

11226
28/12
102/201



Universidad Nacional Autónoma de México

ISSSTE

FRECUENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS DIAGNOSTICADAS POR
CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA EN PACIENTES FEMENINAS
DERECHOHABIENTES A LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO DEL
ISSSTE EN EL AÑO DE 1985.

TESINA RECEPTACIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO GENERAL FAMILIAR

P R E S E N T A

DR. RODOLFO URRUTIA ARENAS MGF



MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1986

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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

JUSTIFICACION	I
ANTECEDENTES	II
OBJETIVOS	III
RAZONES	IV
REVISION CRITICA DE LA INFORMACION BIBLIOGRAFICA	V
METODOLOGIA	VI
RESULTADOS	VII
ANALISIS Y DISCUSION	VIII
CONCLUSIONES	IX
BIBLIOGRAFIA	X
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	XI
ANEXOS	XII

JUSTIFICACION 1

La mayor parte de los núcleos familiares carecen de conocimientos básicos que serían lo relacionado a puntos sexuales, médicos e higiénicos.

Así tenemos que no existe una información oportuna de los patrones culturales y en caso de existir es mal enfocada, dejando a los miembros de la familia que dicha información sea obtenida del medio ambiente social.

Por ejemplo, la información de tipo sexual aún sigue siendo considerado como tabú en muchos núcleos familiares de aquí se derivan problemas muy importantes como serían las violaciones y las inducciones dejando serias alteraciones emocionales y aumentando más la desorientación de los individuos. Por consiguiente, al carecer de una información básica, se pueden iniciar las relaciones sexuales a temprana edad, presencia de embarazo, uso indiscriminado de hormonales como método anticonceptivo sin prescripción médica o definitivamente el inicio de relaciones sexuales promiscuas.

Todo lo anterior viene a ocasionar grandes daños de tipo anatómico y sobre todo la aparición de enfermedades de tipo degenerativo del cérvix a edades tempranas y ello tiende a repercutir en la salud de una determinada población: por esto fue indispensable una especialidad médica capaz de identificar los problemas médicos e integrales de la familia. La medicina general familiar y comunitaria cuyos objetivos primordiales son la formación de un médico especialista que sea capaz de resolver el 90% de la problemática que se presenta en un primer nivel de atención médica y sobre todo, al de prevenir y detectar padecimientos de tipo degenerativo en etapas tempranas.

Ahora bien, el campo de acción de la medicina familiar es muy amplio, aparte de prevenir y detectar enfermedades en etapas tempranas, lo más importante es educar y proporcionar conocimientos básicos sexuales e higiénicos desde un punto de vista individual, familiar y comunitario.

ANTECEDENTES 11

La inquietud por realizar esta Tesina surgió de que en la actualidad se han reportado casos de neoplasias del cérvix - en mujeres cuyas edades fluctúan entre los 20 y los 30 años. Esto trajo consigo el siguiente planteamiento ¿Cuáles son los factores que influyen y cuál es la relación entre éstos en la aparición de lesiones premalignas del cérvix? Considerando que los órganos genitales femeninos son de gran importancia, ya que en ellos se efectúa la reproducción también tiene la función de ser órgano blanco de la acción hormonal y en caso de no ocurrir la fecundación se presenta la menstruación.

La acción hormonal se encuentra determinada por la intervención del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. (Figura 1).

El hipotálamo desempeña un papel importante, incluye tejidos que componen las paredes laterales de la porción inferior del tercer ventrículo y del infundíbulo, está conectado en forma directa con el lóbulo posterior de la hipófisis por nervios que se originan en los núcleos supraoptico y paraventricular.

No hay comunicación nerviosa entre el hipotálamo y el lóbulo anterior de la hipófisis. Las hormonas liberadoras o inhibitorias formadas en el hipotálamo son transportadas desde la eminencia media al lóbulo anterior de la hipófisis por los vasos porta.

La secreción de gonadotrofinas se encuentra bajo control de la hormona liberadora de gonadotrofinas producida en el hipotálamo.

Existe una zona liberadora para ambas gonadotrofinas (FSH y LH) ha sido químicamente identificada y sintetizada, es un decapeptido con la siguiente estructura.

Piro-Glu-his-tri-ser-tir-gli-leu-arg-pro-gli-NH₂

La hormona liberadora de gonadotrofinas tiene un doble efecto sobre la hipófisis, su acción más inmediata es provocar la liberación de gonadotrofinas almacenadas en la hipófisis a medida que la hormona liberadora continúa actuando sobre la hipófisis, estimule la síntesis y liberación adicional de gonadotrofinas.

Ambos efectos son menos prominentes durante la fase folicular temprana del ciclo, pero a medida que el ciclo continúa se hace más notorio el efecto de la hormona liberadora de aumentar la reserva hipofisiaria de gonadotrofinas debido al creciente aumento de estradiol. A medida que se acerca la ovulación predomina el efecto liberador de gonadotrofinas y finalmente en la fase temprana lútea, ambos efectos son prominentes hasta que declinan antes del inicio de la menstruación.

La Hipófisis, el lóbulo anterior de la hipófisis secreta normalmente hormonas y son.

(TSH) Tirotropina

(ACTH) Corticotropina

(GH) Hormona del crecimiento

(MSH) Hormona estimulante del melanocito

(FSH) Hormona estimulante del folículo

(PRL) Prolactina

La FSH y LH son producidas en las células gonadotrofas de la hipófisis. La función del lóbulo posterior consiste en el almacenamiento de las hormonas (Oxitocina y vasopresina). Durante los ciclos menstruales normales las gonadotrofinas -- son secretadas en forma cuidadosamente regulada. La FSH y LH se encuentran presentes en cantidades pequeñas unos días antes de la menstruación y en cuyo momento comienza a ascender.

