

Factor Hormonal en el Aborto

Su Estudio por el Urocitograma*

Dr. Miguel A. Fernández-Bastidas (1)

Dr. Alfonso Del Real (1)

Dr. Hernando Gómez-Vesga

En repetidas ocasiones se ha afirmado que la investigación del factor hormonal como causa de aborto, utilizando las titulaciones hormonales (estrógenos, progesterona), o la de sus metabolitos (pregnandiol, etc.), son técnicas de difícil aplicación, en el caso concreto de una mujer grávida que consulta por amenaza de aborto.

Aún más, el pronóstico de tal amenaza, requiere en no pocas mujeres, de un medio de orientación cierto, utilizable en los casos de muerte ovular. Con tales fines se ha recurrido algunas veces a las reacciones biológicas, cuya negatividad (Galli cualitativo), no siempre puede dar una norma exacta y veraz.

En este orden de ideas, debemos aceptar la importancia de un medio más de investigación, el cual utilizando la citología exfoliativa vaginal o vesical dará informes más concretos y de valor inestimable a todo médico que los sepa interpretar.

Desde las primeras observaciones llevadas a cabo por Papanicolaou en el año 1925 sobre las variaciones de la citología vaginal durante el embarazo, hasta las más recientes publicadas por la escuela mexicana al estudiar el sedimento urinario, se ha llegado a la conclusión que tales estudios citológicos pueden al investigar el factor hormonal, no solo dar una orientación terapéutica apropiada, sino fundamentar un pronóstico.

* Trabajo presentado al IV Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología reunido en Barranquilla en Diciembre de 1959.

(1) Hospital San José. Bogotá, D. E.

La literatura consultada posee una gran cantidad de referencias relacionadas con la colpocitología en la gestante; y sus partidarios, la proclaman como la más certera y de más fácil lectura; pero por razones obvias, tales como la presencia de sangre vaginal en los casos de amenaza de aborto y la dificultad de obtener las muestras, en tales casos, se ha hecho su práctica por demás inoperante. Esto, sumado a la equivalencia de respuestas logradas entre lecturas practicadas a un tiempo por los dos sistemas, necesariamente habla en favor del urocitograma.

Por otra parte, y con el objeto de poder medir el pro y el contra del asunto, citamos las causas invocadas por Arzac para invalidar los resultados del urocitograma: a) dificultad del recuento por existir un número menor de células en el extendido; b) lectura menos precisa. por su mayor dificultad de interpretación; c) existencia en los extendidos de una menor adhesividad que dificulta la fijación; d) la centrifugación como causa de alteración de resultados, etc.; razones, que a todas luces tienen que ver más con la técnica, que con la valoración clínica, y que superadas con un suficiente entrenamiento, o bien, confiadas a un citólogo hábil, no llegarán nunca a hacer perder valor a los datos obtenidos.

Según Rakoff y Di Paola citados por Lencioni, cinco son los tipos de células que se pueden distinguir en un extendido de sedimento urinario.

- I - Células acidófilas superficiales (C.A.S.)
- II - Células basófilas superficiales (C.B.S.)
- III - Células basófilas intermedias (C.B.I.)
- IV - Células basófilas profundas (C.B.P.)
- V - Células acidófilas profundas (C.A.P.)

En cuanto a la denominación de núcleo "picnótico", se quiere señalar al núcleo puntiforme (pequeñito) característico y propio a las células superficiales; e "índice picnótico" a la mayor o menor proporción de tales células.

Las células acidófilas superficiales, cuyo hallazgo en pequeña cantidad es característico al principio y al final del ciclo

sexual, encuéntranse en cambio en gran cantidad, desde el momento de la ovulación o con la administración de estrógenos a dosis altas y con fines terapéuticos.

La presencia de las basófilas superficiales e intermedias en los extendidos, ha sido tomada como característica propia al embarazo, la premenarca y la premenopausia.

Por último; las células denominadas profundas, tanto acidófilas como basófilas, su hallazgo debe ser interpretado como propio de una hipofunción ovárica del tipo premenárquico o degenerativo climatérico.

Las lecturas que revelan la presencia de moco, leucocitos, bacterias y células acidófilas en abundancia, han sido interpretadas por varios autores como signos ligados a un aborto inevitable.

Siguiendo para nuestro estudio el concepto de Allende y Di Paola, clasificaremos los casos en uno de los tres cuadros citológicos siguientes:

I — CUADRO DE INSUFICIENCIA PROGESTERONICA: Caracterizado por aumento de los índices acidófilo y cariopcnótico por encima de los valores normales (5 a 10%), disminución o desaparición del fenómeno de aglutinación celular y de células naviculares, con tres grados a saber:

Leve (') con índice acidófilo y cariopcnótico de 10 a 15% respectivamente.

