

11201

7
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S.

CORRELACION CITO HISTOLOGICA EN LESIONES GASTRICAS

TESIS DE POSGRADO QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD
EN ANATOMIA PATOLOGICA LA PRESENTA.

Araceli Adriana Corral Cossío

FALLA DE ORIGEN

1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

R E S U M E N

En este estudio se revisan 106 casos de citologías y biopsias de lesiones gástricas obtenidas por endoscopia en un lapso de 4 años en el Departamento de Gastroenterología del Hospital General de México S.S., teniéndose excelentes resultados de correlación en donde la patología maligna ocupa el primer lugar con 54 casos de Adenocarcinoma que corresponden al 50.8%.

El segundo lugar lo ocupa la Úlcera Gástrica con 28 casos que corresponden al 26.4% y en tercer lugar tenemos a la Gastritis Crónica atrófica que ocupa el 16%. La identificación de microorganismos como C.P. fue posible en casos de biopsia en un 14.8% y 3.7% en citología.

INTRODUCCION

Desde la aparición del gastroscopio flexible ideado por Benedict (1) se intentó obtener biopsias selectivas bajo visión directa de lesiones gástricas. Posteriormente y antes del advenimiento del gastrofibroscopio se adaptaba a éste una sonda con una esponja para raspar la lesión. En 1958 Hirschowitz (1) publicó la primera descripción sobre la utilidad del gastrofibroscopio para obtener este tipo de material y desde entonces numerosos investigadores japoneses diseñaron y utilizaron instrumentos para obtener material citológico de lavados o cepillados mejorando notablemente los resultados en detección del cáncer gástrico incipiente.

Mucho se ha escrito desde entonces aplicando la citología gástrica para resolver el problema de la detección del cáncer gástrico en etapas tempranas y además se ha podido caracterizar lesiones benignas como la metaplasia intestinal que es reconocida desde hace varios años como un cambio descrito en la gastritis crónica atrófica, que además tiene una expresión morfológica bien definida en cortes histológicos. (2) Como esta lesión podemos mencionar varias que se han correlacionado citológica e histológicamente.

El objetivo del presente trabajo es evaluar la utilidad diagnóstica de los métodos citológicos e histológicos fundamental

mente en lesiones no neoplásicas haciendo hincapié en que el uso de varios métodos eleva considerablemente la certeza diagnóstica de las lesiones gástricas.

Se describirán brevemente algunos datos importantes de la histología y citología de la mucosa gástrica, enfatizándose los hallazgos que son importantes para este trabajo bajo de correlación cito-histológico.

HISTOLOGIA

En el estómago existen 3 tipos de glándulas fundamentalmente; las que están localizadas cerca del cardias, las del piloro y las que ocupan la mayor parte del estómago o sea las zonas del fondo y cuerpo gástrico.

Desde el punto de vista del diagnóstico citológico, las que tienen mayor importancia son éstas últimas, por ser las que ocupan mayor superficie. Esta zona se divide de la superficie a la profundidad en 3 capas; la superficial que ocupa la cuarta parte de la mucosa y que está constituida por la mucosa foveolar, que no solamente se encuentra superficialmente sino que se introduce en las hendiduras foveolares. Las células que revisten esta zona en sus porciones profundas, son las que presentan más cambios regenerativos y su citoplasma puede contener gránulos de mucina.

En ocasiones se identifican en esta mucosa algunas células me-

nos diferenciadas que corresponden al elemento a partir del cual se origina el resto de las células de la mucosa gástrica.

Las tres cuartas partes restantes de la mucosa están constituidas por túbulos o hendiduras perpendiculares que en la profundidad forman estructuras serpentiformes de aspecto acinar. Localizadas en el cuello de las hendiduras hay algunas células mucosas, las cuales son cilíndricas piramidales con base ancha y cuello estrecho. En esta zona además se encuentran las células parietales u oxínticas que tienen un citoplasma eosinófilo y las células principales o zimógenas que son piramidales y de citoplasma basofílico. Las células argentafines de localización profunda se encuentran entremezcladas con las células parietales y principales; son aplanadas y pueden identificarse selectivamente con tinciones de plata.

El epitelio superficial y foveolar es columnar alto, secretor de moco, con núcleos basales y citoplasma eosinófilo finamente granular, a veces hay vacuolas pero no de la magnitud de las células caliciformes, que se encuentran normalmente en la mucosa intestinal.

