

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
BIBLIOTECA CENTRAL
INVENTARIO: 10126107



DIAGNOSTICO DEL CARCINOMA
CERVICO-UTERINO POR MEDIO DE
LA CITOLOGIA CERVICO-VAGINAL

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR

ALFONSO MEJIA ZELAYA

PREVIA OPCION DEL TITULO DE
DOCTOR EN MEDICINA

SEPTIEMBRE DE 1963

+
616.99466

21516d

1963

F. med.

Ej. 4

22836

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector:

DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA

Secretario General:

LIC. MARIO FLORES MACALL

FACULTAD DE MEDICINA

Decano

DR. VICENTE AREVALO

Secretario

DR. ALBERTO NORRLES RODRIGUEZ

INTRODUCCION

La curabilidad del cáncer depende grandemente del estado en que el enfermo llega al tratamiento.

En los últimos años se ha progresado mucho en el diagnóstico, particularmente en ginecología. Esto se debe al hecho de que el carcinoma más frecuente en la mujer, el del cuello uterino, es accesible al ojo del médico. Para reconocer un carcinoma no es necesario que existan estados de necrosis avanzada. Hoy en día es posible, gracias a métodos diagnósticos afinados, reconocer carcinomas muy precoces y asintomáticos. Aquí está la importancia del diagnóstico citológico de los tumores. Este método empleado ya a fines del siglo pasado no fué muy útil -- hasta que Papanicolaou publicó en 1943 su interesante monografía. Ningún otro campo de la medicina se presta tan bien al empleo del procedimiento como la ginecología, ya que el lugar del crecimiento del tumor es fácilmente accesible.

Algunos Anatomopatólogos afirman que el examen de una célula no permite reconocer si ésta pertenece a un tejido normal o a un tumor y que por esa causa el diagnóstico citológico de los tumores es inseguro. Si bien es cierto que todavía no existe una característica absolutamente clara de la célula tumoral, se conoce, como veremos mas adelante, un gran número de criterios que permiten hacer un diagnóstico diferencial u un diagnóstico casi seguro cuando aparecen células sospechosas repetidas veces dentro del mismo frotis.

El citodiagnóstico del carcinoma del cuello uterino requiere la confirmación histológica. Por consiguiente, la eficacia de la citología depende mucho de la sutileza que el médico ponga en la obtención del tejido para el examen histológico y del diagnóstico del anatomopatólogo. Una biopsia insuficiente puede dejar pasar inadvertida la alteración más grave, con el resultado de que el diagnóstico citológico parezca erróneo. Al anatomopatólogo le es a menudo difícil derivar de fragmentos pequeños de tejido el diagnóstico acertado que caracterice la índole de la lesión. El valor de la labor citológica y la seguridad del citodiagnóstico aumenta con el esmero que se aplique para lograr que se confirme la positividad del estado citológico.

En nuestro Hospital, en todos los casos en que se sospecha una alteración precoz en la citología, se procede a la biopsia seriada y cuando ésta es insatisfactoria para un diagnóstico definitivo se practica la conización. De esta manera, la colaboración entre el Citólogo, el Ginecólogo y el Anatomopatólogo proporcionan una información inequívoca, a la vez que el diagnóstico citológico está sujeto a una crítica constructiva.

El presente trabajo tiene como base la revisión de las primeras 1.000 citologías realizadas en el Hospital de Maternidad General, así como un análisis de las técnicas para obtención y coloración de la muestra, y por objeto hacer énfasis en las ventajas de dicho método como procedimiento diagnóstico en el cáncer genital femenino y, en particular, en el cáncer del cervix.

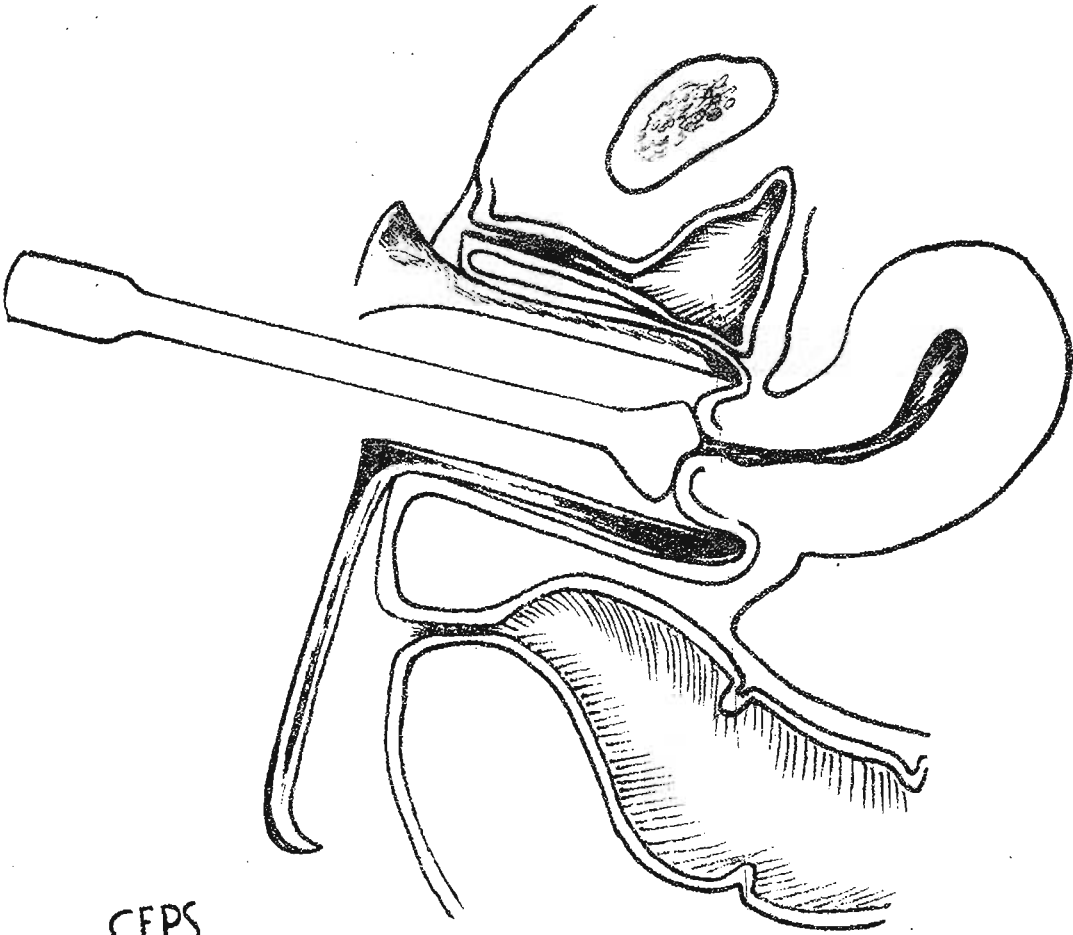
Las citologías revisadas se practicaron en el lapso com---

