

11217

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

123
2ej.



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**CORRELACION CITOLOGICA, HISTOLOGICA Y
COLPOSCOPICA DEL CONDILOMA Y NEOPLASIA
INTRAEPITELIAL CERVICAL**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TRABAJO DE TESIS

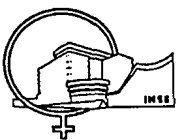
**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

DRA. LAURA SOTOMAYOR ALVARADO

ASESOR: DR. JORGE F. MENENDEZ VELAZQUEZ

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"**



México, D. F.

1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	páginas
Historia	1
Antecedentes Bibliográficos	5
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
- JUSTIFICACION	10
- OBJETIVOS	12
- HIPOTESIS	13
- CRITERIOS DE INCLUSION	14
- CRITERIOS DE NO INCLUSION	14
- CRITERIOS DE EXCLUSION	14
- TIPO DE ESTUDIO	15
- UNIVERSO DE TRABAJO	15
- DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	16
- MATERIAL Y METODOS	21
- RESULTADOS	23
- DISCUSION	27
- CONCLUSIONES	30
- BIBLIOGRAFIA	31

RESEÑA HISTORICA DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL Y EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

Revisando la literatura nos encontramos una extensa lista de términos para definir las lesiones del epitelio pavimentoso cervical, potencialmente precursoras de cáncer. Entre éstos podemos mencionar hiperplasia atípica, metaplasia atípica, atipia, cambios carcinomatoides, cáncer incipiente o potencial y complejo celular precanceroso (5).

De todo esto se deduce la confusión existente, no solo en el clínico sino también en el anatomopatológico.

Con la finalidad de homogenizar nomenclaturas y definiciones, un comité de expertos reunidos en Viena en 1961, recomendó el uso del término de displasia para todas las lesiones precursoras, definiéndolas así: "todo epitelio escamoso situado sobre la superficie o las glándulas, que muestre alteraciones en la diferenciación, sin alcanzar el grado de perturbación que caracteriza al carcinoma". Esta definición se emite principalmente por exclusión, evitando la descripción histológica detallada.

En 1975 la OMS introdujo modificaciones clasificando la displasia en leve, moderada o grave, dependiendo del grado de atipia y a la

vez introdujo un término confusional, el mismo término de displasia para las lesiones benignas no premalignas de la mama.

Según Govan y cols. (35) para el diagnóstico de carcinoma *in situ* se requiere que todo el grosor del epitelio se halle constituido por células indiferenciadas.

La OMS acepta que el CACU *in situ* tenga cierto grado de diferenciación en las células superficiales (36). Esto generó confusión por la variedad de criterios (37).

Richart en 1967 (1) introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical con la finalidad de englobar todas las lesiones precursoras, a la vez que acrecentaba en el clínico el concepto de un espectro continuado de cambios que tenía el carcinoma. Dividiendo el NIC en tres grupos que pueden perfectamente correlacionarse con la antigua displasia.

Una de las ventajas notorias de la aceptación del NIC es que confiere una idea de continuidad considerando todo el proceso como una única enfermedad, y tal vez como desventaja, que considera aún las formas menos acusadas de displasia como neoplasia. Hecho que puede dar lugar a exceso en el tratamiento. Sin embargo, las ventajas superan notablemente a las desventajas (37).

En 1968 se demostró la heterogeneidad de los diferentes tipos del virus del papiloma (38) y en 1970 Zarhausen es el primero en relacionar y estudiar el VPH y su participación en la carcinogénesis (38).

Los cambios histológicos y citológicos que más tarde se reconocieron como inducidos por el VPH ya habían sido descrito por Ayre en 1949 (38). Inclusive el mismo autor sugirió su causa viral y postuló que esta infección viral pudiera representar un eslabón entre las células normales y las lesiones malignas o premalignas (38).

Koss y Durfee acuñaron el término de atipia collocítica en 1956 (38). Meisels y cols. postularon que el collocito en la citología exfoliativa era patognomónico de la infección por VPH (38).

El VPH se ha relacionado directamente con el NIC en sus diferentes grados, así como el cáncer cervicouterino invasor.

Existen informes de que hasta en el 90% de los carcinomas se ha encontrado la presencia de DNA del VPH (39).

Actualmente en México no es posible aplicar a nivel general la técnica de hibridación de ácidos nucleicos que permite identificar con precisión el tipo de genoma del VPH de que se trate, debido a su poca disponibilidad y alto costo, por lo que

hay que manejarlo igual que el NIC hasta que se aclare su pronóstico.

Hacer uso de los recursos con los que contamos para llevar a la paciente a una detección oportuna, eficaz y de bajo costo, que nos permita implantarlo como rutina en las clínicas de detección oportuna del cáncer.

