

6
21



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL TACUBA
I. S. S. S. T. E.

CORRELACION CITOLOGICA, COLPOSCOPICA
E HISTOPATOLOGICA EN PACIENTES CON
PAPANICOLAOU NORMAL (CLASE I-II)

TESIS DE POSTGRADO
QUE PRESENTA:
DRA. LOURDES / CARDONA MORENO
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



MEXICO, D. F.

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.

11217

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

HOSPITAL GENERAL TACUBA
I S S S T E

CORRELACION CITOLOGICA, COLPOSCOPICA E
HISTOPATOLOGICA EN PACIENTES CON
PAPANICOLAOU NORMAL (CLASE I-II)

T E S I S D E P O S T G R A D O
Q U E P R E S E N T A
L O U R D E S | C A R D O N A M O R E N O
P A R A O B T E N E R E L T I T U L O D E :
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

ASESORES:
DR. MARCO ANTONIO MARQUEZ BECERRA.
COORDINADOR DE LA DIVISION DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

DR. RAUL MENDEZ SOTO.
MEDICO ADSCRITO A GINECOLOGIA.

MEXICO, D.F.

1997

[Handwritten signature]

VoBo
DR. MARCO ANTONIO MARQUEZ BECERRA
COORDINADOR DE LA DIVISION
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
ASESOR DE TESIS.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
Médicas de Investigación
DICI. 4 1995
HOSPITAL TACUBA
PUNISADO

[Handwritten signature]

VoBo
DR. JAIME B. MADARIAGA MARQUEZ
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL TACUBA ISSSTE

INSTITUTO DE RECURSOS Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
MAY 2 1995
HOSPITAL TACUBA
ENSEÑANZA

[Handwritten signature]

VoBo
DR. RAUL MENDEZ SOTO
MEDICO ADSCRITO A LA DIVISION DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
ASESOR DE TESIS

FACULTAD
DE MEDICINA
★ MAYO 23 1997 ★
SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE INGRESADO
IMU

COLABORADORES

DR. BENIGNO RODRIGUEZ BLANCO
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. CON
EXPERIENCIA EN COLPOSCOPIA. CERTIFICADO POR EL CONSEJO
MEXICANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. ADSCRITO AL
HOSPITAL CENTRAL NORTE. PEMEX. Y AL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL No. 72. IMSS.

DR. JUAN MANUEL GARCIA CEBADA.
MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGIA. ADSCRITO AL SERVICIO DE
PATOLOGIA. HOSPITAL GENERAL TACUBA ISSSTE.

DRA. IVONNE MA. DE LOS ANGELES CASASOLA BUSTEROS.
MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGIA. CITOTECNOLOGA DEL
HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL ISSSTE.

DR. FELIPE ESTRADA LEON.
MEDICO ESPECIALISTA EN PATOLOGIA. HOSPITAL CENTRAL NORTE.
PEMEX. ONCOPATOLOGO (I.N.C.)

C.T. SILVIA GALINDO VEGA.
CITOTECNOLOGA CERTIFICADA POR EL COMETEP EN AREA
GINECOLOGICA Y AREA GENERAL. MIEMBRO DE LA COMISION
EXAMINADORA DEL COMETEP.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
A LA FACULTAD DE MEDICINA
COMO RESPUESTA AL COMPROMISO ADQUIRIDO DE
SER UN PROFESIONAL EGRESADO DE SUS AULAS.

A HIS MAESTROS.

AL DR. MARCO ANTONIO MARQUEZ BECERRA
POR SU APOYO INCONDICIONAL, CONSEJOS
Y MUESTRAS DE AMISTAD.

A LAS DOCTORAS:
FELICITAS, NELIDA, SOFIA
GRACIAS.

A MONICA SANDOVAL:
POR TODA LA COMPRESION Y AYUDA EN CADA
TRABAJO A MORIR.

A DIOS POR DARME UNOS EXCELENTES PADRES.

A MI QUERIDO PADRE:

SF. ANTONIO CARDONA MAGANA.
MI DIGNO EJEMPLO DE SUPERACION Y RESPETO AL SER HUMANO.
EN LA NOBLEZA DE SU ESPIRITU DESINTERESADO HE ENCONTRADO
APOYO INCONDICIONAL DESDE QUE NACI.

A MI AMOROSA MADRE:

SRA. MA. ELENA MORENO MOLINA.
POR DARME LA VIDA Y LO MEJOR DE LA VIDA. CON SU ESPIRITU
DE LUCHA Y FORTALEZA INQUEBRANTABLE MOTIVO EN TODO
MOMENTO MI FORMACION. POR SU GRAN TERNURA Y AHOR.

A ROSALINDA CARDONA MORENO:
POR CREER EN MIS SUEÑOS.

A MI FAMILIA EN GENERAL.

A MIS QUERIDISIMAS PACIENTES:
FUERON LIBROS ABIERTOS EN TODO MOMENTO.
GRACIAS A ELLOS EN MIS DIAS DE PREPARACION PROFESIONAL.

A LOS MEDICOS ADSCRITOS AL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL TACUBA DEL ISSSTE.

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES:
EXHORTANDOLOS EN SU SUPERACION PERSONAL.

A MI GRAN AMOR:
POR EXISTIR Y LLENAR MI ALMA DE ALEGRIA.
QUIEN CON SU AFECTO SABE PROVOCAR MI SONRISA.
EN LOS MOMENTOS DIFICILES.

G R A C I A S .

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	1
I. MARCO TEORICO	3
II. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION	15
III. HIPOTESIS	16
IV. OBJETIVOS	17
V. MATERIAL Y METODOS	18
VI. RESULTADOS	22
VII. DISCUSION	36
VIII. CONCLUSIONES	38
IX. BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	43

INTRODUCCION

La importancia del estudio del cuello uterino en relacion a diversos métodos diagnósticos en su patología, radica en tomar en consideración que es aquí en donde se presenta el cáncer ginecológico más frecuente.

Durante los últimos años en Estados Unidos ha disminuido la incidencia de Carcinoma Cervicouterino, y la mortalidad debida a este evento también. Esto se explica por los adecuados métodos diagnosticos que permiten advertir la patología en etapa inicial. Sin embargo, a pesar de los resultados probados, muchas mujeres no acuden a los programas de deteccion primaria de cancer.

