

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

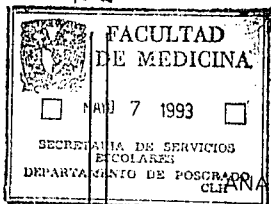
58
2ej



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

ISSSTE

HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"



ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE CITOLOGIA
EXFOLIATIVA CERVICOVAGINAL EN EL H. R. 20 DE
NOVIEMBRE DEL I.S.S.S.T.E. DURANTE 1991"

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

DR. JORGE GARDEA DURAN

**ASESOR:
DR. SALVADOR GAVIÑO AMBRIZ**



ISSSTE

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
GENERALIDADES	7
JUSTIFICACION	25
OBJETIVOS	26
MATERIAL Y METODOS	27
CRITERIOS DE INCLUSION	28
CRITERIOS DE EXCLUSION	29
CRITERIOS DE ELIMINACION	29
RESULTADOS	30
DISCUSION	33
CONCLUSIONES	37
CUADROS Y FIGURAS	40
BIBLIOGRAFIA	61

RESUMEN

El citodiagnóstico se ha convertido hoy en día en un método de rutina dentro de la clínica ginecológica. Se realizó un estudio retrospectivo longitudinal, transversal, de las citologías exfoliativas ginecológicas durante el periodo de tiempo comprendido del 1ero. de enero al 31 de diciembre de 1991, en el H.R. 20 de Noviembre del ISSSTE. Se analizaron 2,211 resultados de citologías cervicovaginales tomados de la Unidad de Detención Temprana del Cáncer de este hospital. Mediante el análisis estadístico se obtuvieron los siguientes datos: el rango de edad fue de 31-40 años con un 32.56% de la población del estudio, el síntoma mas frecuente fue la leucorrea con 62.77%, el rango de paridad fue de 0 a 16 con una mediana de 8, el tratamiento previo mas frecuente fue el quirúrgico: Histerectomía Total Abdominal con porcentaje de 61.53%; en cuanto al tipo de lesión, se encontró una mayor incidencia en la erosión exocervical en 20.66%, el valor estrogénico varió de 0 a 92 con una mediana de 46, la reacción inflamatoria fue mayor en ++ con 48.43%. Así mismo la alteración mas frecuente fue la de tipo inflamatorio con 90.63%. En lo referente a patrón microbiano el de tipo inespecífico fue baciliforme con un porcentaje de 43.19%. El microorganismo con mas incidencia fue la gardnerella en 60.08%. La displasia con mayor presentación fue la tipo I según la

clasificación de la OMS, con 83 pacientes dando un 3.75%. Finalmente el resultado mas frecuente fue negativo II con 97.51%.

Se concluyó que la citología exfoliativa sigue siendo uno de los métodos auxiliares en el diagnóstico de mayor utilidad en la práctica médica del ginecoobstetra, así como se refiere en la literatura y lo demostrado en el presente estudio.

I N T R O D U C C I O N

La historia de la citología del aparato genital femenino se inició con Pouchet (1847) quien describió los contenidos celulares de un frotis vaginal. (2).

En 1917, Stockard y el Dr. George N. Papanicolaou descubrieron el fenómeno de la exfoliación vaginal de los roedores. Así mismo, pudieron comprobar que esta descamación tiene lugar también en la vagina humana, aunque con algo de limitación. En la vagina se encuentran comunmente células desprendidas no solo de la mucosa vaginal sino del epitelio de la portio y algunas veces del endocervix. (2).

En 1917 Stockard y Papanicolaou propusieron una explicación práctica para los métodos citológicos con el fin de investigar la función hormonal. Cuando G.N. Papanicolaou pasó de estudiar sus frotis vaginales de conejillas de indias a estudiar los de mujeres, tuvo oportunidad de examinar las células de las pacientes con cáncer. En 1928, publicó su informe sobre "NEW CANCER DIAGNOSIS", donde dió la siguiente explicación: la primera observación de las células cancerosas en el frotis de un cervix uterino fué una de las experiencias mas emocionantes de toda mi carrera científica.

En el mismo año, el Dr. Aurel Babes patólogo, publicó un artículo esencialmente de la misma aplicación de la citología. (6).

Las características morfológicas de las células cancerosas y de sus núcleos no podrían dejar de impresionar a ninguna persona que las observe por primera vez. (2).

Los conceptos básicos de la citología introducidos por Papanicolaou, fueron desarrollándose progresivamente y a medida que los conocimientos se han venido acumulando, permite hacer diagnóstico de diversos órganos afectados de una enfermedad desde un punto de vista mas amplio.

Papanicolaou refinó la técnica de recolección del cúmulo vaginal de células con la colaboración del ginecólogo Herbert Traut, y en 1943 probaron solidamente la confiabilidad de la citología por medio de la experiencia de su uso convirtiéndola en parte integrante de la práctica médica de calidad.

La técnica de recolección fué refinada aún mas por el Dr. Ernert Ayre, ginecólogo que en 1947 introdujo la utilización de una espátula de madera para raspar el cuello y obtener células directamente de la zona de transformación, sitio principal donde surge el carcinoma cervicouterina. (6).

La citología detecta precozmente el cáncer y otras enfermedades, identifica numerosas infecciones cuando otros

métodos no pudieron hacerlo; mejora el conocimiento del estado endócrino, en especial el valor estrogénico como fue descrito por la Dra. Laguna en la década de los 70's, quien otorgó un valor a cada tipo celular. (18). Además es útil para el conocimiento del cuadro endocrino y para valorar el pronóstico de la paciente y su respuesta a la terapia. Su simplicidad clínica hace que la consulta citopatológica sea fácil para cualquier médico clínico, sea cual fuere su especialidad, formación o experiencia. (3).

La citopatología clínica permite la detección y el diagnóstico de muchas enfermedades en etapas anteriores a lo que nunca había sido posible.

Es la primera en indicar la necesidad de nuevos procedimientos esenciales, diagnósticos y luego evalúa su exactitud. Del mismo modo su empleo indica primero y evalúa después la eficacia del tratamiento apropiado. Mas aún, y quizás lo mas importante, nos permite conocer los procesos biológicos básicos con los que debemos contar en los estados de salud y enfermedad. (3).

Algunos ginecoobstetras han intentado darle la importancia que la citología representa, es importante señalar que la idea es no sustituir a la clínica ni al estudio bacteriológico, sino como un medio complementario; así, utilizando el frotis de Papanicolaou como un medio de diagnóstico de alteraciones

celulares y reporte de agentes infecciosos para su oportuno tratamiento en beneficio de la paciente.

Consideramos importante el estudio de múltiples factores que se puedan relacionar con alteraciones citopatológicas, utilizando un método fácil y de bajo costo como es el papanicolaou y que está al alcance del cualquier paciente. (2).

GENERALIDADES

El examen microscópico de las células derivadas de la superficie y de los revestimientos de los órganos que forman el aparato genital femenino, en la actualidad es una parte importante en el estudio integral de la paciente. (2).

Sabemos que en la práctica de la citología ginecológica se siguen los siguientes pasos: toma de material, fijación, tinción a interpretación del frotis.

Métodos de toma del material.- Para realizar las tomas de la citología ginecológica, es imprescindible visualizar correctamente la vagina y la portio mediante espéculo o valvas. El espejo debe ser introducido sin lubricante, aunque si hay dificultades, puede ser suavizado con unas gotas de suero salino normal. (1).

Hemos de distinguir dos pautas diferentes según la finalidad del citodiagnóstico sea hormonal o bien orgánica o bacteriológica.

En el diagnóstico hormonal, el lugar de la obtención de la muestra debe ser la pared lateral de la vagina o en las proximidades de los fondos laterales.