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS

La incidencia de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) ha aumentado dramáticamente en los últimos años, siendo referida por algunos autores como de índole epidémico (8,9).

Se desconocen las causas del carcinoma cervicouterino, no obstante, pruebas actuales sugieren que se trata de un proceso multifactorial vinculado con diversos factores epidemiológicos clínicos (10), entre éstos cabe mencionar:

- Coito inicial en edad temprana
- Múltiples compañeros sexuales
- Compañero sexual que ha tenido múltiples compañeras
- Antecedente de enfermedades venéreas
- Hábitos de fumar cigarrillo
- Grupo socioeconómico bajo
- Antecedentes de neoplasia intraepitelial cervical (NIC)
- Antecedentes de neoplasia intraepitelial vulvar (NIV)
- Antecedentes de infección cervicouterina por virus del papiloma humano (VPH).

Las mujeres con alguno de estos factores tienen un riesgo relativamente mayor para el NIC y puede considerarse dentro del grupo de alto riesgo (10).

Al considerar la etiopatogenia del NIC, dos hechos fundamentales deben tenerse en cuenta:

- 1.- Pluripotencialidad evolutiva de las células de reserva (11).
- 2.- Acción oncogénica de diversos factores, especialmente de los virus (11).

Las células de reserva sometidas a un proceso metaplásico, habitualmente darán lugar a un epitelio pavimentoso normal (1), pero si el endotelio inicial, células, por lo tanto inmaduras sufre la acción de diversos oncógenos, podría evolucionar hacia la aparición del NIC (11).

La resistencia inmunológica del huésped desempeña un importante papel, aunque ésta podría ser debilitada por cofactores (11).

Se ha demostrado en diferentes laboratorios por técnica de hibridación de ácidos nucleicos la prevalencia de tipos particulares de papilomavirus en tumores benignos y malignos respectivamente (12), casi siempre se encuentra VPH 6 y 11 en verrugas genitales (13, 14), mientras que el VPH 16 y 18 se relacionan con casi el 70% de los cánceres genitales (15, 16).

Más del 90% de las muestras tumorales contienen genoma del papilomavirus si se incluyen otros tipos virales como los VPH 31, 33, 35 y 39 (19, 20).

Estudios demuestran que las infecciones por VPH 16 están más frecuentemente relacionadas con un grado elevado de anormalidades que las que contienen el VPH 6 y 11 (21).

La presencia frecuente de DNA viral en biopsias de cáncer puede explicarse por la elevada afinidad de estos tipos particulares de VPH con las células transformadas (12).

La sintomatología del NIC es inexistente o cuando menos inespecífica. Algunos como leucorrea, metrorragias coitales, dispareunia y escosor pueden estar correlacionadas con el NIC (11).

La citología, colposcopia, biopsia cervical dirigida, el legrado endocervical (LEC) y el cono cervical diagnóstico son entre otros los métodos diagnósticos más frecuentemente utilizados en nuestro medio para la detección del NIC y condiloma (7).

La citología cervicovaginal (PAP) fue introducida por George N. Papanicolaou desde 1929 (22). Actualmente tiene una especificidad para detectar el NIC del 99.8% (23, 24) lo que sugiere que menos del .2% de las veces la prueba da un informe falso positivo (10).

En relación con la detección de infección por VPH la citología tiene una sensibilidad sólo del 15% (16).

La colposcopia fue introducida por H. Hinselmann en 1924, este estudio ha demostrado tener poca especificidad en la detección del NIC debido a la pobre interpretación de zonas de blanqueamiento por ácido acético en la región de transformación, lo que produce datos falsos positivos (10). La especificidad se reporta en un 30% en diferentes estudios colposcópicos (25).

Aunque la sensibilidad de la colposcopia en la identificación de las lesiones de la zona de transformación (ZT) es buena, las neoplasias de conducto endocervical no pueden observarse, lo que produce interpretaciones falsas negativas (26). Por otro lado, no puede aceptarse a la colposcopia como método eficaz en cuanto a costos para la detección en grandes grupos de cáncer cérvico uterino (10).

El estudio adicional de la colposcopia a la citología anormal disminuye significativamente los falsos negativos en la detección del NIC (28, 29).

Cabe mencionar que la colposcopia tiene una sensibilidad del 70% para la detección del VPH (16, 30).

Otra ventaja importante y definitiva de la colposcopia es que permite realizar biopsias dirigidas de las lesiones visibles en el cérvix, mejorando de esta manera la sensibilidad y especificidad de la biopsia cervical.