En México, se ha observado que no ha disminuido la presentación de esta patología, pese a la institución de programas de detección masiva, esto se debe a que la gran mayoría de las mujeres con vida sexual activa y que cuentan con factores de riesgo no acuden a dichos programas. Otros elementos que participan son el mal

manejo de las citologías, teniendo en consideración desde la técnica para la toma de muestra adecuada para diagnóstico y el manejo de la misma en el laboratorio, así como la interpretación del material obtenido, existiendo diversas variables a considerar: entrenamiento del personal para el manejo de las citologías y la experiencia interpretativa para un diagnóstico de certeza. Esto hace necesaria la implementación de métodos diagnósticos que ayuden a una mejor detección de tal forma que se propone que al implementar el estudio colposcópico rutinario pueda lograrse una disminución en aquellos casos mal diagnosticados.

El objetivo fundamental de la presente tesis, es implementar el estudio colposcópico para la detección del cáncer cervical en un estado preclínico y no invasor, haciendo extensivo su uso en aquellos casos en que la citología no reporta alteraciones.

I. MARCO TEORICO

Cada año se diagnostican un gran número de casos nuevos de cáncer del aparato genital femenino. en esta proporción un gran número de mujeres fallecen por ésta causa. Las muertes de esas mujeres refleja predominantemente las limitaciones de los métodos terapéuticos actuales en la existencia de personas que acuden al médico en etapas ya avanzadas de la enfermedad. por lo que debemos diagnosticar en etapas iniciales la patología mediante procedimientos eficaces de detección primaria. (1)

La aceptación de la citología cervical como método estándar se ha traducido en disminución de la incidencia del cáncer cervicouterino invasor. La preocupación del ginecólogo actual incluye la expansión de la disponibilidad del muestreo citológico y de otros procedimientos auxiliares de diagnóstico. (1,2)

Numerosos estudios epidemiológicos publicados en la literatura han establecido la existencia de una

asociación positiva entre el Cáncer del Cuello Uterino (CaCu) y múltiples factores interdependientes. Se observa mayor incidencia entre mujeres blancas y mexicomericanas, estando esta relacionada sin duda con su inferior nivel socioeconómico. El aumento en multiparas se debe a otros factores como la edad a la que inician la vida sexual activa (adolescencia) y la edad del primer embarazo (juventud). Es conocida la asociación del CaCu con el hecho de tener múltiples compañeros sexuales. (3)

No debemos olvidar que la historia sexual de su compañero es tan importante como la propia, ya que se sabe que el carcinógeno debe transmitirse mediante el coito. Sin embargo, aún cuando se identifique el carcinógeno, su interacción con el cuello uterino depende de cada mujer. Los datos epidemiológicos sugieren que la adolescente es una mujer de riesgo. La razón es que se está produciendo metaplasia¹ activa puesto que hay 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. Una vez completado este proceso de

¹ Metaplasias: Sustitución del epitelio columnar por epitelio escamoso.

metaplasia, parece que el cuello uterino va no presenta alto riesgo, aunque, evidentemente puede aparecer Neoplasia Intraepitelial (NIC)² en pacientes sin vida sexual activa hasta después de la finalización de dicho proceso.

Hoy en día el tabaquismo se considera factor de riesgo para CaCu correlacionándose esta observación con la distribución de otros cánceres relacionados con el tabaco, existe un incremento de riesgo tanto de enfermedad preinvasora como de enfermedad invasora entre las fumadoras, principalmente las que tienen historia de tabaquismo prolongado, las fumadoras de gran intensidad y las que fuman cigarrillos sin filtro. Diversos estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos con concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere efecto carcinogénico directo. (4)

2

NIC: Es el término empleado hoy día para referirse a todas las anormalidades epiteliales del cuello uterino.

También se ha señalado que mujeres VIH positivo pueden correr mayor riesgo de NIC, incluso con frotis de Papanicolaou normal. (5,15,16)

Se ha reconocido que deben darse tres condiciones para que se desarrolle NIC: la mujer de riesgo, el varón con el que mantiene relaciones sexuales y un carcinógeno. (4)

Existe asociación comprobada entre el Virus del Papiloma Humano (VPH) y la NIC. Durante muchos años se ha buscado el agente transmitido por vía sexual responsable del inicio y/o desarrollo de la neoplasia cervical, se han implicado casi todas las substancias halladas en el tracto vaginal. Entre ellas el esperma, el esmegma, las espiroquetas, las tricomonas, los hongos y últimamente el herpes virus tipo II (VHS-2) y el VPH. En la actualidad la mayoría de los investigadores no consideran el VHS-2 como posible agente etiológico, si bien se ha propuesto que podría actuar como cofactor. (6,17)

3

Los virus del Papiloma humano son miembros de la familia de Papovaviridae. Tiene dos grupos: Grupo "A" incluye los Papilomavirus y el Grupo "B", los Polio y Virus del Sialic. Todos tienen cápsulas de DNA de doble cadena circular, rodeadas por un capsido polipéptico de 20 caras icosaédricas.

Desde mediados de los años 70 Zur Hausen sugirió que el VPH era, dada su condición de agente de transmisión sexual, candidato en la génesis de las neoplasias del sistema genital. Meisel publicó una nueva lesión condilomatosa del cuello uterino inducida por virus. Aunque la colilocitosis había sido descrita previamente estos autores subrayaron la presencia de VPH intranuclear en las células colilocitóticas asociadas con NIC. En contraste con el clásico condiloma en coliflor se apreció que el VPH producía también una lesión plana y blanquecina identificada mejor mediante Colposcopia, que se considero precursora de la neoplasia cervical. (4,18)

Se han aislado más de 50 tipos diferentes de VPH. La identidad de cada nuevo subtipo se ha basado, por lo general en la descripción del genoma del ADN en comparación con prototipos conocidos de VPH. La clasificación depende de la composición del ADN. Estos virus no suelen producir infecciones sistémicas, sino procesos que se manifiestan como lesiones condilomatosas, verrucosas y papilares. Las células infectadas por el VPH contienen tanto las partículas virales completamente formadas como su ADN. La replicación del virus sólo sucede en los núcleos celulares, donde la síntesis del ADN es baja. (4,7,19)