Sin el motivo fundamental del estudio citológico es el despistaje de lesiones malignas o la investigación

bacteriológica, el lugar de la toma en vagina es el fondo de saco posterior, ya que es el sitio de mayor riqueza en secreciones de vagina y cervix y a veces de las zonas altas del aparato genital.

El primer procedimiento que se utilizó en el citodiagnóstico fue la pipeta de Papanicolaou, que lleva una pera de goma en un extremo para facilitar la aspiración del exudado. Montalvo la recomendaba como ideal para el citodiagnóstico hormonal, pero en general es un método que hoy se encuentra casi abandonado debido a las alteraciones que produce en los extendidos.

El método mas extendido para la toma del frotis vaginal es mediante una espátula de madera, de los que existen varios modelos en el mercado, el mas conocido es el de Ayre, pero el simple depresor de lengua es adecuado.

En el cuello uterino se practican dos tipos de toma de material: una del exocervix y otra en el endocervix. Para realizar la primera se utiliza una espátula de madera, mejor la de Ayre. Con ella, es aconsejable realizar un raspado superficial mediante movimiento circular de la espátula y a continuación uno mas enérgico que permite a veces descubrir carcinomas con creccimiento hacia la profundidad o enmascarado por una leucoplasia.

Como gran parte de los carcinomas de cervix tienen su origen en el límite de los epitelios escamoso y columnar, es en esta

zona en los carcinomas incipientes donde mejor pueden obtenerse células malignas bien conservadas.

La toma de endocervix se practica mediante porta algodones de madera o metálico previamente humedecido, con el que se hace un movimiento giratorio introduciéndolo en el conducto endocervical. (1).

En muchas comunicaciones de la literatura, se compara el cytobrush con el hisopo de algodón, la conclusión es que el cytobrush producirá resultados superiores en la detección de displasia-carcinoma. (10,11,12).

Técnicas de fijación.- Las muestras recolectadas se depositan en la superficie de un portaobjetos limpio previamente marcado, se extiende el material hasta formar una capa muy fina, el frotis preparado no debe dejarse secar, pero debe fijarse inmediatamente mientras esta húmedo. (2).

La técnica mas corriente es la utilización de alcohol-eter, así como el alcohol de 95 grados. Otro método es la fijación por secado al aire. En los últimos años se ha difundido un nuevo método de fijación que simplifica esta y sobre todo permite el envío directo al laboratorio. Consiste en la pulverización con spray de alcohol isopropílico con xiolina o polietilenglicol, después de haber realizado la extensión del material, se cubre el frotis con una pulverización con el spray colocado a unos 15 cm. del portaobjetos. (1).

Técnicas de tinción.- Los métodos de coloración citológica son muy numerosos aunque los más universalmente aceptados son el de Papanicolaou y el de Shorr y sus modalidades.

La técnica de Papanicolaou se basa en el empleo de una solución acuosa de hematoxilina, seguida por soluciones salinas de Naranja G, café de Bismarck y amarillo de eosina. Se emplea rutinariamente debido a que preserva bien aquellos detalles nucleares estructurales en los que se basa la mayor parte de los criterios celulares de malignidad y además provee características nucleares y citoplasmáticos contrastantes con la transparencia citoplasmática diferencial que ayuda mucho en la valoración de la actividad hormonal.

Interpretación del frotis.- Una vez realizada la tinción del frotis, este debe someterse a examen microscópico para efectuar el citodiagnóstico. Esta última fase de la técnica citológica, la mas decisiva, como es lógico solo puede aprenderse mediante el manejo continuo del microscopio. (1).

Causas de error.- El mas importante motivo de error diagnóstico citohormonal es la contaminación de la toma por el moco cervical.

Otra causa de error puede ser la toma en el fondo de saco vaginal posterior para el diagnóstico hormonal. Los baños y las duchas vaginales efectuadas en las 24 hrs. anteriores a la toma, pueden hacer desaparecer las células de importancia para el

examen. No debe limpiarse tampoco el cervix.

Antes de proceder, debe evitarse introducir cualquier medicamento o producto anticonceptivo en la vagina y en particular sustancias caústicas o astringentes. Los frotis deben tomarse siempre antes del tacto vaginal, condición imprescindible para el diagnóstico hormonal. No hacer biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de pólipos antes de la toma citológica. Por ultimo, otra causa de error es el uso de jalea y no de solución fisiológica para la lubricación del espéculo. (1).

CITOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO NORMAL

De acuerdo con factores hormonales y con el sitio y la técnica de la recolección, los frotis citológicos del aparato reproductor femenino contienen distintas combinaciones de los siguientes tipos de células.

Epitelio escamoso estratificado de la vagina y el exocervix.- Las células eosinófilas superficiales son células grandes, poligonales con núcleos picnóticos y un citoplasma rosa, rojo o anaranjado con la tinción policroma de Papanicolaou. Ocasionalmente pueden aparecer gránulos que se supone son de origen nuclear en el citoplasma de estas células.

Células intermedias.- Representa el elemento mas constante y numeroso que se observa en los frotis vaginales. (1). Son células grandes poligonales u ovals con núcleos vesiculares y un citoplasma que tiende a teñirse de distintos tonos de azul y verde. Las células parabasales son mas pequeñas y ovals con núcleos relativamente grandes, centrales y redondos que pueden tener una red de cromatina distinta a la de los núcleos vesiculares de las células intermedias.

Las células basales, llamadas también basales internas o de reserva son células pequeñas y redondas con núcleos oscuros y centrales y escaso citoplasma. Se observan rara vez y a veces son difíciles de identificar debido a su naturaleza indiferenciada y a su parecido con elementos no epiteliales. (1).

Epitelio endocervical.- Las células endocervicales, como elementos glandulares que son, se caracterizan por su enorme fragilidad citoplasmática. Son cilíndricas y pueden excretar moco o ser ciliadas, sus núcleos son ovals y se localizan en el polo opuesto a los cilios, pueden observarse solas o en grupo. (1,2).

EFEECTO DE LA EDAD Y DEL CICLO MENTRUAL

El efecto de la edad y de la fase del ciclo menstrual sobre

la composición celular de la secreción vaginal y cervical normal, se manifiesta de acuerdo a varias consideraciones. El ciclo menstrual normal depende de las respuestas funcionales de todo el aparato reproductor a las variaciones cíclicas en el patrón de los mecanismos reguladores hormonales. Estas respuestas consisten de secuencias de crecimiento y de diferenciación en respuestas a estímulos adecuados.

De los dos tipos de respuesta celular básica al estímulo hormonal (mitosis y diferenciación celular), la morfología de las células epiteliales escamosas que naturalmente se descaman, por lo general se refleja el grado de la segunda.

Antes de la menarca, durante el puerperio y después de la menopausia, se encuentran células basales en distintas proporciones en los frotis vaginales y pueden representar su única población. Esto sucede debido a que bajo estas circunstancias el epitelio escamoso vaginal no se diferencia lo suficiente como para formar un epitelio escamoso estratificado maduro. (2).

VALORACION CITOLOGICA DE LA ACTIVIDAD HORMONAL

El epitelio de la vagina sufre una serie de modificaciones

cíclicas, dependientes fundamentalmente de la secreción hormonal ovárica. El citodiagnóstico vaginal es uno de los métodos de conocimiento de la función ovárica, que no pretende sustituir a los restantes, sino completarlos. Un requisito fundamental en la colpocitología e imprescindible en el citodiagnóstico funcional, es que, el médico envíe al laboratorio los datos clínicos de la paciente, fundamentalmente los siguientes: edad, ritmo menstrual, fecha de última regla y sospecha o certeza de embarazo o menopausia.

También es de interés indicar si ha recibido hormonoterapia en los últimos tres meses. (1).

