

S U M A R I O

INTRODUCCION

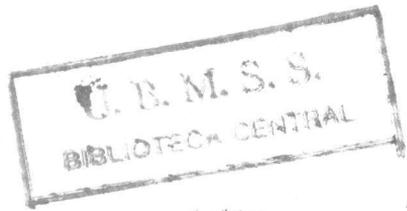
MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

COMENTARIO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA



EL CITODIAGNOSTICO EN EL EPITELIO ENDOMETRIAL

INTRODUCCION

Aunque ya hubieron intentos de citodiagnóstico a mediados del siglo pasado, hasta hace dos o tres decenas de años el número de trabajos y exploraciones en este terreno, fueron muy escasos. Aparte de Virchow, (1), (3), (5), (8), hasta ese entonces fueron muy pocos los que se ocuparon de la patología celular.

Papanicolaou y sus seguidores (2), (9), (10), (17), (25) con la introducción de los diferentes métodos de coloración diferencial y los múltiples trabajos de investigación, dejaron establecida la posibilidad del diagnóstico citológico hormonal y cancerológico mediante el frotis vaginal.

En Alemania (2), (21), (25), se distinguieron en este campo Igel, Limburg, Besserer, Cramer, Navratyl, Stoll, Wied, Runge, Vöge, Haselmann, Zinser, Boschann, Smolka etc., cuyos trabajos científicos han influido enormemente en el progreso de la citología.

Resumidos así los antecedentes históricos de la citología, pasaremos revista a algunos conceptos vinculados a la problemática del presente trabajo.

Uno de los objetivos del diagnóstico citológico es el estudio de los frotis celulares en la búsqueda de anomalías en las células que nos hagan sospechar la presencia de un tumor maligno.

Los cuadros celulares son también dependientes de la in-

fluencia hormonal, lo que nos permite hacer afirmaciones acerca de la situación hormonal de la paciente y aún más, conocer los diferentes grados de reacción inflamatoria, la flora microbiana y el efecto de las radiaciones.

El citodiagnóstico en manos de un examinador, puede ofrecer resultados sorprendentemente buenos, en otras manos resultados dudosos; esto no depende del método en sí, sino de errores de técnica, experiencia, etc. (toma de material del sitio indicado, fijación, coloración, etc.).

La citología ginecológica es capaz de descubrir atipias epiteliales que para otros métodos de exploración podrían pasar desapercibidos, debido a factores tales como: su pequeño tamaño, su localización intracervical o endouterina (2), (3), (9). Muchas interrogantes de tipo endocrinológico (14), (24), (25) pueden ser aclaradas por la citología, (estudio del ciclo ovárico, alteraciones de la función estrogénica, tumores hormonoformadores durante la infancia y la pubertad, dosificación de las hormonas empleadas en el tratamiento, etc). Desde el punto de vista citológico, las atipias de epitelio glandular son más difíciles de reconocer que las del epitelio plano (6), (7), (25), (26), por tratarse de zonas anatómicamente poco accesibles (conducto endocervical, cavum uteri, trompas, ovarios); porque el epitelio endometrial descama en menor proporción que el epitelio plano; porque tratándose de un cáncer altamente diferenciado, es poco clara la distinción entre células normales y tumorales; porque las células glandulares tienen tendencia a la degeneración citoplasmática apareciendo en los frotis solo núcleos desnudos cuya identificación es difícil; también en las células provenientes de glándulas en actividad secretoria pueden verse un aumento del contenido de cromatina distribuída irregularmente y en forma de grumos, características que en el epitelio plano hablaría a favor de malignidad; porque los núcleos de las células glandulares cilíndricas pueden parecerse a elementos histiocitarios del tejido conjuntivo.

La hiperplasia glándulo quística y el adenocarcinoma de endometrio constituyen el transtorno funcional y maligno respectivamente, más frecuentes y principales comprobables anatómicamente.

Clínicamente (13), (14), (21), la patología precoz del

endometrio no se ve ni se palpa, máximo se objetiva la salida de sangre endouterina, por lo que es preciso recurrir al legrado biópsico para el estudio histopatológico, a la aspiración de secreción endometrial para el estudio citológico, a la histerografía, para la búsqueda de imágenes radiológicas atípicas, etc.

En este trabajo tratamos de otorgar relieve a la citología de endometrio con miras a darle mayor popularidad y a buscar y exponer los principales criterios citológicos morfo-estructurales que nos conduzcan a un mejor conocimiento de las diferentes imágenes citológicas.

MATERIAL Y METODOS

Para el desarrollo de este trabajo se han estudiado 97 casos de Hiperplasia y Adenocarcinoma de endometrio.

