UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL LAVADO A CHORRO (JET WASHER) Y EL CURETAGE COMO DIAGNOSTICO DE LESIONES ENDOMETRIALES"

(Estudio prospectivo de 34 casos en el Departamento de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios")

EDWIN MARINO SALAZAR DIAZ

INTRODUCCION

La terapéutica médica actual, está dirigida a una acción puramente preventiva con el objeto de minimizar en lo posible, el retraso diagnóstico, tratamiento inadecuado y secuelas secundarias a distintas entidades patológicas.

Las lesiones premalignas del endometrio no son la excepción en este caso, y en base a ello han aparecido varios métodos diagnósticos, entre los cuales podemos mencionar: La Citología Vaginal, la Biopsia de Endometrio, Histerosalpingografía, Histeroscopía, Legrado Uterino por aspiración e instrumental.

La presente investigación tiene como objetivos primordiales introducir el Método Lavado a Chorro (Jet Washer) para el diagnóstico de lesiones endometriales, en pacientes que presenten hemorragia uterina disfuncional, la cual tiene mayor incidencia en mujeres por arriba de los 35 años.

Por otro lado conocer el porcentaje diagnóstico, sus ventajas, complicaciones, y compararlo con los resultados obtenidos, con el método clásico usado en la mayoría de nuestros hospitales, como lo es el legrado uterino diagnóstico (escalonado).

El presente estudio se realizó en el Departamento de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios, en forma prospectiva a partir del mes de febrero a junio del presente año.

Se estudiaron 34 casos de pacientes que presentaron una hemorragia uterina anormal, con una edad comprendida por arriba de los 35 años, las cuales fueron sometidas a Jet Washer, teniendo como modelo la Cánula de Gravlee,

modificada por el autor del presente trabajo. siendo además sometidas a legrado uterino escalonado. Los especímenes fueron examinados por un mismo personal altamente calificado y con experiencia reconocida en citología e histología del Departamento de Patología del ya mencionado Hospital.

De los resultados obtenidos, pretendo recomendar el empleo del Jet Washer como método diagnóstico eficáz - inocuo y su valiosa ejecución en aquellas pacientes en que por alguna circunstancia patológica, esté contraindicada la anestesia general.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La constante dificultad con que se encuentra el ginecólogo, para la detección temprana de cancer uterino, es uno de los problemas que han orillado a muchos investigadores a buscar métodos diagnósticos para la resolución de esta grave situación. Así vemos que entre - las técnicas más conocidas, tenemos las siguientes:

1. Histológicas
   Biopsia Endometrial
   Aspiración Vabra
   Dilatación y Raspado (Legrado)

2. Citología
   Frotes Vaginales y Cervicales (papanicolau)
   Aspiración Endometrial (Aparato de Isaacs, Mi-Mark Hellix)
   Lavado a Presión a Chorro (Jet Washer)

3. Radiologicas
   Histerografía

4. Endoscópicas
   Histeroscopía

Sin embargo, la gran mayoría de las mismas presenta en un porcentaje elevado, problemas tales como: Dificultad para su aplicación, costo alto, poca confiabilidad, y riezgo para su aplicación.

El presente trabajo de tesis investigó prospectivamente, el mayor grado de certeza diagnóstico para las - lesiones endometriales, por medio del lavado a chorro - (Jet Washer) y el legrado uterino instrumental (curetage), estudio comparativo realizado en el Departamento - de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios",

durante un tiempo que quedará determinado en base a la completación de la muestra a estudiar, que en nuestro caso será de un total de 34 pacientes, las cuales tendrán que poseer la condición necesaria de tener 35 años o más y presentar una hemorragia uterina disfuncional para poder ser incluídas dentro de la investigación a realizar.

Es importante hacer mención que dentro del presente trabajo vamos a poder encontrar ciertos factores que nos podrían interferir con el buen propósito del mismo. los cuales se consideran entre los más importantes: habilidad en la ejecución de las técnicas diagnósticas, interpretación exacta por parte del patólogo y finalmente falsos positivo que pudieran presentarse. Por otro lado se tiene que aclarar que para evitar los anteriormente factores citados, todo procedimiento y técnicas empleadas serán supervisados por personas con amplio conocimiento dependiendo del caso en particular.

Finalmente se pretende introducir el lavado a chorro de la cavidad endometrial dentro de los métodos diagnósticos de lesiones endometriales en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General "San Juan de Dios", así como una revisión de literatura de las lesiones que se pretenden estudiar.

OBJETIVOS

1. Conocer mediante el empleo de ambas técnicas la lesión endometrial (o en su defecto cervical) causante de la hemorragia uterina anormal.

2. Conocer los porcentajes brindados por el método de Jet Washer por sí solo y en combinación con el curetage, en el estudio de lesiones endometriales.

