

17  
11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN POSGRADO E INVESTIGACIÓN

ESTUDIO SOBRE EL DIAGNÓSTICO DE DISPLASIAS  
Y CÁNCER CERVICO UTERINO  
EN EL HOSPITAL GENERAL  
"DR. GONZALO CASTAÑEDA"  
EN EL AÑO 2000

TESIS DE POSGRADO

QUE PRESENTA

C. INÉS BURGOS GALLEGOS

PARA OBTENER ÉL TÍTULO EN  
LA ESPECIALIDAD DE  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

ASESOR DE TESIS

DR. ALFREDO ALANIZ SÁNCHEZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO D.F.

la Dirección General de Bibliotecas de la  
a difundir en formato electrónico e impres.  
atendido de mi trabajo recepcional.

OMBRE: BURGOS GALLEGOS

FEBRERO DEL 2002

ECHA: 28/12/03

MA: [Signature]



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



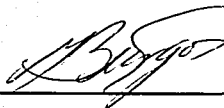
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

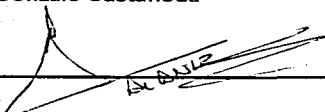
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

**Dra. Inés Burgos Gallegos**  
**Médico Gineco - Obstetra**  
**I.S.S.S.T.E.**



**Dr. Alfredo Alaniz Sánchez**  
**Asesor de tesis**  
**Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda"**  
**I.S.S.S.T.E.**



**Dra. Martha Navarro León**  
**Jefe de enseñanza e Investigación**  
**Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda"**  
**I.S.S.S.T.E.**



I. S. S. S. T. E.  
DELEG. REGIONAL ZONA NORTE  
\* DIC. 12 2002 \*  
COORD. DE ENSEÑANZA E. INV.  
H. G. "DR. GONZALO CASTAÑEDA"



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

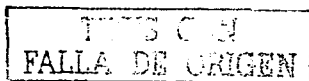
## DEDICATORIA

*Esta tesis está dedicada a la memoria de mis inolvidables padres, y hermanos. Por haberme guiado y apoyado en mis estudios y por todo el bien que me heredaron.*

*Romár Burgos Cadena †  
Mercedes Gallegos de Burgos. †  
Gilberto Burgos Gallegos †  
Adrián Burgos Gallegos*

*Y a la señora Guadalupe Burgos Viuda de Vázquez.  
Al señor Wilbert Vázquez Burgos.  
Al señor Margarito Alfaro Molina.  
A todos mis tíos, primos y sobrinos, con afecto.*

*Al Dr. Alfredo Alanís Sánchez por su asesoría  
Al Dr. Francisco Javier Ramírez Reyes  
Al Lic. Miguel Arce Navarrete  
A la Dra. Blanca García Chaón por su gran apoyo y amistad  
A todos mis Maestros: compañeros Gineco Obstetras residentes y amigos*



## Índice

	Página
Resumen .....	3
Summary .....	6
Introducción .....	9
Material y Métodos .....	22
Resultados .....	24
Discusión .....	26
Conclusión .....	27
Bibliografía .....	28
Figuras .....	31

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **RESUMEN.**

Por lo común el desarrollo del tumores malignos en el órgano reproductor de la mujer proceden de enfermedades recidivantes del cuello uterino de larga duración que responde mal al tratamiento (ectopias, ectropiones, traqueilitis crónicas leucoplasias, papiloma, endometrosis y otras).

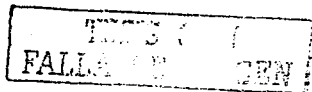
Por consiguiente no es fatalidad inevitable la transición de las alteraciones precancerosas morfológicas a neoplasias maligna, si no que el diagnóstico y manejo correcto de las displasias es la medida profiláctica real del cáncer del cuello uterino.

### **Material y Método**

El estudio es de tipo retrospectivo con una duración de doce meses, en los cuales se revisará bibliografía, y los medios de acopio de información de pacientes que se presentan al estudio ginecológico de cáncer cervico uterino, por lo que se normará un criterio básico acorde con la información médica actualizada que permite un diagnóstico de la enfermedad, a través de los métodos existentes practicados a dichos paciente, en el área de displasias del Hospital General" Dr Gonzalo Castañeda".

El número de pacientes que se sometieron a estudios citológicos fueron 713, con una edad que oscilaban entre 16 a 75 años, en el período de enero a diciembre del año 2000.

*Estudio Histopatológicos.* Estos fueron aplicados en 421 pacientes que asistieron a su revisión periódicas al Hospital "Dr Gonzalo Castañeda" en la clínica de displasias.



## RESULTADOS

De enero de 1999 a diciembre del año 2000 se realizaron 713 estudios Citológicos o Papanicolaou y 650 estudios Histopatológicos con una edad que oscilaban entre 16 a 75 años, en el periodo de enero a diciembre del año 2000.

Estudios Citológicos o Papanicolaou. El 14% de las pacientes presentaron un diagnostico considerado como normal y un 82% un diagnostico clasificado como inflamatorio de segundo grado con células anormales, pero no demostrativas de malignidad. Un 2% corresponda a carcinomas y el 1% al displasias.

Se realizaron 650 biopsias para estudio histopatológico, de las cuales 259 reportaron resultados significativos como son:

155 casos de procesos inflamatorios

68 casos de displasias

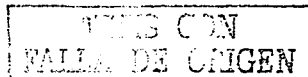
23 casos de Ca in situ

13 reportes de carcinomas

De acuerdo al tipo de biopsia realizada en cada caso en particular de las pacientes encontramos que; 53 biopsias fueron exo y endocervicales que nos mostraron 30 casos con reacción inflamatoria, 19 con resultado de displasias, 1 caso de Ca in situ y 3 carcinomas.

En el caso de las biopsias endocervicales y endometriales se tomaron 21 muestras de las cuales 17 resultaron procesos inflamatorios, 2 displasias, 1 Ca in situ y 1 carcinoma microinvasor.

De las 159 biopsias endometriales 139 se clasificaron como procesos inflamatorios, 13 como displasias y se reportaron 7 carcinomas.