Tratando de aumentar aún más la sensibilidad de los procedimientos diagnósticos para la detección del NIC antes mencionados, se introdujo la realización rutinaria del LEC principalmente en los casos de colposcopia no satisfactoria (26, 31, 32). Sin embargo, existen controversias al respecto (33), algunos autores sostienen que el LEC baja sensibilidad con muy altos falsos positivos hasta en un 81% (26), ésto debido contaminación de la muestra del canal endocervical con lesiones más externas (26, 34).

El concenso general es realizar LEC en el estudio de pacientes con PAP anormal en el momento de realizar la colposcopia (31, 32).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La citología, colposcopia, biopsia dirigida y legrado endocervical, son procedimientos necesarios y complementarios en el diagnóstico y seguimiento de la paciente con NIC y/o condiloma cervical.

JUSTIFICACION

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) descrita por Richart en 1967 (1, 2) hoy en día de aceptación universal. En muchos de los casos la lesión tiende a ser progresiva de etapas leves (NIC I) a severas (NIC III) o incluso en el peor de los casos llegar a ser una neoplasia invasora (1, 3).

Actualmente está cobrando cada vez mayor valor la etiología vírica del NIC, concretamente el papel oncogénico del papilomavirus (4). La asociación entre el papilomavirus y el NIC varía grandemente según los autores y es muy posible que esta diferencia obedezca a errores en el diagnóstico de la viriasis genital, ya sea por exceso o quizás por defecto (5).

Se reporta en la literatura asociación con NIC y condiloma desde un 37.5% hasta un 100% (6, 3).

El carcinoma cervicouterino es la neoplasia ginecológica más frecuente en nuestro medio (7), sin embargo, este padecimiento permite su diagnóstico en etapas iniciales, lo que podría garantizar un tratamiento satisfactorio en la mayoría de los casos (8).

En nuestro medio, la citología es la prueba ideal del escrutinio en población abierta (7), pero estudios complementarios como la colposcopia, biopsia cervical dirigida y legrado endocervical, ayudan en forma importante a un diagnóstico más acertado (5).

Con base en estos enunciados y teniendo en cuenta la alta frecuencia de consulta por estas entidades en nuestro Hospital (7), se consideró de importancia valorar la correlación del diagnóstico del NIC y/o condiloma cervical reportados por la citología, colposcopia, biopsia cervical dirigida y legrado endocervical. Además de investigar el valor del legrado endocervical en este protocolo de estudio.

De acuerdo a los resultados obtenidos valoramos la necesidad o no, de aplicar estos procedimientos en el estudio protocolario de la paciente con NIC y/o condiloma.

OBJETIVOS

Determinar la correlación entre la citología, colposcopia, legrado endocervical y biopsia cervical dirigida en pacientes con condiloma cervical y/o NIC.

HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNA

La citología, colposcopia, legrado endocervical y biopsia cervical dirigida, son procedimientos necesarios y complementarios en el estudio del condiloma cervical y/o NIC.

HIPOTESIS NULA

La citología, colposcopia, legrado endocervical y biopsia cervical dirigida, no son procedimientos complementarios ni necesarios en el estudio del condiloma cervical y/o NIC.

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes femeninas a las cuales se les realizó colposcopia, legrado endocervical y biopsia cervical dirigida por haber presentado papanicolaou anormal.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

Falta de reporte en los expedientes de los resultados de citología, colposcopia, legrado endocervical y biopsia cervical dirigida.

Pacientes con reportes citológicos de PAPANICOLAOU clase V.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se analizaron 100 expedientes que cumplieron los criterios exigidos a partir del primero de enero de 1991

TIPO DE ESTUDIO

Retrospectivo

Descriptivo

Comparativo

Transversal

UNIVERSO DE TRABAJO

Será constituido por la población de mujeres que consulten al servicio de colposcopia.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

Citología cervicovaginal: Estudio citológico de escrutinio, de células exfoliadas cervicovaginales para la detección oportuna del cáncer cervicouterino.

Colposcopia: Método clínico que nos permite discernir entre la normalidad y la patología del cérvix, por medio de un microscopio binocular, el colposcopio.

a).- Colposcopia satisfactoria: Cuando se visualizan en su totalidad la zona de transformación y las lesiones existentes.

b).- Colposcopia no satisfactoria: Cuando no se visualizan en su totalidad la zona de transformación y las lesiones existentes.

Biopsia cervical dirigida: Estudio histológico de muestra cervical obtenida bajo dirección colposcópica y con el test de Shiller.

Legrado endocervical: Estudio citológico de células del canal endocervical obtenidas por legras cortantes del No.2, cánula de Novack o Randall.

Neoplasia intraepitelial cervical: Alteraciones en la diferenciación y maduración del epitelio cervical uterino en diferentes grados y sin rebasar la membrana basal.

Criterios citológicos e histológicos para la etapificación del NIC.

