

11217
43

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores



22.7.82.
10. No.
[Firma manuscrita]

CORRELACION CLINICA, CITOLOGICA E HISTO-
PATOLOGICA EN EL SANGRADO DE LA PERI
Y POST MENOPAUSIA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PRESENTA EL:
DR. OSCAR FERNANDO CASILLAS DEL MORAL
Para obtener el postgrado con título de;
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D. F.

2002



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 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE POST GRADO EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA.

DR. NICOLAS CASANOVA ALVAREZ

PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE
POST GRADO EN GINECOLOGIA Y
OBSTETRIA.



DR. RAFAEL MANZANILLA SEVILLA

JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL LIC. ;
ADOLFO LOPEZ MATEOS ISSSTE

DR. PEDRO MARTINEZ REYES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A S E S O R E S :

DR. PEDRO MARTINEZ REYES. MEDICO GINECO/ÓBSTETRA: JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA, FERTILIDAD, REPRODUCCION, - CRECIMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DEL HOSPITAL GENERAL - " LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" I.S.S.S.T.E.

DR. JORGE URDIAIN CAIRE. MEDICO GINECOOBSTETRA. ADSCRI TO AL SERVICIO DE GINECOLOGIA, FERTILIDAD, REPRODUCCION, - CRECIMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DEL HOSPITAL GENERAL - - "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" I.S.S.S.T.E.

DRA. TONATZIN MONROY. JEFA DEL SERVICIO DE CITOLOGIA DEL HOSPITAL ADOLFO LOPEZ MATEOS.

DR. DRUSSO VERA GASPAR. COORDINADOR DE ENSEÑANZA DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA, FERTILIDAD, REPRODUCCION, CRECIMIENT O Y DESARROLLO HUMANO DEL HOSPITAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" I.S.S.S.T.E.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mi esposa y
a mis hijos
con todo cariño
por su apoyo

a mis padres
como fruto de sus
sacrificios.

a mis hermanos

a mis abuelos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A mis maestros

A mi Escuela

A mis compañeros y
amigos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E :

	<i>Página</i>
I N T R O D U C C I O N	1
M A T E R I A L Y M E T O D O S	6
R E S U L T A D O S	8
C O M E N T A R I O	21
C O N C L U S I O N E S	24
B I B L I O G R A F I A	26

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION:

El endometrio sufre normalmente un proceso de crecimiento y -destrucción de unas cuatro semanas de duración. Al principio y en los últimos años de la madurez sexual aparecen, debido a fallos regulatorios ováricos, proliferaciones excesivas del en dometrio que tienen un determinado significado precanceroso si se presentan en el climaterio u originan hemorragias en la post menopausia.

Resulta evidente, como consecuencia, que el Ginecólogo confron ta un problema diagnóstico de metrorragia, en mujeres de más de 40 años de edad con o sin menstruaciones, debe tener muy presen te la posibilidad de que se trate de un adenocarcinoma de endo-metrio.

El carcinoma cervico-uterino decrece en frecuencia y en contras te, hay una incidencia cada vez mayor de adenocarcinoma uterino (1).

Se está presentando una reversión de las proporciones de frecuen cia de cáncer uterino, que era de 1;4 - 5 a favor del cérvix, - mientras que ahora la proporción se acerca rápidamente a 1:1 (2). La disminución de la frecuencia en carcinoma de cérvix puede ser relacionada al rastreo sistémico de la población. Sin embargo, - estos procedimientos han fracasado para detectar la mayoría de - los cánceres endometriales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El adenocarcinoma de endometrio, es un padecimiento de mujeres viejas, la edad promedio se sitúa en la sexta década de la vida y existe un biotipo frecuentemente asociado con en carcinoma de endometrio.

La mujer post menopáusica, obesa, hipertensa, diabética, soltera, nulípara, con antecedentes de ciclos anovulatorios, que presenta una menopausia tardía, antecedente de ingestión de hormonales por lapsos prolongados.

Se debe de hacer un diagnóstico diferencial con alteraciones uterinas locales capaces de dar lugar a una hemorragia como son: Miomas submucosos, polipos, adenomiosis, existen también diversos procesos de tipo sistémico capaces de producir una hemorragia como son; Discrasias sanguíneas (Leucemia, Purpura, etc.), la alteración del metabolismo de los esteroides o de su excreción sea por el hígado o por los riñones, pueden dar lugar a un aumento de los estrógenos circulantes, con sus efectos consiguientes sobre el endometrio.