Acción estrogénica.- Los estrógenos al actuar sobre la vagina producen el crecimiento y la maduración total de la mucosa, todas las capas del epitelio escamoso se engruesan y proliferan bajo la influencia de esta familia de hormonales, mas marcadamente en las células intermedias y superficiales. Los estrógenos hacen que las células maduren hasta las células superficiales antes de la exfoliación, con el consiguiente desplazamiento a la derecha del índice de maduración. Así una paciente con maduración de células parabasales solamente con dosis crecientes de estrógenos, muestra un progresivo desplazamiento del índice de maduración hacia la derecha. Cuando el efecto estrogénico es muy extremado, muchas células superficiales se hacen anucleadas. (1).

ficiales se hacen anucleadas. (1).

Los distintos métodos de valoración de los estrógenos mediante citología son los siguientes:

Índice picnótico.- Se obtiene buscando en el frotis el porcentaje de células vaginales picnóticas. El número total de células a contar debe ser de 200 aunque algunos autores (Allende y Arias) aconsejan llegar a 400.

Índice eosinófilo.- Se fundamenta en la presunción de que solamente a las células maduras corresponde citoplasma de color rosado eosinófilo. El hallazgo de este índice se realiza de análoga forma al picnótico, buscando el porcentaje de células eosinófilas de capa superficial e intermedia de un total de 200 células vaginales.

Índice estrogénico.- Este fué introducido por Sicard y Marson y ha tenido menor difusión que los anteriores, consiste en establecer el porcentaje de células que poseen a la vez un citoplasma eosinófilo y un núcleo picnótico.

Valoración por apreciación subjetiva.- Se basa en la interpretación personal del tipo de células predominantes, el método más extendido es el de Schmitt.

Índice de maduración.- Expresa la actividad estrogénica mediante la relación porcentual de células vaginales parabasales, intermedias y superficiales. Así el índice de maduración (MI) de

un frotis preovulatorio puede ser 0-60-40, indicando que no existen células parabasales, hay 60% de intermedias y 40% de superficiales, mientras que en un frotis de la menopausia que su MI sea 80-20-0, el gran predominio de células parabasales indica una evidente atrofia y por tanto un nivel estrogénico muy débil. Se aconseja el recuento de un total de 100 células aisladas en cinco campos diferentes del frotis. (1). Este llamado índice de maduración indica el grado de maduración del epitelio antes de la exfoliación; la liberación de células menos maduras se denomina inclinación hacia la izquierda, mientras que una inclinación hacia la derecha indica un mayor grado de maduración celular. (2). A fin de obtener el máximo rendimiento del citodiagnóstico hormonal, es preciso saber que existen diversos factores que pueden influir en la presentación de frotis. Los requisitos que deben ser observados los podemos clasificar en los siguientes apartados.

Técnicos.- Toma de la pared lateral de la vagina, seguida de fijación y el resto de las normas antes mencionadas.

Locales.- Las inflamaciones del tracto genital bajo, producen una alteración en el epitelio vaginal que dificultan la interpretación hormonal y si la cervicovaginitis es intensa pueden llegar a impedir el citado epitelio, puede presentar por el estímulo irritativo inflamatorio una exagerada maduración que eleve erróneamente el % de células superficiales, inversamente

erosio vaginales inflamatorias pueden causar la presencia en el frotis de células parabasales.

En estos casos, la valoración hormonal solo podrá hacerse después de una correcta terapia antiinflamatoria. Otro inconveniente para el citodiagnóstico hormonal es la existencia de citolisis que cuando es intensa requiere tratamiento local antibiótico.

Por último con menor frecuencia también se modifica el frotis hormonal por la presencia en la mucosa vaginal de erosiones o irritaciones de etiología mecánica (pesario, cistocele, prolapso uterino) o química por igual mecanismo de la vaginitis. (3,6).

Generales.- La fidelidad de la citología para expresar el estado hormonal ovárico puede estar disminuida en aquellas alteraciones orgánicas que cursan con influencia hepática grave o por efecto de determinadas terapéuticas, principalmente hormonales que se asocian a la acción de hormonas circulantes. Como se sabe, un eslabón importante en el metabolismo de los estrógenos, gestágenos andrógenos y gonadotropinas y en menor grado los corticosteroides y el ACTH pueden alterar la situación hormonal endógena por lo que es imprescindible se indique al laboratorio el tipo, la dosis y la duración del producto utilizado. (2).

ALTERACIONES INFLAMATORIAS

Hay cuatro tipos de reacción inflamatoria: aguda, subaguda y granulomatosa. (1).

La incidencia de inflamación en los tramos genitales bajos es variable a parte de factores ambientales y geográficos que pueden modificar la misma, creemos que el hecho mas trascendente es la importante variación de la frecuencia de la infección genital según el nivel socioeconómico y de educación sanitaria. (1).

La inflamación puede afectar tanto el núcleo como el citoplasma, algunas de estas alteraciones son muy características de determinados agentes (virus, etc.).

Alteraciones citoplasmáticas.- El tamaño de citoplasma no suele modificarse aunque algunas veces puede experimentar algún aumento, con frecuencia existen formas aberrantes y alteraciones en la coloración. Generalmente las células adquieren una coloración eosinófila y los bordes se vuelven difusos; la vacuolización es un fenómeno bastante constante en las alteraciones inflamatorias. (13).

Alteraciones nucleares.- El núcleo puede estar aumentado de tamaño y ser hiper cromático casi opaco. En casos de infección por tricomonas los núcleos son mas pequeños y más densos. La

situación nuclear no suele variar aunque a veces por la existencia de grandes vacuolas el núcleo se desplaza hacia la periferia, las alteraciones más importantes afectan la estructura cromatinica. El número de núcleos puede variar por las alteraciones inflamatorias, es muy característica la multinucleación en casos de infección por el virus del herpes simple tipo II. (13).

La localización de la reacción inflamatoria se basa en que se encontrará mayor porcentaje de leucocitos en la región donde la reacción inflamatoria principal esta ubicada. Los cambios inflamatorios de las células pavimentosas y endocervicales y la presencia o no de histiocitos son datos a evaluar para esta localización regional. Por su intensidad decimos que la reacción inflamatoria es marcada, si existen abundantes leucocitos o importantes cambios celulares; o que es ligera, si es moderado el No de leucocitos. (1,2).

I N F E C C I O N E S

La existencia de orificio cervical interno sirve como frontera entre el conducto cervical y cavidad uterina, la existencia del tapón mucoso en el conducto cervical va a defender los tramos

genitales altos de la llegada de gérmenes. (1).

La vagina en comunicación directa y continuada con la piel del cuerpo, no es estéril y habitualmente esta habitada por numerosas bacterias saprófitas, cuya sola presencia en el frotis no indica infección. La llegada de gérmenes a la vagina puede ser por mecanismo espontáneo o por contaminación provocada de la vagina por el coito, curas, etc. (1).

El hecho de que las vaginitis sean un trastorno tan frecuente (20% de la consulta de Ginecoobstetricia), es ya suficiente como para tener en cuenta su problemática. Se conocen en la actualidad trece enfermedades que pueden transmitirse por contacto sexual, pero sin duda este número se verá incrementado paulativamente. Es conocido que el virus de la hepatitis sérica puede transmitirse por esta vía. Clásicamente se admiten cinco enfermedades sexualmente transmisibles: lues, gonorrea, chancro blando, linfopatía venerea y granuloma inguinal.

Casi todas las infecciones son mixtas. Un agente puede iniciar el proceso o convertirse en la causa principal de la inflamación, pero generalmente muchos agentes participan en un caso dado. A pesar de la terapia de escopeta muy eficaz para ciertas situaciones, es conveniente identificar agentes específicos, para aplicar una terapia específica que de otro modo podría no estar incluida en un enfoque general de amplio espectro. (10).