N I C

Características generales:

Frotis limpio, normal

Cohesión preservada

Discreta alteración de la maduración

Capas altas

Citoplasma:

Discreta irregularidad

Bordes nítidos

Eosinófilos. Cianófilos.

Núcleo:

Generalmente único

Discreta hipertrofia (alteración núcleo-citoplasma)

Cromatina. Nucleolo:

Fina, granular

Hipercromasia

Cromocentros

Puede haber nucleolos.

N I C II

Características generales:

Frotis que recuerda al normal

Pérdida de cohesión

Alteraciones de maduración y discreta indiferenciación

Capas intermedia y parabasal

Citoplasma:

Formas irregulares

Bordes nítidos

Cianófilos

Núcleo:

Puede haber multinucleación

Hipertrófico (alteración núcleo-citoplasma)

Polimorfismo

Cromatina. Nucleolo:

Granular gruesa

Hipercromasia

Cromocentros irregulares

N I C III

Características generales:

No recuerda el frotis normal

Pérdida de cohesión

Marcadas alternativas de la madurez y diferenciación

Capas basal y parabasal (excepto displasias cueratinizantes)

Citoplasma:

Escaso. Poco definido

Cianófilo

Núcleo:

Único. Irregular

Hipertrofia (alteración máxima del núcleo-citoplasma)

Refuerzo de la membrana celular

Comatina. Nucleolo:

Cromatina en grumos gruesos

(sal y pimienta)

Cromocentros irregulares

Puede haber hiperchromasia

No hay nucleolos

INDICE COLPOSCOPICO

SIGNO	CERO PUNTOS	UN PUNTO	DOS PUNTOS
Borde	<p>Contorno condilomatoso o micropapilar. Bloqueo indistinto con ácido acético. Bordes loculados o plumados. Lesiones angulares inclinadas. Lesiones satélite y blanqueo con ácido acético que se extiende más allá de la zona de transformación.</p>	<p>Lesiones regulares con límites rectos lisos.</p>	<p>Bordes enrollados de descamación. Demarcaciones internas entre zonas de diferente aspecto.</p>
Color	<p>Brillante, blanco niveo. Blanqueo indistinto con ácido acético.</p>	<p>Sombra intermedia (gris brillante).</p>	<p>Blanco ostra opaco.</p>
Vasos	<p>De calibre fino, patrones poco definidos. Lesiones condilomatosas o micropapilares.</p>	<p>Ausencia de vasos</p>	<p>Puntilleo definido o moscicismo.</p>
Yoduro	<p>Tinción positiva Negatividad menor.</p>	<p>Captación parcial de yodo.</p>	<p>Tinción negativa de la lesión con siderable.</p>

Calificación Colposcópica: 0-2 SPI O CIN I
 3-5 CIN I-II
 6-8 CIN II-III lesiones aneuploides

El método estadístico aplicado a todas las variables estudiadas será χ^2 .

METODOLOGIA

Se revisaron todos los expedientes clínicos archivados en el servicio de Colposcopia a partir del primero de enero de 1991, seleccionando los primeros 100 casos que cumplan los criterios exigidos.

Se analizaron en forma separada los diagnósticos de: citología, colposcopia, legrado endocervical y biopsia cervical dirigida. Entendiéndose como diagnósticos:

VPH solamente

VPH + NIC

NIC solamente

En base a estos diagnósticos se determinó la sensibilidad y especificidad de cada método.

Posteriormente se formaron tres grupos de comparación:

GRUPO I (Biopsia + Citología).- Todos los casos que tengan coincidencia en el diagnóstico citológico y por biopsia.

GRUPO II (Biopsia + Colposcopia).- Todos los casos en los que coincida el diagnóstico por biopsia y citología.

GRUPO III (Biopsia + LEC).- Todos los casos en que coincida el diagnóstico por biopsia y LEC.

Se tomó el diagnóstico de la biopsia como el de mayor confiabilidad cuando se compararon los diagnósticos de los otros métodos.

El análisis estadístico para la comparación de los tres grupos se hizo con la chi cuadrada.

RESULTADOS

Se examinaron retrospectivamente 480 expedientes clínicos de las pacientes que consultaron al Módulo de Colposcopia de enero a julio de 1991, seleccionándose solamente 100 que cumplieron los criterios exigidos.

De las 100 pacientes que habían sido referidas a nuestra Unidad por PAP anormal, 70 tenían diagnóstico de VPH, 9 de NIC y 21 de NIC + VPH (fig.1).

A todas se les realizó colposcopia, ésta se llevó a cabo por médicos en adiestramiento y médicos adscritos al servicio.

