de estudio fue para aquellas pacientes que se encontraban hospitalizadas, en la sala de Complicaciones del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con el diagnóstico de ingreso de amenaza de aborto, aborto frustrado. Evaluándoseles estudios de laboratorio de rutina del hospital como gravindex, U.C.G.

También se les evaluó pruebas hemáticas para descartar problemas de hipofibrinogenemia.

El grupo control fue para aquellas pacientes con gestación normal; siendo evaluadas en la consulta externa y sin antecedentes referente a la patología investigada en el grupo de estudio.

OBJETIVOS

GENERAL.

Demostrar que la citología exfoliativa es un método seguro en el diagnóstico de muerte fetal y aborto frustrado.

ESPECIFICOS.

- 1- Es un método práctico, pero requiere para su interpretación, conocer adecuadamente la citología hormonal.
- 2- Es un método práctico, económico, para el diagnóstico de amenaza de aborto, muerte fetal.
- 3- Hace resaltar la importancia del uso de los medios diagnósticos a nuestro alcance como la citología exfoliativa.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Fue Papanicolaou, en 1925, el primero en aplicar la citología al estudio del embarazo, siendo suya la primera descripción de las células naviculares, que constituyen una de las características más importantes de la gestación. (1)

Consideraciones técnicas: Es importante la manera de hacer la toma para los estudios hormonales, la delicadeza en la técnica empleada requiere su máximo valor en los frotis vaginales durante el embarazo, ya que por leves defectos de las tomas tienen gran importancia en los resultados. (1, 6, 8)

La toma debe de hacerse del tercio superior de la vagina ya que esta porción es la más sensible a las variaciones hormonales, teniendo el cuidado de no tocar el cervix, con el fin de no arrastrar células del mismo, que podría hacer variar la imagen citológica, la misma consideración puede hacerse a la vulva o tramo bajo de la vagina. (1,8)

Debe hacerse bajo visión directa, previo despegamiento de la vagina con valvas o espéculo.

Se practicará anteponiéndolo a cualquier otro examen vaginal. La mujer se abstendrá del coito, introducción de óvulos o lavados vaginales, por lo menos durante las 24 horas anteriores. (1,8)

Es necesaria la integridad de la bolsa de las aguas, salvo en aquellos casos en que precisamente investiguemos este dato. Una infección bacteriana o bien por tricomonas produce una eosinofilia artificial. El bacilo de döderlein debido a la citolisis que produce en el citoplasma de las células intermedias de prefe

rencia, hace que se mire en el frote una gran cantidad de núcleos desnudos, mecanismo que impide la diferenciación y maduración de las células intermedias a superficiales. (1)

Por esta razón no es recomendable hacer una evaluación hormonal del efecto estrogénico en una mujer con este tipo de problema, ya que los resultados no son confiables. Debe de quedar claro que la degeneración de las células puede producir irregularidad en su maduración.

La presencia de una erosión cervical, una ectopía o un cuerpo extraño producirá un aumento de células parabasales en el frotis vaginal. Fijación inmediata del material en alcohol éter o una mezcla de alcohol isopropílico (97.5%) y ácido acético glacial (2.5%). Actualmente se usan los spray de xiolina, que no son de buenos resultados. (1,8)

Endocrinología Gravídica.* En la gestación surge un órgano endocrino nuevo, que va a desaparecer con el parto, de trata del trofoblasto, que al comienzo del cuarto mes se transforma en placenta. Sabemos que es capaz de producir una serie de hormonas (Gonadotropinas, ACTH, Esteroides), pero de todas ellas, por ser las únicas cuya acción se refleja en la colpocitología nos interesamos; los estrógenos y la progesterona, las cuales su producción es progresiva a lo largo del embarazo. Lo fundamental no es su cuantía, sino en su proporción relativa (1), cuando esta proporción se conserva, la gestación transcurre normalmente. (1,8)

Durante el primer trimestre de la gestación encargado de la producción hormonal es el cuerpo lúteo gravídico, existiendo

* CASTRO, H.F.
Endocrinología y Citología Hormonal. INEDITO

un momento cronológico al final del tercer mes, en el que el cuerpo amarillo regresa y en cambio en algunas mujeres, la placenta todavía no funciona a pleno rendimiento, es un momento peligroso para el embarazo y que se refleja citológicamente.