Las lesiones malignas que se originan en el epitelio endometrial debe tener una historia natural progresiva, secuencial, que comienza en los estados premalignos, evoluciona hacia neoplasia focal incipiente y consolida en neoplasia desarrollada.

Hay evidencias de que la hiperplasia endometrial, frecuentemente antecedente al desarrollo del adenocarcinoma. Hertig y Sommers y Bentlet (3), sostienen que la hiperplasia glanduloquistica es

un precursor remoto del adenocarcinoma de endometrio (8 a 10 años antes) y que la hiperplasia adenomatosa es un precursor más reciente (3 a 6 años). Para Hall (4) la hiperplasia glanduloquistica evoluciona hacia carcinoma endometrial en el 2% de los casos y la hiperplasia adenomatosa en el 6%. Sin embargo, todos ellos admiten que el 85% de las hiperplasias adenomatosas detienen su evolución en esta fase.

Se considera que la estrogenerapia aumenta el peligro de presentar cáncer endometrial en el grupo menopáusico por un factor de 4.5 a 13.9 por ciento, según la duración del tratamiento y la posología (5 y 6). La edad de la menopausia también es un factor de riesgo, pues el peligro aumenta en 2.4 por ciento en las mujeres en quienes la menopausia ocurre después de los 52 años de edad.

La obesidad es otro factor de riesgo comunmente relacionado. Wynder y colaboradores (7) comprobaron que el peligro es nueve veces mayor en mujeres cuyo peso excede en 23 kgrs del promedio que en testigos, en tanto que es tres veces mayor en quienes pesan de 9.5 a 23 kgrs sobre el promedio. Se considera que el peligro es tres veces mayor en nulíparas que en mujeres con cinco hijos. El riesgo aumenta en 2.8 por ciento en la diabética (8).

Otro factor de riesgo que suelen considerarse son los tumores ováricos funcionales, antecedentes familiares de cánceres mamarios y genitales frecuentes. Esta última relación sugiere predisposición genética para algunos cánceres genitales.

Al seguir aumentando la frecuencia de carcinoma endometrial y la proporción de adultas post menopáusicas, aumentará la necesidad de diagnóstico temprano. Cualquier técnica de selección debe cumplir algunos requisitos para que goce de la aceptación general. Las técnicas deben de ser inocuas y fácilmente toleradas por la paciente, de modo que haya colaboración y participación máximas.

El requisito más importante para una prueba diagnóstica es la confiabilidad. Debe haber frecuencia baja de pruebas positivas y negativas falsas antes que pueda confiarse en ellas.

Hay varias técnicas para llegar a un diagnóstico de adenocarcinoma endometrial como son; Técnicas citológicas y técnicas histológicas.

Para las técnicas citológicas se puede tomar el material endometrial por varias vías; Aspiración endometrial, cepillado endometrial y lavado endometrial, ya sea con presión positiva o negativa.

La aspiración endometrial (9) se realiza con cualquier instrumento tubular rígido, semirígido o flexible que puede ser introducido por el canal cervicostmico hasta la cavidad corporal. Seguidamente se efectúa aspiración con una jeringa movilizand^o en forma lenta la cánula en el sentido del eje mayor del útero y hacia los cuernos.

Los autores que preconizan y practican esta técnica (10), refieren posibilidades diagnósticas que varían del 84% al 96%.

El cepillado endometrial (9) consiste en la obtención del material endometrial mediante la abrasión producida por un cepillo de cerdas de nylon dentro de la cavidad uterina, los autores (9) reportan una positividad de un 77%.

El lavado endometrial consiste en recoger el material endometrial de la cavidad haciendo pasar una corriente de solución fisiológica estéril a través de una cánula. Puede ser usada con dos variantes bajo presión positiva o negativa. Hay autores que reportan una positividad de un 96% (10).

De las técnicas histológicas se puede realizar por; biopsia endometrial, aspiración vabra, dilatación y raspado y una no muy usada la biopsia con esponja.

