

11217 28
24

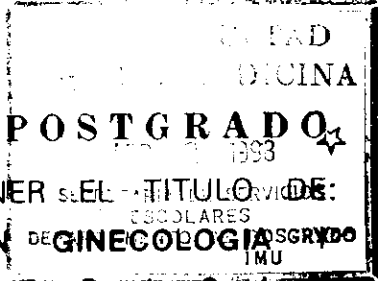


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

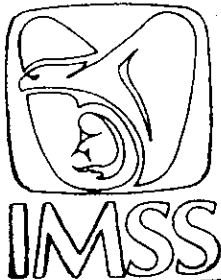
11217
28

CORRELACION COLPOSCOPICA E HISTOLOGICA
CON EL SISTEMA CITOLOGICO DE BETHESDA

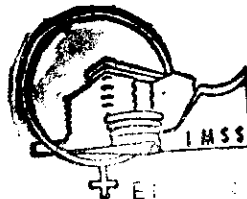


TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA
DR. GUILLERMO CELORIO AGUILERA

ASESOR: DR. JOSE LUIS GONZALEZ SANCHEZ



MEXICO, D. F.



FEBRERO DE 1998

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA" IMSS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

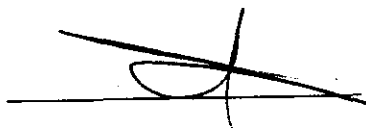
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

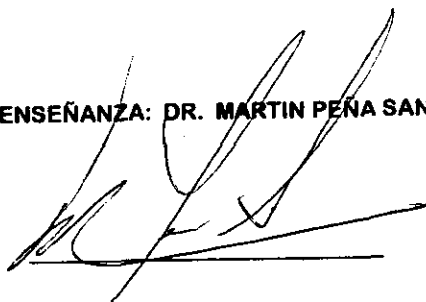
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**CORRELACION COLPOSCOPICA E HISTOLOGICA CON EL
SISTEMA CITOLOGICO DE BETHESDA**

DIRECTOR: DR. FERNANDO ALFONSO RIOS MONTIEL

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line with a stylized, looped flourish above it.

JEFE DE ENSEÑANZA: DR. MARTIN PEÑA SANDOVAL

A handwritten signature in black ink, featuring a horizontal line with a complex, multi-looped flourish above it.

COORDINADOR DE LA TESIS: DR. JOSE LUIS GONZALEZ SANCHEZ

A handwritten signature in black ink, showing a horizontal line with a large, circular flourish above it.

LA VIDA SE LA DEBO A ELLA,
EL ME DIO EL APOYO QUE YO
NECESITABA.

AMBOS, JUNTOS CON MIS
HERMANOS ME APOYARON
Y CONFIARON EN MI.

AGRADEZCO A MIS PADRES

Y

MIS HERMANOS

POR LOS LOGROS
QUE OBTUVE
POR ELLOS



VI CONGRESO NACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

3 AL 8 DE NOVIEMBRE DE 1996
MAZATLAN, SINALOA, MEXICO



Mazatlán, Sinaloa, Noviembre de 1996

COMITE ORGANIZADOR

DR. JOSE ROBERTO AHUED AHUED
PRESIDENTE HONORARIO

DR. V. GASPAR MARTINEZ ANDRADE
PRESIDENTE EJECUTIVO

DR. RAFAEL POSADA ESCOBAR
DR. JOSE M. GUTIERREZ GONZALEZ
DR. HECTOR RAMON GARCIA RAMOS
VICE-PRESIDENTES

DR. JOSE DE JESUS MONTOYA R.
SECRETARIO GENERAL

DR. FELIPE ENRIQUE OSUNA MOTTA
TESORERO GENERAL

DR. FRANCISCO I. SAUCEDO NORIEGA
VOCAL

La Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia y el Comité Organizador del VI Congreso Nacional hacen constar que el:

DR. GUILLERMO CELORIO AGUILERA

es COAUTOR del TRABAJO LIBRE:

CORRELACION COLPOSCOPICA E HISTOLOGICA CON EL SISTEMA CITOLOGICO DE BETHESEDA.

El cual se presentó dentro de las Actividades del Congreso y se incluirá en la publicación del Suplemento de la Revista Ginecología y Obstetricia de México.

Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

Dr. Carlos Fernández Del Castillo S.
Presidente

Comité Organizador del VI Congreso Nacional

Dr. V. Gaspar Martínez Andrade
Presidente

Dr. José de Jesús Montoya R.
Secretario General

ORGANIZADA EN COOPERACION

del esfuerzo por ser conscientes



INDICE

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	8
DISCUSION Y CONCLUSIONES	9
TABLAS	12
BIBLIOGRAFIA	17

ANTECEDENTES

A pesar del decremento en la incidencia y mortalidad por el cáncer cervicouterino en la mujer con vida reproductiva activa, se ha elevado en mujeres más jóvenes. Estos cambios son por la mayor aceptación de la citología cervical como método de detección temprana para las lesiones malignas y premalignas del cérvix y así establecer más tempranamente su diagnóstico e implementar rápido su tratamiento (1) ,en las mujeres con factores de riesgo asociados como son el tabaquismo, inicio de vida sexual activa a temprana edad, varios compañeros sexuales infecciones por virus del papiloma humano VPH o por el virus de la inmunodeficiencia humana(2) .

Durante los años 70's el método de clasificación de las citologías cervicales y el diagnóstico citopatológico fue realizado por varios sistemas de reporte (3) .Ante la diversidad de los criterios y resultados ambiguos, hubo la necesidad de establecer un sistema estandarizado de reporte citopatológico (4) . En un intento por establecer el consenso sobre la terminología en citología cervical, el Instituto Nacional de Cáncer de la División de Prevención y Control del Cáncer, estableció una reunión de trabajo en Bethesda Maryland, el 12 y 13 de diciembre de 1988; de donde surgió una nomenclatura designada como "Sistema Bethesda" (SB), para reportar el diagnóstico citopatológico cervicovaginal. En el cual se incluye: 1)el reporte citopatológico es una consultoría médica, 2) el reporte de Papanicolaou no es aceptable en la práctica médica moderna para el diagnóstico citopatológico; 3) el SB sirve como una guía para el reporte citopatológico de las muestras cervicales (4).

El SB fue introducido para reemplazar las designaciones numéricas de las clases de Papanicolaou facilitando la comunicación precisa entre los citopatólogos y los clínicos. La terminología para las lesiones escamosas epiteliales incluye las siguientes: 1) células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS); 2) lesiones intraepiteliales escamosas (LIE), que comprenden el espectro de precursores de carcinoma de células escamosas divididos en LIE de bajo grado (cambios celulares asociados con VPH, displasia leve y neoplasia intraepitelial cervical NIC I) y el LIE de alto grado (displasia moderada, displasia severa, NIC II-III y carcinoma in situ); y 3) carcinoma de células escamosas. La razón para incluir los cambios relacionados con VPH (coilocitosis) con NIC I dentro del LIE de bajo grado se basa en la similitud morfológica, comportamiento y analogía de ambas lesiones; lo cual impide una separación en una forma consistente y confiable. Por las mismas razones las lesiones del NIC II y NIC III han sido incluidas dentro de la categoría de LIE de alto grado. El término de "células escamosas atípicas de significado indeterminado" se usa para los hallazgos citológicos que no reúnen los criterios para los cambios reactivos benignos definidos o LIE. Así este término está más restringido en su uso comparado con el amplio rango de interpretaciones atribuidas previamente a "atipia o atipia inflamatoria" (1).

En Australia, el registro de citología cervical de Victoria fue establecido en 1989, dada la ausencia de estandarización de reportes citológicos en esta ciudad. Esto fue acordado por los citopatólogos, pero en 29 de los mejores laboratorios de Victoria, Australia no lo utilizaban; por lo que en 1992, el Centro Nacional de Salud y el Concilio de Investigación Médica de Australia propuso se

adoptara el Sistema modificado de Bethesda para el reporte citopatológico en todos los laboratorios de Australia (6).

Así es como varios hospitales como el Johns Hopkins Hospital prefiere el uso del SB (7), como varios laboratorios citopatológicos de Estados Unidos aceptan esta clasificación para realizar sus reportes (8,9); al igual que el Colegio Americano de Interlaboratorios de Patología deciden manejar la clasificación propuesta para las citología ginecológicas (10). Sumándose así varios reportes de casos y de artículos que prefieren el SB para realizar sus trabajos (11,12,13,14,15,16,17,18,19). Y en 1993 el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) acepta al SB como clasificación citológica (20).

Aunque en los primeros años de establecido el sistema de clasificación se encontraron algunas situaciones negativas para utilizarlo, entre las cuales se encontraron que no se distinguía entre una lesión preneoplásica y una verdadera neoplasia (21), es poco efectivo y hay falsos negativos (15), que es insatisfactorio, eliminar el término de alto y bajo grado etc. (22,23).

