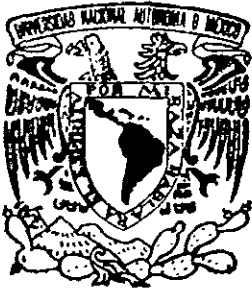


11217 2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"  
I.S.S.S.T.E.**

**ESTUDIO COMPARATIVO EN LA TOMA DE  
PAPANICOLAOU CERVICOVAGINAL CON ESPATULA DE  
AYRE Y CITOBUSH CONTRA TOMA CON ABATELENGUAS**

**TESIS DE POSTGRADO  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
E S P E C I A L I S T A E N  
G I N E C O L O G I A Y O B S T E T R I C I A  
P R E S E N T A :  
DRA. MARIA ROSALVA GONZALEZ SANCHEZ**

**ASESOR DE TESIS:  
DRA. RAYMONDE CAJUSTE BONTEMPS**

2605.300



**ISSSTE**

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DE 1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

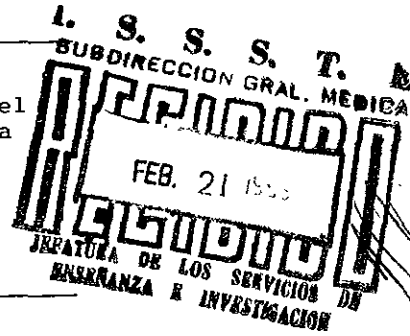
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

*[Signature]*  
DR. RICARDO VAN PRATT MARQUEZ  
Coordinador del servicio de Ginecología y  
Obstetricia y titular del curso.

*[Signature]*  
DR. RAMON CARPIO SOLIS.  
Jefe de Enseñanza y profesor adjunto  
del curso de Ginecología y Obstetricia

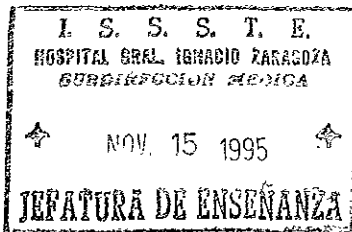


*[Signature]*  
DRA. RAYMONDE CAJUSTE BONTEMPS.  
Coordinadora de salud reproductiva del  
servicio de Ginecología y Obstetricia  
Asesor de tesis.



*[Signature]*  
DR. BENJAMIN MANZANO SOSA  
Coordinador de capacitación, investigación  
y desarrollo. Hospital Regional I. Zaragoza  
I.S.S.S.T.E.

*[Signature]*  
DRA. IRMA DEL TORO GARCIA  
Jefe de Enseñanza e investigación. Hospital  
Regional I. Zaragoza I.S.S.S.T.E.



A Consuelito con todo mi cariño,  
porque nunca te había dicho que  
te quiero, hasta que creí perderte.  
Eres la mejor madre y la mejor mujer.

A María, Danny, Juanita  
y Antonio, mi gran familia.

A mi padre (+), a quien con  
toda el alma, desearía que  
estuviera conmigo.

A mis profesores del Hospital  
Ignacio Zaragoza, por sus va-  
liosas enseñanzas.

A mis pacientes, porque  
ellas fueron mis grandes  
maestros.

## I N D I C E

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES HISTORICOS .....	3
MARCO TEORICO .....	6
JUSTIFICACION.....	26
HIPOTESIS .....	27
OBJETIVOS .....	28
MATERIAL Y METODO .....	29
RESULTADOS .....	31
COMENTARIO Y DISCUSIONES.....	32
GRAFICAS .....	33
BIBLIOGRAFIA .....	41

## INTRODUCCION:

La accesibilidad única del cuello uterino para el estudio celular y tisular, así como la exploración física directa, ha permitido la investigación extensa de la naturaleza de sus lesiones neoplásicas.

Aunque nuestro conocimiento es aún incompleto, diversas investigaciones han demostrado que la mayor parte de estos tumores tienen un inicio gradual más que explosivo. Sus precursores preinvasores pueden existir durante años en una fase reversible de enfermedad superficial o in situ, que puede constituir a su vez una entidad cambiante, al menos en algunos casos.

A pesar de que las fases precoces pueden ser asintomáticas, resultan detectables empleando los métodos disponibles en la actualidad. Este concepto del desarrollo de las neoplasias malignas cervicales, ha convencido a muchos de que el control de la enfermedad es una meta alcanzable en un futuro próximo.

Es posible erradicar la mayor parte de las muertes debidas al cáncer cervical, empleando las técnicas diagnósticas y terapéuticas disponibles en éstos momentos.

El grado de reducción de la mortalidad logrado, se relaciona directamente con la proporción de la población explorada. De hecho, los diversos estudios realizados en todo el mundo, demuestran que la detección selectiva de cáncer no sólo hace disminuir la mortalidad, sino que, probablemente logra dicho objetivo haciendo decrecer la incidencia. No se ha apreciado disminución de la incidencia del cáncer cervical sin la instauración de un programa de detección selectiva.

## ANTECEDENTES HISTORICOS:

Las lesiones preneoplásicas del cuello uterino, es decir, precursoras del cáncer del cuello, han sido ampliamente estudiadas y discutidas en los años siguientes a la década de 1930 y hasta la actualidad.

A principios de siglo, algunos autores estadounidenses y alemanes ya habían señalado la presencia de epitelio atípico en los márgenes del carcinoma epitelial invasor, pero Broders en 1932, en un artículo fué quien introdujo el concepto y el término "carcinoma in situ" (o epitelial, o preinvasor) del cuello uterino.

La palabra "displasia" fue sugerida por primera vez por Papanicolaou, en 1949, como sinónimo de lesiones de grado inferior en un trabajo publicado en los Annales of internal medicine. Esta terminología no halló difusión hasta que Reagan y col en 1953 volvieron a utilizar el término displasia para indicar lesiones que no interesaban todo el espesor del epitelio y en las cuales quedaba cierto grado de estratificación normal. Este grupo de lesiones han sido definidas con otras denominaciones como 'hiperplasia atípica', 'anaplasia', 'epitelio inquieto', o 'lesiones borderline'.



En 1961, en el primer Congreso Internacional de Citología exfoliativa, se adoptó la definición de carcinoma in situ del cérvix. Dice textualmente: "Deberán ser clasificados como carcinoma in situ sólo aquellos casos que, en ausencia de invasión, muestren una proliferación intraepitelial en cuyo espesor no se encuentra diferenciación alguna. El proceso puede interesar las criptas cervicales, sin que por ésto haya que crear un nuevo subtipo"

Posteriormente la OMS refiere: "Displasia es una lesión en la cual parte del espesor del epitelio está sustituido por células que muestran grados variables de atipia. Las anomalías epiteliales comprendidas en la denominación de displasias se observan en el epitelio pavimentoso del cérvix, tanto como en el epitelio metaplásico de la mucosa endocervical. La displasia puede dividirse en tres grados: leve, moderada y grave, según el grado de atipia celular y de la arquitectura epitelial"

Sin embargo, la distinción entre las displasias es subjetiva y en lo que se refiere a la diferencia entre displasia grave y carcinoma in situ, es a menudo arbitraria, pues en 1963 Koss, consideraba que

la displasia grave y el carcinoma in situ debían ser consideradas entidades que podían superponerse.