CITOLOGIA NORMAL Y ANORMAL

Casi siempre el único tipo de epitelio que se observa en el material citológico es el epitelio superficial, generalmente en láminas o microbiopsias que al ser observado por arriba muestra un aspecto característico en "panal de abeja" que se define

mejor con movimientos del tornillo micrométrico; cuando se observan de perfil ya sea en forma aislada o bien en la periferia de estos acúmulos, las células son cilíndricas y se disponen en empalizadas, a veces con una pequeña cola alargada, los núcleos son redondeados u ovals con cromatina gruesa regular, membrana nuclear nítida y uniforme y un pequeño nucleolo, el citoplasma es abundante y finamente vacuolado. En ocasiones puede haber descamación de estructuras tubulares, de aspecto glandular, en donde se identifican todas las características normales de estas células. Frecuentemente estos elementos sufren cambios degenerativos y a veces de mala fijación como retracción nuclear, cariopícnosis y pérdida de su estructura cromática, la que a veces se condensa y se vuelve hipercromática, cuando además hay destrucción celular se pueden identificar fenómenos de cariólisis y cariorrexis. En algunas ocasiones cuando la célula no se ha destruido pero presenta graves fenómenos de tipo degenerativo el citoplasma se vuelve fuertemente eosinófilo. Cuando la técnica usada para la obtención de estos frotis es el raspado y este se hace enérgicamente, los especímenes citológicos pueden contener células principales, las cuales contienen gránulos basófilos.

Las células parietales son pequeñas, cilíndricas y con gran vacuolación del citoplasma. Este material puede estar contaminado con células que proceden de la cavidad nasal, oral, esófago,

pulmón o bronquios. Las células de epitelio plano son fáciles de identificar y pueden estar presentes todos los estratos -- del mismo. Las células ciliadas de mucosa nasal y pulmón son cilíndricas de citoplasma abundante y núcleo basal y en un extremo tienen una barra terminal de la cual salen cilios. En pacientes con patología bronquial además de estas células ciliadas se pueden encontrar células caliciformes que deben ser identificadas como de origen en epitelio bronquial al estar aisladas y entremezcladas con células ciliadas y con histiocitos de origen pulmonar, estos además de su núcleo reniforme y citoplasma abundante y finamente vacuolado contienen partículas de carbón fagocitado, en ocasiones además de estas células y fragmentos de moco se pueden encontrar espirales de Curschmann.

En este material es posible identificar partículas de comida, fibras de músculo estriado o células vegetales que ocasionalmente pueden ser origen de problemas diagnósticos.

Cuando el espécimen se obtiene bajo visión directa de la zona lesionada se puede observar material inflamatorio con aspecto de exudado eritrocitos en varias fases de conservación y por supuesto microorganismos, los cuales pueden no ser significativos, además hongos como la *Alternaria* sp que es un contaminante del aire o esporas e hifas de *Cándida* sp las cuales se encuentran en lesiones gástricas, sobre todo cuando cambia la acidez.

En la literatura se menciona al grupo de Leptotrix presente -- tanto en especímenes normales o úlceras, carcinomas y linfomas.

Recientemente se ha señalado el Campylobacter Pylori (CP) un -- papel patógeno en algunas enfermedades ⁽³⁾ gástricas por lo que su identificación aunque laboriosa, es obligatorio efectuarla en el material de rutina de citología y de biopsias.

El CP es una bacteria Gram (-) no esporulada que mide 3.5m. de largo por 0.5m. de ancho, en los especímenes de biopsia se observa como un organismo ondulado en forma de U, ⁽⁴⁾ se puede -- observar con tinciones de hematoxilina y eosina o Papanicolaou atrapado en fragmentos de moco (Fig.1), adherido al extremo --



Fig. 1 CAMPYLOBACTER PYLORI EN UN CORTE HISTOLOGICO. Teñido con hematoxilina y eosina. Se observan adyacentes al epitelio foveolar en como pequeñas es_{tr}ucturas en forma de U (flecha). 40X.

libre de las células de la mucosa gástrica (5). Por supuesto -- que con tinciones especiales como las de plata, Giemsa, naranja de acridina o Giménez, (6) su identificación es más fácil -- (Fig.2).