Aunque la colposcopia fue inventada por el alemán Hans Hinselmann en 1925 aproximadamente, no fue utilizado hasta los años setenta en que fue adoptado en Estados Unidos para la práctica médica. Una mejor comprensión de la fisiopatología de la neoplasia cervical y una terminología colposcópica más precisa ayuda a describir los eventos observados en el epitelio cervical en relación con la salud y enfermedad, y patrones de neoplasia cervical. Aunque se tiene más apego a los métodos conservativos de tratamiento más se toma en cuenta al colposcopio como una técnica complementaria en los programas de detección de citologías anormales. Hoy la colposcopia es parte integral en los programas de detección y tratamiento del cáncer cervical; siendo un

procedimiento clínico estándar en la evaluación de pacientes que presentan citologías anormales (5).

Hinselman publicó su trabajo en Alemania y su terminología utilizada tubo dificultad para traducirse a otros lenguajes. En 1943, George Papanicolaou publicó su tratado sobre citología anormal. Esta técnica tubo rápida aceptación popular y fue inicialmente vista como una competencia con la colposcopia. Esto posiblemente ocasionó que la colposcopia no se aceptara fácilmente en Norte América. El método moderno de la colposcopia se hizo popular después de la simplificación de su terminología desarrollado por Coppleson y después Staff enfatiza en una zona de transformación. La terminología de la colposcopia fue aprobada en 1975 en el 2o congreso de Patología Cervical y Colposcopia por la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia. Esta terminología comprende datos colposcòpicos normales, anormales, insatisfactorios y miselaneos; hasta el Índice Colposcòpico Combinado (ICC) (24).

Es bien reconocido que los datos colposcòpicos correlacionan con el diagnóstico histològico. El sistema de graduación de la zona de transformación atípica fue desarrollada por Coppleson, que es una guía para determinar la severidad de las lesiones colposcòpicas, detectan el grado histològico, correlacionando el grado Y colposcòpico con el NIC I o displasia leve (25).

Es importante la correlación citològica con la histològica, pero està tan lejos el inicio de la enfermedad y su confirmación histològica; por lo que la citología insinúa, la colposcopia predice y la histología correlaciona. Por esto es inadecuado determinar con una citología la severidad de un cuadro, entonces se debe de realizar una colposcopia y biopsia dirigida para la confirmación

diagnóstica (26), ya que la colposcopia es una herramienta para las citologías anormales (27). Se ha investigado cuales son las mejores formas de realizar y de tomar una citología cervical (28), pero la discrepancia entre el PAP y las biopsias, directas por colposcopia crean un dilema en el tratamiento, especialmente cuando el espécimen citológico es altamente sugestivo de lesión cancerosa y el histológico no, por medio del antiguo método de clasificación de las citologías (29), si la revisión citológica e histológica se realiza utilizando el SB pueden resolverse mucho estas discrepancias (30). Hay varios trabajos que nos sugieren la utilización del SB para la clasificación de las citologías y se ha visto que hay una mejor correlación colposcópica, tanto para sugerir una colposcopia como para un seguimiento de un tratamiento, teniendo la misma sensibilidad y especificidad utilizando la correlación colposcópica con el SB, que con el Papanicolaou tradicional (31,32,33,34,35).

La justificación para realizar este proyecto fue que con el nuevo sistema de clasificación para reportar las citologías cervico vaginales disminuirá la ambigüedad de las clases de Papanicolaou y unificará los criterios citopatológicos.

Con la aplicación del SB para el reporte de citologías mejorará la comunicación entre los citopatologos y los ginecólogos así como los colposcopistas.

El Sistema Bethesda para clasificación de citologías cervico vaginales se deberá de establecer en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" en forma rutinaria; para el diagnóstico y seguimiento postratamiento de las patologías cervicovaginales.

El objetivo del presente trabajo fue determinar que hay una correlación entre los diagnósticos de lesiones premalignas cervicales aplicando el Sistema Bethesda para

MATERIAL Y METODOS

Estudio prospectivo, comparativo, observacional y transversal, que se realizó de junio de 1995 a diciembre del mismo año, en el servicio de Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del IMSS. Se incluyeron 100 pacientes referidas a esta clínica con el antecedente de una citología anormal a NIC sola o asociada a VPH. Se incluyeron a todas las mujeres con edades comprendidas entre 15-45 años, con vida sexual activa, sin patología ginecológica, y se excluyeron a las pacientes que no cubrían estos requisitos. Eliminándose a dos pacientes a quienes en la biopsia dirigida se reportó cáncer cervico uterino microinvasor. Agregándose dos pacientes más para mantener la muestra. Se realizó exploración ginecológica, se colocó espejo vaginal, se realizó citología cervical, aseo de cervix, exploración colposcópica, visualizándose las características del cervix y de la unión escamo columnar, luego se aplicó ácido acético al 3% con hisopo, visualizándose nuevamente con colposcopio, continuando con la aplicación de lugol y observación. Metódicamente se aplicaron cada una de las características que constituyen el ICC, como son nitidez de los bordes periféricos, color, características de los vasos y tinción con yodo. De acuerdo con dichas características, se les dio a cada una la puntuación de 0, 1, 2, según sea el caso y posterior a ello se suman los 4 parámetros, resultando una calificación