Se estableció el diagnóstico colposcópico de VPH en 46, NIC en 14, NIC + VPH en 38 y fue negativo en 2 pacientes (fig.2). A todas se les tomó biopsia dirigida basándose en la prueba de Schiller, determinándose en el reporte patológico VPH en 54, NIC en 13 y NIC + VPH en 26 (fig.3). Los resultados del legrado endocervical fueron NIC en 8 casos, VPH en 26, VPH + NIC en 3 y 61 negativos.

Con base en nuestros resultados se formaron tres grupos para su estudio comparativo, tomando la biopsia como el método diagnóstico de mayor sensibilidad y especificidad, además de que existía en cada grupo correlación diagnóstica.

GRUPO A.- Se confirmó de acuerdo al diagnóstico de la biopsia y la citología.

GRUPO B.- Se confirmó de igual manera pero con la biopsia más la colposcopia.

GRUPO C.- Este se llevó a cabo con la biopsia y el legrado endocervical.

En el **GRUPO A** (biopsia y citología):

Hubo correlación en el diagnóstico de NIC en dos casos, VPH más NIC en 12 casos y VPH en 45 casos (fig.5-6).

En el **GRUPO B** (biopsia más colposcopia):

Hubo correlación en el diagnóstico de NIC en tres casos, VPH más NIC en 15 casos y VPH en 37 casos (fig.5).

En el **GRUPO C** (biopsia más legrado endocervical):

Hubo correlación con el diagnóstico de NIC en tres casos, NIC más VPH en cuatro y VPH en 21, además de que seis casos fueron negativos (fig.6).

Se sometió a comparación y estudio estadístico con χ^2 del grupo A con el grupo B y grupo a con el C, encontrando:

1.- En el análisis estadístico del grupo A contra el grupo B: Cuando se compararon los casos de NIC y los de NIC más VPH, no se encontró diferencia estadística significativa, en los casos con VPH solamente hubo una diferencia significativa estadística con $p(<0.005)$.

2.- En el análisis estadístico del grupo A contra el C:

En igual forma a la comparación anterior, en los casos de NIC solamente, no se encontró diferencia estadística significativa. En la comparación de los casos de VPH solamente se encontró diferencia estadística con $p(<0.05)$ y en los de NIC más VPH también hubo diferencia estadística significativa con $p(<0.005)$.

BIOPSIA + CITOLOGIA		
NIC	VPH + NIC	VPH
2	12	45

BIOPSIA + COLPOSCOPIA		
NIC	VPH + NIC	VPH
3	15	37

BIOPSIA + L E C			
NIC	VPH + NIC	VPH	NEGATIVAS
3	4	21	6

DISCUSION

La NIC se acepta como una lesión progresiva (1, 3). Su asociación con el VPH se presenta en la mayoría de los casos (3, 4, 5) y en vista de que el CACU es la neoplasia ginecológica más frecuente en nuestro medio (7) se hace imperativo llevar a cabo en las diferentes unidades, enfrentándose a este padecimiento, protocolos de estudio ordenados, sensibles, prácticos, económicos y sobre todo, de alta sensibilidad, que garanticen diagnósticos oportunos del CACU.

La citología, colposcopia, biopsia dirigida y legrado endocervical, conforman en nuestro hospital los métodos básicos de diagnóstico y seguimiento de la NIC y el VPH.

La colposcopia se ha convertido en un método obligado para el estudio del PAP anormal, tanto para el NIC como para el VPH, en nuestro estudio, a pesar de tener una colposcopia no satisfactoria en el 50% de los casos, tuvimos una sensibilidad diagnóstica para el VPH solamente del 85.1% comparándola con el diagnóstico de VPH por histopatología, porcentaje éste más elevado que el reportado en la literatura del 70% (16).

Para el NIC + VPH la sensibilidad fue del 10% con ocho falsos positivos (21%).

La colposcopia y la biopsia dirigida son métodos más sensibles y específicos para el diagnóstico del NIC que la citología.

La colposcopia tuvo una sensibilidad del 100% en nuestro estudio con un solo falso positivo (7.6%).

La correlación diagnóstica del NIC y NIC + VPH por citología colposcopia y biopsia fue bastante significativa en nuestro estudio, no sucediendo lo mismo con el diagnóstico del VPH solamente, esto podría explicarse por la alta sensibilidad de la citología para el diagnóstico del NIC y la alta asociación de NIC y VPH, por otro lado, el sobrediagnóstico de VPH por citología en nuestras unidades médico familiares por falta de experiencia de los citotecnólogos.

A todas nuestras pacientes se les realizó legrado endocervical independientemente si la colposcopia era o no satisfactoria, obtuvimos una sensibilidad del 51% para el diagnóstico de VPH, 61.5% para el NIC y 11.5% para el NIC + VPH.