Se realizaron 34 biopsias a polipos de las cuales 17 fueron inflamatorias, 5 adenomatosos, 3 granulomas, 4 cervicales, endometrio basal 3 y 2 hiperplasias.

Comparativamente podemos observar que el estudio histológico cuenta con mayor sensibilidad y la detección de lesiones premalignas y malignas, ya que pudimos observar que un 8.83% de los pacientes presentaron Ca in situ y un 5.01% de las pacientes que se les realizó biopsia reportaron carcinoma aunque encontramos que la citología continua siendo útil para la detección oportuna, de menor costo y de fácil aplicación a una mayor población a manera de escrutinio.

## CONCLUSIONES

El cáncer del cuello del útero es uno de los tumores malignos más frecuentes en la mujer, los signos clínicos y la extensión de la enfermedad son tan importantes para el pronóstico y tratamiento que constituyen la base de una clasificación necesaria ya en el primer examen.

El propósito del tratamiento del paciente con cáncer, debe ser siempre la curación completa y duradera. Si bien es una elevada proporción de casos, se le puede anticipar con confianza, hay demasiadas ocasiones en que es manifiestamente imposible el tratamiento y sólo puede aspirar a paliar la enfermedad.

A la fecha se ha concluido que las displasias diagnosticadas por frotis de Papanicolaou y confirmadas por biopsia de sacabocados o por conización cervical podrían progresar y que la posibilidad de progresión aumentaba con la gravedad de la displasia, en todos estos estudios se registro el hecho de que la biopsia o conización, como medio de diagnostico es también terapéuticos cuando menos parcialmente y cambia la progresión natural de la enfermedad.

TESIS CON  
FALLA DE CIGEN



## SUMMARY.

In general the development of the wicked tumors in the woman's reproductive organ comes from illnesses of the uterine neck of long duration that responds bad to the treatment (ectopias, ectropiones, traquelitis chronic leucoplasias, papiloma, endometrosis and other).

Consequently it is not unavoidable fatality the transition from the alterations morphological precancerous to wicked neoplasias, if not that the diagnosis and correct handling of the displasias is the measure real prophylaxis of the cancer of the uterine neck.

## Material and Method

The study is of retrospective type with a duration of twelve months, in which it will be revised bibliography, and the means of storing of patients' information that are presented to the gynecological study of the cervix, that will rule a basic approach chord with the modernized medical information that it allows all diagnose of the illness, through the existent methods practiced this patient, in the area of displasias of the General Hospital" Dr Gonzalo Castañeda."

The number of patients that they underwent cytological study was 713, with an age that oscillated among 16 to 75 years, in the period of January to December of the year 2000.

Histopatológica study were applied in 421 patients that attended their periodic revision to the Hospital "Dr Gonzalo Castañeda" in the displasias clinic.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTS

Of January of 1999 to December of the year 2000 were carried out 713 Cytological studies or Papanicolaou and 650 Histopathological studies with an age that oscillated among 16 to 75 years, in the period of January to December of the year 2000.

Citological studies or Papanicolaou. 14% of the patients presented all diagnose considered as normal and 82% all diagnose classified as inflammatory as II degree, what means that it presents an abnormal but not demonstrative clinical square of cells of malignancy. 2% corresponds to carcinoma and 1% to displasias.

They were carried out 650 biopsies for histopathological study of which 259 reported significant results as they are:

155 cases of inflammatory processes

68 cases of displasias

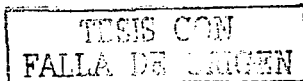
23 cases of Ca in situ

13 reports of carcinomas

According to the biopsy type carried out in particular in each case of the patients we find that; 53 biopsies were exo and endocervical that showed us 30 cases with inflammatory reaction, 19 with displasias result, 1 case of Ca in situ and 3 carcinomas.

In the case of the endocervical biopsies and endometrial they took 21 samples of which 17 were inflammatory processes, 2 displasias, 1 Ca in situ and 1 microinvasor carcinoma.

Of the 159 endometrial biopsies 139 they were classified as inflammatory processes, 13 as displasias and 7 carcinomas were reported.



They were carried out 34 biopsies to polyps of which 17 were inflammatory, 5 adenomatous, 3 granulomas, 4 cervical, endometria's 3 and 2 hyperplasia.

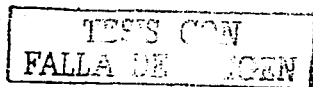
Comparatively we can observe that the histological study has bigger sensibility and the detection of realigns and wicked, since we could observe that 8.83% of the patients presented Ca in situ and 5.01% of the patients that were carried out biopsy they reported carcinoma although we find that the continuous cytology being useful for the oportune detection, of smaller cost and of easy application to a bigger population by way of scrutiny.

### CONCLUSIONS

The cancer of the neck of the uterus is one of the most frequent wicked tumors in the woman, the clinical signs and the extension of the illness they are so important for the presage and treatment that already constitute the base of a necessary classification in the first exam.

The purpose of the patient's treatment with cancer, it should always be the complete and durable cure. Although it is a high proportion of cases, it can be advanced with trust, there are too many occasions in that it is professedly impossible the treatment and it can only aspire to palliate the illness.

To the date it has been concluded that the displasias diagnosed by smear of Papanicolaou and confirmed by biopsy of punches or for cervical biopsy they could progress and that the progression possibility increased with the graveness of the biopsy, in all these studies you registration the fact that the biopsy or conisation, like half of I diagnose it is also therapeutic at least partially and it changes the natural progression of the illness.



## INTRODUCCION.

La tasa de mortalidad por enfermedades de la mujer en su órgano reproductor constituye un problema mayor en la patología ginecológica, no obstante que la incidencia y mortandad ha disminuido como resultado de los avances científicos existentes hasta la fecha, entre los cuales se puede mencionar: El aumento en la investigación de tumoraciones con frotis de papanicolaou, (escrutinio citológico),

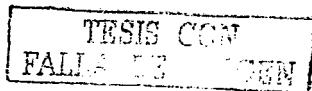
Técnicas refinadas para el diagnóstico de enfermedades invasoras y preinvasoras,

Mayor conocimiento del comportamiento histopatológico y la diseminación de la enfermedad,

Mayor frecuencia del diagnóstico del carcinoma in situ; mayores esfuerzo en relación con la prevención primarias etc.

