

CONFERENCIA CLINOCOPATOLOGICA

Presentación Clínica: Dr. Bienvenido Terrero

Presentación Patológica: Dr. Michel Kourie

Caso cortesía del Dr. Guillermo Maggiolo.

Paciente femenina, blanca, de 59 años de edad, dominicana, casada y ama de casa, quien se presentó a consultar por padecer de un flujo vaginal abundante, intermitente en los últimos 5 meses.

Ella era GII, PI, AI, CO.

Había consultado en el pasado por alteraciones ginecológicas de poca importancia. Hacía unos 10 años se le había practicado una colpoperineorrafia, y era menopáusica desde la edad de 47 años. Fue internada para fines de estudio en el Centro Médico Nacional. En su historia pasada mencionaremos: menarquia a los 12 años y períodos menstruales de una duración de 4 días con sangramiento moderado sin dolor. Inicio de sus relaciones sexuales a los 23 años, embarazo a término a los 26 y aborto a los 30.

Al examen físico encontramos una paciente blanca, de aspecto maduro, bien nutrida, coherente y confortable. Temperatura 37.1°C oral, talla 5 pies 3 pulgadas, peso 140 libras, TA 140/80, pulso 74/minuto, regular; respiraciones 19/minuto, regular.

Cabeza normocéfala. Ojos, oídos, nariz y garganta, sin patología aparente. Cuello flexible. Tiroides no palpable, no hay adenopatías. Tórax, simétrico, Mamas pendulosas. Corazón: ritmo sinusal, no hay soplos. Pulmones con buena expansión. Murmullo vesicular normal. Abdomen algo globoso, no hay visceromegalias; peristaltismo intestinal, normal. Al examen ginecológico: mostró un introito reparado por colpoperineorrafia previa, un cuello de aspecto sano, aunque dejaba escapar una secreción purulenta, al tacto, el cuello se encontraba distendido y era continuado por un cuerpo uterino el que a su vez también estaba distendido. Se hizo el diagnóstico de piometra, practicándose una dilatación del cuello con drenaje de la cavidad, obteniéndose la expulsión de una secreción purulenta, fétida, en gran cantidad. Se efectuaron tomas para exámenes citopatológicos así como cultivo. Fue luego sometida a un tratamiento con conjugados de estrógenos equinos y antibióticos.

El resto del examen físico, incluyendo extremidades, articulaciones, piel y sistema nervioso, fue negativo.

Entre los datos de laboratorio encontramos una hemoglobina de 13 g%, un hematocrito de 40%, con conteo de glóbulos blancos de 7,220 con un diferencial como sigue: neutrófilos 52%, linfocitos 40%, monocitos 6% y eosinófilos 2%.

Un examen de orina con densidad de 1014, esencialmente negativo pero con presencia de cristales de oxalato de calcio en el sedimento.

El examen citopatológico del flujo fue negativo para células cancerosas, un Papanicolau se reportó como clase II pero con la salvedad de que la descamación celular era muy pobre y limitaba la interpretación, por lo que sería aconsejable repetir después del tratamiento. El reporte de los cultivos fue negativo.

La glicemia en ayunas era de 85 mg.%, la úrea de 12 mg.%, la creatinina de 0.9 mg.%, el colesterol de 240 mg.%, el calcio de 10.2 mg.% y el fósforo de 4 mg.%.

Una radiografía de tórax y un electrocardiograma fueron interpretados como normales.

La paciente fue dada de alta después de 6 días de internamiento en buenas condiciones para continuar el tratamiento ya mencionado, y sería seguida en la consulta ginecológica.

Se sintió bien durante varios meses después de su internamiento, siendo examinada por 3 ocasiones a intervalos de 2 meses, sin hallazgos patológicos.

Al noveno mes de haberse dado de alta, la paciente nuevamente aparece con flujo vaginal, esta vez de tipo acuoso y sanguinolento, el cuello estaba de nuevo distendido y aumentado de tamaño, pero ahora no existía una hipertrofia uterina, la consistencia del cuello era dura, y fue imposible dilatarlo a pesar de múltiples intentos.

Se consideró que la paciente estaba afectada de metritis crónica y que el tratamiento de lugar era una histerectomía total, por lo cual se internó de nuevo, realizándose dos días después de una salpingovarectomía bilateral.