TÉCNICA PARA OBTENER Y FIJAR LA MUESTRA

- (a) Visualización del cuello uterino con un espéculo seco (figura No. 1).
- (b) Con una espátula de AYRE (figura No. 3) se procede a un raspado circular del cuello uterino.
- (c) El material obtenido se extiende sobre una lámina (figura No. 6) a la que previamente se le ha anotado en uno de sus extremos el número del registro hospitalario; este extendido se hace con un movimiento circular como podemos observar en la figura No. 6 y no extenderlo como se aprecia en la figura No. 7.
- (d) La muestra así obtenida se fija por medio de inmersión inmediata en alcohol etílico al 95%.

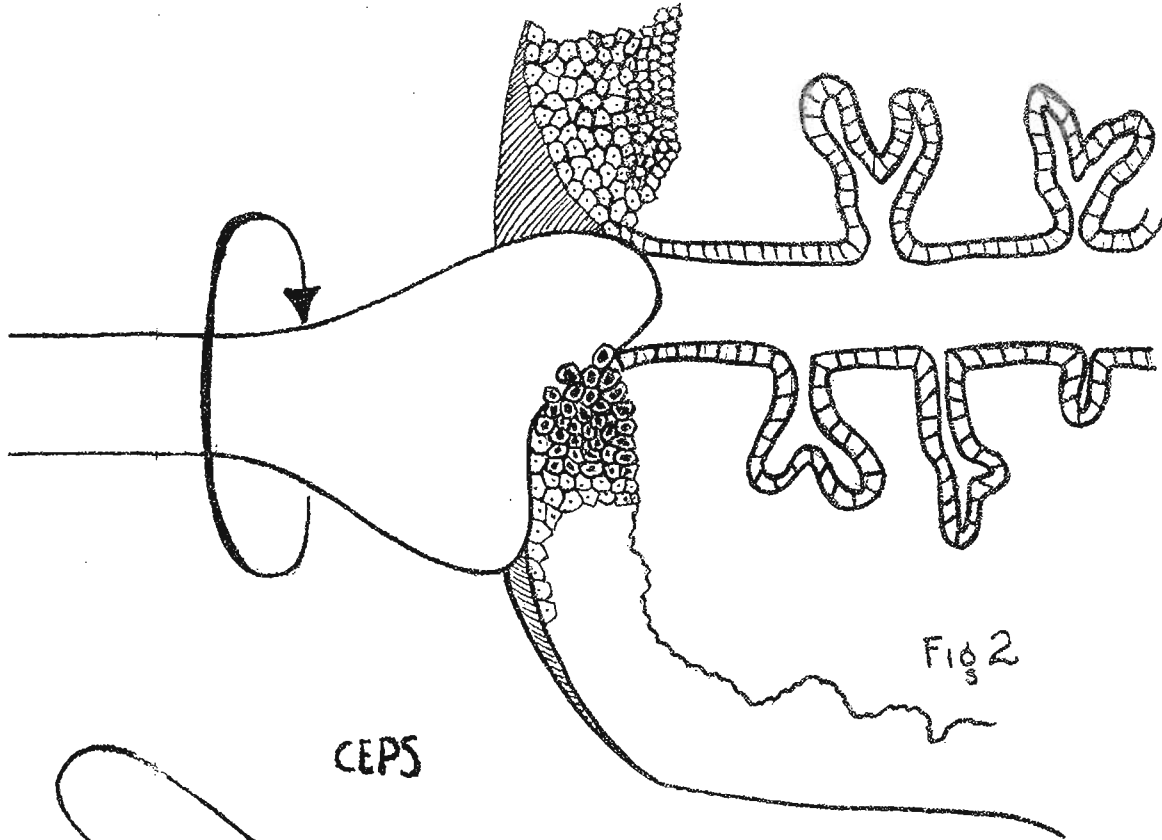
Al enviar la muestra al laboratorio de citología se consigna el nombre y edad de la paciente, la fecha en que se tomó la muestra y de la última menstruación, sitio de la muestra, resumen de la historia clínica, diagnóstico y tratamientos previos (operación o tratamiento hormonal).

