

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a crown on top, flanked by two lions. Below the shield is a banner with the motto "PLVS IN VTRAQVE". The outer ring of the seal contains the Latin text "ACADEMIA CAROLINA CONSPICUA GUATEMALENSIS INTER ORES PLVS IN VTRAQVE".

**LESIONES BENIGNAS
DEL CERVIX**

(REVISION - ANALISIS DE 595 CASOS EN LA SECCION DE GINECOLOGIA DEL
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS" DEL 1o. DE ENERO DE 1960 AL
31 DE DICIEMBRE DE 1970).

JAIME RENE FRANCO SAMAYOA

Guatemala, Noviembre de 1974.

PLAN DE TESIS

- D) INTRODUCCION
- II) CONSIDERACIONES GENERALES (II)
 - A) Anatomía Cervical (VI)
 - B) Historia, Definición é Incidencia (V)
 - C) Observaciones en la Literatura Mundial (IV)
 - D) Patología (IV)
 - a) Agentes Etiológicos
 - b) Sintomatología y formas Clínicas
 - E) Diagnóstico
 - a) Clínico (Hallasgos Macroscópicos
 - b) Algunas Técnicas Especializadas pa
el Diagnóstico.
 - c) Laboratorio y Anatomía Patológica (Ci
tología, Histología)
 - F) Evolución y Pronóstico, Mortalidad

G) Algunas complicaciones de las Lesiones Cervicales .

H) Tratamiento.

III) MATERIAL Y METODOS

IV) RESULTADOS Y COMENTARIOS

V) CONCLUSIONES

VI) RECOMENDACIONES

VII) BIBLIOGRAFIA

I. "INTRODUCCION"

"Embriológicamente el Utero proviene de la porción caudal funcionada de los Conductos de Muller."

Quando los dos conductos de Muller se desarrollan uno junto a otro, sin comunicación entre sí, da origen a lesiones o trastornos congénitos, como sería la formación de dos cuellos y dos cuerpos uterinos. (Utero Doble).

Hemos iniciado así al presente trabajo, para presentar como válido que las Lesiones Benignas del Cervix, se inician con malformaciones congénitas que pueden ser bien establecidas en las primeras 10 semanas de vida; cuando el producto gestacional tiene un promedio de longitud de 40mm.

Fue en el año de 1943, cuando Papanicolau y Traut, introdujeron en Medicina Clínica la técnica de Microbiopsias, que son muestras celulares y; mediante las cuales la Citopatología como la Histología, evidencian procesos sanos y patológicos, facilitando con ello un mejor control, una mayor interpretación, un Diagnóstico preciso, y; por lo tanto poder sacar una situación avante en un caso dado.

De acuerdo a la evolución ya experimentada en el campo de la Ginecología creemos que es menester

considerar las probabilidades que tiene la mujer de experimentar lesiones cervicales, y; específicamente investigar la posible participación de lesiones benignas en el cuello uterino. Si bien es cierto que el cáncer cervical, ocupa el segundo lugar de todos los tumores malignos en la mujer; también es cierto que hay entidades que producen lesiones profundas, sangrantes, fungosas, vegetantes, con producción de algún exudado y por demás benigna; sometiendo a la mujer innecesariamente a tratamientos mutilantes, a consecuencia de un mal Diagnóstico Clínico, así como el uso deficiente de métodos Diagnósticos.

Por todo lo anteriormente expuesto, es nuestro interés hacer una recopilación de datos y experiencias en cuanto a las Lesiones Benignas del Cervix; diagnosticadas mediante las técnicas de Papanicolaou y Biopsias Cervicales, las que son definitivamente dos métodos valiosos e imprescindibles para el diagnóstico de las entidades patológicas cervicales; es necesario reconocer que la valoración Citopatológica y el Diagnóstico preciso son difíciles y complejos; requieren estudio y experiencia, de tal manera que el ginecólogo y el patólogo juntos, deben brindar un esfuerzo común para la comprensión completa de la paciente como un todo.

La Sintomatología como se verá al revisar el presente trabajo es muy variada y en muchas oportunidades la lesión se descubre accidentalmente.

Para la presente revisión, recurro a los

libros de control de pacientes llevados en los servicios de la sección de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios", haciendo una Revisión-Análisis, durante el período comprendido del 1.º de Enero de 1960 al 31 de Diciembre de 1970. Asimismo, se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de cáncer cervical, y por demás se revisaron los expedientes de tumores malignos en la mujer; también se revisaron las entidades que producen lesiones profundas, sangrantes, fungosas, vegetantes, con producción de algún exudado y por demás benignas en el cuello uterino, para establecer la importancia de la lesión en la mujer innecesariamente sometida a tratamientos mutilantes a consecuencia de un mal Diagnóstico Clínico, así como el uso deficiente de métodos Diagnósticos.

Por todo lo anteriormente expuesto, es nuestro interés hacer una recopilación de datos y experiencias en cuanto a las Lesiones Benignas del Cervix; diagnosticadas mediante las técnicas de Papanicolaou y Biopsias Cervicales, las que son definitivamente dos métodos valiosos e imprescindibles para el diagnóstico de las entidades patológicas cervicales; es necesario reconocer que la valoración Citopatológica y el Diagnóstico preciso son difíciles y complejos; requieren estudio y experiencia, de tal manera que el ginecólogo y el patólogo juntos, deben brindar un esfuerzo común para la comprensión completa de la paciente como un todo.

La Sintomatología como se verá al revisar el presente trabajo es muy variada y en muchas oportunidades la lesión se descubre accidentalmente.

Para la presente revisión, recurro a los

II. CONSIDERACIONES GENERALES.

A) Anatomía Cervical:

El cervix uterino tiene forma de barril y mide de 2.5 cm. a 3.5 cm. de arriba abajo 7/

Una mitad se proyecta dentro de la vagina (poro vaginalis), en tanto que la otra queda arriba de su unión vaginal (cervix supravaginal).

La porción vaginal está cubierta por epitelio es camoso (continuación de la vagina) en tanto, que la porción supravaginal se encuentra rodeada por fascia pelviana, excepto en su cara posterior, cubierta por el peritoneo del fondo de saco de Douglas. Un canal en forma de huso, dispuesto centralmente, conecta la cavidad uterina con la vagina. 10/

La porción superior del cuello está compuesta principalmente por musculatura involuntaria, y muchas de las fibras se continúan con las del cuerpo.

La mitad inferior tiene una delgada capa muscular periférica (el músculo cervical externo), pero la totalidad está enteramente compuesta de tejido fibroso y colágeno. 7/

La membrana mucosa que tapiza el canal (endocervix) se extiende en repliegues que forman las pal

redes anteriores y posteriores de las cuales se irradian, a modo de circunferencias, otros repliegues que le dan la apariencia de un tronco de árbol con sus ramas: de aquí el nombre de arbor vitae. Lo anterior es más obvio en la mujer joven virgen.

Desde el punto de vista histológico, el endocervix difiere considerablemente del endometrio. Esta recubierto por una simple capa de epitelio columnar alto, cuyas células son ciliadas en la superficie y en los repliegues pero no en las criptas y glándulas. Debajo de este se encuentra una capa de células "basales" o de "reserva", también cúbicas y de las cuales se cree que se desarrollan nuevas capas, que puedan sufrir metaplasia escamosa.

El epitelio superficial se profundiza para formar complicadas glándulas que invaden el tejido fibromuscular, donde descansan sobre un estroma más fibroso y denso que la del endometrio. El epitelio de estas glándulas es más alto que el de las glándulas endometriales, y el nucleo se halla siempre en posición basal. Los acinos secretan un moco alcalino; gel rico en proteína y fructuosa, teniendo esta última una acción nutritiva para los espermatozoides. 7/

Las propiedades físicas y químicas del moco cervical varían con la época del ciclo menstrual y con el embarazo. Este en una parte forma un tapón cervical, el cual se dice tiene propiedades bacteriolíticas: previniendo la invasión de bacterias vaginales a la cavidad uterina.

El parto vaginal produce lesiones cervicales benignas como son desgarros con consecuentes averciones cervicales.

La irrigación uterina esta dada por la rama descendente de la uterina (rama de la iliaca Interna) y por la rama circular (arteria circular del cuello) que también es rama de la uterina; de esta arteria circular del cuello se originan las arterias ácigos, anterior y posterior que irrigan la vagina. Las venas del cuello como sucede en todos los órganos de la economía acompañan normalmente a las arterias y tienen el mismo nombre.

El drenaje linfático del cuello se desliza por los ligamentos anchos y utero sacros y en el tejido celular situado debajo de éstos, hacia los ganglios iliacos internos y externos, obturadores y sacros. Hay un plexo de vasos linfáticos y rara vez un ganglio en el ligamento ancho, al lado del cuello. Los ganglios hipogástricos e iliacos se comunican con aquellos que estan alrededor de los vasos ilíacos comunes y finalmente con los grupos paraaorticos.

La inervación en general para los órganos pelvianos estan abastecidos mediante el plexo de Lee-Frankenhauser. 7/

B) Historia:

El desarrollo del estudio de las lesiones benignas del cervix, ha venido evolucionando a medida que

la histología como ciencia se ha desarrollado.