DISCUSION CLINICA

* Dr. Bienvenido Terrero

Es indudable que en toda paciente de 59 años, que

(*) Profesor y Jefe Departamento de Ginecobstetricia, Escuela Medicina, UNPHU.

presente leucorrea purulenta frecuente, es necesario investigar exhaustivamente, iniciándola con el uso del espéculo vaginal, así podríamos tener una visión del estado natural del cuello; esto sería seguido del examen bimanual para determinar el tamaño del útero en una paciente de esta edad, y con la leucorrea purulenta que mencionada la historia, hay que seguir adelante y tal como se hizo, practicar un curetaje biopsia. Ese curetaje biopsia, a pesar de que en esta cavidad se encontró gran cantidad de pus, tenía como miras tomar muestras para biopsia de la cavidad uterina así como del canal endocervical, tanto del orificio interno del cuello como en toda su extensión para lograr así mejores posibilidades de llegar a un diagnóstico de la patología que podía tener la paciente.

Sabemos que muchas veces puede haber piometras en mujeres de esta edad por estenosis del orificio interno del cuello uterino. Sin embargo, en este caso en particular la presencia de piometra podría asociarse con un adenocarcinoma del endometrio.

Es mandatorio hacer cultivos de las secreciones purulentas para determinar cuál es el microorganismo causal de esta infección, así como también es imprescindible proceder al estudio histopatológico o del tejido que se haya obtenido de la cavidad uterina de la cavidad cervical con

—Dr. Kourie: ¿Qué valor le da usted, Dr. Terrero, al resultado de un Papanicolau negativo, clase II, en este caso en particular?

—Dr. Terrero: La presencia de un Papanicolau negativo tiene mucho valor, sin embargo, pacientes ya en la edad postmenopáusica sufren ciertos cambios histológicos y anatómicos en el cuello uterino. En la edad reproductiva hay tendencia a la protrusión en el orificio interno del cuello, o lo que se llama el hocico de tenca, es decir, que se encuentra evertido en la edad reproductiva de la mujer; sin embargo, ya en la menopausia esa eversión se reduce y el cuello en vez de encontrarse evertido se encuentra retraído hacia el canal cervical, haciendo desaparecer la superficie de unión de los dos epitelios que sabemos cubren el cuello, el epitelio escamoso y el epitelio cilíndrico; en ese entonces la unión del epitelio cilíndrico al estratificado ya se encuentra dentro del cuello uterino, así que mucha superficie del cuello penetra en el orificio del mismo, por lo que no es raro encontrar en estas pacientes muchos Papanicolau negativos, los que quizás, con el uso en la práctica para la toma de muestras de isopos o ciertos tipos de pipetas con succión que penetren en la cavidad endocervical para así tomar muestras tanto de esa cavidad como de la superficie del cuello arrojarían más resultados positivos; esto en esta edad es imprescindible para la toma de muestras.

—Un estudiante: Dr. Terrero, ¿debemos sospechar del uso de aparatos o dispositivos intrauterinos o cabría pensar en la presencia de un cuerpo extraño en el útero en este caso?

—Dr. Terrero: No creo que podamos excluir con

certeza la posible presencia de un cuerpo extraño.

—Dr. Kourie: En esta paciente, mujer ya menopáusica, desde el punto de vista semiológico, ¿qué tipo de patología debemos enfocar, cuando existe un cuello que se encuentra distendido y que se continúa también con un cuerpo uterino igualmente distendido?

—Dr. Terrero: En esta paciente menopáusica, con esa patología, yo me inclinaría a pensar primeramente en la posibilidad de alguna neoplasia, ya sea del orificio interno del cuello uterino o de la cavidad endometrial.

—Un estudiante: Refiriéndose nuevamente a lo mencionado sobre el Papanicolau tomado, se hizo énfasis en que si la muestra hubiese sido tomada en una paciente con eversión del cuello uterino podría haberse tomado de un sitio ideal, pero esa muestra, parece por el relato anterior que fue tomada junto con las secreciones, por tanto, ¿debió haber células de la cavidad endometrial pudiéndose hacer el mismo examen histocelular que en el cuello?

—Dr. Kourie: Primeramente vamos a establecer que un Papanicolau negativo es un dato que debe tomarse con cierta reserva, pues como en todo examen de laboratorio lo primordial es una prueba positiva, muchas veces por múltiples razones un examen citológico como el Papanicolau, pudiera resultar negativo, bastaría, entre otros, que la paciente se hubiera dado una ducha vaginal antes de acudir al ginecólogo, o que existiera una estenosis a nivel del orificio externo o del canal endocervical; en algunas oportunidades un carcinoma de cuello a nivel del canal endocervical no aflorará al hocico de tenca, otras veces una gran hemorragia alteraría la posibilidad de interpretar bien el Papanicolau, así pues existen una serie de condiciones que pudieran producir un falso negativo y tanto el Dr. Terrero como todos los ginecólogos están sobre aviso en cuanto a esa posibilidad. En cuanto a la presencia de células endometriales en el Papanicolau puedo decirles que normalmente y a cualquier edad son muy pocas las células endometriales que descaman y pueden ser observadas en un Papanicolau que se recoge a nivel del hocico de tenca; frente a esa situación de pobreza celular endometrial se han ideado tomas con tubos acanalados en forma de histerómetro con peras, para tratar de conseguir material del interior del útero; pero en una mujer pasada la menopausia los patólogos opinan que el curetaje biopsico es mucho más seguro que tratar de conseguir por medios citológicos células neoplásicas, no sé qué piensa el Dr. Terrero sobre esto.