De ahí surge el concepto propuesto por Richardt en 1967 la teoría de la unidad/continuidad con el concepto Neoplasia Cervical Intraepitelial (CIN), que anula el concepto dualista displasia/carcinoma in situ, y considera a las lesiones preneoplásicas del cuello uterino como un fenómeno unitario, continuo e ingravesciente, con diversos grados de anomalías de diferenciación y de maduración celular en el espesor del epitelio cervical hasta el compromiso total de éste. El NIC I corresponde a la displasia leve, el NIC II a la displasia moderada y el NIC III corresponde a la displasia grave y al carcinoma in situ.

La última propuesta por Richardt es con la clasificación del sistema Bethesda, distinguiendo las lesiones intraepiteliales de bajo grado (NIC I), de las lesiones epiteliales de alto grado (NIC II, NIC III), adoptada por la mayor parte de los patólogos

Esta clasificación desplaza la propuesta por Papanicolaou en cinco grados, que sin embargo, aún se sigue usando por algunos citopatólogos.

## MARCO TEORICO:

Se calcula que cada año se identifican unas 600,000 mujeres con NIC en Estados Unidos (7). Además, las mujeres sometidas a detección selectiva que han desarrollado posteriormente cáncer cervical, suelen presentar lesiones en estadíos más precoces.

Aunque el carcinoma invasor del cuello uterino no es tan frecuente entre mujeres jóvenes como entre las de edad más avanzada, el número de mujeres con cáncer invasor durante la tercera y cuarta décadas de la vida va en aumento. En Inglaterra y Gales se tomó a mediados de los años sesenta, la decisión política de no financiar los frotis de Papanicolaou en mujeres con edades inferiores a los 35 años, a menos que fueran madres de tres o más hijos (7). Los datos obtenidos posteriormente en Inglaterra, sugieren que existe un incremento de la mortalidad en pacientes de hasta 45 años de edad.

Otra consideración de interés, es la existencia de un índice relativamente elevado de falsos negativos entre los frotis de Papanicolaou en Estados Unidos. En diversos estudios de éste y otros países, se ha demostrado que un número significativo de pacientes

son diagnosticadas con carcinoma invasor del cuello uterino tras un período breve, después de un Papanicolaou informado como normal (7).

Un estudio realizado en Seattle indica que el 27% de las pacientes con carcinoma del cuello uterino en estadio I, habían presentado un frotis de Papanicolaou normal durante el año previo al diagnóstico.

#### DISPLASIAS, CLASIFICACION, DIAGNOSTICO Y MANEJO:

Las displasias del cuello uterino son anomalías celulares y arquitectónicas del epitelio pavimentoso que se originan en la zona de unión entre los epitelios pavimentoso y cilíndrico, especialmente sensible a las infecciones cervicovaginales, a los traumatismos sexuales, a ciertos tipos de papilomavirus, quizá al virus herpes simplex 2 y probablemente a otros cofactores como el tabaco, la inmunidad y los factores hormonales (4).

Las displasias del cuello pueden relacionarse con ciertas enfermedades de transmisión sexual (ETS), debido a su frecuente asociación a otras de éste tipo (Chlamydia y gonococo, cervicovaginitis inespecífica), así como VPH, en mujeres inmunodeprimidas (SIDA, transplante renal o hepático).

(4)

Las displasias del cuello pueden relacionarse con ciertas enfermedades de transmisión sexual (ETS), debido a su frecuente asociación a otras enfermedades de éste tipo como Chlamydia y gonococo, cervicovaginitis inespecífica), se incrementa el riesgo con más de un compañero sexual, con inicio temprano de las relaciones sexuales, pero no sólo éso, sino también con el número de compañeras sexuales del varón. Ciertos estudios refieren que si en un matrimonio, el número de parejas sexuales del marido había sido superior a 20, el riesgo de cáncer cervical en sus esposas aumentaba 5 veces más que en una mujer cuyo marido había tenido menos de 20 compañeras sexuales (9).

Sin duda, el cáncer cervical es raro en los grupos de célibes, como las monjas, y muchos han calificado al cáncer del cuello uterino de 'enfermedad venérea' (9).

Se sabe que el carcinógeno debe transmitirse mediante el coito.

A medida que se han acumulado más datos, ha ido surgiendo un número cada vez mayor de preguntas sobre el papel etiológico del VPH. Hasta la fecha, se han aislado y caracterizado más de 60 tipos diferentes de VPH.

En la evaluación inicial, se observó que los VPH 6/11 estaban asociados con condilomas genitales y NIC menores, mientras que los VPH 16/18 lo estaban con mayor frecuencia con el cáncer cervical y las formas de NIC más significativas (13).

Se ha sugerido que al VPH 18 puede ser más virulento que el VPH 16.

#### CLASIFICACION:

Actualmente las displasias se clasifican bajo el sistema Bethesda que ha tomado mayor auge, incluye al NIC I que se clasificaba como displasia leve, actualmente como NIC de grado bajo, y engloba al NIC II como displasia moderada y NIC III como displasia grave y al carcinoma in situ, como NIC de alto grado (9).

## DIAGNOSTICO:

Las displasias del cuello son frecuentes en la mujer joven (2% entre 16-20 años, 4% entre 20 y 30 años), no existe signo clínico alguno que permita sospechar su existencia, de ahí el interés de una detección precoz citológica y de la colposcopia.

Papanicolaou primero aplicó el frotis vaginal como una técnica en el diagnóstico de cáncer del útero en 1923 (3), por medio de una pipeta de vidrio, aspirando las células descamadas en el fondo de saco posterior, la técnica fue descrita en una monografía por Papanicolaou y Traut en 1943 (2). Sin embargo, la técnica de la toma con espátula, fué desarrollada en el laboratorio de J. Ernest Ayre (2); deseando simplificar el método, diseñó una espátula para que en lugar de aspirar las células ya exfoliadas, se co---lectaran éstas antes de su exfoliación, rotando la espátula contra el orificio cervical en la circunferencia de la unión escamo-columnar (3,2).

Quince cánceres cervicales fueron diagnosticados usando la espátula, mientras que las aspiraciones en el fondo de saco fallaban para mostrar las células (3).

La espátula deberá ser utilizada en su extremo hendido en pacientes nulíparas y en multíparas se utilizará el extremo plano. La infección vírica se confirma al ponerse de manifiesto células vacuolizadas, que a veces presentan una binucleación rodeada por un halo claro y cuyo citoplasma está rechazado a la periferia: Los coilocitos (4).

Santiago Pineda hace la observación de utilizar el citobrush en el canal endocervical a una profundidad de 1-2 cm con una rotación de 360 grados y esta muestra sea extendida sobre una laminilla con movimientos rotatorios, fijarla de inmediato, o utilizar el cervexbrush que tiene forma de abanico, rotando 360 grados hacia la derecha y después a la izquierda, extendiendo la muestra de uno y otro lado del cepillo. La ventaja de esto, es que en una sola toma, muestra ectocérvix, endocérvix y la zona de transformación. No recomienda que la muestra se tome con abatelengua, ya que sólo se obtienen células ectocervicales generalmente, lo que ocasiona una incidencia tan alta de FALSOS NEGATIVOS, se habla de un 5 a 50%, promedio 33%, más frecuentes en lesiones tempranas y pequeñas (14).