Se han identificado 7 de un total de 22 tipos genitales primarios como los asociados con mayor frecuencia con lesiones benignas o neoplásicas, que parecen transmitirse por vía sexual. VPH 6/11 asociados con condilomas genitales y NIC menores, mientras los VPH 16/18 lo estaban con mayor frecuencia con el cáncer cervical y las formas de NIC más significativas. Los tipos (31, 33 y 35) se detectaron con menor frecuencia pero se observaron en cánceres invasores. En fechas más recientes se han identificado otros tipos (39, 45, 51 y 52) en casos de NIC y Ca invasor. Esta división entre tipos <<benignos>> y <<malignos>> de VPH ha sido promovida en la literatura, sugiriendo que el hallazgo de los tipos <<malignos>> (fundamentalmente 16/18) sin neoplasia cervical implicaba alto riesgo de desarrollar la enfermedad para la paciente. Si se detecta la presencia de dichos tipos en un caso de NIC precoz, existe una mayor probabilidad de progresión hacia NIC más significativa o incluso a cáncer invasor. Estas ideas se han basado en estudios seleccionados con pequeño número de casos y aún deben validarse. (8)

Aunque diversos datos de laboratorio sugieren que el VPH pudiera estar implicado en la neoplasia cervical de forma aún desconocida, debe señalarse que hasta la fecha

ningún estudio epidemiológico ha conseguido demostrar que el VPH provoque cáncer. (4,6,8)

Se ha sugerido que habría de tratar a los compañeros sexuales de las mujeres con NIC e infección por VPH para controlar el proceso infeccioso entre estas últimas. Esta generalmente aceptado que el virus no puede eliminarse mediante ningún tratamiento conocido.

HISTORIA NATURAL

El carcinoma in situ suele ser asintomático y no es frecuente que se observe en la exploración rutinaria. La detección de la lesión se ve considerablemente facilitada por el uso de técnicas citológicas y colposcopia. La mucosa en ocasiones sangra con facilidad al contacto, siendo relativamente frecuentes en las pacientes con carcinoma in situ las erosiones o defectos superficiales de ectocérvix, si bien estos hallazgos no son patognomónicos. El diagnóstico debe confirmarse siempre mediante secciones histológicas de una muestra de biopsia. (9)

La historia natural de la NIC precoz es importante por su relación con el tratamiento. Existen revisiones en

la literatura de los últimos 40 años que sugieren una mayor probabilidad de persistir o de progresar entre las lesiones más avanzadas (NIC III) que el NIC I. Se ha apreciado que la NIC III puede regresar espontáneamente pero lo que es más importante, parece que en más del 15% de las ocasiones la lesión progresa a cáncer, mientras que la NIC I progresa a cáncer en un 1% de las ocasiones. La regresión y persistencia de la NIC I y II son similares. Es evidente que no todas las pacientes con células cervicales anormales desarrollan CaCu, sin embargo, debe hacerse un seguimiento de toda paciente con cualquier grado de displasia. (10)

CITOLOGIA

Ya se ha señalado el impacto sobre la incidencia y el índice de mortalidad del cáncer cervical. A pesar del acuerdo general sobre éste hecho, los problemas que plantea la citología cervical, especialmente en lo que se refiere a los índices de falsos negativos. Uno de los problemas para el médico lo constituye la variante terminología empleada, que ha dado como resultado la falta de significado en cuanto a su repercusión clínica. La clasificación de Papanicolaou se ha cambiado muchas veces. Los citólogos pasaron a emplear términos

descriptivos (displasia o, actualmente NIC) para indicar su impresión diagnóstica del frotis. En un intento de aclarar la variada terminología, se desarrolló en 1988 el Bethesda System. Este nuevo sistema se ha empleado posteriormente en un número cada vez mayor de laboratorios, ya que varias de las recomendaciones de éste tienen un impacto fundamental sobre el tratamiento clínico. (11,12)

ANATOMOPATOLOGIA

Los criterios histológicos para llegar al diagnóstico de NIC dependen del hallazgo de aneuploidia nuclear, figuras mitóticas anormales y pérdida de maduración normal del epitelio. La NIC se divide en grados I, II o III, dependiendo de la extensión de la aberración de la estratificación celular dentro del epitelio en la NIC I los 2/3 superiores del epitelio, aunque con algunas anormalidades nucleares han experimentado diferenciación citoplásmica. Las células del tercio inferior carecen de signos de diferenciación citoplásmica o modulación normal (pérdida de polaridad celular). Las figuras mitóticas son escasas y, de estar presentes son normales. En la NIC II los cambios anormales de la NIC I afectan a los 2/3 inferiores del

epitelio. Las lesiones NIC III presentan cambios de espesor total con células indiferenciadas no estratificadas. (4,11)

Algunos autores han sugerido que la mayor parte de las lesiones diagnosticadas de NIC I son condilomas planos que contienen VPH 6/11 (grupos). Debe recordarse que en la NIC I se encuentran los VPH 16/18 con mayor frecuencia que otros subtipos, entre ellos VPH 6/11. (13)

COLPOSCOPIA

En 1925 Hinselman describió el primer colposcopio, aparato que en su opinión permitía al clínico observar al cáncer en su etapa incipiente y en la praxis actual permite al clínico establecer un grado de control de calidad sobre el laboratorio citológico y patológico antes imposible, además de brindar la posibilidad de tratamiento conservador y seguimiento. (14)

Durante principios de los años 30's se hicieron varios trabajos de interés sobre el reconocimiento temprano del CaCu. (8)

Uno de los grandes avances en el conocimiento del CaCu fue la descripción y entendimiento de las lesiones preinvasivas y lesiones premalignas del cérvix uterino, particularmente enunciadas en el brillante trabajo de Schiller y hecho posible por el descubrimiento citológico enunciado por Papanicolaou. (1)

Posterior a estas observaciones se trato de establecer criterios de diagnóstico clínicos y de patología en estadios tempranos de la enfermedad. (8)

En 1943 Papanicolaou y Traut publican su primer libro sobre diagnóstico de cáncer mediante frotis vaginal; los colpocopistas en Suiza y Austria empiezan a usar la colposcopia para localizar zonas anormales sugeridas por Citología. Desde entonces el uso de la Colposcopia se ha ampliado. (14)

En 1960 Coppleson cuestiona el valor de la Colposcopia para la detección del CaCu preclínico, empiezan a aparecer artículos australianos; los expertos húngaros recomiendan el uso de la Citología junto con Colposcopia para detección masiva. A finales de este decenio los ginecólogos canadienses establecen clínicas. Richard pone en tela de juicio la dicotomía prevaleciente

de displasia/carcinoma in situ y populariza la teoría de un espectro de enfermedad que va desde displasia leve hasta cáncer invasor; presenta la denominación neoplasia intraepitelial cervical. (14)

La Colposcopia se recomienda hoy sistemáticamente para la elaboración de mujeres con frotis de Papanicolaou anormales. Identifica los sitios aproximados para una biopsia e indica la localización del tejido afectado en combinación con la información citológica e histológica, la Colposcopia modifica las opciones de tratamiento y la extensión anatómica específica de los procedimientos. Ha permitido el uso confiable de tratamientos para un elevado porcentaje de lesiones en el cuello uterino. Ayuda al médico para el diagnóstico y la erradicación de la enfermedad, evitando la aparición de cáncer invasor en la mayor parte de los casos, conservando el aspecto estético, así como la anatomía funcional. (14)

II. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION

El estudio colposcópico ofrece la posibilidad de detectar patología cervical, específica que otros métodos de estudio no reportan, por lo que se justifica su empleo rutinario para un manejo oportuno de la patología cervical (benigna, premaligna y maligna).