Notorio (") con índice acidófilo y cariopcnótico de 15 a 20%, con persistencia del fenómeno de aglutinación.

Notable (""') con índice acidófilo de 20 a 50% e índice cariopcnótico de 20 a 30%. Hallazgo ocasional de células naviculares y aglutinación y *Muy aparente* ("""), con índice acidófilo de 20 a 50%, índice cariopcnótico de 30 a 50%, sin aglutinación ni células naviculares, pero en cambio con abundantes leucocitos.

II — CUADRO DE INSUFICIENCIA ESTROGENICA: Caracterizado por disminución notable del fenómeno de proliferación de la capa intermedia de células, aumento de las basales y abundantes leucocitos; en presencia de índices acidófilos y cario-pignóticos normales (Alvarez Bravo).

III — CUADRO DE INSUFICIENCIA MIXTA GRAVE: Con todas las características del cuadro atrófico, identificado por descamación celular ligera, abundancia de células basales profundas de núcleos cromófilos, y abundantes leucocitos. Extendidos que han merecido el calificativo de “sucios”.

DI PAOLA y USUBIAGA han visto, en amenazas de aborto, que cuando la acidofilia en el urocitograma está aumentada, con la estrogenoterapia se disminuye, mejorando los signos clínicos; pero si sigue inmodificable o asciende, se debe hacer tratamiento con progesterona y si no obstante la terapéutica hormonal que precede persiste el aumento, el embarazo se pierde siendo una manifestación más precoz que la negativización del Galli Mainini. Tales conclusiones están en un todo de acuerdo con los conceptos de otros autores, quienes sin hallar cambios especiales en preeclampsia, placenta previa, o mola hidatiforme, encuentran frotis del 10% tanto en la muerte del huevo, retenido o no, como en el aborto incompleto.

MATERIAL Y METODO

El presente estudio comprende una serie de casos estudiados con material obtenido en la consulta de admisión de la Clínica Primero de Mayo de Bogotá. Se escogieron aquellos casos de pronóstico dudoso en cuanto a su porvenir obstétrico y con embarazos que estaban comprendidos entre cinco y dieciseis semanas. (Ver cuadros).

No todos los casos fueron hospitalizados, y de los treinta y un casos presentados, siete fueron casos ambulatorios. En un alto porcentaje las pacientes observadas fueron controladas con dos tomas de orina para extendidos del sedimento urinario, salvo diez casos en los que solamente se pudo tomar una y un caso hospitalizado al cual por vía de ensayo se le tomaron tres muestras. (Caso 16).

UROCITOGAMA EN AMENAZA DE ABORTO

Clínica Primero de Mayo — Bogotá

No. 1

No. Or.	Reg.	Edad	Pari- dad	Edad de Embarazo	Motivo de Consulta	CONTROL CITOLÓGICO		Pronós- tico	Resultados Finales	Calificación de Resultados
						1a. Toma	2a. Toma			
1	Ambulat.	30	Vi	10 Sem.	Hemorragia vaginal, dolor abdominopélvico, náu- seas, vómito.	C. A. S.: 4% C. B. S.: 94% C. B. I.: 2% Extendido de aspecto sucio.	No asistió a control	Bueno	Se concluye que el emba- razo continuó porque la paciente no regresó a la Clínica.	Concordante
2	90454	30	Vi	16 Sem.	Hemorragia ligera, dolor hipogástrico. Cuello sin borrar ni dilatar, útero aumentado de tamaño.	(30-A) Coloración débil. Células escasas. Aumento marcado de acidófilas y picnosis.	(30-B) Coloración débil. Células escasas. Acidofilia marcada.	Malo	Al volver a la segunda toma el embarazo conti- nuaba. (La hemorragia desapareció).	Discordante
3	22534	27	ii	12 Sem.	Hemorragia vaginal, do- lor hipogástrico. T. V. Cuello sin borrar ni dila- tar. Útero aumentado de tamaño.	(34-A) Coloración buena, ligera citólisis. No se puede lo- grar %. Acidofilia mo- derada.	(34-B) Pocas células (recuento sobre 50) C. A. S. 25% C. B. S. 75% C. I. . 0% Picnosis 31%	Malo	Mejoría de la hemorragia, cuello cerrado, embarazo en curso.	Discordante
4	330124	24	i	12 Sem.	Hemorragia vaginal, do- lores lumbares e hipogás- tricos. T. V. Cuello sin borrar ni dilatar. Útero aumentado de tamaño.	(31-A) Frotis grueso. Agrupación compacta. Picnosis mo- derada. Citólisis. Acido- filia inespecífica.	(31-B) Células escasas C. A. S.: 6% C. B. C.: 94% Picnosis 4%	Bueno	Mejoría de los signos de consulta. Embarazo en curso.	Concordante
5	182177	28	iii	8 Sem.	Hemorragia vaginal esca- sa. Dolor hipogástrico. Cuello sin borrar ni dila- tar.	(33-A) Muy escasas células. No se puede establecer %.	(33-B) Citólisis moderada Frotis sucio C. A. S.: 19% C. B. S.: 78% C. I.: 3%	Malo	Mejoría de los signos. Embarazo en curso.	Discordante
6	1020050	30	ii	12 Sem.	Hemorragia vaginal escasa de larga duración (15 días). Dolor, cuello sin borrar ni dilatar.	(32-A) Células muy escasas no se puede establecer %.	(32-B) Células escasas. Acidofilia marcada. No se puede establecer %	Malo	Aborto incompleto. Raspado uterino.	Concordante