En el caso de que una paciente presente anomalías en el frotis cervicovaginal, como núcleo anormalmente grande, multilobulado o múltiples variaciones nucleares (2), el siguiente paso es una colposcopia, preparando el cuello con ácido acético (15) lo que blanquea el epitelio anormal que tiene alteraciones en sus núcleos, puesto que el epitelio displásico contiene abundantes proteínas en el citoplasma y los núcleos sufren una coagulación transitoria (4), sobreviniendo en 20-30 segundos, la cual desaparece al cabo de 2 minutos aproximadamente. Pueden aparecer diferentes imágenes como zona blanca, plana, realzada, puntiforme, de mosaico, orificios glandulares cercados. Posteriormente se baña con lugol, las zonas lugolnegativas son displásicas, porque el epitelio que las recubre es pobre o carece de glucógeno. Este tipo de lesión debe ser biopsiado, ya sea con pinza, asa diatérmica y/ó legrado endocervical.

Según la importancia topográfica de la lesión en el seno del epitelio pavimentoso se distinguen:

I.- Displasias leves o CIN I ó CIN de bajo grado, cuando las anomalías celulares se localizan en el tercio inferior de las capas celulares.

II.- Displasias moderadas o CIN II ó CIN de grado alto, cuando las anomalías asientan en los dos tercios profundos del epitelio.

III.- Displasias graves o CIN III ó CIN de grado alto, cuando las anomalías afectan todo el epitelio.

SE RELACIONAN A CONTINUACION LA EVOLUCION:

DISPLASIAS LEVES

10% agravación  
40-50% estancamiento  
40-50% regresión

DISPLASIAS MODERADAS

20% agravación  
50-60% estancamiento  
20-30% regresión

DISPLASIAS GRAVES

40-50% agravación  
50-60% estancamiento  
10-20% regresión (?)

El tratamiento se enfoca básicamente respecto al NIC, cuando la displasia exocervical no afecta las glándulas, puede utilizarse laser o resección con asa diatérmica; en caso de afectación glandular puede realizarse resección con asa diatérmica; en el caso de displasia exo y endocervical lo ideal es la conización.

Toda displasia grave debe tratarse mediante excéresis quirúrgica que rebase el tejido sano guiada por los datos colposcópicos.

## CANCER DEL CUELLO UTERINO:

El cáncer de cuello uterino es muy frecuente, ocupa el segundo lugar entre los cánceres de la mujer, después del cáncer de mama (4). Se trata de un epiteloma pavimentoso en el 85% de los casos y de un epiteloma glandular en el 5%. Al romperse la membrana basal del epitelio, las células neoplásicas infiltran el tejido conjuntivo subyacente, los vasos sanguíneos y los linfáticos.

La cifra de mortalidad anual es de 3.1/100,000 mujeres y en el conjunto de todas sus fases, la cifra de supervivencia a los 5 años es del 71%

Los factores de riesgo más importantes son los siguientes:

.Precocidad en las relaciones sexuales: el riesgo se multiplica por 1.2 en caso de actividad sexual que comienza entre los 18 y 20 años, y por 2 si es antes de los 17, la razón probable es que está produciendo metaplasia activa, puesto que hay proliferación activa de transformación celular de epitelio columnar en metaplásico y de éste en escamoide; el potencial de interacción entre el carcinógeno y el cuello uterino se incrementa.(7)

- . Multiplicidad de compañeros sexuales (riesgo multiplicado por 1.7 (1))
- . Infecciones víricas como el hecho de poseer anticuerpos antiherpesvirus 2 (7) y la presencia de infección por VPH (13).
- . Nivel socioeconómico
- . Actualmente se debaten otros factores, como tabaco o anticonceptivos orales (1). Recientes estudios han sugerido que el uso prolongado de anticonceptivos orales puede incrementar el riesgo de neoplasia cervical.

#### HISTORIA NATURAL

La invasión del estroma conjuntivo a partir de un NIC de grado alto es progresiva en función de la rotura de la membrana basal, ya que los vasos linfáticos y sanguíneos no tienen contacto con la membrana basal, un tratamiento de conización basta para curar a la paciente (4,10,12). Márgenes libres de displasia ofrece razonablemente que el cáncer invasivo no está presente en el resto del útero (12).

El cáncer microinvasivo constituye la etapa siguiente. Existe el riesgo de expansión linfática, pero todavía es poco significativo (5-6%), sobrepasado éste lí-

mite, es preciso efectuar una evaluación linfática.

Cuando la invasión estrómicica sobrepasa los 5 mm de profundidad, se trata de un cáncer invasivo verdadero, aproximadamente en uno de cada 5, su asiento es el endocuello (4). En éste caso, es más fácil que se trate de una lesión ulcerada y se encuentra preferentemente en la mujer menopáusica. (cuadro 1).

La extensión del cáncer invasivo se hace localmente, hacia la profundidad, en el interior del estroma conjuntivo. Los cánceres hipertróficos con más de 4 cm de diámetro en casos de crecimiento rápido, tienen mal pronóstico, ya que son indiferenciados y metastatizan muy precozmente, debido a la afectación rápida y profunda del tejido conjuntivo y de los vasos linfáticos y sanguíneos.

La invasión en dirección a la cúpula vaginal y al tejido celular pélvico y el parametrio depende de la localización del tumor.

La extensión a distancia se hace por vías linfática y sanguínea. La extensión linfática es progresiva, y alcanza sucesivamente los ganglios parauterinos, los colectores principales y los ganglios situados

CUADRO 1

---

Cáncer del cuello  
Clasificación de la Federación Internacional  
de ginecología y Obstetricia

- Fase 0: cáncer intraepitelial  
Fase I: cáncer limitado al cuello  
Ia cáncer microinvasivo  
Ib cáncer invasivo  
Ib Occ cáncer invasivo diagnosticado en una intervención quirúrgica.  
Fase II: cáncer que ha sobrepasado el cuello  
IIa sin infiltración de parametrios  
IIb con infiltración de parametrios en su porción proximal.  
Fase III: cáncer extendido a la pared pelviana o al tercio inferior de la vagina.  
IIIa afectación del tercio inferior de la vagina.  
IIIb afectación de la pared pélvica o riñón mudo en urografía excretora.  
Fase IV: cáncer extendido a la vejiga o al recto  
cáncer extendido más allá de la pelvis  
IVa cáncer extendido a la vejiga o al recto.  
IVb cáncer extendido a órganos lejanos

---

FUENTE: Blanc B. Ginecología, 2a. ed, España, Mosby/Doyma libros, 1994; 343-361.

bajo la vena iliaca externa y a nivel de la bifurcación de la iliaca primitiva. La integridad de los primeros relevos suele ser suficiente para afirmar la integridad de los grupos ilíacos primitivos y lumbo-aórticos. Ello aconseja una evaluación precoz de éstos relevos, ya que su afectación contraindica cualquier cirugía de exéresis razonable y orientada hacia un tratamiento exclusivamente radioterapéutico. La extensión por vía sanguínea es muy tardía y se manifiesta por la aparición de metástasis, cuya localización hepática y pulmonar es preponderante.

En cuanto a la histología, se trata en el 85% de los casos de un cáncer epidermoide. En el 10% se trata de un adenocarcinoma y el 5% de formas más raras.

El cáncer *in situ* no tiene sintomatología. Se detectan durante una exploración sistémica por las pruebas complementarias (frotis y colposcopia) (2, 11, 15, 16).