La biopsia endometrial da un porcentaje de positividad de 91.6% (11). La aspiración vabra da un porcentaje de positividad de un 62% (10). La dilatación y raspado es la técnica más fidedigna para diagnosticar anomalías intrauterinas. Es la norma con la cual se comparan la mayor parte de los anteriores procedimientos.

El objetivo de este trabajo fue:

- 1.- Conocer la utilidad que tiene en nuestro medio la citología.
- 2.- Conocer el grado de certeza de los estudios de citología endometrial, obteniendo el material por lavado endometrial.
- 3.- Comparar los resultados citológicos con los resultados histológicos de los legrados uterinos.
- 4.- Comparar las estadísticas nacionales y extranjeras con los resultados obtenidos.

MATERIAL Y METODOS.

El estudio se elaboró mediante la obtención de muestras de un total de 21 pacientes, que acudieron al Servicio de Gineco-obs
tetricia del Hospital General Adolfo López Mateos.

Las mujeres seleccionadas fueron las que presentaban sangrado de la peri y post menopausia, a las cuales se les realiza his
toria clínica completa.

Un estudio bimanual fué realizado para determinar posición - del útero y posteriormente se aplica espejo vaginal, se hace toma de papanicolau, se realiza limpieza en cervix, se toma - éste con pinza de possi, se corrige posición uterina, se rea- realiza histerometria, posteriormente se introduce sonda de Kar- man flexible a través del conducto cervical hasta fondo uteri no, se pasan de 5 a 10 ml. de solución fisiológica estéril - por una jeringa de 20ml., la solución es recuperada inmediata
mente por la misma sonda. Posteriormente se realiza biopsia endometrial con cánula de Novak.

La solución obtenida se depositó en un frasco estéril y se en-
vía al Servicio de Citología, en donde se sometió a centrifu
gación y se obtuvieron muestras para realizar la lectura cito-
lógica del material.

El material obtenido por biopsia endometrial, se envió al Ser-
vicio de Patología para su estudio.

El criterio para no incluir a las pacientes en el estudio fue:

- 1.- Pacientes con infección cervico-vaginal.*
- 2.- Mujeres que técnicamente fue imposible la introducción de la sonda por el cérvix.*

El criterio para excluir a las pacientes en el estudio fue:

Pacientes de las que se obtuvo material inadecuado para diagnóstico citológico o histológico.

RESULTADOS :

EDAD :

La edad de las pacientes fluctuó entre los 38 y 66 años con un promedio de 47 años. (Tabla I)

T A B L A I

CORRELACION CLINICA, CITOLOGICA E HISTOPATOLOGICA
DEL SANGRADO DE LA PERI Y POST MENOPAUSIA.

- EDAD -

<u>E D A D</u>	<u>Nº. DE PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
38 a 41 años	7	33.3
42 a 47 años	6	28.6
48 a 53 años	3	14.3
54 a 59 años	4	19.0
60 a 66 años	1	4.8
<hr/>		
T O T A L	2 1	100 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T A B L A 2

CORRELACION CLINICA, CITOLOGICA E HISTOPATOLOGICA
DEL SANGRADO DE LA PERI Y POST MENOPAUSIA.

NIVEL SOCIOECONOMICO

	<u>NUMERO DE PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
NIVEL ALTO	2	9.5
NIVEL MEDIO	14	66.6
NIVEL BAJO	5	23.9
<hr/>		
T O T A L =	21	100 %
<hr/>		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

M E N A R C A .

La edad de aparición de la primera menstruación fluctuó entre los 9 y 15 años con un promedio de 12.7 años. (Tabla 3).

T A B L A 3

CORRELACION CLINICA, CITOLOGICA E HISTOPATOLOGICA
DEL SANGRADO DE LA PERI Y POST MENOPAUSIA.

M E N A R C A

	<u>NUMERO DE PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
9 años	1	4.8
11 años	3	14.3
12 años	5	23.9
13 años	6	28.5
14 años	3	14.3
15 años	3	14.2
<hr/>		
T O T A L =	21	100 %
<hr/>		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES FAMILIARES ONCOLOGICOS:

En el estudio cuatro pacientes tenían antecedentes oncológico familiar positivo (19.04%). Únicamente uno de ellos en la esfera ginecológica (CA CU).

