

Dos Años de Citología Exfoliativa Hospital San Juan de Dios

CORRELACION HISTOPATOLOGICA

Luis G. Gócher*

Margarita Umaña**

El Hospital San Juan de Dios en marzo de 1968 inició el Laboratorio de Citología Exfoliativa, dependiente del Servicio de Anatomía Patológica. En vista de la poca difusión que en ese entonces existía del método fue necesario iniciar una serie de pláticas a nivel hospitalario y a nivel de la Facultad de Medicina, para darlo a conocer y además llevarlo a la práctica. El número de estudios citológicos recibidos en un principio, lógicamente, fue escaso; sin embargo, tal como había sido previsto, dicho número ha ido en aumento progresivo y constante. En un afán por lograr no sólo la detección sino también una valoración global de las pacientes, hemos trabajado en mutua colaboración con el Servicio de Ginecología. Al cumplirse dos años de estar funcionando este laboratorio, quisimos hacer una valoración conjunta de los estudios citológicos vaginales sospechosos y positivos y su evolución ginecológica. El presente informe no puede tomarse como concluyente, sino como una comunicación preliminar, dado que el laboratorio tiene dos años de funcionar y resulta prematuro cualquier valoración, de acuerdo a lo estipulado internacionalmente, para saber la evolución citológica y ginecológica tanto de las displasias como del carcinoma intraepitelial, de acuerdo a los diferentes métodos de tratamiento. Hemos tenido en todo momento la valiosa colaboración del grupo de patólogos del Servicio de Anatomía Patológica tanto en la discusión de laminillas dudosas como en una valoración histopatológica exhaustiva de las biopsias enviadas y de las piezas operatorias, lo cual nos ha resultado en una mejor evaluación clínica y terapéutica de nuestras pacientes. Con la corta experiencia lograda, esperamos en el futuro afinar más el diagnóstico citológico y normar conductas de tratamiento más adecuadas al avance ginecológico.

* Servicio de Ginecología y Laboratorio Citología Exfoliativa. Hospital San Juan de Dios.

** Citotecnóloga Laboratorio Citología Exfoliativa. Hospital San Juan de Dios.

CUADRO N° 1

CITOLOGIA

Clase	Número	Porcentaje
I y II	6175	94.19%
III	307	4.67%
IV	32	0.48%
V	47	0.71%
TOTAL	6561	

CUADRO N° 2

EDAD

Edad	N° Pacientes	Porcentaje
17 — 19	16	4.14%
20 — 29	89	23.05%
30 — 39	116	30.05%
40 — 49	87	22.53%
50 — 59	45	11.65%
60 — 69	22	5.69%
70 — 79	9	2.33%
80 — 86	2	0.51%
TOTAL	386	

MATERIAL Y METODOS

Para la presente comunicación hemos obtenido el material de los archivos del laboratorio de Citología Exfoliativa y del archivo general del Hospital. Las laminillas enviadas fueron tomadas de acuerdo a las recomendaciones internacionales, con dos variantes: a.—en una sola laminilla se coloca tanto el material del fondo de saco posterior como el de cuello uterino; en todos los casos se usó espátula de madera para la recolección del material, y b.—las laminillas fueran fijadas en alcohol de 95° y no en la solución de alcohol-ether. El proceso de tinción que se ha usado hasta el momento es el clásico de Papanicolaou, con el cual no hemos tenido el menor inconveniente. Todas las laminillas fueron montadas con permount. En los casos en que se reportó citología sospechosa (clase III) el estudio citológico fue repetido con o sin tratamiento previo; el estudio histórico fue tomado cuando este laboratorio así lo solicitó o cuando la sospecha clínica lo ameritaba; siempre fue precedido de la prueba de Schiller para dirigir mejor la biopsia, en vista de la carencia del colposcopio. En los casos reportados como positivos (IV y V) siempre se realizó la toma de biopsia, también dirigida con prueba de Schiller. Tanto en los casos sospechosos como positivos de células cilíndricas se realizó legrado uterino fraccionado. En todos los casos se investigó la edad de las pacientes, el diagnóstico clínico, el diagnóstico citológico, histopatológico (cuando existía), el tratamiento instituido y la evolución citológica y ginecológica de la paciente. Una de nuestras principales preocupaciones fue la de obtener el número de pacientes con citologías III, IV y V e incluso con estudio histopatológico positivo por neoplasia y que por diferentes razones se ausentaron de la consulta de ginecología; esto con miras a poder realizar una mejor valoración de las causas de fuga de pacientes y lógicamente, un mejor control de los casos sospechosos y positivos.