El método usado en nuestro Hospital, como lo he descrito anteriormente, es el del raspado cervical con la espátula de AYRE, el cual es considerado por muchos autores como el procedo



CEPS

FIG 1



CEPS

Fig 2

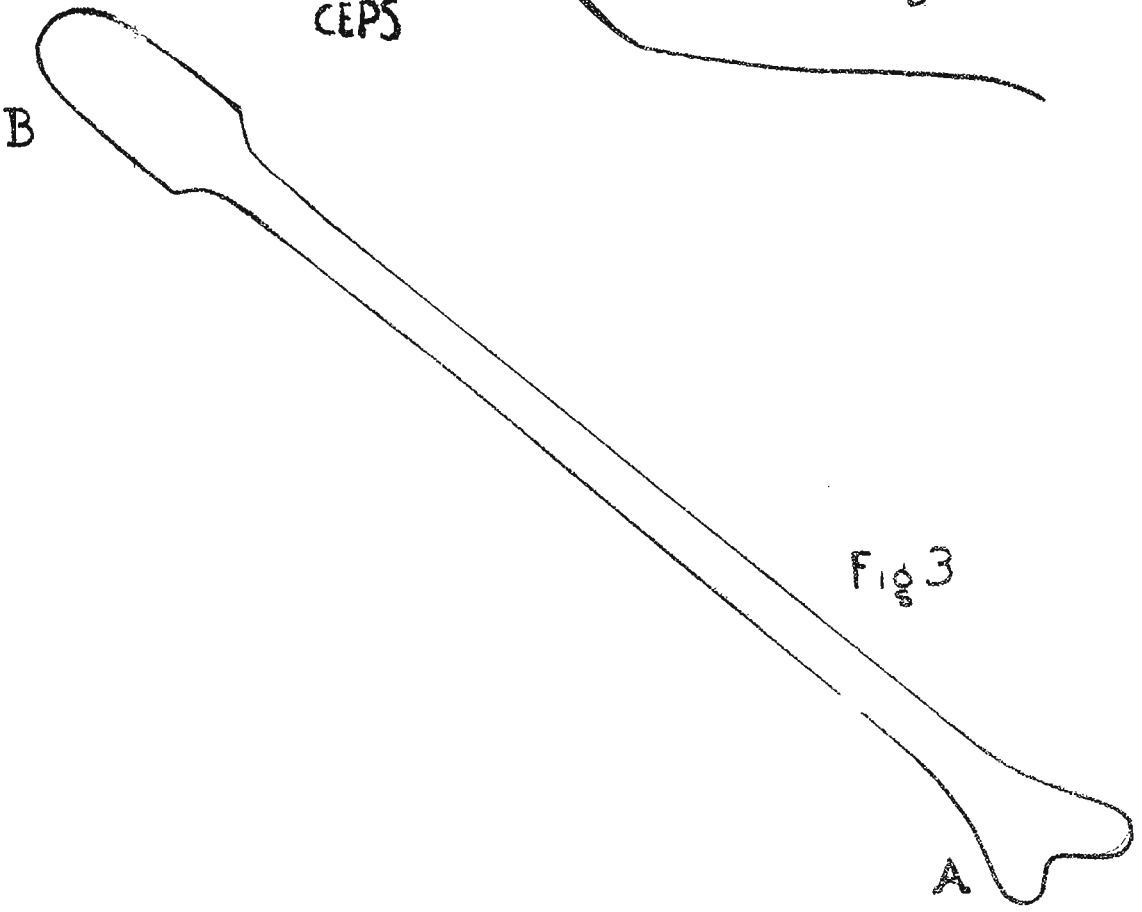


Fig 3

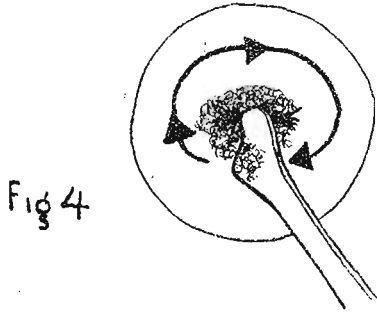


Fig 4

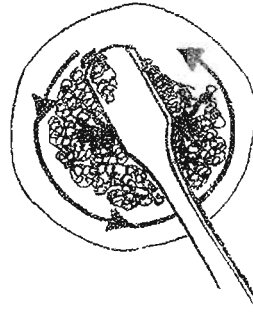


Fig 5

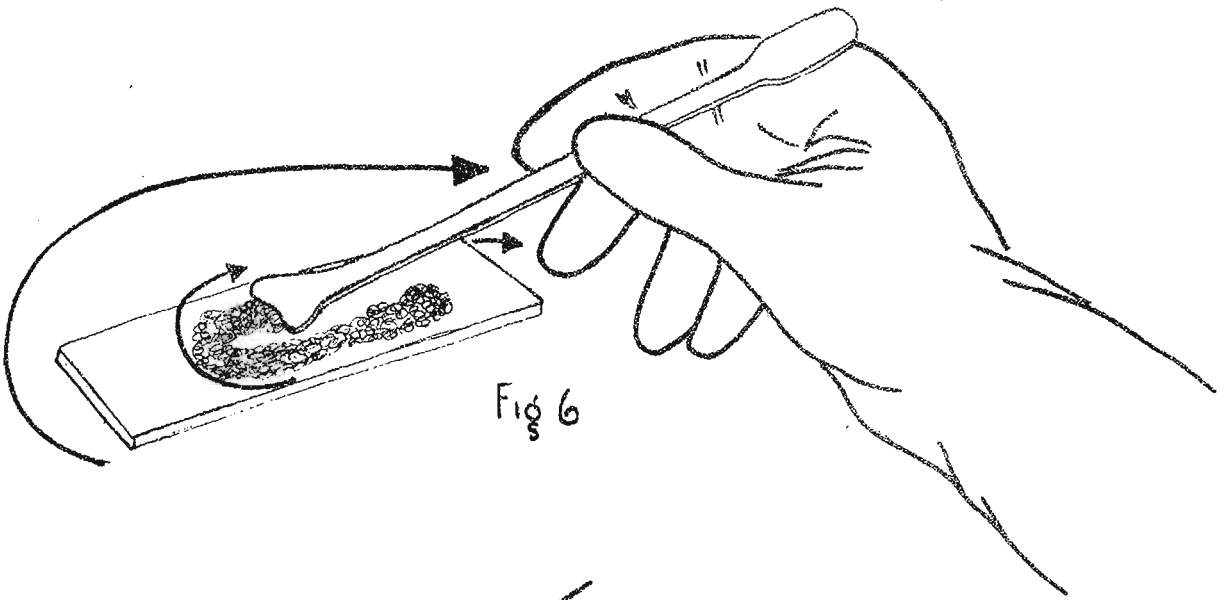


Fig 6

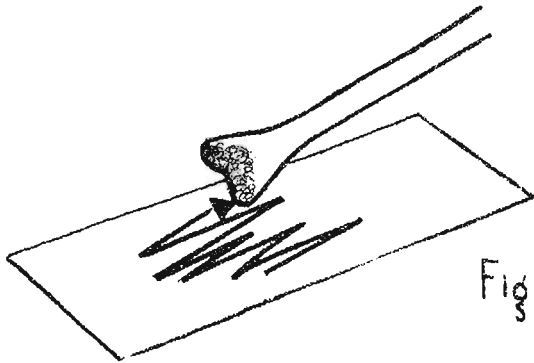


Fig 7

CEPS
Tomado de F. Netter

F. Netter
M.D.

HPTP

CRITERIO DE MALIGNIDAD

El criterio general puede ser subdividido en:

- I Criterio basado en las modificaciones estructurales de las células y de sus núcleos.
- II Criterio basado en cambios en las inter-relaciones de las células que se evidencian en grupos celulares o fragmentos de tejido.
- III Criterio indirecto.

I Modificaciones Estructurales de las Células y sus Núcleos.

(A) Cambios nucleares.

- 1 .- Agrandamiento desproporcionado del núcleo, alteración apreciable de la relación nucleocitoplasmática normal.
- 2 .- Aumento del contenido de cromatina causando hiper-- cromasia.
- 3 .- Anormalidades estructurales, como un patrón anormal de cromatina.
- 4 .- Agrandamiento de nucleolo o un aumento en su número más allá de la variabilidad normal.
- 5 .- Multinucleación cuando se asocia con atipia nuclear.

- 6 .- Actividad mitótica, con figuras mitóticas anormales.
- 7 .- Marcado engrosamiento de la membrana nuclear.
- 8 .- Cambios degenerativos, como vacuolización anormal, decoloración o completa reabsorción del núcleo.

(B) Cambios citoplasmáticos.

- 1 .- inclusiones citoplasmáticas como pigmentos granulares, leucocitos o restos celulares.
- 2 .- Vacuolización atípica.

(C) Cambios totales de la célula.

- 1 .- Agrandamiento celular más allá de su variabilidad normal.
- 2 .- anormalidad en la forma de la célula.
- 3 .- Cambios degenerativos o necróticos.

II Criterio basado en la inter-relación Celular.

- 1 .- Irregularidad del ejemplar (en grupos de células exfoliadas, o fragmentos de tejidos, la irregularidad del ejemplar implica una falta de uniformidad en la orientación de las células y de sus núcleos.)
