

11217
26
2E1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

INCIDENCIA DE CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL
EN LA MUJER EMBARAZADA
REPORTE PRELIMINAR.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA LA
DRA. ANA ROSA BOBADILLA QUINTERO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

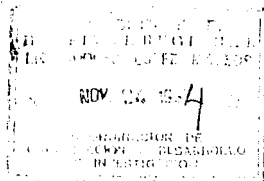
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DR. RAUL VIZZUETT MARTINEZ
COORD. DE CAPACITACION Y
DESARROLLO E INVESTIGACION.

DR. JAIME HERNANDEZ RIVERA
PROFESOR TITULAR DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.



DR. OSCAR TREJO SOLORZANO.
COORD. DEL SERV. DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA





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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

TITULO: INCIDENCIA DE CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL
EN LA MUJER EMBARAZADA. REPORTE PRELIMINAR.

AUTOR: DR. ANA ROSA BODADILLA QUINTERO.

DIRECCION: MONTERREY # 377, COL. ROMA.
C.P.
DELEGACION BENITO JUAREZ.
MEXICO, D.F.

ASESORES: DRA. MARIA DEL CARMEN GARCIA MARTINEZ.
DRA. ESPERANZA TAMARIZ HERRERA.
BIOL. V.M. ALONSO CHAVEZ OLIVARES

VOCAL DE INVESTIGACION: DR. CARLOS MENESES CAMPOS.

DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA
JEFE DE INVESTIGACION

DR. ENRIQUE MONTIEL T.
JEFE DE CAPACITACION Y
DESARROLLO.

CONTENIDO

1. - RESUMEN

2. - ABSTRACT

3. - INTRODUCCION

4. - MATERIAL Y METODOS

5. - RESULTADOS

6. - DISCUSION

7. - CONCLUSION

8. - GRAFICAS

9. - BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

Como la mayoría de las mujeres no se someten a un examen pélvico anual y a una citología cervical; el control prenatal ofrece una oportunidad más para la vigilancia del cáncer cervicouterino.

Con la finalidad de conocer la incidencia de citología cervical anormal en pacientes embarazadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E. se realizó un estudio prospectivo abierto longitudinal a 141 pacientes, del 1ero. de Julio de

1992 al 30 de Mayo de 1993, tomándoseles muestra de citología cervical. en 57% de las pacientes no había Papanicolaou anterior, existiendo leucorrea en un 45%.

Los resultados de la citología cervicovaginal fueron: Clase I para el 24% y Clase II para el 76%, no observándose lesiones premalignas.

Palabras clave: Citología cervical. Paciente Embarazada.

ABSTRACT

The majority of the women don't go an annual pelvic examination, and a cervical cytology, the prenatal control to pregnancy offers a chance to watch of cervicouterine cancer.

With the finality to know the incident of abnormal cervical cytology in pregnant patients at Gynecology and Obstetrics of Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" I.S.S.S.T.E., a prospective study was realized to 141 patients, from July 1st. 1992 to May 30th. 1993, taking them cervical cytologies, 57% of the patients there weren't anterior Papanicolaou, appearing leucorrhea in 45%.

The results of cervical cytology were: Class I to 24% and Class II 76%, without premalign injuries.

Key words: Cervical smear, Pregnancy.

INTRODUCCION.

Los cambios fisiológicos asociados con el embarazo, sobre todo inmunidad disminuida, pueden favorecer patología a nivel cervico-vaginal. Como la mayoría de las mujeres y especialmente las jóvenes, no se someten a un examen pélvico anual y a un extendido de Papanicolaou, el control prenatal ofrece una oportunidad más, para la vigilancia del cáncer cervico uterino. El carcinoma del cuello uterino es curable, especialmente si se lo diagnostica y se le trata en los primeros estadios.

La eficacia del extendido de papanicolaou en la detección temprana en la detección temprana de la enfermedad cervical está bien documentada y es una parte aceptable del procedimiento de rutina.

Los cambios inducidos en el embarazo por los altos niveles hormonales especialmente estrógenos y progesterona, que ocasionan reblandecimiento, cianosis e hipertrofia del cuello uterino así como aumento de su vascularidad, edema hiperplasia de las glándulas cervicales, también se ven reflejados en el examen citológico.(5)

El concepto de citopatología ginecológica fué introducido por Fouchet (1847), a mediados del siglo pasado. Sin embargo, aproximadamente ocho décadas después Papanicolaou (1925) fué el primero en describir los cambios citológicos característicos del embarazo.