Lo antes expuesto permitirá establecer por una parte, la relación existente que se presenta en los avances que se tienen para su diagnóstico, y por la otra destacar la importancia de un buen diagnóstico que permita su identificación oportuna para su tratamiento.

Después de aceptar la existencia de una lesión preinvasora, el problema con que se enfrenta el ginecólogo y patólogo es la forma de diagnosticar la lesión, sin embargo gracias al avance de la ciencia medica en 1925 se realizaron los primeros estudios que permitirían observar al cáncer en su etapa incipiente sea en forma de una pequeña ulcera o una lesión exofítica pequeña no visible a simple vista.



Schiller en 1929 hizo una contribución importante para el diagnóstico temprano de estas lesiones, los estudios realizados le permitieron apreciar que el carcinoma escamoso del cuello uterino carecía como dato notable, de grandes cantidades de glicógeno en tanto que lo tenía en abundancia el epitelio escamoso normal. Como resultado de esta observación describió la prueba de Schiller con aplicación de Yodo..

Con el advenimiento del frotis de Papanicolaou en 1943, fue posible descubrir la existencia de Carcinoma in situ, antes de la cirugía, así como atipias celulares que recordaban al carcinoma in situ, pero no lo suficientemente grave para basar en las mismas el diagnóstico.

A la fecha se ha concluido que las displasias diagnosticadas por frotis de Papanicolaou y confirmadas por biopsia de sacabocados o por conización cervical podrían progresar o regresar y que la posibilidad de progresión aumentaba con la gravedad de la displasia, de todos estos estudios se registro el hecho de que lo que cambia es la progresión natural de la enfermedad.

Con todo esto se puede establecer de manera generalizada, la preocupación que la ciencia medica ha tenido por combatir la enfermedad de la mujer en su órgano reproductor específicamente en lo que se refiere a las displasias o cáncer cérvico uterino.

Dichas lesiones al no detectarse de manera oportuna en la mujer representan un grave peligro o en ocasiones pueden significar la muerte si no se llega a atender oportunamente.

Por lo común el desarrollo de los tumores malignos en el órgano reproductor de la mujer proceden de enfermedades recidivantes del cuello uterino de larga duración que responde mal al tratamiento (ectopias, ectropiones, traquelitis crónicas leucoplasias, papiloma, endometriosis y otras).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por consiguiente no es fatalidad inevitable la transición de las alteraciones precancerosas morfológicas a neoplasias maligna, si no que el diagnóstico y manejo correcto de las displasias es la medida profiláctica real del cáncer del cuello uterino.

Con respecto a la incidencia de la transformación del cáncer intraepitelial en invasor, hoy en día no existe duda de que él mismo se desarrolla del preinvasor, teniendo lugar la existencia de períodos desde mas de un año hasta 17 años, mismo que se acompaña de síntomas clínicos específicos en el 50% al 52% de los casos.

Los dolores aparecen cuando ya hay una gran extensión del tumor (estadios II y III) que provoca la compresión de los plexos nerviosos y la irritación de los receptores dolorosos (corpúsculos nerviosos terminales)

En dependencia de la propagación de la neoplasias en los órganos vecinos (estadios II a IV) surgen trastornos disúrico, compresión de uréter que conducen a la hidronefrosis y la infección ascendente de las vías urinarias: se altera la defecación y se forma fístulas vesicovaginales y rectovaginales.

La respuesta del laboratorio de citopatología se sintetizaba, antiguamente, en las 5 clases de Papanicolaou.

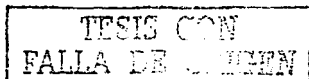
Clase I Hallazgos normales (ausencia de células anormales o atípicas).

Clase II Hallazgos inflamatorios (células anormales pero no demostrativas de malignidad).

Clase III Hallazgos sospechosos (células atípicas probablemente malignas, pero no concluyentes).

Clase IV Hallazgos positivos (células firmemente demostrativas de malignidad).

Clase V Hallazgos positivos (células demostrativas en forma concluyente de malignidad).



Muchos laboratorios de citología con el tiempo fueron sustituyendo la clasificación de Papanicolaou, una clasificación numérica que no permitía establecer una correlación citológica y clínica, por la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (displasia leve, moderada, grave, carcinoma in situ y células tumorales malignas) y, más adelante, la clasificación CIN ( 21 ). Todas estas clasificaciones se usaron simultáneamente.

Con el fin de eliminar este caos, en marzo de 1988 se efectuó en el National Cancer Institute de Bethesda una reunión de expertos en colpocitología y patología cervical, con el objeto de elaborar una clasificación citopatológica usando una terminología estandarizada y no ambigua.

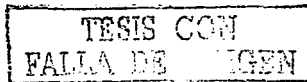
El texto del primer trabajo fue publicado en agosto de 1989 en JAMA. En los tres años siguientes a su publicación el Bethesda System fue aceptado favorablemente en los EE.UU., aunque con algunas excepciones y también en Europa con excepción de Inglaterra.

Una segunda conferencia sobre el Bethesda System se efectuó en abril de 1991 para mejorar, sobre las bases de las críticas y sugerencias, la clasificación. El Bethesda System 2 se publicó en JAMA y en Acta Cytologica en 1992.

Las características ( 17 ) del Bethesda System son las siguientes:

- 1) Eliminación de la clasificación numérica de Papanicolaou.
- 2) Valoración de la adecuación del preparado citológico.
- 3) Uso de una terminología diagnóstica precisa para facilitar la comunicación entre el citólogo y el clínico.
- 4) Introducción del término "lesión pavimentosa intraepitelial" en sustitución del término "neoplasia intraepitelial".
- 5) Clasificación de las anomalías citológicas en tres categorías:

- Células pavimentosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS, sigla del inglés "atypical squamous cell of undetermined significance");



- Lesiones intraepiteliales pavimentosas de bajo grado (LSIL, sigla del inglés "low grade squamous intraepithelial lesion")

- Lesiones intraepiteliales pavimentosas de alto grado (HSIL, sigla del inglés "high grade squamous intraepithelial lesion");

La categoría ASCUS está limitada a los frotis que contienen células anormales de significado desconocido.