Debe de considerarse importante la utilización complementaria con citología cervical, asimismo con histopatología para un mejor diagnóstico.

I I I . H I P O T E S I S

La Colposcopia detecta lesiones cervicales (benigna, premaligna y maligna) que no son detectadas con estudio citológico exclusivo.

La Colposcopia no detecta lesiones cervicales (benigna, premaligna y maligna) que no son detectadas con estudio citológico exclusivo.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Justificar en base a los resultados del estudio la implementación de la Colposcopia como método rutinario-complementario en el estudio del cérvix uterino; con la finalidad de un mejor conocimiento para el manejo oportuno de la patología cervical existente.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Hacer extensivo el uso de la Colposcopia en pacientes con diversa patología cervical (benigna, premaligna, maligna), aún con citología normal.

V. MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, longitudinal, descriptivo y aleatorio.

DISEÑO

Se seleccionaron aleatoriamente 50 pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Tacuba del ISSSTE en el periodo comprendido de marzo a septiembre de 1975. en quienes se practico estudios: citologico, colposcópico e histopatológico en los casos que fue necesario.

DEFINICION DEL UNIVERSO

Pacientes con vida sexual activa, mayores de 20 años que soliciten citología cervical y acepten se practique colposcopia y en caso necesario biopsia para estudio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

50 Pacientes con vida sexual activa, mayores de 20 años. Con antecedente de citología cervical (Papanicolaou) previa normal (Clase I-II).

DEFINICION DE LOS SUJETOS DE OBSERVACION

Pacientes con vida sexual activa, en quienes se recomienda como examen rutinario la citología cervical una vez por año.

CRITERIOS DE INCLUSION

- * Mayores de 20 y menores de 60 años.
- * Vida sexual activa.
- * Citología normal (Clase I-II).
- * Sin previo estudio colposcópico.
- * Sin contraindicación para toma de la muestra.
- * Sin contraindicación para la realización de la colposcopia.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- * Menores de 20 y mayores de 60 años.
- * Pacientes histerectomizadas.
- * A quienes se conozcan con patología específica del cérvix.
- * Con contraindicación para toma de la muestra.
- * Con contraindicación para la realización de colposcopia.

MATERIAL

* Papelerías:

Solicitudes para citología cervicovaginal (50 formatos).

Solicitudes para estudio histopatológico (las necesarias).

Etiquetas fosforescentes de diversos tamaños.

* Material de laboratorio:

Portaobjetos seleccionados para microscopio (corte diamantado) de 26 x 76 mm. 50 piezas.

Cepillo endocervical (cytobrush). 50 piezas.

Cyto-spray (1 frasco).

Frascos preparados (con formol) para biopsia.

Los necesarios.

Espátula para toma de citología cervicovaginal.

50 piezas.

* Instrumental:

Especios vaginales desechables. 50 piezas.

Pinzas para toma de biopsia. Las necesarias.

Pinzas de anillos (5 piezas).

* Equipo:

Mesa de exploración con piñeras adaptables para colocación en posición ginecológica.

Colposcopio binocular con diferentes aumentos.

Adaptador para cámara y monitor a color para la observación.

Camara fotográfica.

* Material de Curación:

Gasas estériles, isopos. Los necesarios.

* Otros:

Solución de ácido acético al 3% (500 ml).

Cubeta de acero inoxidable con cloro y jabón para desinfección del material.

* Personal:

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia con experiencia en Colposcopia.

Enfermera auxiliar para asistencia.

Médico especialista en Patología con experiencia en Ginecología.

VI. RESULTADOS

Se estudio un total de 50 pacientes de la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Tacuba del ISSSTE del periodo comprendido de marzo a agosto de 1995.

La distribución por edades fue la siguiente:

De 20 a 24 años	6.0%
De 25 a 29 años	18.0%
De 30 a 34 años	20.0%
De 35 a 39 años	24.0%
De 40 a 44 años	8.0%
De 45 a 49 años	16.0%
De 50 a 54 años	8.0%

Los resultados del estudio colposcópico fueron los siguientes:

Sin alteraciones colposcópicas (normal) 29 pacientes (58.0%). IVPH sin NIC 12 pacientes (24.0%). IVPH más NIC I 2 pacientes (4.0%). NIC I: 1 paciente (2.0%). Atrofia cervical 2 pacientes (4.0%). Polipo cervical 2 pacientes

(4.0%). Probable endometriosis cervical 2 pacientes (4.0%). Por lo anterior se detectan 36 pacientes sin IVPH (72.0%) y 14 pacientes IVPH positivas (28.0%).

El estudio citológico realizado en el Servicio de Patología del Hospital General Tacuba ISSSTE reportó sólo un caso de IVPH (2.0%). Del total de 50 pacientes, 8 (16.0%) no reportaron alteraciones, 26 (52.0%) con diagnóstico de cervicitis, 10 (20.0%) cervicovaginitis (asociada a algún germen, mismo que se encontró en 13 pacientes), siendo el más frecuente *Haemophilus V.* (*gardnerella*) y 16 (32.0%) presentaron metaplasia.

Al observar la poca detección de IVPH se enviaron las muestras para análisis externo, obteniendo los siguientes resultados:

Del total de 50 pacientes, 26 (52.0%) reportaron metaplasia, 25 (50.0%) cervicovaginitis, 21 (42.0%) cervicitis, 21 (42.0%) reportaron presencia de gérmenes, siendo el más frecuente *Haemophilus V.*, 9 casos (18.0%) con IVPH, 3 (6.0%) sin alteraciones, 2 (4.0%) NIC I y 1 (2.0%) NIC II.