Ovario, los cambios hormonales que ocurren durante el ciclo menstrual producen cambios notorios en los folículos de los ovarios que culminan con la ovulación y luego la formación de un cuerpo amarillo.

Bajo la influencia de la FSH y LH algunos folículos del ovario son estimulados para aumentar de tamaño. La aparición de la LH desencadena la ovulación, no se sabe por qué un folículo en particular sufre maduración completa y ovulación. La producción hormonal se encuentra bajo control de las hormonas gonadotrofas de la porción anterior de la hipófisis, la FSH y la LH ambas son necesarias para la estimulación de los folículos, lo cual ocasiona de la producción de estrógenos, la aparición de la LH causa la ovulación después de lo cual el cuerpo amarillo secreta estrógenos y progesterona. Los estrógenos son producidos predominantemente por las células de la teca, por tanto los estrógenos como la progesterona, en las células de la granulosa del cuerpo, los andrógenos se producen de manera principal en las células del estroma. El ovario puede sintetizar sus hormonas a partir de compuestos simples como el acetato y el colesterol. Es probable -- que durante la fase folicular del ciclo menstrual los estrógenos sean producidos en las células de la teca.

La acción hormonal de las gonadotrofinas, consisten en la -- unión de los receptores específicos en la membrana del órgano blanco y regulan la actividad de la adenilciclasa, presente en la superficie de la membrana plasmática de este modo -- se forma el monofosfato de adenosina ciclo 3,5 (AMPC) y activa la producción de proteínas que ocasionan cambios en la -- estructura y la función de las células blanco.

Los efectos sobre el sistema genital consiste en la proliferación y maduración del epitelio vaginal está influenciada -- por estrógenos y progestágenos.

Cuando la secreción ovarica de estrógenos es baja, prepuberalmente y posmenopausicamente, el epitelio vaginal es delgado y susceptible a infecciones.

Los estrógenos modifican el epitelio vaginal que pasa de cúbico a estratificado, la acción de la progesterona es la de preparar al endometrio para la fecundación. (1) (2) (3).

Los órganos genitales femeninos se encuentran constituidos: por útero, trompas, ovarios, cérvix, clitoris, vagina, labios mayores y menores.

El cérvix es la parte más baja y estrecha del útero y en su constitución histológica es la siguiente: se encuentra recubierto por epitelio, plano estratificado no queratinizado que se continúa con la vagina, pero se une en la zona de -- transición y se transforma en epitelio cilíndrico, el epitelio plano estratificado no queratinizado normalmente es de

color gris rosado y el epitelio es cilíndrico es de color rojo.

El epitelio plano estratificado cubre el éxocervix, hasta el límite del endocérnix (4).

La citología del epitelio plano estratificado no queratinizada es la siguiente: modificación de Smolka.

DENOMINACION HISTOLOGICA		DENOMINACION CITOLOGICA
Estrato germinativo	-1-	Células basales
Estrato espinoso profundo	-2-	Células parabasales
Estrato espinoso superficial	-3-	Células intermedias
Estrato corneo	-4-	Células superficiales

El exocérnix está constituido por un epitelio cilíndrico y éste por Glándulas de tipo arracinado y estroma fijo (5).

La flora bacteriana de la vagina se encuentra constituida por la presencia del bacilo de Doderlein o lactobacilos de los que se han identificado 27 cepas diferentes, éste se encuentra cuando el epitelio vaginal se está proliferando, rico en células intermedias, ya que los bacilos utilizan el glucógeno de estos elementos para su metabolismo y requieren de un PH ácido y lo incrementan para producir ácido láctico. Aparecen a las 48 horas posteriores al nacimiento y se pueden observar hasta el final del primer mes desaparecen en las niñas para instalarse nuevamente en la adolescencia y permanecer hasta la senectud.

A parte de los lactobacilos la flora vaginal normal se encuentra constituida por: Clostridios, estreptococos anaerobios, estreptococos hemolíticos del grupo B y listeriae.

En relación a la flora vaginal patológica se encuentran constituida por Haemophylus vaginal, hongos como candida albicans, clamidias, virus, parasitarias como Entamoeba histolytica, huevecillos de oxiruos y tricomona vaginalis (6).

El estudio de citología vaginal fue introducido por Papanicolaou y Traut en la medicina clínica en el año de 1943, este estudio ha permitido determinar la respuesta del huesped a infecciones, neoplasias, radiaciones y tratamientos, pero puede enmascarar los potenciales citohormonales y citogenéticos.

En sí la citología exfoliativa permite tener un amplio panorama de los cambios citológicos como también su procedimiento fácil para la obtención de la muestra.

Existen varias técnicas de obtención de las muestras y entre estas se encuentra el frotis de Fast, que consiste en:

- Obtener moco del fondo vaginal posterior con una espátula.
- Colocarlo sobre una laminilla en forma de gota gruesa, no extender.
- Raspar la parte alta del conducto endocervical en los 360 grados con el extremo cervical de la espátula.
- Mezclar sobre la laminilla todo el producto del raspado endocervical con la parte inferior de la gota de moco del fondo de saco.

E) Se fija con alcohol del 95 (7).

Entre otros métodos se encuentra el siguiente, previa introducción de un espejo vaginal limpio, seco y sin lubricante - se identifica el tercio superior de la vagina y del cérvix. Con abatelengua se hace un raspado suave de la pared lateral de la vagina en su tercio superior, con el otro extremo del abatelengua se hace un raspado del orificio exocervical procurando aacarar la zona de conjunción escamocelular o sea el sitio donde se une exo y endocervix o en caso de existir una lesión de toma del área afectada este método es el más usado.

Para la interpretación de los tipos celulares descamativos - en la vagina se encuentran los siguientes tipos:

Células basales.- Estas células son los elementos celulares más pequeños de la vagina, son de forma redonda u oval generalmente se exhiben agrupadas en placas, con la coloración de Pap se tornan de un color azul o verde oscuro.