final, lo que se extrapoló a un diagnóstico colposcópico de acuerdo al criterio de Reid. Quien da como valoración colposcópica de 0-2 VPH y NIC I, 3-5 NIC I-II, 6-8 NIC II-III y lesiones aneplodes. Para poder evaluar estadísticamente los resultados la modificamos de la siguiente manera 0-2 VPH y NIC I, 3-5 NIC I y de 6-8 NIC II; y así formar categorías mutuamente excluyentes. La citología se analizó con el Sistema Bethesda de acuerdo a la clasificación modificada de la misma. Tabla I. Se realizó la prueba estadística de χ^2 con corrección de Yates para homogeneidad con una $p < 0.05$.

RESULTADOS

El rango de edad de las pacientes fue de 20-45 años, encontrando un promedio de edad de 35.1 años. El inicio de vida sexual activa es de 14-30 años con un promedio de edad de 19 años. El 64% tenía un compañero sexual. El 22% de las pacientes tenía el factor tabaco como positivo. Y el 35% utilizó alguna vez en su vida hormonales orales exógenos. La correlación citológica e histológica de la biopsia dirigida por colposcopia encontrada en 67 de 70 pacientes, es de el 96% correlacionó con LEIBG ($p < 0.05$), con una concordancia de 100% para el VPH y 95% el NIC I. De las 29 de 30 pacientes que tuvieron LEIAG (97%), tuvieron una concordancia de 82% para NIC II y 100% para NIC III ($p < 0.05$). Tabla II.

Respecto al ICC correlacionó con el diagnóstico histológico para el valor de 0-2 en un 69% en 47 pacientes, con una concordancia de 78% para VPH y 50% para NIC I, siendo para este último no significativo estadísticamente ($p < 0.05$).

final, lo que se extrapoló a un diagnóstico colposcópico de acuerdo al criterio de Reid. Quien da como valoración colposcópica de 0-2 VPH y NIC I, 3-5 NIC I-II, 6-8 NIC II-III y lesiones aneplóides. Para poder evaluar estadísticamente los resultados la modificamos de la siguiente manera 0-2 VPH y NIC I, 3-5 NIC II y de 6-8 NIC III; y así formar categorías mutuamente excluyentes. La citología se analizó con el Sistema Bethesda de acuerdo a la clasificación modificada de la misma. Tabla I. Se realizó la prueba estadística de X² con corrección de Yates para homogeneidad con una $p < 0.05$.

RESULTADOS

El rango de edad de las pacientes fue de 20-45 años, encontrando un promedio de edad de 35.1 años. El inicio de vida sexual activa es de 14-30 años con un promedio de edad de 19 años. El 64% tenía un compañero sexual. El 22% de las pacientes tenía el factor tabaco como positivo. Y el 35% utilizó alguna vez en su vida hormonales orales exógenos. La correlación citológica e histológica de la biopsia dirigida por colposcopia encontrada en 67 de 70 pacientes, es de el 96% correlacionó con LEIBG ($p < 0.05$), con una concordancia de 100% para el VPH y 95% el NIC I. De las 29 de 30 pacientes que tuvieron LEIAG (97%), tuvieron una concordancia de 82% para NIC II y 100% para NIC III ($p < 0.05$). Tabla II.

Respecto al ICC correlacionó con el diagnóstico histológico para el valor de 0-2 en un 69% en 47 pacientes, con una concordancia de 78% para VPH y 50% para NIC I, siendo para este último no significativo estadísticamente ($p < 0.05$).

Los índices de valores entre 3-5 lo obtuvieron 7 pacientes (41%), no significativo ($p < 0.05$). El valor de 6-8 tuvo a 14 pacientes con una correlación del 93% con una $p < 0.05$. De las 68 pacientes de bajo grado solo 47 fueron reportadas como el ICC y de las 32 lesiones de alto grado, solo 30 fueron reportadas como tal. De los 17 NIC II, solo 7 se reportaron así por el ICC, ya que el resto quedó incluida en el NIC III del ICC.

En la tabla IV se correlaciona el ICC con el diagnóstico citológico, encontrándose para la LEIBG una concordancia de 70% y para la LEIAG el 97% ($p < 0.05$).