3. Comparar las ventajas y complicaciones que ofrece, la aplicación de uno y otro método.

4. Introducir el método de lavado a chorro por aspiración dentro de los métodos diagnosticos de lesiones endometriales en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General "San Juan de Dios".

REVISION BIBLIOGRAFICA

LAVADO A PRESION O A CHORRO (JET WASHER):

Técnica citológica empleada e introducida por Gravlee, en el año de 1969. Consiste en una jeringa con una capacidad para 50 c.c., un recipiente para solución salina y una cánula doble con 4.6 mm de diámetro, la cual contiene múltiples perforaciones y provista de un tapón de caucho ajustable al cuello uterino.

La cánula se introduce en el útero, con el tapón contra el cuello del mismo para crear una cavidad cerrada. Se aplican los 50 cc. de solución salina, los cuales crean una turbulencia dentro de la cavidad uterina, lavando así el endometrio y recogiendo el material celular para el estudio. Todo esto pasa nuevamente por las perforaciones de la cánula al recipiente por medio de una sonda que los comunica debido a la presión negativa que se origina.

Finalmente la muestra se manda a centrifugar y el sedimento es estudiado por medio de la técnica de papanicolau. (6,19)

Estudios efectuados por Schneider M.L., Staemler y Hoppenroth en Alemania sobre un total de 750 mujeres de las cuales, todas tenían factores de riezgo predisponentes, tales como: obesidad, hipertención, diabetes mellitus, sangrados abundantes a la edad de 40 años y con tratamientos a base de estrógeno en época premenopaúsica, encontraron 50 casos con cáncer de endometrio y 15 con hiperplasia adenomatosa, algo sumamente interesante en este estudio fué que no se encontraron falsos positivos. (7)

En 1981 Johanson y Stormby obtuvieron un 95% de certeza en el diagnóstico de neoplasias endometriales por

medio del lavado endometrial (Jet Washer contra 91% por medio de la aspiración endouterina. (14)

Lorenzi y Muraglia en 1980 estudiaron 140 muestras - de lavado endometrial de mujeres comprendidas entre los 45 y 65 años de vida, encontrando un total de 14 carcinomas, de los cuales 11 eran adenocarcinomas del cuerpo - uterino y 3 espinocelulares del cuello. Así mismo reconocieron exactamente 5 hiperplasias adenomatosas. Por otro lado encontraron 15 hiperplasias atípicas de las - cuales 6 fueron confirmadas correctamente por biopsia.

Estos investigadores llegaron a la conclusión de que el lavado endometrial es un excelente método diagnóstico de lesiones endometriales, como el papanicolau lo es para el cuello uterino, exponiendo además lo práctico y menos invasivo para pacientes con algún riezgo quirúrgico. (13)

Lavieille F. y Saurel estudiaron dos grupos de 100 mujeres cada uno, siendo el primero personas premenopaúsicas con sintomatología sospechosa de presentar un imbalance hormonal. La segunda muestra consistía en pacientes premenopaúsicas, menopaúsicas y postmenopaúsica con signos clínicos de cáncer uterino, obteniendo como resultado del estudio: 8 cánceres de endometrio en etapa inicial, 3 hiperplasias adenomatosas, 88 anormalidades benignas de la mucosa uterina y finalmente un falso positivo. Ellos concluyeron que éste método diagnóstico es sumamente adecuado para la detección de lesiones endometriales en manos de personas que lo puedan aplicar correctamente como los sería un ginecólogo y un buen equipo en el Departamento de Patología. (5)

DILATACION Y RASPADO (LEGRADO UTERINO DIAGNOSTICO)

La dilatación y el raspado, es con mucho, la técnica más fidedigna para diagnosticar anomalías intrauterinas. Es la norma con la cual se comparan la mayor parte de los procedimientos. Por desgracia los resultados negativos falsos solo pueden comprobarse por la extirpación - del útero.

Las desventajas incluyen: la necesidad de utilizar anestesia general (en otros lugares se realiza bloqueo paracervical), la posibilidad de poder pasar inadvertidas zonas extensas de la cavidad endometrial pues es un procedimiento a ciegas. A continuación se lleva a cabo un examen ginecológico para la detección de cualquier - anomalía, seguidamente se procede a efectuar dilataciones si en caso fuese necesario para finalizar el legrado con una cureta de 24 cm. de largo, la cual incluye el mango. La técnica incluye dilatación del orificio - externo y la realización de un legrado del canal endocervical. (8)

En seguida se debe de legrar la parte anterior, posterior y laterales del útero para quedar, en última instancia, con el fondo de donde, del total, de material - obtenido se recogerán dos muestras para el estudio histológico.

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL O DISFUNCIONAL:

La hemorragia uterina anormal puede clasificarse en dos grandes categorías:

1. Anatómica, y
2. Funcional.

La hemorragia tiene origen anatómico si depende de una lesión en cualquier parte de las vías genitales. La historia característica es de menometrorragia.