- 2 .- Discariosis y anisocitosis. Los términos discariosis y anisocitosis se refieren a las marcadas variaciones del tamaño del núcleo de células de un mismo tipo dentro de un grupo y no a variaciones halladas en una sola célula aislada en la preparación. Este es uno de los datos más significativos en el crite-

rio de malignidad.

- 3 .- Pérdida de los límites celulares.
- 4 .- Grupos densos y "amontonamiento" de células y núcleos.
- 5 .- Inclusión de una célula en otra: en muchos casos este proceso da la impresión de fagocitosis, en otros casos es el resultado de la presión que una célula ejerce sobre otra como resultado del "amontonamiento".
- 6 .- Estratificación marcada. La estratificación en grupos celulares tiene más valor como criterio de malignidad cuando va asociado de hiperchromasia, elongación y otras anomalías celulares. Una estratificación muy marcada se encuentra usualmente en los estados avanzados de carcinoma del cervix.

III Criterio indirecto.

- 1 .- Presencia de sangre. La presencia de gran cantidad de sangre fresca en la muestra no es tan sugestiva de malignidad como el encontrar eritrocitos degenerados. (En los estudios iniciales de carcinoma del cervix es raro encontrar sangre en las muestras.)
- 2 .- Exceso de linfocitos.
- 3 .- Leucocitos polimorfonucleares: estos son primordialmente característicos de infección; se observan en estados avanzados de carcinoma del cervix en los que las infecciones secundarias son frecuentes.

CLASIFICACION DE LOS HALLAZGOS

CITOLOGICOS

Las muestras no siempre pueden ser contestadas como negativas o positivas. Hay casos en que los hallazgos no son concluyentes y para estos casos es que se ha ideado la clasificación en distintos grados.

Grado I o Negativa: Cuando hay ausencia de atipicidad y de células anormales.

Grado II o Ligeramente Sospechosas: Citología atípica, pero sin evidencia de malignidad.

Grado III o Sospechosa: Citología sugestiva, pero no concluyente de malignidad.

Grado IV o Altamente Sospechosa: Citología muy sugestiva de malignidad.

Grado V o Positiva: Citología conclusiva de malignidad.

