

LA CITOLOGIA EXFOLIATIVA. SU UTILIDAD CLINICA EN GINECOLOGIA

- * Dr. Domingo E. Peña Nina
 ** Dr. Leocadio Peña
 *** Dra. Micaela Mir
 *** Dra. Fe María de Jesús

INTRODUCCION:

El estudio de la citología exfoliativa, cuyo origen se remonta al siglo pasado, sigue siendo en la actualidad un método diagnóstico de gran importancia, cuya práctica es rutinaria en todo el mundo. Su uso en años recientes se ha extendido desde el estudio de secreciones uterinas y vaginales a muchos flúidos del cuerpo como son la orina, secreciones prostáticas, semen, esputo, jugo gástrico, duodenal y rectal; y al material obtenido por aspiraciones y lavados como: pleural, peritoneal, exudado pericárdico, secreción de mamas y de otras cavidades del cuerpo. Cabe señalarse sin embargo que el órgano en el cual el progreso actual ha permitido acumular mayores experiencias es el útero, en su porción cervical, y ésto debido, a más de la gran difusión y práctica del método, a la posibilidad de correlacionar los resultados citológicos con los histopatológicos, por la facilidad de practicar biopsias y conización cervicales.

Con la idea de establecer nuestra propia experiencia y demostrar la utilidad de la técnica en nuestro medio, decidimos estudiar 500 casos de manera prospectiva, complementando los hallazgos microscópicos con los datos clínicos recogidos en el momento de la toma de la muestra.

Estamos conscientes de que nuestra casuística es pobre, si se la compara con las enormes cifras publicadas por otros autores,¹⁻² sin embargo, ello no le resta valía, puesto que los resultados obtenidos son representativos de lo que ocurre en nuestro medio y en muchos aspectos comparables con las series publicadas por otros investigadores.^{3,1,4}

Al igual que en otros países con similares condiciones de pobreza y limitaciones culturales en la mayor parte de su población, en el nuestro, el cáncer cervicouterino es un problema de salud pública, ya que ocupa el primer lugar entre todos los cánceres, y su diagnóstico cuando es aún intraepitelial, constituye la preocupación principal de la oncología ginecológica, dado que su radical curación sólo se logra cuando el padecimiento se encuentra en este estadio de su evolución,^{5,6,7}. Ello nos motiva a reflexionar sobre si hemos logrado sistematizar los mecanismos que aseguren controles citológicos periódicos

en toda mujer que tenga facilidad de asistir a centros hospitalarios públicos y privados, pero sobre todo en aquellas que viven alejadas de las grandes ciudades y rara vez salen de sus pequeñas comunidades, donde solo existe un centro de salud rural a cargo de un médico recién egresado.

MATERIAL Y METODO

En el presente trabajo se valoran los resultados de 500 citologías cervicovaginales de mujeres examinadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Rafael J. Mañón S., del I.D.S.S., en San Cristóbal, entre Octubre de 1981 y Mayo de 1982.

Los extendidos celulares fueron tomados por el personal médico del servicio; se fijaron con atomizador y fueron teñidos con técnica de Papanicolaou. El diagnóstico citológico fue hecho por el patólogo del hospital.

Las citologías se reportaron de acuerdo con la clasificación de Papanicolaou y se señalaron los casos en que se encontraron en el extendido otras anomalías, como presencia de tricomonas, monilias, flora mixta, parásitos y otros.

Se obtuvieron datos referentes al lugar de origen, edad, gestaciones, paridad, abortos previos y existencia o no de embarazo al momento de la toma de la muestra.

Las técnicas de diagnóstico empleadas durante el embarazo fueron similares a las llevadas a cabo en la paciente no embarazada, puesto que la evaluación de la citología cérvico-vaginal de la embarazada es tan confiable como la efectuada en la no embarazada.

A un porcentaje considerable de las pacientes se le practicó biopsia cervical, pero su análisis será objeto de otra publicación.

RESULTADOS

De las 500 pacientes, 295 (59 o/o) son originarias de San Cristóbal, el lugar de origen de las restantes varían en proporción, pero existe un claro predominio de las provincias sureñas, lo cual se explica porque nuestro hospital es de concentración regional (Cuadro 1). La mayoría se encontraba entre los 20-29 años de edad, según se aprecia en el Cuadro 2.