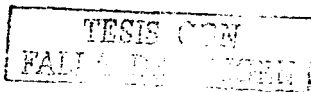
La categoría SIL de bajo grado comprende la displasia leve/CIN I tanto como las alteraciones celulares debidas al virus de papiloma (HPV). Esto obedece a dos razones: 1) es difícil si no imposible para el citólogo distinguir una infección por HPV de un CIN I; 2) las modificaciones celulares provocadas por HPV progresan hacia la neoplasia intraepitelial en un porcentaje casi igual al de las lesiones que, clasificadas como CIN I, progresan hacia una displasia severa/CIS ( 22).

La categoría SIL de alto grado comprende la displasia moderada/CIN II, la displasia grave/CIN III y el carcinoma in situ/CIN III. Esto es así porque el diagnóstico de CIN II y de CIN III no siempre es reproducible, o porque combinar CIN II y CIN III en la denominación de "alto grado" reduce la eventual discordancia entre los hallazgos citológicos y los hallazgos histológicos, o en fin porque el tratamiento del CIN se efectúa sobre la base de su localización y no de su grado de gravedad.

La verdadera innovación del Bethesda System consiste en considerar como lesiones intraepiteliales de bajo grado ya sea a las alteraciones celulares debidas al virus de papiloma (HPV) como a la displasia leve/CIN I, y unificar con el término de lesiones intraepiteliales de alto grado la displasia moderada/CIN II, la displasia grave/CIN III y el carcinoma in situ/CIN III.

Las causas probables de falsos negativos en citología (presencia de carcinoma o sus precursores con prueba de papanicolaou negativa) son, de acuerdo con el informe Walton ( 5 ), las siguientes:

1. Errores de los datos de los frotis cervicovaginal cometidos por el personal de secretaría





- a) En el estudio donde se efectuó la obtención de la muestra;
- b) En el laboratorio de citopatología;
- c) En la respuesta del laboratorio de citopatología.

**2. Obtención inadecuada o impropia de la muestra**

- a) Selección de técnicas de obtención inadecuadas para el fin deseado;
- b) Material insuficiente;
- c) Material mal extendido;
- d) Ausencia de elementos de la zona de transformación en mujeres en edad premenopáusica (células cilíndricas endocervicales y/o metaplásicas, o ambas);
- e) Lesiones de las cuales no es posible obtener muestras, ni aún con un método adecuado, porque:

I) Son muy pequeñas,

II) Se encuentran en un sitio demasiado alto del endocérvix,

III) Se hallan demasiado queratinizadas,

IV) Su superficie esta alterado por necrosis, ulceración o sangramiento,

V) Existe la posibilidad de variaciones fisiológicas de la descamación de

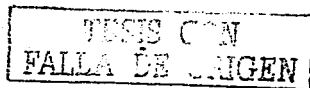
células significativas.

**3. Presencia de sustancias interpuestas**

- a) Material celular mezclado con sangre y residuos celulares menstruales;
- b) Material celular mezclado con sangre, cuya obtención resultaría demasiado traumática;
- c) Material celular mezclado con lubricantes;
- d) Presencia de un exudado inflamatorio excesivo;
- e) Presencia de talco;
- f) Morfología celular alterada por acción bacteriana.

**4. Problemas técnicos**

- a) Fijación inadecuada del frotis
- b) Secado al aire;
- c) No fijado uniformemente;



d) Coloración y montaje inadecuados

**5. Errores en la lectura**

a) Visión incompleta del portaobjetos;

b) Subestimación de las anomalías celulares:

1) Por preparación inadecuada y experiencia insuficiente,

2) Por supervisión y control de calidad inadecuados.

Con Respecto al control de calidad en citología diagnóstica cervicovaginal está consolidado y codificado en la práctica. Este control puede ser *externo* o *interno* en el laboratorio.

*El control de calidad externo se realiza mediante el envío a laboratorios que efectúan citología ginecológica cervicovaginal. De esta manera se valora, confrontándola con el diagnóstico de un panel de expertos, la confiabilidad diagnóstica de los laboratorios que intervienen en esta prueba.*

*El procedimiento de control de calidad externo, mediante este juego de portaobjetos de prueba, también puede efectuarse entre diferentes laboratorios, En el ámbito de un screening de carcinoma cervical, el control de calidad externo uniforma la confiabilidad diagnóstica de todos los laboratorios que intervienen en el programa*

*El control de calidad interno (en el laboratorio) consiste en la continua correlación citológica e histológica, en la reevaluación de las anteriores pruebas de Papanicolaou de cualquier diagnóstico positivo de carcinoma del cuello uterino y sus precursores. Forma parte del control de calidad interno la valoración periódica de la concordancia diagnóstica entre los "screener", entre los supervisores, entre "screener" y supervisores, además del procedimiento de preparación de la muestra.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

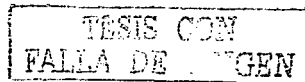
*Histológico.* El control histológico de la patología cervical se efectúa mediante la obtención de muestras para biopsia ( 10 ); el diagnóstico final de malignidad o benignidad depende, en consecuencia, del examen histológico. La biopsia puede ser de dos tipos:

I. *Exocervical*

1. Biopsia guiada con colposcopia;
2. Biopsia guiada con pinza para biopsia;
3. Biopsia múltiple con pinza para biopsia en los cuatro cuadrantes de la portio;
4. Biopsia en cono.

II. *Endocervical*

1. Raspado del canal cervical sin narcosis;
2. Examen fraccionado del canal cervical y de la zona correspondiente al orificio cervical interno.



## **"DISPLASIAS"**

Literalmente significa el desarrollo alterado o perturbación del crecimiento.