La técnica de muestreo de Papanicolaou, inicialmente desarrollada para estudiar el estado hormonal de ratones, era un frotis vaginal de un pool y este método fué utilizado originalmente en la observaciones clínicas de mujeres. El examen microscópico del frotis vaginal era tedioso, consumía tiempo y requería la más cuidadosa detección del material, minuciosa para algunas células anormales, como evidencia de

cancer cervical o esta .escamocolumnar. No fué sorprendente por lo tanto cuando J. Ernest Ayre, Ginecólogo Canadiense, ardiente seguidor de Papanicolaou, propuso que un abatelenguas de madera, cortado de forma adecuada para el contorno del cervix uterino, podría permitir tomar la muestra directa de este órgano bajo control visual, y el método fué aprobado con entusiasmo. El frotis cervical directo fué más fácil de interpretar y requirió mucho menor tiempo de examinación que el frotis vaginal.(8)

Ya que la unión escamocolumnar es de gran riesgo para el desarrollo de neoplasia, el adecuado muestreo de esta area es necesario para elevar la sensibilidad del frotis citológico. La presencia de células columnares cervicales sobre el frotis, se acepta como evidencia de que se tomó adecuadamente la muestra de esta zona.

La aprobación oficial de la citología como método de detección de lesiones precursoras de cancer cervical en 1945, fué uno de los más exitosos pasos de la American Cancer Society y un tributo a la visión del Dr. Charles Cameron. (9)

El descenso significativo de la tasa de cancer invasor del cervix uterino en los Estados Unidos y en otros países donde la citología fué aplicada en gran escala dan testimonio de la eficacia del frotis vaginal. (123-45678)

Al momento actual existen varios métodos para la obtención de células endocervicales y se ha comprobado que el uso del Cyto Brush-Espatula y el Brush Bayne Pap, mejoran la calidad del frotis en mujeres embarazadas. (10)

La precisión del frotis de Papanicolaou depende del especimen colectado , la correcta fijación y preparación del frotis, de la tinción adecuada y la precisa interpretación de las células sobre el frotis. Una deficiencia en cualquiera de estos parámetros crea el potencial para resultados falsos

negativos, reportandose Papanicolaou normales en una mujer con displasia clínica, carcinoma in situ o carcinoma invasor del cervix. (5)

Los diferentes métodos para reportar los resultados del examen citológico cervical, en boga actualmente, representan otra fuente de ambigüedad en la interpretación. Un esfuerzo para desarrollar una terminología universal de un grupo de expertos, dió por resultado, en diciembre de 1988 el desarrollo del sistema Bethesda, para reportar el diagnóstico citológico cervical o vaginal. La adopción de esta terminología puede clarificar el significado del reporte citopatológico al clínico y permitir la eficiencia de la prueba a nivel nacional mediante la estandarización de los terminos diagnósticos. (123)

El embarazo puede modificar la conducta de la neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC). Infecciones clínica manifiestas por Virus de Papiloma Humano (VPH) en la porción inferior del aparato genital como condiloma cervical y vulvar parecen ocurrir con mayor frecuencia durante el embarazo, y tienen una elevada tasa de regresión después del parto. (124)

La incidencia de infección por VPH, citología cervical anormal o ambas en Estados Unidos, es difícil de calcular a partir de los datos de que se disponen en la actualidad. Los grupos de que se informa tienden a reflejar la naturaleza del motivo de envío y varían ampliamente. La conducta general para el diagnóstico y la terapéutica de la neoplasia intraepitelial del cuello uterino, detectada durante el embarazo, consiste en el tratamiento expectante después de un cuidadoso diagnóstico. (5)

El carcinoma del cervix en asociación con embarazo es un problema relativamente raro. Pese a esto la búsqueda del cáncer cervical debe continuarse durante el embarazo. Ciertamente la atención prenatal lleva a un diagnóstico temprano y a una mejor tasa de curación de esta enfermedad. (2)