Este material se obtuvo del estudio de 4,693 preparados remitidos al laboratorio de citología de la "Frauen Klinik Charlottenburg", Berlín, desde el mes de Enero de 1964 hasta el mes de Marzo de 1965.

Las tomas de muestras para el estudio citológico se hicieron de todas las pacientes con hemorragias acíclicas y en el senium, así como de todas aquellas que presentaban erosiones de cuello uterino macroscópica y colposcópicamente sospechosas de malignidad. En las pacientes del primer grupo además de las tomas de material de la cavidad vaginal se hicieron tomas directas de material endometrial por aspiración.

Se efectuaron tomas del Fornix vaginae, de la portio vaginalis uteri, del conducto endocervical y del cavum uteri.

Se usaron espátulas de madera para la toma de material de la cavidad vaginal; "asa de platino" para la toma de material del conducto endocervical y un tubo de polietileno y una cánula metálica para la aspiración intrauterina.

Para la toma de material del cavum uteri (1), (2), (8), (16), se siguió la siguiente técnica: Primeramente se procede a la exposición de la "portio vaginalis uteri" mediante el empleo de valvas vaginales que son sostenidas por un a-

yudante. Acto seguido se hace la limpieza y desinfección del cuello uterino y del conducto endocervical. Se procede enseguida a fijar el cuello y a enderezar el cuerpo uterino mediante una pinza de Schröder.

Empleando una pinza estéril de disección anatómica o de curación se empieza a introducir la sonda de polietileno mediante una presión suave. En el extremo libre del tubito se adapta un cuerpo de jeringa de 10 a 20 cc. y se empieza una aspiración enérgica.

En el lumen del tubito, que es transparente, se ve el material cuando es aspirado. Cuando no se aspira ningún material, entonces se procede al lavado del "cavum uteri" mediante la inyección de 2 cc. de solución fisiológica estéril. El material aspirado se mezcla de inmediato con una cantidad igual de alcohol al 95 % y se centrifuga a 2,000 revoluciones por minuto durante 15 minutos.

Luego el sedimento se extiende en un porta objeto mediante una asa de platino y se tiñe según la técnica de Papanicolaou.

Cuando se aspira suficiente material, se distribuye en tres porciones sobre un porta objeto, la porción del centro es la que contendrá con gran seguridad material celular puro de la cavidad uterina. La primera y la última porción contendrán además material celular endocervical. La aspiración endouterina también se efectuó, indistintamente, mediante una cánula metálica. El "modus operandi", es el mismo que para el tubito de polietileno, con la única diferencia que en este caso se requiere cierta experiencia y cuidado, de lo contrario se corre el peligro de perforación uterina.

Para la "Fijación", (2), (8), (26) se han empleado diferentes sustancias con el objeto de mejorar la imagen citológica.

Se empleó el "Alcohol-Eter" en partes iguales. Es de buenos resultados pero tiene la desventaja que el éter se evapora muy fácilmente y es muy inflamable.

El "Alcohol al 95%", es igualmente bueno, no inflamable

El "Alcohol - glicerina" que consta de 4 partes de al-

cohol al 95% y una parte de glicerina officinal. Es igualmente bueno.

El "Alcohol-Eter y ácido acético", se empleó a partes iguales de ácido acético al 3 % y alcohol éter, en los casos de frotis muy ricos en sangre.

Como método de "Coloración" se empleó, la coloración de Papanicolaou (2), (16), (17), que emplea la "Hematoxilina de Harris" para teñir el núcleo, el "Orange G" y una mezcla de "verde brillante, pardo de Bismark y eosina" para el citoplasma, permitiendo al mismo tiempo tanto un diagnóstico hormonal como cancerológico.

Para el estudio microscópico de los frotis, se empleó un microscopio binocular Zeiss, con objetivos 10x, 40x; en los casos dudosos en que era necesario el estudio de la estructura nuclear se empleó el objetivo de inmersión 100x.

RESULTADOS

El total de preparados examinados fue de 4,693, encontrándose 97 casos motivo de nuestro estudio, de los cuales 54 casos corresponden a "hiperplasia glándulo-quística" y 43 casos a "adenocarcinoma", todos comprobados por el estudio histopatológico del material obtenido por "microlegrado" y legrado total. La aparente elevada incidencia del adenocarcinoma de endometrio es debida a que las muestras son en gran parte seleccionadas y a la composición muy particular de la población de Berlín Occidental, donde por factores de tipo político existe un alto porcentaje de ciudadanos por encima de los 60 años.