En el cervix este término se aplica a zonas anormales en las cuales solo una parte del espesor del epitelio escamoso ha sido remplazado por células anormales.

Aunque existe desacuerdo respecto a la definición que pudiera dársele a las displasias, pues unos autores dicen que una displasia es la alteración de células que se manifiestan por variación en su volumen, forma y organización.

Otra definición señala que las displasias: es una hiperactividad mitótica de la base del epitelio pavimentoso, que se acompaña de aberraciones y atipias celulares, que se asemejan a los estados incipientes del cáncer, pero que no tiene carácter de franca malignidad.

También es definida como: un fenómeno caracterizado por un crecimiento desordenado del tejido.

Sin embargo la definición que más se apega a la realidad por ser clara y sencilla señala que : es todo epitelio escamoso, situado sobre la superficie o en las glándulas, que muestra alteraciones en la diferenciación sin alcanzar el grado de perturbación que caracteriza al Carcinoma in situ. (4,13)

TESIS CON  
FALLA DE CIEGEN

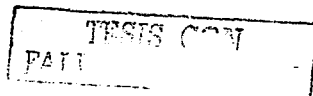
## CLASIFICACIÓN.

1. *Leves.* Histológicamente comprende las alteraciones de la arquitectura del epitelio, tanto morfológicas, como del ritmo de maduración; en esta se conserva la disposición de existir leucoplasia paraqueratosis o hiperqueratosis producida por maduración celular excesiva, o bien discariosis por una maduración incompleta .

2. *Moderada.* En esta alteración existe leucoplasia, paraquetosis o hiperqueratosis, producida también por una maduración excesiva; discariosis, generalmente las alteraciones en los núcleos están más marcadas y existiendo una mayor proliferación de estas.

También existen alteraciones en la arquitectura del epitelio, tanto morfológicas como del ritmo de maduración.

3. *Severa o Grave.* Las alteraciones morfológicas y cromatínicas son más aparentes, así como la actividad proliferativa (hiperactividad de las células basales), con pérdida de la polaridad celular. Se observa una discariosis más grave, lo que hace que en algunos casos sea difícil distinguirla de una lesión neoplásica.(12)



## **ETIOLOGÍA Y ALTERACIONES CELULARES QUE PRESENTAN LAS DISPLASIAS.**

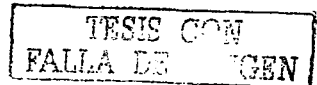
*Según Bruxy – Dupré* los factores que determinan el carácter de displasia y cáncer son, la diferenciación que gobierna la estructura general (estratificación) y la maduración que caracteriza al epitelio formado.(12,15)

Con respecto a las alteraciones celulares de las displasias se tiene que se reconoce por el cuadro de la discariosis; colposcopicamente, por los llamados epitelios atípicos e histológicamente por la hiperactividad basal con atipias, pero con las características fundamental de que las células basales, tienden a la maduración en superficie, propiedad que la distingue del carcinoma in situ, en el que no hay ninguna tendencia a la maduración superficial.

Siendo entonces las principales alteraciones celulares las siguientes: Discariosis, Metaplasia, Coilocitosis, Hiperqueratosis, Paraqueratosis, hiperactividad basal e Hiperplasia.

## **FACTORES QUE INCIDEN EN SU APARICIÓN**

- a) La edad.
- b) Inicio de la vida sexual activa.
- c) El número de gestaciones
- d) El número de partos
- e) El número de abortos



Sin embargo existen otros factores que no se deben pasar por alto, ya que estudios e investigaciones recientes, muestran que si guardan relación con la aparición de proceso displásicos, entre los que se encuentran:

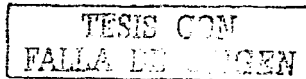
1. Usos de métodos anticoncepcionales (orales, hormonales, mecánicos y químicos).
2. recursos económicos.
3. la raza negra
4. Las mujeres que ejercen la prostitución(2,12)

### **"CÁNCER CERVICO UTERINO"**

**DEFINICIÓN Y CONCEPTO.** Cáncer cervico uterino. Es la neoplasia maligna más común del aparato reproductor de la mujer, de origen epitelial, el cual constituye cerca del 80% de todas las neoplasias de los órganos genitales de la mujer.

Los signos clínicos y la extensión de la enfermedad, son importantes para el pronóstico y tratamiento. La enfermedad se observa principalmente a la edad de los 40 a 50 años, este padecimiento es casi siempre curable en su estado de pre invasor.

Si consideramos todos los tumores malignos del ser humano como el 100%, en este caso las neoplasias del cuello del útero constituyen el 16%.



## EPIDEMIOLOGIA

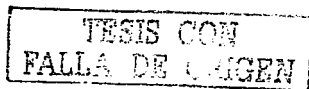
Las características que identifican a la mujer con alto riesgo de desarrollar cáncer cervical son las siguientes:

- A) Actividad sexual en la adolescencia
- B) Múltiples compañeros sexuales
- C) Bajo nivel socioeconómico
- D) Raza negra u oriental
- E) Matrimonio a temprana edad
- F) Mala higiene
- G) La toma de dietilestilbestrol durante la gestación.

## ETIOLOGIA.

Se ha relacionado frecuencia alta de carcinoma del cuello uterino con cada uno de los siguientes factores:

- 1.- Es más frecuente entre grupos de ingresos bajos.
- 2.- Las mujeres de raza negra tienen mayor frecuencia que las caucásicas en Estados Unidos de Norteamérica, pero probablemente ello guarde relación con factores socioeconómicos y no la predisposición racial.
- 3.- El matrimonio temprano y la paridad creciente guarda relación con aumento de la frecuencia.





4.- Hay relación entre la frecuencia de esta enfermedad y la edad de comienzo de las relaciones sexuales y de la frecuencia del coito.

5.- La frecuencia de esta enfermedad aumenta según el número de consortes .

6.- Hay frecuencia alta entre prostitutas y baja entre monjas

7.- Se considera que la cervicitis crónica predispone a forma de cáncer.