UROCITOGRAMA EN AMENAZA DE ABORTO

Clínica Primero de Mayo — Bogotá

No. 2

No. Or.	Reg.	Edad	Pari- dad	Edad de Embarazo	Motivo de Consulta	CONTROL CITOLÓGICO		Pronós- tico	Resultados Finales	Calificaciór de Resultados
						1a. Toma	2a Toma			
7	141069	22	ii	12 Sem.	Hemorragia. Dolor. Expulsión de coágulos. T. V. Cuello sin borrar ni dilatar.	(35-A) Células escasas. Ligera Citólisis. C. A. S.: 16 % C. B. S.: 84 %	(35-B) Células abundantes. Agru- pación compacta. Citólisis. C. A. S.: 1 % C. B. S.: 98 % C. I.: 1 %	Bueno	Aborto incompleto. Raspado uterino.	Discordante
8	Ambulat.	20	i	12 Sem.	Dolor. Náuseas. Vómito.	Frotis mal coloreado. Células semidestruidas	C. A. S.: 13 % C. B. S.: 87 % Leucocitos, bacterias. Hay citólisis (infección urinaria).	Bueno	Mejoría. Embarazo en curso al control una sema- na después.	Concordante
9	Ambulat.	26	iv	8 Sem.	Hemorragia. Dolor abdo- minopélvico. Vómito. T. V. Cuello sin borrar ni dilatar.	C. A. S.: 18 % C. B. S.: 78 % C. B. I.: 2 % C. B. P.: 2 % Picnosis: 20 %	No asistió a control inmediato.	Malo	Mejoría. Embarazo en cur- so. Al control 1 semana después.	Discordante
10	Ambulat.	30	Vii	12 Sem.	Dolor. Vómito. T. V.: cuello sin borrar ni dilatar.	C. A. S.: 82 % C. B. S.: 18 % Picnosis: 76 % Frotis limpio.	No asistió a control.	Malo	El caso se perdió de vista, no volvió a la clínica pe- ro se sospecha que el a- borto se produjo.	Caso incierto
11	410778	20	i	6 Sem.	Hemorragia. Dolor. Vómi- to. T. V.: Cuello sin bor- rar ni dilatar.	Citolisis marcada	Frotis defectuosos. Escasa acidofilia. Pocas células.	Bueno	Mejoría clínica cesó he- morragia y dolor.	Concordante
12	437822	22	i	8 Sem.	Hemorragia. Dolor y vómi- to. T. V.: cuello cerrado largo.	C. A. S.: 14 % C. B. S.: 83 % C. B. I.: 1 % C. B. P.: 2 % Picnosis: 10 % Leucocitosis abundante.	No asistió a control.	Bueno	El caso se perdió de vista.	Caso incierto
13	227350	36	ii	12 Sem.	Hemorragia. Dolor. Vómi- to. T. V.: Cuello central cerrado, largo.	C. A. S.: 75 % C. B. S.: 25 % Picnosis: 84 % Frotis limpio. Células cantidad moderada.	Citolisis marcada. No se pudo apreciar porcentaje. Impresión general de C. A. S.: 1-3 %	Bueno	Mejoría. Embarazo en curso.	Concordante