No se ven en los frotis normales de la mujer en la fase de madurez sexual, sino en las líneas antes de la menarquía, en mujeres menopausicas con atrofia vaginal notables, en vaginitis y traumatismos de la vagina.

Células Parabasales.- Son de mayor tamaño y diámetro su forma habitual es redonda u oval. La presencia en los frotis - esta condicionado por la escasa secreción estrogénica en frotis atroficos de la menopausia, en las niñas o en la insuficiencia ovárica graves y también pueden ser observadas en frotis de estado inflamatorio y en el postparto.

Células intermedias.- Representan el elemento más constante y numeroso que se observa en los frotis vaginales, son de forma redonda o poligonal, presentan unos contornos netos y bien definidos. Con la coloración de Pap presenta un color azul claro, verde o violáceo que puede ser eosinofílico, rosado, se encuentran como típicas del embarazo y significativas de circunstancias de acción luteal instensa.

Células Superficiales.- Son de forma poligonal, se puede decir que la presencia de células superficiales depende del estado funcional de los ovarios y la fase del ciclo menstrual (8) (Figura 2).

Existe una clasificación de displasia hecha por la OMS.

Displasia Leve.- La pérdida de la estratificación es mínima, los núcleos aparecen siempre aumentados de tamaño suelen ser irregulares y toman un color oscuro al teñirse. El citoplasma en general está bien conservado y con frecuencia se observa queratinización.

Displasia Moderada.- Las anomalías epiteliales presentan un grado intermedio entre la displasia leve e intensa.

Displasia Severa.- La atipia es muy pronunciada, la polaridad desaparece y las células apicales presentan núcleos grandes e hipercrónicos, se observa mitosis con formas atípicas. La definición de Displasia es: todas las alteraciones de la diferenciación del epitelio escamoso o glandular que se debe clasificar como leve, moderada y severa (9).

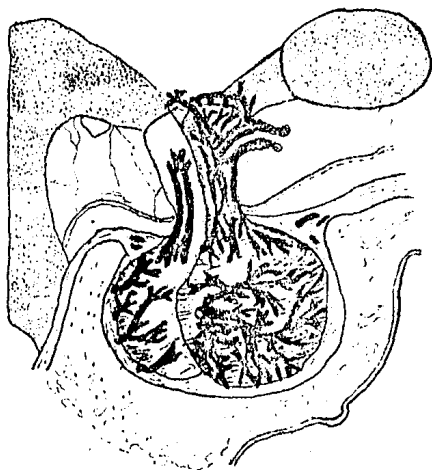
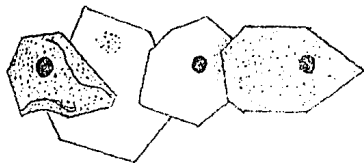


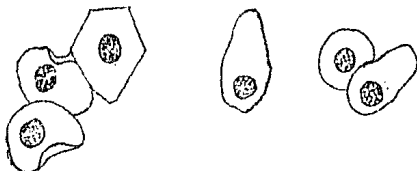
FIGURA # 1

FIGURA 2



Células Superficiales.

Células Intermedias

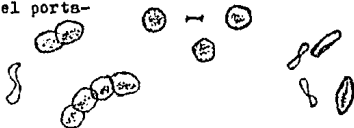


Células Basales Externas.

Células Basales Internas



Diversos aspectos de los hemáticos sobre el porta-Objetos.



OBJETIVOS 111

OBJETIVOS INMEDIATOS

- A) Determinar la frecuencia de lesiones premalignas diagnosticadas por citología vaginal exfoliativa en pacientes derechohabientes del sexo femenino, cuyas edades fluctúan entre los 15 y 65 años en la Clínica Gustavo A. Madero - del ISSSTE.
En un período comprendido desde el mes de Enero a Diciembre de 1985.
- B) Relacionar las lesiones premalignas con la edad, edad de inicio de relaciones sexuales y número de gestaciones.

OBJETIVOS ULTIMOS

- A) Difundir los resultados al cuerpo médico y paramédico -- de la Clínica Gustavo A. Madero del ISSSTE, con el fin -- de retroalimentar la importancia de identificar los cambios premalignos.
- B) Difundir más la importancia que implica la toma de citología exfoliativa vaginal a pacientes femeninas derechohabientes a la Clínica.
- C) Fomentar la educación sexual y médica a la población derechohabiente.

RAZONES IV

- La Clínica Gustavo A. Madero del ISSSTE se inició como -- Clínica de primer nivel de atención a partir del mes de enero de 1986, así como también como unidad académica -- para la formación de médicos residentes en la especialidad de medicina general y comunitaria.

En la actualidad no existe un estudio de tipo epidemiológico relacionado con la frecuencia de lesiones premalignas diagnosticadas por citología vaginal exfoliativa.

- Hoy en día se ha observado un incremento en la libertad sexual y por consiguiente el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, múltiples compañeros sexuales, uso prolongado de hormonales, ya sean orales o inyectados, -- número de embarazos y hábitos como el tabaquismo que pueden ocasionar cambios importantes en el citología vaginal del cérvix.

La interacción de los factores anteriormente pronuncia-- dos se encuentran favorecidos esencialmente por la carencia de educación sexual y médica en nuestra población derechohabiente o no derechohabiente.

De tal manera de que en nuestro primer nivel de atención el médico familiar sea el portavoz más importante en el aspecto educacional, ya sea sexual, médico o higiénico.