De los 50 casos fue necesario realizar 21 biopsias dirigidas por Colposcopia, obteniendo los siguientes resultados.

Los observados en el Servicio de Patología Hospital General Tacuba ISSSTE son:

20 pacientes presentaron cervicitis, 10 de las mismas metaplasia. 1 caso fue reportado sin alteraciones y una paciente con IVPH.

El análisis externo de las biopsias reporto:

15 pacientes con cervicitis, 13 con IVPH. 7 reportaron algunas de las lesiones descritas más metaplasia, 3 NIC I y 3 sin alteraciones.

Se realizó prueba de Chi-cuadrada ("Ji-Cuadrada") para metaplasia vs. IVPH, encontrando un valor de 2.922 y entre los diversos niveles de significancia la hipótesis nula se rechaza. (ver tabla). Se presume dependencia entre las variables aunque se sugiere un estudio independiente con una muestra mayor.

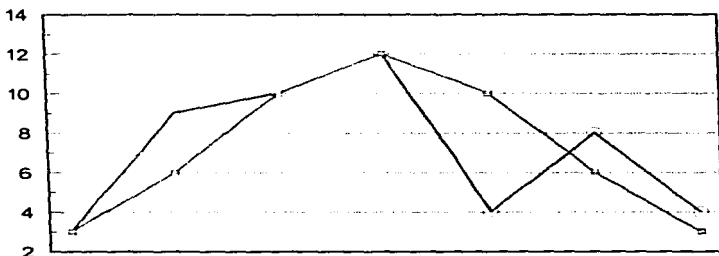
Se realizó prueba de Chi-cuadrada ("Ji-Cuadrada") para Colposcopia vs. biopsia que reportó un valor de 17.06, rechazando hipótesis nula en los diversos niveles

de significancia (ver tabla). Se presume que existe correlación colposcópica e histopatológica, considerando que la Colposcopia es sensible y específica en el diagnóstico de patología benigna, premaligna y maligna.

Frecuencia de edades

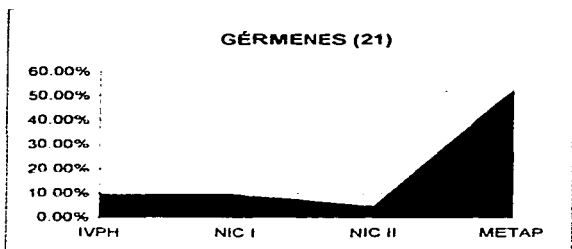
(En intervalos de 5 años)

FRECUENCIA

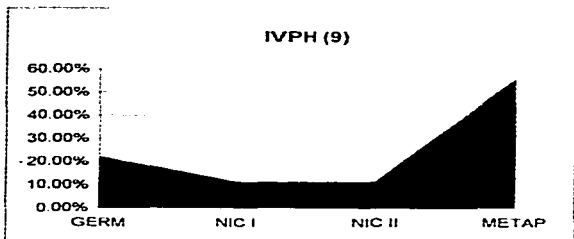


EDAD	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
REAL	3	9	10	12	4	8	4
NORMAL	3	6	10	12	10	6	3
Total	6	15	20	24	14	14	7

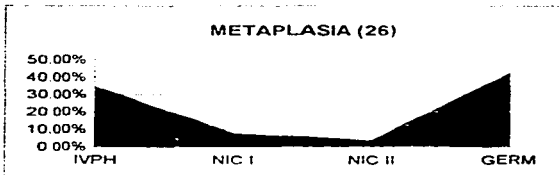
GERM %	IVPH	NIC I	NIC II	METAP
	9 52%	9 52%	4 78%	52 38%



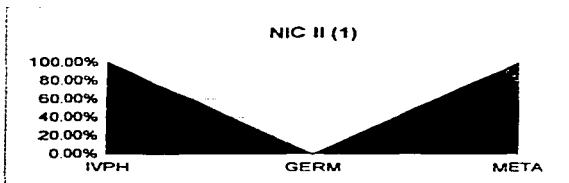
IVPH %	GERM	NIC I	NIC II	METAP
	22 22%	11 11%	11 11%	55 56%



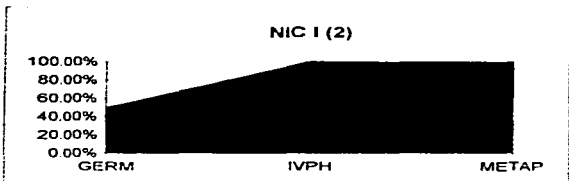
METAP %	IVPH 34.62%	NIC I 7.69%	NIC II 3.85%	GERM 42.31%
------------	----------------	----------------	-----------------	----------------



NIC II %	IVPH 100.00%	GERM 0.00%	META 100.00%
-------------	-----------------	---------------	-----------------



NIC I %	GERM 50.00%	IVPH 100.00%	METAP 100.00%
------------	----------------	-----------------	------------------



PRUEBA DE CHI-CUADRADA ("JI-CUADRADA") PARA METAPLASIA VS IVPH

REALES	IVPH+	IVPH-	TOTAL
METAP+	7	19	26
METAP-	2	22	24
TOTAL	9	41	50

ESPERADOS	IVPH+	IVPH-	TOTAL
METAP+	4.68	21.32	26
METAP-	4.32	19.68	24
TOTAL	9	41	50

Ho: No hay relación entre variables
 $J\chi^2 = 2.922$

Nivel de significancia --> 0.1 0.05 0.01 0.005 0.002
 Ho: Se rechaza Se rechaza Se rechaza Se rechaza Se rechaza

Conclusión:	Se presume dependencia entre las variables. Aunque el gran número de casos de Metaplasia (> 50%), sugiere un estudio independiente con una muestra mayor.
--------------------	---

PRUEBA DE CHI-CUADRADA ("JI-CUADRADA")

Π/Π/Π COLPOSCOPIA VS. ΙΣΤΟΠΑΤΗ

** CASOS DE IVPH POSITIVOS (+) Y NEGATIVOS (-) REPORTADOS EN 21 MUESTRAS **

REALES	COLPOS +	COLPOS -	TOTAL
Bx +	13	0	13
Bx -	1	7	8
TOTAL	14	7	21

ESPERADOS	COLPOS +	COLPOS -	TOTAL
Bx +	8.67	4.33	13
Bx -	5.33	2.67	8
TOTAL	14	7	21

Ho: No hay relación entre variables

$Jl^2 = 17.06$

Nivel de significancia -->

0.05

0.01

0.005

0.002

Ho:

Se rechaza

Se rechaza

Se rechaza

Se rechaza

Conclusión:

Al rechazar la Ho, se presume que existe
Correlación Colposcópica e Histopatológica,
por lo que la colposcopia es altamente
sensible y específica.