Citomorfoloía Normal:*

Índice de Maduración: El método más completo y preciso para evaluar la acción hormonal en la vagina es el "Índice de Maduración", el cual consiste en contar el número de cada tipo de células epiteliales vaginales presentes en el frote, similar en la forma del conteo de glóbulos blancos. Este índice ha recibido también el nombre de Conteo Diferencial de células del epitelio vaginal, conteo de maduración, índice de maduración, curva citológica, etc. Siendo el área ideal del frote para la interpretación, es aquella en la cual las células se encuentran formando una película delgada que sea bien preservada y claramente teñida, contándose y clasificándose 200 células en la forma siguiente: número de células parabasales, de células intermedias y de células superficiales presentes en el frote, de manera que, el índice de maduración se expresa como el % de células parabasales, intermedias y superficiales. Las células contadas se presentan en forma diagramática en tres columnas así: las células parabasales se colocan en la primera columna a la izquierda, las células intermedias en la segunda columna y las células superficiales en la tercera columna.

* CASTRO, H.F.
Endocrinología y Citología Hormonal. INEDITO

CELULAS PARABASALES	CELULAS INTERMEDIAS	CELULAS SUPERFICIALES
0	0	100
0	100	0
100	0	0
Izquierda	Media	Derecha

Los resultados se leen como: Desviación hacia la derecha, efecto estrogénico, desviación hacia la izquierda indica atrofia (ausencia de estrógenos), y desviación hacia la zona media indica un efecto progestínico. En este índice, a medida que la desviación es mayor hacia la derecha, mayor es la cantidad de estrógenos presentes. (8)

Valor de Maduración: *

Este método es especialmente útil para proveer evaluación hormonal y datos para computadora. Cada célula parabasal es contada con el número 0, cada célula intermedia con valor de 0.5 y cada célula superficial con valor de 1. La adición de todos estos valores dados a las primeras 100 células epiteliales es gravado. A continuación se mencionan los valores normales en las distintas etapas de la mujer.

<u>Condiciones normales en la vida de la mujer</u>	<u>Valor de maduración</u>	<u>Actividad Lutea</u>
Recién Nacida	60-70	0(+)
Infancia	0-30	0
Pubertad	50-60	0
Ciclos Menstruales	60-90	0(+)

<u>Condiciones normales en la vida de la mujer</u>	<u>Valor de maduración</u>	<u>Actividad Lutea</u>
Embarazo	50-69	+++
Lactancia	0-40	0
Menopausia	0-40	0

Hallazgos hormonales anormales:

Amenaza de aborto	70-90	0
Muerte fetal en útero	0-20	0

Índice Cariopícnótico o Índice de Cornificación (I/C)*

Se determina contando el %, de células epiteliales escamosas con núcleo picnótico, en relación con las células epiteliales escamosas maduras que poseen un núcleo vesiculoso, sin tomar en cuenta las cualidades de coloración citoplasmática. El índice caripícnótico se emplea primariamente para determinar los niveles de efecto estrogénico, ejemplo: el índice caripícnótico aumenta progresivamente durante el ciclo menstrual normal a partir del primer día de la menstruación, teniendo sus niveles mayores en el momento en que ocurre la ovulación. (8)

Índice Eosinófilo (I/E)*

El índice eosinófilo o acidófilo expresa el % de células escamosas maduras que tienen un citoplasma eosinófilo o acidófilo sin tomar en consideración el tipo de núcleo, comparándolas con el número de otras células escamosas maduras de citoplasma basófilo y el resultado se da en forma de relación entre ellas. No se deberán contar las células parabasales. Este no es un índice preciso como el índice de maduración o el caripícnótico, debido a

que la coloración del citoplasma puede encontrarse alterada por varios factores particularmente el PH vaginal, infecciones, etc.- Este índice también alcanza un pico alto a nivel de la ovulación. (8)

Además cuando los niveles de estrógenos están elevados, se puede encontrar en el citoplasma células pequeñas estructuras - en forma de gránulos que se tiñen de color oscuro.