Las imágenes colposcópicas muestran congestión del estroma, reacción acidófila intensa con imágenes de orificio glandular, punteado vascular y mosaicismo.



Las lesiones pueden penetrar el endocuello y la línea de unión pavimentosocilíndrica no es visible a la colposcopia. Se observa una zona yodonegativa de contornos borrosos, está respetada la capa basal, las anomalías esenciales son la hiperplasia de las capas celulares, ausencia de maduración celular y la desorganización estructural. Las anomalías citológicas están representadas por núcleos voluminosos, con aumento del volumen del nucléolo y cromatina en gránulos, el incremento del índice núcleo/citoplasma y la presencia de mitosis numerosas y anormales.

La desaparición de los puentes intercelulares da lugar a una descamación importante y facilita la realización de los frotis de diagnóstico precoz.

Todas estas anomalías se distribuyen en forma regular sobre toda la altura del epitelio, lo que permite distinguir los NIC III de las displasias moderadas NIC II y las leves NIC I (4).

En ausencia de microinvasión, la conización hasta tejido sano garantiza la curación.

Sin embargo, debe reconocerse los márgenes con múltiples cortes seriados cada 500 mcm si es posible, en busca de una invasión de comienzo o una microinvasión, pues la presencia de displasia en los márgenes del cono

se relaciona con el grado de displasia (12), en cambio, un márgen libre de displasia ofrece tranquilidad de que un cáncer invasivo no está presente en el resto del útero (12).

En el caso de cáncer invasivo sólo puede definirse desde el punto de vista anatomopatológico y sucede cuando acúmulos celulares importantes han franqueado la membrana basal menor a 5 mm. La citología no permite plantear el diagnóstico de invasión, pero en el frotis suelen encontrarse signos que indican infiltración como anisocitosis, hipercromatismo nuclear, numerosos nucleolos, lisis celular (4,11). La biopsia aislada no permite confirmar definitivamente el diagnóstico, por lo que es preciso recurrir a una conización con estudio de cortes seriados del conjunto de la lesión, pues la colposcopia muestra zona lugolnegativa de contornos borrosos. Con ácido acético muestra una zona blanca congestiva, extensa y multifocal, que penetra en el endocuello.

Aquí es necesario una evaluación linfática, en caso de afectación, realizar una cobaltoterapia sobre las zonas ganglionares, en caso contrario, se propone conización o histerectomía total extrafascial. (Ver cuadro 2).

CUADRO 2

---

Cáncer microinvasivo del cuello uterino  
Clasificación de la FIGO, 1985

Microinvasivo:

- \_\_\_ invasión medida en la base del epitelio o en la superficie de la glándula de origen.
- \_\_\_ Invasión inferior a 5 mm en profundidad y a 7 mm en anchura.
  - Ia1: microinvasión no medible
  - Ia2: invasión inferior a 5 mm en profundidad y a 7 mm en anchura.

Ib (invasivo verdadero)

- \_\_\_ invasión inferior a 5 mm en profundidad y superior a 7 mm en anchura
- \_\_\_ o invasión superior a 7 mm en profundidad.

---

FUENTE: Blanc B. Ginecología, 2a. ed, España, Mosby/Doyma libros, 1994; 343-361.

## CANCER INVASIVO

En éste caso, es frecuente que la paciente consulte por metrorragias provocadas por mínimos traumas.

Se debe sospechar al observar zonas mamelonadas, que asienten sobre base indurada, placas de leucoplasia, zonas muy vascularizadas, ulceración pequeña.

La exploración bajo anestesia es indispensable para apreciar el volúmen tumoral, la extensión lateral hacia los parametrios y la posible afectación de la vejiga y el recto, debe ir acompañado de biopsias. Debe realizarse cistoscopia para detectar la posible afectación del tabique vésico-vaginal y del trigono, urografía intravenosa para determinar la integridad del funcionamiento renal y uréteres, la resonancia magnética en caso de lesiones extensas y la linfadenectomía percelioscópica, la evidencia de una metástasis ganglionar permite proponer un tratamiento radioterápico exclusivo.

El radio y el cesio se colocan mediante colposcopia, la radioterapia externa se utiliza con cobalto 60 o por betatrón en dosis de 50-60 grays.

En caso de cirugía, el objetivo es la ablación de to-

dos los tejidos invadidos por el proceso tumoral y se realizará histerectomía total extrafascial tras la radioterapia o bien una histerectomía total ampliada tipo wertheim, que extirpa junto con el útero, un amplio anillo vaginal y el tejido parametrial yuxtacervical, asociada a linfadenectomía iliaca interna y primitiva, en caso de lesiones IIa.

En el caso de lesiones IIb y III, debe utilizarse la asociación radioterapia-cobaltoterapia.

En la Fase IV, la cobaltoterapia es la norma.

En el caso de Ca. invasivo/gestación, el fundamento es evitar la expulsión del feto vía cérvico-vaginal. En el primer trimestre se practica una interrupción terapéutica del embarazo, luego una asociación secuencial radioterapia-cirugía.

En el segundo trimestre se practica una microcesárea y luego el tratamiento habitual, o bien se deja evolucionar hasta la madurez fetal, la decisión se toma de acuerdo a edad gestacional al momento del diagnóstico, paridad, edad y deseo de gestación.

En el tercer trimestre se realiza cesárea una vez alcanzada la madurez fetal y luego la secuencia radioterapia-cirugía o radioterapia.

En el caso de cáncer de cuello restante, la radioterapia es difícil de realizar y peligrosa por ausencia de útero, es preferible comenzar con radioterapia externa.

El control posterior debe ser cada 6 meses con exploraciones físicas, y cada 12 meses con un frotis de Papanicolaou, así como ecografía renal.(4)

Recientemente, en un estudio en pacientes HIV positivas, encontraron que la neoplasia intracervical es un hallazgo común en éstas mujeres, por lo que sugieren que un frotis de Papanicolaou deberá realizarse para detectar enfermedad cervical en ésta población, pues basados en éstos y otros datos, se ha agregado el cáncer cervical invasivo en pacientes con SIDA, (14).

## JUSTIFICACION

La toma de citología exfoliativa cervicovaginal con abatelenguas es inadecuada para detectar displasias en la unión escamo-columnar o incluso Ca in situ no es detectado con la toma con abatelenguas, por lo que si la toma de ésta muestra con espátula de Ayre y citobrush resultase más adecuada, se diagnosticarían con mayor exactitud lesiones premalignas y malignas en estado inicial, permitiendo de ésta manera detener el proceso y no permitir su avance, todo ésto con beneficio temprano para la derechohabiente y de ésta manera disminuir costos para la unidad, el instituto y el País, al no erogar presupuestos costosos para el manejo de derechohabientes en estadíos avanzados.

**HIPOTESIS:**

**Hipotesis verdadera:** Se detectarán un mayor número de displasias de la unión escamocolumnar con espátula de Ayre y cytobrush, que con abatelenguas únicamente.

**HIPOTESIS NULA:** No se detectarán un mayor número de displasias de la unión escamocolumnar con espátula de Ayre y cytobrush, que con abatelenguas únicamente.



OBJETIVOS:

- 1.- Detectar con mayor índice de seguridad, lesiones premalignas y malignas tempranas.
- 2.- Determinar la incidencia de displasias.
- 3.- Demostrar que la toma de frotis de Papanicolaou ofrece más datos si se realiza con citobrush y espátula de Ayre, que sólo con abatelenguas.
- 4.- Determinar la importancia como enfermedad a las displasias y al cáncer microinvasor e invasor del cuello uterino.