El Cuadro 3 nos revela los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes. Es de notar que solo 18 (3.6 o/o) eran nuligestas y entre las restantes, 171 (34.2 o/o) tenían más de 5 embarazos; 50 (10 o/o) manifestaron haber tenido 3 o más abortos; 30 (6.0 o/o) habían sufrido operación cesárea.

Un total de 94 pacientes (18.8 o/o) cursaban con emba-

* Jefe de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Rafael J. Mañón S., I.D.S.S., San Cristóbal.

** Médico Patólogo del mismo Hospital. Profesor Adjunto de Patología de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

*** Médicos Residentes del Hospital Dr. Rafael J. Mañón I.D.S.S., San Cristóbal.

razo al momento de la toma de la muestra.

El estudio microscópico evidenció 4 citologías clase III (0.8 o/o), entre éstas se confirmó la presencia de

CUADRO I

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES

ORIGEN	No.	o/o
San Cristóbal	295	59.0
Baní	46	9.2
San José de Ocoa	33	6.6
San Juan de la Maguana	14	2.8
Santo Domingo	13	2.6
Barahona	13	2.6
Azua	10	2.0
Santiago	9	1.8
Haina	8	1.6
Bonao	7	1.4
San Pedro de Macorís	6	1.2
Puerto Plata	5	1.0
Otras 23 Localidades	40	8.2
TOTAL	500	100 o/o

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR EDAD

EDAD	No.	o/o
<15	—	—
15-19	13	2.6
20-29	179	35.8
30-39	166	33.2
>40	142	28.4
TOTAL	500	100 o/o

carcinoma cervicouterino por biopsia cervical horaria en 2 casos, uno de ellos micro-invasor; los otros 2 casos fueron clasificados como inflamatorios severos, pero revertieron después de recibir tratamiento (Cuadro 6); 460 (92 o/o) fueron reportadas clase II y 36 (7.2 o/o) clase I (Cuadro 5).

En 413 casos (82.6 o/o) no se reportó ningún hallaz-

go de importancia, en 69 (13.8 o/o) se observó presencia de tricomonas y en 4 (0.8 o/o) de monilias. En 14 (2.8 o/o)

CUADRO No.3

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

	0	1-2	3-5	>5	TOTAL
Gestaciones	18-3.6o/o	152-30.4o/o	159-31.8o/o	171-34.2o/o	500-100 o/o
Paridad	74-14.8o/o	146-29.2o/o	145-29.0o/o	135-27.0o/o	500-100 o/o
Cesáreas	470-94 o/o	26-5.2 o/o	4-0.8 o/o	— —	500-100 o/o
Abortos	323-64.6o/o	127-25.4o/o	46-9.2 o/o	4-0.8 o/o	500-100 o/o

CUADRO No.4

RELACION CON LA PRESENCIA DE EMBARAZO AL MOMENTO DE LA TOMA DE LA MUESTRA.

	No.	o/o
Papanicolaou en pacientes embarazadas.	94	18.8 o/o
Papanicolaou en pacientes no embarazadas.	406	81.2 o/o

CUADRO No.5

CLASIFICACION CITOLOGICA

Papanicolaou Clase	No.	o/o
I	36	7.2
II	460	92
III	4	0.8
IV	—	—
V	—	—

se apreció flora mixta. Debe señalarse que la casi totalidad de casos con presencia de tricomonas corresponde a tomas efectuadas entre los meses de marzo a mayo.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El análisis de los cuadros de antecedentes gineco-obstétricos es revelador de nuestro retraso socio-cultural. Un

34 o/o de la población estudiada tiene 5 o más embarazos y en un 10 o/o se encuentra historia de 3 o más abortos. Estos datos resultan más deprimentes si consideramos el hecho de que se trata de pacientes derecho-habientes del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, lo que implica que son obreras o empleadas o bien esposas de obreros o empleados, personas con un trabajo fijo,

CUADRO No. 6

HALLAZGOS

	No.	o/o
Ninguno	413	82.6
Tricómonas	69	13.8
Monillas	4	0.8
Flora Mixta	14	2.8
Parásitos y Otros	0	0

generadores de dinero, y por consiguiente, gente relativamente privilegiada en nuestro medio. Ello nos induce a pensar que en la población que acude a hospitales públicos o de beneficencia, la situación es mucho más crítica aún, de ahí que nuestra primera conclusión es que se hace necesario establecer programas de cultura médica elemental dirigidos principalmente a nuestras mujeres, que parecen aún muy rezagadas de lo que son hoy dogmas obstétricos universales, y aprovechar para ello los medios masivos de comunicación que nos permitan llegar, sobre todo, a aquellas que viven alejadas de poblaciones importantes.