HIPERTENSION:

En esta serie once pacientes (52.38%) eran hipertensas. Todas ellas en tratamiento médico.

DIABETES:

En el estudio seis pacientes eran diabéticas (28.57%). Todas-ellas controladas medicamente.

ANTECEDENTES PERSONALES ONCOLOGICOS:

Dos pacientes refirieron algún proceso tumoral benigno, a -- una de ellas se le extirpó tumoración ovárica (benigna) y la otra presentaba leiomiomas uterinos.

ANTECEDENTES DE INGESTION DE HORMONALES:

En el estudio nueve mujeres (42.85%) en alguna época de su vida refirió la ingesta de anticonceptivos orales, el más corto plazo por un mes y el más prolongado por 15 años en forma intermitente (una paciente).

M E N O P A U S I A :

En esta serie siete pacientes ya tenían menopausia establecida (33.33%), el resto de las pacientes menstruaban (66.66%).

La edad de instalación de la menopausia osciló entre los 40 y 49 años con un promedio de aparición a los 44 años.

De los casos con menopausia establecida, cuatro mujeres tomaron hormonales posterior a ésta, por síntomas variables, el mayor tiempo de ingestión fue por cinco años en forma intermitente y el menor tiempo por dos meses.

EXAMEN GINECOLOGICO:

El examen ginecológico reportó el útero pequeño en dos casos -- (9.52%), de tamaño normal en trece casos (61.90%) y aumentado de tamaño en 6 casos (28.57). En ningún caso se encontró tumoración anexial y en todas las pacientes los parametrios libres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

NUMERO DE EMBARAZOS.

T A B L A 4

CORRELACION CLINICA, CITOLOGICA E HISTOPATOLOGICA
DEL SANGRADO DE LA PERI Y POST MENOPAUSIA.

NUMERO DE GESTACIONES

	<u>NUMERO DE PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Con 1	4	19.0
Con 2	1	4.8
Con 3	2	9.5
Con 4 ó más	14	66.7
<hr/>		
T O T A L =	21	100 %
<hr/>		

La mayor gesta una con 12.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HISTEROMETRIA:

A todas las pacientes se les realizó histerometría. (Tabla 6)

T A B L A 6

<u>HISTEROMETRIA</u>	<u>No. DE PACIENTES</u>	<u>P O R C E N T A J E</u>
6 cms.	2	9.5
7 cms.	4	19
8 cms.	5	23.8
9 cms.	4	19
10 cms.	5	23.9
12 cms.	1	4.8
<hr/>		
T O T A L =	21	100 %
<hr/>		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CITOLOGIA CERVICO VAGINAL

A todas las pacientes (100%) se les realiza citología cervico vaginal con toma con pipeta, los resultados se observan en la tabla 7.

T A B L A 7

CORRELACION CLINICA, CITOLOGICA E HISTOPATOLOGICA
DEL SANGRADO DE LA PERI Y POST MENOPAUSIA.

CITOLOGIA CERVICO - VAGINAL

<u>RESULTADO</u>	<u>NO. DE PACIENTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
NEGATIVO I	5	23.8
NEGATIVO II	15	71.5
NEGATIVO III	0	0
POSITIVO IV	1	4.7
<hr/>		
T O T A L =	21	100 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CORRELACION ENTRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE CITOLOGIA
CERVICO UTERINA, CITOLOGIA ENDOMETRIAL Y
BIOPSIA DE ENDOMETRIO

T A B L A 8

ENDOMETRIO SECRETOR

<u>CITOLOGIA CERVIX</u>	<u>CITOLOGIA ENDOMETRIO</u>	<u>BIOPSIA ENDOMETRIO</u>
NEGATIVO II	NEGATIVO II	ENDOMETRIO HIPERSECRETOR CON RESPUESTA IRREGULAR.
NEGATIVO II	NEGATIVO II	ENDOMETRIO SECRETOR
NEGATIVO II	NEGATIVO II	ENDOMETRIO SECRETOR.
NEGATIVO II	NEGATIVO II	ENDOMETRIO SECRETOR.
NEGATIVO I	NEGATIVO II	ENDOMETRIO SECRETOR.
NEGATIVO II	NEGATIVO II	ENDOMETRIO HIPERSECRETOR.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CORRELACION ENTRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE CITOLOGIA
CERVICO UTERINA, CITOLOGIA ENDOMETRIAL Y
BIOPSIA DE ENDOMETRIO.