Cerca del 20 al 30% de pacientes con enfermedad invasiva son asintomáticas y enfatiza la necesidad de inspección y estudio citológico del cervix en todas las pacientes. En la mujer no embarazada, el síntoma más común es el sangrado vaginal anormal. Durante el embarazo este síntoma puede atribuirse este sangrado a una amenaza de aborto o placenta previa. Esto, retrasa innecesariamente el diagnóstico durante el embarazo, aún cuando estas pacientes se encuentran bajo vigilancia medica regular. Cualquier paciente con sangrado transvaginal, leucorrea persistente o sangrado post-coito, en cualquier edad gestacional debe de realizarsele especuloscopia, Papanicolaou y colposcopia. (46)

El criterio más importante para la sobrevivida de la paciente embarazada con cancer cervico uterino es el estadio de la enfermedad cuando se hace el diagnóstico. (47)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

MATERIAL Y METODO.

De 200 pacientes embarazadas que acudieron a consulta por primera vez al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E. del 1ero. de Julio de 1992 al 30 de mayo de 1993, 50 se excluyeron al no aceptar el estudio y si abandonaron su control prenatal en la Institución por lo que fueron eliminadas de protocolo, por lo que a 141 se les investigó los siguientes datos demográficos: nivel socioeconómico, edad, inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales, paridad, antecedentes de leucorreas, fecha de última menstruación, y fecha de último Papanicolaou.

Se les tomó muestra para citología cervicovaginal, colocandose el espejo vaginal sin lubricante, se tomó muestra del canal endocervical con Cytobrush, el cual se insertó gentilmente dentro del canal endocervical, rotandose 360°, así mismo se tomó con abatelenguas muestra del tercio superior de vagina. La muestra se depositó sobre un portaobjetos y se fijó con Cytospray.

Las muestras se procesaron en el Laboratorio de citopatología del propio Hospital, tifiendose con el método de Papanicolaou y fueron examinadas por el especialista en citopatología. El reporte de la citología se realizó con la clasificación de Papanicolaou.

RESULTADOS

Un total de 141 pacientes fueron estudiadas, todas con nivel socioeconómico medio, en edades comprendidas entre 17 - 43 años, con una media de 29.4 (Gráfica 1). Las pacientes tuvieron inicio de vida sexual activa (IVSA) entre los 15 - 35 años de edad, con una media de 19.8 (Gráfica 2). El número de compañeros sexuales fue de 1 para el 83.63% (n = 118) y 2 para el 16.31% (n = 23) (Gráfica 3).

La paridad se evaluó en: primigestas el 15.60% (n = 22), secundigestas 26.24% (n = 37), y multigestas 58.16% (n = 81), para aquellas pacientes que cursaban su 3er. embarazo en adelante (Gráfica 4).

En el 44.68% (n = 63) existía el antecedente de leucorreas y en el 55.32% (n = 78) no existía (Gráfica 5).

Para evaluar la edad gestacional se dividieron a las pacientes en tres grupos, por trimestre: el primero, pacientes cuyo embarazo se encontraba entre las semanas 1 - 13 que representó el 0.70% (n = 1); segundo trimestre entre las semanas 14 - 26, 25.53% (n = 36); tercero entre las semanas 27 - 40, 73.75% (n = 104). (Gráfica 6).

En el 57.44% (n = 81) de las pacientes era la primera vez en su vida que se tomaba la citología, en el 42.55% (n = 60) era subsecuente. (Gráfica 7).

El resultado de Papanicolaou para los diferentes grupos Clase I, 24.1% (n = 34), Clase II 75.87% (n = 107). (Gráfica 8).

DISCUSION

No obstante ser un Hospital de Concentración, el número de pacientes con Citología Cervical anormal en la mujer embarazada es practicamente nulo. El tamaño de la muestra, el tiempo en que se efectuó el estudio y el nivel socioeconómico de las pacientes, parecen ser factores importantes para tales resultados.

Las citologías reportadas nos indicaron: Clase I y Clase II, lo que implica la asociación de agentes infecciosos que provocan la inflamación del epitelio cervical.