La hemorragia uterina disfuncional es una hemorragia anormal que no se acompaña de tumor, inflamación ni embarazo. Como suele relacionarse con función del ovario y anovulación, la historia característica es la de irregularidad completa de los intervalos mestruales, - con menstruaciones prolongadas que suelen alternar con

episodios de amenorrea. (11)

LESIONES ENDOMETRIALES PRE-CANCEROSAS:

Hisperplasia denota un aumento de volumen causado por la formación y crecimiento de células nuevas o sea por un aumento del número de células. En condiciones adecuadas, tejidos compuestos de células que conservan su capacidad reproductora, pueden presentar el fenómeno de hiperplasia (superficies epiteliales y mucosas del cuerpo, glándulas y tejidos mesenquimatosos).

La hiperplasia sólo puede ocurrir en células capaces de síntesis de DNA, que permite la formación de dos células hijas.

La hiperplasia endometrial es un hallazgo patológico común en pacientes con menstruación excesiva, irregular o prolongada. Esta también ocurre en pacientes asintomáticas y puede ser causa o acompañar a la hemorragia posmenopáusica. (10)

CLASIFICACION:

La clasificación más reciente de lesiones precancerosas del endometrio incluye: (18)

1. Hiperplasia quística
2. Hiperplasia atípica (proliferativa): también de hiperplasia adenomatosa por Gusberg, hiperplasia adenomatosa y anaplasia de Hertig y Sommers: Hiperplasia atípica de Vellios y Wetnz; hiperplasia adenomatosa de Wentz y Vellios.
3. Hiperplasia secretoria atípica.
4. Ca in situ (también llamada hiperplasia adenomatosa de Gusberg).
5. Pólipos
6. Combinaciones del No. 1 al 5.

Hiperplasia Quística del Endometrio:

La hiperplasia quística es el patrón más simple de hiperplasia endometrial, es más comunmente vista en los dos extremos de la edad reproductiva pero puede ocurrir en cualquier edad.

Durante los años post-menopáusicos los estrógenos exógenos son la causa más común, patología ovárica con secresión endócrina puede estar involucrada. (16)

También es llamada hiperplasia de "Queso Suizo" por la marcada disparidad entre el tamaño de las glándulas. (10,18)

A la observación microscópica, la dilatación quística de la glándula es el hallazgo más común. (12) Las glándulas endometriales además de estar dilatadas están aumentadas en número y delineadas por un epitelio columnar siendo estratificado sin evidencia de actividad secretoria.

Hiperplasia Proliferativa Atípica (Adenomatosa):

Esta hiperplasia es una típica lesión precancerosa, que puede ser focal o difusa, con una mayor prevalencia en mujeres de edad perimenopáusica con hemorragia uterina disfuncional. (1) La presencia de esta lesión en forma focal puede deberse a la mayor concentración de receptores celulares a estrona en este sitio.

La proliferación endometrial depende de la cantidad y grado de la estimulación estrógena desbalanceada. Entonces, no es sorprendente encontrar más patrones de crecimiento atípico, en adición a una excesiva actividad de proliferación celular. (2)

Apariencia Microscópica:

Contrario a lo observado en hiperplasia quística el epitelio glandular adenomatoso presenta un crecimiento - irregular y tiende a invaginarse localmente dentro del - estroma. Las glándulas pueden tener tal profusión que aparecen cercanamente "hombro con hombro" con únicamente un escaso estroma entre ellas. El estroma por sí mismo no es notable pero el epitelio en muchas glándulas está "empanizado" y hay una amplia evidencia de hiperactividad - epitelial.

Dentro de las glándulas el patrón celular varía de - una simple capa de células cuboidales o columnas a múltiples capas localizadas dentro de las glándulas. (6)

Hiperplasia Secretoria Atípica:

Es poco conocido acerca del significado de hiperplasia secretoria atípica del endometrio.

Esta característica es por cambios arquitectónicos y citológicos similares a los observados en el endometrio no secretorio atípico, excepto por la presencia adicional de vacuolas subnucleares y algunas vacuolas subnucleares ricas en glicógeno en el epitelio glandular. en algunos casos hay una anormalidad predominante de la arquitectura, mientras que en otra la atipia citológica es - el hallazgo predominante, no hay estudios prospectivos o retrospectivos para evaluar la lesión.

Desde que ha sido encontrada comunmente en mujeres - jóvenes quienes tienen un cuerpo luteo y un endometrio - secretorio normal, parece probable que ésta apariencia - distintiva resulta de la labilidad de éstas glándulas - atípicas o responder a la progesterona. probablemente debido a la retención parcial de sus receptores a progesterona.