CASUÍSTICA

CUADRO No. 1

	<i>N</i>	<i>LS</i>	<i>S</i>	<i>AS</i>	<i>P</i>	<i>INS</i>	<i>TOTAL</i>
SEPTIEMBRE	256	22	7	1	13	15	314
OCTUBRE	176	10	7	1	9	8	211
NOVIEMBRE	185	31	7	9	21	22	275
DICIEMBRE	100	17	8	3	13	6	147
ENERO (8 días)	35	6	2	1	5	4	53
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	752	86	31	15	61	55	1000
PORCENTAJE %	75.2	8.6	3.1	1.5	6.1	5.5	100

Clave *N* = Negativa o Grado I

LS = Ligeramente Sospechosa o Grado II

S = Sospechosa o Grado III

AS = Altamente Sospechosa o Grado IV

P = Positiva o Grado V

INS = Muestra insatisfactoria

Archivo Hospital	Diagnóstico Clínico	Primera citología	Citología de control	Biopsia
30576	Colpitis	51-LS	558-S	-----
30361	Leucorrea	60-LS	-----	625803 Cervicitis crónica
45613	Cervicitis	90-LS	512-N	626047 Cervicitis crónica
21750	Cervicitis	111-LS	-----	625177 Cervicitis crónica
30068	Cervicitis sospechosa	116-LS	532-N 788-N	6332 y 631387 Cervicitis crónica
50234	Leucorrea	174-LS	-----	626883 y 627751 - Cervicitis crónica
78187	Cervicitis	234-LS	513-N	624010 Cervicitis crónica
31238	Cervicitis	306-LS	2854-A	-----
267	Sospecha - de Neo	378-LS	-----	626711 Cervicitis crónica
31517	Prolapso - Grado II	418-LS	-----	626382 Cervicitis crónica
4151	Cervicitis	467-LS	792-N	627582 Cervicitis crónica
32113	Emb. 7o. - mes, Cervicitis	493-LS	690-N	-----
29569	Cervicitis	531-LS	714-N	627583 Cervicitis crónica
76151	Fibroma uterino	556-LS	-----	627661 Cervicitis crónica
77267	metrorragia funcional	605-LS	-----	632007 Cervicitis crónica

Cont. CUADRO No. 2

Archivo Hospital	Diagnóstico Clínico	Primera citología	Citología de control	Biopsia
34267	Cervicitis	606-LS	886-N	-----
82793	Prolapso Gra ^{do} II descarta ^{do} Neo de endometrio	702-LS	1231-N	627970 Negativa a malignidad. - 63708 Cervicitis crónica. 631668 Adenocarcinoma de endometrio - grado II
21663	Hemorragia funcional	703-LS	-----	627890 Cervicitis crónica
81808	Erosión cervical	710-LS	1104-LS 2148-LS	63750 Cervicitis crónica y - 633937 Cervicitis Ag. y crónica con metaplasia epidermoide focal
82837	Cervicitis? Neo?	718-LS	-----	627961 Cervicitis crónica
33975	Cervicitis	748-LS	981- "	-----
5421	Cervicitis	771-LS	1010-LS	-----
81699	Prolapso - grado III	777-LS	-----	628509 Cervicitis crónica y - Leucoplasia focal
44818	Cervicitis sospechosa	800-LS	1368- "	-----
82873	Cervicitis	812-LS	-----	628608 Cervicitis crónica
83205	Prolapso - total. Neo?	824-LS	-----	628301 Cervicitis Ag. y crónica
83303	Cervicitis	836-LS	-----	631353 Cervicitis crónica con metaplasia epidermoide focal



Cont. CUADRO No. 2

Archivo Hospital	Diagnóstico Clínico	Primera Citología	Citología de control	Biopsia
83300	Metrorragia funcional	846-LS	961-N	-----
83541	Vaginitis Senil	902-LS	-----	631075 Cervicitis crónica
83680	Leucorrea	933-LS	-----	63195 Cervicitis aguda y crónica
84027	Enf. vírica infl.	967-LS	1189-N	-----

En los cuadros del 2 al 5, los números que van junto a -- los diagnósticos Citológico e Histopatológico corresponden al archivo del laboratorio respectivo.

En el cuadro anterior, después de tratamiento las citologías de control se volvieron negativas en 12 de las pacientes; una se hizo sospechosa (no se continuó el estudio por que la enferma no regresó al Hospital), dos permanecieron en el estado de ligeramente sospechosa, de las cuales una de las pacientes continúa en tratamiento, habiéndosele citado para nueva citología y biopsia, y la otra no se presentó al control en la fecha señalada.

En 22 casos se efectuó biopsia con los resultados siguientes: 16 Cervicitis Crónicas, 2 Cervicitis Crónicas con metaplasia epidermoide focal, 1 Cervicitis y Leucoplasia y 1 Cervicitis Crónica y adenocarcinoma del endometrio grado II. En este

último caso me detendré un momento para hacer las consideraciones pertinentes.

R.C. de G., registro No. 82793, de 58 años de edad.

Consulta por primera vez el 20 de Noviembre de 1962; el motivo: Hemorragia genital.

Historia: desde 2 meses antes se inician sus molestias -- consistiendo estas en dolor en el hemiabdomen inferior y hemorragia genital.

Antecedentes: operada de un carcinoma gástrico 4 años antes.

Antecedentes obstétricos: grávida I para I hijos vivos 1.

Examen pélvico: genitales externos sin particularidades -- U. B. y S. negativo, periné flácido, cistocela 1, cuello duro cerrado. Cuerpo pequeño, descendido ligeramente. Al espéculo: cuello sano, se toma citología.

Impresión clínica: prolapso II, descartar Neó del endometrio.

Indicaciones: ingreso para legrado diagnóstico.

La citología fué informada como ligeramente sospechosa -- (No. 702). El 22 de Noviembre de 1962 se le practicó legrado -- diagnóstico y el reporte operatorio textualmente dice: Cuello pequeño, sano; utero histerometría 3 cm.; anexos negativos. Se extrae escasísimo endometrio. La respuesta de Anatomía Patológica, según biopsia No. 627970: muestra de 1 mm.; las escasas glándulas encontradas más parecen ser de tipo endocervical. -- Conclusión: Negativa a malignidad.

iso un 92% de diagnósticos exactos con muestras obtenidas directamente de la cavidad endometrial; en tanto que con muestras cervicovaginales de las mismas pacientes sólo hizo 60% de diagnósticos exactos. ROSSIGNOL, obteniendo el material de la cavidad endometrial con un cepillo de nylon, encontró positivas 83 (86%) muestras de 96 casos de adenocarcinoma del endometrio; en las mismas pacientes, con el frotis cervical detectó 59 casos - (61%) y en muestras obtenidas del fornix posterior diagnosticó 61 o 31 (32%).