Índice de Células Dobladas o Plegadas. *

El número de células escamosas maduras de tipo superficial o intermedia con citoplasma doblado, se compara con el número de células maduras con citoplasma plano, liso sin tomar en consideración el tipo de núcleo y la coloración del citoplasma. (8)

Índice de Células Superficiales. (I/C/S) *

Este índice es semejante al cariopícnótico, variando únicamente en que el índice de células superficiales se cuentan todas las células escamosas intactas con cualquier tipo de núcleo.- Solamente las células superficiales son evaluadas sin tomar en cuenta la cualidad tintorial de su citoplasma y la relación se establece con otros tipos de células escamosas presentes en el frotte.

Índice de Células en Grupo. *

El número de células escamosas maduras que se hallan aso-

* CASTRO, H.F.
Endocrinología y Citología Hormonal. INEDITO

ciadas en grupos de 5, 6, o más células por grupo se comparan con el número de células similares encontradas solas o en grupos de 3 ó 4. No se toman en consideración las cualidades tintoriales, apariencia nuclear, citoplasma doblado o plano. Sirve para determinar efecto progestínico.

Citomorfológica del Embarazo. *

Células Naviculares; descritas por Papanicolaou, que en un principio las consideró como exclusivas de la gestación.

Es una forma especial de células intermedias caracterizada por su forma oval, de navicilla, de bordes notablemente engrosadas, citoplasma delicado y posición excéntrica de los núcleos, que son redondos, ovalados o en forma de cigarro (10-25 % según HUGHES y DODDS), su aspecto es vesicular, aunque en ocasiones puedan aparecer hipercromáticos o picnóticos (NAIB), el citoplasma se colorea por el método de Papanicolaou de verde-azulado-pálido, más intensamente en la periferia, ya que la gran cantidad de glucógeno existente lo desplaza, este glucógeno se puede poner de manifiesto por tinción.

Otra de las características de las células naviculares del embarazo es la tendencia a agruparse en grandes acúmulos (témpanos), constituidos por un número variable de células, en general por arriba de 10, cuando son muchas (hasta más de 10 o más (LICHFUS)), se pierden los límites celulares a la visión, excepto en los bordes de los acúmulos siendo imposible muchas veces contarlas y dando lugar a una falsa eosinofilia.

* CASTRO, H.F.
Endocrinología y Citología Hormonal. INEDITO.

Células en Ostra.

Son una forma especial de las células naviculares con forma redondeada poligonal, bordes muy plegados y núcleos excéntricos; su coloración y restantes características son similares a las naviculares, pero algunos autores como MONTALVO, JIMENEZ, AYALA, PUNDEL, las consideran muy típicas del embarazo, no aparecen más que en un 50% de los mismos. (1, 8)

Células Post-parto. *

Son células con rasgos intermedios entre las células parabasales y las naviculares, de tamaño variable (al rededor de 13 micras), redondas u ovaladas con los bordes muy engrosados y con una clara refracción a la luz el citoplasma es cianófilo, rico en glucógeno muchas veces con vacuolas, el núcleo es menos denso que las parabasales, pero más que en las naviculares, es grande de forma variable y posición excéntrica y suele tener cromática granular. Estas células pueden ser eosinófilas con núcleo picnótico, en ocasiones presentan cambios nucleares de tipo degenerativo, sobre todo en la lactancia. Este tipo de células se hace mención ya que en la citomorfología del embarazo anormal se hacen referencias.

En el embarazo normal la descamación celular es particularmente marcado como consecuencia de la acción de la progesterona. Esta descamación aumenta a medida que el embarazo progresa. Observándose en un frote vaginal, células intermedias, navicular, abundantes bacilos de Döderlein, leucocitos polimorfonucleares y grados variables de citolisis. Es importante indicar que el hecho de encontrar células naviculares en el embarazo temprano

* CASTRO, H.F.

Endocrinología y Citología Hormonal. INEDITO

no se debe de atribuir a la presencia de hormonas gonadotrópicas producidas por el trofoblasto y no a la acción de progesterona. - (1, 8)

Embarazo Patológico. *

Frote Pre-aborto: Se ven en gran número células naviculares con cambios en su aspecto morfológico y aspectos cromáticos y los grupos se hallan en número, tamaño y densidad con tendencia a desaparecer completamente. (8)

Presencia de células superficiales e intermedias eosinófilas en gran cantidad y este hecho ha sido considerado por varios investigadores como un signo precoz de alarma en relación con el aborto frustrado. Este cuadro se llama aborto "Frustrado citológico", debido a que este cuadro citológico en múltiples oportunidades se halla presente sin sintomatología clínica. La eosinofilia de estas células es intensa (PUNDEL y GOUDFROY) recomiendan un conteo diferencial para evaluar la condición del embarazo.