Este tipo de hiperplasia al igual que la no secretoria atípica tiene similar potencial maligno con la posibilidad de que su progresión a carcinoma es más bajo, debido a la modificación dada por la estimulación de - progesterona. (18)

HIPERPLASIA PRECANCEROSA VRS. ADENOCARCINOMA GRADO I:

A pesar que el adenocarcinoma de grado bajo es reconocible en muchos sitios porque las células malignas - han invadido el estroma o porque el siguiente examen ha indicado un potencial de diseminación; el adenocarcinoma de grado bajo es típicamente caracterizado por la - cercana aproximación de las glándulas delineadas por - reacciones atípicas, que es característica de invasión en otros sitios.

Kempson ha concluído que los siguientes hallazgos - deben estar presentes antes que el diagnóstico de Adenocarcinoma sea garantizado:

1. Estratificación epitelial con pérdida de la orientación radial de las células.
2. Complejos arquitectónicos glandulares con formación de ramificaciones glandulares y patrones cribiformes.
3. Necrosis y polimorfosis nominal.
4. Atipia citológica con grandes células, alta relación nucleocitoplasma, pleomorfismo nuclear, nucleolos prominentes, configuración cromatinica anormal, membranas nucleares anguladas y figuras mitoticas - algunas veces anormales. (18)

CARCINOMA UTERINO:

Los adenocarcinomas constituyen aproximadamente del 90 (17) al 95% (11) de los carcinomas del endometrio. -

Los adenocarcinomas se han subdividido en múltiples tipos histológicos, pero la clasificación más frecuentemente usada es la que está de acuerdo con su anaplasia.

Grado 1: Bien diferenciado (60% de incidencia).
Grado 2: Moderadamente diferenciado (25% de incidencia).
Grado 3: Pobremente diferenciado (15% de incidencia).(17)

Parece comprobado que la mayor parte de los casos el grado microscópico generalmente es paralelo a la invasión del miometrio y al pronóstico. (11)

VARIANTES HISTOLOGICAS DEL ADENOCARCINOMA DEL ENDOMETRIO:

Carcinoma in Situ:

Es la siguiente etapa en la transición de una lesión benigna a maligna. Este es un cambio maligno evidente en la estructura celular, pero su extensión se halla limitada por la membrana basal. Este es un carcinoma verdadero, por consiguiente irreversible (17). Novak deplora el uso de este término aplicado a todos los tipos de pequeñas desviaciones de la hiperplasia endometrial típica. La naturaleza maligna del adenocarcinoma verdadero, como lo indica su diseminación a los ganglios linfáticos, queda demostrada cuando sus células rompen a través de la membrana basal. Existe por lo tanto. una especie de escalones histológicos, entre la hiperplasia atípica y el adenocarcinoma, y no se sabe con seguridad el momento en que la lesión toma verdaderas características malignas. En el grupo dudoso. lo más seguro es tratar las lesiones como cáncer. (11)

ADENOCANTOMA DEL UTERO:

Esta variante especifica del adenocarcinoma del endometrio se caracteriza por la presencia de muchas células planas (escamosas) llenando las luces glandulares, revistiendo o sustituyendo el endometrio superficial. o efectuando ambas cosas, las células planas son bien diferenciadas, manifiestamente benignas; cuando esta metaplasis escamosa ocurre junto con el adenocarcinoma, la lesión es maligna. Es el "componente glandular" el decisivo; de hecho esta misma metaplasia plana en el endometrio no es normal, pero puede ocurrir por causas tan diversas como infección crónica, cuerpos extraños como el DIU, irritación, deficiencia de vitamina A, estímulo hormonal o neoplasia.

Como ya se indicó en el adenoacantoma, el grado de adenocarcinoma es más importante que la metaplasia escamosa, a no ser que exista un carcinoma escamoso verdadero asociado; cuando ambos componentes son francamente malignos (adenocarcinoma y carcinoma escamoso) puede emplearse el término de carcinoma mixto del cuerpo uterino (adenoescamoso).

El carcinoma epidermoide (cérvix) puede invadir el endometrio, pocas veces nace básicamente en el cuerpo. El origen más probable sería una degeneración maligna de las células planas, generalmente benignas, del adenocantoma se observa entre el 10 y el 35 % de los procesos malignos del endometrio. (11)

SARCOMAS:

Los sarcomas se dividen en 4 categorías:

1. Puro (una línea celular),
2. Mixto (más de una línea celular),
3. Homólogo (estructuras mesenquemáticas. constituyentes del útero), y
4. Heterólogo (estructuras mesenquemáticas que no se hallan normalmente en el útero).