Prácticamente desde que el joven anatómico francés Brichat (1771-1802) clasificó en base a sus estudios de diversos componentes del cuerpo. El descubrimiento y empleo del microscopio, tiempo más tarde dió otros impulsos más en este desarrollo.

Cuando se logró la integración de la histología con otras ciencias como la Fisiología. La Bioquímica y en especial la patología, se llegó a comprender mejor a los procesos y lesiones que daban lugar a alteraciones en los diferentes órganos de nuestro organismo.

Sin embargo persistían dudas bastantes obscuras respecto a entidades como neplasias del cuerpo uterino y otras partes de la economía humana.

No fue sino hasta que George Papanicolau reveló su método diagnóstico citológico, descrito inicialmente en 1928 y que llegó a convertirse en método diagnóstico firme en 1943 cuando aplicando este método ampliamente al aparato genital femenino, sobre todo para descubrir carcinoma del cuello y endometrio, que se sentaron bases sólidas para diagnosticar con un margen de seguridad bastante aceptable, la diferenciación celular de las lesiones malignas del cervix.

11/

Definición:

Podremos definir a las lesiones benignas del

cervix como aquellas que se localizan al nivel del cuello uterino, que pueden ser causadas por diferentes factores precipitantes, que tienen diferente sintomatología y evolución, pero que por regla general se comportan histológicamente dentro de los márgenes de benignidad.

Incidencia:

Según Novak, O. Kasser, Robbins y otros autores, las lesiones cervicales benignas suelen aparecer en pacientes de edad sexualmente maduras y a ancianas con más preferencia, siendo sus porcentajes de incidencia variables de acuerdo al tipo de lesión que se estudie.

Mencionaremos a continuación algunos porcentajes de lesiones benignas del cervix que nos parecen importantes mencionar. Así encontraremos que la Cervicitis como sinonimia de cambios de inflamación cervical se presentan en un 50-60 % de las pacientes 9/; las lesiones polipoides del 2-5 % 10/; los deagartos cervicales en mayor o menor grado en toda mujer que ha tenido partos vía vaginal 14/. Entre otras, también se mencionan lesiones que son raramente observables como, la Tuberculosis cervical, endometriosis y anomalías congénitas.

C) Observaciones en la Literatura Mundial:

Para poder clasificar las lesiones benignas del cervix, nos pareció adecuado revisar diversos auto

tores habiendose logrado recopilar el siguiente cuadro

LESIONES BENIGNAS DEL CERVIX:

- I. Anomalías Congénitas
- II. Inflammatorias
 - 1. Agudas
 - a) Cervicitis
 - 2. Crónica
 - b) Traumatismos:
 - i. Agentes Causticos
 - ii. Causas fisiológicas (Parto-coito)
 - iii. Cambios Medicamentosos (mecánicos)
 - iv. Manipulaciones ginecológicas etc.
- c) Protozoarios:
 - i. Tricomona
 - ii. Ameba Histolitica
 - iii. Verrisella
- d) Bacterianas:
 - i. Lesiones granulomato

- ii. Hemophilus Ducrey (chancro Blando)
 - iii. Gram Positivos: (Etrepto- Estafilocos)
 - iv. Gram Negativos: (Gonococo)
 - v. Calymmatobacterium granulomatis (Granuloma Inguinal)
 - vii. Corynebacterium Diphtheriae
- e) Virales: Herpes
 - f) Hongos: Candida Albicans (monilia)
 - g) Parásitos: (nematodos)
 - i. enterovirus vermicularis
 - ii. Trichuris Trichuras
- III. Tumoraciones:
 - a. Hipertrofia "congénita"- cuello tapiroide
 - b. Hematocervix asociado con atresia
 - c. Hipertrofia o elongación del cervix
 - d. Congestión y edema cervical secundario
 - prolapso
 - Embarazo
 - Cervicitis
 - e. Adenomatosis
 - f. leiomiomas submucosos prolapso por cervix.
 - g. Polipo Cervical

- h. Angioma Cervical
- i. Papiloma Cervical
- j. Condilomatosis
- k. Embarazo Cervical
- l. Endometriosis Cervical
- m. Quistes
 - Quiste simple
 - Quiste de Naboth
- n. Mucóceles

Se reporta en la literatura Mundial una serie de lesiones benignas del cervix, por diferentes autores refiriéndose a pacientes comprendidas entre la primera y segunda década, las cuales se encuentran resumidas en la siguiente tabla:

Autor	Año	Edad	Tipo de Tumor
Tilleaux	1887	13 - 19 a	Mioma
Whitehouse	1935	1 - 7/12a	Polipo
James	1951	3 a.	Tumor Polipoide benigno.
Craig	1959	recién nacida	Papiloma o tumor-Polipoide
Selzer y Nelson	1962	3a.	Papiloma o pólipo-
Nelson Huffman	1970	6a.	Papiloma

Tomado de (5)

Nos merece comentario que las lesiones en estas pacientes son inminentemente tumoraciones; sin embargo hay que tomar en cuenta que en México han sido reportados casos de amebiasis vaginal en pacientes comprendidas en la primera década de la vida.

Llama la atención que la sintomatología básica de estas pacientes es un flujo vaginal mate sin embargo James Selzer y Nelson han encontrado un flujo sanguinolento.

En 1887 Tollaux descubrió un mioma cervical que fue extirpado en una paciente de 19 años. Sin embargo se señala que dicha paciente presentaba sin tomatología desde los 13 años.

Se menciona además; que en 1942 Leopold encontró una serie de Miomas en varias niñas sin embargo no hay mayor referencia 5/.

En contraposición a lo anterior Geiger en 1936 e Israel en 1940 en sus revisiones sobre pólipos cervicales no encontraron ninguna neoplasia de este tipo en pacientes menores de 20 años 5/

D) Patología:

1. Agentes Etiológicos:

En la vagina de la mujer existe una serie de microorganismos que forman parte de la "flora normal" de la misma. Dichos microorganismos por factores desconocidos son capaces de reaccionar con

tra los tejidos adyacentes provocando procesos inflamatorios y lesiones que también afectan el cuello uterino.

También suelen llegar a la vagina, germen que aunque no forman parte de dicha "flora normal"; se comportan patológicamente y son capaces de provocar efectos similares.

Mencionaremos a continuación algunos germen y factores (entre los más importantes) que provocan patología cervical:

A) Bacterianas:

- i. **Gonococos (Neisseria Gonorrhoeae):** El gonococo ataca las mucosas del tracto genito-urinario, produciendo supuración aguda. En la mujer, la infección se disemina desde la uretra a la vagina y al cervix, dando lugar a un exudado mucopurulento, de aquí puede diseminarse a resto de útero y cavidad pélvica. 6/
- ii. **Estafilococo:** Existen varias cepas: suele producir lesiones de tipo furúnculo u abscesos localizados. La supuración focal es muy característica. 6/
- iii. **Estreptococos:** El germen aparece en la vagina poco después del nacimiento, son frecuentes las cepas B, F, G, 80% son enterococcos.

cocos. Suelen producir leucorreas.

iv. Hemophilus Vaginalis: Se atribuye a este germen una parte de las vaginitis inespecíficas de etiología desconocida hasta ahora. Provoca lesiones de tipo inflamatorio. 10/

Corynebacterias: Se encuentran en un 20% como corynebacterium pseudodiphtheriae. Se describe un flujo resistente por esta especie. 6/

Bacilo de Koch: Las lesiones del cuello, por él son raras, no se presentan síntomas típicos pudiendo localizarse lesiones de tipo granulomatoso.

Treponema Palidum: Presente en chancreos del cuello o desgarros cervicales afectados, la sintomatología es mínima en la primera infección, se ve esclerosis inicial. En el estadio secundario papulas exudativas ricas en treponema.

B. Protozoos:

I. Tricomonas: Se caracteriza por un exudado espumoso amarillento de olor fétido produce inflamación de tejidos 9/

II. Amebas: Pueden causar lesiones bastante

severas sumamente difícil su diagnóstico cuando no se piensa en la entidad, debido a su acción proteolítica-necrotizante.

Se confunde con el cáncer del Cervix; se han reportado casos en pacientes que se les ha efectuado histerectomía con diagnóstico de cáncer del Cervix y el diagnóstico final es amebiasis cervical.

C. Hongos:

I. Moniliasis (Candida Albicans): se caracteriza por un tipo de exudado mantecoso o grumoso que tiene olor algo dulce 2/. Después de Tricomonas es el agente más frecuente productor de flujo. 9/

D. Virales:

I. Herpes Simple: que afecta el cuello con vesículas

E. Parásitos:

I. Enterobius Vermicularis

II. Shistosoma Haematobium. Sus larvas, o huevos causan pequeños focos inflamatorios.

F. Traumáticos:

Como agentes cáusticos, parto, coito, irrita

ciones medicamentosas son capaces de producir lesiones alterando el Ph. vaginal y por irritación química.

G. Metabólicos y Funcionales:

Como en el caso de Diabetes que predisponen a que se desarrollen infecciones.