Así, si se encuentra un número de células eosinófilas superior al 50%, con cariopicnosis por arriba del 20%, el embarazo puede no desarrollarse normalmente, y en igual forma en el último trimestre cuando los porcentajes son más altos que el 15% y el 6% respectivamente.

Frotis en el Aborto Inminente. *

Un aborto en el primer trimestre del embarazo se caracteri

za citológicamente así; se observarán células parabasales o rojas, llamadas "Células de la lactancia". Cuando este cuadro se encuentra en un embarazo, es hallazgo diagnóstico de ausencia completa de estimulación hormonal, por consiguiente el producto de la concepción ya ha fallecido. En un aborto frustrado, después de la 14a. semanas, el cuadro estará caracterizado por la presencia de células basales, parabasales y células de "Lactancia", y ausencia completa de efecto estrogénico y progestínico.

Frotis Vaginal en Muerte Fetal. *

Si la muerte del feto se debe a factores no hormonales; como factores congénitos letales, mal formaciones incompatibles con la vida fetal, y otros, la placenta puede continuar funcionando normalmente hasta el momento en que la muerte del feto ocurre, y frote vaginal mostrará los hallazgos de un embarazo en ese momento.

Después de la muerte del feto, aún cuando éste sea retenido en el útero, un frote con todas las características de un frote post-aborto se hará presente con células de la "lactancia", cuadro que dura desde unos pocos días, hasta dos semanas antes de la expulsión del feto. (1, 8)

Según M. Goudefroy; toda elevación del índice eosinófilo por encima de 10% y de índice caripicnótico por encima del 20% durante el primer trimestre, del de eosinofilia por encima de 5% y de la picnosis por encima del 10% en los últimos trimestres del embarazo, debe considerarse como traducción de una

amenaza de aborto. .

Los factores etiológicos sospechosos:

Las causas que inciden en su producción pueden radicar en el mismo huevo intrínsecas; o ser independientes de él (extrínsecas).

A- Causas Ovulares

B- Causas Extra-Ovulares; maternas y paternas.

Causas Ovulares:

1- Aborto Genético

2- Trastornos morfogenéticos específicos.

3- Alteraciones Endócrinas del trofoblasto.

En el estudio del presente trabajo se hará énfasis en las causas extra-ovulares maternas, interesándonos los trastornos de las secreciones internas como causa de muerte intrauterina. El advenimiento y persistencia de un embarazo normal en el ser humano depende de complejas interacciones recíprocas de muy distintos factores. Por tanto se comprende que en el transcurso de un proceso de esta índole pueden producirse también evoluciones deficientes y anormales. Por eso nos encontramos en una situación inicial francamente desfavorable cuando se trata de decidir cuáles es en realidad el factor responsable de que el fruto no se desarrolle de una forma normal.

Son muchos los aspectos que hablan en favor de la intervención de los trastornos de las secreciones internas en numerosos abortos espontáneos. Es muy frecuente que un aborto va acompañado de una disminución de la excreción urinaria de hormonas de la placenta y de sus metabolitos.

Especialmente las Gonadotrópicas coriónicas, los estrógenos y el pregnandiol son las sustancias hormonales aisladas o con junta; que se puede evaluar por citología como estrógenos y pro gesterona, en proporciones inferiores a lo normal.

En algunos casos estas desviaciones de la normalidad pueden demostrarse antes de que se presenten los signos clínicos de un aborto, mientras que a veces los trastornos endócrinos se descubran sólo cuando el aborto ya es irreversible.

Pero no se crea, ni mucho menos, que los niveles de excreción inferiores a los aceptados normalmente para un determinado estudio del embarazo constituyen siempre un signo precursor inequívoco de una pronta finalización del embarazo.

Ciertamente, en el aborto pueden demostrarse determinados trastornos endócrinos. Por lo que resultará verdaderamente difícil es decir si el trastorno en la producción hormonal de la placenta representa un episodio primario que hace peligrar el embarazo, o bien si dicho trastorno es sólo de índole secundario y, por lo tanto única y exclusivamente signo de otro proceso patológico susceptible de determinar una descripción del embarazo.