Al analizar los reportes de las citologías vaginales encontramos 4 casos señalados como sospechosos, pero la comparación con los diagnósticos histológicos revela que entre estos 4 casos había 2 negativos y 2 que fueron confirmados como positivos, uno como carcinoma in situ, el otro como carcinoma microinvasor, lo que establece en nuestra casuística una frecuencia de positividad real de 2 por 500, ésto es el 0.4 o/o.

La frecuencia de detección del cáncer cervicouterino por citología vaginal en la población general reportada por otros autores, varía de 46 a 59.2 por 100,000 para el cáncer in situ, y para el cáncer invasor se sitúa entre 15.3 a 44.9 por 100,000^{1,4,6}; en cambio en nuestra casuística los equivalentes son de 200 por 100,000 para cada uno de estos tipos de cánceres, en igual proporción, ésto es, descartando los 2 casos falsos positivos.

No observamos correlación entre positividad y sintomatología ginecológica, por lo cual establecemos que el hallazgo de cáncer no depende de la existencia de sinto-

matología orientadora, sino de la técnica en sus diferentes etapas.

Las diferentes estadísticas de los últimos años muestran que progresivamente se van detectando más cánceres in situ que invasores, debido al aumento de la frecuencia del empleo de los métodos de diagnóstico. En nuestro estudio el porcentaje fue el mismo, pero pensamos que lo que no permitió establecer esta diferencia fue lo reducido de nuestra muestra.

El antecedente de gran multiparidad y abortos previos, aunado a un inicio temprano de la vida sexual en la mayoría de los casos, observados en nuestro grupo, en comparación con el elevado índice encontrado por nosotros, parece seguir apoyando la importancia clínica atribuida a estos datos desde hace muchos años.

En el frotis cérvico-vaginal de la embarazada se vió que las displasias, leves o moderadas no presentan gran variación después del parto; en cambio se afirma que las atipias severas persisten después del mismo, y ello puede comprobarse por evaluación histopatológica de biopsia o cono.⁸

La incidencia de tricomoniasis encontrada es alta, pero no nos atrevemos a afirmar que este porcentaje sea absoluto, ya que la frecuencia de esta parasitosis parece ser cíclica en nuestro medio, incrementándose durante las temporadas de calor y lluvia, y nuestro estudio no abarcó un período de 12 meses; cerrando nuestra tabulación en los meses de más alta incidencia. De haber añadido al estudio los casos recogidos durante los meses inmediatos, la incidencia se hubiera incrementado sensiblemente. Esto nos traduce dos situaciones: realza, de un lado, nuestra pobreza higiénica, y de otro, nuestra pobreza cultural, pues resulta evidente que el padecimiento se prolonga y los casos aumentan, debido a la negativa del hombre dominicano a recibir tratamiento para un mal que no le da ninguna molestia, y él no tiene certeza de poseer.

La frecuencia de monilias (0.8 o/o) y flora mixta (2.8 o/o) la consideramos baja, para lo que estamos acostumbrados a observar en nuestro trabajo diario, y curiosamente, la presencia de parásitos, que no es cosa rara en nuestro medio, no se observa en esta serie.

A la luz de nuestros hallazgos, quedaría por dilucidar cuál es el tiempo recomendable para efectuar los controles periódicos de citología vaginal. Tenemos conocimiento de que algunos hospitales norteamericanos han adoptado como norma la realización de la prueba cada 4 años, basándose en la larga evolutividad atribuida a los procesos inflamatorios para degenerar en carcinoma in situ. Esto fue motivo de discusión en una mesa redonda durante el X Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología efectuado en nuestro país en Octubre de 1981, concluyéndose que en nuestros países por las deficiencias higiénicas, gran multiparidad y traumatismos cervicales de otro origen, además del inicio de la vida sexual tempranamente, ese tiempo es excesivo, fijándose en 2 años el período considerado equitativo para realizar los controles.