2. Sintomatología y formas Clínicas:

Los síntomas de las lesiones benignas del cervix; de acuerdo al tipo o clase de lesión, presentan diversas sintomatologías.

Según Benson, entre ellas tenemos:

- a. Leucorreas: Se presenta como un síntoma principal, ya que se han reportado un 30% de pacientes que consultan por dicho síntoma. El flujo puede ser blanco o amarillo y a veces sanguinolenta de consistencia fluida o mucoide.
- b. Esterilidad: El moco cervical espeso, viscoso, ácido y cargado de pus, es agresivo al esperma e impide la fecundación.
- c. Dorsalgia: La linfagitis de las estructuras utero sacras causa dolor, que generalmente es referido al sacro.

d. Dolor Hipogástrico:

e. Dispaurenias:

f. Dismenorreas:

Estos síntomas obedecen frecuentemente a congestión pélvica y parametritis.

g. Hemorragias y Metrorragias: La hipermia del cervix infectado produce una superficie fácilmente sangrante. En casos de Pólipos o miomas es referido post coito.

h. Aborto: La Cervicitis suele dar lugar a amnioititis y placentitis que conducen al aborto durante el 1er. trimestre.

i. Disuria, Poliurquiuria y micción imperativa: Causadas como consecuencia de una uretritis posterior.

j. Distocias cervicales: La fibrosis y estenosis cervicales pueden ser causa de una infección crónica del cuello.

k. Asintomáticas: Una gran parte de pacientes se le descubren accidentalmente las lesiones por exámenes ginecológicos de rutina.

E. Diagnóstico:

1. Clínicos: (Hallazgos Macroscópicos)

Los hallazgos macroscópicos, generalmente - dependen del tipo de lesión y grado de la misma a que se refiera.

Iniciaremos una breve descripción de los hallazgos más imperantes de acuerdo a la lesión.

Cervicitis:

En las agudas, la paciente suele tener presencia de un flujo vaginal que va del amarillo verdoso al blanco simple o en grumoso.

El cuello Uterino, y; ocasionalmente la vagina se encuentran agudamente inflamados, se hallan hinchados, edematosos y de un color rojo. A menudo puede observarse una erosión, aunque esta pudo haber estado presente antes de que se instalase el proceso inflamatorio.

En la Crónica el aspecto macroscópico de la Cervicitis crónica es el resultado de un balance entre destrucción-reparación, predominando usualmente ésta última. A la inspección el cuello uterino puede encontrarse hipertrofiado, presentando laceraciones solas, bilaterales o múltiples, hay Hiperemia; y, en ausencia de erosión, él área que rodea el orifi-

cio tiene un color púrpura oscuro; si se compara con el color de la vagina.

Existe a veces interferencia con la movilidad - y ligero dolor al movimiento; encontrándose los ligamentos Sacro-Uterinos engrosados, nodulares y doloroso; en estados tardías puede encontrarse estenosis del cuello.

Rasgaduras:

En el cuello, el orificio externo tiene un aspecto muy variable. En la mujer multipara es una pequeña abertura oval regular; tiene la consistencia del cartílago nasal. Después del parto el orificio sufre convirtiéndolo en una hendidura transversal, que divide el cuello en dos labios, posteriores y anteriores. Se ha sufrido desgarramiento profundo, puede tener aspecto irregular, nodular o estrellado. Estas alteraciones generalmente pueden acompañarse de infecciones sobre agregadas, y; tener erosión inflamaciones o eversión é incluso hipertrofia. 14/

Pólipos:

Suele observarse, naciendo del conducto endocervical, el color gris pálido; por examen externo del cuello se manifiestan poco o nada. Varían desde prolongaciones pequeñas, hemisféricas y sésiles - de varios mm. de diámetro o son grandes masas pedunculadas que cuelgan del orificio externo, con longitudes de 4 a 5 cms.; a veces suele observarse dilata-

ciones del cuello uterino y cuando presentan erosión superficial o hemorragia su color cambia de gris a cianótico azul.;

Papilomas:

Suelen observarse en el cuello como un tumor benigno vellosos; y a veces también como una tumeración similar o una coliflor; generalmente solitarios; pero a veces hay dos o tres.

Ectropión:

El Epitelio del Cuello, aparece a simple vista de un color rojo vivo con delimitación estricta, respecto del epitelio plano rosado. Se puede apreciar también una fina granulación.

La cuantía del Ectropión va desde un estrecho ribete alrededor del orificio uterino externo, hasta la cobertura de toda la superficie. El ectropión es generalmente circular, pero; puede tener una extensión variable en ambos labios del orificio externo; siendo su extensión mayor en dirección de las 12 y 6 horas de la esfera del reloj. 8/

Lesiones Herpéticas:

Suele ser muy común, pero pocas veces se observa bajo la forma de vesícula pequeña con contenido claro o bien; bajo la forma de erupciones superficiales.

Eversión:

Son consecuencia de desgarros profundos bilaterales 10/; se observa como una protusión por el canal endocervical; de abundante tejido glandular. 14/

Quistes de Naboth:

Son dilataciones de tipo quístico por retención que se observan en el cuello, de diferentes tamaños; los que pueden ser transparentes cuando contienen moco claro o; vejigas blanquecinas ópacas las que contienen pus viscoso. 10/

Granulomas:

Se observan raramente; como un crecimiento exuberante muy similar al del cáncer en coliflor, por lo que puede ser o plantear conflicto Dx... 10/

Condiloma Acuminado:

Es hallazgo raro; suele confundirse con el papiloma, debido a que su apariencia es similar.

Endometriosis:

Se observan como pequeñas masas, como pequeños quistes con una cubierta hemorrágica; adherida al cuello; en especial, localizada a nivel de cicatrices o rasgaduras. 10/

Hipertrofia del Cuello:

Se observa enormemente alargado el cuello, y puede observarse sin prolapso; incluso en mutíparas, al parecer; como proceso congénito. 10/

Miomas Subcervicos Pediculados:

2. Algunas Técnicas Especializadas Para El Diagnóstico:

a. Evaluación Directa:

Es la más simple y sencilla, mediante el uso de espéculo bivalvo que permita la observación directa y macroscópica del cervix.

b. Técnicas de coloración:

- i. Prueba de Shiller: Introducida por Walter Shiller cuyo trabajo "Aplicación de yodo y raspado de la porción vaginal del cuello" en 1929, En el que comprobó que mientras en el epitelio escamoso normal existían grandes cantidades de glúcogeno, este brillaba por su ausencia en los carcinomas escamosos tempranos del cuello uterino. El autor comprobó que una solución acuosa de yodo débil teñía el glúco

geno existente en el epitelio cervical normal de color pardo caoba - mientras que las zonas afectadas de carcinoma quedaban totalmente sin teñir. Recomendó Shiller que las zonas no teñidas fueran raspadas y se el tejido se examinara en busca de células neoplásicas. 13/

- ii. Azul de Toluidina: Se basa en el mismo principio de la prueba de Shiller, solo que el método de tinción es el azul de Toluidina.

c. Papanicolau:

La introducción de la citología exfoliativa ha conastituido un método "preciso" para estudiar mujeres asintomáticas que permite hacer el diagnóstico de benignidad o malignidad largo tiempo antes que aparezcan síntomas importantes. Se basa en el estudio de las células exfoliadas del epitelio cervical, en un frote que es sometido a un sistema de tinción y luego examinado microscópicamente.

Este método tiene la ventaja de ser inocuo, barato, rapido y con un índice bastante aceptable de seguridad. 13/

d. Biopsia Cervical: 13/

Consiste en la toma de fragmentos de tejido cervical, para su estudio histológico. Existen varios métodos para la toma de biopsia cervical, exponemos a continuación un cuadro sobre dichos métodos y sus índices de Exactitud.

Método de Biopsia	Índice de error (negativas falsas) (%)	Promedio %
"Ciega" en los 4 cuadrantes	24. 12. 33. 26. 14	22
En diferentes lugares, cortes múltiples.	6. 8. 6.	6.6
Dirigida de Shiller, cortes múltiples con raspado endocervical	3.1	3.1

Tomado de 13/

Según Stalf, la Biopsia dirigida de Shiller, ob tiene un índice de exactitud sumamente alto equiparable al que brinda la conización cervical.

e. Conización Cervical:

Es un método reservado para investigar los casos raros o poco usuales. En tales casos se incluyen las pacientes en quienes no pudo confirmarse por frote o biopsia el diagnóstico citológico reiterado de anaplasia o aquellas en quienes no fue posible descartar un carcinoma oculto invasor. 13/

f. Colposcopia:

Fue ideada por Hinselmann en 1925. La colposcopia se ocupa de las alteraciones de la red vascular terminal del cuello uterino que refleja los cambios metabólicos y bioquímicos de los tejidos. Se realiza con el colposcopio, instrumento que permite observar el cuello con luz de aumento.