REVISION CRITICA DE LA INFORMACION BIBLIOGRAFICA
V

Mansilla S. Rafael y cols. realizaron un estudio tomando la siguiente clasificación. (10)

Negativo I.- Eitelios normales
 Negativo II.- Displasia leve y moderada
 Negativo III.- Displasia severa
 Positivo IV.- Tipos celulares patológicos neoplasicos en escasa cantidad
 Positivo V.- Tipo celulares patológicos neoplasicos en gran cantidad
 Sospechoso VI.- Cuando por alguna razón no se puede realizar un diagnóstico preciso de negatividad o positividad

Este estudio lo realizaron en relación a la sintomatología que presentaban las pacientes y son: Leucorrea blanca, amarillento, parduzca, sanguinolenta, hemorragia por contacto coital y obteniendo los siguientes resultados.

Sintomatología	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	Clase V	%
Asintomático		2		2	1	5
Sintomas Inesp	2	1		3	3	9
Sintomas Orient	1	2		12	10	25

Gaitan Victor y cols. (11) encontraron que en estudios epidemiológicos realizados en diferentes medios sociales de la ciudad de México y en varios lugares de la provincia, han encontrado y contactado la prevalencia y el paralelismo del ectopión de la displasia y del cáncer cervicouterino en la población de bajo nivel económico social.

Arizaga S. Juan Manuel y cols. (12) realizaron un estudio en el IMSS de Guadalajara, en donde tomaron en cuenta las siguientes variables; edad, antecedentes ginecoobstetricos, así ha estado bajo tratamiento de anticonceptivos, de donde se obtuvieron los siguientes resultados.
 La frecuencia global de displasia confirmada fue de 1.71/1000. Las displasias sin tratamiento anticonceptivo, el mayor porcentaje se encontró entre 30 y 44 años con un promedio de 39 y el promedio de partos fué 8.1.
 En las pacientes con anticonceptivos, el mayor porcentaje se encontró entre 30 y 44 años con edad promedio de 34 años y el promedio de partos de 8.8 en estas pacientes el 5% recibió anticonceptivos de los 13 o más de 40 meses.
 El 60% de las pacientes que no usaban anticonceptivos, iniciaron relaciones sexuales antes de los 20 años a diferencia de las mujeres que si los usaron en los que se encontró el 85.2% iniciaron vida marital antes de los 20 años de edad.

Baram A., encontró que la incidencia de lesiones premalignas fue menor en mujeres radicadas en Israel, que en mujeres judías radicadas en otros países.

Reporta que un 40% se presenta en el norte de África y en los asiáticos nacidos de judías es el 9.4 x 1000, comparados con un 2.9% x 100,000 de mujeres judías.

Esto lo atribuye a que existe un gran control preventivo en relación a un nivel socioeconómico y a la circuncisión, sobre todo de que en otros países no cuentan con puntos preventivos (13).

Ailon C. E., Realizó un estudio en Canadá relacionando la presencia de displasia del cérvix con, el número de compañeros sexuales, tabaquismo y uso de anticonceptivos orales.

Se compararon mujeres quienes tuvieron de uno o varios compañeros sexuales y encontró de que los pacientes que tenían un solo compañero sexual represento un porcentaje de 3.4% de desarrollar displasia, para las mujeres que tenían más de seis compañeros sexuales el riesgo de displasia fué de 5.1 %.

En las pacientes con hábito de fumar encontró un riesgo de displasia de 3.2%.

La relación con el uso de anticonceptivos orales encontró lo siguiente : Un riesgo de 2.4% para desarrollar displasia en pacientes que tomaron 4 años de uso de anticonceptivos y un riesgo relativo de 3.9% por más de 8 años de uso (14).

METODOLOGIA VI

El tipo de estudio que se realizó fue.

Observacional-Transversal

Población, lugar y tiempo de estudio.

Se efectuó el estudio en pacientes femeninas derechohabientes a la clínica Gustavo A. Madero del ISSSTE., que acudieron al servicio de Medicina General Familiar.

En este estudio no se incluyeron pacientes no derechohabientes ya que en caso de haber detectado una alteración premaligna-- hubiera sido imposible efectuar el seguimiento adecuado.

Tamaño de la muestra.

Correspondió a todas las citologías exfoliativas vaginales - que se efectuaron desde el mes de Enero a Diciembre de 1985.

Información que se va a recolectar.

De la hoja SM7 30-3 (anexo 1), de citología vaginal exfoliativa del ISSSTE, se recopilaron los siguientes datos.

- A) Nombre de la paciente
- B) Número de expediente
- C) Edad
- D) Edad de inicio de vida sexual (IVSA)
- E) Número de gestaciones
- F) Diagnóstico presuntivo
- G) Resultados de la citología vaginal
 - Patrón celular
 - Alteraciones
 - Patrón microbiano
 - Resultados

El método de observación fue el siguiente.

La observación la efectuó el investigador, que acudió al servicio de medicina preventiva en donde se tiene la relación de las citologías vaginales efectuadas, de se tomo los siguientes datos; nombre de la paciente y el número de expediente.

Se localizo el expediente, se procedio a localizar la hoja --- SM7 30-3 y se efectuó la recopilación de los datos anteriormente mencionados.

Consideraciones éticas.- No hubo.

El instrumento de estudio fue el siguiente.

Despues de revisado la hoja SM7 30-3 se efectuó el vaciado de datos en la hoja CVE DOC, (Anexo 2) que se anexo junto constructivo.

Los planes que se llevaron acabo para la recopilación de la -- información.

Una vez efectuando el vaciado de datos, se procedio a la clasificación de los datos obtenidos, que fue de la siguiente manera.

- Edad de la paciente, se clasificó por decenios, de 15=24 -- 25=34 35=44 45=54 55=64 y de los 65 o más, se fueron clasificando por paloteo.
- Edad de inicio de relaciones sexuales; tambien fue por decenios a partir de los 10 años de edad y fueron clasificados por paloteo.