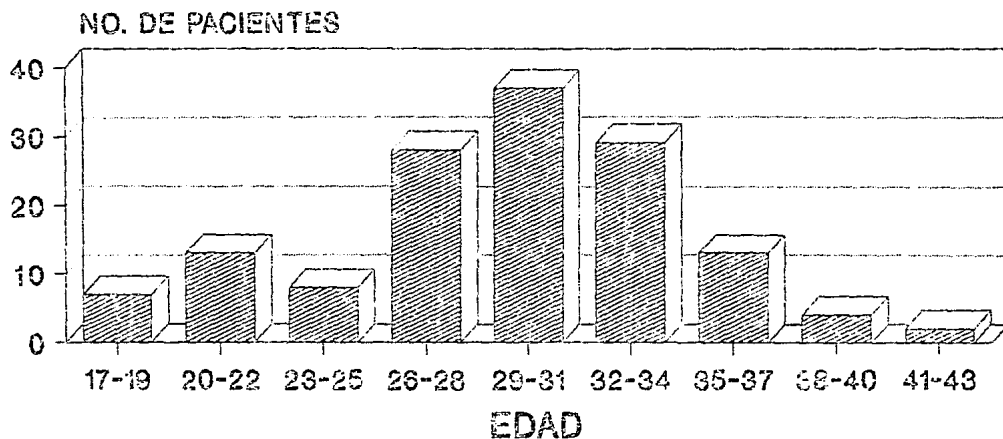
Si tomamos en cuenta que en la Literatura la incidencia de Embarazo y cancer cervicouterino es menor a 1%, la población hasta ahora estudiada es de comportamiento similar.

Es necesario extender el estudio de detección oportuna de cáncer cervicouterino a todas las mujeres embarazadas que ingresen a nuestro Servicio.

CONCLUSIONES

- 1.- No existe ningún riesgo para la toma de citología cervicovaginal en mujeres embarazadas a cualquier edad gestacional.
- 2.- Muchas mujeres acuden al médico solamente durante el embarazo y en un alto porcentaje de estas pacientes (57.44%) fué la primera vez que se sometían a este estudio.
- 3.- Resulta ideal incluir en el control prenatal para la toma de citología vaginal y así determinar oportunamente un cáncer cervicouterino.
- 4.- En las pacientes estudiadas se observó una citología Clase I y Clase II, no encontrando evidencia de lesión premaligna.
- 5.- En el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E, es un Hospital de 3er. Nivel a donde acuden los derechohabientes referidas de Clínicas y Hospitales de 1ero. y 2do. Nivel, por lo que es muy difícil contar con pacientes en edades tempranas del embarazo.

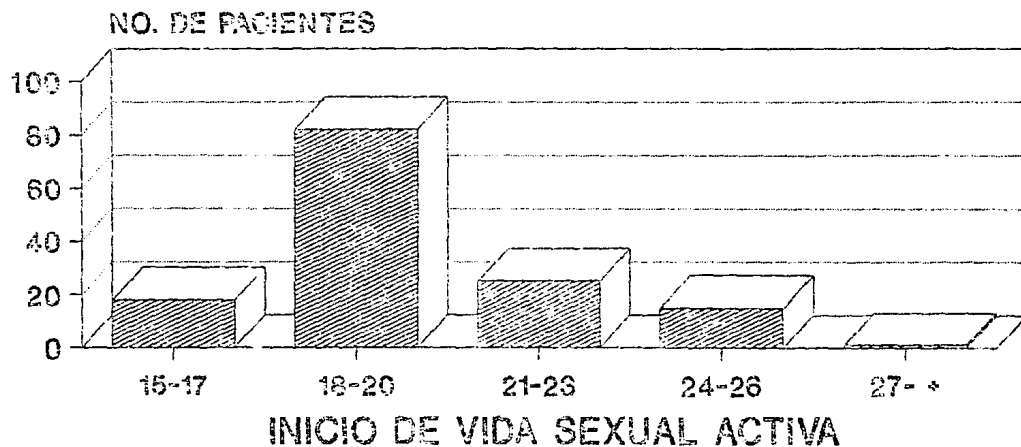
INCIDENCIA DE LA CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL EN PACIENTES EMBARAZADAS



GRAFICA 1

FUENTE: H.R.L.A.L.M.
COORDINACION DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