UROCITOGRAMA EN AMENAZA DE ABORTO

Clínica Primero de Mayo — Bogotá

No. 3

No. Or.	Reg.	Edad	Pari- dad	Edad de Embarazo	Motivo de Consulta	CONTROL CITOLOGICO		Pronós- tico	Resultados Finales	Calificación de Resultados
						1a. Toma	2a. Toma			
14	167903	28	V	16 Sem.	Hemorragia. Dolor. Vómi- to. Disuria. T. V.: Cuello cerrado.	Citolisis marcada parece no existir más del 1% de acidofilas	C. A. S.: 1% C. B. S.: 98% C. B. I.: (escasos)	Bueno	Mejoría. Embarazo que si- guió su curso.	Concordante
15	204345	22	V	16 Sem.	Hemorragia. Vómito. Dolor. Disuria. T. V.: Cuello cerrado.	C. A. S.: 2% C. B. S.: 98% C. I.: 1% Moderada citolisis. Frottis moderado sucio Picnosis 2%	Células muy escasas Frottis moderado sucio C. A. S.: 2% C. B. S.: 98% % sobre 50 Cel.	Bueno	Mejoría. Embarazo en curso	Concordante
16	370625	24	I	12 Sem.	Dolor. Hemorragia. Vómito.	(25-A) C. A. S.: 0 C. B. S.: 91% C. J.: 7% C. B. P.: 2% Frottis sucio Leucocitos 10 a 12 Picnosis 10%	(25-B) C. A. S.: 1% C. B. S.: 96% C. I.: 2% Frottis sucio Leucocitos 15 a 20 camp. Picnosis: 2% 3° Toma (25-C) C. A. S.: 1% C. B. S.: 88% C. I.: 8% C. B. P.: 3% Frottis ligeramente sucio Leucocitos 2 a 4 camp. Picnosis: 1%	Bueno	Mejoría Embarazo en curso	Concordante
17	49669	29	I	12 Sem.	Hemorragia. Dolor T. V.: Cuello cerrado largo.	(38-A) Células muy escasas. Frottis limpio parece no existir más de 2%. Aci- dofilia y Pigmentos.	Frottis sucio. Leucocitos: 8-10 por camp. C. A. S.: 1% C. B. S.: 96% C. I.: 3% Picnosis: 4%	Bueno	Mejoría Eclampsia en curso	Concordante
18	84694	40	V	6 Sem.	Dolor. Vómito. T. V.: Cuello largo cerrado.	(39-A) Frottis sucio C. A. S.: 5% C. B. S.: 95% Picnosis: 4%	(39-B) Frottis sucio Leucocitos: 3 a 4% C. A. S.: 3% C. B. S.: 95% C. I.: 2%	Bueno	Mejoría Embarazo en curso	Concordante

UROCITOGRAMA EN AMENAZA DE ABORTO

Clínica Primero de Mayo — Bogotá

No. 4

No. Or.	Reg.	Edad	Pari- dad	Edad de Embarazo	Motivo de Consulta	CONTROL CITOLOGICO		Pronós- tico	Resultados Finales	Calificación de Resultados
						1a. Toma	2a. Toma			
19	15380	28	V	12 Sem.	Hemorragia. Vómito. Dolor. T. V.: Cuello ce- rrado.	(37-A) Frottis limpio. C. A. S.: 3% C. B. S.: 97% Picnosis 2%	(37-B) Células escasas. No se puede % Parece acidofilia no más del 2% y picnosis.	Bueno	Mejoría. Embarazo en curso.	Concordante
20	84918	21	i	8 Sem.	T. V.: Cuello cerrado Hemorragia. Dolor. largo.	(42-A) Frottis sucio. Leucocitos: 7-9 camp. C. A. S.: 4% C. B. S.: 94% C. I.: 2% Picnosis 4%	No asistió a control.	Bueno	El caso se perdió de vista.	Incierto
21	Ambulat.	26	i	16 Sem.	Hemorragia. Dolor. Vómito. T. V.: Cuello ce- rrado posterior.	(40-A) Células escasas. Frottis sucio. Leucocitos: 4-5 C. A. S.: 3% C. B. S.: 94% C. I.: 3% Picnosis: 2%	(40-B) Frottis limpio. C. A. S.: 1 C. B. S.: 93% C. I.: 5% Picnosis: 3%	Bueno	Mejoría. Embarazo en curso.	Concordante
22	Ambulat.	22	iv	16 Sem.	Vómito. Dolor. T. V.: Cuello cerrado.	(36-A) Células cantidad moderada C. A. S.: 1% C. B. S.: 89% C. I.: 8% Picnosis: 1%	No asistió a control.	Bueno	El caso se perdió de vista.	Incierto
23	115766	23	ii	6 Sem.	Dolor. Hemorragia. Vómito. T. V.: Cuello cerrado.	(43-A) Frottis sucio. Leucocitos: 15-20 camp. Tricomonas C. A. S.: 2% C. B. S.: 85% C. I.: 1% C. A. P.: 4% Picnosis: 6%	(43-B) Frottis sucio. Leucocitos: 18-20 C. A. S.: 3% C. B. S.: 87% C. I.: 7% C. B. P.: 3% Picnosis: 5%	Bueno	Mejoría. Embarazo en curso.	Fué tratado con estróge- nos entre 1ª y 2ª toma.