T A B L A 9

H I P E R P L A S I A

<u>CITOLOGIA CERVIX</u>	<u>CITOLOGIA ENDOMETRIO</u>	<u>BIOPSIA ENDOMETRIO</u>
NEGATIVO I	NEGATIVO II	HIPERPLASIA FOCAL CON ENDOMETRIO PROLIFERATIVO.
NEGATIVO II	NEGATIVO II	HIPERPLASIA FOCAL.
NEGATIVO II	NEGATIVO II	HIPERPLASIA GLANDULAR MODERADA.
NEGATIVO II	NEGATIVO II	HIPERPLASIA GLANDULAR LEVE.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CORRELACION ENTRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE CITOLOGIA
CERVICA UTERINA, CITOLOGIA ENDOMETRIAL Y
BIOPSIA DE ENDOMETRIO.

T A B L A 10

ENDOMETRIO INACTIVO

<u>CITOLOGIA CERVIX</u>	<u>CITOLOGIA ENDOMETRIO</u>	<u>BIOPSIA ENDOMETRIO</u>
NEGATIVO II	ENDOMETRIO INACTIVO	ENDOMETRIO INACTIVO
NEGATIVO II	NEGATIVO II CELULAS ENDOMETRIALES CON - HIPERPLASIA GRADO II.	ENDOMETRIO INACTIVO CON HIPERPLASIA SIM- PLE Y FOCAL.
NEGATIVO I	NEGATIVO II	ENDOMETRIO INACTIVO
NEGATIVO I	NEGATIVO I	ENDOMETRIO INACTIVO
NEGATIVO I	NEGATIVO II	ENDOMETRIO INACTIVO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CORRELACION ENTRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE CITOLOGIA
CERVICO UTERINA, CITOLOGIA ENDOMETRIAL Y
BIOPSIA DE ENDOMETRIO.

T A B L A 11

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C A R C I N O M A S

<u>CITOLOGIA CERVIX</u>	<u>CITOLOGIA ENDOMETRIO</u>	<u>BIOPSIA ENDOMETRIO</u>
NEGATIVO II	POSITIVO IV COMPATIBLE CON MALIGNIDAD	ESCASOS FRAGMENTOS DE UN ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO INFILTRANTE CON CAMBIOS NECROTICOS.
POSITIVO IV	ESCASAS CELULAS IV CON MORFOLOGIA DE ADENOCARCINONA ENDOMETRIAL.	CARCINOSARCOMA ENDOMETRIAL CON DOBLE COMPONENTE EPITELIAL MEDIANAMENTE DIFERENCIADO Y ESTROMAL TUMOR MIXTO MESODER MICO.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CORRELACION ENTRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE CITOLOGIA
CERVICO UTERINA, CITOLOGIA ENDOMETRIAL Y
BIOPSIA DE ENDOMETRIO.

T A B L A 12

ENDOMETRIO PROLIFERATIVO

<u>CITOLOGIA CERVIX</u>		<u>CITOLOGIA ENDOMETRIO</u>	<u>BIOPSIA ENDOMETRIO</u>
NEGATIVO	II	NEGATIVO II	ENDOMETRIO PROLIFERATIVO
NEGATIVO	II	NEGATIVO II	ENDOMETRIO PROLIFERATIVO
NEGATIVO	II	NEGATIVO II	ENDOMETRIO CON DISCIACION ESTROMA GLANDULAR
NEGATIVO	II	NEGATIVO II	ENDOMETRIO PROLIFERATIVO TARDIO.

C O M E N T A R I O:

En el periodo de la peri y post menopausia, la aparición de sangrado genital anormal, nos debe hacer sospechar en un proceso maligno y por lo tanto, debemos hacer un diagnóstico lo más rápido y certero posible.

El mejor procedimiento para el diagnóstico de cáncer endometrial es el legrado uterino fraccionado (12) sin embargo, algunos autores reportan (13) un 93% de efectividad por métodos citológicos, obteniendo el material por diversos procedimientos.