En relación con el problema de los factores endócrinos en la génesis del aborto debe mencionarse también el hecho de que los traumas emocionales y las situaciones psíquicas de stress pueden ser causa de aborto imputable a trastornos de la secreción interna, como ejemplo la cesación de sustancias activas de la neuro-hipófisis o de la médula suprarrenal. Esto nos indica que otros mecanismos intervienen en esto. (3,6)

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio fue realizado en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Se tomaron 100 muestras dividiéndose en la siguiente manera:

50 muestras a pacientes que se encontraban hospitalizadas en la sala de complicaciones, con diagnóstico de ingreso de Amenaza de aborto, Muerte fetal o Aborto frustrado.

En el servicio de Consulta Externa a pacientes con gestación normal. La edad de gestación fue igual para ambos grupos, es decir que si se tomó muestras citológicas de 15 semanas de gestación del grupo de estudio, también fue la misma edad gestacional para el grupo control.

El estudio se realizó durante los meses de Mayo-Junio-Julio 1984, el procedimiento fue el siguiente:

Para el grupo de estudio fueron aquellas pacientes que habían ingresado con diagnóstico de Amenaza de aborto, Aborto frustrado, se les tomó la muestra evaluándose que no presentaran orificios abiertos, presencia de restos placentarios en vagina, no cuadros de infección en vagina.

Se aplicó asepsia en genitales externos, con algodón y suero fisiológico, al espéculo no se le aplicó lubricante, procediendo a la introducción de espéculo y tomar la muestra a nivel del tercio superior de vagina, la muestra tomada con isopo o baja lengua, esta muestra se hizo un frote en una laminilla y luego se introdujo en el frasco con alcohol.

El grupo control se verificó de la misma manera que el grupo de estudio. Luego del anterior procedimiento, se procedió a llenar los datos de la papeleta especial para el estudio, datos que fueron obtenidos del expediente clínico y del examen físico.

La toma citológica seriada fue para pocas pacientes, ya que las que presentaron aborto ocurrió en el transcurso del día de la primera toma citológica.

Se hizo uso de la tinción de Papanicolaou.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Habiendo realizado, nuestra investigación de acuerdo a la metodología descrita en el protocolo, en la que tomamos las muestras para el grupo de pacientes que se encontraban hospitalizadas en la sala de complicaciones y para las que presentaron gestación normal, previos controles prenatales normales, en la consulta externa, se aplicó la misma técnica descrita en la literatura.

En los casos de aborto por causa natural cualquiera que fuera, es posible otra etiología, en las cuales la actividad hormonal persistiera incluso por algunos días después del aborto.

En relación a la edad, el grupo más afectado fue el comprendido de 21-30 años con un 64%, por ser la edad más reproductiva, pero para ambos grupos se pudo ver que fueron homogéneos.

Con respecto a la paridad en la muestra de estudio, hubo predominio para las multíparas 64%, y en segundo término para las gran-multíparas 24% tomándose como gran-multíparas por estadística del hospital aquellas pacientes más de 5 gestas. Para la muestra de control se puede ver que la multíparas fue el mayor número de pacientes que se les tomó la muestra 58%.

Con respecto a las semanas de gestación e índice de Maduración, en el intervalo de menos de 10 semanas de gestación e índice de maduración por abajo de normal (se toma como valor bajo normal para la gestación de 0-60-40), se presentó 1 caso y el producto no fue viable, pero para los valores por arriba de lo normal fueron 11 casos; de los cuales 3 terminaron en muerte fetal y 8 fetos viables. Para el intervalo de 11-20 semanas de gestación se presentaron 4 casos con valores por abajo de lo normal

y los productos terminaron en muerte fetal; pero para este mismo intervalo, el índice de maduración por arriba de lo normal fue de 28 casos de los cuales 8 terminaron en muerte fetal y 20 fetos viables y por último las de 21-27 semanas de gestación no se presentaron casos con valores por abajo de lo normal del índice de maduración, presentándose 6 casos con valores por arriba de lo normal o sea 0-61-41, de los cuales 2 terminaron en muerte fetal y 4 fueron fetos viables.