Es claro que con muestras obtenidas directamente de la cavidad endometrial aumenta el número de diagnósticos precoces de cáncer del endometrio; sin embargo, el procedimiento es molesto para la paciente en contraste con el método cervicovaginal que no ocasiona ninguno. Por esto no puede ser recomendado como un examen rutinario, pero sí debe hacerse en aquellas pacientes cuya historia clínica y examen físico orienten hacia una patología endometrial.



CUADRO No. 4

Archivo Hospital	Diagnóstico Clínico	Primer Cytología	Citología de control	Biopsia
0567	Carcinoma cervix grado II A	56-AS	-----	625991 Carcinoma epidermoide grado II
8574	Carcinoma cervix	524-AS	-----	62714 Cervicitis crónica, adenocarcinoma grado IV
2439	Carcinoma cervix Grado I B	598-AS	-----	627580 y 6389 Papiloma
2440	Prolapso grado III sospecha - Neo endometrio	611-AS	-----	628265, 627578 y 628539 Cervicitis crónica y endometrio atrófico
2503	Cervicitis sospechosa	620-AS	1058-LS	627635 Cervicitis aguda y crónica
0648	Carcinoma cervix grado IA	628-AS	-----	628063 Carcinoma epidermoide grado I
2628	Cervicitis sospechosa	661-AS	724-LS	627929 Cervicitis crónica con metaplasia epidermoide de algunas glándulas, - 628049 Cervicitis crónica
2847	Quiste ovario derecho o del ligamento ancho	694-LS	778-P 912-P	628346 Carcinoma epidermoide grado II
1615	Erosión cervical	712-AS	-----	628349 Carcinoma epidermoide grado II
3020	Carcinoma cervix grado III	773-AS	-----	628100 Carcinoma epidermoide grado II

Cont. CUADRO No. 4

Archivo Hospital	Diagnóstico Clínico	Primera Citología	Citología de control	Biopsia
2980	Carcinoma cervix grado II B	783-AS	-----	628137 Carcinoma epidermoide grado III
3253	Cervicitis? Hco?	830-AS	1187-P	63197 Carcinoma epidermoide grado II
4747	Cervicitis sospechosa	891-AS	-----	628564 Carcinoma in situ
3467	Carcinoma cervix grado II A	897-AS	-----	62852 Carcinoma epidermoide grado III
4015	Carcinoma cervix grado II A	953-AS	-----	6333 Carcinoma epidermoide grado II

En todas las pacientes cuyas citologías fué altamente sospechosa se practicó biopsia. El estudio histopatológico confirmó malignidad en 11 (73.3%) de los 15 casos.

Clínicamente existía evidencia de patología cervical en 4 pacientes. En 1 el diagnóstico clínico fué de quiste del ovario derecho o del ligamento ancho y una citología de rutina descubrió una fuerte sospecha de malignidad; a continuación un resumen de este caso:

H.P.O. de 23 años, registro No. 42847 consultó el 20/XI/62 referida del hospital Rosales por tener el "útero desviado" los síntomas que acusaba eran dolor en el "vientre" y estreñimiento de 6 meses de evolución.

Diagnóstico Anatómico: carcinoma epidermoide grado II -- (transicional) del cervix. Endometrio secretor final. Miometrio sin particularidades. Trompas salpingitis subaguda focal. Ovarios quistes foliculares pequeños. Ganglios sin particularidades. Vagina sin particularidades.

El caso anterior pone de manifiesto la importancia de la citología cervico vaginal como método complementario de todo examen ginecológico.

Otra de las pacientes de este grupo que clínicamente fué catalogada como cervicitis sospechosa (registro Hospital No. -- 44747), el día que consultó se le tomó citología y biopsia. Resultado: citología No. 891 altamente sospechosa de carcinoma epidermoide. Biopsia No. 628564 carcinoma in situ; como no regresó para el resultado de los exámenes mencionados, se ha encargado al servicio Médico Social para que la localice.

Archivo Hospital	Diagnóstico Clínico	Primera Citología	Citología de control	Biopsia
'7335	Cervicitis	52-P	-----	623209 Cervicitis crónica --- 637415 Carcinoma epidermoide grado III
'0145	Carcinoma cervix	79-P	-----	625625 Carcinoma epidermoide grado II
'9921	Carcinoma cervix grado III A	88-P	-----	625448 Carcinoma epidermoide grado II
'0495	Carcinoma cervix grado III	110-P	-----	625886 Carcinoma epidermoide grado II
'0736	Carcinoma cervix grado III	125-P	-----	626186 Carcinoma epidermoide grado III
'0413	Carcinoma cervix grado II	126-P	-----	625848 y 626185 Carcinoma epidermoide grado II
'9456	Carcinoma cervix grado II B	134-P	177-P	625938 Carcinoma epidermoide grado II
'0898	Carcinoma cervix grado III	140-P	-----	626274 Carcinoma epidermoide grado I
'8495	Cervicitis	162-P	595-P	626683 Carcinoma in situ
'1101	Carcinoma cervix grado III	244-P	-----	-----
'0634	Emb. 14 semanas y carcinoma cervix grado I	232-P	-----	626046 y 627558 Carcinoma epidermoide grado II