## MATERIAL Y METODO:

El estudio se realizó de forma prospectiva, comparativa y abierta, en 100 pacientes que acudieron a la consulta externa de ginecología, en el período comprendido del 01 de junio de 1995 al 30 de septiembre de 1995, en quienes se revisó que su expediente contara con por lo menos un reporte previo de Papanicolaou sin patología en un período máximo de seis meses previo a éste estudio, que haya sido tomado con abatelenguas y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

- . Edades entre 18-35 años
- . Con vida sexual activa
- . Sin infección vaginal actual, o cuyo tratamiento haya sido establecido un mes antes por lo menos.
- . Abstinencia sexual por lo menos de tres días.

Los criterios de exclusión fueron:

- . Pacientes con proceso infeccioso cervicovaginal no tratado
- . Relaciones sexuales recientes (menos de 24 horas)
- . Pacientes embarazadas
- . Pacientes que no cuenten con Papanicolaou previo reciente.
- . Pacientes que rebasen la edad mencionada en los criterios de inclusión.

Se recolectaron datos que incluían:

Nombre, cédula, menarca, ritmo, paridad, inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, método de planificación familiar, antecedentes de leucorrea y el número de veces que recibió tratamiento, el reporte del último Papanicolaou, así como la fecha en que se tomó, el estado civil y la ocupación, mediante interrogatorio directo.

Los resultados se recolectaron en la misma hoja, e incluyen: El diagnóstico, la presencia de proceso inflamatorio y alteraciones celulares. El proceso inflamatorio se calificó en cruces, una cruz se consideró como leve, dos cruces moderado y tres cruces como severo.

Se utilizó espátula de Ayre de madera, citobrush, portaobjetos, fijador en spray, espejo vaginal, gasas secas, pinzas uterinas. Se colcó a la paciente en posición ginecológica, se colocó espéculo vaginal sin lubricante ni solución; se eliminó el exceso de mucocervical con una gasa seca; se tomó el frotis de la unión escamocolumnar mediante visión directa con espátula de Ayre y de inmediato con citobrush. Se tomó la muestra del orificio endocervical con un movimiento de 360 grados.

Ambas tomas se fijaron en un portaobjetos con movimientos rotatorios, se anotaron en la hoja de recolección de datos y se enviaron a citología para su interpretación.

## RESULTADOS:

Se realizó el estudio estadístico de forma longitudinal en 100 pacientes, de las cuales se excluyeron 4 por no reunir los criterios de inclusión y en quienes se detectó displasia severa en una, metaplasia en dos y Ca. Cu en una.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

La paridad promedio fue de 2 como antecedente de factor de-riesgo con una incidencia mayor entre los 15 a 23 años, (figura 3), la edad de inicio de vida sexual predominó entre los 19-21 años (figura 4), el método de planificación familiar más utilizado fué la OTB (figura 5), el número de compañeros sexuales en 55 pacientes fué de uno, en comparación a una que refirió antecedente de 5 compañeros sexuales, 72.92% tuvo antecedentes de leucorrea tratada, el 62.5% fueron pacientes dedicadas a labores domésticas. El proceso inflamatorio se evaluó de la siguiente manera: una cruz en 9, dos cruces en 36 y tres cruces en 51 (figura 6). El patrón microbiano predominante fue baciliforme en el 86.42%, mixto en 10.42%, cocoide 2.08% y tricomona en 1.08%. (fig 1). Se reportó metaplasia epidermoide en 3 pacientes, metaplasia disfuncional en 1, y cambios de tipo inflamatorio en 92, en ninguna paciente se reportó displasia o Ca. in situ. (tabla 2).

El estudio de  $\chi^2$  da P menor a 0.05.

## COMENTARIO Y CONCLUSIONES:

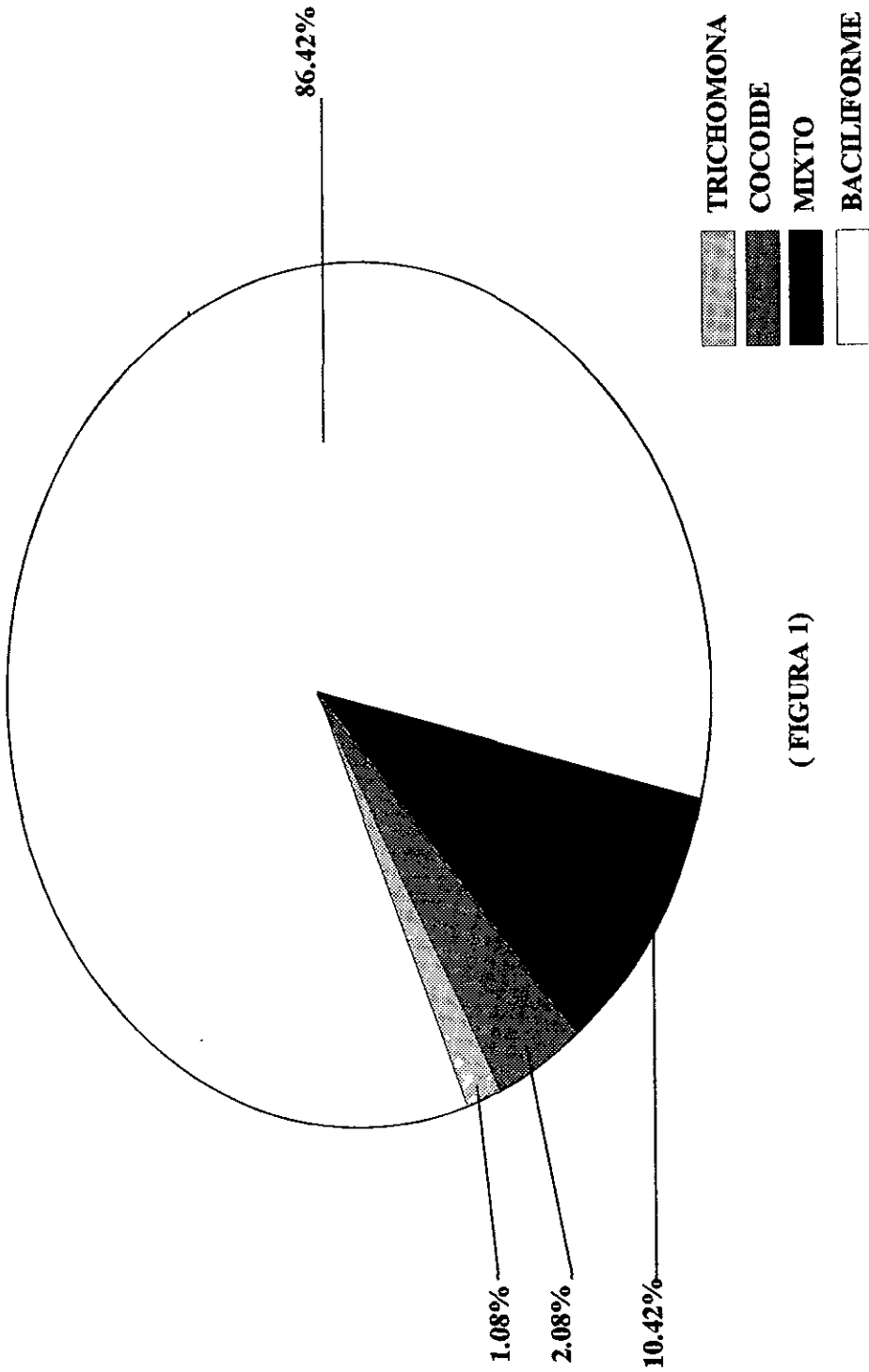
De acuerdo a los resultados obtenidos, se llega a la conclusión que los resultados obtenidos no fueron satisfactorios; sin embargo, en el grupo de pacientes excluidas, se detectaron cambios como displasia y Ca Cu . Por lo tanto, tomando en cuenta que el grupo de pacientes en las que se detecta con mayor frecuencia Ca Cu in situ o microinvasor, se encuentra entre los 35 y 45 años, la detección deberá realizarse a edades más tempranas.