Además se evaluaron otros métodos diagnósticos a aquellas pacientes que no se les auscultó foco fetal con doopler según conducta hospitalaria, de los cuales 8 casos fueron reportados de aborto frustrado; este dato se confirmó con el resultado de patología del legrado uterino reportando presencia de tejido placentario. También para las que terminaron en aborto el resultado de patología reportó tejido placentario de la muestra del legrado uterino que se les verificó a éstas.

CUADRO No. 1

EL PAPANICOLAOU COMO METODO DIAGNOSTICO DE MUERTE FETAL INTRAUTERINO Y ABORTO FRUSTRADO. PERIODO MAYO-JUNIO-JULIO 1984.

MUESTRA DE ESTUDIO			MUESTRA DE CONTROL		
EDAD DE PACIENTES	No. DE CASOS	%	EDAD DE PACIENTES	No. DE CASOS	%
20	3	6	20	9	18
21-30	32	64	21-30	27	54
31-40	15	30	31-40	14	28
TOTAL	50	100	TOTAL	50	100

FUENTE: Boleta de Recolección de datos, Hospital de Gineco-Obstetricia, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

En ambos grupos la edad más alta fue de 21-30 años, es el intervalo que contiene la edad de más reproductividad.

Con estos datos nos indica que ambos son homogéneos con respecto a la edad.

CUADRO No. 2

EL PAPANICOLAOU COMO METODO DIAGNOSTICO DE MUERTE FETAL INTRAUTERO Y ABORTO FRUSTRADO

PERIODO DE MAYO-JUNIO-JULIO 1984

MUESTRAS DE ESTUDIO		MUESTRAS DE CONTROL	
PARIDAD DE LAS PACIENTES	No. DE CASOS	PARIDAD DE LAS PACIENTES	No. DE CASOS
Primigestas	6	Primigestas	15
Multíparas	32	Multíparas	29
Gran-multíparas	12	Gran-multíparas	6
TOTAL	50	TOTAL	50
			100

FUENTE: Boleta de Recolección de datos, Hospital de Gineco-Obstetricia, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 2

En este cuadro tenemos que de las pacientes con gestación patológica, se presentaron con más frecuencia las multíparas 32 (64%).

También se puede leer que en el grupo de Gran-multíparas fue un % un poco alto, 12 (24%).

CUADRO No. 3

EL PAPANICOLAOU COMO METODO DIAGNOSTICO DE MUERTE FETAL INTRAUTERO Y ABORTO FRUSTRADO

PERIODO DE MAYO, JUNIO, JULIO 1984

MUESTRA DE ESTUDIO				MUESTRA DE CONTROL					
SEMANAS DE GESTACION	INDICE DE MADURA- CION	INDICE DE MADURA- CION		SEMANAS DE GESTACION	INDICE DE MADURA- CION		INDICE DE MADURA- CION		
		0-60-40			0-60-40				
		Muertos	Vivos		Muertos	Vivos			
< 10		1	-	3	8	< 10	-	-	6
11-20		4	-	8	20	11-20	-	-	32
21-27		-	-	2	4	21-27	-	-	12
TOTAL		5	-	13	32	TOTAL	-	-	50

ANÁLISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 3

En el grupo de estudio se encontró en el intervalo, de menos de diez semanas de gestación, un caso con índice de maduración abajo de 0-60-40 y el producto se reportó de muerte del mismo.

En la lectura del índice de maduración por arriba de 0-61-41, 11 casos; de los cuales 3 terminaron en muerte fetal y ocho con productos viables.

De acuerdo a la literatura revisada como lo reporta Castro. (Endocrinología y Citología Hormonal. Inédito), los valores bajos normales del índice de maduración gestacional se toma de 0-60-40, con estos datos nos indica que los casos reportados por debajo de este índice de maduración, la gestación no presenta un efecto progestínico normal, lo que está indicando que el producto está amenazado de muerte intra-útero.

Respecto a los casos que fallecieron y presentaron valores normales del índice de maduración; según la literatura como lo reporta Käser y Williams, hay otros factores etiológicos sospechosos de muerte fetal, las cuales se dividen en; causas ovulares, extraovulares, maternas y paternas. Causas ovulares aborto genético, trastornos morfogénicos específicos y alteraciones del trofoblasto.