En este estudio, el promedio de edad de las pacientes fue de 47 años, la menor de 38 años y la mayor de 66 años, Welch (14) refiere que la edad promedio de aparición de un adenocarcinoma de endometrio varia entre los 50 y 54 años.

La edad de aparición de la menarca no varió con la edad promedio, en el estudio fue de 12.7%, con el inicio más temprano a los 9 años y el más tardío a los 15 años.

Las 21 mujeres del estudio por lo menos tuvieron un embarazo, - - siendo el 67% grandes multiparas, una de ellas con 12 embarazos.

Seis pacientes en el estudio eran diabéticas controladas (28.57), una de ellas presentó carcinoma endometrial de los dos reportados en el estudio (4.8). estando el porcentaje muy por debajo de lo - reportado en la literatura mundial (15) que es de 41%.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Siete de las pacientes eran hipertensas (52,38%) todas controladas medicamente. La paciente reportada anteriormente como positivo también presentaba hipertensión.

Como método anticonceptivo nueve pacientes (42,85%) tomó hormonales. Weiss (16) reporta que el uso de anticonceptivos secuenciales de alto contenido estrogénico predispone al cáncer endometrial.

La menopausia en el estudio la presentaban siete pacientes (33,33%) y de estas pacientes cuatro tomaron hormonales en el climaterio. Algunos autores (17) reportan que el uso de hormonales aumenta el riesgo de cáncer endometrial, más si el estrógeno terapia sustituida prolongada sin oposición de los progestágenos.

El síntoma que se presentó en el 100% de los casos fue el sangrado genital, el examen genital no proporcionó información alguna para llegar a un diagnóstico.

La citología cervico uterina únicamente en un caso reportó un proceso maligno endometrial. Reportándose en la literatura (18) una seguridad del 50 al 60%.

La citología endometrial de los 21 casos reportó dos positivos, que se correlacionan en el estudio en un 100% con los resultados obtenidos por biopsia endometrial.

De los dos casos positivos, el primero era una paciente de 55 años de edad, la cual presentaba una piometra, no tenía factores de -

riesgo, únicamente llama la atención la extirpación de una tumoración ovárica tres años antes del estudio (aparentemente benigna), la paciente era gran multipara (seis gestaciones), presentó su menopausia a los 43 años de edad, asintomática hasta dos años antes del estudio en donde presenta sangrado transvaginal. El útero de la paciente se encontraba con cervix atrofico, cuerpo uterino aumentado de tamaño 3 x 1, los parametrios libres, presentaba una histerometría de 9 cms, la citología cervico uterina se reportó como negativo II la endometrial como positivo IV y la biopsia de endometrio como un adenocarcinoma bien diferenciado. La paciente se catalogó como un estadio IB, se le mejoró su estado general y se programó a cirugía.

La segunda paciente con diagnóstico positivo, tenía 66 años de edad de nivel socioeconómico bajo, con varios factores de riesgo de ser; hipertensa, diabética, ambos con 10 años de evolución, la cual tuvo cinco gestas, su menopausia la presentó a los 48 años de edad, tomo hormonales en el climaterio (premarin .625) por tres años en forma intermitente, la cual inició con sangrado genital tres meses previos al estudio. El útero a la exploración se encontraba de tamaño normal, con parametrios y anexos libres. Una histerometría de 7 cms. La citología cervico uterina reportó un positivo IV con morfología de adenocarcinoma de endometrio, la citología endometrial reportó un positivo IV y el legrado uterino un carcinosarcoma con doble componente epitelial medianamente diferenciado, tumor mixto mesodermico homólogo. La paciente falleció a los tres meses de que se le realizó el estudio, por metastasis múltiples.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES:

- 1.- No hay bases hasta el momento, que permitan fijar criterios en la histogénesis del adenocarcinoma de endometrio, la mayor parte de los autores consideran una influencia estrogénica, pero sin atribuirle una acción carcinogénica.
- 2.- El sangrado genital anormal, que se presenta en mujeres peri y post menopausicas nos debe hacer sospechar de un proceso maligno, por lo tanto, debemos hacer un diagnóstico - lo más rápido y certero posible.
- 3.- El sangrado genital fue el síntoma más orientador, en el estudio se presentó en el 100% de los casos, ningún otra - manifestación clínica fue significativa.
- 4.- El examen ginecológico, no proporcionó información alguna para llegar a un diagnóstico preciso.
- 5.- Las 21 pacientes por lo menos tuvieron un embarazo, siendo el 67% grandes multiparas.
- 6.- El promedio de edad de las pacientes fue de 47 años de edad.
- 7.- Seis de las pacientes eran diabéticas y únicamente una de ellas presentó un problema maligno.
- 8.- La citología cervico uterina ofrece posibilidades orientado ras en un 50 a 60%.