- Número de gestaciones se clasificaron los datos proporcionados de la hoja SM7 30-3 como sigue, 0,1=2, 3=4, 5=6, 7=8 -- 9=10 y de 11 o más, también fueron paloteados.
- Los resultados se tomaron en relación a los resultados de la hoja SM7 30-3.

Los planes para el análisis fué el siguiente.
Se utilizaron medidas de frecuencia que son tasa y prevalencia.
Para la representación se utilizaron gráficas.
El presupuesto utilizado fué de \$250,000 pesos.

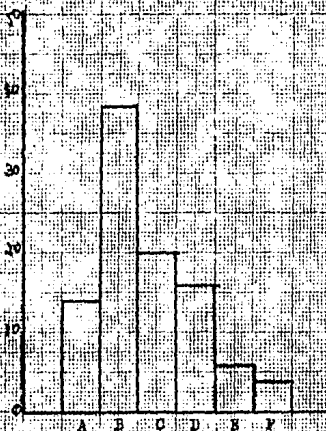
Nota:

Se acudio con los médicos de la clínica y se les hizo hincapié sobre la importancia de la toma de citología vaginal y fomentar la toma con mayor frecuencia, así como la necesidad de dar educación a las pacientes.

RESULTADOS VII

GRAFICA 1

EDAD



	EDAD	\bar{x}	FRECUENCIA
A)	15-24	13.1	12
B)	25-34	30.4	38
C)	35-44	20.3	16
D)	45-54	16.5	6
E)	55-64	6.8	4
F)	65 o más	4.6	2
			<u>120</u>

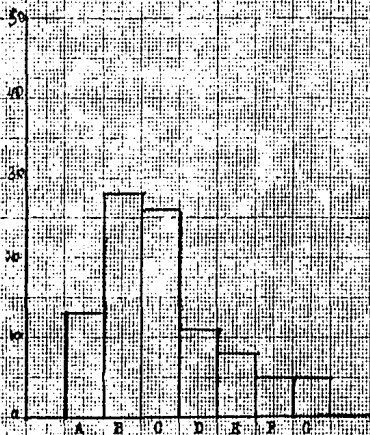
GRAFICA 2

IVSA



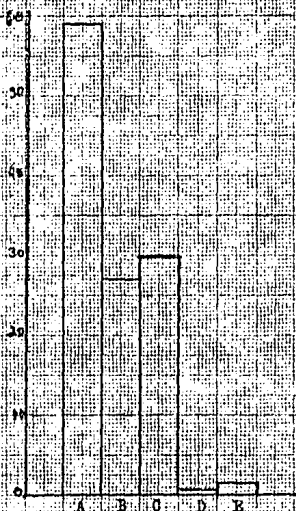
	EDAD	X	PRECUENCIA
A)	10-19	49.6	159
B)	20-29	46.8	150
C)	30-39	3.4	11
			<u>320</u>

GRAFICA 3
GESTACIONES



GESTACIONES		%	FRECUENCIA
A)	0	13.2	42
B)	1 = 2	38.9	48
C)	3 = 4	26.1	46
D)	5 = 6	11.9	27
E)	7 = 8	8.4	21
F)	9 = 10	5.6	15
G)	11 o más	5.8	20
			<u>300</u>

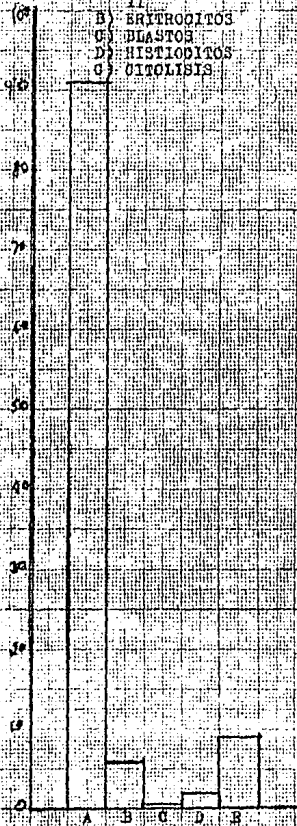
GRAFICA 4
 ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO



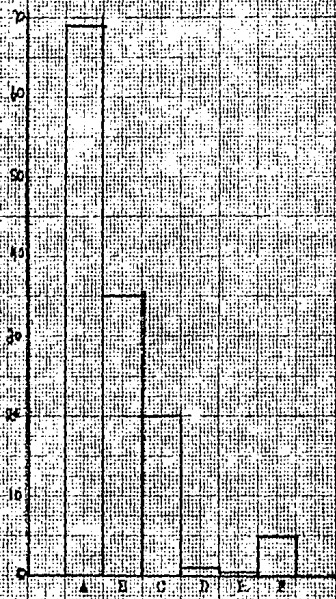
BACTERIAS	%	FRECUENCIA
A) BACILIFORMES	59.0	139
B) COCOIDES	27.8	59
C) MIXTOS	30.0	96
D) MONILIAS	0.3	1
E) TRICOMONAS	0.6	2
		<u>327</u>

GRAFICA 5
PATRON CELULAR

	%	FRECUENCIA
A) REACCION INFLAMATORIA	91.5	293
B) ERITROCITOS	6.56	21
C) BLASTOS	0.73	2
D) HISTIOCIDIOS	2.18	7
G) OTOLISIS	9.87	30
		352



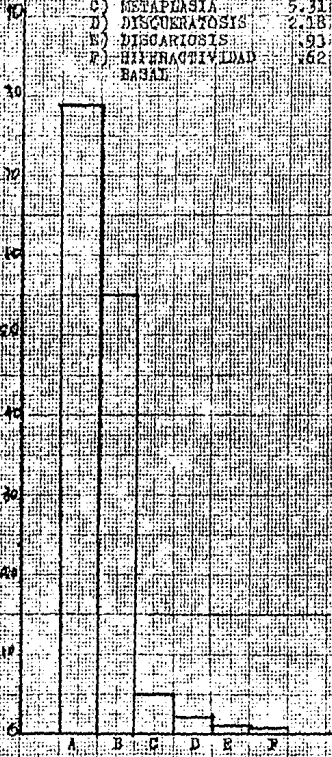
GRAFICA 6
 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO



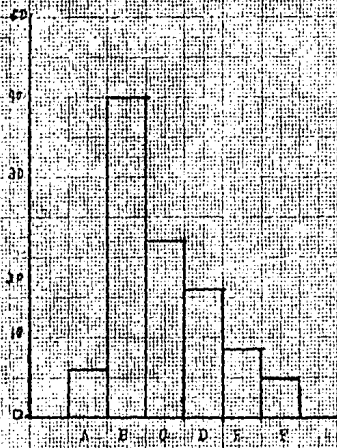
	%	FRECUENCIA
A) DOC	69.37	222
B) LEUCORREA	35.00	112
C) CERVICITIS	20.00	64
D) POLIPOS	.93	3
E) T. FRIGU LADO	.62	2
F) OTROS	5.00	15
		<u>419</u>

GRÁFICA 7
ALTERACIONES

	%	FRECUENCIA
A) REACCIÓN INFLAMATORIA L.	76.87	246
B) BASALES DE PROLIFERACIÓN	55.00	176
C) METAPLASIA	5.31	17
D) DISCERATOSIS	2.18	7
E) DISCARIOSIS	.93	3
F) Hiperactividad basal	.62	2
		351

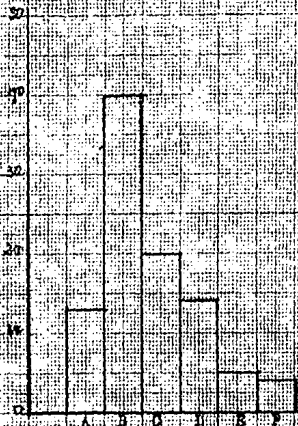


GRÁFICA 8
NEGATIVO 1



EDAD	X	FRECUENCIA
A) 15-24	6.49	5
B) 25-34	40.25	31
C) 35-44	22.07	17
D) 45-54	16.88	23
E) 55-64	9.09	7
F) 65-0 más	5.19	4
		77

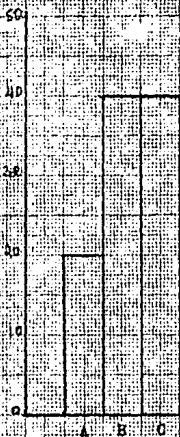
GRAFICA 2
NEGATIVO II



EDAD	%	FRECUENCIA
A) 15=24	11.61	13
B) 25=34	40.00	40
C) 35=44	20.85	21
D) 45=54	14.89	15
E) 55=64	5.95	8
F) 65 O más	4.23	5
		<u>235</u>

PREVALENCIA DE 2.8 x 100
TANTO PARA NEGATIVO I Y II

GRAFICA 10
NEGATIVO III



EDAD	%	FRECUENCIA
A) 15-24	20	1
B) 25-34	40	2
C) 45-54	40	2
		<hr/> 5

PREVALENCIA DE 2.8 x 100
TANTO PARA NEGATIVO II Y III

ANALISIS Y DISCUSION VIII

Se revisaron 320 citologías vaginales en un período comprendido desde el mes de enero a diciembre de 1985. Se tomó como rango de edad desde los 15 a los 65 años o más. Fue observado que existe más frecuencia de tomas citológicas vaginales en mujeres cuyas edades se encuentran en el intervalo de 25 a 34 años, con una frecuencia de 123 y un porcentaje de 38.4%.

En este rango de edad, se puede decir que corresponde a mujeres en actividad sexual y mayor frecuencia de embarazos. (Gráfica 1)

El inicio de la vida sexual activa se presentó con más frecuencia en el rango de 10 a 19 años de edad, y en menos frecuencia en los siguientes rangos; de los 20 a 29 años y de 30 a 39 años.

Esto representa que el 49.6% iniciaron relaciones sexuales antes de los 20 años de edad, este resultado se compara con el obtenido por Arizaga S. Juan Manuel en un estudio realizado en el IMSS en Guadalupe.

Si que siendo patente aun la carencia de conocimientos básicos y esenciales a nivel familiar, desde un punto de vista sexual e higiénicos. (Gráfica 2)

El embarazo representa un factor importante en la aparición de lesiones premalignas del cérvix y más relacionado con múltiples gestaciones.

Este análisis presentó que la mayor frecuencia se encuentra entre 1 a 2 embarazos, con un porcentaje del 28.9% y una frecuencia de 92.

Lo que es de llamar la atención es de que aun la baja paridad existe la presencia de lesiones premalignas, esto tal vez se encuentra relacionado al número de compañeros sexuales.

(Gráfica 3)

El patrón microbiano fue 327 ya que se reportan de una a dos bacterias por hoja de citología, se obtuvo que el patrón microbiano más frecuente fue el bacilo de Döderlein con un porcentaje de 59.0% y con una frecuencia de 139. Pero cabe hacer hincapié que el bacilo de Döderlein corresponde a la flora vaginal normal, existen bacilos patógenos como por ejemplo; bacilo de Koch, pseudomona, aerobacter, shigella, salmonela, para determinar el tipo de bacilo es conveniente el exudado vaginal. No se incluye en esta tesis ya que no es rango de análisis, la existencia de estas bacterias pueden desarrollar la aparición de displasia leve o moderada.