VII. DISCUSION

Este estudio tuvo como finalidad el reconsiderar que la colposcopia es un método diagnóstico básico, con el cual debe de contarse en hospitales de segundo nivel por lo que es necesario la implementación de una clínica de displasias en nuestro Hospital General Tacuba del ISSSTE, que cuente con el material mínimo indispensable para el estudio integral de la patología cervical considerando su empleo de manera rutinaria ya que como se ha observado existen diversas lesiones que pueden ser detectadas con gran especificidad y sensibilidad y que otros métodos diagnósticos no reportan.

Así mismo éste estudio es indirectamente una evaluación del trabajo que es reportado por el servicio de patología del Hospital General Tacuba del ISSSTE, ya que por comentarios de los patólogos y citopatólogos externos existen fallas en el procesamiento que explican errores en el diagnóstico de los mismos.

Esperando que estudios como éste creen conciencia en los directivos para el equipamiento de unidades de segundo nivel.

VIII. CONCLUSIONES

- * Se encontró correlación citológica, colposcópica e histopatológica sólo en los casos analizados externamente para metaplasia, presencia de quermes e infección por el Virus del Papiloma Humano y en aquellos casos de NIC I más IVPH.

- * Si bien la citología cervicovaginal es el arma fundamental para la detección oportuna del CaCu, debe de considerarse que depende de diversos factores que determinan su confiabilidad desde la toma de la muestra, el procesamiento y la interpretación del patólogo o citopatólogo, considerando también los diversos criterios personales al emitir un diagnóstico.

- * La Colposcopia no puede considerarse como un estudio capaz de sustituir o reemplazar los métodos diagnósticos tradicionales, sin embargo, su uso se ve justificado por los resultados obtenidos en éste estudio.

- * Resulta importante la implementación de una clínica de displasias debidamente equipada en el Hospital General Tacuba del ISSSTE.

- * Es necesaria una evaluación completa del control de calidad en las técnicas y procedimientos para el proceso, manejo y análisis de las citologías y biopsias en el Servicio de Patología del Hospital General Tacuba del ISSSTE.

- * Deben realizarse tesis que procuren aumentar la calidad en la atención al derechohabiente.

IX. BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS

- 1) Karl C. Podratz. Nuevas técnicas diagnósticas en oncología ginecológica en Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Ed. Interamericana. Vol. I, p. 1. 1992.
- 2) Ramírez H. Jorge. Rojas C. M. Valor de la Citología Cervicovaginal en Cáncer Cervicouterino. Rev. Cancerología. Vol. 38, núm.4. oct-dic. 1992.
- 3) Kurman J. Robert.. et al. Directrices provisionales para el manejo de las citologías cervicovaginales anómalas. Ed. JAMA. págs. 17-35. Seminario del 25 de junio de 1992.
- 4) Disala, Philip J., Creasman W.T. Oncología Ginecológica Clínica. 4a. ed. Mosby/Doyma Libros. España, 1994.
- 5) Tamayo L. E., Echaniz A. G., et al. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres con y sin citología cervical anormal en Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 61, págs. 27-33, febrero 1993.
- 6) Vasconcelos A.M., Aranda C., et al. Búsqueda, detección y control del virus del papiloma humano (V.P.H.) en Ginecología y Obstetricia de México. Vol. 60, págs. 38-41, febrero 1992.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 7) Wright-TC; Sun-XW; Koulos-J. Comparison of management algorithms for the evaluation of women with low-grade cytologic abnormalities. *Obstet-Gynecol.* núm. 85, Vol. 2, págs. 202-210. Febrero, 1995.
- 8) National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda System for Reporting Cervical/Vaginal Cytological Diagnoses. *Jama.* núm. 7, Vol. 262, págs. 931-934. Agosto, 1988.
- 9) Widra-EA, Dookhan D. et. al. Evaluation of the atypical cytologic smear. Validity of the 1991 Bethesda System. Department of Obstetrics and Gynecology, Philadelphia, No. 39, Vol. 9, págs. 682-4.
- 10) Mayeaux EJ, Harper MR. et al. A comparison of the reliability of repeat cervical smears and colposcopy in patients with abnormal cervical cytologic. núm. 40, Vol. 1, págs. 57-62. Enero, 1995.
- 11) George D. Lundberg MD. The 1988 Bethesda System for Reporting Cervical/Vaginal Cytological Diagnoses. National Cancer Institute Workshop. *JAMA*, Vol. 262, No. 7, págs. 931-934.
- 12) Ronald Luff, M.D., Robert Kurman, M.D. et al. The Bethesda System for Reporting Cervical/Vaginal Cytologic Diagnoses. Report of the 1991 Bethesda Workshop. *Am J Surg Pathol.* Vol. 16, No. 9, págs. 915-916. 1992.
- 13) Ward KA, Houston JR. et al. The role of early colposcopy in the management of females with first episode anogenital warts. *Int J STD AIDS.* No. 5, Vol. 5, págs. 343-345. 1994 Sep-Oct.
- 14) Torres José E. MD v Riopelle Mary Ann. BA. Actualidades en Colposcopia. *Ginecológica en Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.* Ed. Interamericana. Vol. II, págs. 1-7. 1993.

- 15) Richard Reid, M.D., Mitchell Greenberg M.D. et.al. Sexually transmitted papilloma viral infections: Am J. Obstet gynecol. pags. 212-222. January 1987.
- 16) Barrasso, De Bruin Croissant Orth. High prevalence of Papillomavirus associated penile intrepithelial neoplasia in sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. The New England Journal of Medicine. Vol. 8. pags. 916-922. Oct. 1987.
- 17) Richart, R.M. A follow-up study of patient with cervical dysplasia. Am J Obstet Gynecol. No. 105. pag. 386. 1969.
- 18) Ricaud, R.L. Colposcopia, citologia vaginal y biopsia selectiva. Ginecologia Obstétrica Mex. No. 17. pag. 721. 1962.

CONSULTA

Hurtado R.H. Trejo S.O. Correlación citológica, colposcópica e histopatológica de la lesión escamosa cervical de significado indeterminado en Ginecología y Obstetricia de México. XI Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Oct-Nov. 1995.