Los datos colposcópicos se dividen en benignos y sospechosos. 13/

Datos Benignos

1. Epitelio Plano
2. Ectopía
3. Zona de transformación
4. Cambios Inflamatorios

Datos Sospechosos

1. Leucoplasia
2. Punteado
3. Punteado Papilar
4. Mosaico
5. Zona de transformación atípica

Es de hacer notar que los estudios indican que la colposcopia muestran un índice mayor de positivos falsos que la citología. 13/

g. Colpomicroscopia:

El colpomicroscopio proporciona una amplificación mayor que el coloscopio. Puede observarse la Histología superficial del epitelio cervical, previamente teñido de hematoxilina de Meyer o Azul de Toluidina. Como este campo de visión es limitado y la profundidad de foco relativa, el método resulta complicado y no tan popular que pueda emplearse sistemáticamente. 13/

3. Laboratorios:

a. El Gram:

Es un método de coloración basado en la respuesta o propiedad tintorial de las bacterias. Basados en esta respuesta se dividen las bacterias en Grampositivas y Gramnegativas. 4/

b. Cultivos:

El cultivo es un método mediante el cual se promueve el crecimiento de los micro

organismos proporcionándoles el ambiente adecuado: Nutrientes, PH, Temperatura - y aeración. 4/

De esta forma puede identificarse gran variedad de germenés..

c. Auxiliares:

Nos referimos aquí a la serie de laboratorios que nos orientan sobre el estado general y funcionamiento del organismo; así por ej: Hematología, Heces, Orina, VDRL, Glicemia etc.

Anatomía Patológica:

Describiremos aquí, brevemente, los hallazgos citológicos e Histológicos de las lesiones benignas del cervix más importantes:

Cervicitis:

En la aguda: Intensa infiltración de polimorfonucleares a nivel de la mucosa y tejido subyacente, hiperemia y un edema más o menos intenso. Los conductos glandulares pueden estar dilatados por un exudado que contiene gran número de leucocitos muertos, células epiteliales descamadas y moco. 11/

En el frote puede observarse alteraciones como aumento de células parabasales, las superficia

les sufren necrosis, el endocervix, sufre un aumento de las células endocervicales, y sus nucleos.

En la Crónica: Según Fluhan muestran una reacción intensa inflamatoria que se extiende por debajo del epitelio escamoso siguiendo el trayecto de los vasos linfáticos y a lo largo de las glándulas del cuello Uterino. Nidos de leucocitos o folículos linfoides se ven en las capas inmediatamente cerca de la mucosa y aunque estas células a menudo se ven en cuello uterino normal, son especialmente abundantes en procesos crónicos del cuello uterino.

Existe proliferación del tejido conectivo el cual hace que se produzca hipertrofia del cuello uterino.

En las células parabasales suele observarse Metaplasia escamosa, y pueden adquirir formas bizarras.

Se han descrito varias condiciones histológicas asociadas a la cervicitis crónica, tales como la hiperplasia basal del epitelio escamoso, la hiperplasia de células basales en el endocervix, y la metaplasia escamosa del epitelio de la mucosa endocervical.

Polipo Cervical:

La estructura histológica del polipo cervical -

es, en general, la misma que la de la mucosa en donde se origina. Suele verse microscópicamente una cubierta epitelial formada por una sola capa de células, cilíndricas, muy altas, características del endocervix normal. Los polipos pueden manifestar metaplasia escamosa y su extremidad puede ulcerarse por la congestión vascular.

Tricomoniasis:

Kolstad y su grupo, usando la colposcopia, han confirmado la existencia de un patrón celular específico en el epitelio escamoso del cuello uterino por la infestación de tricomonas. Dicho autor describe "capilares en cresta de gallo". Otros fenómenos observados son: eosinofilia marcada en todas las células de todas las capas, halos perinucleares, citolisis excesiva y aumento de células parabasales.

Candida Albicans: (monilia)

En la mayoría de los casos no hay cambios significativos en los patrones celulares en el frote exceptuando la presencia del hongo.

Infecciones a Cocos:

Los cambios producidos por los cocos en las células escamosas no son específicos. Histológicamente puede haber destrucción considerable de la mucosa endocervical y menos frecuentemente del epite

lio escamoso del exocervix. Citológicamente, los cambios inflamatorios agudos dentro del canal endocervical pueden producir aumento celular marcado y prominencia nuclear. (SNT)

Herpes Simple :

En los estudios tempranos de la enfermedad - hay moderado o marcado aumento del tamaño del núcleo y de la célula, acompañando a homogenización opaca y basofila del contenido nuclear y pueden observarse inclusiones intranucleares.

Cervicitis Tuberculosa:

El aspecto microscópico es el mismo que presenta la tuberculosis en otras localizaciones.

Condiloma Acuminado y Papiloma:

Anatómicamente es difícil hacer una distinción entre ambas lesiones. Consisten en masas papilares cubiertas por epitelio columnar endocervical o bien extracervical escamoso. La porción central - compuesta por áreas de tejido mixomatoso y otras de un tejido fibroso denso. (SNT)

DISPLASIA EPITELIAL CERVICAL.

Definición:

Se define como cualquier disturbio de diferenciación celular observado en el epitelio escamoso y cilíndrico de superficie; cilíndrico glandular o ambos.

El término Displasia describe una apariencia - histológica.

Sinonimia:

Disqueratosis, Hiperplasia, atípica, Hiperplasia, Epitelial atípica, Atípica Benigna, Atípica simple epitelial, Epitelio Irregular atípico, Metaplasia escamosa atípica, anaplasia intraepitelial disociada, Hiperplasia o hiperactividad de células basales, Discariosis, Leucohiperqueratosis o Leucoparaqueratosis, Anaplasia celular, subcilíndrica, inestabilidad epitelial, células espinosas atípicas, lesiones atípicas - mayores, anomalías Epiteliales.

Según Kess: Una célula DISPLASICA se define como una "célula con nucleos anormal pero con un citoplasma normalmente "diferenciado".

Según Hertig: "Displasia es igual a disturbio - del crecimiento".

Según Richat: "En sentido estricto Displasia - significa trastorno del desarrollo".

Hemos querido dejar la lesión (Displasia) únicamente circunscrita en el capítulo de Cito-Histopatología, ya que creemos que su diagnóstico es enteramente a través de este método; es por ello repito que se cubrirá totalmente dentro de este capítulo.

DISPLASIA EPITELIAL.

La Displasia Epitelial del cuello uterino es una de las condiciones clínicas más fascinantes de la patología del cuello uterino, por múltiples razones. Una de ellas es que ha sido designada con diferentes nombres por múltiples investigadores; es interesante además, debido a la controversia existente en las diferentes series informadas en la literatura mundial acerca del curso clínico de la misma; y por último debido a que se desconoce el agente o agentes etiológicos que desencadenan la misma en la mujer; así como el papel que desempeña la misma en el caso del cuello uterino.

Con el correr del tiempo la Displasia Epitelial tiene diferente y variada sinonimia; en la actualidad el término Displasia se usa de acuerdo a lo expuesto por el Comité de Citología Exfoliativa, reunido en el 1er. Congreso celebrado en Viena en 1961.

Desde el punto de vista etiológico; las causas que producen la Displasia se divide en: Origen exógeno

no y de origen Endógeno.

Entre las Displasias de origen existe un sin número de trabajos experimentales entre las cuales es digno de mencionar el de Baten y asociados, quienes produjeron Displasia en ratones después de la inyección semanal de tricomonas vaginalis. En el humano la demostración de lo anterior es sumamente difícil por varias razones, entre ellas y talvés la más importante es que existe un sin número de cepas y no puede atribuírsele a una cepa en particular ser la responsable de la Displasia. Sin embargo existen estudios-trabajos de Reagan y Richat en que atribuyen la Displasia ligera a la tricomona vaginalis, fundándose en la desaparición de la lesión después de haber controlado el proceso infeccioso.

Se han observado cambios diaplásicos cervicales (epitelio del cuello) en humanos en quienes se ha cauterizado con nitrato de plata, aplicación tópica de podofilina y cauterización eléctrica del cuello. De esta manera se le atribuye también a las lesiones traumáticas del cuello incluyendo las lesiones producidas por un parto eutósico simple. Tal es el caso que Richat examinó con colpomicroscopía a una serie de mujeres después del parto, habiendo encontrado erosiones, laceraciones y ulceraciones superficiales, más numerosas en el labio anterior, sitio donde la Displasia es más frecuente. también se menciona a la radiación como agente causal, siendo el estudio de Meyer y Okayaki en 1972 favorable en cuanto

to a la idea a que nos referimos. También se ha descrito Displasia asociada con la administración de agentes alquilantes entre ellos el Busulfan, y por último está con interrogación la Displasia producida por virus. Dicha lesión se conoce desde el punto de vista cito o histológico como verruga atípica de Stewart o atipia colicitótica de Koos,; Macroscópicamente tiene características a la verruga vulgaris de la piel.

La edad promedio de aparecimiento de esta lesión es según a la serie de Wentz y Hamonie (1961-casos) así:

RAZA	EDAD PROMEDIO
Negra	30 años
Caucásica	38.3 años

Reagan efectuó un estudio en cuanto a mujer embarazada y mujer no embarazada demostrando los siguientes porcentajes:

EMBARAZO	% DE DISPLASIA EPITELIAL
Ausente	1.2 a 3.27
Presente	6 a 30 años

De acuerdo con Reagan, Kaplan y Kaufman, el 50% de las Displasias observadas en el embarazo desaparecen después del parto.