En nuestro estudio se hizo énfasis en las causas extra-ovulares maternas, interesándonos los trastornos de las secreciones internas. Con esto queremos decir que las causas de las muertes de nuestro grupo de estudio y con valores normales del índice de ma-

duración, no fueron de tipo hormonal si no bien podrían haber sido otras las múltiples causas ya mencionadas.

En el intervalo de 11 a 20 semanas de gestación, se encontró 4 casos con índice por abajo de 0-60-40, terminando estos productos en muerte fetal; pero para los valores por arriba de 0-61-41, fueron 28 casos y de éstos 8 terminaron en muerte fetal y 20 fetos viables.

Como causas de muerte ya se señaló en párrafo anterior los motivos que causaron la muerte de los productos.

En el intervalo de 21-27 semanas de gestación fueron 6 casos, con índice de maduración por arriba de 0-61-41, de los cuales 2 casos terminaron en muerte fetal y cuatro fetos viables. Es de esperar que la explicación de los 2 fetos muertos sea la misma señalada anteriormente.

Con esto y en base a la literatura nos reporta Castro. (Endocrinología y Citología Hormonal. Inédito) y Zuher, en el embarazo patológico se encuentran cambios celulares, de las tomas citológicas como, observar el número de células naviculares con cambios en su aspecto morfológico, aspecto cromático, grupos que se observarán con tendencia a desaparecer.

En el caso de aborto inminente, se observará células parabasales o rojas llamadas "Células de la Lactancia", cuando se reportan estos datos está indicando ausencia de estimulación hormonal y por consiguiente el producto de la concepción ha fallecido. En el caso de aborto frustrado, después de la 14a. semanas de gestación, el cuadro citológico se observa células basales, parabasales y células de la "lactancia".

En nuestra literatura revisada mencionamos índices de di-

ferentes tipos de células en la gestación normal, como índice de células en grupo, índice de células superficiales, índice de células dobladas, células naviculares; pero en el reporte citológico de nuestro estudio, se nos informó sólo con el índice de maduración y de acuerdo al predominio del tipo de células efecto progestínico o efecto estrogénico.

En la muestra de control, por lógica no se tomó causas de muerte fetal y no se presentaron, pues hubieran pasado a formar parte del grupo de estudio, todas se reportaron con valores por arriba de 0-61-41 del índice de maduración.

GRAFICA DEL CUADRO No. 3

MUESTRA DE ESTUDIO

SEMANAS DE GESTACIÓN

INDICE
(0-60-10) 11-20

INDICE
(0-61-10) 11-20

REFERENCIAS:

MUERTOS

VIVOS

No. DE CASOS

MUESTRA DE CONTROL

SEMANAS DE GESTACIÓN

<10

11-20

21-30

<10

11-20

21-30

INMUE
(0-60-40)

INMUE
(0-40-60)

REFERENCIAS

MUERTOS

No. DE CASOS

CONCLUSIONES

- 1- En nuestro estudio podemos observar, que la citología exfoliativa es un método seguro para la evaluación hormonal gestacional, siendo un método práctico, económico. Mientras que otras causas que provoquen muerte intrauterina, se hará necesario el uso de otros métodos que no están al alcance del clínico y paciente.
- 2- Los casos de muerte fetal intrauterina que no se deben a causa natural o anatómica no presentarán cambios en la citología exfoliativa.
- 3- La edad más susceptible de presentar signos, síntomas de amenaza de muerte fetal intrauterina fue de 21-30 años debido a que es la edad más reproductiva.

RECOMENDACIONES

- 1- Siendo la citología exfoliativa un método práctico, económico, creemos conveniente que su uso sea generalizado por el clínico y en beneficio económico a la paciente.
- 2- Al utilizar la citología exfoliativa, tratar en lo posible de hacer uso de la técnica adecuada para la toma, para evitar errores en su interpretación o bien que se reporte que la muestra no fue suficiente o que no fue fijada adecuadamente.
- 3- Como es una técnica práctica, no es recomendable su uso por técnicos de laboratorio o personal paramédico o bien; enseñarles correctamente las tomas adecuadas y los medios de fijación a este personal.
- 4- Debido a que la citología exfoliativa es certero el resultado de efecto hormonal en la gestación, no hacer uso de éste, cuando las causas de muerte fetal intrautero son por otras causas.