Además, se concluye que si tomamos en cuenta que una displasia leve el 10% se agrava, 40-50% no sufre cambios y 40-50% presenta regresión, por ése hecho, la toma de Papanicolaou en éste estudio debió ser tomado en un mismo momento, tomando como grupo control a la misma paciente, puesto que el estudio se comparó con un Papanicolaou tomado con seis meses de diferencia, y si el porcentaje de regresión de una lesión de bajo grado es el mencionado, ésto pudo influir en los resultados.

Finalmente, conociendo la importancia del VPH 16 y 18 y su relación con el Ca. Cu, es de importancia vital para la paciente el que sea realizado un estudio colposcópico para detectar las lesiones acetopositivas y poder realizar biopsias dirigidas y aún mejor, proporcionar un manejo resolutivo, como una conización.

ESTUDIO COMPARATIVO EN LA TOMA DEL PAPANICOLAOU CERVICOVAGINAL,  
CON ESPATULA DE AYRE Y CITOBURSH CONTRA ABATELENGUAS  
( Período del 01 de junio al 30 de septiembre de 1995 )

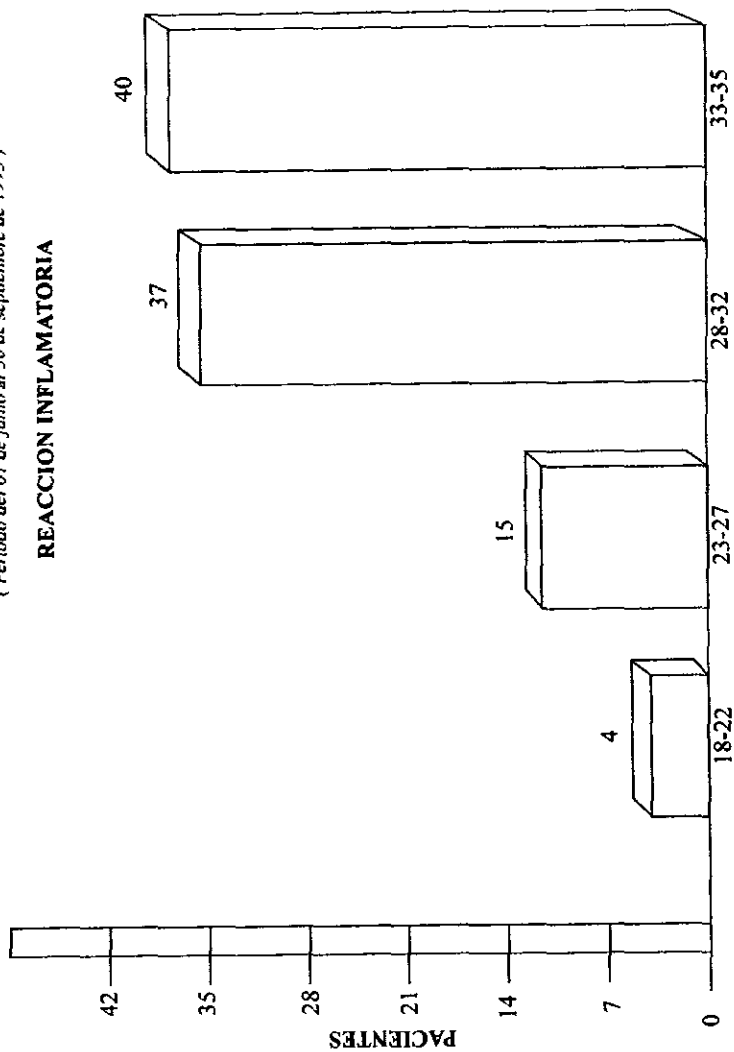
### PATRON MICROBIANO



( FIGURA 1 )

ESTUDIO COMPARATIVO EN LA TOMA DEL PAPANICOLAOU CERVICOVAGINAL.  
CON ESPÁTULA DE AYRE Y CITOBRUSII CONTRA ABATELENGUAS  
( Período del 01 de junio al 30 de septiembre de 1995 )

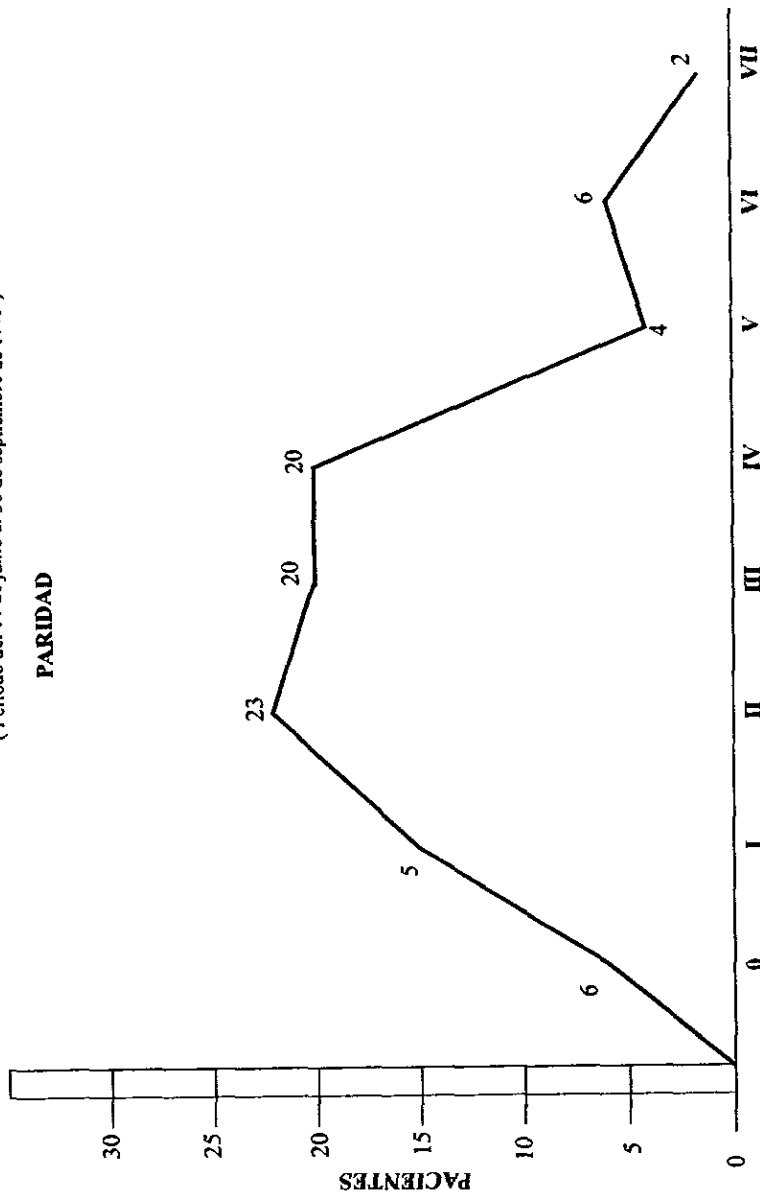
### REACCION INFLAMATORIA



EDAD (AÑOS)  
( FIGURA 2 )