La distribución anatómica de la Displasia según Richat (por colpomicroscopía)

LOCALIZACION	PORCENTAJE
Labio anterior	26%
labio posterior	17%
Ambos labios	22%

La Displasia generalmente cursa asintomática.

La evolución de la misma puede ilustrarse con el trabajo de PECKHAMAN en 1957 en donde se resume un estudio de 489 pacientes con diagnóstico de Displasia.

EVOLUCION	PORCENTAJE
Regresaron a normalidad	40.5%
Progresión a Ca.	10.5%

De manera comparativa se esquematiza la localización expresada en porcentaje en el estudio de Richat (Colpomicroscopía) en relación a in situ

LOCALIZACION	PORCENTAJE
Labio anterior	33%
Labio Posterior	11%
Ambos	46%

A MANERA DE ILUSTRACION, ESQUEMATIZAMOS LAS SIGUIENTES EXPERIENCIAS REFERIDAS EN LA LITERATURA MUNDIAL A TRAVES DE DIFERENTES AUTORES EN LO REFERENTE A DISPLASIA EN CUANTO A DESTINO O CURSO

AUTOR	AÑO	# de casos	Progresión a Ca In situ	Regresión	Estacionaria
Creeme Peckham y Col.	1955	142	10.0 %	37.0 %	53.0 %
Galvin y Col.	1957	489	10.7 %	40.5 %	48.8 %
Mckay et al.	1958	191	65.0 %	20.2 %	
Johnson Et al.	1959	243	32.5 %	47.0 %	
Douckherty y Col.	1960	119	1.1 %		
Scott y Col	1961	293	3.0 %	50.0 %	
Lambert y Cd.	1962	416	4.5 %	80.7 %	
Jordan y Col.	1963	108	5.8 %	48.9 %	
Potten y Col.	1964	104	1.7 %	60.0 %	
	1966	364	12.0 %		
			7.5 %		

Solo las lesiones clasificadas como Displasia severa progresaron a Ca in Situ

Estudios con citología más biopsia o Conización.

F) Evolución, Pronóstico y Mortalidad:

a. Evolución:

En las lesiones benignas del Cervix es generalmente satisfactoria, sin embargo esta va a depender del buen diagnóstico de las mismas, del Tratamiento específico como de sus posibles complicaciones.

b. Pronóstico:

La evolución de las lesiones benignas generalmente son satisfactorias y va a depender del buen diagnóstico tipo de lesión y esquemas de tratamiento.

Según Robbins, las neoplasias benignas pueden causar enfermedad clínica importante e incluso muerte, por virtud de:

- a- Aparición en sitios estratégicos
- b- Producción o trastornos hormonales
- c- Complicaciones sobre añadidas de la índole de hemorragia, tumoral o ulceración de la superficie, suprayacente con infección secundaria.

c. Mortalidad:

En la revisión de nuestra literatura no encontramos reportados índices de mortalidad por le

siones benignas del cervix.

G) Algunas complicaciones de las lesiones Cervicales:

Entre las más importantes encontramos:

a. Incompetencia del cuello uterino: Que puede ser congénito la mayoría de los casos son secundarios a traumas cervicales o intervenciones quirúrgicas del cuello uterino.

b. Problemas Infecciosos:

Que se adquieren por diseminación de los procesos, ya sea por vía de continuidad, vía linfática o vía hematógena, provocando invasión a cavidad pélvica y creando procesos como salpingitis, abscesos tubo-ovaricos etc.

c. Esterilidad:

Secundarios a problemas infecciosos o a oclusión parcial o total de la vía de entrada del espermatozoide, así como cambios del PH vaginal

d. Crecimiento exagerado de tumoraciones cervicales:

Como sucede en el caso de miomas y polipos cervicales.

e. Las leucorreas persistentes; que son causa de cervicitis crónicas persistentes y rebeldes.

f. Degeneración Maligna, no podemos descartar la posibilidad de un proceso que puede iniciarse en un momento en forma benigna. Actualmente se piensa que muchas lesiones benignas del cervix pueden ser causas indirectas de cáncer cervical.

H) Tratamiento:

En la elección del tratamiento adecuado para las lesiones benignas del Cervix hay que tener en cuenta la edad de la paciente, deseos de embarazo, paridad, severidad de la lesión y presencia de complicaciones. 9/ 2/

a. Cervicitis:

i. Agudas: En el tratamiento de la cervicitis agudas se aconseja tratar las infecciones precipitantes con antibióticos adecuados. Se deben evitar maniobras instrumentales y tópicas antes de la menstruación por peligro a deseminaciones altas. Su pronóstico es excelente si se cuenta con el diagnóstico preciso, por medio frotis y cultivo de muestras. 9/ 2/

ii. Crónica: Debe intentarse el tratamiento médico si la paciente está en edad reproductora. La cervicitis leves generalmente responden al uso de duchas ácidas o cremas vaginales.

En las cervicitis moderada se puede cauterizar el endo y actocervix con solución de Nitrato de Plata al 5% o con solución de hidroxido de sodio al 2%, si el caso es más severo, se puede coadyuvar con dietil Estil Bestrol 0.1 mg P.O y Sulfisoxazol 0.5 gr. por 15 días por vía oral.

Las cervicitis crónicas profundas e hipertróficas se pueden cauterizar con el galvano cauterio o por diatermia coagulante ligeramente con toques radiales. 9/ 2/

Antes de tratar una cervicitis quirúrgicamente, es preciso considerar el objetivo que se persigue, la posibilidad de sangrado postoperatorio, de infección-estenosis, o esterilidad y sus consecuencias para el parto vaginal de embarazos futuros. ()

Tratamientos para germen es específicos:

Tricomonas:

Se trata con Metronidazol 250 mg tres veces al día por diez días. Recomendando prescribir una serie similar de tratamiento al compañero sexual, algunos autores aconsejan el uso de preservativos durante el tratamiento y duchas vaginales. 9/

Moniliasis:

Puede tratarse con un fungicida tipo Nistatina en dosis de 500,000 unidades tres veces al día, junto

con un supositorio vaginal de 100,000 unidades cada noche por 10 diez días. 9/ otros autores recomiendan el uso de solución acuosa de violeta de genciana - que también es efectiva, sin embargo ésta puede producir vaginitis clínica si las aplicaciones son muy frecuentes, 9/

Hemophilus Vaginalis:

Pueden usarse sulfas del tipo Sulfatiazol, sulfacetamida y benzilsulfamida en forma de crema vaginal, 1 aplicación diaria por dos semanas. 9/

Bacterianas Mixtas:

Pueden usarse cremas trisulfadas.

Tratamientos de tumoraciones:

La mayoría de tratamientos de masas cervicales son de tipo quirúrgicos, sin embargo dependerá - de la edad, paridad, pronóstico de la lesión el decidir dicha conducta.

Polipos:

Si son únicos y bien pediculado puede resecarse por el método de torción, o bien se puede usar escisión con bisturí o electrocirugía de alta frecuencia. Si el polipo es grande y su pedículo no es muy visible o son múltiples se requiere la hospitalización para dilatación y legrado. Hay que enviar sus restos a

patología. La degeneración maligna es rara pero - su recidivas son bastantes comunes. 10/ 9/

Mioma Cervical:

Si es un mioma pediculado torsionado amerita intervención quirúrgica de urgencia. Los miomas - cervicales deben extirparse cuando sean mayores de 3-4 cm. Medidas quirúrgicas se conocen la miomectomía, histerectomía total - la histerectomía - será evaluada muy concientemente en cuanto a edad de la paciente. 10/. Se describe que el mioma si es pediculado basta con torcionarlo y extraerlo sin embargo algunos indican que el riesgo de infección agregada es alto.

Papilomatosis:

Se describen y conocen varios métodos de tratarlos, entre ellos el más popular ha sido la aplicación de podofilina al 25% en varias sesiones, o también el uso de Nitrógeno líquido, y también la cauterización siendo esta la más utilizada a nivel del cuello.

Las lesiones traumáticas:

Los desgarres y eversions secundarias suelen solo obedecer a tratamiento quirúrgico a nivel del cuello, las lesiones de tipo ulcerativo por prolapsos - en general se resuelven con histeréctomías vaginales.

Las lesiones raras como T.B. genital, o lesiones causadas por trastornos metabólicos funcionales como hipoprogesteronismo o diabetes se tratan y mejoran al curar la causa fundamental.

Haremos una breve mención de los procedimientos quirúrgicos que se conocen a nivel de cuello:

1. Traquelerrafia: reparación cervical, entre ellas las siguientes:

- a) Traquelerrafia unilateral de Sanger
- b) Traquelerrafia bilateral de Emmet
- c) Traquelerrafia de Sturmderf

2. Conizaciones Cervicales

3. Obliteración Cervical

4. Dilatación y Curetaje

5. Escisión de Miomas

6. Cauterización

III. MATERIAL Y METODOS

Se revisó un período de diez años del 1er. de Enero de 1960 al 31 de Diciembre de 1970, seleccionando a pacientes que Macroscópicamente tenían lesión en el cervix, que ingresaron con impresión clínica de padecer lesión benigna del cuello y las que se deseaban descartar o confirmar malignidad, habiendo sido estudiadas y corroboradas por métodos como Papanicolaou, Biopsia Cervical y Anatomía Patológica.