—Dr. Terrero: Si estoy muy de acuerdo en que es necesario la investigación con un legado uterino o curetaje, pero abundando más en la pregunta, podríamos decir que la estenosis del orificio externo es muy frecuente en mujeres pasada la menopausia, y esto podría imposibilitar tomar la muestra con el isopo o similares. Por eso insistimos en que debía ser parte de la rutina para el Papanicolau, tomar muestras del endocervix, del exocervix, así como también de la cúpula

vaginal, las tres muestras son importantísimas para el diagnóstico de **cáncer del cuello uterino** y es indispensable tomar las **tres muestras**, y de **bastante** tiempo atrás, viene haciéndose en muchos **centros médicos**.

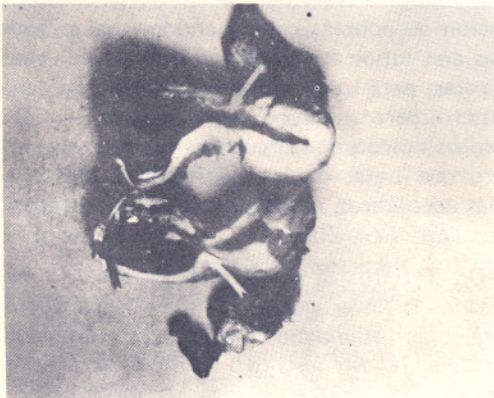
—Dr. Kourie: Para **ilustración** de los estudiantes, debemos decir que esas **estenosis** en la mujer menopáusica responden a **fibrosis, atrofias** y procesos **inflamatorios**.

—Un estudiante: **Dadas** las condiciones citadas por el patólogo que **pueden** conllevar a un **reporte falso negativo** en una **prueba** citológica y **dada** la situación de que entre el **primer estudio** y la **decisión** de una **histerectomía radical**, transcurrieron **nueve meses**, nos parece que debió realizarse un **segundo estudio** citológico y también un **curetaje biopsia** antes de proceder a realizar la **histerectomía total**?

—Dr. Kourie: A esta paciente se le **dio la oportunidad** de que pudiera mejorar sin que **tuviera** que **hacerse** una cirugía tan radical, pero en **vista** de que la **paciente** no experimentaba ninguna **mejoría**, de que su **distensión** de cuello volvió a reproducirse y aun **mayor** de lo que estaba anteriormente, de la **edad** de la **paciente**, puesto que era una **mujer** pasada la **menopausia** y por último la **molestia** que le causaba este estado, se **decidió**, frente a la **impotencia** con otros **tipos** de tratamientos, **hacerle** una **histerectomía radical**, la que a la vez **resultaba** curativa y diagnóstica.

—Una estudiante: Dr. Terrero, ¿sería ésa la misma conducta a seguir en una **paciente joven**?

—Dr. Terrero: Si consideramos **únicamente** el **piometra**, por supuesto que no. En una **paciente** en el **período** reproductivo, son frecuentes las **infecciones**, tanto vaginales como del **cuello uterino**, especialmente las **cervicitis**, tanto las **crónicas** como **agudas**, siendo muchas causadas por el **gonococo**. A pesar de esto, el **piometra** es menos frecuente, con excepción de algunos **casos**, como el **aborto séptico** incompleto, ciertas **infecciones** puerper-



NO. 1
Aspecto macroscópico de la pieza operatoria. Nótese la gran dilatación del cuello producida por el **procérvix**, la **estenosis** completa de los orificios interno y externo del canal cervicovaginal.

rales o en presencia de ciertos tipos de **fibromiomas** que pueden después de un parto infectarse y producir un **absceso** del útero.

—Dr. Kourie: Dr. Terrero, en presencia de una **neoplasia de cérvix**, ¿usted le hubiera hecho una **histerectomía** si hubiera estado en su **período** reproductivo esta **paciente**?