Cont. CUADRO No. 5

Archivo Hospital	Diagnóstico Clínico	Primera Citología	Citología de control	Biopsia
21221	Carcinoma cervix grado IV	294-P	-----	626543 Carcinoma epidermoide grado III
28779	Sospecha Neo del cervix	305-P	-----	626551 Carcinoma epidermoide grado I
21219	Carcinoma cervix grado III	316-P	-----	626580 Carcinoma epidermoide grado III
26961	Carcinoma cervix	318-P	-----	622893 Carcinoma epidermoide grado II
21394	Carcinoma cervix grado II A	350-P	-----	626682 Carcinoma epidermoide grado II
21438	Carcinoma cervix grado II	387-P	-----	-----
21442	Carcinoma cervix grado II B	392-P	-----	-----
21537	Carcinoma cervix grado II	432-P	-----	626851 Carcinoma epidermoide grado III
21531	Carcinoma cervix grado II	433-P	-----	626849 Huestra - insuficiente
21535	Carcinoma cervix grado II	436-P	-----	627056 Carcinoma epidermoide grado III
21596	Carcinoma cervix	447-P	-----	626881 Carcinoma epidermoide grado III
22234	Carcinoma cervix grado III	542-P	-----	627419 y 628656 Carcinoma epidermoide grado II

Cont. CUADRO No. 5

Archivo Hospital	Diagnóstico Clínico	Primera Citología	Citología de control	Biopsia
2152	Carcinoma cervix grado II	545-P	-----	627471 Carcinoma epidermoide grado III
2253	Metrorragia funcional	554-P	-----	627664 Cervicitis crónica y -- 628262 Carcinoma insitu
2368	Carcinoma cervix grado II	572-P	-----	627509 Carcinoma epidermoide grado II
2373	Carcinoma cervix grado IV	575-P	-----	627511 Carcinoma epidermoide grado II
2736	Carcinoma cervix grado III	576-P	-----	626029 Carcinoma epidermoide grado III
2032	Carcinoma cervix grado II A	593-P	-----	627238 Carcinoma epidermoide grado III
2490	Carcinoma cervix grado II	594-P	-----	627579 Carcinoma epidermoide grado II
1892	Carcinoma cervix grado II B	614-P	-----	627113 Carcinoma epidermoide grado III
2502	Carcinoma cervix grado II	627-P	-----	628050 Carcinoma epidermoide con embolos cancerigenos
2522	Carcinoma cervix	659-P	-----	627720 Carcinoma epidermoide grado II
2747	Carcinoma cervix grado II A	693-P	-----	628770 Carcinoma epidermoide grado III

Cont. CUADERO No. 5

Orden Hospital	Diagnóstico Clínico	Primera Citología	Citología de control	Diagnóstico
2240	Metrorragia Cervicitis	697-P	-----	627880 Carcinoma epidermoide grado II
2487	Carcinoma cervix grado III	698-P	-----	627877 Carcinoma epidermoide grado II
2346	Carcinoma cervix grado IV	699-P	-----	627883 Carcinoma epidermoide grado I
4295	Carcinoma cervix grado I	741-P	-----	-----
8277	Carcinoma cervix grado II	781-P	-----	628138 Carcinoma epidermoide grado II
2193	Carcinoma cervix grado II A	782-P	-----	628139 Carcinoma epidermoide grado III
3114	Carcinoma cervix grado II A	802-P	-----	628226 Carcinoma epidermoide grado II
3117	Carcinoma cervix grado II B	806-P	-----	626227 Carcinoma epidermoide grado II
3173	Carcinoma cervix grado III	819-P	-----	628302 Carcinoma epidermoide grado II
7209	Carcinoma cervix grado II	820-P	-----	628714 Carcinoma epidermoide grado III
2746	Carcinoma cervix grado I C	863-P	-----	628508 Carcinoma epidermoide grado II
3461	Carcinoma cervix grado II	877-P	-----	628563 Carcinoma epidermoide grado III

procedió a cauterizar el cervix en tres ocasiones.

En el mes de septiembre en que empezó a funcionar el laboratorio de citología, se le tomó una muestra de rutina con el resultado siguiente: Citología No. 52 hay células descamadas de carcinoma epidermoide, conclusión positiva.

La paciente no regresó al Hospital; pero, al revisar los expedientes para éste trabajo y encontrar la citología mencionada, se localizó por medio del servicio Médico Social, tomándosele biopsia y nueva citología el 31 de agosto de 1963, con los resultados siguientes: Biopsia No. 637415 carcinoma epidermoide III (transicional), #07a: se revisa la biopsia No. 623209 observándose que además de la cervicitis hay un pequeño fragmento con hiperplasia atípica del epitelio de revestimiento.

No. 2.- G.P.H., de 42 años, registro No. 48495

Consultó el 20 de septiembre de 1962 por: Leucorrea y dolor en el vientre.

Antecedentes obstétricos: grávida VI para V abortos I.

Examen ginecológico: al espéculo abundante leucorrea, cuello muy ligeramente erosionado, se toma citología. Tacto vaginal: U.B. negativo, seriné de multipara. Vagina libre. Cuello rasgado. Cuerpo pequeño en la línea media. Anexos negativos.

Impresión clínica: cervicitis.

Citología No. 162, hay células descamadas de carcinoma epidermoide, conclusión positiva.

No. 3 .- a. P. F., de 43 años, registro No. 82253.

Consultó el 3 de noviembre de 1962 por: hemorragia genital de 10 días de duración F.U.R. 10/x/62.

El examen pélvico fué negativo. Se toma citología de rutina.

Impresión clínica: metrorragia funcional.

Indicaciones: progesterona 100 mgs. I.A. diario No. 3 control en 8 días.

Resultado de la citología No. 554 hay células escamadas de carcinoma epidermoide, conclusión positiva.

En base a la citología se ingresó practicandosele legrado diagnóstico y conización del cuello uterino el 12/xi/62.