CASUÍSTICA

Se revisaron en total 6.561 tarjetas correspondientes a las citologías vaginales enviadas del 16 de marzo de 1968 al 31 de enero de 1970. De los 6.561 se obtuvo 307 casos de clase III (4.67%); 32 casos de clase IV (0.48%) y 47 casos de clase V (0.71%), siendo el por ciento de positivos reportados de 1.19% (cuadro N° 1). El total de casos estudiados (sospechosos y positivos) fue de 386, en el cual basamos la presente comunicación. La edad de las pacientes osciló de los 17 a los 85 años y la incidencia mayor fue en el grupo de 30 a 39 años (30.05%) (cuadro N° 2). Referente al diagnóstico clínico ginecológico observamos los siguientes resultados: en 36 casos no se encontró patología ginecológica. En 277 casos la patología ginecológica encontrada fue de tipo benigno (cervicitis crónica en el gran porcentaje de los casos). En 35 casos se obtuvo patología sospechosa tanto de cérvix como de endometrio y en 38 casos el diagnóstico fue de malignidad (cérvix y endometrio). Como detalle del trabajo se observó dispositivo intrauterino en

CUADRO N° 3
DIAGNOSTICO CLINICO

Patología	Nº Pacientes	Porcentajes
Sin patología ginecológica	36	9.32%
Con patología benigna	277	73.88%
Con patología sospechosa	35	9.06%
Con patología maligna	38	9.80%
TOTAL	386	

CUADRO N° 4
ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

Estudio Histopatológico	Nº Pacientes	Porcentaje
Con biopsia	220	56.99%
Sin biopsia	166	43.01%
TOTAL	386	

7 casos de los 386 (cuadro N° 3). En 220 casos (56.99%) se realizó estudio histopatológico, tanto de cérvix como de endometrio según se indicara; las tomas biópsicas de cuello uterino fueron dirigidas con prueba de Schiller. 166 pacientes (43.01%) no fueron controladas con biopsia (cuadro N° 4). De los datos más importantes para nosotros es la correlación citohistopatológica que a continuación se detalla:

De los 307 casos de clase III, 147 fueron controladas con estudio biópsico, de las cuales 83 (56.46%) correspondieron a procesos cervicíticos agudos y crónicos benignos y 64 (43.53%) a procesos de displasia cervical, a carcinoma in situ e invasor. De 32 casos de clase IV, 26 fueron controlados con biopsia, de los cuales 22 (84.61%) correspondían a carcinoma in situ e invasor y 4 (15.46%) correspondían a procesos cervicíticos de tipo inflamatorio y a procesos de displasia cervical. De 47 casos de clase V, 44 han sido controlados con biopsia, de los cuales 41 (90.90%) correspondían a carcinoma in situ e invasor; 3 (6.81%) fueron reportados como procesos inflamatorios o displásicos, de los cuales hay 2 que no volvieron a ser controlados. En 1 caso (2.27%) la biopsia fue reportada como proceso maligno sin poder determinar si había o no invasión por falta de estroma (cuadro N° 5). El tratamiento realizado en los casos de clase III fue básicamente el anti-inflamatorio (143 casos); usando productos a base de sulfa o tricomoniacidas y fungicidas, según se indicara; en 23 casos se realizó la conización cervical y en 44 casos no se realizó ningún tratamiento. En los casos de clase IV y V la terapéutica fue básicamente la conización, la cirugía radical y la radioterapia (cuadro N° 6). Referente a la evolución es necesario aclarar que de los 386 casos estudiados, 90 (23.31%), por diferentes motivos no han sido controlados. Estos 90 casos se desglosan de la siguiente manera: 10 han sido tratados quirúrgicamente, pero no regresaron a control post-tratamiento. 20 pacientes tienen displasia severa, carcinoma in situ, microinvasor o invasor, comprobados histopatológicamente y 60 pacientes tienen citologías III, IV y V pero no han regresado a ningún control. Han sido usados todos los medios posibles para localizar a estas pacientes, telegramas, Servicio Social, etc. pero, desafortunadamente, uno de los problemas mayores es aquel de las direcciones mal dadas y la lógica imposibilidad de hallar a las pacientes. Gran cantidad de pacientes que vienen de las provincias dan dirección de San José, lo cual elimina la posibilidad de conseguir las; y algunas pocas sencillamente se niegan a asistir a la institución.