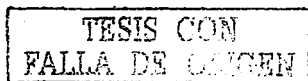
### **Material y Método**

El estudio es de tipo retrospectivo con una duración de doce meses, en los cuales se revisará bibliografía, y los medios de acopio de información de pacientes que se presentan al estudio ginecológico de cáncer cervico uterino, por lo que se normará un criterio básico acorde con la información médica actualizada que permite un diagnóstico de la enfermedad, a través de los métodos existentes practicados a dichos paciente, en el área de displasias del Hospital General" Dr Gonzalo Castañeda".

El número de pacientes que se sometieron estudio citológico fueron 713, con una edad que oscilaban entre 16 a 75 años, en el periodo de enero a diciembre del año 2000.

*Estudio Histopatológicos.* Estos fueron aplicados en 421 pacientes que asistieron a su revisión periódicas al Hospital "Dr Gonzalo Castañeda" en la clínica de displasias.

La obtención del *frotis cervical* se realiza con control visual, después de introducir el espéculo, con un hisopo o cepillo endocervical o cytobrush y con la espátula de Ayre clásica o modificada.



En el caso de la primera la obtención se efectúa con un palito de madera de 20 cm, provisto de una fina torunda de algodón hidrófilo enrollada en uno de sus extremos. Se introduce el hisopo, perfectamente humedecido, en el canal cervical y se le imprime un movimiento circular que permite recoger moco y células endocervicales y metaplásicas, o no, de la unión escamocilíndrica que, sobre todo en las mujeres menopáusicas, sobresale fácilmente con respecto al orificio externo. El material se "extiende" después sobre un porta objetos de vidrio limpio, con un movimiento contrario al utilizado para la obtención de la muestra.

La precisión del diagnóstico oncológico por medio de la muestra endocervical mejora si se utiliza el "cytobrush", pequeño cepillo de naylon que por su flexibilidad penetra con mayor facilidad en el canal cervical, y también provoca mayor sangrado y haciéndolo girar en el canal cervical se obtiene material endocervical adecuado.

La presencia de células endocervicales o moco, o de ambos, con células metaplásicas de la unión escamocilíndrica, condiciona la adecuación del frotis para la interpretación citopatológica.

En relación con la obtención de la muestra con espátula se usa la espátula de Ayre; se hace girar el borde de la parte acanalada de la espátula, apoyada en el exocérvix, recogiendo así el material de esa región y en parte de la unión escamocilíndrica. La maniobra exfoliativa puede ser a veces traumática y producir hemorragia

En la actualidad se utiliza un método mixto de obtención de la muestra endocervical y exocervical. La obtención de la muestra citológica endocervical deberá ser efectuada en la mujer en fase intermenstrual que no haya realizado, en las 24 horas anteriores lavados vaginales, terapia intravaginal ni haya mantenido relaciones sexuales.

Las muestras de material recolectado se extienden rápidamente sobre un solo portaobjetos, aunque separadas. Por lo tanto, el portaobjetos se divide en dos mitades longitudinales, en una de las cuales se extiende el material endocervical y en la otra el exocervical.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS

De enero de 1999 a diciembre del año 2000 se realizaron 713 estudios Citológicos o Papanicolaou y 650 estudios Histopatológicos con una edad que oscilaban entre 16 a 75 años, en el periodo de enero a diciembre del año 2000.

Estudios Citológicos o Papanicolaou. El 14% de las pacientes presentaron un diagnostico considerado como normal y un 82% un diagnostico clasificado como de II grado, lo que significa que presenta un cuadro clínico de células anormales pero no demostrativa de malignidad. Sólo se presentaron un 2% (6 pacientes) con carcinomas. Y el 1% a displasias (figura 1).

Se realizaron 650 biopsias para estudio histopatológico, de las cuales 259 reportaron resultados significativos como son:

*155 casos de procesos inflamatorios*

*68 casos de displasias*

*23 casos de Ca in situ*

*13 reportes de carcinomas(Figura II).*

De acuerdo al tipo de biopsia realizada en cada caso en particular de las pacientes encontramos que; 53 biopsias fueron exo y endocervicales que nos mostraron 30 casos con reacción inflamatoria, 19 con resultado de displasias, 1 caso de Ca in situ y 3 carcinomas. (Figura III)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En el caso de las biopsias endocervicales y endometriales se tomaron 21 muestras de las cuales 17 resultaron procesos inflamatorios, 2 displasias, 1 Ca in situ y 1 carcinoma microinvasor.

De las 159 biopsias endometriales 139 se clasificaron como procesos inflamatorios, 13 como displasias y se reportaron 7 carcinomas. (Figura IV)

Se realizaron 34 biopsias a polipos de las cuales 17 fueron inflamatorias, 5 adenomatosos, 3 granulomas, 4 cervicales, endometrio basal 3 y 2 hiperplasias.

Comparativamente podemos observar que el estudio histológico cuenta con mayor sensibilidad y la detección de lesiones premalignas y malignas, ya que pudimos observar que un 8.83% de los pacientes presentaron Ca in situ y un 5.01% de las pacientes que se les realizó biopsia reportaron carcinoma aunque encontramos que la citología continua siendo útil para la detección oportuna, de menor costo y de fácil aplicación a una mayor población a manera de escrutinio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DISCUSION

En este estudio encontramos que la citología continua como el mejor método de detección y escrutinio para la búsqueda de patología cervicovaginal en la mujer y evidenciación precoz de mujeres portadoras de carcinoma de cuello uterino y sus precursores.

Tomando en cuenta, que el porcentaje de exactitud del diagnóstico oncológico del examen citológico es inferior al 70% con respecto al estudio histológico, debido principalmente a las fallas en cuanto a toma de muestras y procesamiento de las mismas, podemos asumir que evitando dichos errores, se aumentaría la sensibilidad de la citología hasta el 77%, disminuyendo los falsos negativos y los falsos positivos.

Representando un estrés importante a las pacientes al grado de provocar una modificación en su vida cotidiana y de pareja.

TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN

## CONCLUSIÓN

En este estudio observamos que la citología representa el método más sencillo para la búsqueda de la patología cervicovaginal en la mujer, para lo cual se necesita tener la preparación adecuada y el material suficiente en la realización de la toma de la muestra y a su vez apoyarse de un buen equipo de citólogos, y así disminuir los falsos negativos y positivos que existen actualmente.

De acuerdo a este estudio, podemos concluir que la tecnología actual, representada por la colposcopia para toma de biopsias y la histología han superado a la citología en cuanto a su sensibilidad para la detección de las lesiones de tipo premalignas, significando una mejor opción para la atención de las pacientes.

El cáncer del cuello del útero es uno de los tumores malignos más frecuentes en la mujer, los signos clínicos y la extensión de la enfermedad son tan importantes para el pronóstico y tratamiento que constituyen la base de una clasificación necesaria ya en el primer examen.

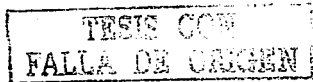
El propósito del tratamiento del paciente con cáncer, debe ser siempre la curación completa y duradera. Si bien es una elevada proporción de casos, se le puede anticipar con confianza, hay demasiadas ocasiones en que es manifiestamente imposible el tratamiento y sólo puede aspirar a paliar la enfermedad.

A la fecha se ha concluido que las displasias diagnosticadas por frotis de Papanicolaou y confirmadas por biopsia de sacabocados o por conización cervical podrían progresar y que la posibilidad de progresión aumentaba con la gravedad de la displasia, en todos estos estudios se registro el hecho de que la biopsia o conización, como medio de diagnóstico es también terapéuticos cuando menos parcialmente y cambia la progresión natural de la enfermedad



## BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- CERON E. A; SERENO C.J.A.- ¿Debemos seguir utilizando la clasificación numérica de Papanicolaou en citología ginecológica?. Ginecología. Obstetricia.- Volumen 46; Numero 274. México 1989. pag., 151 – 5;
- 2.- FERNÁNDEZ A. C / LOPEZ M. L. – Citología ginecológica y mamaria., Tomo II.- Edit., Salvat.- México 1997. pag., 12 – 18.
- 3.- FUERTE A. Citología cervical en el diagnóstico del Ca-cu. México1993. pag., 15 , 61.
- 4.- FRANKEL S. REITMAN S. Clinical Laboratory method and diagnosis. Vol. 1. The C. V. Mosby Company. 1990. pag., 34.
- 5.- IMSS / ISSSTE / S. S.- *Programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino.*- México 1996. pag., 216.
- 6.- JIMÉNEZ A.M. Citología ginecológica.- Edit., Medico científico.- México 1987. pag., 3 – 8.
- 7.- MASCARO Y PORCAR JOSÉ MARÍA.- Diccionario terminológico de ciencias medicas.- Edit., Salvat.- México 1993.



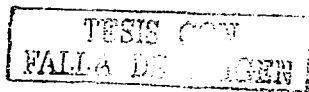
TESIS COM  
FALLA DE GEN

- 8.- NOVALD, E. R. SEEGAR J. G. Textbook of gynecology. Baltimore 1981. pag., 796.
- 9.- PAPANICOLAOU G. N. Atlas of exfoliative cytology. Cambridge, Harvard University Press 1952. pag., 1 - 2.
- 10.- R. NOVAK EDMUNDO.- Tratado de ginecología.- Edit., Interamericana.- México 1991.
- 11.- REAGAN J. W. The cytological recognition of carcinoma in situ cancer. Philadelphia 1951. Pag., 4 - 225.
- 12.- R. P. ALFONSO / RUIZ M.- Concepto de neoplasia intraepitelial cervical., Revista medica del Hospital General.- México 1980. pag., 44 , 3.
- 13.- RICAUD. L. / HERNANDEZ A.- Neoplasia intraepitelial del cervix. Hospital General Obstetricia N° 4.- México 1993. N° 318, 332: 273 - 4, 285 - 6.
- 14.- REVISTA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO.- Editada por la Federación Mexicana de Asociación de Ginecología y Obstetricia., Vol., 52., N° 332.- México 1997.
- 15.- SÁNCHEZ G. J. I.- Neoplasia intraepitelial cervical., punto de vista practico.- Ginec. Obstet., Vol., 46: N° 274.- México 1997.

TESIS COM



- 16.- **SEGATORE LUICI.** - Diccionario medico.- Edit., Teide.- México 1991.  
pag., 1228
- 17.- **STANLEY L. ROBINS.**- Patología estructural y funcional.- Edit.,  
Interamericana.- México 1994. pags., 342, 231.
- 18.- **TERZANO G. GHINELLI C.**- El valor actual de la citología en patología  
ginecológica., Boletín de la sociedad latinoamericana en citología.- México 1999.  
pag., 2 – 17.
- 19.- **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**- Unidades  
integradas de: elementos de patología Medico – Quirúrgica, Enfermería Medico  
Quirúrgica, Ginocología. México 1997. pag., 553
- 20.- **VILLALOBOS R. M. RAMÍREZ E. S.** Significación diagnóstica y  
pronóstica de la clase III sospechosa en HG0 N° 1, IMSS. Ginec. Obstet. México  
Vol., XXII. 1997. pag., 797 – 803.
21. **ZARATE TREVIÑO ARTURO.**- Ginecología.- Edit., Talleres de editorial  
Mendez Cervantes.- México 1993. pag., 36.