Se encontraron un total de 595 casos que llenan estos requisitos.

Para conseguir estos objetivos se recurrió a los libros de Control del Departamento de Ginecología (secciones A y B) del Hospital General San Juan de Dios y también a la revisión de papeletas archivadas en dicha institución de las pacientes bajo estudio.

Se contó además con la revisión bibliográfica de textos de Ginecología, Patología, Obstetricia, y otros más así como artículos de revistas especializadas bajo la colaboración de la Biblioteca del Hospital General San Juan de Dios y la de la Facultad de Ciencias Médicas.

Nos permitimos hacer el presente estudio analizando los siguientes parámetros:

1. Edad
2. Paridad
3. Estado Civil
4. Ocupación
5. Residencia
6. Menarquía
7. Menopausia
8. Motivo de Consulta
9. Resultados de Patología
10. Tx. efectuados.

IV. RESULTADOS Y COMENTARIOS

Fueron analizados un total de 595 casos en que aparecían como diagnóstico una y en ocasiones más lesiones Benignas del Cervix con comprobación ya sea por papanicolau, biopsia y Anatomía Patológica.

Inicialmente hacemos una descripción y ligero análisis de cada uno de los parámetros en nuestro estudio, en general, para observar porcentajes y relación así como incidencias de patología cervical en un grupo de mujeres de nuestro país que ya mencionamos.

CUADRO No. 1
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

EDAD DE LAS PACIENTES EN RELACION A LESIONES BENIGNAS DEL CERVIX		
EDAD	CASOS	PORCENTAJE
De 10 a 20 años	20	3.36%
De 21 a 30 años	129	21.6
De 31 a 40 años	203	34.1
De 41 a 50 años	165	27.7
De 51 a más ...	78	13.2
Totales:	595	100.0%

Comentario:

De acuerdo a diferentes reportes la edad de las pacientes con lesiones benignas del cervix es entre la tercera y quinta década de la vida con mayor frecuencia.

De acuerdo a este informe se considera que el grupo más afectado es de la Tercera a Cuarta década de la vida (34.1%)

Paciente de Mayor edad 85 años, paciente de menor edad 16 años

CUADRO No. 2
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

PARIDAD DE LAS PACIENTES EN RELACION A LESIONES BENIGNAS DEL CERVIX

HIJOS	CASOS	PORCENTAJE
Cero	30	5.1%
De 1 a 2	114	19.2%
De 3 a 4	105	17.6%
De 5 a 6	110	18.5%
De más de 6	221	37.1%
No reportados	15	2.5%
TOTAL.	595	100.0

Comentario:

Como ya expusimos las pacientes con hijos tienen índice alto de lesiones del cuello por ejemplo las rasgaduras.

En nuestro estudio como podrá notarse las pacientes con más paridad son las más afectadas por las lesiones del Cervix (37.1%)

CUADRO No. 3
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES EN RELACION A LESIONES BENIGNAS DEL CERVIX

ESTADO CIVIL	CASOS	PORCENTAJE
Casadas	280	47.1%
Unidas	158	26.6
Solteras	80	13.4
Viudas	42	7.1
No reportadas	35	5.8
Totales	595	100.0

Comentario:

En nuestra revisión de autores se pudo notar que el factor relación sexual era factor de precipi

tante de lesión cervical. Como puede notarse en el 47.1 y 26.6% de nuestras pacientes puede aducirse la relación sexual activa (casadas y unidas), y es también de hacer notar que entre las solteras y viudas habían antecedentes de paridad.

CUADRO No. 4
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

OFICIO O OCUPACION DE LAS PACIENTES EN RELACION A LESIONES BENIGNAS DEL CERVIX		
OCUPACION	CASOS	PORCENTAJE
Domésticos	478	80.3%
Profesionales	86	14.4
No reportados	31	5.3
Totales:	595	100.0

Comentario:

Datos que no pueden tomarse como significativos en vista que debido a la condición cultural y económica de nuestro país, nuestras pacientes son de un nivel socio-económico y educacional, y probablemente por ello nuestra gran mayoría se dedica a los oficios del hogar (80.3%).

CUADRO No. 5
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL DE GUATEMALA S.J.D.

LUGAR DE RESIDENCIA DE PACIENTES EN RELACION A LESIONES BENIGNAS DEL CERVIX		
RESIDENCIA	CASOS	PORCENTAJE
Urbanas	364	61.0%
Rural	166	28.0
No Reportados	65	11.0
Totales:	595	100.0

Comentario:

Tampoco los consideramos datos muy significativos en vista que nuestro hospital es de región urbana los resultados favorables (61.0%) eran de esperarse. Otro factor contribuyente sería que por la benignidad y facilidad de mayoría de terapéutica de la lesión benigna, las pacientes rurales rara vez pudieron necesitar de centro especializado, pudiendo bien ser atendidas en hospitales rurales de sus afeciones.

CUADRO No. 6
 SECCION DE GINECOLOGIA
 HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

MENARQUIA DE PACIENTES EN RELACION A
 LESIONES BENIGNAS DEL CERVIX

Menarquia-Edad	Casos	Porcentaje
De 10 a 12 años	94	15.7
De 13 a 15 años	328	55.1
De 16 a 18 años	54	8.8
No Reportados	119	20.0
Totales:	595	100.0 aprox.

CUADRO No. 7
 SECCION DE GINECOLOGIA
 HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

MENOPAUSIA EN PACIENTES EN RELACION
 A LESIONES BENIGNAS DEL CERVIX

Menopausia	Casos	Porcentaje
Con Menopausia	142	23.7%
Sin menopausia	318	66.3%
No Reportados	135	10.0%
Totales:	595	

Comentario:

Consideramos que tanto la menarquia como la menopausia pueden ser admitidos en el mismo comentario en vista de tener íntima relación. En la menarquia podemos observar que nuestras pacientes se aproximan en su gran mayoría (55.1%) a la edad promedio de inicio de actividad hormonal normal, de acuerdo con estudios al respecto, y en la Menopausia la mayoría de nuestras pacientes aún menstruaban (66.3%) es decir conservaban su sistema hormonal activo, cosa que concuerda con el cuadro de edad (No. 1) en el que las pacientes son por lo general menores de 40 años. (Edad promedio para menopausia)

CUADRO No. 8
SECCION DE GINECOLOGIA
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

MOTIVO DE CONSULTA EN RELACION A
LAS LESIONES BENIGNAS DEL CERVIX

Motivo de Consulta	Casos
Hemorragias vaginales	218
Dolor Hipogástrico o Genital	144
Dolor y Hemorragia Asociados	60
Leucorreas	162
Protusión de Masa Vaginal	96
Dispaurenia	60
Problemas de micción u orina	14
Asintomática	22
Abortos a repetición	4
Falta de Menarquia	1

Comentario:

Los datos obtenidos en nuestro grupo estudiado coinciden en los que describe Benson, más de la mitad de nuestros pacientes consultaron por la tríada Hemorragia, Dolor hipogástrico u su asociación, consideramos este hecho importante considerando que es la molestia más insoportable para la paciente y que le hace consultar, mientras que probablemente de no ocurrir las mismas no lo harían.

Resultados de Patología:

A continuación se describirán los resultados obtenidos en Papanicolau, Biopsias, y Cambios Celulares observados.

a) Resultados en el Papanicolau:

Moniliasis	5
Tricomoniiasis	90
Inflamaciones (en gral)	91
Displasias:	
Ligera	18
Moderada	6
Severas	3
Negativo o normal;	88
No hay exámenes	290

b) Resultados en la Biopsia

Inflamación:

Severa	6
Aguda	10
Crónica	32
Moderada	2

Cervicitis:

Crónica	302
Aguda	33
Severa	4

b) Resultados en la Biopsia

Erosiva	28
Aguda y Crónica	3
Crónica y Glandular	43
Crónica quística	2
Crónica Pseudopoliposal	
Papilar	5
Displasia:	
Leve	5
Moderada	4
Severa	3
Metaplasias:	41
Hiperplasias:	24
Leucoplasias:	6
Tejido de Granulación	3
Tejido Necrótico	8
Papiloma	4
Normal	8
Insatisfactorios	7
Atípicas	8
Carcinoma	5

c) Resultados en Anatomía Patológica:

Cervicitis:	
Crónica	102
Agudas	8
Aguda y Crónica	1
Crónica Glandular	23
Crónica quística	9
Glandular quística	2
Erosiva	9
Metaplasia:	24
Epidermización	5
Hiperplasia	13
Leucoplasia	5
Cornificación	2
Inflamación:	
Aguda	11
Crónica	10
Proliferación glandular	4
Hiperqueratosis	5
Fibrosis	2
Necrosis	5
Quistes de Naboth	23
Polipo Adenomatoso	10
Polipo con Necrosis Acidofila	1
Polipo con Necrosis Purulenta	7
Carcinoma Escamoso	5

CUADRO No. 9
 SECCION DE GINECOLOGIA
 HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"

Patología encontrada y comprobada por métodos cito- Histo patológicos	
Cervicitis :(en general)	288
Asociada a Prolapso Ut.	36
Lesiones Traumáticas:	
Rasgaduras:	35
Rasgaduras Bilaterales:	17
Rasgaduras con Ectropión:	6
Hipertrofia del Cervix:	13
Neoplasias Benignas	
Miomas Cervicales:	8
Papiloma	1
Quistes de Naboth	13
Polipos	82
Granulomas	1
Endometriosis	1
Estenosis	2
Eversión	5
Anomalia Congenita	
Agenesia	1

Comentario: Como podrá notarse la patología cervical encontrada en nuestro estudio son comparativas

con las encontradas en la revisión de literatura mundial, siendo el hallazgo más constante las cervicitis. Según Novak, Benson, Robins su incidencia en sus observaciones oscila entre el 40 al 50%, nuestro hallazgo es similar.