UROCIDRAMA EN AMENAZA DE ABORTO

Clínica Primero de Mayo — Bogotá

No. 5

No.Or.	Reg.	Edad	Pari- dad	Edad de Embarazo	Motivo de Consulta	CONTROL CITOLOGICO		Pronós- tico	Resultados Finales	Calificación de Resultados
						1a. Toma	2a. Toma			
24	133485	26	iii	6 Sem.	Hemorragia. Dolor. T. V.: Cuello cerrado.	(44-A) Frottis sucio. Tricomonas C. A. S.: 1 % C. B. S.: 87 % C. I.: 4 % C. B. P.: 2 % Picnosis 2 %	No asistió a control.	Bueno	El caso se perdió de vista.	Incierto
25	Ambulat.	29	II	12 Sem.	Hemorragia. Vómito. Dolor. T. V.: Cuello cerrado	(28-A) C. A. S.: 2 % C. B. S.: 95 % C. I.: 2 % Frottis sucio C. B. P.: 1 % Leucocitos: 7-9		Bueno	Abortó. Raspado uterino.	Discordante
26	367632	23	V	16 Sem	Dolor. Hemorragia. Vómito. T. V.: Cuello cerrado.	(27-A) C. A. S.: 1 % C. B. S.: 97 % C. I.: 2 % Picnosis 1 %		Bueno	Abortó. Raspado uterino.	Discordante
27	94113	29	iV	8½ S.	Dolor y Vómito. T. V.: Cuello dehiscnte	(47-A) Células abundantes. Agrupaciones compactas. C. A. S.: 4 % C. B. S.: 95 % C. I.: 1 %. Pícnosis 2 % Frottis sucio Tricomonas	(47-B) Frotis grueso (uratos) Coloración buena. Células compactas. C. A. S.: 1 % C. B. S.: 97 % C. I.: 2 % Picnosis 1 % Frottis sucio.	Bueno	Igual estado Obstétrico.	Concordante
28	31433	29	iii	5 Sem.	Hemorragia. Dolor. T. V.: Cuello sin borrar ni dilatar.	(48-A) Células abundantes. Agrupación compacta. C. A. S.: 2 % C. B. S.: 96 % C. I.: 1 % C. B. P.: 1 % Frottis sucio. Picnosis 1 %	(48-B)	Bueno	Sale por mejoría.	Concordante

UROCITOGRAMA EN AMENAZA DE ABORTO

Clínica Primero de Mayo — Bogotá

No. 6

No. Or.	Reg.	Edad	Pari- dad	Edad de Embarazo	Motivo de Consulta	CONTROL CITOLOGICO		Pronós- tico	Resultados Finales	Calificación de Resultados
						1a. Toma	2a. Toma			
29	430188	25	ii	14 Sem.	Hemorragia. T. V.: Cuello largo cerrado	(49-A) Células cantidad mode. Agrupación compacta. +++ C. A. S.: 1% C. B. S.: 98% C. I.: 1% Frotis sucio. Leucocitos 2 a 3 x c. Picnosis 1%	(49-B) Frotis delgado. Células a- grupación compacta +++ C. A. S.: 1% C. B. S.: 90% C. I.: 8% C. B. P.: 1% Frotis limpio. Picnosis 2%	Bueno	Sale por mejoría.	Concordante
30	366256	42	Vii	9 Sem.	Hemorragia. Dolor. Vómito.	(50-A) Coloración deficiente por abundantes uratos que dan zonas acidófilas inespecíficas. Células a- bundantes. Agrupación compacta +++ Frotis sucio +++ Leuco- citos 15 a 20 por cam- po. Uratos abundantes. Bacterias ++. C. A. S.: 2% C. B. S.: 97% C. I.: 1% Picnosis 2%	(50-B) Coloración buena. Cé- lulas cantidad mode- rada. Agrupación ++. Frotis sucio. 10 a 12 Leucocitos en el campo. C. A. S.: 3% C. B. S.: 97% Picnosis 7%	Bueno	Mejoría igual estado obstétrico.	Concordante
31	239306		iii	5 Sem.	Hemorragia. Dolor.	(51-A) Células escasas, pero su ficientes para el porcen- taje. Agrupación +. Frotis ligeramente sucio. Picnosis 1% C. A. S.: 1% C. B. S.: 97% C. I.: 2%	(51-B) Células escasas. Agru- pación ligeramente com- pacta. Frotis ligera- mente sucio. Leucocitos 4 a 5 por campo. Picnosis 1% C. A. S.: 1% C. B. S.: 98% C. I.: 1%	Bueno	Mejoría igual estado obstétrico.	Concordante