Las modificaciones inflamatorias celulares provocadas por agentes productores de cervicovaginitis, suelen ceder pronto con el tratamiento correcto, aunque Wachtel y Skacel las encuentran varios meses después de desaparecer el agente causal. (2).

D I S P L A S I A

Las displasias tienen gran importancia en cancerología, ya que estadísticamente se demuestra que preceden en porcentajes variables al desarrollo posterior del cáncer.

Sin embargo no todas las displasias tienen la misma trascendencia cancerológica y por ello se han clasificado de un modo hábil que permita darles a cada una su significado patológico. La displasia es un trastorno o anomalía en el crecimiento normal del epitelio poliestratificado de la porción vaginal del cervix. (1).

Las displasias se clasifican desde un punto de vista histopatológico en tres grados: leve, moderada y severa (I, II, III). Por displasias leves, comprendimos las alteraciones del epitelio poliestratificado, pero permaneciendo la arquitectura del epitelio que conserva su disposición en estratos ordenados. Afecta solo el tercio mas bajo del epitelio. Displasias graves,

entendemos por este nombre a las alteraciones morfológicas y cromáticas de las células que suceden de modo acusado, incluso con atipias y con núcleos gruesos e hiper cromáticos. Las capas basales proliferadas pueden ocupar hasta la mitad o los 2/3 superiores del epitelio poliestratificado. Si se encuentra afectado el tercio medio se establece el diagnóstico de displasia moderada. (1,5).

Richard ha denominado estos cambios como Neoplasia Intraepitelial Cervical grados 1, 2 y 3 y como displasia intensa con carcinoma in situ con las siglas CIN 3. (5).

El sistema de Bethesda a su vez, las clasifica en lesión intraepitelial escamosa de grado bajo o alto. (4).

CARCINOMA CERVICOUTERINO

Las células derivadas de la displasia cervical y del carcinoma in situ se caracterizan por anomalías nucleares que en los casos típicos nos permiten reconocer las lesiones de una neoplasia intraepitelial distinguiéndolas de la neoplasia y del aspecto de carcinoma invasor. Estas características de una gran

relación citoplasmática-nuclear, una cromatina nuclear muy teñida, la irregularidad de los bordes nucleares y frecuentemente bi o multinucleación, el aumento en la aspereza de la red de cromatina y la falta de simetría de los cromocentros contribuyen a la impresión de una afección mas grave de estas lesiones. Cuando estos cambios nucleares afectan a las células superficiales, intermedias, parabasales o endocervicales sufre un patrón celular diferente descrito por G.N. Papanicolaou como discariosis. Se ha observado que la prevalencia de anomalías nucleares en las células basales y parabasales guarda relación con el carcinoma in situ. (1).

El carcinoma de células escamosas bien diferenciado e invasor, las anomalías nucleares son incluso mas pronunciadas, pero el borde poligonal, oval o redondo de las células derivadas de la neoplasia intraepitelial tiende a ser reemplazado por formas raras, alargadas e irregulares. Es característico que sean escasas, aunque pueden observarse grupos de células malignas. En el carcinoma microinvasor se pueden observar grupos celulares que representan mezclas de células derivadas del carcinoma in situ y del carcinoma invasor. Los límites intercelulares pueden perderse en estos grupos de células. (1)

REPORTE CITOLOGICO

El propósito del reporte citológico es el de proporcionar la información que servirá para el tratamiento. Los reportes citológicos de Papanicolaou se clasifican en cinco categorías numericas (I-V), cuya finalidad es la de inducir el aumento de la probabilidad de cáncer. Los reportes citológicos de la clase I a la V siempre se acompañan de oraciones aclaratorias como siguen:

Clase I. No existe evidencia de neoplasia maligna.

Clase II. Existen células atípicas. Sin evidencia de neoplasia maligna.

Clase III. Existen células sospechosas de neoplasia maligna.

Clase IV. Gran evidencia de neoplasia maligna.

Clase V. Evidencia concluyente de neoplasia maligna. (2).

Cuando sea posible, deben añadirse afirmaciones en relación con las anomalías celulares observadas en cuanto a un proceso inflamatorio, a un cáncer o a su lesión precursora, el tipo histológico del carcinoma sospechado, etc. Cuando no exista una explicación de la fuente o de la naturaleza de las células atípicas, esto se especificará claramente. (2).

JUSTIFICACION

Si sabemos que la citología cervicovaginal es un método preciso para estudiar mujeres asintomáticas con cuello de aspecto completamente normal, llegando a establecer diagnósticos de Cáncer Cervicouterino, así como infecciones tanto específicas como inespecíficas, patrón hormonal, celular, alteraciones celulares. Consideramos necesario conocer la frecuencia de alteraciones y valores normales de los puntos antes citados en nuestro medio, específicamente en la población del H.R. 20 de Noviembre del ISSSTE; conociendo estos datos mejoraremos el diagnóstico y tratamiento de nuestras pacientes y por lo tanto su pronóstico. Por otra parte, conoceremos estadísticas reales de nuestro medio en lo referente a alteraciones cervicovaginales detectadas por citología exfoliativa.

Así mismo, valoraremos las carencias tanto de equipo como de personal auxiliar que interfieren en la toma de citología cervicovaginal como un método de diagnóstico de rutina, no solo en la Ginecoobstetricia sino en todas las paciente que acuden al H.R. 20 de Noviembre.

OBJETIVOS

- Conocer los resultados de la citología cervicovaginal en la población del H.R. 20 de Noviembre del ISSSTE. en el año 1991.
- Conocer la frecuencia de alteraciones inflamatorias, infecciones, displasia y CaCu.
- Conocer los síntomas relacionados con las alteraciones del frotis cervicovaginal.
- Conocer la relación entre la edad y el Valor Estrogénico de las pacientes.
- Conocer el tipo de lesión y sitio más frecuente a nivel cervicovaginal de nuestra población.
- Imponer la citología exfoliativa cervicovaginal como parte del protocolo de toda consulta, tanto en pacientes ginecoobstetricas como de otras especialidades.

MATERIAL Y METODOS

De las libretas de registro diario de pacientes que acuden al módulo de UDTC del H.R. 20 de Noviembre, para la toma de citología cervicovaginal en el periodo comprendido del 1ero. de enero al 31 de diciembre de 1991, se tomó el número de registro de cada paciente para localizar el resultado de la citología en el archivo correspondiente. Se obtuvo una población de estudio de 2,306 casos, de los cuales se analizaron 2,227 eliminando 89 resultados por no encontrar la hoja correspondiente. Una vez localizadas las hojas con el resultado, se registraron los datos en la hoja de concentración de acuerdo a las variantes establecidas. Posteriormente se hizo el análisis estadístico de los datos obtenidos a través de porcentajes, promedios y media. Finalmente se graficaron los resultados obtenidos realizando las conclusiones correspondientes.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Citología cervicovaginal tomada en la UDC de este hospital del 1ero. de enero al 31 de diciembre de 1991.
- Resultados de las citologías cervicovaginales de la UDC en el periodo de tiempo comprendido del 1ero. de enero al 31 de diciembre de 1991.
- Resultados Negativo I, II y III, así como IV y V de la clasificación de Papanicolaou.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Citología tomada fuera de la UDTC del H.R. 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Hoja de resultado de citología cervicavaginal extraviada.
- Datos de codificación no confiables.

RESULTADOS

De las 2,211 pacientes del estudio la de menor edad fue de 9 años y la de mayor de 91 años, con el mayor número de pacientes en la 1ta. década de la vida (32.56%). En el cuadro I, se muestra la distribución por grupos de edad. Fig. 1.