Escobedo G.A. Ruiz C.V. Ponce A.M. Correlación diagnóstica por Colposcopia, Papanicolaou y Biopsia de cérvix. Estudio prospectivo de un año en el Hospital de la Mujer, S.S.A. en Ginecología y Obstetricia de México. XI Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Oct-Nov. 1995.

Tolentino L.J.A. García M.M.C. Muestreo colposcópico en CLIDDA en Ginecología y Obstetricia de México. XI Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Oct-Nov. 1995.

Avendaño G.R. Valle G.A. Godínez E.L. Tabaquismo e IVPH v NIC en Ginecología y Obstetricia de México. XI Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Oct-Nov. 1995.

ANEXOS

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

TECNICA DE OBTENCION DEL MATERIAL GINECOLOGICO

OBTENCION DEL MATERIAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO.

El material para estudio citológico cérvico vaginal debe ser obtenido de la siguiente manera:

Prevía introducción de un espejo vaginal limpio, seco y sin lubricante, se visualizan el tercio superior de la vagina y el cervix. Con una espátula se hace un raspado suave del orificio exocervical, procurando abarcar la zona de conjunción escamocolumnar, o sea, el sitio donde se unen exo y endocérvix. El material así colectado se extiende en una laminilla portaobjetos seca y limpia. Esta laminilla debe estar va marcada en uno de los extremos con nombre, número o identificación de la paciente (número de expediente). Se realiza la extensión del material en la misma.

El material obtenido debe ser FIJADO INMEDIATAMENTE: Se utilizará aerosol especial para citología (Cyto-spray).

Es conveniente que la paciente se abstenga de relaciones sexuales, tratamientos locales y duchas vaginales en las 24 horas previas al estudio.

La presencia de sangrado, no contraindica el estudio, siempre y cuando este sangrado no sea el correspondiente a la menstruación.

METODO PARA LA REALIZACION DE COLPOSCOPIA.

TECNICA COLPOSCOPICA.

Se realiza observación directa sobre el cérvix uterino, se limpia moco exocervical posterior a lo que se aplica ácido acético por espacio de 3 - 5 minutos, se observa nuevamente y se toma la biopsia dirigida (en caso de zona sospechosa o con lesión).

INDICACIONES DE LA COLPOSCOPIA

- 1) VALORACION DE LAS PACIENTES CON CITOLOGIA ANORMAL DURANTE EL DESPESAJE
- 2) ESTUDIO DIAGNOSTICO EN LAS PACIENTES SINTOMATICAS
- 3) DIAGNOSTICO DE LESIONES BENIGNAS Y "NORMALIZACION CLINICAL" CON ADECUADO SELECCION DEL TRATAMIENTO
- 4) APLICACION DE LA RESPUESTA A LA ESTIMULACION CON ESTRUGENOS
- 5) CONTROL DEL CIN DURANTE EL EMBARAZO
- 6) SELECCION DE LAS PACIENTES CON CIN PARA SER TRATADAS CON DIATERMOCOAGULACION, CRIOCIRUGIA, CIRUGIA CON LASER O CONIZACION

EN EL LABORATORIO DE CITOPATOLOGIA SE CONTROLAN LOS PREPARADOS CITOLOGICOS CON EL METODO DE PAPANICOLAOU.

LA RESPUESTA DEL LABORATORIO DE CITOPATOLOGIA SE SINTEZIZA, ANTIGUAMENTE, EN 5 CLASES DE PAPANICOLAOU.

- | | |
|-----------|---|
| CLASE I | HALLAZGOS NORMALES (AUSENCIA DE CELULAS ANORMALES U ATIPICAS) |
| CLASE II | HALLAZGOS INDEFINIDOS (CELULAS ANORMALES PERO NO DEMOSTRATIVAS DE MALIGNIDAD) |
| CLASE III | HALLAZGOS SUSPICIOSOS (CELULAS ATIPICAS PROBABILMENTE MALIGNAS, PERO NO CONCLUYENTES) |
| CLASE IV | HALLAZGOS POSITIVOS (CELULAS FIRMEMENTE DEMOSTRATIVAS DE MALIGNIDAD) |
| CLASE V | HALLAZGOS POSITIVOS (CELULAS DEMOSTRATIVAS EN FORMA CONCLUYENTE DE MALIGNIDAD) |

NOMENCLATURA EN CITOLOGIA CERVICOVAGINAL

DESCRIPTIVA	NORMAL	ATÍPICA	DISPLASIA	DISPLASIA	DISPLASIA	Ca. In situ	Ca. Invasor
	BENIGNA	LEVE	MODERADA	GRAVE			
PAPANICOLAOU	I	II	III			IV y V	
CIH	0	I	II	III		Ca. Invasor	
OTROS	NEGATIVOS		SOSPECHOSO O NO CONCLUYENTE			POSITIVO	

CLASIFICACION COLPOSCOPICA INTERNACIONAL APROBADA POR LA IFCPC EN ROMA, EN MAYO 1950

A) HALLAZGOS COLPOSCOPICOS NORMALES	INFLAMACION
EPITELIO PAVIMENTOSO ORIGINARIO	ATROFIA
EPITELIO CILINDRICO	OTROS
ZONA DE TRANSFORMACION NORMAL	-----
B) HALLAZGOS COLPOSCOPICOS ANORMALES	= ESPECIFICAR EL GRADO
1) DENTRO DE LA ZONA DE TRANSFORMACION	GRADO 1
EPITELIO BLANCO +	EPITELIO ACETOBLANCO DELGADO
PLANO	HOSIICO REGULAR
MICROPAPILAR O MICROCONTORNEADO	PUNTEADO REGULAR
FUITEADO =	LEUCOPLASIA TENUE
HOSIICO +	VASOS ATIPICOS
LEUCOPLASIA +	GRADO 2
AREA YODONEGATIVA	EPITELIO BLANCO ENGROSADO
VASOS ATIPICOS +	HOSIICO IRREGULAR
2) FUERA DE LA ZONA DE TRANSFORMACION	PUNTEADO IRREGULAR
(EXOCERVIX, VAGINA)	LEUCOPLASIA GRUESA
EPITELIO BLANCO +	VASOS ATIPICOS
PLANO	
MICROPAPILAR O MICROCONTORNEADO	
FUITEADO =	
HOSIICO +	
LEUCOPLASIA +	
AREA YODONEGATIVA	
VASOS ATIPICOS +	
C) CARCINOMA INVASOR SOSPECHOSO	
D) COLPOSCOPIA INSATISFACTORIA	
UNION ESCAROCILINDRICA NO VISUALIZADA	
INFLAMACION GRAVE O ATROFIA GRAVE	
CERVIX NO VISIBLE	
E) VARIOS	
MICROPAPILAS NO ACETORREACTIVAS	
CONDILOMA EXOFITICO	