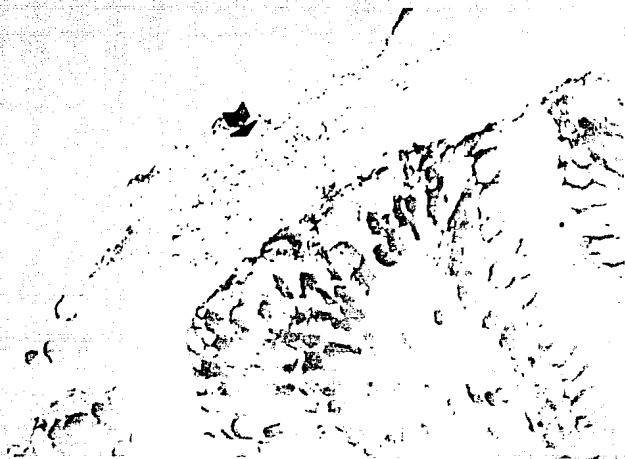


Fig. 2 CAMPYLOBACTER PYLORI EN CORTE HISTOLOGICO. Teñido con tinción de plata (W-S) con lo que el microorganismo se hace mas aparente (Flecha). 40X.

Este microorganismo se debe buscar en citología con gran cuidado y se le encuentra inmerso en el moco que está junto a las -- células de epitelio foveolar generalmente acompañado de un fondo grumoso pero no sucio y sin detritus celulares. En las tinciones de Papanicolaou se tiñen de color azul grisáceo y en las de Giemsa de color violeta como lo muestran las figuras 3 y 4 .

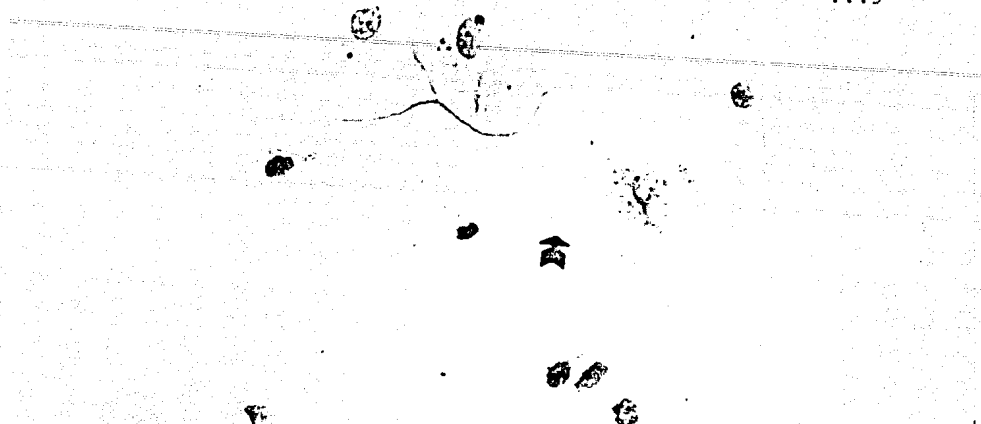


Fig. 3 *CAMPYLOBACTER PYLORI* EN CITOLOGIA. Microfotografía de material con citológica con tinción de Papanicolaou, en ella se observan gran cantidad de microorganismos inmersos en el moco que se encuentra entre las células (flecha) 40x.

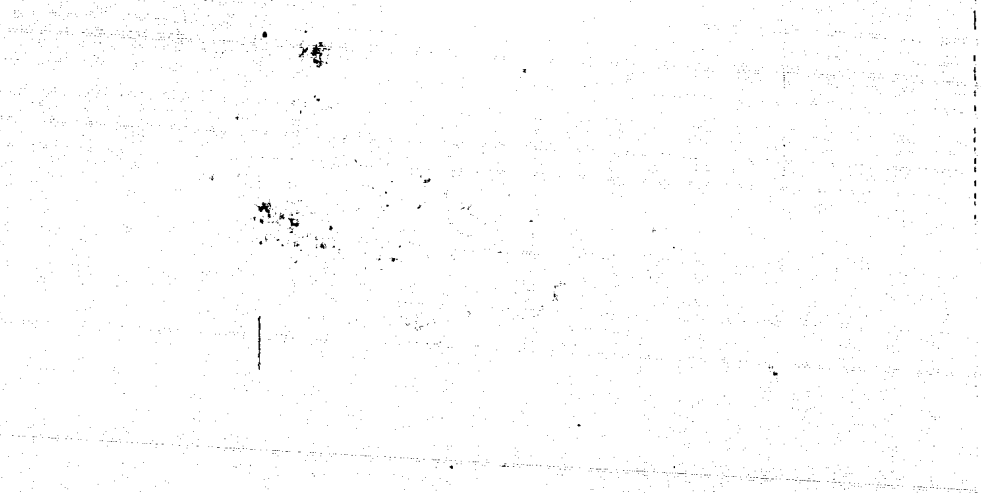


Fig. 4. *CAMPYLOBACTER PYLORI* EN CITOLOGIA. Tinción de Giemsa con la que la bacteria se hace más aparente 40X.