—Dr. Terrero: La **histerectomía total** en una **joven** con esta condición es aún en parte **controversial**, todo depende del **estado** de la **paciente**. En **pacientes** deterioradas a veces se **requiere** hacer una **cirugía radical**, una **histerectomía**, en este caso algo diferente, **pues** trataríamos de **preservar los ovarios**.

—Un estudiante: Dr. Terrero, ¿existe alguna relación entre el **adenocarcinoma** del **endometrio** y el **piometra**?

—Dr. Terrero: No creo que exista, **sin embargo**, puede ocurrir **concomitantemente** en ciertos **casos** de **pacientes**



NO. 2
Mayor aumento de la lesión del cuello. Nótese la **irregularidad** de la mucosa **endocervical** y el **grosor** de las paredes.

con **edad avanzada**; la mayoría de éstas no tienen cuidados **higiénicos** adecuados con sus **genitales** y por esto son **frecuentes** las **infecciones**; además la **cavidad** vaginal en **pacientes** pasada la **menopausia** ha perdido su **capacidad** de defensa contra **microorganismos** por la **deficiencia** en **estrógenos**, lo que produce una **alteración** del **pH** normal vaginal que es una **línea** de defensa, y por eso son frecuentes las **infecciones** bacterianas vaginales y de **parásitos** como la **tricomona**.

—Un estudiante: En el caso de que la **paciente** no se hubiera **operado tan rápidamente**, ¿qué otra **alternativa** pudiéramos haber tenido con este tipo de **patología**?

—Dr. Terrero: Una de las **alternativas** pudo haber sido el de **tratar de evacuar** la **cavidad uterina**, acompañándolo de un **curetaje biopsia**, tanto de la **cavidad** endometrial como del **orificio interno** del **cuello uterino**.

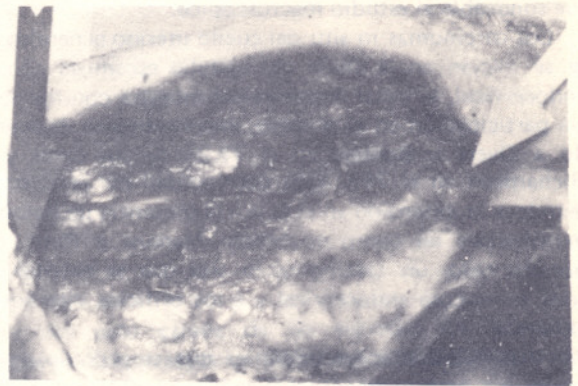
—Dr. Kourie: Esta **conducta** que menciona el Dr. Terrero es sumamente **importante**, porque sería una **conducta** terapéutica **pero a la vez** podría permitirnos establecer un **diagnóstico definitivo**, el que al fin y al cabo todavía no se ha establecido. Me **sigo preguntando**

qué ha producido ese estado de dilatación progresiva del cuello con producción de material mucopurulento y luego de secreciones acuosas hemorrágicas en esta paciente?

-Dr. Terrero: Yo no creo que hubiera sido fácil llegar a un diagnóstico definitivo en este caso, pero yo hubiese inclinado mi diagnóstico hacia un proceso neoplásico afectando endocérnix y/o endometrio.

-Dr. Kourie: Había mucha dificultad para la dilatación del cuello y era difícil hacer ese curetaje biopsia; esto debió ser el motivo que impulsó, teniendo en cuenta la edad de la paciente al hacer la histerectomía completa.

Dr. Terrero: Existen dilatadores de cuello, como el de Heger, de un calibre pequeñísimo, que a veces podríamos usar para dilatar el cuello y así penetrar en la cavidad uterina y obtener lo que deseamos, sea ya la muestra tomada del cuello uterino o de la cavidad uterina en sí.



No. 3
Máximo aumento para evidenciar aun más las alteraciones antes señaladas.

la capa basal lucía intacta en toda su extensión en los múltiples cortes seriados que se hicieron, el endometrio se mostraba atrófico y el miometrio de la trompa y los ovarios no presentan interés patológico alguno. El diagnóstico microscópico es carcinoma in situ del cuello uterino con estenosis de los orificios cervicales externos e internos con la formación de pseudoquistes y picocérnix.



No. 4
Microfotografía para ilustrar el carcinoma In Situ del cérvix. Se observa integridad total de la capa basal.

DISCUSION ANATOMAPATOLOGICA

*Dr. Michel Kourie

Descripción macroscópica del espécimen:

Consistía de un útero extirpado totalmente, acompañado de ambos anexos, el cuello mostraba una dilatación globuliforme pseudoquística de 9 cms. en su diámetro mayor, al corte se observó que tanto el orificio externo del cérvix como el interno lucían totalmente estenosados. En la cavidad pseudoquística se encontró una moderada cantidad de secreciones que después de limpiadas permitieron observar una superficie mucosa engrosada granulosa e irregular. El cuerpo uterino, las trompas y los ovarios no presentaban alteraciones macroscópicas.