La técnica seguida casi en su totalidad fue la aconsejada por Lencioni, y consistió en lo siguiente:

a) Obtención de la orina no extraída por cateterismo y previa centrifugación a menos de 500 revoluciones por minuto.

b) Decantación del centrifugado y extendido de una cantidad no muy gruesa de sedimento;

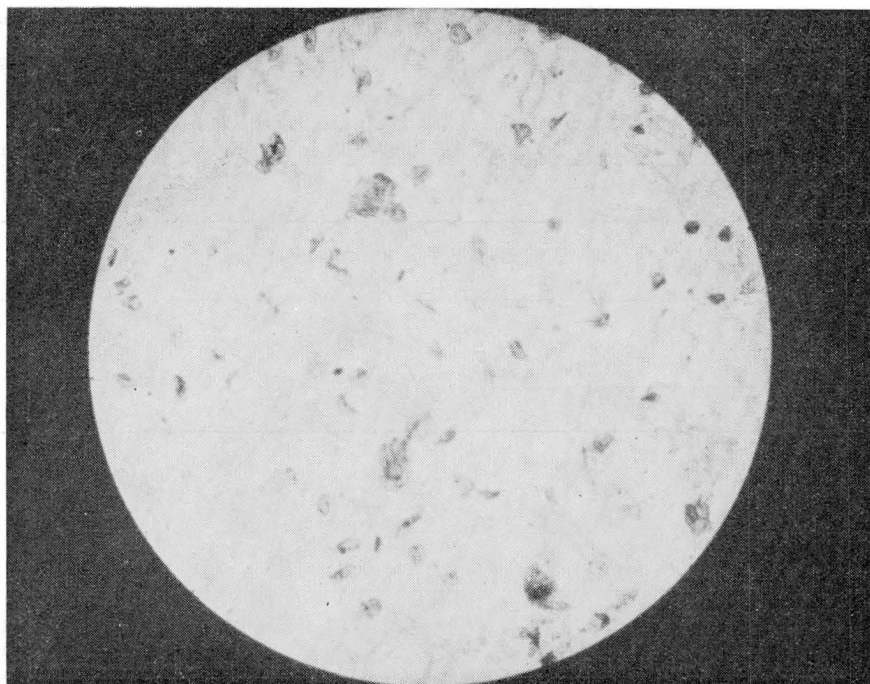
c) Fijación del extendido con una mezcla a partes iguales de alcohol y éter, durante un tiempo no menor a media hora. En seguida coloración fraccionada similar en su forma a la descrita por Allende, con la variación de utilizar Papanicolaou para núcleo, y Shorr para citoplasma, además de algunas modificaciones adicionadas por uno de nosotros (H. Gómez Vesga). La lectura se ciñó en gran parte a la ya descrita por Allende y Di Paola.

COMENTARIO

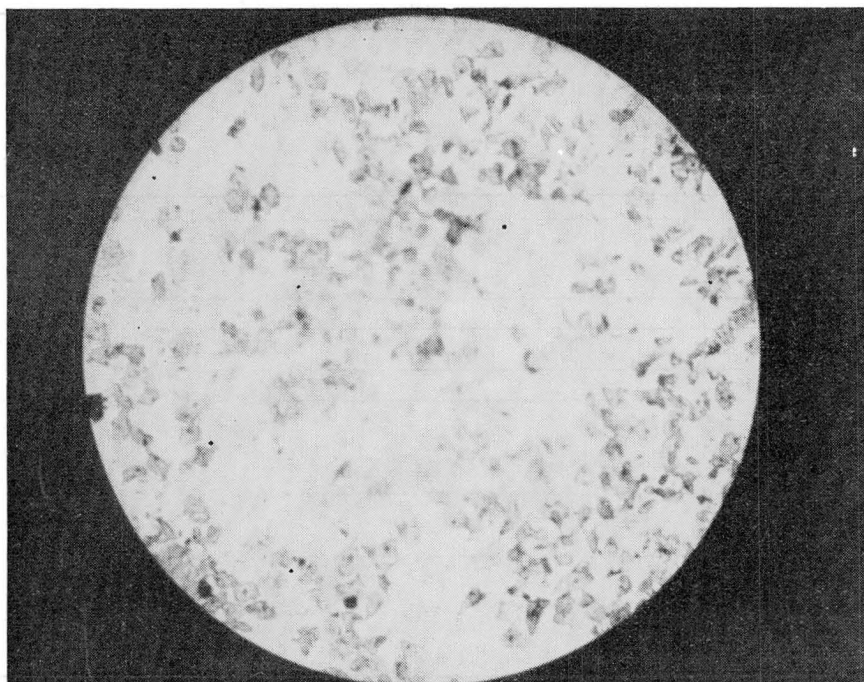
Según se puede observar en los cuadros 1 a 6, los casos estudiados se agruparon (teniendo en cuenta los números que identifican las historias), por edad, paridad, tiempo de amenorrea y motivo de consulta; así el número de primigestantes observado fue de ocho y el de multigestantes veintitrés; las edades fluctuaron entre veinte y cuarenta y dos años; la duración de la amenorrea o edad de embarazo entre cinco y dieciseis semanas y el motivo más frecuente de consulta (26 casos) fué por hemorragia vaginal y dolor.