CITOLOGIA EN GASTRITIS CRONICA ATROFICA, ULCERA Y CARCINOMA

Cuando por diversos motivos hay pérdida de la continuidad del epitelio superficial produciéndose lesiones ulcerosas agudas, el material citológico obtenido sobre todo por raspado o cepillado de la úlcera puede contener exudado inflamatorio entremezclados con moco y fibrina, con neutrófilos y eritrocitos así como fragmentos necróticos de la mucosa gástrica; sobre todo si el espécimen corresponde al borde de la úlcera hay láminas en forma --alargada de células con cambios de regeneración (Fig.5)



Fig. 5 REGENERACION GLANDULAR. Corte histológico con varias glándulas en las que el epitelio muestra crecimiento nuclear, hiper cromatismo y mitosis (flecha). Tinción de hamtoxilina y eosina 40X.

Estos fragmentos muestran células de abundantes citoplasma basófilo y núcleos irregulares de cromatina grumosa y nucleolo pro-

minente, no es raro identificar mitosis, estos cambios se ven más frecuentemente en úlceras pépticas crónicas activas, en donde la ulceración tiene un período más largo de duración y estos fenómenos reparativos perduran pudiendo sorprender en cualquier momento de la exploración gastroscópica (Fig.6).

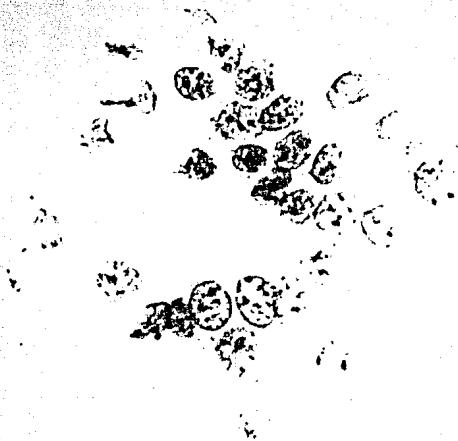


Fig. 6 REGENERACION CELULAR EN MATERIAL CITOLOGICO. Grupo de células dispuestas en lámina con núcleos grandes, cromatina en grumos nucleolos prominentes y citoplasma escaso. Tinción de Papanicolaou 40X.

Los hallazgos citológicos en la gastritis crónica atrófica son conspicuos e invariablemente están asociados a metaplasia intestinal.

Histológicamente la metaplasia intestinal es la sustitución de la mucosa gástrica normal por mucosa de tipo intestinal con --

células caliciformes, células de Paneth y células argentafines así como la presencia de epitelios no secretor columnar con bordes prominentes con microvellosidades en forma de cepillo.

Todos estos datos que pueden ser apreciados fácilmente en la histología de la mucosa gástrica con metaplasia intestinal madura; no se ven tan fácilmente en el material citológico (Fig.7).

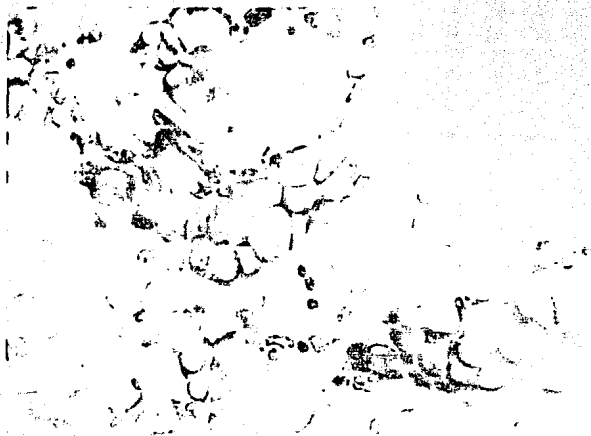


Fig. 7 METAPLASIA INTESTINAL EN GASTRITIS CRÓNICA ATROFICA. Material citológico en donde hay células caliciformes con citoplasma vacuolado y núcleo rechazado a la periferia lo que interrumpe la imagen en "panal de abeja". Tinción de Papanicolaou 40X.