En el estudio estadístico comparativo entre el diagnóstico por citología, biopsia y legrado endocervical de VPH y NIC + VPH, encontramos diferencias estadísticas comparativas, esto debido a la poca sensibilidad y especificidad del legrado endocervical.

No hubo diferencia estadística significativa en el diagnóstico del NIC y consideramos que esto es debido a contaminación en la toma de la muestra, por no contar con el material apropiado.

La poca sensibilidad y especificidad del legrado endocervical para el diagnóstico del NIC y/o VPH está acorde con lo reportado en la literatura (26).

Estamos convencidos de la utilidad del legrado endocervical en los casos de PAP anormal y colposcopia no satisfactoria y aún en nuestro medio, por no contar con colposcopio de mayor resolución o microcolpohisteroscopio. El legrado endocervical en las pacientes con NIC y colposcopia satisfactoria, tiene gran utilidad para la decisión de la conducta a tomar.

CONCLUSIONES

1.- Los estudios protocolarios de la colposcopia y biopsia dirigida en pacientes con PAP anormal, son necesarios y complementarios.

2.- La colposcopia y biopsia dirigida son métodos de mucha sensibilidad y especificidad en el diagnóstico del NIC y/o VPH cervical.

3.- El legrado endocervical es un método de baja sensibilidad y especificidad en el NIC y/o condiloma cervical.

4.- Debido a la falta de recursos (colposcopio de mayor resolución, microcolpohisteroscopia y legras adecuadas para el legrado endocervical), es necesario corroborar la necesidad del mismo en pacientes con NIC y colposcopia satisfactoria y no satisfactoria en nuestro medio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Richart RM.- Natural history of cervical intraepithelial neoplasia.- Clin. Obstet. Gynecol., 10; 748, 1967.
- 2.- Richart RM, Barrox BA.- A follow-up study of patients with cervical displasia.- Am J. Obstet. Gynecol., 105; 336, 1967.
- 3.- Richart RM, Yao Shi Fu, Reagan JM.- Pathology of cervical intraepithelial neoplasia.- Gynecologic Oncology Vol. I Edimburgo, 1981.
- 4.- Smotkin D.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.- Editorial Interamericana, Vol. I, 117-23, 1989,
- 5.- Dexeus S, López-Marín L, Labastida R, Cararach M.- Tratado y atlas de patología cervical. Colposcopia y microcolpohisteroscopia.- Editorial Salvat, 1989.
- 6.- Ludwig ME, Lowell DM, Livolsi VA.- Cervical condylomatous atypia and its relationship to cervical neoplasia.- Am. J. Clin. Pathol, 76; 255, 1981.
- 7.- Hospital "Luis Castelazo Ayala, IMSS.- Procedimientos en Ginecología, 1989.
- 8.- Roberts A.- Cervical Cytology in England and Wales, 1965-1980.- Health Trends, 14; 41-3, 1982.

- 9.- Beral V, King S, Usherwood MM.- Abnormal smears, are we in for an epidemic?.- Br. med. J. 287; 526-8, 1983.
- 10.- Wilkinson E.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica.- Editorial Interamericana, Vol. IV, 791-7, 1989.
- 11.- Dexeus S, López-Marín L, Labastida R, Cararach M.- Tratado y atlas de patología cervical. Colposcopia y microcolpohisteroscopia.- Editorial Salvat, 1989.
- 12.- Gissmann L.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.- Editorial Interamericana, 137-42, 1989.
- 13.- De Villiers Em, Gissmann L, Zurhausen H.- Molecular cloning of viral DNA from human genital warts.- J. Virol 40; 932, 1981.
- 14.- Gissmann L, Diehl V, Schultz-Coulon HJ.- Molecular cloning and characterization of human papillomavirus DNA, derived from a laryngeal papiloma.- J. Virol 44; 393, 1982.
- 15.- Dürst M, Gissmann L, Ikenberg H, Zurhausen H.- A papillomavirus DNA from a cervical carcinoma and its prevalence in cancer biopsies from different geographic regions.- Proc. Natl. Acad. Sci USA 80; 3812, 1983.