El rango de paridad de las pacientes fue de 0 a 16 con una mediana de 8. El síntoma mas frecuentemente encontrado fue la leucorrea con un 62.77% le sigue el flujo sanguinolento con 2.17%, prurito con 1.85%, después hemorragia al coito con 1.71%. Se asociaron leucorrea y prurito en 1.62% de las pacientes estudiadas. Y un 26.50% de las pacientes estudiadas estaban asintomáticas. Los síntomas se representan en el cuadro II. Fig. 2.

Con respecto a los tratamientos previos, el mas frecuente fue el quirúrgico en 64 pacientes (1.53%), todas con histerectomía total abdominal, le siguen en frecuencia el tratamiento hormonal (7.69%), radiaciones en 7.69%, aunque se vio mayor incidencia de legrado (20.19%) quedando al final la electrocoagulación con 3 pacientes que nos dan 2.88%. Los datos se representan en el cuadro III. Fig. 3.

En cuanto al tipo de lesión y sitio, se encontraron 457 pacientes (20.66%) con erosión exocervical, 79 pacientes (3.57%)

con ectropión, ulceraciones en 125 pacientes (5.65%), leucoplasia en 12 pacientes (0.54%), 12 pacientes pólipos endocervicales, 8 pacientes (.36%) con tumoración y 1,518 pacientes (68.65%) sin lesión. Los datos se representan en el cuadro IV. Fig. 4.

El valor estrogénico de las pacientes estudiadas fue de 0 a 92 con una mediana de 46.

En el estudio se encontró reacción inflamatoria ++ en 1,071 pacientes (48.43%), + en 790 pacientes (35.73%), 283 pacientes (12.79%) con reacción inflamatoria +++, 10 pacientes (0.45%) con reacción ++++ y 57 pacientes (2.57%) sin reacción inflamatoria. Se muestran los datos en el cuadro V. Fig. 5.

En las alteraciones celulares encontradas la más frecuente fue la de tipo inflamatorio en 2,004 pacientes (90.63%), basales de erosión en 856 pacientes (38.71%), 167 pacientes (7.55%) con metaplasia epidermoide, disqueratosis en 139 pacientes (6.28%). Los datos se representan en el cuadro VI. Fig. 6.

Al hablar de infecciones inespecíficas encontramos patrón baciliforme en 955 pacientes (43.19%), cocoide en 465 pacientes (21.03%), mixto en 385 pacientes (17.41%) y 406 pacientes (18.36%) sin flora. Representamos los datos en el cuadro VII. Fig. 7.

Los datos obtenidos en cuanto a incidencia de infecciones con gérmenes específicos son los siguientes:

Se encontró Gardnerella en 283 pacientes (12.79%) del total de pacientes estudiadas, HPV en 140 pacientes (6.33%), Candida albicans en 24 pacientes (1.08%), Trichomona vaginalis en 11 pacientes (0.49%), Clamidia trachomatis en 8 pacientes (0.36%) y 5 pacientes (0.22%) con Leptotrix. Cuadro VIII. Fig. 8.

Así obtuvimos 171 alteraciones específicas lo que nos da un 21.27% de este tipo de alteraciones sobre el total de citologías estudiadas.

En lo que se refiere a displasia encontramos los siguientes resultados: Displasia I en 83 pacientes (3.75%), displasia II en 44 pacientes (1.99%), displasia grado III en 21 pacientes (0.94%). Se encontraron en total 158 pacientes con displasia (6.68%) y 2,063 pacientes sin displasia (93.30%), del total de citologías del estudio. Cuadro IX. Fig. 9.

En cuanto al resultado (reporte), se obtuvieron los siguientes resultados: Negativo II en 2,156 pacientes (97.51%), negativo I en 29 pacientes (1.31%), sospechoso III en 17 pacientes (0.76%), positivo IV en 8 pacientes (0.36%) y 1 paciente (0.04%) con reporte positivo V. Cuadro X. Fig. 10

D I S C U S I O N

Los resultados nos muestran que el 32.56% de las pacientes estudiadas tenían entre 31 y 40 años de edad, lo que señala que es la edad en la cual las pacientes se interesan mas por su estado de salud.

De las 2,211 pacientes estudiadas, se encontraron un total de 586 pacientes (26.50%) asintomáticas, Fernández Cid reporta un 20% de pacientes con algún síntoma y en nuestro estudio encontramos un 73.15% de pacientes sintomáticas; esto es algo que no debemos pasar por alto ya que la mayoría de las pacientes refieren leucorrea (encontramos 1,388 pacientes con leucorrea 62.77%), lo que nos muestra la gran incidencia de este síntoma, por lo que debemos pensar e identificar el tipo de germen causal y proporcionar un tratamiento específico a nuestras pacientes.

La paridad de las pacientes de nuestro estudio varió de 0 a 16 con una mediana de 8, lo que nos habla de la gran paridad que existe en nuestra población, sabemos que esto significa traumatismos cervicales por lo cual debemos tomarlo en cuenta en la valoración de nuestras pacientes.

En lo que respecta a tratamientos previos, se encontraron 104 pacientes (4.70%) con algún tipo de tratamiento, siendo el mas frecuente el quirúrgico (HTA) con 64 pacientes lo cual nos da

un 61.53%. Aquí se observa que realmente es muy bajo el porcentaje de pacientes que tienen algún tipo de tratamiento previo, lo cual nos habla de la poca frecuencia con que acuden al médico las pacientes de nuestro estudio.

En cuanto al tipo de lesión y sitio, encontramos la mayor incidencia en erosión exocervical (20.66%), la cual se sabe puede ser causada por infecciones, traumatismos por pesarios, DIU, etc., por lo cual siempre debemos investigar el antecedente de estos en las pacientes que acuden a toma de citología cervicovaginal.

El valor (VE) de las pacientes de nuestro estudio fue de 0 a 92 con una mediana de 46, el cual esta cercano a las cifras reportadas en la literatura. Sin embargo debemos valorar adecuadamente a las pacientes con VE de 80 o más y descartar el uso de hormonales sistémicos o locales, así como la presencia de tumores funcionales de ovario, en especial en pacientes postmenopáusicas.

La mayor incidencia de reacción inflamatoria fue el grado de ++ con un 48.43%, lo cual se asocia con algún tipo de infección específica o inespecífica, a la cual debe darse el tratamiento adecuado.

El tipo de alteración celular que se encontró con mayor frecuencia fue el de tipo inflamatorio con 2,004 pacientes

(90.63%), esta se asocia en un 6.78% a disqueratosis y 4.79% de discariosis. Al igual que la reacción inflamatoria, las alteraciones celulares de tipo inflamatorio se asocian a infecciones en especial HPV o displasia, por lo que estas pacientes deben evaluarse exhaustivamente y proporcionar el tratamiento adecuado, así como valoraciones periódicas. En lo que respecta a las alteraciones inespecíficas encontradas que fueron un total de 1,805 con 955 casos de tipo baciliforme, siendo el más común el bacilo de Doderlein. En 465 casos hubo patrón cocoide, no específica que tipo de cocos se encuentran, por lo que estas pacientes son candidatos a realización de frotis y cultivo para no administrar un tratamiento inadecuado.

Los datos obtenidos en cuanto a infecciones específicas revela que se encontró un total de 471 pacientes, lo que da un 21.27% del total de las pacientes estudiadas. El germen encontrado con mayor frecuencia fue la *Gardnerella vaginalis* en 283 pacientes que representa un 12.79% del total de las pacientes estudiadas y 60.08% del total de infecciones específicas. Los datos obtenidos, coinciden con los reportes de la literatura que mencionan un 49.68% del total de inflamaciones específicas (I. Dexeus).

El HPV fue otro de los microorganismos encontrados con mayor frecuencia con 140 pacientes (6.33%), lo cual demuestra que la

incidencia de este ha ido en aumento en comparación con otros estudios de nuestro medio que hablan de 3.1%. (1987). Debemos valorar a la pareja de estas pacientes con el fin de dar tratamiento y evitar la reinfección de nuestras pacientes.