El cambio más frecuente y fácil de observar es la presencia de células caliciformes en el seno del epitelio gástrico. Hay interrupción del patrón en "panal de abejas" por la presencia de grandes estructuras en forma de balón que hacen prominencia al

mover el tornillo micrométrico. Cuando se observan de lado hacen prominencia alternando con las células gástricas normales.

En la literatura se señala que pueden aparecer también las células con borde en cepillo, pero este hallazgo no es tan frecuente en este material, lo mismo que la identificación de las células de Paneth y las argentafines las cuales podrán identificarse solo con técnicas especiales. Se debe enfatizar que la identificación de la metaplasia intestinal es un punto clave - ya que esta lesión se considera como precursora de cáncer gástrico.

En cuanto a las lesiones malignas se refiere el tipo más frecuentemente observado tanto en biopsia como en citología es el de estirpe epitelial, el adenocarcinoma.

La citología de estas células es fácilmente reconocida y de acuerdo al tipo, existen los siguiente criterios histológicos:

1.- Entre mayor diferenciación exista en estas neoplasias las células descamarán en láminas debido a que se conserva la cohesión entre ellas (Fig.8), y entre menos diferenciado sea el carcinoma habrá menos cohesión; esto explica porque el tipo de células en "anillo de sello" descama y se le encuentra en citología como células sueltas en forma individual o en pequeños grupos de dos o tres, sin formar láminas⁽⁷⁾.

2.- La cantidad de citoplasma también depende del grado de di-

ferenciación, siendo más abundante en los casos mejor diferenciados y escaso en los menos diferenciados a excepción del tipo de células en "anillo de sello", caracterizado por poseer abundante citoplasma vacuolado debido a la gran cantidad de moco que existe en su interior que rechaza al núcleo a la periferia; detalle importante para diferenciarlo de macrófagos o células caliciformes (7) es el pleomorfismo nuclear, la cromatina en grumos gruesos y en nucleolo prominente (Fig.9).

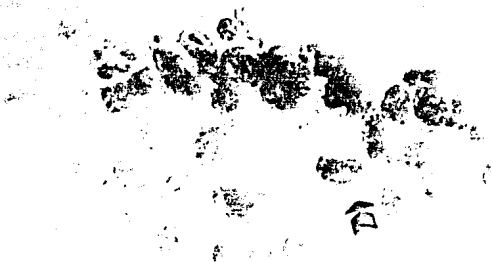


Fig. 8 MATERIAL CITOLÓGICO DE ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO. En forma de lámina los núcleos son irregulares con nucleolos prominentes y mitosis anormales (Flecha) Tinción de Papanicolaou 40X.



Fig. 9 CELULAS EN ANILLO DE SELLO. Provenientes de un adenocarcinoma poco diferenciado. Tinción de Papanicolaou Inmersión 100X.

3.- Las características nucleares también pueden estar en relación directa al grado de diferenciación y a menos diferenciación habrá más pleomorfismo y anaplasia⁽⁸⁾.

En este capítulo no mencionamos los cambios histológicos por ser bien conocidos.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 106 casos del Servicio de Endoscopia del Departamento de Gastroenterología del Hospital General de México S.S. Este material correspondió al lapso de 1983 a 1987, los 106 casos fueron seleccionados por tener patología gástrica ya que los casos de patología esofágica se excluyeron.

Este material con diagnóstico endoscópico de algún tipo de lesión gástrica, cuenta con citología de cepillado de la mucosa gástrica y su correspondiente biopsia.

El material citológico se tiñó con el método de Papanicolaou y las biopsias con hematoxilina y eosina así como algunos casos -- problema con tinciones de PAS, mucicarmin, azul alciano y hierro coloidal para la demostración de moco.

Para poder identificar claramente la morfología de *Campylobacter Pylori* se realizaron en algunos casos tinciones de Warthin-Starry en el tejido y de Giemsa tanto en cortes histológicos como en -- citologías.

RESULTADOS

De los 106 casos que pudimos analizar, en 102 se obtuvo material tanto en la biopsia como en la citología (96.2%).

En 4 casos (3.7%) el material citológico fue inadecuado por estar constituido por células de orofaringe y esófago en 3 casos - y el otro contenía solamente sangre, los diagnósticos clínicos - de estos casos fueron 2 de úlcera gástrica y 2 de gastritis crónica. Cuadro 1.