Las variedades comunes son sarcomas del estroma del endometrio, Leiomiosarcoma, sarcoma mixto mesodérmico -

(sarcoma mixto Mulleriano), carcinosarcomas y otros tipos raros. (17)

Microscópicamente, el sarcoma del endometrio muestra proliferación intensa de los elementos del estroma con pérdida progresiva de las glándulas del endometrio. Hay hipercromotosis nuclear intensa, actividad mitótica y pleomorfismo. (11)

MESONEFROMA DEL ENDOMETRIO (CARCINOMA ENDOMETRIAL DE CELULAS CLARAS):

En ocasiones puede observarse la imagen clásica de un mesonefroma naciendo del endometrio. en ausencia de cualquier otro origen primario en ovario. vagina u otra parte. La imagen de célula clara parece predominar. pero puede observarse el tipo tubular papilar revestido de un epitelio plano con clavos. Como los restos vestigiales del conducto mesonéfrico no ocurren en el endometrio puede teorizarse acerca de una posible localización aberrante para estos restos embrionarios. También se puede especular acerca de diversos cambios degenerativos (grasosos) y Metaplásicos. (11)

Carcinoma Mucinoso del Endometrio:

Un pequeño porcentaje de carcinomas endocervicales producen grandes cantidades de mucinas extra e intracelulares, y han sido referidos como carcinomas coloides o mucinosos. Se sabe que el endometrio normal y los CARCINOMAS endometriales producen mucopolisacáridos. pero son usualmente mínimos y están situados dentro de la luz glandular y sobre la superficie de las células. Existe una variedad de carcinoma endometrial que produce grandes cantidades de mucina. Tiltman y otros autores (20) reportan varios casos de esta variedad de carcinoma endometrial.

La explicación de su origen es la siguiente:

El conducto paramesonéfrico, del cual se deriva el tracto genital femenino interno, se diferencia en los tipos epiteliales vistos en las trompas de Falopio, el endometrio, el endocervix y el ectocervix manteniendo un potencial metaplásico durante toda la vida. Así por ejemplo, la metaplasia escamosa es común tanto en el endometrio no neoplásico como en los carcinomas. Los carcinomas papilares endometriales con "cuerpos de psammona" muestran una gran semejanza con las carcinomas de las trompas de Falpio y ovario. Solomón y Polishuk (19) han descrito metaplasia mucosa del endometrio que semeja glándulas endocervicales, y adenofibromas papilares del endometrio que usualmente contiecen células mucosas secretoras similares a las del endocervix. No es sorprendente por lo tanto, que los carcinomas mucinosos que semejan a los que se encuentran en el endocervix, nazcan en el endometrio. Antes de sugerir un diagnóstico de carcinoma mucinoso del endometrio, sin embargo, es necesario excluir metástasis de cualquier otra parte, tal como el tracto gastrointestinal, endocervix u ovario.

MATERIAL Y METODOS

Metodología:

El presente estudio abarcó un total de 34 pacientes, las cuales fueron seleccionadas en la siguiente forma:

A.) Asistencia a la emergencia de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios" por presentar hemorragia uterina anormal.

B.) Que estuvieran comprendida en una edad de más o menos 35 años o más.

A continuación se procedió a llenar la papelería correspondiente (registro clínico y ficha de recolección de datos). Seguidamente se ingresó al Departamento de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios" en donde se les efectuó el lavado a chorro (Jet Washer) y el legrado por curetage, obteniéndose de estas dos técnicas una y dos muestras respectivas, las cuales fueron enviadas al departamento de patología para su estudio correspondiente.

Cada paciente fué monitorizada durante seis horas en sus signos vitales así:

Cada treinta minutos por tres horas y si normales cada hora por tres horas.

Luego se verificó las complicaciones en las primeras 24 horas post-legrado.

Los resultados de los informes de patología fueron reclamados y pasados a la ficha de recolección de datos; al igual que los datos anteriores.

Recursos Humanos:

1. Médicos asesores y revisor del presente trabajo.
2. Personal médico residente del Departamento de Gineco-Obstetricia.
3. Médico y Cirujano infieri que realiza la investigación.

Recursos Materiales:

Departamento de Ginecología y Patología del Hospital General "San Juan de Dios".

Registro clínico de ingreso y ficha de recolección de datos.

Análisis Estadístico:

Correlación no paramétrica de Spearman.

CUADRO No. 1

CORRELACION DE LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS ENTRE EL CURETAGE Y EL LAVADO A CHORRO (JET WASHER)