RESUMEN

Concluida nuestra investigación, pudimos comprobar que la citología exfoliativa en la evaluación hormonal de la gestación es de poco uso, por el uso de otros métodos sofisticados para la evaluación del mismo; confirmando que la citología es un método útil, práctico y económico.

Se aplicó la técnica citológica a 100 pacientes, de las cuales 50 presentaron signos y síntomas de amenaza de aborto, muerte fetal intrauterino o aborto frustrado. 50 pacientes con gestación normal previo control en la consulta externa de dicho hospital.

Es evidente que las pacientes que presentaron dichos signos y síntomas fue para las edades de 21-30 años por ser la edad de más reproductividad. Para el grupo control fue también la misma edad.

Para las pacientes de la muestra de estudio, del total, 18 terminaron en muerte fetal, de los cuales 5 presentaron déficit hormonal por el informe del índice de maduración que fue por abajo de 0-60-40.

De las que presentaron valores normales del índice de maduración que fueron 45, de estas, 13 terminaron en muerte fetal y 32 con fetos viables.

Con estos resultados podemos decir que la causa de muerte fetal en su mayor porcentaje no fue de origen hormonal, ya que las que sí presentaron déficit hormonal, el producto murió; y

para los otros casos de muerte fetal podrían ser causas extra-ovulares maternas, paternas, ovulares genéticas, trastornos morfológicos y alteraciones endócrinas del trofoblasto.

Para la muestra del control que fueron 50 pacientes, por consiguiente no se presentaron casos de muerte fetal, valores bajos del índice de maduración, ya que fueron pacientes con evolución gestacional normal, previos controles prenatales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Ayala Jiménez, M. y Ortiz Nogales, F. Citopatología ginecológica. 4.ed. Barcelona, Científica Médica, 1977. t.1. (pp. 69-71)
- 2- Froment, D.J. Citología ginecológica abdominopelviana y mamaria. Barcelona, Jims, 1978. 400p. (pp. 187-207)
- 3- Hellman, L.M. et al. Williams obstetricia. Barcelona, Salvat, 1973. 1073p. (pp. 429-466)
- 4- Johannes, D.J. Citología y microbiología de la vagina. Munchen, Bayer, 1975. 89p.
- 5- Jones, H.W. y G.S. Jones. Tratado de ginecología de Novak. 10.ed. México, Interamericana, 1984. 878p. (pp. 71-80)
- 6- Käser, O. et al. Ginecología y obstetricia. 3.ed. Barcelona, Salvat, 1973. t.1. (pp. 681-695)
- 7- Novak, R.E. Patología ginecológica y obstetricia. 8.ed. Buenos Aires, Panamericana, 1982. 980p. (pp. 695-703)
- 8- Zuher, M.N. Exfoliative cytopathology. 2.ed. Boston, Little Brown, 1973. 350p. (pp. 53-79)

Bo Bo

Eduardo de la Cruz

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

FICHA DE RECOPIACION DE DATOS

NOMBRE: _____ EDAD 13-19 a _____ # DE AFILIADA _____
 20-29 a _____
 30-39 a _____
 40 _____

GESTAS Nulípara Para _____ ABORTO _____ EDAD DE EMBARAZO POR Au _____
 Multípara UR _____
 Granmultípara _____

C _____ OPERACIONES GINECOLOGICAS _____

SINTOMAS-SIGNOS DE AMENAZA

DE ABORTO _____
 HEMORRAGIA SI NO Días _____
 DOLORES SI NO Días _____
 EXPULSION DE MOCO SI NO Días _____
 FIEBRE SI NO Días _____
 F.C.F. _____

F.C.F. CON DOOPLER _____
 ULTRASONOGRAMA _____

SINTOMAS - SIGNOS DE MUERTE FETAL

MOVIMIENTOS _____
 CUADROS DE DEPRESION _____
 HEMORRAGIAS _____
 (Especificar áreas) _____

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:

Hugo Castellanos.

Dr. Hugo Castellanos

ASESOR,

Dr. Hugo Castellanos

MEDICO Y CIRUJANO
COTEGIADO No. 2507

SATISFECHO:

Rodolfo Muller Salido.

Dr.

REVISOR.

APROBADO:

[Signature]
DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:



Guatemala,

de

de 198