CUADRO 1

PATOLOGIA MALIGNA	54	50.8 %
PATOLOGIA BENIGNA	48	45.2 %
MATERIAL INADECUADO	4	3.7 %
GASTRITIS CRONICA	2	
ULCERA GASTRICA	2	
TOTAL	106	100 %

En 54 casos (50.8%) de adenocarcinomas 52 correspondieron al tipo bien diferenciado y 2 al indiferenciado de células en "anillo de sello". Cuadro 2.

CUADRO 2
PATOLOGIA MALIGNA

ADENOCARCINOMA 52 *
BIEN DIFERENCIADO

ADENOCARCINOMA INDIFERENCIADO
CELULAS EN ANILLO DE SELLO 2

TOTAL 54

* FALSO NEGATIVO EN LA BIOPSIA GASTRICA, EL DIAGNOSTICO FINAL SE EFECTUO EN LA METASTASIS GANGLIONARES.

En todos estos casos excepto 1 hubo correlación correcta citohistológica. Este caso con diagnóstico clínico y citológico de adenocarcinoma no tuvo correlación en la biopsia tomada simultáneamente del estómago, pero si se pudo comprobar con el resultado de la biopsia de ganglios metastásicos. En este grupo además del diagnóstico de la lesión maligna encontramos asociada a ésta, la presencia de C³ Cuadro 3, en 6 casos en biopsia, 4 casos en citología y en ambos especímenes en 2; resultando un total de 6 -- casos.

CUADRO 3
ADENOCARCINOMA GASTRICO
PATOLOGIA QSOCIADA

	CITOL	BIOP	AMBOS	TOTAL
CAMPYLOBACTER PYLORI	4	6	2	6
CANDIDA sp	8	2	1	9

La presencia de Cándida sp se encontro en 9 casos, 8 en citología, y 2 en biopsia y 1 caso en ambos estudios.

En cuanto a la patología benigna consituida por 48 casos, estuvo representada po 28 casos de úlcera y 17 de gastritis, diagnosticados clínica e histológicamente. Cuadro 4.

CUADRO 4
PATOLOGIA BENIGNA

D. CLINICO	BIOPSIA	CITOLOGIA
ULCERAS	2.8% 26	(2) *
GASTRITIS CON ATROFIA	17 % 14	(3) **
TOTAL	48	

* 2 CASOS DE ULCERA EN LA BIOPSIA MOSTRARON DATOS INFLAMATORIOS.

** 3 CASOS CON GASTRITIS EN LA BIOPSIA MOSTRARON EPITELIO GASTRICO NORMAL EN LA CITOLOGIA.

En este grupo 3 citologías mostraron solamente epitelio gástrico normal probablemente obrenido de zonas vecinas sin patología del área de gastritis de donde se obtuvo la biopsia. Lo mismo que 2 casos de úlcera en los que la citología nos mostró solo datos -- inflamatorios inespecíficos.

De los 28 casos de úlcera en 9 biopsias y 12 citologías se observaron datos de regeneración estando presente este cambio en ambos estudios en 8 casos. Cuadro 5.

CUADRO 5
U L C E R A

	BIOPSIA	CITOLOGIAS	AMBOS	TOTAL
REGENERACION	9	12	8	13
EXUDADO	20	17	10	22
CAMPYLOBACTER P	13	7	2	15
CANDIDA sp		3		3
ALTERACIONES INFLAMATORIAS		2		

El exudado se encontró en 22 casos, 20 en biopsia y 7 en citología y en ambos métodos en 10 casos.

El CP lo identificamos en 15 casos 13 en la biopsia y 7 en citología y 2 en ambos estudios. La presencia de cándida SP se identificó solamente por citología en 3 casos.

En grupo de gastritis crónica constituida por 17 casos el hallazgo más frecuente fue la metaplasia intestinal la cual se encontró en la totalidad de los 17 especímenes de biopsia y 14 en la citología estando presente en ambos en 14. Cuadro 6.

CUADRO 6
GASTRITIS CRONICA

	BIOPSIA	CITOLOGIAS	AMBOS	TOTAL
METAPLASIA INTESTINAL	17	14	14	17
CAMPYLOBACTER P	3	2	1	4
CANDIDA sp		2		2

El CP se descubrió en 4 casos; en 3 biopsias, en 2 citologías y en un caso en ambos procedimientos diagnósticos.

La Cándida sp solamente se halló en 2 citologías.

Un hallazgo fortuito pero que debe señalarse por su importancia en el diagnóstico morfológico diferencial con alguna otra patología específica es la identificación de tejido linfoide descrito en el material citológico el cual se encontró en 11 casos; 4 carcinomas, 4 gastritis y 3 úlceras.