La evolución de los casos clase III fue la siguiente: de los tratados con anti-inflamatorios de tipo vaginal, 115 regresaron a clase II o I; 10 han permanecido estacionarias y 4 evolucionaron a carcinoma in situ. De los que no recibieron tratamiento, 4 regresaron, 2 permanecieron estacionarios y uno evolucionó a carcinoma in situ. Catorce cauterizadas regresaron a clase I y II; 17 conizadas regresaron y uno evolucionó a carcinoma microinvasor. De los casos positivos (IV y V),

CUADRO Nº 5
CORRELACION CITOHISTOPATOLOGICA

CLASE	CONTROLADOS CON BIOPSIA				TOTAL
	Cervicitis Aguda y crónica	Porcentaje	Displasia Co. in situ Ca. invasor	Porcentaje	
III	83	56.46%	64	43.53%	147
IV	4	15.46%	22	84.61%	26
V	3	6.81%	41	90.90%	44
TOTAL	90		127		217

CUADRO Nº 6
TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	III	IV	V
Anti-inflamatorio	143	5	2
Hormonal	4	—	1
Radiación	4	4	14
Conización	23	12	7
Legrado	10	—	—
Cauterización	15	—	—
Sin tratamiento	44	2	4
Histerectomía:			
Vaginal	7	2	—
Abdominal	16	2	3
Panhisterectom.	5	2	3
Caso terminal	—	2	4

CUADRO N° 7
EVOLUCION

TRATAMIENTO	Regresaron		Estacionarios		Evolucionaron		Recidiva	
	III	IV-V	III	IV-V	III	IV-V	III	IV-V
Antiinflamatorio	115	4	10	1	4	—	—	—
Conización	17	13	—	2	1	—	—	—
Hormonal	4	—	—	—	1	—	—	—
Histerect. vaginal	1	1	2	—	—	—	—	—
Histerect. abdominal	9	—	—	1	—	—	—	—
Panhisterectomía	—	—	—	—	—	—	—	2
Legrado	7	1	—	—	—	—	—	—
Cauterización	14	—	—	—	—	—	—	—
Sin tratamiento	41	2	2	—	—	—	—	—
Caso terminal	—	—	—	—	—	5	—	—
TOTAL	207	21	14	5	7	5	—	2

CUADRO N° 8

DIAGNOSTICO	Nº Pacientes	Porcentaje
Displasia cervical	36	0.54%
Carcinoma in situ	36	0.54%
Carcinoma invasor	43	0.65%
Hiperplasia adenomatosa del endometrio	3	0.04%
Adenocarcinoma del endometrio	4	0.06%
TOTAL	122	

13 conizadas han regresado y 2 permanecieron estacionarias; sigue luego una variedad de tratamientos de acuerdo al diagnóstico final en los cuales se incluyen histerectomías vaginales y abdominales, panhisterectomías y pacientes tratadas con radiaciones (cuadro N° 7). Hubo 7 pacientes fallecidas en el transcurso de los dos años. De marzo de 1968 a enero de 1970 en las pacientes controladas cito-histológicamente se encontró: a.—36 displasias cervicales; b.—36 carcinomas in situ; c.—43 carcinomas invasores; d.—3 hiperplasias adenomatosas de endometrio y e.—4 adenocarcinomas de endometrio (cuadro N° 8).

CONCLUSIONES

- 1.—Se debe realizar control citológico a toda mujer después de los 20 años o en edades más tempranas si han existido relaciones sexuales.
- 2.—Creemos necesario la creación de un sistema nacional coordinado de detección citológica con control estricto de cada paciente.
- 3.—Lo anterior nos permitirá no sólo evitar la pérdida o fuga de pacientes con citologías sospechosas o positivas, sino que también nos permitirá una mejor coordinación de criterios citohistopatológicos y, además, una mejor evaluación terapéutica ginecológica y oncológica.
- 4.—La mayoría de nuestras pacientes con clase III, con displasia comprobada histopatológicamente (leve y moderada), respondió muy bien al tratamiento anti-inflamatorio local.
- 5.—Creemos que la conización cervical es un medio diagnóstico certero en los casos de displasia severa y/o carcinoma in situ. En un porcentaje elevado de casos la hemos usado como terapéutica con controles citológicos posteriores periódicos.
- 6.—Queremos insistir, una vez más, en la necesidad de entrenar tanto personal médico como técnico en citología exfoliativa, para poder realizar una campaña de detección de cáncer cervicouterino a nivel nacional.

RESUMEN

Se presenta una comunicación preliminar del laboratorio de Citología Exfoliativa del Hospital San Juan de Dios en sus dos primeros años de existencia, con correlación histopatológica y ginecológica de evaluación y tratamiento. En estos dos años, de 6.561 estudios citológicos, se obtuvieron 307 casos de clase III, 32 casos de clase IV y 47 casos de clase V. Se descubrieron con estudio citohistopatológico 36 displasia cervicales (0.54%) ;36 carcinomas in situ (0.54%); 43 carcinomas invasores (0.65%); 3 hiperplasias adenomatosas de endometrio (0.04%) y 4 adenocarcinomas de endometrio (0.06%). Se concluye, básicamente, en la necesidad de entrenar más personal médico y técnico y en la creación de un sistema nacional de detección citológica.