Resultado de la biopsia No. 627664 endometrio proliferativo inicial. Cervicitis crónica; se pidió al laboratorio de Anatomía Patológica que fuese revisada la biopsia anterior ya que, la citología había sido positiva; en la revisión se encontró - que había metaplasia papilosa de algunas glándulas con imágenes compatibles de carcinoma in situ.

El 3/xii/62 se le practicó una histerectomía abdominal total con salpingo-ovariectomía bilateral. El resultado del estudio de la pieza operatoria según biopsia No. 628262 carcinoma in situ. Endometrio proliferativo. Miometrio normal. Trompas - normales. Ovarios quistes foliculares. NOTAs: no se encontró lesión residual.

El hecho de no haber encontrado en los dos casos anteriores lesiones residuales en las piezas operatorias, no tiene nada de extraño tratándose de carcinomas *in situ*; ya que, en ambas pacientes se hizo conización del cuello uterino, y sabido es, que la conización en presencia de carcinoma *in situ* constituye una intervención que se ejecuta, no solo con fines diagnósticos sino que terapéuticos.

En la otra paciente de este grupo en que clínicamente se diagnosticó metrorragia funcional y cervicitis (registro No. - 82240), se ingresó para logro diagnóstico y biopsia del cervix con el resultado siguiente: Biopsia No. 627880 carcinoma - epidermoide grado: II. De tal manera que hasta posteriormente - al diagnóstico histológico se hizo el diagnóstico citológico.



Como la mayoría de las citologías revisadas que fueron -- clasificadas como Sospechosas, Altamente sospechosas y Positivas tienen estudio histológico, traigo a consideración el es-- quema, de lo que corresponde en el estudio histológico cada u-- no de los diferentes grados de la clasificación citológica.

CITOLOGIA	HISTOLOGIA
Grado I o Negativa	Normal a cervicitis (aguda o crónica)
Grado II o Ligeramente sospechoso	Hiperplasia Basal
Grado III o Sospechosa	Diversos grados de Anaplasia
Grados IV y V	Carcinoma in situ
Altamente Sospechosa y Positiva	Carcinoma invasivo

1. - La revisión de este trabajo comprendió 1.000 citologías, con los resultados siguientes: Negativas, o grado I, 752 (75.2%); Ligeramente sospechosa, o grado II, 86 (8.6%); Sospechosa, o grado III, 31 (3.1%); Altamente sospechosa, o grado IV, 15 (1.5%); Positiva, o grado V 61 (6.1%).
2. - En las 838 que suman las citologías Grados I y II, solo hubo un caso de malignidad, y este no fué detectado por el método citológico; se trató de un adenocarcinoma del endometrio. Como se ha señalado, con frotis cervicovaginal no es posible diagnosticar mas allá de 65% de malignidad cuando ésta tiene origen en el endometrio.
3. - No se encontró falsas negativas en lo que se refiere a carcinoma del cervix.
4. - En 19 casos (61.2%) de los 31 clasificados como sospechosa, o grado III, se completó el estudio con biopsia del cervix, comprobándose malignidad en 9 de ellas (47.4%).
5. - En todos los casos diagnosticados como altamente sospechosa, o grado IV, se efectuó biopsia cervical. El estudio histológico confirmó la fuerte sospecha de malignidad en 11 pacientes (73.3%); en una de ellas clínicamente no existía patología del cervix y el frotis de rutina orientó la investigación, que se confirmó por la biopsia, con el consiguiente tratamiento en una etapa mas temprana, lo que da un pronóstico mas favorable.

El cáncer cervical descubierto en fase temprana casi --- siempre puede curar. Usando la citología cervicovaginal como método de rutina aumenta considerablemente el número de carcinomas de cervix diagnosticados en etapas tempranas.

Es obligatorio una educación adecuada de las mujeres, insistiendo en la necesidad de que se sometan a exámenes pelvianos sistemáticos y actualmente un examen pelviano no puede considerarse completo si no se complementa con un frotis cervicovaginal.

Siempre que el diagnóstico citológico sea de grado III o mayor, aun en presencia de cervix clínicamente sano, debe procederse a la biopsia cervical.

En presencia de un diagnóstico citológico de grados IV o V, en el cual las biopsias resulten negativas, debe proceder se a la conización del cuello uterino.

Siempre que exista una lesión cervical sospechosa, a la par que el frotis cervicovaginal debe tomarse una biopsia, --- pues los dos métodos diagnósticos no deben considerarse antagónicos, sino complementarios.

Siempre hay que buscar en el tejido la confirmación de los datos citológicos para saber la extensión, el poder invasor y la localización de la lesión, pues, como ya se dijo antes, la citopatología y la histopatología son complementarias.

BIBLIOGRAFIA

- 1 .- Ayre, J. Ernest, Atlas de Citología cervical, publicado --
por Abbott Laboratories International Company. 1949
- 2 .- Ayre, J. Ernest, Cáncer Cytology of the Uterus. 1-17-31.
1951
- 3 .- Boschamm, H.W. Endometrial Cytology in, Pall Cancer Prog.
10-194. 1960
- 4 .- Clauss, J. La Citología Como Medio Diagnóstico del Cáncer
Genital Femenino. Artículo sobre un estudio llevado a cabo
en la clínica ginecológica del Hospital General de Hambur-
go-Barmbeck.
- 5 .- Day, Emerson. Evaluation of Exfoliative Cytology as a ---
Screening Method For Pelvic Cancer. Clinical Obstetrics -
and Gynecology. 1191-1192 Vol. 4 No. 4 1961
- 6 .- Hectch, E.L. The Endometrial Aspiration Smear. Research Sta-
tus and Clinical value. AM. J. Obstetric and Gynecology -
71-819. 1956.
- 7 .- Isaacs, John H. Diagnóstico de Carcinoma del Cuello. Clí-
nicas Médicas de Norte América 38-45. Enero 1961