DISCUSION

Con el uso rutinario de la endoscopia gástrica sobre todo con el fibrogastroscoPIO el diagnóstico y reconocimiento de la patología de esta zona ha tenido avances formidables.

No solamente la identificación de las lesiones sino el diagnóstico de neoplasias incipientes con lo que el tratamiento oportuno resulta en la curación completa del enfermo. (9)

La certeza diagnóstica de la biopsia y de la citología son muy elevadas; en nuestro material la citología dió un 100% y la biopsia un 96.2% con un 3.8% de falsos negativos constituidos por un caso en el que seguramente la biopsia fue tomada de un área lejana a la lesión.

Como se puede observar la aplicación de ambos métodos en forma simultánea puede ayudar a que no se hagan falsos negativos. (11)

Citológicamente el diagnóstico del tipo histológico es fácil y puede hacerse con un alto índice de certeza, nuestro material --mostró 52 casos de adenocarcinoma bien diferenciado y 2 casos de adenocarcinoma poco diferenciado de células en "anillo de sello", en nuestro material que en su mayoría fue de lesiones avanzadas no hubo ninguna dificultad en la identificación de las lesiones.

Aparte de averiguar si hay o no lesión neoplásica estos procedimientos morfológicos nos señalaron 40.7% en biopsia y 12.9% en --

citología la presencia del CP, dato importante para el tratamiento sobre todo en las lesiones no necesariamente malignas sino ulcerosas, la identificación de este microorganismo por medio de la morfología no está descrita comúnmente en la literatura, utilizándose en su identificación la metodología bacteriológica.

La presencia de hongos en neoplasias gástricas, especialmente la *Candida* sp no es un evento raro y así fue posible identificarla - más fácilmente en citología 14.8% que en el material de biopsia - 3.7%, esta diferencia seguramente se debe a que es más fácil su - identificación en un frotis que en un corte mezclado con detritus celulares de la necrosis de la neoplasia gástrica.

En el otro grupo de lesiones benignas el diagnóstico citológico - nos aportó algunos datos valiosos.

De los 48 casos correspondientes a úlcera crónica en 45.2% pudimos identificar citológicamente conglomerados de exudado inflamatorio proveniente del lecho de la úlcera activa, que por supuesto en el tejido corresponden a criterio de actividad de la lesión.

Entremezclados con este exudado fue fácil la identificación del - CP aunque nuevamente no hay duda de que es más sencilla su identificación en el material histológico. (12)

De los bordes de la lesión ulcerosa activa se desprenden fragmentos de epitelio con cambios de regeneración, histológicamente son parte obvia de la lesión, en el material citológico lo encontra-

mos en un 42.8%, este material que muestra cierto grado de pleomorfismo puede causar dificultades en su interpretación sobre todo sino se está familiarizado con el aspecto de estas células irregulares de núcleos grandes y núcleo los prominentes así como la presencia de mitosis normales.

La presencia de CP se mostró en el 46.6% y en el 25% en el tejido y en el material citológico respectivamente. La identificación del CP en especial en la enfermedad ulcerosa reviste un mayor interés ya que es bien conocido el papel que juega en la fisiopatología de esta lesión, por lo que la posibilidad de identificarlo con esta metodología debe ser aprovechada al máximo -- utilizando los criterios morfológicos adecuados.

En este grupo de lesiones ulcerosas se identificó a la *Candida* sp más fácilmente en la citología que en tejido, probablemente por las mismas circunstancias que ya han sido señaladas.

En cuanto al grupo de gastritis crónica atrófica, esta entidad es frecuente y tiene criterios morfológicos bien establecidos.

Estos cambios son perfectamente identificados sobre todo en el material histológico, en donde es fácil observar la atrofia del epitelio y la infiltración de la lámina propia así como el cambio de los tipos celulares de la mucosa a metaplasia intestinal.

En este grupo especial de 17 casos, en la biopsia además de los datos ya señalados, la metaplasia intestinal se presentó en el --

100%, la evidencia de este cambio en el material citológico fue el 82.3% y es importante señalar la facilidad con la que en el espécimen citológico se logra identificar el cambio celular -- constituido fundamentalmente por células caliciformes de variadas formas y tamaños.

La presencia de CP no fue importante en la biopsia, 3 casos y 2 en el material citológico.

En 2 casos de gastritis atrófica se encontró *Candida sp* en la citología lo cual no se encontró en la biopsia.