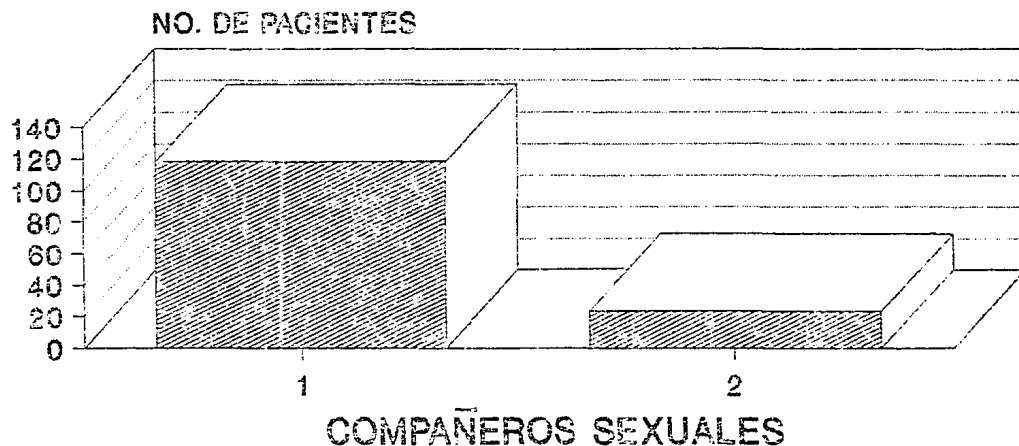
INCIDENCIA DE LA CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL EN PACIENTES EMBARAZADAS



GRAFICA 2

FUENTE: H.R.L.A.L.M.
COORDINACION DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

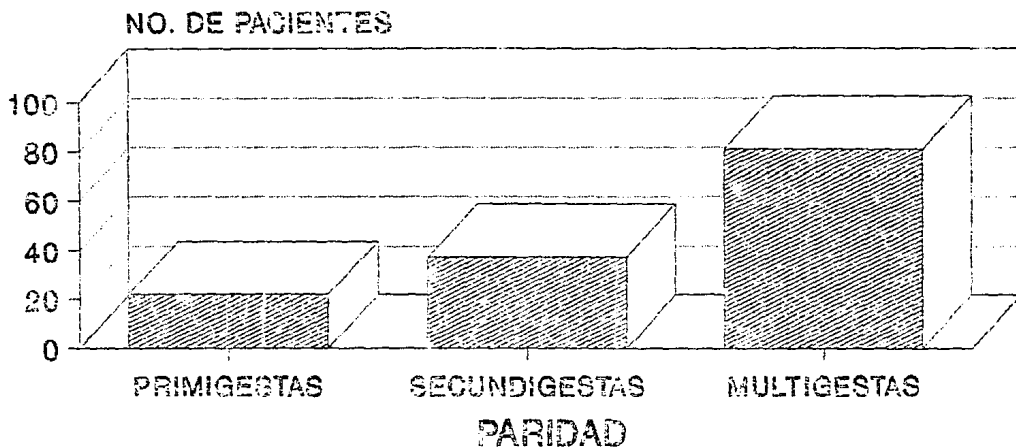
INCIDENCIA DE LA CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL EN PACIENTES EMBARAZADAS



GRAFICA 3

FUENTE: H.R.L.A.L.M.
COORDINACION DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

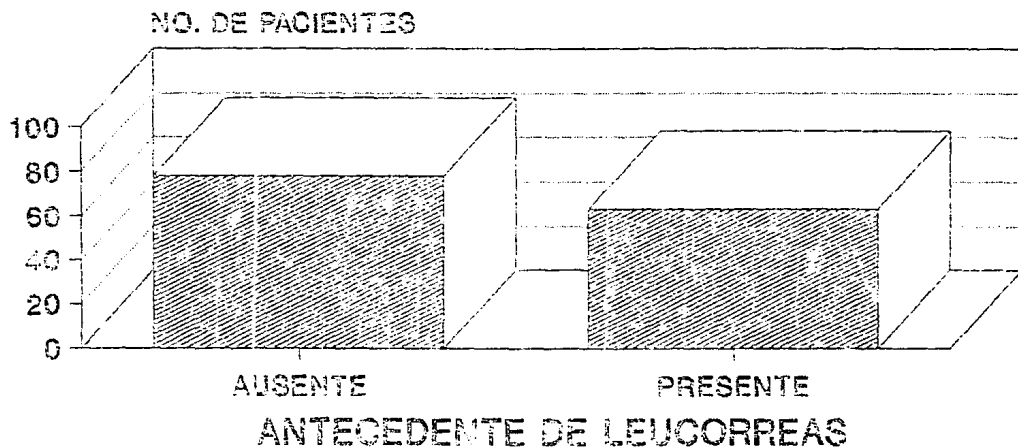
INCIDENCIA DE LA CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL EN PACIENTES EMBARAZADAS