TECNICAS QUIRURGICAS Y TRATAMIENTOS.

Histerectomía Abdominal	108
Histerectomía Vaginal	62
Escisión de Pólipos	64
Dickinson	16
Manchester	8
Stundorff	19
Traquelorrafía	25
Escisión de Miomas	6
Dilatación y curetaje	20
Cauterizaciones de cuello	51
Conizaciones	22
Shirodka	3
Tratamientos Médicos	51
Egresos con cita por C. Externa	35

A manera de ilustración u comparación, reproducimos a continuación los resultados obtenidos en un estudio anterior efectuado del 1ero. de Enero de 1950 al 31 de Diciembre 1960, en la sección de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios; mismo lugar donde se efectuó el estudio que hoy presentamos.

Patología Encontrada	Estudio Anterior		Estudio Actual	
	No. casos	%	No. casos	%
Cervicitis (en general)	804	52.10	324	54.45
Lesiones Traumáticas	425	27.55	58	9.74
Hipertrofia del Cervix	28	1.81	13	2.18
Neoplasia Benignas	267	17.32	104	17.48
Lesiones Granulomatosas	5	0.31	1	0.17
Estenosis	12	0.78	2	0.34
Eversión	---	-----	5	0.84
Anomalía Congénita	2	0.12	1	0.17

En lo referente al estudio anterior, se revisaron 13208 casos; encontrando 1543 casos de patología cervical benigna.

En nuestro estudio desarrollado arriba, faltan indicar los pacientes que fueron hallazgos directamente de anatomía patológica.

V. CONCLUSIONES

1. La Patología Cervical en términos globales tiene de a ser más benigna que maligna sin embargo hay que tomar en cuenta que mucho diagnóstico se efectúa accidentalmente ya que en buena cantidad de pacientes no se hacen manifiestos sin tomas que les haga acudir tempranamente con el especialista.
2. La Cito-Histopatología es el mejor instrumento para el diagnóstico definitivo de las lesiones cervicales; a pesar del margen de error que también posee. Nunca conformarse con Dx. macroscópico.
3. La Colpomicroscopía asociada a Biopsia Cervical es el método más indicado; sin embargo no se le puede utilizar sistemáticamente.
4. El tratamiento ideal de la diferente patología dependerá del buen diagnóstico clínico-patológico.
5. La progresión de Displasia de un grado a otro más alto es constante y no guarda relación con la edad.
6. De acuerdo a los estudios realizados el porcentaje es mayor de Displasia que tenga una Fase de Regresión que el porcentaje de Progresión

- a una clase dada más alta; sin embargo no es muy concluyente.
7. En la paciente embarazada son más altas las incidencias de lesiones cervicales; especialmente la Displasia; sin embargo en el 50% regresan a la normalidad después del parto.
 8. Tenemos que las lesiones benignas pueden convertirse en malignidad, el caso de Displasia puede progresar de ligera a moderada-severa a Ca in Situ-Ca invasivo.
 9. Para las lesiones benignas cervicales, hay infinidad de agentes etiológicos atribuible a varios fenómenos; sin embargo no todos están totalmente delucidados.
 10. No en todas las lesiones cervicales se puede predecir el curso que tendrá dicha lesión en una paciente determinada.
 11. De acuerdo a nuestro estudio las pacientes que se ven más afectadas son las comprobadas entre la tercera y cuarta década de la vida; sin embargo no esta exenta de ellas las primeras dos décadas.
 12. La paridad en alguna forma tiene que ver con este tipo de lesiones; ya que el mayor porcentaje de Petes. afectas están comprendidas en aquellas mujeres con más de 6 embarazos, (el 37.1% de nuestro estudio).

13. La vida sexual activa esta relacionada directamente con el tipo de lesión cervical; es decir que la relación sexual puede considerársele en un momento dado y en condiciones muy especiales como un factor desencadenante. Caso interesante el de las mujeres solteras incluidas en el presente estudio, las cuales refirieron haber tenido relaciones sexuales en un momento dado.
14. La ocupación y residencia desafortunadamente, no lo consideramos como factores influyentes - especialmente en cuanto a significación en el presente trabajo dado a que no hay datos muy específicos. Sin embargo creemos que sobre todo la ocupación si debe jugar un papel especial y determinante, sobre todo aquellos casos que conllevan promiscuidad, mala higiene etc.
15. En cuanto a la asociación de estas lesiones con menarquía-menopausia, la mayoría que está afectada a lesiones están comprendidas en la etapa hormonal activa.
16. El motivo de consulta generalmente es debido a la triáda: Hemorragia, dolor o asociación de ambas. La explicación de que en el presente estudio más de la mitad de pacientes hayan consultado por esto, es que se convierte en la molestia más insoportable para la mujer y que le hace consultar, mientras que probablemente de no ocurrir las mismas no lo harían.

17. En nuestro estudio se vuelve a comprobar que la patología cervical más constante y que ocurre en el mayor porcentaje de pacientes es la Cervicitis; tal es el caso que el porcentaje de pacientes afectas en el presente trabajo es similar al reportado por Novak, Benson, Robins, etc. en un 40 a un 60%.

18. Como resultado de Papanicolau la mayor lesión específica reportada en el presente estudio fue Tricomoniasis; mientras que el resultado Biopsia mayor fue Cervicitis Crónica; que encaja lógicamente uno y otro resultado. Como tumoración patológicamente fue reportado como mayor patología los pólipos.

19. En el presente estudio de 595 pacientes estudiadas a 259 se le efectuaron biopsia cervical y a 305 se le efectuó Papanicolau; se efectuaron 22 conizaciones.

20. El 8.62% de los casos fueron resueltos con tratamiento médico.

21. El procedimiento quirúrgico que más se efectuó fue la Histerectomía Abdominal (el 18.14%)

22. La Patología Cervical de origen congénito en nuestro trabajo muy raro, un sólo caso encontrado.

VI. RECOMENDACIONES

1. Insistir en la anotación correcta y completa de los informes de Anatomía Patológica en los libros control llevados en la sección de Ginecología.
2. Efectuar a toda paciente con lesión visible o sin ella el estudio de Papanicolau que creo debe ser instituido como estudio de Gabinete a toda paciente que consulte o en un momento sea hospitalizada en cualquier departamento del Hospital General San Juan de Dios; esto nos permitirá un diagnóstico temprano de cualquier lesión, como también el material adecuado para creación de estadísticas propias.
3. Antes de adoptar una conducta terapéutica en los casos más obvios macroscópicos de lesiones cervicales, efectuar los estudios pertinentes agotando los métodos diagnósticos posibles, evitando con esto el funcionar empírico de algunas lesiones cervicales, que al cabo de cierto tiempo se vuelven rebeldes al tratamiento indicado o se hace imprescindible el tratamiento quirúrgico, cuando en un momento dado era imperativo un tratamiento médico adecuado. Es decir, sabemos que hay lesiones benignas que macroscópicamente se confunden con entidades malignas; estas deben ser sometidas al estudio más minucioso antes de emitir un diagnóstico -

- poco motivante para el médico tratante y si -
desilusionador para la paciente.
4. Hemos visto que la Cervicitis es la lesión -
más frecuente y común y sabemos que una de
las causas más frecuentes y predisponentes -
son los Protozoos, más concretamente la Tri-
comoniasis, la cual infinidad de veces se im-
posibilita el diagnóstico preciso; por lo tanto
si en el 30 a 33% las mujeres ginecológicas -
consultan por Leucorrea; a ese porcentaje e-
fectuarle los estudios correspondientes retar-
dando con esto pero garantizando mejor el re-
sultado. Creemos que el laboratorio es un
buen auxiliar para precisar nuestra conducta.
 5. Efectuar una mejor labor de educación en to-
da mujer; haciéndole ver y comprender que de
acuerdo a ciertos parámetros debe ser evalua-
da mediante cito-histopatología ginecológica;
creemos que para esto deben existir clínicas
especializadas al alcance de todos; donde se
les brinde información y atención; no necesi-
tando sintomatología para que la mujer de -
cierta edad pueda asistir. (Tratamos con es-
to evitar que mujeres aparentemente sanas no
sean atendidas en centros asistenciales).
 6. El Ginecólogo y Patólogo deben ahunar todo
esfuerzo en bien de un todo y no dejar a la pa-
ciente sin diagnóstico definitivo y por lo tanto
con tratamiento inconcluso.