- 16.- Boshart M, Gissmann L, Ikenberg H, et. al.- A new type of papillomavirus DNA, its presence in cervical cancer biopsies and in cell lines derived from cervical cancer.- EMBOJ 3; 1151, 1984.
- 17.- Lorincz At, Lancaster WD, Temple G.- Cloning and characterization of the DNA of a new human papillomavirus from woman with cervical dysplasia of the uterine cervix.- J. Virol 58; 225, 1986.
- 18.- Baudenon S, Kremsdorf D, Obalek S, et.al.- Plurality of genital human papillomavirus characterization of two new types with distinct biological properties.- Virology 161; 374, 1987.
- 19.- Gissmann L, Boshart M, Dürst M, et. al.- Presence of human papillomavirus (HPV) DNA in genital tumors.- J. Invest. Dermatol., 83; 26, 1984.
- 20.- Lorincz AT, Temple GF, Kurman RJ.- Oncogenic association of specific human papillomavirus types with cervical neoplasia.- JNCI 79; 671, 1987.
- 21.- Campion MJ, Cuzick J, McCance DJ.- Progressive potential of mild cervical atypia: Prospective cytological, colposcopic and virological study.- Lancet 2; 237, 1986
- 22.- Koss LG.- The papanicolaou test for cervical cancer detection: a triumph and tragedy.- JAMA 261; 737, 1989.

23.- Husain ON, Butler B, Evans DD.- Quality control in cervical cytology.- J. Clin. Pathol 27; 935, 1976.

24.- Van der Graff Y, Vooijis GP, Gaillard HLJ.- Screening errors in cervical cytology.- Acta. Cytol. 31; 434, 1987.

25.- Lozowski MS, Mishriskiy, Telebian F.- The combined use of cytology and colposcopy in enhancing diagnostic accuracy in preclinical lesions of uterine cervix.- Acta. Cytol. 26; 285, 1982.

26.- Asharf El - Dabh, Rogers R, Davis T.- The role of endocervical curettage in satisfactory colposcopy.- Obstet Gynecol 74; 159, 1989.

27.- Lohe KJ, Burghardt E, Hillemanns HG.- Early squamous cell carcinoma of the uterine cervix.- Gynecol Oncol 6; 31, 1978.

28.- Chomet J.- Screening for cervical cancer a new scope for general practitioners, result of the first year of colposcopy in a general practice.- Br Med. J. 294; 1307, 1987.

29.- Fox H.- Cervical smears, new terminology and new demands.- Br. Med. J. 287; 1326-8, 1987.

30.- Murphy JF, Martin F, O'brian DP, De costa C.- Colposcopy in the management of patients with positive cervical cytology.- Ir J. Med. Sci 147; 54-61, 1978.

31.- Townsend DE, Ostergard DR, Mishell R, et. al.- Abnormal papanicolau smears-evaluation by colposcopy biopsies, and endocervical curetage.- Am. J. Obstet Gynecol 108; 429,1970.

32.- Shingleton HM, Gore H, Austin JM.- Outpatient evaluation of patients with atypical papanicolau smears: Contribution of endocervical curettage.- Am. J. Obstet. Gynecol 126; 122, 1976.

33.- Swan RW.- Evaluation of colposcopic accuracy without endocervical curettage.- Obstet Gynecol 53; 680-4, 1979.

34.- Urcuyo R, Rome RM, Nelson JH.- Some observations on the value of endocervical curettage performed as an integral part of th colposcopyc examination of patients with abnormal cervical cytology.- Am. J. Obstet. Gynecol 128; 787, 1977.

35.- Govan ADT, Haines RM, Langley Fa y cols.- The histology and cytology of changes of the epithelium of the cervix uterine.- J. Clin. Pathol 22; 383, 1969.

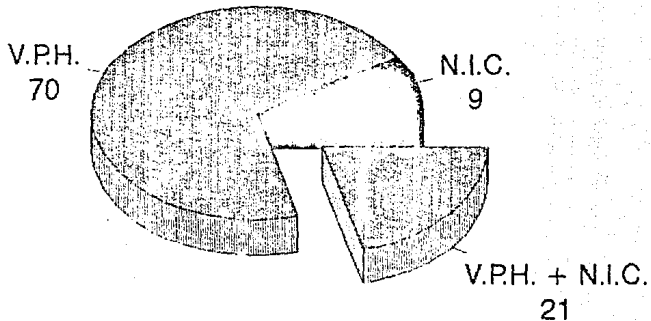
36.- Poulsen HE, Taylor LW, Sobin LH.- Histological typingof female genital tract tumours.- International classification of tumors, World Health Organization, Ginebra 1975.

37.- Anderson MS.- The pathology of cervical cancer.- Clin Obstet Gynecol 12; 87, 1985.

38.- Krebs HB.- Clin. Obstet. Gynecol. 1; 105, 1989.

39.- Koutsky LA, Galloway DA, Holmes KK.- The epidemiology of genital papillomavirus infection.- Epidemiol Rev. 10; 122, 1983.