FUENTE: Archivo del ISSSTE ZARAGOZA

ESTUDIO COMPARATIVO EN LA TOMA DEL PAPA NICOLAOU CERVICOVAGINAL,  
 CON ESPATULA DE AYRE Y CITOBURSH CONTRA ABATELENGUAS  
 ( Período del 01 de junio al 30 de septiembre de 1995 )



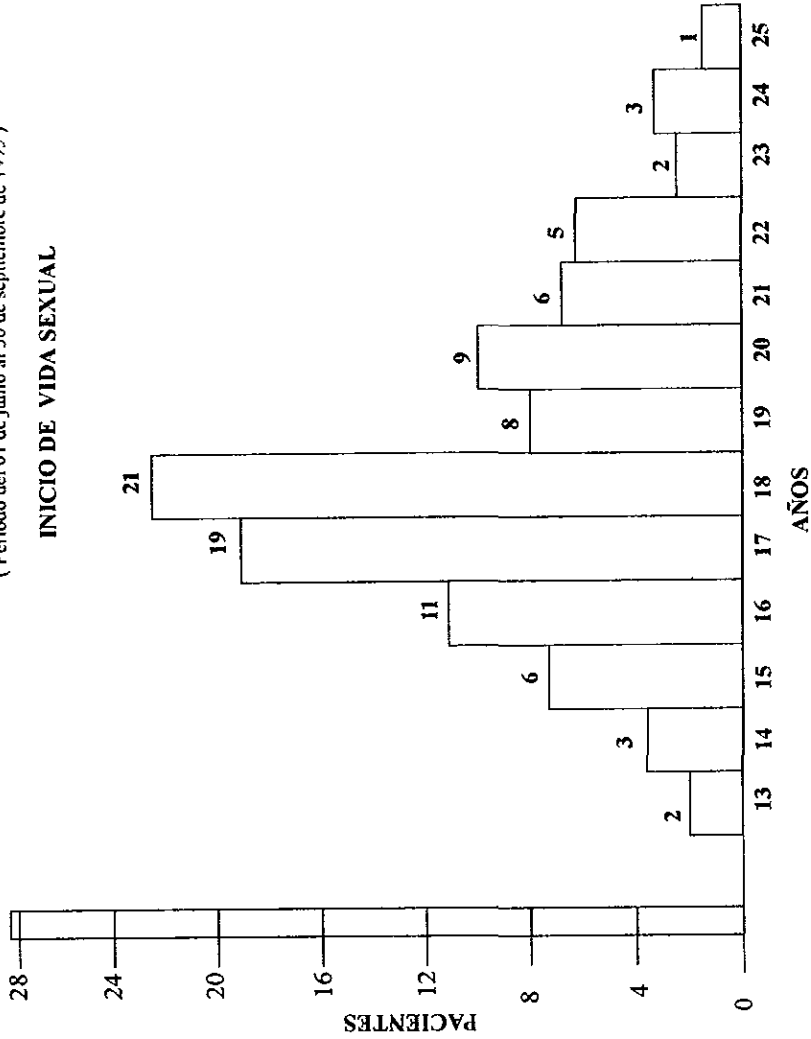
**PARIDAD**  
 ( FIGURA 3 )

FUENTE: Archivo ISSSTE Zaragoza



ESTUDIO COMPARATIVO EN LA TOMA DEL PAPANICOLAOU CERVICOVAGINAL,  
 CON ESPÁTULA DE AYRE Y CITBRUSH CONTRA ABATELENGUAS  
 ( Período del 01 de junio al 30 de septiembre de 1995 )

**INICIO DE VIDA SEXUAL**

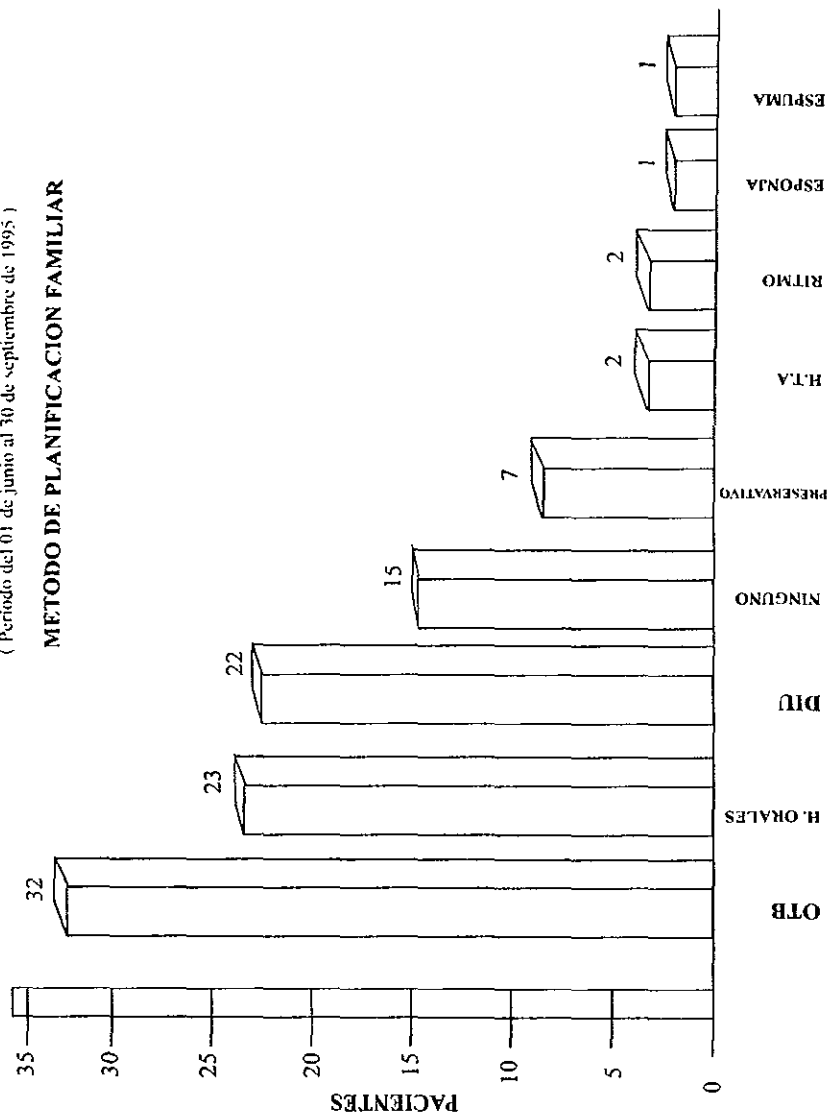


( FIGURA 4 )