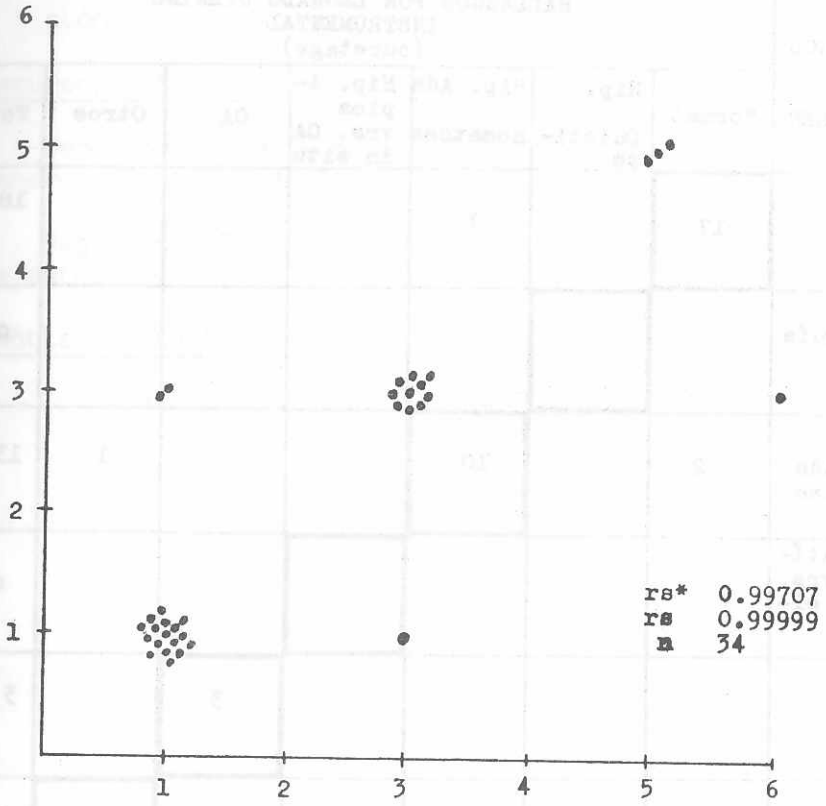
HALLAZGOS POR JET WASHER	HALLAZGOS POR LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (curetage)						
	Normal	Hip. Quistíca	Hip. Adenomatosa	Hip. Atípica vrs. CA in situ	CA	Otros	Total
Normal	17		1				18 53%
Hip. Quística							0 0 %
Hip. Adenomatosa	2		10			1	13 38.2
Hip. Atípica vrs. CA in situ							0 0%
CA					3		3 3.3
Otros							0 0%
Total	19 55.9%	0 0%	11 32.3%	0 0%	0 0%	1 3%	34 100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la mayoría de los casos coinciden los diagnósticos por ambas técnicas.

GRAFICA No. 1

CORRELACION DE LOS HALLAZGOS PATOLOGICOS ENTRE EL CURETAGE Y EL LAVADO A CHORRO (JET WASHER)



Fuente: Ficha de recolección de datos.

1. Normal
2. Hiperplasia Quística
3. Hiperplasia Adenomatosa
4. Hiperplasia Atípica vrs. CA in situ
5. CA
6. Otros

CUADRO No. 2

COMPLICACIONES SECUNDARIAS A LA TECNICA DE JET WASHER Y LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL

Complicaciones	Legrado	%
Hipotension Art. Post-anestesia	5	14.7
Perforación uterina	3	8.82
Total	8	23.52

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Con la técnica de Jet Washer no se presentó ninguna Complicación, mientras que con el LUI. se observó - hipotensión arterial y perforación uterina.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El Lavado a chorro o Jet Washer, es una técnica citológica que no necesita anestesia para su aplicación, en la cual se lleva a cabo un lavado de la cavidad endometrial (turbulencia) con solución salina, la cual recoge material celular para posteriormente centrifugar y someter a estudio la muestra a un frote de Papanicolau.

Por otro lado el Legrado Uterino Instrumental, es una técnica que necesita del uso de anestesia general, y consiste en un raspado de la cavidad uterina, por medio de una legra con la que se obtienen dos muestras: 1) del endometrio y 2) del canal endocervical, mismas estas que son sometidas a estudio citológico.

Con el propósito de comprobar si la técnica del Lavado a chorro ó Jet Washer es adecuada, para el diagnóstico de lesiones endometriales pre y/o malignas, se procedió a estudiár 34 pacientes en forma prospectiva en el Departamento de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios.

Para poder ser incluidas en el estudio tenían que presentar una hemorragia uterina anormal y tener 35 años o más.

La muestra se obtuvo por medio de la cánula de Gravlee, modificada por el autor de la presente tesis (ver apéndice).

De los resultados obtenidos, tuvimos 30 casos en los cuales el diagnóstico coincide para ambas técnicas (Jet W. y LUI.), mientras que hubo discrepancia en el diagnóstico para 4 casos. Seguidamente para determinar si existe una correlación lineal entre ambos procedimientos, se realizó un análisis no paramétrico de Spearman,

que nos brindó un resultado de (rs) 0.99707. La cual comparada con la esperada que es de 0.99999, nos indica que si existe correlación, por lo tanto se puede asegurar - que es bastante certero el método de Lavado a chorro o Jet Washer.

Por otro lado con el Legrado Uterino Instrumental se presentaron dos complicaciones siendo estas: a) hipotensión arterial y b) perforación uterina, mientras que con el Lavado a Chorro no se presentó complicación alguna.

Finalmente, mencionaremos que los legrados efectuados a los pacientes, fueron realizados por los Residentes del Departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital General, mientras que el lavado a chorro, lo llevó a cabo el autor del presente trabajo de tesis.