GRAFICA 4

FUENTE: H.R.L.A.L.M.
COORDINACION DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

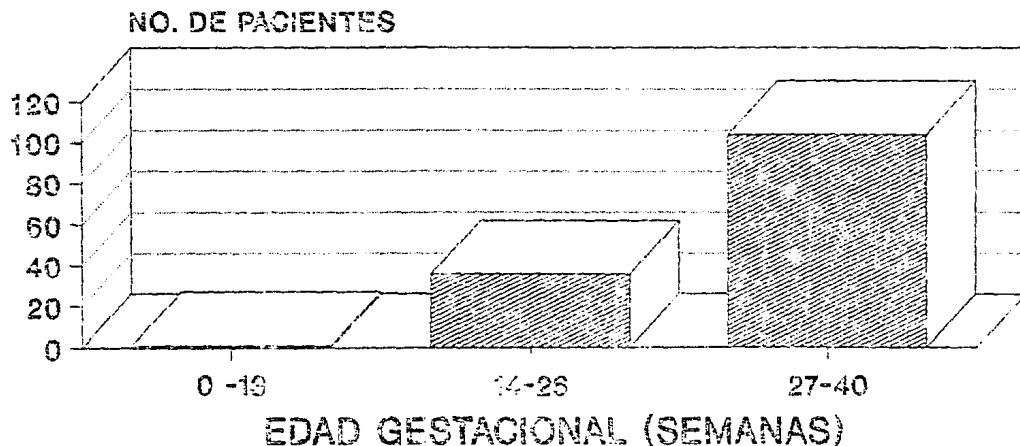
INCIDENCIA DE LA CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL EN PACIENTES EMBARAZADAS



GRAFICA 6

FUENTE: H.R.L.A.L.M.
COORDINACION DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

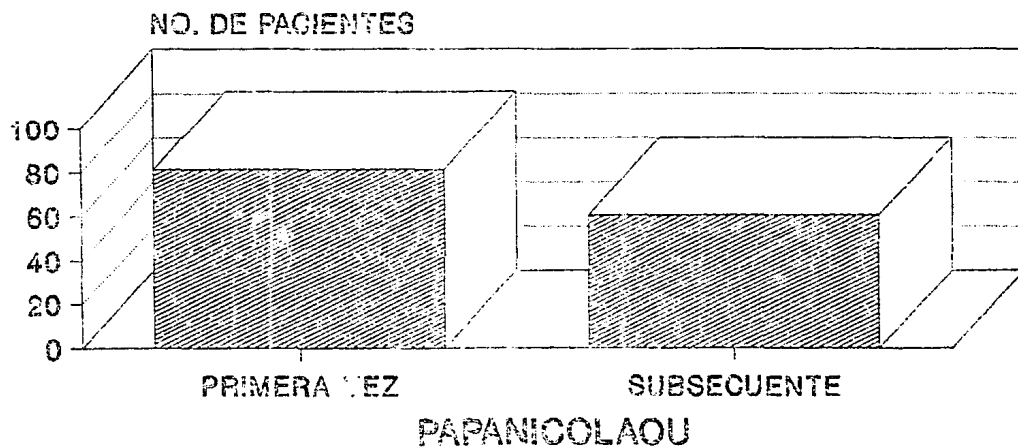
INCIDENCIA DE LA CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL EN PACIENTES EMBARAZADAS



GRAFICA 6

FUENTE: H.R.L.A.L.M.
COORDINACION DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