**ESTUDIOS SOBRE DISPLASIAS Y CANCER  
CERVICOUTERINO  
CITOLOGIAS**

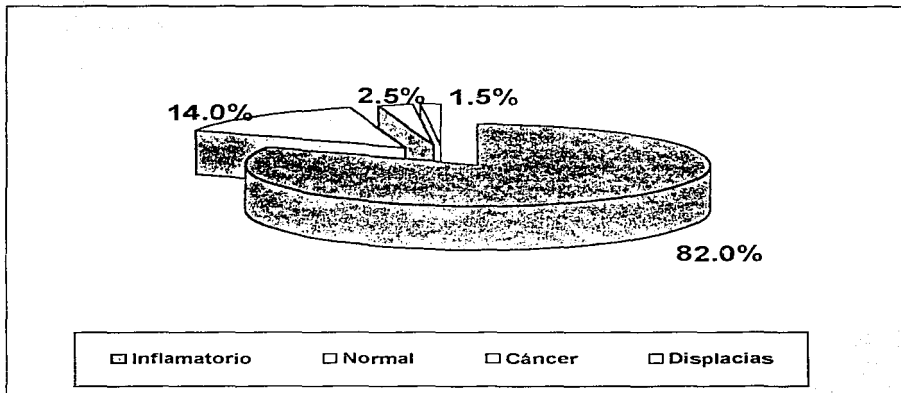
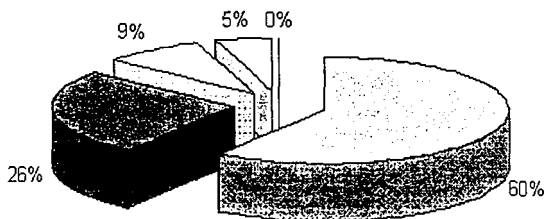


FIGURA I.

TESIS CON  
FALLA DE REGISTRO

**ESTUDIOS SOBRE DISPLASIAS Y CANCER  
CERVICOUTERINO**

**BIOPSIAS CERVICALES**



□ INFLAMATORIA □ DISPLASIAS □ CA IN SITU □ CARCINOMAS □

FIGURA II

TESIS CON  
FALLA DE REGISTRO

**ESTUDIOS SOBRE DISPLASIAS Y CANCER  
CERVICOUTERINO  
BIOPSIAS FRACCIONADAS**

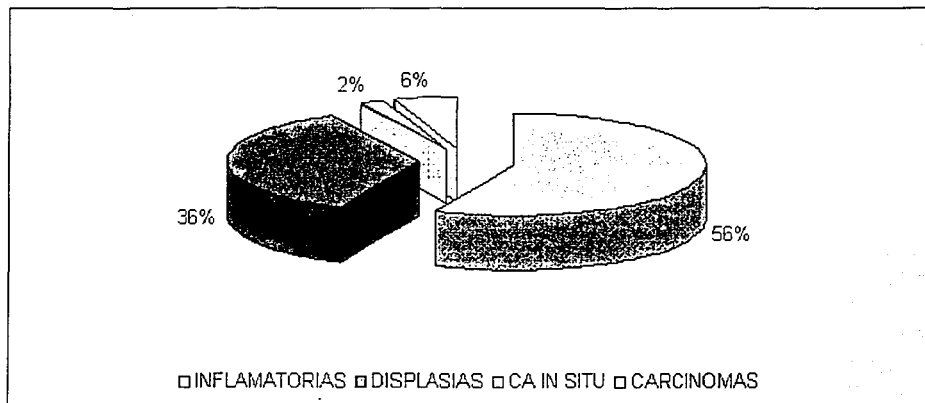


Figura III

TESTS CON  
FALLA DE RIGEN

**ESTUDIOS SOBRE DISPLASIAS Y CANCER  
CERVICOUTERINO  
BIOPSIAS ENDOCERVICALES Y ENDOMETRIALES**

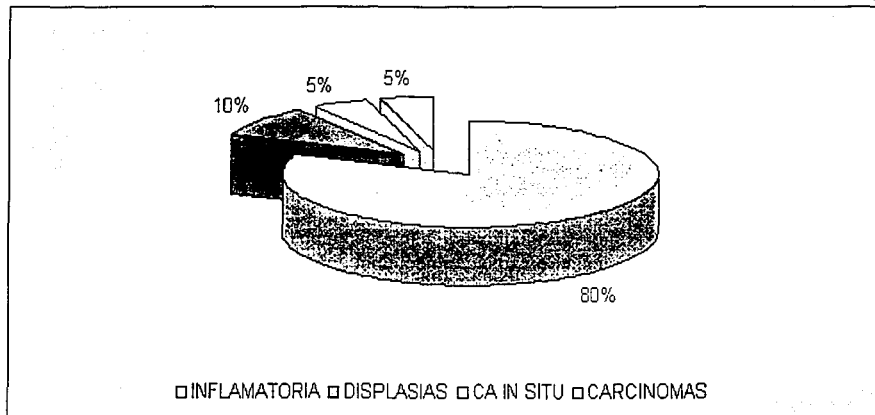


FIGURA IV

TESIS CON  
FALLA EN EL GEN

**ESTUDIOS SOBRE DISPLASIAS Y CANCER  
CERVICOUTERINO  
BIOPSIAS ENDOMETRIALES**

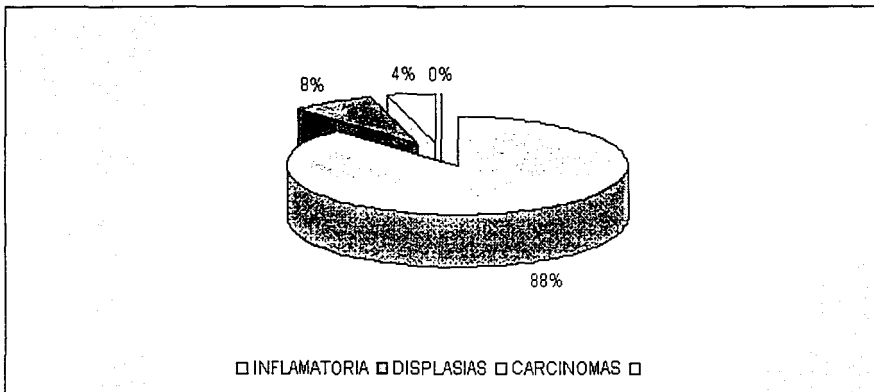


FIGURA V.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**DIAGNOSTICO DE DISPLASIAS Y CANCER  
CERVICOUTERINO**

LESION	CITOLOGICO	HISTOLOGICO
NORMAL	14%	0.07%
INFLAMATORIO	82%	59.84%
DISPLASIAS	3%	26.25%
CANCER	1%	5.01%
Ca IN SITU	-	8.83%

TABLA 1.