CONCLUSIONES

1. La técnica de Lavado a Chorro o Jet Washer es inocua, sencilla y de rápida aplicación.

2. Su mayor aplicabilidad la obtenemos en aquellas pacientes que por presentar una patología adyacente, es sumamente riesgoso el uso de anestesia general.

3. En el presente estudio no se reportó ninguna complicación como consecuencia de su uso.

4. Porcentaje de certeza diagnostica aceptable en la presente investigación.

5. El legrado uterino escalonado sigue siendo un mejor método diagnostico aunque con mayor probabilidad de presentar complicaciones.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Utilizar la técnica de lavado a chorro como método diagnóstico de lesiones premalignas o malignas endometriales en pacientes con hemorragia uterina anormal.

SEGUNDA: Considerar su suo de especial importancia en pacientes con alto riesgo quirúrgico por la utilización de la anestesia general, menor costo para su ejecución y facilidad para poder ser llevada a cabo en las clínicas de consulta externa de cualquier hospital.

RESUMEN

La presente investigación fué realizada en fomra - prospectiva en el Departamento de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios" durante el período comprendido del 1 de febrero al 30 de junio del presente - año, teniendo como objetivo principal la introducción - de una nueva técnica denominada Lavado a chorro de la - cavidad endometrial (Jet Washer) como método diagnóstico de lesiones endometriales prematignas o malignas en pacientes femeninas de 35 años o más que presentasen - una hemorragia uterina anormal.

Fueron sometidas a estudio comparativo 34 pacientes a las cuales inicialmente se les efectuó el lavado a - chorro, con la cánula de Gravlee Jet Washer, modificada por el autor de la presente tesis, seguidamente se les realizó el legrado diagnóstico escalonado previa aplicación de anestesia general.

Los resultados obtenidos fueron de una correlación diagnóstica de ambas técnicas de 30 casos (88.24%).

Cuando ambas variables fueron sometidas a la correlación no parométrica de Spearman se obtuvo un coeficiente de correlación de 0.99707 (siendo el valor ideal de 0.99999).

No se otuvo ninguna complicación con el empleo de - la técnica de Jet Washer mientras que con el empleo del legrado se obtuvo 5 casos de hipotensión arterial post anestesia general y en 3 casos se obtuvo perforación - uterina las cuales se manejaron en una forma conservadora.

Con los resultados obtenidos considero que se justifica el empleo en nuestro medio de esta técnica diagnóstica puesto que su utilización no requiere el uso de

cualquier tipo de anestesia lo que indica que puede ser aplicada principalmente en pacientes con alto riesgo de uso de anestesia general (problemas cardiopulmonares, - problemas hipertensivo, enfermedades renales).

Por otro lado no requiere de hospitalización pudiendo ser ejecutada en una clínica de consulta externa con el manejo subsecuente de la paciente en una forma ambulatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gusberg, S. An approach to the control of carcinoma of the endometrium for clinicians. Cancer -- 1973 Jun; 23(4):99-105

2. Hertig, A.T. et al. Genesia of endometrial carcinoma. I. Study prior biopsies. Cancer 1949; 2: 246-950

3. Imell, A. Comparison of citological "Jet Wash"; specimens and histology in endometrial carcinoma. J Clin Pathol 1980 Mar; 33(922):1000-1690

4. Kawada, Ch. et al. Exámenes de selección para carcinoma endometrial. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1979; 3:735-749

5. Lavieille, F. et al. The Gravlee Jet Washer in gynecology: the experience of a team in Bordeaux. - Value of intra uterine lavage for the cytologi-- cal detection of endometrium cancer. Fra Gynecologie 1978; 29/3:(257-269)

6. Letona Villalba de Vela, Beatriz: Hiperplasia endometrial; estudio retrospectivo en el Departamento de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios. Tesis(Médico y Cirujano)-Universidad - de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1982. 63p.

7. Lutz, K. The diagnostic reliability of the Jet Wash technique with regard to the dignosis of endometrial carcinoma. Geschwulstforsch 1978 Jan 25; - 48(2):369-377

8. Mattingly, R. The Lindel's. Operative gynecology. - 5th. ed. Philadelphia, Lippincott, 1977. 983p. (860-880)

9. Méndez Arriola, H. R. Carcinoma de endometrio; estudio retrospectivo de casos reportados en los - hospitales San Juan de Dios, Roosevelt. INCAN, e Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, del 1 de enero de 1961 al 31 de diciembre de 1980. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. - 92p.