Después de mostrar las vistas correspondientes a la macroscopía anteriormente señalada, ¿podemos, desde el punto de vista macroscópico tratar de establecer un diagnóstico? ¿Por qué ese cuello fue deformado patológicamente de esa manera? Obviamente esa señora sufrió el estenosamiento del orificio interno después de la menopausia, ya que no vemos hematocolpus.

Resultados Microscópicos:

Las secciones del cuello uterino mostraron que la cavidad pseudoquística estaba constituida por tejidos fibrosados con un infiltrado inflamatorio a células redondas, eso es lo que constituía esa gruesa pared que se observaba. El epitelio de revestimiento endocervical mostraba metaplasia escamosa y sus células exhibían pérdida de la polaridad, atipismo marcado y numerosas mitosis atípicas, altamente dispuestas. La lesión se extendía a lo largo de todo el canal endocervical en este caso dilatado,

COMENTARIOS

Primeramente diremos que el examen citopatológico practicado a la paciente resultó negativo, lo cual es explicable si se toma en consideración que la marcada estenosis del orificio externo y la naturaleza purulenta de la secreción impidieron probablemente que la desca-

(*) Profesor de Patología, Escuela de Medicina, UNPHU.

mación celular del carcinoma se exteriorizara. La estenosis se completó totalmente con el progreso de la enfermedad hasta el punto de que el orificio externo no fue sondeable al estudio macroscópico.

Los carcinomas in situ del cuello uterino generalmente se inician en la unión del epitelio escamoso con el endocervical, el canal endocervical muestra con frecuencia participación en el proceso, encontrándose de acuerdo a Overs y Bonters en el 77.3% de sus casos y a Richardson en el 71%. Esta continuidad del proceso es debido a la extensión directa o a la presencia de lesiones multifocales tal como establecen Marcusi y Retif. En nuestro caso, un carcinoma in situ que se extendió a toda la mucosa endocervical y a los orificios internos y externos.

La dilatación mecánica que se produjo en el cuello era probablemente tapizada a medida que se iba formando el carcinoma in situ, el tejido cervical subyacente a esta lesión presentaba fibrosis y un marcado infiltrado inflamatorio a células redondas; resulta difícil de establecer retrospectivamente si la estenosis de ambos orificios cervicales fue consecuencia directa del carcinoma o si esta lesión combinada con el proceso inflamatorio fibrótico fueron la causante de esa alteración patológica. Este hecho podría explicarse si se toma en cuenta la evolución lenta de los carcinomas in situ hasta su transformación en carcinoma invasivo que para Novak sería de 6 meses a varios años.

La estrechez del orificio cervical interno se ve generalmente por cicatrices post-traumáticas por secuelas de procesos inflamatorios y más raramente por atresia congénita.

En caso de mujeres no menopáusicas que presenten oclusión del orificio externo o interno, y en la estenosis del canal endocervical se producirá retención de flujo menstrual y restos endometriales, formándose un hematometra o un piometra; en ocasiones estas alteraciones se producen después de la aplicación intrauterina de radium o por la presencia de una neoplasia. En nuestro caso, caprichosamente se obliteraron los dos orificios cervicales, no formándose un piometra, sino en su lugar un piocérvix.

Comenta el Dr. Terrero: Como sabemos, el carcinoma del cuello uterino es el más frecuente de todos los tumores del aparato genital femenino; la frecuencia de muerte por carcinoma del cuello uterino es de 10 por cada 100 mil casos. Estudios por grupos nos han revelado datos que ofrecen una mayor incidencia del carcinoma del cuello uterino cuando las relaciones sexuales se han iniciado entre los 15 y 20 años, especialmente si la mujer ha tenido relaciones con hombres diferentes.

Ciertos tipos de parasitosis como la tricomoniasis podrían contribuir, según algunos autores, al desarrollo de este cáncer; así como también ciertos virus, tal como el herpes simple tipo II.

También factores sociales y étnicos influyen en la incidencia de este carcinoma in situ del cuello; por

ejemplo, las mujeres de raza judía tienen un muy bajo porcentaje de frecuencia, sin embargo uno muy alto, lo tienen las puertorriqueñas. Hay así mismo mayor porcentaje en la negra americana que en la blanca.

Parece ser que factores económicos y sociales influyen, al igual que los raciales, en la aparición del carcinoma del cérvix.