7. Finalmente nos permitimos reproducir el orden
rutinario ideal para la detención y diagnóstico -
de lesiones cervicales y el plan de atención Mé-
dico quirúrgica de acuerdo al Dx. Citológico -
cervical. Para lo anterior presentamos las si-
guientes gráficas.

ORDEN RUTINARIO IDEAL PARA LA DETENCION Y DIAGNOSTICO
DE LESIONES GINECOLÓGICAS
(Frotos Cervico) vaginales)

CITOLOGIA NEGATIVA

Sin síntomas ni lesión cervical visible.

↓
Repetir anualmente

CITOLOGIA NEGATIVA

Con síntomas sugestivos de neoplasia cervical

↓
Lesión visible

↓
Repetir el frote y tomar biopsia

↓
Biopsia y frote negativos

↓
Excluir cáncer endometrial,
pólipos, causas hormonales
y repetir frote cada 6 meses

↓
Sin lesión visible

↓
Repetir el frote

↓
Frote negativo

↓
Frote positivo

↓
Biopsia - Conización

CITOLOGIA POSITIVA

↓
Lesión visible

↓
Biopsia seriadas múltiples

↓
Biopsia negativa

↓
Repetir frote

↓
Frote negativo

↓
Repetir frote en 3 meses

↓
Sin lesión visible

↓
Repetir frote y conización

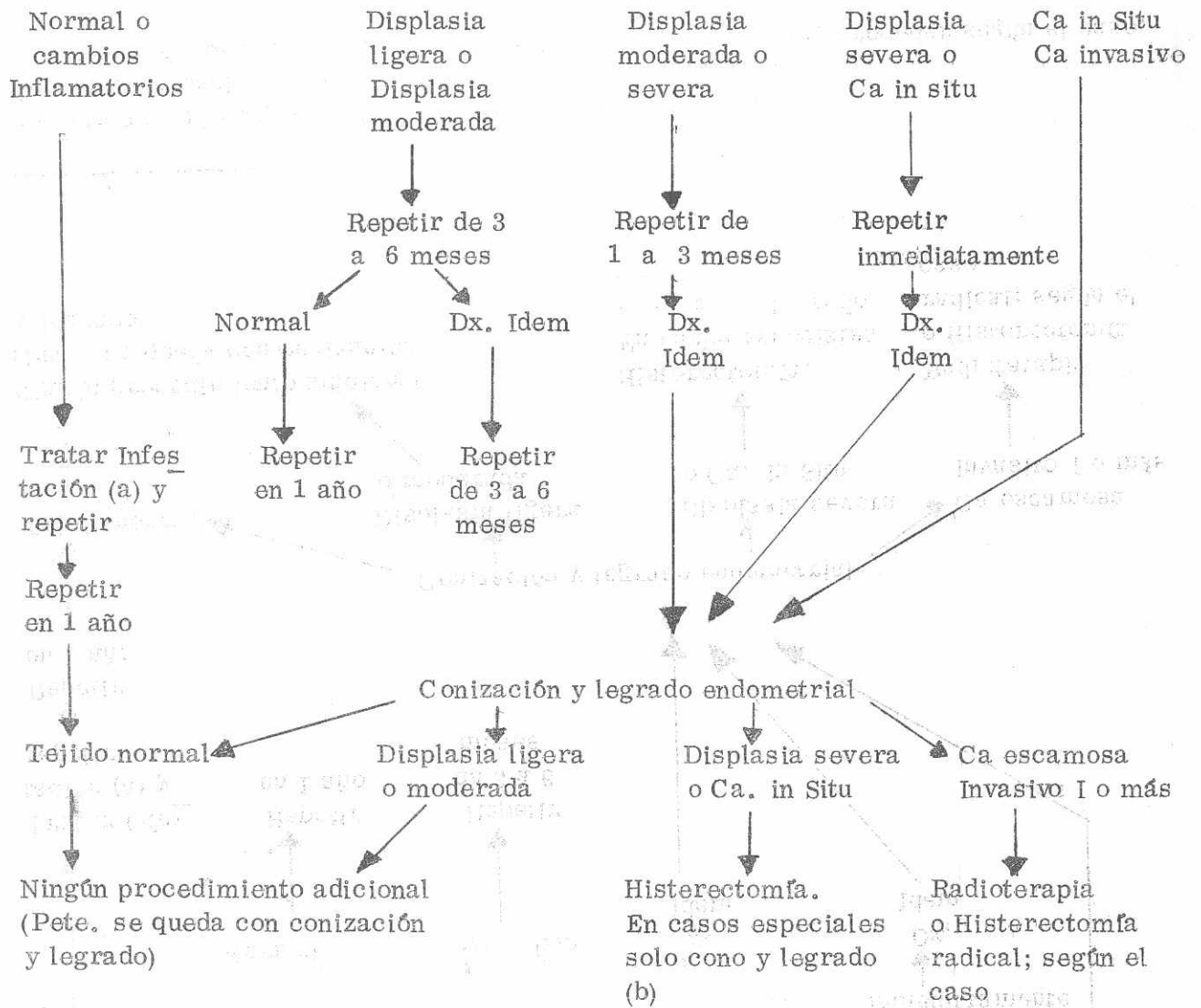
↓
Frote positivo

↓
Repetir Biopsia

↓
BIOPSIA POSITIVA

↓
TRATAR CANCER.

PLAN DE ATENCION MEDICO-QUIRURGICA DE ACUERDO AL
 DIAGNOSTICO CITOLOGICO CERVICO
 VAGINAL.



(a) Tratamiento específico: Tricomonas, Monilia, etc...

(b) Casos especiales: nulparas que quiere tener más hijos.

Petes. deberán seguirse con citología y al menor cambio, proceder según el caso.

BIBLIOGRAFIA

1. BARAHONA, José M., Serpas Olmedo Marta y Rousellin de Flores Lesiones cervico-vaginales no neoplasicas diagnosticadas por citología. Material Informativo de la ERCECAP, s.n.t.
2. BENSON, Ralph, Manual de Ginecología y Obstetricia. Trad. al español por Fco. Reyes, 2da. Ed. México Manual Moderno, - 1969 p.p 550 a 560.
3. Comite in Citological Terminology, Proceedings of the First International - Congress o Exfoliative - Cytology. Viena Austria 1961 p.p 297 s.n.t.
4. HAM, Arthur W. Tratado de Histología Trad. al español por Editorial Interamericana 5ta. Edición México Pp. 35.
5. HUFFMAN, John W. Ginecología en la Infancia y en la Adolescencia. Trad. al español por Drs.

Alfredo Gallart y Ovíal Ga
nissaus, Edit. Salvat, Es
paña 1971 p.p. 207.

6. JAWETZ, Ernest et al. Microbiología Médi-
ca. Trad. al español por
Dr. Amado González Men-
doza. 4ta. Edición, México.
Ed. Manual Moderno 1970,
p.p. 185-218-253.
7. JEFFCOATE, Sir Norman. Ginecología Trad.
al español por Henry Cas-
tillo Rincón. Edit. Interme-
dica S.A. I.C.I. 1971 p.p.
17-53.
8. KASSER O. et. al. Ginecología y Obstetricia,
Trad. al español por Edi-
torial SALVAT de la 1era.
Ed. Alemana, España To-
mo III p.p. 139
9. KRUPP, Marcus A. Diagnóstico Clínico y
Tratamiento. Trad. al es-
pañol por Dr. Armando -
Martínez 8ava. Edición. Ed.
Manual Moderno, México,-
1973 p.p. 429-435.
10. NOVAK, E. R. Tratado de Ginecología. Trad.
al español por Alberto -

Folch y Pi. 8ava. Edición,
México. Editorial Interame-
ricana 19 pp. 228-241-236.

11. ROBBINS, Stanley L. Tratado de Patología -
Trad. al español por Dr.
Homero Vela Treviño, ter-
cera Edición México. Ed.
Interamericana 1968 pp.
1014-1017-78-98.
12. SCHWARCZ R. et al. Obstetricia, tercera edi-
ción Argentina. Editorial
El Ateneo 1973 pp. 642.
13. STALF, A. et. al. Diagnóstico de Neoplasia -
Cervical-Reducción del
riesgo de error. Clínicas
Obstétricas y Ginecológi-
cas. Junio 1973, Edit. In-
teramericana 1973 p.p. -
240-241.
14. WILLIAMS, Obstetricia. Trad. al español por
Louis M. Hellman y Jack
Pitchard. 1era. Edición .
México Editorial Salvat -
1973 p.p.

Br. Jaime René Franco Samayoa

Dr. Homero I. de León M.
Asesor

Dr. Otto Brolo
Revisor

Dr. Julio de León
Director de la fase III

Dr. Francisco Saenz
Secretario

Dr. Carlos Armando Soto
Decano