En cuanto a displasias, la mayor frecuencia se encontró en el tipo I con 83 pacientes (3.75%), le sigue la displasia grado II con 44 pacientes (1.99%) y finalmente 21 pacientes (0.94%) con displasia grado III en un 94.59% de las pacientes, la displasia estuvo asociada a infección por HPV, lo cual nos habla de la gran influencia que ejerce este virus en el desarrollo de este trastorno y nos indica nuevamente, que se debe prestar gran atención al manejo de las pacientes con este problema.

Finalmente los reportes encontrados en nuestro estudio, demuestran la mayor incidencia de Negativo II, con un porcentaje de 97.51% de total de las pacientes estudiadas. Únicamente se encontraron 8 casos (0.36%) de reporte positivo IV y 1 caso (0.04%) de reporte positivo V, lo cual nos muestra una baja incidencia de CaCu detectado por este método en nuestro medio, sin embargo esto no esta de acuerdo con la incidencia de CaCu reportada en la literatura que habla de tasa de 3.6 a 96.3 por 100,000 mujeres. Se debe insistir y hacer campaña entre las mujeres de nuestro medio para que acudan a la realización de citología cervicovaginal, en especial en las pacientes de alto riesgo.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos hacemos las siguientes conclusiones:

1.- La mayor parte de las pacientes estudiadas se encontraban entre los 21 y 50 años, con la mayor frecuencia en pacientes perimenopáusicas que acuden a toma de citología, esto en comparación con los otros rangos de edad.

2.- La mayoría de las pacientes que acuden a toma de citología refieren algún síntoma y de estos el más frecuente es la leucorrea. Solo el 26.50% de las pacientes estaban asintomáticas.

3.- La paridad de las pacientes se encontró con una mediana de 8, lo cual habla de la gran paridad existente en nuestro medio.

4.- La gran mayoría de las pacientes del estudio (95.30%), no había recibido tratamiento alguno antes de la toma de la citología.

5.- El tipo de lesión más frecuente es la erosión exocervical (20.66%) sin embargo, la mayoría de nuestras pacientes no presentaban lesión alguna.

6.- El valor estrogénico promedio de las pacientes del estudio fue de 46.

7.- Un gran porcentaje de pacientes (48.13%) presentaron reacción inflamatoria ++.

8.- La alteración celular mas frecuente fue la de tipo inflamatorio, asociado a infecciones.

9.- No se puede hablar con facilidad de infecciones (alteraciones) de tipo inespecífico, ya que no existen conclusiones estadísticas de los diferentes autores.

10.- Existe una gran incidencia de Gardnerella vaginalis entre las mujeres de nuestra población.

11.- La incidencia de infección por HPV va en aumento respecto a otros estudios.

12.- El grado de Displasia mas frecuentemente encontrado en nuestro estudio fue el grado I.

13.- El reporte mas frecuente fue el Negativo II. Los reportes positivo IV y V, son poco frecuentes en nuestro estudio.

14.- Hacer mayor promoción entre las mujeres de nuestro medio para que acudan a realizarse la citología cervicovaginal por lo menos una vez al año.

15.- Implementar la toma del frotis colpocitológico como obligatorio en toda paciente que acuda a la consulta externa de este hospital.

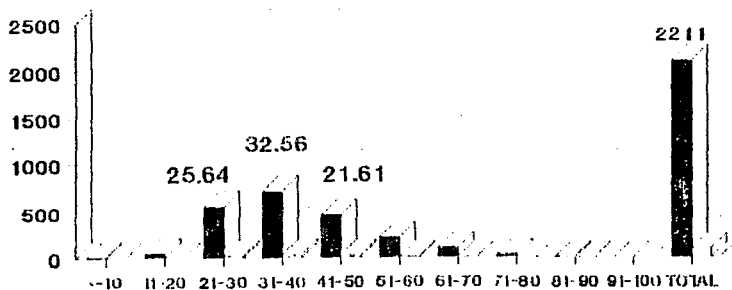
C U A D R O I

DISTRIBUCION POR EDAD

EN EL GRUPO DE ESTUDIO

GRUPOS DE EDAD	NUMERO DE PACIENTES	%
- 10	8	0.36
11 - 20	54	2.44
21 - 30	567	25.64
31 - 40	720	32.56
41 - 50	478	21.61
51 - 60	227	10.26
61 - 70	109	4.94
71 - 80	41	1.85
81 - 90	6	0.27
91 - 100	1	0.04
T O T A L	2111	100

ANALISIS DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE 1991



DISTRIBUCION POR EDADES

NO. PACIENTES
 PORCENTAJE

H.R. 20 NOV. ISSSTE JGD
Grafica:

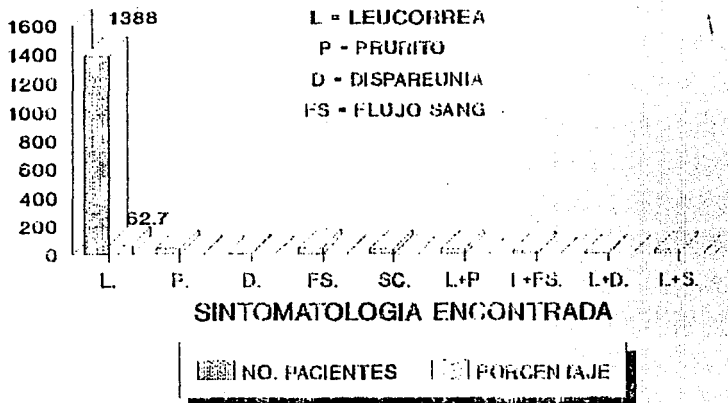
C U A D R O II

SINTOMATOLOGIA ENCONTRADA

EN EL GRUPO DE ESTUDIO

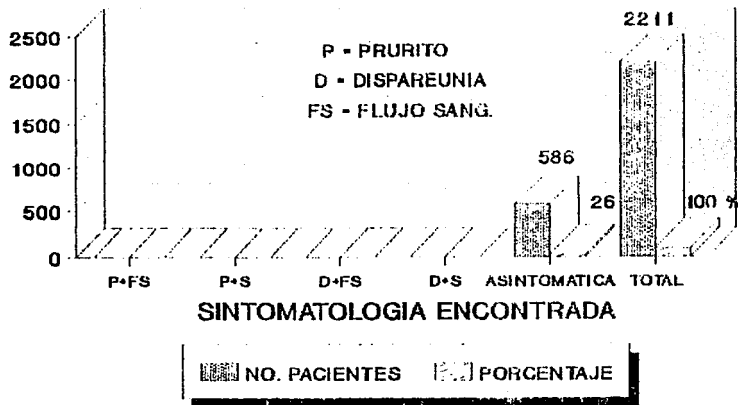
SINTOMA	NUMERO DE PACIENTES	% DEL TOTAL DE PACIENTES
Leucorrea	1388	62.67
Prurito	41	1.85
Dispareunia	8	0.36
Flujo sang	48	2.17
Sancgrado	38	1.71
Leuc + prur	36	1.62
leuc + flu.)	24	1.08
leuc + disp	7	0.31
leuc + sang	31	1.40
prur + flu.)	2	0.09
prur + sang	2	0.09
disp + flu.)	0	0.0
disp + sang	0	0.0
Sin síntomas	586	26.50
T O T A L	2111	100

ANALISIS DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE 1991



H.R. 20 NOV. ISSSTE JGD
Grafica:

ANALISIS DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE 1991



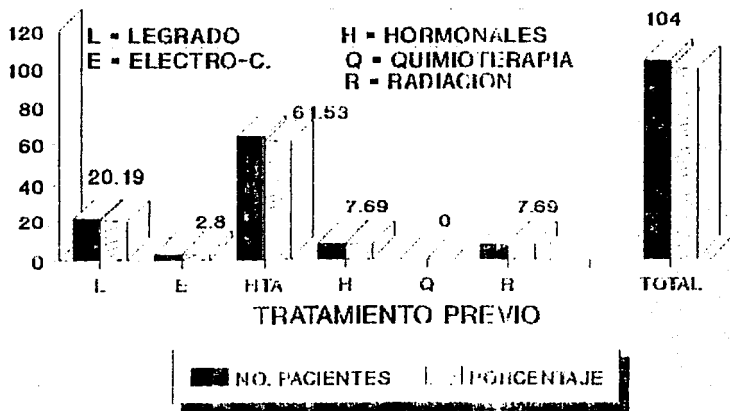
H.R. 20 NOV. ISSSTE JGD

Grafica:

C U A D R O III**TRATAMIENTOS PREVIOS****EN EL GRUPO DE ESTUDIO**

TRATAMIENTO	NUMERO DE PACIENTES	% DE TRATA- MIENTOS
Legrado	21	20.19
Electrocuagul	3	2.88
Quirúrgico (HTA)	64	61.53
Hormonal	8	7.69
Quimioterapia	0	0.0
Radiaciones	8	7.69
T O T A L	104	100

ANALISIS DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE 1991



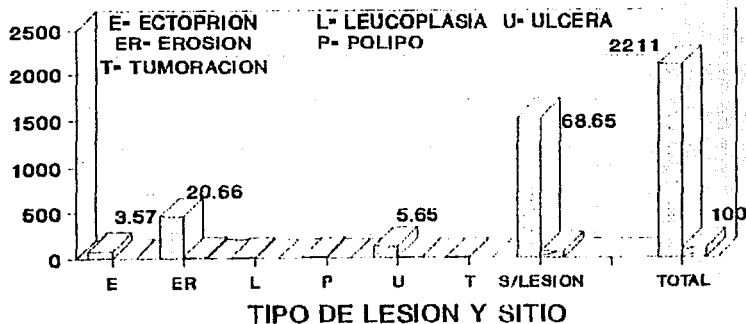
H.R. 20 NOV. ISSSTE JGD
Grafica:

C U A D R O I V

TIPO DE LESION Y SITIO

LESION	NUMERO DE PACIENTES	% DEL TOTAL
Ectropión	79	3.57
Erosión	457	20.66
Leucoplasia	12	0.54
Pólipos	12	0.54
Ulceraciones	125	5.65
Tumoracións	8	0.36
Sin lesión	1518	68.65
T O T A L	2211	100

ANALISIS DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE 1991



| NO. PACIENTES | | PORCENTAJE

H.R. 20 NOV. ISSSTE JGD

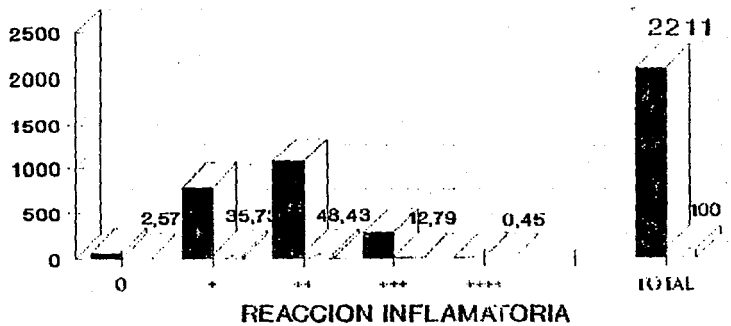
Grafica:

C U A D R O V

REACCION INFLAMATORIA

GRADO	NUMERO DE PACIENTES	% DEL TOTAL
0	57	2.57
+	790	35.73
++	1071	48.13
+++	283	12.79
++++	10	0.45
TOTAL	2211	100

ANALISIS DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE 1991



NO. PACIENTES
 PORCENTAJE

H.R. 20 NOV. ISSSTE JGD
 Grafica:

C U A D R O V I

ALTERACIONES CELULARES

TIPO	NUMERO DE PACIENTES	X
Tipo inflamatorio	2004	90.63
Basales de erosión	856	38.71
Hiperactividad basal	9	0.40
Hiperplasia	9	0.40
Disqueratosis	139	6.28
Discariosis	106	4.79
Atípias	31	1.40
Meta epidermoide	167	7.55
Meta disfuncional	17	0.76

ANALISIS DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL
H.R. 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE 1991

<u>TIPO</u>	<u>NO. PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
INFLAMATORIO	<u>2004</u>	<u>90.63</u>
BASALES EROSION	<u>356</u>	<u>38.71</u>
HIPERACTIVIDAD BASAL	<u>9</u>	<u>0.40</u>
HIPERPLASIA	<u>9</u>	<u>0.40</u>
DISQUERATOSIS	<u>139</u>	<u>6.13</u>
DISCARIOSIS	<u>106</u>	<u>4.79</u>
ATIPIAS	<u>31</u>	<u>1.40</u>
MET. EPIDERMÓIDE	<u>167</u>	<u>7.55</u>
MET. DISFUNCIONAL	<u>17</u>	<u>0.76</u>

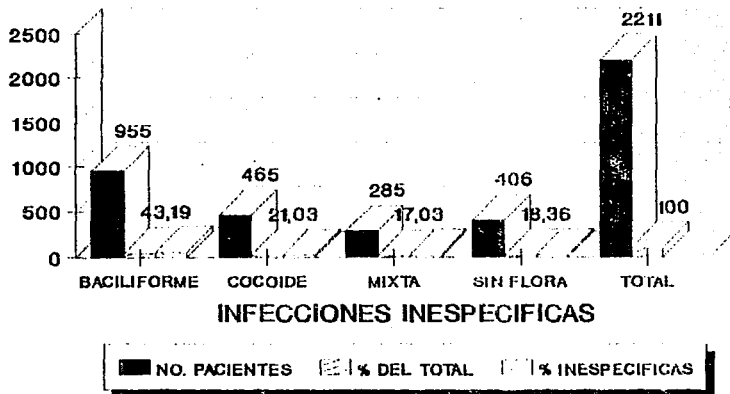
ALTERACIONES CELULARES

C U A D R O V I I

INFECCIONES INESPECIFICAS

TIPO	INFECCION # PACIENTES	% DEL TOTAL	% DE INESPEC.
Baciliforme	955	43.19	52.90
Cocoide	465	21.03	25.76
Mixto	385	17.41	21.32
Sin flora	406	18.36	22.49
T O T A L	2211	100	

ANALISIS DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE 1991



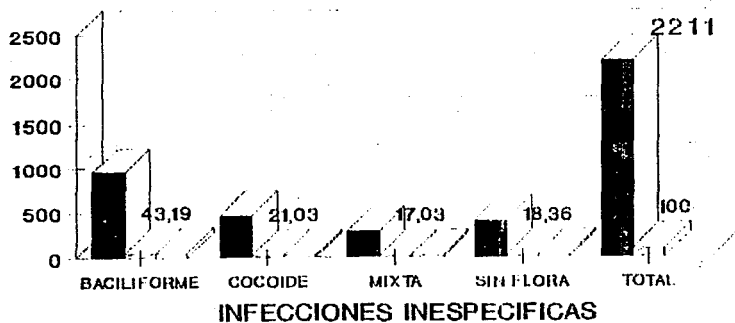
H.R. 20 NOV. ISSSTE JGD
Grafica:

C U A D R O V I I I

INFECCIONES ESPECIFICAS

TIPO	INFECCION # PACIENTES	% DEL TOTAL	% DE ESPEC.
Trichomonas	11	0.49	2.33
Candida alb.	24	1.08	5.09
Ambas	0	0.0	0.0
Clamidia t.	8	0.36	1.69
Gardnerella	283	12.79	60.08
HPV	140	6.33	29.72
Herpes virus	0	0.0	0.0
Leptotrix	5	0.22	1.06
TOTAL	471	21.27	100