El tejido linfoide del espesor de la lámina propia en condiciones normales es muy escaso, pudiendo aumentar con las alteraciones patológicas en algunos casos. Cuando hay pérdida de la continuidad de la mucosa se puede encontrar en los frotis citológicos obtenidos por raspado de la mucosa gástrica. En 11 casos de patología gástrica diversa, tanto neoplásica como no neoplásica, se encontraron acúmulos de células linfoides islas. Este hallazgo aparentemente no tiene gran significado en cuanto a que identifique a una determinada entidad nosológica, sin embargo es importante reconocerlo claramente como tal pues pueden confundirse con núcleos sueltos malignos. (10)

A pesar de las dificultades que la toma de los especímenes de biopsia y citología implican, ambos materiales obtenidos en general fueron adecuados y estuvieron bien manejados en cuanto a su fijación, corte y tinción.

En el grupo de especímenes histológicos todas las muestras fueron suficientes, los frotis citológicos nos dieron en 3.7% de material inadecuado y este porcentaje corresponde a: 2 Gastritis crónicas y 1 úlcera, en las que solamente se identificaron células de epitelio plano con probable origen en esófago o en orofaringe. El otro caso que tenía diagnóstico de úlcera gástrica solamente mostró eritrocitos debido probablemente al sangrado de la lesión en el momento de la obtención del espécimen.

CONCLUSIONES

Los estudios histológicos y biopsia de lesiones gástricas obtenidas por endoscopia simultáneamente elevan considerablemente la certeza diagnóstica.

La patología neoplásica es más frecuente en nuestro material que la inflamatoria, (54 casos) existiendo parámetros morfológicos que ayuden a la identificación de las variedades histológicas de las lesiones malignas.

Las lesiones benignas entre las que se identificaron 28 casos de úlceras y 17 de gastritis, presentan una serie de características citológicas a través de las cuales es factible sugerir por este método su diagnóstico.

En material histológico como en muestras citológicas, es posible identificar la presencia de *Campylobacter Pylori* el cual lo fue en el 40.7 y 11.9% respectivamente. más frecuente asociado a úlcera como ya se señaló, esto es importante ya que actualmente se considera como uno de los principales factores patogénicos de lesiones ulcerosas en pacientes con hipoclorhidria.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Taka Hashi.- Citología del cáncer. Editorial Latinoamericana 2a edición, Pag.344-346, 1987.
- 2.- Drake M.- Gastro Esophageal Cytology. Editorial Karger. Australia. Pag.165-177 y 121-125, 1985.
- 3.- Graham D., Klein D.- Campylobacter Pyloridis Gastritis: -- The Past, the present and speculations about the future. Gastroenterology. 82:182-258, 1987.
- 4.- Jessurum J., Bernal S.F.- Gastritis, Ulcera Péptica y Bacterias. Revista Médica Hospital General de México, S.S. --- 50:63-67, 1987.
- 5.- Anderson L.P., Holisks P.C., Clasborg L.S., Justesen T.- Campylobacter Pyloridis in Peptic. Ulcer disease. The A. J. of Gastroenterol. 32:219-221 1986.
- 6.- Douglas WP.- Gastritis, acid hyposecretion and peptic ulcer. The Med. J. of Aust. 142:431, 1985.
- 7.- Quiazalbash A.H., Castelli M.M., Ikwalski M.A., Anre R.T.- Endoscopic Brush Cytology and biopsy in the diagnosis of -- cancer of the Upper Gastro intestinal tract. Acta Cytol. -- 24:13-18, 1980.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 8.- Howell L.P., Wright A.L., Calafati S.A., Rosen S., Soprowska I.M.- Cytodiagnosis of in situ and early Carcinoma of the Upper Gastro Intestinal tract. Acta Cytol. 29:269-273, 1985.
- 9.- Kochhar R.K., Gupta S., Malick A.R., Mehta S.K.- Endoscopic Fine Needle Aspiration Biopsy. Acta Cytol. 31:481-484, 1987.
- 10.- Takeda M., Lewis P., Choi H., Fitta K.- Gastric Remnant - Cancer after Billroth II Procedure Diagnostic Cytopathology. 1:194-204, 1985.
- 11.- Franco R.- Malignant Lesions of the Stomach: Cyto histologic Correlations. Acta Cytol. 23:517-518, 1979.
- 12.- Godwin C.S., Armstrong J.A., Marshall B.J.- Campylobacter Pyloridis gastritis and Peptic ulceration. J. Clin. Pathol. 39:353-365, 1986.