Nosotros, conocedores de la psicología de nuestras mujeres, somos más cautelosos aún y vemos con temor la difu-

sión de ese tipo de proposiciones, porque de ellas podría derivarse el que nuestras mujeres pierdan interés por la prueba, por crearla fuera de vigencia o ya carente de importancia. Por ello seguimos considerando que debe insistirse en que toda mujer se realice una citología vaginal anualmente, quizás de ese modo logremos que lo hagan cada 2 años; además no hay que olvidar que esa es la única ocasión en que la mujer asintomática acude al médico, brindándole además la oportunidad de descubrir enfermedades sistémicas desconocidas para ella como la hipertensión, diabetes y otras más.

RESUMEN

De Octubre de 1981 a Mayo de 1982 se estudiaron 500 citologías cervicovaginales en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Rafael J. Mañón S., del IDSS, en San Cristóbal.

Se reportaron 4 estudios sospechosos, de los cuales 2 tuvieron confirmación histopatológica, encontrándose un carcinoma cervicouterino in situ y un carcinoma microinvasor. 460 (92 o/o) citologías fueron reportadas clase II y 36 (7.2 o/o) clase I.

La presencia de sintomatología orientadora no nos brindó ninguna ayuda para el diagnóstico.

Aunque la incidencia de tricomoniasis fue alta, 69 (13.8 o/o), hubiera sido mayor si nuestro estudio se hubiera prolongado, pues suspendimos la tabulación durante el período de mayor incidencia, lo que hace pensar que esta parasitosis aumenta durante las temporadas de calor y lluvia.

La presencia de monilias sólo se observó en 4 casos (0.

8 o/o) y de flora mixta en 14 (2.8 o/o), porcentajes que consideramos muy bajos.

Curiosamente no encontramos parásitos en ninguno de los casos de nuestra serie.

Consideramos que debe seguirse propugnando por la toma anual del estudio, pues si recomendamos mayor espaciamiento, corremos el riesgo de que las pacientes pierdan confianza en el método, considerando que el mismo carece de vigencia y utilidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Arizaga Cruz, J. M.; Cigala Cano, J. L.; García González, J.; Avalos Castro, E.; Mendoza C. E.: Resultados del programa detección oportuna de cáncer cérvico uterino durante el año de 1973. *Ginec. Obstet. Mex.* 38: 139, 1975.
- 2.— Arizaga, C.: Revisión de 8,678 citologías cervico-vaginales. Correlación y discrepancias con el estudio histopatológico. *Ginec. Obstet. Mex.* 27: 539, 1970.
- 3.— Aguirre, F.: Detección citológica del cáncer del cervix uterino. *Ginec. Obstet. Mex.* 29:431, 1971.
- 4.— Martínez A., F. O.; Casanova, N.; Manzanilla, S. R.; Drusso Vera, G; Correlación clínica, citológica e histopatológica en cáncer cérvico-uterino. *Ginec. Obstet. Mex.* 42: 21, 1977.
- 5.— Kurihara, S.: The relationship of cervical dysplasia to both in situ and invasive carcinoma of the uterine cervix: our findings through the follow — up study. *Int. J. Obst. Gynec.* 8:118, 1970.
- 6.— Puente, V. H.; Reyna Hinojosa, R.; Hinojosa, G. S.; González, R.; De Alba López, E.: Carcinoma microinvasor del cervix y embarazo. *Ginec. Obstet. Mex.* 42: 61, 1977.
- 7.— Torres Ramírez, A.; Alvarez Fuertes, G; Arias Hueta, J.: Carcinoma intraepitelial cérvico-uterino. *Ginec. Obstet. Mex.* 38: 375, 1975.
- 8.— Kaplan, L. A.; Kauffman, H. F.: Diagnosis and management of dysplasia and carcinoma in situ of the cervix in pregnancy. *Clin. Obstet. Gynec.* 10: 871, 1967.