TERMINOLOGÍA CITOLÓGICA GINECOLÓGICA "METHENON SYSTEM"

A. ADECUACION DEL PREPARADO EN PORTADJETOS

- | | |
|---|---|
| --- INSUFICIENTE | --- SANGRE QUE RESULTA EN PARTE O COMPLEMENTARIE LA MUESTRA |
| --- CELULAS FREAS ETC/EN | --- EXCESIVA CITOLISIS O AUTOLISIS |
| --- FUSION Y CONSERVACION DEFICIENTES | --- MUESTRA EN ELEMENTOS ENDOCERVICALES |
| --- PRESENCIA DE MUCINA E/VIADO | --- EN MUJERES PREMENOPAUSICAS |
| --- (P.E.J. LUMIFICANTES) | --- PREPARADO NO REPRESENTATIVO DEL SITIO |
| --- INFLAMACION QUE RESULTA EN PARTE O | --- MANTONIC |
| --- COMPLEMENTARIE LA MUESTRA | --- OTROS |
| --- NO INSUFICIENTE (PREPARADO EN PORTADJETOS PARA LA VALORACION DIAGNOSTICA) | |

B. CLASIFICACION GENERAL

- dentro de limites normales
 --- VENTSE C

C. DIAGNOSTICO DESCRIPTIVO

INFECCION

- MICOTICA
 --- MIERGONOSIS QUE POR SU MORFOLOGIA
 --- SUSTIENEN CONVICION
 --- OTROS

- PROTOZOARIAS
 --- TRICOMONOS VAGINALES
 --- OTROS

ENTEROPATIA

- MIERGONOSIS QUE SUSTIENEN ENTEROPATIA
 --- MIERGONOSIS QUE SUSTIENEN ENTEROPATIA
 --- MUDIFICACIONES CELULARES QUE SUSTIENEN
 --- CHANCREA
 --- OTROS

- VIRALES
 --- MUDIFICACIONES QUE SUSTIENEN EL
 --- EFECTO DEL
 --- CITOPUSILVISM
 --- MIV
 --- OTROS
 --- PARA EL REV. VENTE "NORMALIS"
 --- DE LAS CELULAS EPITELIALES
 --- OTROS

MODIFICACIONES CELULARES

INFLAMACION

- MUDIFICACIONES CELULARES
 --- CARACTERICAS FOLICULAR

- EFECTOS DE LOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA
 --- "PREGNICA"
 --- EFECTOS DE LA EXPOSICION AL LEE
 --- OTROS

VALOR

- EFECTO DEL TANTOBIENTE
 --- ACCIONES IONIZANTES
 --- QUIMIOTERAPIA

MORFOLÓGIA DE LAS CELULAS EPITELIALES

- CELULAS PARVOCITARIAS
 --- CELULAS PARVOCITARIAS ATIPICAS DE SIGNIFICADO
 --- SIGNIFICADO NO DETERMINADO
 --- LESIONES INTRACITELIALES
 --- LESIONES INTRACITELIALES
 --- MUDIFICACIONES DE OTRO MODO
 --- MUDIFICACIONES CELULARES QUE
 --- SUSTIENEN INFECCION POR HPV
 --- LESIONES INTRACITELIALES
 --- LESIONES INTRACITELIALES
 --- PARVOCITARIAS DE ALTO GRADO
 --- DISPLASIA MODERADA/CIN II
 --- DISPLASIA GRAVE/CIN III
 --- CARCINOMA IN SITU/CIN III
 --- CARCINOMA ESPINOCELULAR
 --- CELULAS CLAVICULARES
 --- PRESENCIA DE CELULAS ENDOCERVICALES EN UNA DE LAS SIG.
 --- CIRCUNSTANCIAS
 --- FUERA DE LA FASE MENSTRUAL
 --- EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS

- EN HISTORIA DE HISTORIA MENSTRUAL
 --- CELULAS PARVOCITARIAS ATIPICAS DE SIGNIFICADO
 --- NO DETERMINADO
 --- ENDOMETRIALES
 --- ENDOCERVICALES
 --- NO ESPECIFICADAS DE OTRO MODO
 --- MODO CIRCUNSTANCIA
 --- SITIO PROBABLE DE ORIGEN: ENDOCERVICAL
 --- SITIO PROBABLE DE ORIGEN: ENDOMETRIAL
 --- SITIO PROBABLE DE ORIGEN: ENTEROVAGINAL
 --- NO ESPECIFICADO DE OTRO MODO

- EL INFORME CITOLÓGICO GINECOLÓGICO DEBE MENCIONAR LOS ELEMENTOS DE A.B.V. Y C.



FIG. 7 POLIPO CERVICAL

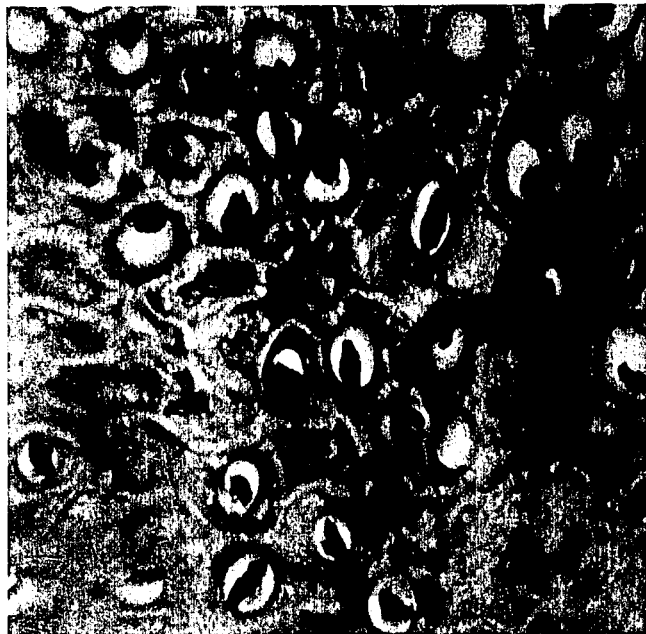


FIG. 14 CELULAS "BALONOIDES" QUE CORRESPONDEN A KOTLOCITOS
(HALO PERINUCLEAR)