Así también la flora bacteriana mixta ocupó el segundo lugar con una frecuencia de 96 y un porcentaje de 30% y en tercer lugar la flora bacteriana cocida con una frecuencia de 89 y con un porcentaje de 27.8%. (Gráfica 4)

La reacción inflamatoria grado II tuvo una frecuencia de 293 y un porcentaje de 91.32%, con la presencia de eritrocitos con 6.56% y una frecuencia de 21, la citolisis con una frecuencia de 30 y 9.32% y los histiocitos con 2.18% y 30 de frecuencia, así también el total fue 352 por que se reportan de 1 a 2 patrones celulares. (Gráfica 5)

Se revisaron 320 citologías vaginales cuyos diagnósticos - presuntivos fueron de 419, ya que en una hoja de citología se reportan de uno a dos diagnósticos.

Se observó que el diagnóstico presuntivo que tuvo más frecuencia fue el DDC con una frecuencia de 222 y un porcentaje del 69.37. En segundo lugar se encontró la leucorrea -- con una frecuencia de 112 y un porcentaje de 35% y en tercer lugar fue la cervicitis con una frecuencia de 64 y un porcentaje del 20%.

Esto representa la patología vaginal más frecuente en las - pacientes femeninas derechohabientes. (Gráfica 6).

Se reportan 451 alteraciones de las 320 citologías vaginales, ya que se reportan de una a dos alteraciones por estudio citológico.

La mayor frecuencia corresponde a la reacción inflamatoria grado 1 con 246 de frecuencia y 76.87%, esto es del epitelio estratificado, con predominio de células basales de eroció con una frecuencia de 76 y 59%, después la metaplasia epidermoide con una frecuencia de 17 y 5.31%.

El predominio de células basales de eroció es indicativo - de vaginitis. (Gráfica 7).

El total de negativos 1 fue de 77 teniendo mayor frecuencia en el intervalo de 25 a 34 años, con una frecuencia de 31 y el 40.24%.

De acuerdo al estudio realizado por Manzanilla S. Rafael re - porta que el negativo 1 corresponde a epitelios normales.

Se menciona solo como dato estadístico, ya que corresponde a la normalidad. (Gráfica 8).

El número total de mujeres inscritas de 15 a 65 años es de 8324 en la Clínica Gustavo A. Madero del ISSSTE, en 1985.

La frecuencia de negativos 11 (Displasia leve a moderada) fue de 235 en un año, y se presentó en mujeres cuyas edades oscilan entre los 25 a 34 años de edad, con un 40% y - una frecuencia de 94, siguiendo el intervalo de 35 a 44 años de edad, con un 20.85% y una frecuencia de 49 (Gráfica 9)

El total de negativos III (Displasia Severa) que se encontró fue de 5 en un año, en los siguientes intervalos de -- edad de 25 a 34 y 45 a 54 años de edad con una frecuencia de 4 y un porcentaje de 80 para ambos intervalos. (Gráfica 10).

La tasa de prevalencia se calculó de la siguiente manera:

$$\frac{235}{8324} \times 100 = 2.8$$

Se puede decir de que la tasa de prevalencia de 2.8 se -- considera alta en relación al estudio realizado por Ariza ga S. Juan Manuel que fue de 1.71

ESVA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES IX

1. Uno de los problemas principales en la elaboración de - de esta Tesina fue la recopilación de la información y clasificación de los datos, ya que varias citologías ca recían de la información más importante.
2. Existen citologías vaginales, las cuales permanecen por meses sin que la paciente regrese a consulta. Esto hace pensar de que no hay una conscientización del médico hacia la paciente de la importancia que implica este estudio y promover más su uso.
3. Aún en nuestro medio se ve patente la carencia de conocimientos sexuales, ya que como se comprobó que al inicio de las relaciones sexuales fue antes de lo veinte - años de edad.
4. Definitivamente es primordial nuestro sistema de atención médica en el primer nivel de atención con el objetivo de hacer más hincapié en los aspectos preventivos más que curativos.
5. Esta Tesina solo engloba la prevalencia de lesiones pre malignas del Cérvix, frecuencia de embarazos, flora vaginal patológica más comunes, patrón celular y alteraciones celulares más frecuentes.
6. De tal manera de que aún existen varios aspectos importantes que investigar, como por ejemplo qué tipo de --- flora bacteriana puede alterar la citología vaginal - - para la aparición de un negativo ll o un negativo lll.

BIBLIOGRAFIA X

- 1.- Tratado de fisiología médica. Guyton G. Arthur. Funciones sexuales en la hembra y hormonas femeninas. Año 1974. Pag. 101-1027.
- 2.- Diagnóstico y tratamientos ginecoobstétricos. Benson C. - Ralph. Fisiología del sistema reproductor femenino. Año 1983. Pag. 67-72.
- 3.- Tratado de Endocrinología. Williams H. R. Los ovarios y las mamas. Año. 1984. Pag. 395-401.
- 4.- Tratado de Histología. W Ham Arthur. Histología del aparato reproductor femenino. Año 1973. Pag. 789-837.
- 5.- Principios de Citopatología Ginecológica. Conde de Vargas Blanca. Año. 1984. Pag. 7-14.
- 6.- Clínicas Médicas Obstétricas y Ginecológicas. A Meschenbush David. Año 1983. Pag. 221-223.
- 7,8.- Citopatología Ginecológica y mamaria. Fernández Cid A. — Estudio citológico cervico vaginal. Año 1984. Pag. 12-30-
- 9.- Citopatología Ginecológica. Jimenez Ayala, Clasificación citológica de displasia. Tomol. Año 1979. Pag. 15-35.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS XI