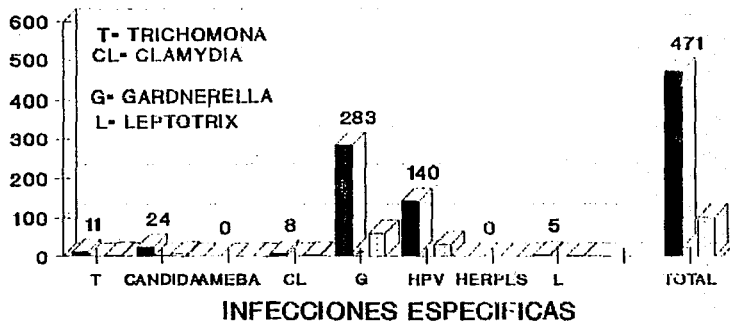
ANALISIS DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE 1991



NO. PACIENTES
 % DEL TOTAL
 % INESPECIFICAS

H.R. 20 NOV. ISSSTE JGD
Grafica:

ANALISIS DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE 1991



NO. PACIENTES
 % DEL TOTAL
 % ESPECIFICAS

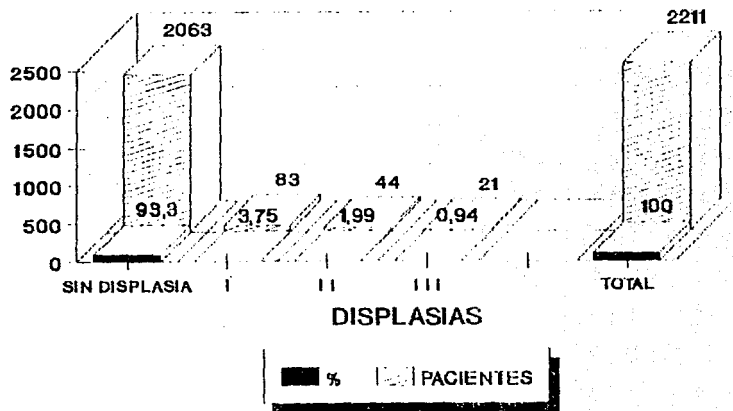
H.R. 20 NOV. ISSSTE JGD

Grafica:

C U A D R O I X**D I S P L A S I A**

GRADO	NUMERO DE PACIENTES	% DEL TOTAL
Sin displasia	2063	93.30
I	83	3.75
II	44	1.99
III	21	0.94
T O T A L	2211	100

ANALISIS DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE 1991



H.R. 20 NOV. ISSSTE JGD
Grafica:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

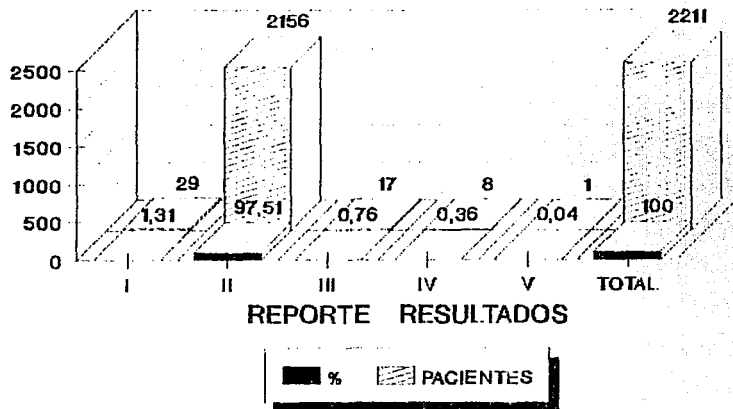
C U A D R O X

D I S P L A S I A

REPORTE	NUMERO DE PACIENTES	% DEL TOTAL
I	29	1.31
II	2156	97.51
III	17	0.76
IV	8	0.36
V	1	0.04

T O T A L	2211	100
-----------	------	-----

ANALISIS DE LA CITOLOGIA GINECOLOGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE 1991



H.R. 20 NOV. ISSSTE JGD
Grafica:

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Jiménez Ayala M y Nogales Ortiz F. Citopatología Ginecológica Texto. 1era edición. Ed. Científica Médica. 1977, pp 3-10, 25-33, 49-60, 99-103.
- 2.- Ramón de Alvarez R, Koprowska I. Texto de Ginecología. 1era. edición. Ed. La Prensa Medica Mexicana. 1984, pp 40-60.
- 3.- Novak E.R. y Woodruff J.D. Novak Patología Ginecológica y Obstétrica. 8a. edición. Ed. Panamericana, 1982, pp 695-715.
- 4.- Jones H.W. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas (CaCu) Vol.4. 1era. edición Ed. Interamericana, 1990, pp 791-797.
- 5.- Jones H.W. y Jones G.S. Tratado de Ginecología de Novak. 10a. edición. Ed. Interamericana, 1984, pp 307-313.
- 6.- González Merlo N. Ginecología. 5a. edición. Ed. Salvat, 1988, pp 80-85.
- 7.- J. de Borges R. Cytologic and ultrastructural findings of peculiar alteration in cervical cells from patients with human papillomavirus infection. Acta Citológica. Junio 1988, pp 314-323.

8.- Ferris D.G. MD. Berrey M.M, Ellis K.E.MD, Petry L.J.,MD. Voxnaes, MSN and Beatie R.T., RN. the optimal technique for obtaining a Papanicolaou smear with the cervex-brush. The J. of Fam Prac. 34 (3), 1992, pp 276-280.

9.- Hjersing M and Larsson G. Comparison between cytobrush and papaplast in sampling vaginal smears. Acta Obstet Gynecol Scand; 70 (7-8), 1991, pp 595-599.

10.- Hutchinson M.MD, Fertitta L. MS, Goldbaum B.MD, Hamza M.MD, Vanerian S.BS, and Isenstein L.MS, Cervex-brush and cytobrush. Comparison of their ability to sample anormal cells for cervical smears. J of Reprod. Med. 36 (8), Agosto 1991, pp 581-586.

11.- Kristensen G.B. Eficacia del cytobrush vs el hisopo de algodón en la recolección de células endocervicales. Acta Cytol. 33. 1989, pp 849'851.

12.- Neisteins L.S. Comparación del cytobrush con el hisopo de algodón para muestreo citológico endocervical. J. Adolesc Health Care. 10. Julio 1989, pp 305-307.

13.- Low W.C. Oral contraceptive use and the risk of clamidial

and gonococcal infections. Am. J. Obstet Gynecol. Febrero 1989, pp 396-401.

14.- Lawley T.B.M.D, Lee R.B.M.D, and Kapela R.M.D. The significance of moderate and severe inflammation on class I Papanicolaou smear. Obstet & Gynecol. 76 (6). Diciembre 1990, pp 997-999.

15.- Donders G.G. van Straeten D. Hooft P and De Wet G.H. Detection of candida cell forms in Pap smears during pregnancy. Europ J Obstet & Gynecol and Reprod Biol. 43. 1992, pp 13-18.

16.- August N.M.D. Cervicography for evaluating the atypical Papanicolaou smear J of Reprod Med. 36 (2). Febrero 1991, pp 89-93.

17.- Martínez Galicia F.M.P. Frecuencia de alteraciones cervicovaginales detectadas por citología exfoliativa. Tesis de postgrado para obtener la especialidad de Ginecología y Obstetricia. H.R. 20 de Noviembre. ISSSTE. 1992, pp 1-117.

18.- Fontanes de Torres E. y Guevara Clavel E. Citología Clínica. 1a. edición. Ed. La Prensa Medica Mexicana, S.A. 1980, pp 47 y 48.