El pronóstico, se fundamentó sobre el índice de acidofilia, índice picnótico y aspecto "sucio" de la preparación, con recuento de leucocitos en varios de los casos el cual se anotó solamente después de la lectura del último control. La concordancia o discordancia con la posterior evolución clínica del caso, nos dio los siguientes resultados:

- 1 - casos concordantes: diecinueve.
- 2 - casos discordantes: siete.
- 3 - casos inciertos: cinco.



Embarazo normal - preparación de aspecto sucio con gran basofilia. Factor Hormonal.



Acidofilia de más del 80% en amenaza de aborto. - Factor Hormonal.

Entre los primeros, están aquellos casos en los cuales el cuadro citológico y la posterior evolución clínica estuvieron de acuerdo. La relativa poca proporción de concordancia puede atribuirse, en primer lugar a la poca experiencia técnica de los primeros casos al quedar los extendidos en muchas ocasiones, difíciles de interpretar pese a los cuidados de coloración. Las causas de tales defectos, podemos sintetizarlas diciendo:

a) casos difíciles de valorar por las apariciones de citolisis ocasionada por manejo de orinas fermentadas (casos 2, 5, 6, 7, 8);

b) casos con poca adherencia y escasez de material por sedimento escaso a pesar de la centrifuga;

c) casos con poca adhesividad y aparición de acidofilia en gran parte inespecífica, por abundancia de uratos o atribuible a contaminación por tricomonas (casos 23, 24, 27, 30). Como se ve en los cuadros aparecen además algunos pocos casos calificados como inciertos; tales casos corresponden a pacientes que después de la primera toma no volvieron a la clínica a control, ni aún a consultar por aborto; entre tales casos, hay uno de doce semanas con pronóstico malo que pudo haber abortado en la casa y que a pesar de ello no se hospitalizó al requerírsele; los restantes, no nos atrevimos a juzgarlos como casos buenos concordantes, por no haber tenido hasta la fecha noticias de su posterior evolución.

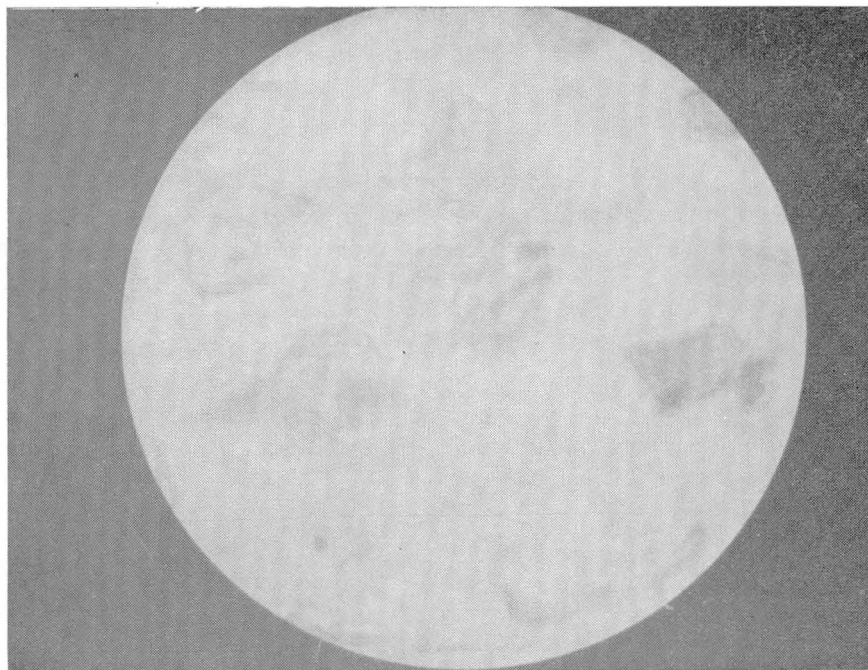
En cuanto al tratamiento hormonal empleado: ocho casos fueron inyectados con dosis altas de progesterona (50 mgrs., por cuatro días), dos de los cuales llegaron a presentar el aborto (casos 6, 25); habiéndose podido observar en todos ellos y antes del tratamiento una elevada acidofilia con índice picnótico marcado. Un solo caso, fue tratado con estrógenos (caso 23) habiéndose observado en la segunda toma aumento ligero de acidofilia y disminución del índice picnótico, motivo por el cual su pronóstico fue tenido como bueno, afirmación que más tarde se confirmó con la continuación del embarazo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El estudio del urocitograma en la embarazada es un poderoso auxiliar para fundamentar un pronóstico en el caso de presen-



Embarazo normal (gran aumento) - Factor Hormonal.