10. Merril, J. et al. Obstetrics and gynecology. 3rd. ed. Maryland, Harper & Row, 1977. 1286p. (pp. 939-952)

11. Novak, E.R. Adenocarcinoma del endometrio. En su: -- Tratado de ginecología 9a. ed. México, Interamericana, 1977. 936p. (pp. 323-351)

12. Parsons, L. y Sommers. Sh. Gynecology. 2nd. ed. Philadelphia, Saunders, 1978. 1660p. (pp. 830-858)

13. Reast, J. Citology of Jet Washing in diagnosis of endometrial neoplasias. Minerva Gynecol 1980 Jun 15; 32(71):621-623

14. Ritter, B.A. Screening of endometrial carcinoma by Jet Wash and endouterine aspiration citology. Acta Obstet Gynecol Scand 1981 Mar: 60(92):125-129

15. Robbins, S.L. Cancer de endometrio. En su: Patología estructural y funcional. 8a. ed. México, Interamericana, 1975. 1682p. (pp. 1180-1191)

16. Romery, S. et al. Gynecology and obstetric: The - health care of women. 2nd. ed. New York, Mcgraw-Hill, 1981. 1294p. (pp. 989-991)

17. Rubin, P. Oncología clínica para estudiantes de medicina y médicos; un acceso multidisciplinario. Traducción modificada. Dr. H.F. Castro y cols. - Guatemala, Hospital General San Juan de Dios, - 1980. 986p. (pp. 734-760)

18. Scully, R. et al. Endometrial hiperplasia and neo— plasia. Clin Obstet Gynecol 1982 Mar; 3(60):39-47, 63-73

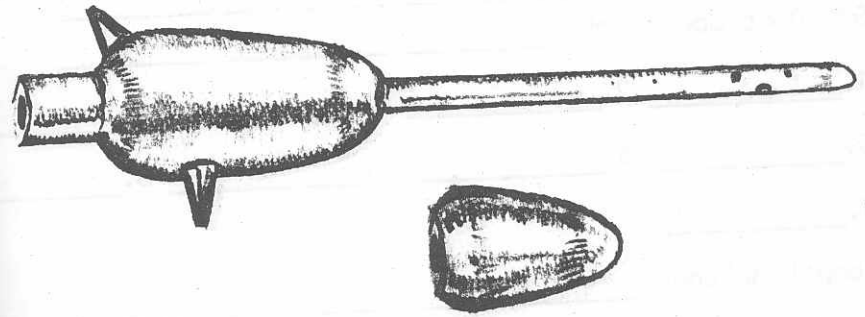
19. Solomón, C. et al. Mixometra resulting from mucous metaplasia of the endometrium. Am J Obstet Gynecol 1954; 68(160):860-873

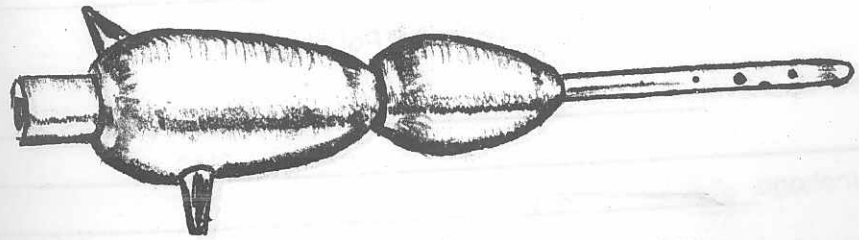
20. Tiltman, A.J. Mucinous carcinoma of the endometrium. Obstet Gynecol 1980 Feb, 20; 55(2):435-443

Vo Bo

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

La cánula de Gravlee Jet Washer modificación Salazar, consiste en una cánula única (no doble), de 6 mm. de diámetro (mas gruesa que la original), con dos orificios en toda su longitud, separados por un tabique, que en el extremo distal se encuentran sellados y en el proximal se unen por medio de dos sondas a una jeringa de 50 cc. y a un recipiente para recibir la muestra. - Así mismo se creó un reducidor (que actuaba como tapón de caucho), de diferente volumen (de acuerdo al tamaño del orificio externo) que se introducía atravez de la - cánula por estar perforado en el centro, luego era colocado en el canal cervical y se creaba así la cavidad cerrada. Finalmente la técnica se ejecutaba como se - describió anteriormente.





FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ No. Histórico clínico: _____

Antecedentes personales:

Médicos: _____

Familiares: _____

Quirúrgicos: _____

Traumáticos: _____

Hábitos: _____

Alergias: _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Gestas ____ para ____ abortos ____ L.U.I. _____

S/V Pre operatorio _____ _____ _____

S/V Post operatorio _____ _____ _____

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____

9. _____

Complicaciones: _____

Informe Patología

Jet Washer: _____

Curetage _____

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

ORME:

Dr. Jorge Rolando Vela Galindo
ASESOR.

Jorge Rolando Vela Galindo
Médico y Cirujano
Iegtado No. 4074

Dr. H. Federico Castro
MEDICO

SATISFECHO:

Dr. Sergio Romeo Rímola S.
REVISOR.

BADO:

DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Cámbara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 28 de Septiembre de 1984.-

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
U S A C
CICLO LECTIVO 1984
DECANO 82 - 86
Dr. Mario René Moreno Cámbara
GUATEMALA, C. A.

conceptos expresados en este trabajo
responsabilidad únicamente del Autor.
glamento de Tesis, Artículo 44).