- 10.- Epidemiología y correlación clínica citológica e histológica del cancer cervico uterino. Manzilla S. Rafael. --- Martínez A. Félix. Revista Médica del ISSSTE. vol. 1. Número 2. Mes Mayo-Junio de 1978. Pag. 123-135.
- 11.- Displasia y carcinoma in situ del cuello uterino. Gaitan G. Victor. Revista Patológica Quirúrgica y Citología Exfoliativa. Vol 9 (1). Año 1983. Pag. 11-24.
- 12.= Ginecología y Obstetricia. Arizaga S. Juan Manuel. Gonzales Jaime. Prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino. Estudio comparativo entre población femenina usando anticonceptivos. Revista Ginecologica y Obstetricia de México. Vol. 46. Año 1979. Pag.37-44.
- 13.= Obstetrics and Gineacology. Baran A. Premalignat lesion- and microinvasive carcinoma of the cervix in women Jiwish. An epidemiological study. Revista British Journal of Obstetrics and Gineacology. Vol. 92. Mes. January 1985 --- Pag. 4-8.
- 14.- Obstetrics and Gineacology. Aileen Clarke E. Hatcher - Juanita. Cervical Dysplasia. Association with sexual behavior. Smoking and oral contraceptive use. Revista. AM. J. Obstetrics and Gineacology. Año 1985. Pag. 26-30.

ANEXOS XII

MUM. MUESTRA _____

PATRON HORMONAL

- VALOR ESTROGENICO
- ACCION LUTEINICA SI NO
- CELS. ANDROGENICAS SI NO
- AGLUTINACION
- CONSERVACION BUENA MALA

OBSERVACIONES

- LECTURA HORMONAL NO POSIBLE
- INFORMACION CLINICA INSUFICIENTE (INTERPRETACION NO POSIBLE)
- COMPATIBLE INCOMPATIBLE CON EDAD Y DATOS CLINICOS
- IMAGEN COMPATIBLE

- EMBARAZO OBITO FETAL
- A. DE ABORTO LACTANCIA

TIPO DE CURVA:

PATRON CELULAR

- ACELULAR NO HAY EPITELIO
- CITOLISIS ⊙ ⊙ ⊙ ⊙
- NECROSIS ⊙ ⊙ ⊙ ⊙
- C. MESOTELIALES ⊙ ⊙ ⊙ ⊙
- C. MEBENQUIMATOSAS ⊙ ⊙ ⊙ ⊙
- HISTIOCITOS ⊙ ⊙ ⊙ ⊙
- BLASTOS ⊙ ⊙ ⊙ ⊙
- ERITROCITOS ⊙ ⊙ ⊙ ⊙
- MACROFAGOS ⊙ ⊙ ⊙ ⊙
- REACCION ⊙ ⊙ ⊙ ⊙
- INFLAMATORIA ⊙ ⊙ ⊙ ⊙

PATRON MICROBIANO

- BACILIFORME TRICOMONAS
- COCCOIDE MOHILLAS
- MIXTO HONGOS
- NO HAY FLORA AMIBAS
- CLASIFICACION NO POSIBLE

ALTERACIONES

- 1. EP. ESTRATIFICADO
- 2. EP. CILINDRICO
- 3. ENDOCERVIX
- 4. ENDOMETRIO

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OTRAS ALTERACIONES

DIAGNOSTICO CITOLOGICO

- ADENOACANTOMA
- ADENOCARCINOMA
- CA. AVENOIDE
- CA. EPIDERMIOIDE
- I II III IV
- CA. INDEFERENCIADO
- CA. IN SITU
- CA. INTERMEDIANO
- CA. MICROINVASOR
- CA. TRANSICIONAL
- CORIOCARCINOMA
- LINFOMA
- MESOTELIOMA
- SARCOMA
- T. BENIGNO
- END. PROLIFERATIVO
- END. SECRETOR
- HIPERPLASIA
- LEUCOPLASIA
- METAPLASIA
- PARAOQUERATOSIS
- PROCESO INFECCIOSO
- QUERATOSIS

DATOS COMPLEMENTARIOS

- DISCARIOSIS SUPERFICIAL
- DISPLASIA GRADO ⊙ ⊙ ⊙
- TENDENCIA REVERSIBLE PROGRESIVA
- ESTACIONARIA NO CLASIFICABLE
- GRADO DE ALTERACION CELULAR ⊙ ⊙ ⊙
- RADIACIONES RS RII RP
- DURACION DOSIS FECHA
- INDICE BUENO MALO REGULAR INCONCLUSO

RESULTADO

- NEGATIVO ⊙ 1 *
- SOSPECHOSO ⊙ 2
- POSITIVO

CALIDAD DE LA MUESTRA

- INSUFICIENTE
- TOMA INCORRECTA
- MALA PRESERVACION
- PROCESADO INCORR.
- OTRAS CAUSAS
- INADECUADA

CORRELACION CITO-CLINICA

- DETECCION DE DISPLASIA
- DETECCION DE NEOPLASIA
- DIAGNOSTICO CLINICO CONFIRMADO
- RECTIFICACION DE DIAGNOSTICO

RECOMENDACIONES

- REPETIR ESTUDIO (_____ MSES) () AL AÑO
- PRACTICAR BIOPSIA
- PASA A SU CLINICA DE ADSCRIPCION
- PASA A UNIDAD DE DIAGNOSTICO TEMPRANO DE CANCER
- PRACTICAR EXAMEN SERIADO

SERVICIO DE CITOLOGIA EXFOLIATIVA

UNIDAD MEDICA _____ FECHA _____

CITOLOGO _____ CLAVE _____

FIRMA _____

REVISO _____ CLAVE _____

REPORTE CITOLOGICO

**Instructivo para el vaciado de datos
de la hoja CEV**

Cada uno de los puntos que se investigarán, se encuentran en el encabezado de cada casillero correspondiente.

- Nombre de la paciente
- Número de expediente
- Edad
- Inicio de relaciones sexuales (IVSA).
- Número de gestaciones
- Patrón celular
- Alteraciones
- Resultados