Acidofilia marcada en amenaza de aborto (gran aumento) - Factor Hormonal.

tarse signos de amenaza de aborto por causa hormonal. Sobre los estudios de colpocitología tendría la ventaja, de la fácil obtención de la muestra de material, lo cual no daría lugar a falsas lecturas al estar los extendidos libres de sangre o de posibles contaminaciones tricomoniásicas. Las desventajas del método están ligadas casi en su totalidad, a problemas de orden técnico en el laboratorio que fácilmente pueden ser obviados por un citólogo experimentado.

El presente estudio se llevó a cabo con pacientes obstétricas de la consulta de admisión de la Clínica Primero de Mayo de Bogotá, todas con signos clínicos de amenaza de aborto. El número total de casos fue de treinta y uno, de los cuales veintiseis consultaron por hemorragia y dolor. Los pronósticos citológicos fueron concordantes en un 61,29%, discordantes en un 22,58%; quedando un 16,13% que fue denominado "casos inciertos" atribuibles en un alto porcentaje a fallas achacables a las pacientes mismas, al no volver a la Clínica a los últimos controles, motivo por el cual no fueron tenidas como casos en concordancia pronóstica o sin ella.

BIBLIOGRAFIA

- 1 LENCIONI L. J.: "El Urocitograma". Atlas Ed. 1958. Buenos Aires.
- 2 ARZAC, J. P.: "Citología vaginal y de sedimento urinario en las postimerías del embarazo". Ginec. y Obstetric. de Méjico. 12: 467. 1957.
- 3 BARNES A. C., ZUSPAN F. P. "Vaginal cytology as evidence of expected date of confinement". Am. J. Obst and Ginec. 71: 1.080. 1956.
- 4 RODRIGUEZ LIMA y KEMITZER. "Citología en Obstetricia". Anais brasileiros de ginecología. 34: 193. 1952.
- 5 ALVAREZ BRAVO y col. "La citología vaginal y la citología del sedimento urinario en el embarazo". IV Reunión Nal. de Ginec. y Obst. Leon Gto. Méjico. X. 1956.
- 6 BIOT R. BELTRAN NUÑEZ R. "Modificaciones periódicas del sedimento urinario en relación con el ciclo menstrual, su posible utilización como "test" de ovulación". Sem. Med. Arg. 2: 532. 535. 1944.
- 7 PAPANICOLAOU G. N. "Diagnosis of pregnancy by citologic criteria in catheterized urine". Proc. Soc. Exper. Biol. and Med. 67: 247 1948.

- 8 FLETCHER P. F. "Study of possible significance of vaginal smear as additional factor in diagnosis of incomplete abortion". Am. J. Obst. and Gynec. 39: 562. 572. 1941.
- 9 BENSON R. C. y TRAUT R. F. "The vaginal smear as a diagnostic and pronocitic aid in abortion". J. Clin. Endocrinol. 10: 675-686. 1950.
- 10 LEMBERG, SIGFRIED y STAMM. "Cytologie vaginale a la fin de la grossesse". Internationale Congress. on Obst. et Gynecologie. Genve. 1954.
- 11 ALVAREZ BRAVO y col. "La citología vaginal y la citología del sedimento urinario en el embarazo". Rev. Col. de Obst. y Ginec. 8: 77-1957.
- 12 PUNDEL J. P. VAN MEENSEL F. "Gestation et Cytologie vaginale". Masson. París 1951.
- 13 CARDONA-ARANGO F. y col. "Citología Vaginal". Rev. Col. de Obst. y Ginec. XI: 2, 288, 1960.
- 14 GOMEZ-VESGA H. "Sugerencias Técnicas. Coloración de Gomory". Repert. Med y Cirug. 6: 190 1951.
- 15 LOPEZ-ESCOBAR G. y CESAR MENDOZA. "Urocitograma y Parto". Rev. Col. de Obst. y Ginec. 9: 501 1958.
- 16 DI PAOLA G. y USUBIAGA I. "Control de la amenaza de aborto con el urocitograma". Obst. y Ginec. Lat. Amer. 16: 85 1958. Buenos Aires.