- 9.- La citología endometrial no debe omitirse en pacientes mayores de 40 años de edad con trastornos menstruales o con metrorragia en la peri o post menopausia.
- 10.- El legrado fraccionado hay que considerarlo como el procedimiento decisivo para hacer un diagnóstico.
- 11.- Hay que insistir en los métodos de estudio en lesiones incipientes del endometrio a fin de avanzar y consolidar los conocimientos sobre patología neoplásica precoz de esta manera.
- 12.- En el presente estudio, el cual es pequeño pero de valor estadístico, se encontró que los dos casos que correspondieron citológicamente a proceso maligno, se corroboraron 100% histopatológicamente siendo este un dato que habla a favor de la veracidad del método.
- 13.- Vale la pena efectuar una serie con mayor número de pacientes y en un lapso de tiempo mayor y comparar con los presentes resultados.
- 14.- Creemos que este método citológico es efectivo, de bajo costo, aplicable como metodología diagnóstica de grupo selecto y con posibilidades de mayor desarrollo en el futuro y posteriormente aplicable a masas de población perimenopáusica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F I A:

- 1.- Reagan, J.W. and Ng, Alan S.P.; *The Cells of uterine adeno carcinoma. Monograph, Karger, Switwelan. 1965*
 - 2.- Alexander Meisels, M.D.; *Endometrial carcinoma. A study - of changing rates over a 15 year period. Cancer 127; 1005-1008, 1971.*
 - 3.- Ingersoll, F,M *Obstet, Gynecol. Vol 19 No. 3. 1972.*
 - 4.- Sommers, S.C. "The significance of endometrial hyperplasia and its early diagnosis, *Gynecology Oncology*". Excerpta - Medical Foundation 1970.
 - 5.- Mack TM, Pike MC; *Estrogens and endometrial cancer in a retirement community. N. Engl J. Med. 294; 1162, 1975.*
 - 6.- Smith DC, Prentice R; *Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma. N. Engl. J Med. 293; 1164, 1975.*
 - 7.- Wyner El; *An Epidemiological investigation of cancer of the endometrium. Cancer 19; 489, 1966.*
 - 8.- Macmahon B; *Risk factors for endometrial cancer, Gynecol -- Oncol 2; 122, 1974.*
 - 9.- *Symposium B; Acta Cytol (Baltimore) 2; 572 - 576, 1958.*
 - 10.- *Symposium B; Acta Cytol (Baltimore) 2; 566 - 577, 1958.*
-



- 11.- Reagan; *Cytological aspects of endometrial cancer. Acta Cytol Vol. 24. Nov - Dec 1980.*
 - 12.- Greenwood MD. *Evaluation of the office endometrial biopsy in the detection of endometrial carcinoma and atypical hyperplasia. Cancer, Vol. 43, April 1979.*
 - 13.- Atudd, Thom. *The usefulness of cytology for the detection of endometrial abnormalities in climateric women, under hormonal treatment. Br. Med. J. 1, 846-848, March 31, 1979.*
 - 14.- Welch W.R. and Scully, R.E.; *precancerous lesions of the endometrium. Hum. Pathol 8; 503-512, 1977.*
 - 15.- Shah Ch; Green Th; *Evaluation of current management of endometrial carcinoma Obst and Gynec 39; 500-509, 1972.*
 - 16.- Weiss; *Incidence of endometrial cancer in relation with the oral contraceptives. N. Engl. J. Med, 302-551-554, March 6, 1980.*
 - 17.- Jelovsek, Hammond. *Risk endometrial cancer for estrogeno therapy exogena. Am J Obst Gyneco, 137; 85-91 May 1, 1980.*
 - 18.- Song J.S.; *Symposium on techniques for endometrial cytological examinations. Acta Cytol 2, 587, 1968.*
-