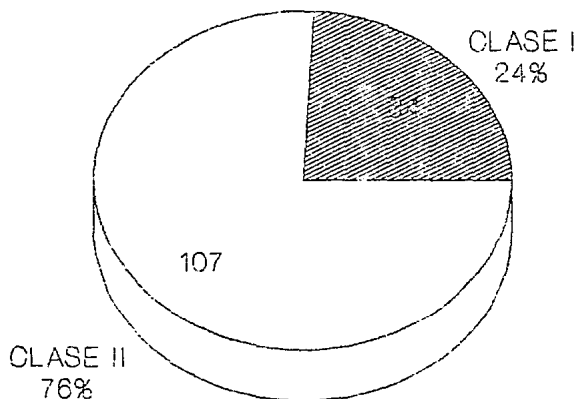
INCIDENCIA DE LA CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL EN PACIENTES EMBARAZADAS



GRAFICA 7

FUENTE: H.R.L.A.L.M.
COORDINACION DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

INCIDENCIA DE LA CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL EN PACIENTES EMBARAZADAS



RESULTADO DE
PAPANICOLAOU

FUENTE: H.R.L.A.L.M.
COORDINACION DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Haningan E.V. "Cancer cervicouterino durante el embarazo". Clinicas de Ginecologia y Obstetricia de Norteamérica. 1990. Pag. 809-816.
- 2.- Koss Leopold F.M.D. "Cervical (Pap) smear" new direction cancer. 1993. 71:406-412.
- 3.- Benedet J.L., Anderson G.H., Matisic J.P. "A comprehensive program for cervical cancer detection and mangement". A.M.J. Obstet Gynecol. 1992. 1254-1259.
- 4.- Creasman W.T., Rutledge F.N., Fletcher G.H. "Carcano of the cervix association with pregnancy". J. Obstet and Gynecol. 1970. 35;4:495-501.
- 5.- Council on Scientific Affairs. (American Medical Assn., Chicago) "Quality assurance in cervical citology: The Papanicolaou smear". JAMA. Sept. 22-29. 1989. 262:1672-1679.
- 6.- Hacker N.F., Borek J.S., Lagasse L.D. et. al. "Carcinoma of the cervix associated with pregnancy". Obstet Gynecol. 1982. 59;6:738-746.
- 7.- McCord M.L., Stoval T.G., Meric J.L., et. al. "Cervical citology a randomized comparison of four sampling methods". A.M.J. Obstet Gynecol. 1992. 168:1772-1779.
- 8.- Montz F.J., Bradley J.M., McCabe F., et. al. "Natural History of the minimal abnormal Papanicolaou smear". Obstet Gynecol. 1992. 80:385-388.

- 9.- Kemp E.A., Hakenewrth A.M., Laurente S.L., et. al.
"Human Papillomavirus prevalence in pregnancy". *Obstet Gynecol.* 1992. 79:649-656.
- 10.- Rindsit P., Yoosook C., Srivangboo S., et. al.
"Prevalence of genital herpes simplex infection and abnormal vaginal cytology in late pregnancy in asymptomatic patients". *Int J. Gynecol - Obstet.* 1989. Nov. 30(3):231-236.
- 11.- Bakri YM., Akhtar M., Ali Amri A.: "Carcinoma of the cervix in a pregnant women with negative papa smears and colposcopic examination". *Acta Obstet Gynecol. Scand* ; 1990;657-8.
- 12.- Elliot TM., Tattersall MHN., Coppleson M., Russel P., et. al.: "Changing character of cervical cancer in young women". *Br. Med. J.* Feb. 4 1989; 298:288-290.
- 13.- Gordon AN., Jense R., Jones HW.: "Squamous carcinoma of the cervix complicating pregnancy; recurrence in episiotomy after delivery" *Obstet Gynecol.* May 1989; 73: 250-252.
- 14.- Kashimura M., Matsura Y., Shinohara M., et. al. :
"Comparative study of cytology and punch biopsy in cervical intraepithelial neoplasia during pregnancy" a preliminary report. *Acta cytol.* 1991. Jan-Feb.; 35(1):100-104.
- 15.- Konishi I., Fuji S., Nonogaki H., et. al. :
"Immunohistochemical analysis of estrogen receptors, progesterone receptors Ki-67 antigen and human papilloma virus DNA in normal and neoplastic epithelium of the uterine cervix". *Cancer*:1991 Sept. 15;1340-1350.

- 16.- Slattery ML., Robinson LP., Corman KL., et al. :
"Cigarette smoking and exposure to passive smoke are
factors for cervical cancer". JAMA March 17 1989.
262:1593-1598.