CORRELACION CITOLOGICA-HISTOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN PACIENTES CON NIC Y/O CONDILOMA

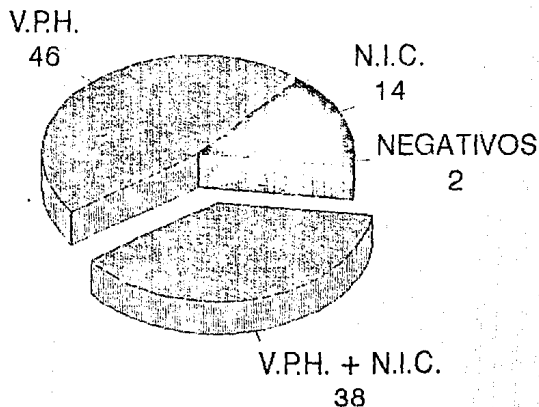


PACIENTES CON CITOLOGIA ANORMAL
H.G.O. "L.C.A."

FIGURA No. 005

CORRELACION CITOLOGICA-HISTOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN PACIENTES CON NIC Y/O CONDILOMA

N=100



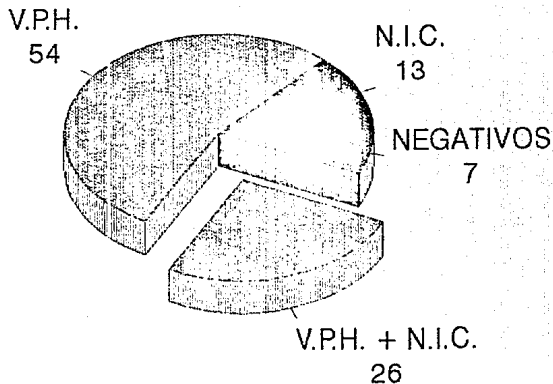
DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO

H.G.O. "L.C.A."

FIGURA No. TRES

CORRELACION CITOLOGICA-HISTOLOGICA Y COLPOSCOPICA
EN PACIENTES CON NIC Y/O CONDILOMA

N=100



DIAGNOSTICO POR BIOPSIA

H.G.O. "L.C.A."

FIGURA No. CUATRO

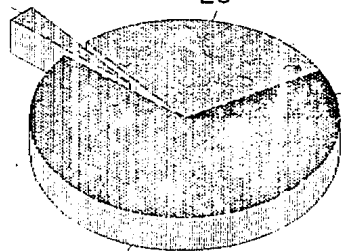
CORRELACION CITOLOGICA-HISTOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN PACIENTES CON NIC Y/O CONDILOMA

N=100

V.P.H. + N.I.C.
3

V.P.H.
28

N.I.C.
8



NEGATIVOS
61

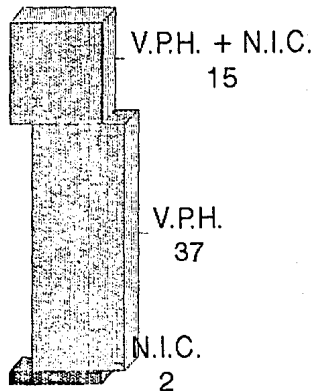
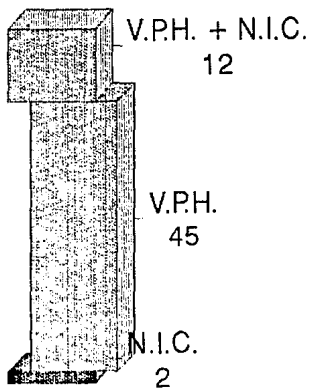
DIAGNOSTICO POR L.E.C.

H.G.O. "L.C.A."

FIGURA No. CINCO

CORRELACION CITOLOGICA-HISTOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN PACIENTES CON NIC Y/O CONDILOMA

N=100



BIOPSIA Y CITOLOGIA

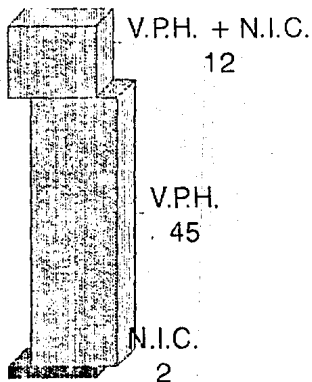
COLPOSCOPIA Y BIOPSIA

H.G.O. "L.C.A."

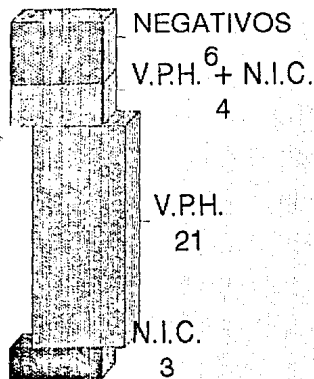
FIGURA No. SEIS

CORRELACION CITOLOGICA-HISTOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN PACIENTES CON NIC Y/O CONDILOMA

N=100



BIOPSIA Y CITOLOGIA



BIOPSIA Y L.E.C.

H.G.O. "L.C.A."