FUENTE: Archivo ISSSTE Zaragoza

ESTUDIO COMPARATIVO EN LA TOMA DEL PAPANICOLAOU CERVICOVAGINAL.  
 CON F-SPA U/LA DF AYRE Y CIORRUSHI CONTRA ABATFLENGUAS  
 ( Período del 01 de junio al 30 de septiembre de 1995 )

**METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR**

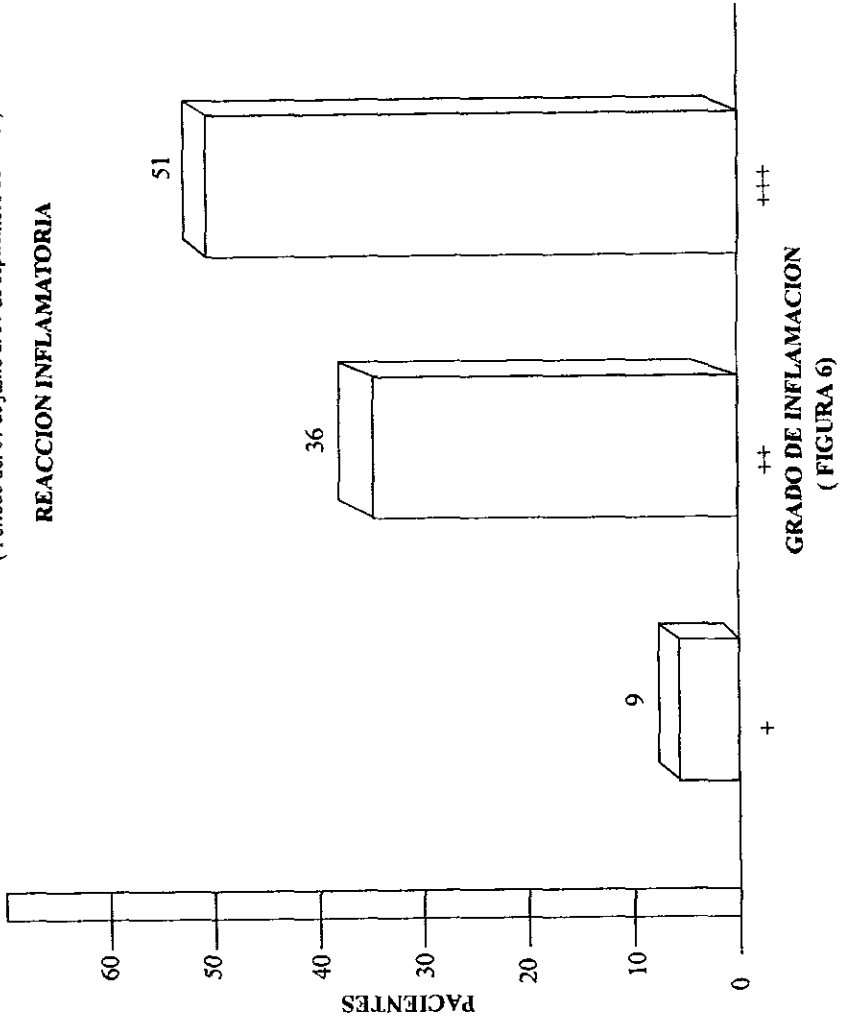


( FIGURA 5 )

FUENTE: Archivo del ISSSTE ZARAGOZA

ESTUDIO COMPARATIVO EN LA TOMA DEL PAPANICOLAOU CERVICOVAGINAL,  
CON ESPATULA DE AYRE Y CITOBURSH CONTRA ABATELIENGUAS  
( Período del 01 de junio al 30 de septiembre de 1995 )

### REACCION INFLAMATORIA



FUENTE: Archivo del H.R.I.Z. ISSSTE

ESTUDIO COMPARATIVO EN LA TOMA DE PAPANICOLAOU CERVICOVAGINAL,  
CON ESPATULA DE AYRE Y CITOBRUSH CONTRA ABATELENGUAS.  
(Período del 01 de junio al 30 de septiembre de 1995)

NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES:

TABLA I

---

No.	Pacientes
1	55
2	25
3	13
4	2
5	1

---

FUENTE: Archivo H.R.I.Z. ISSSTE

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ESTUDIO COMPARATIVO EN LA TOMA DE PAPANICOLAOU  
CERVICOVAGINAL, CON ESPATULA DE AYRE Y CITOBURSH,  
CONTRA ABATELENGUAS.  
(Período del 01 de junio al 30 de septiembre 1995)

ALTERACIONES CELULARES

TABLA 2

---

METAPLASIA DISFUNCIONAL	1
METAPLASIA EPIDERMOIDE	3
DE TIPO INFLAMATORIO	92

---

FUENTE: Archivo H.R.I.Z. ISSSTE.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Aileen E. et al, Cervical displasia: Association with sexual behavior, smoking, and oral contraceptive Use ? Am J. Obstet Gynecol march 1,1985; 612-616.
- 2.- Ayre EJ et al, selective cytology smear for diagnosis of cancer. Am J Obst & Gynec. April,1947; 609-617.
- 3.- Ayre JE et, Cervical citology in diagnosis of early cancer. The Jour of the Am Med Assoc. February 21,1948;136;No.8; 513-518.
- 4.- Blanc B. Ginecología, 2a. ed, España, Mosby/Doyma libros,1994; 343-361.
- 5.- Buckley J.D.et al, Case control study of the Husbands of women with displasia or carcinoma of The cervix uteri. The Lancet, nov 7, 1981:1010-1014.
- 6.- Clifford HF. Biologic behavior of displasia and carcinoma in situ. Am J. Obst & Ginec, 99;No.7; dec 1, 1987; 960-974.
- 7.- Disaia C. Oncología ginecológica clínica, 4a. edición, España, Mosby/Doyma libros,1994;1-36.
- 8.- Don R, The Papanicolaou test for cervical cancer detection, a triumph and a tragedy. JAMA, feb 3, 1989; vol 261, No. 5; 737-743.
- 9.- George DL, The 1988 Bethesda System for Reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. JAMA, Aug 18,1989;vol262, No.7; 931-934.
- 10.- Oyesanya O.A. et al, Outpatient excisional management of cervical intraepitelial neoplasia. Am J Obstet Gynecol. Feb 1993;vol 168, No.2;485-488.
- 11.- Papanicolaou GN et al, The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. Am J of Obst and Gynec, vol 42;No.2, Aug 1941; 192-205.

- 12.- Phelps JY et al, Cervical cone margins as a predictor for residual dysplasia in post-cone hysterectomy specimens. *Obst and Gynec*, vol 84, No.1; jul 1994: 128-130.
- 13.- Richart RM, Causes and Management of cervical intraepithelial neoplasia. *Cancer* Vol 60, No. 8; oct 15 supplement 1987; 1951-1959.
- 14.- Santiago PC, Lesiones precursoras y cáncer cervicouterino, *Novedades médicas, boletín médico informativo*, No. 16, enero 1991 primera parte, S!P.
- 15.- Van LE, et al, Acetic acid visualization of the cervix to detect cervical displasia. *Obstetrics and Gynecol*, vol 81, No.2, feb 1993: 293-295.
- 16.- Wright TC, cervical intraepithelial neoplasia in women infected with Human Immunodeficiency virus: Prevalence, risk factors, and validity of Papanicolaou smears. *Obst & Gynecol*, vol 84, No.4, Part-I, Oct 1994; 591-597.