Se encontró para el Sistema Bethesda en comparación con el diagnóstico histológico una sensibilidad de 93%, una especificidad y valor predictivo positivo de 96% y un valor predictivo negativo de 98%. Tabla V.

DISCUSION

Una citología insinúa, la colposcopia predice y la histología correlaciona. Es inadecuado hacer la determinación de la severidad de una lesión premaligna o maligna con una citología, por lo que se debe de realizar una colposcopia y biopsia dirigida para la confirmación diagnóstica (26,27,36,37).

El reporte citológico realizado con las clases de Papanicolaou, creaba gran confusión entre patólogos y clínicos, motivo por lo cual el Sistema Bethesda de clasificación fue creado (1). Como era de esperarse la clasificación citológica era muy extensa (4,38), y en los primeros años de establecida se encontraron

Los índices de valores entre 3-5 lo obtuvieron 7 pacientes (41%), no significativo ($p < 0.05$). El valor de 6-8 tuvo a 14 pacientes con una correlación del 93% con una $p < 0.05$. De las 68 pacientes de bajo grado solo 47 fueron reportadas como el ICC y de las 32 lesiones de alto grado, solo 30 fueron reportadas como tal. De los 17 NIC II, solo 7 se reportaron así por el ICC, ya que el resto quedó incluida en el NIC III del ICC.

En la tabla IV se correlaciona el ICC con el diagnóstico citológico, encontrándose para la LEIBG una concordancia de 70% y para la LEIAG el 97% ($p < 0.05$).

Se encontró para el Sistema Bethesda en comparación con el diagnóstico histológico una sensibilidad de 93%, una especificidad y valor predictivo positivo de 96% y un valor predictivo negativo de 98%. Tabla V.

DISCUSION

Una citología insinúa, la colposcopia predice y la histología correlaciona. Es inadecuado hacer la determinación de la severidad de una lesión premaligna o maligna con una citología, por lo que se debe de realizar una colposcopia y biopsia dirigida para la confirmación diagnóstica (26,27,36,37).

El reporte citológico realizado con las clases de Papanicolaou, creaba gran confusión entre patólogos y clínicos, motivo por lo cual el Sistema Bethesda de clasificación fue creado (1). Como era de esperarse la clasificación citológica era muy extensa (4,38), y en los primeros años de establecida se encontraron

algunas situaciones negativas para utilizarlo (23,30,42). Lo que ocasionó que se realizara una revisión de la clasificación del Sistema Bethesda en 1991 (21), en el cual se trata de simplificar y con ello entender sus criterios para mejor comprensión y aplicación clínico patológico.

El Reporte de citologías en varias ocasiones no es concluyente, algunos autores recomiendan repetir la citología para aumentar la sensibilidad de los resultados hasta en un 25% más (31,35). Nosotros repetimos la citología cervical de todas las pacientes que se incluyeron en el estudio desde la primera consulta.

Si hay una citología anormal persistente se debe realizar colposcopia y biopsia dirigida (31,34,39). Pero en ocasiones la colposcopia no se correlaciona con la biopsia dirigida, esto puede ocurrir por error al tomar la muestra o al interpretar lo observado colposcòpicamente (29). en nuestro trabajo encontramos una disminución de la concordancia entre el NIC I-II y el ICC, esto se pudo deber a error en la interpretación del ICC. Al utilizar el Sistema Bethesda mejora la concordancia entre la citología y la colposcopia (30,40). Como se puede observar en la tabla IV, hay una concordancia alta entre la citología y el ICC. Si el reporte citológico no es concluyente (ASCUS) se puede repetir la citología y con ello mejorará la sensibilidad diagnóstica (33,41). De nuestro trabajo el 2% de las citologías reportaron ASCUS, pero al repetir las mismas se obtuvieron mejores reportes.

La colposcopia es parte integral en los programas de detección y diagnóstico del cáncer cervico uterino, siendo un procedimiento que se debe aplicar a las pacientes que presentan una citología anormal (5,27). El ICC de Reid se realiza para categorías que no son unitarias ya que un mismo valor puede ser NIC I-II o

II-III, lo que ocasiona que en este estudio se tuviera que realizar categorías mutuamente excluyentes con los valores de ICC, esto conllevó a que los valores que eran para NIC II, en realidad eran NIC III, o viceversa, lo mismo ocurrió para el NIC II, por lo que el estudio arrojó datos que no son significativos en correlación del ICC y la histología. Esto puede ocurrir en cualquier estudio en el que hay datos erróneos en la interpretación colposcópica (29,43).

El Sistema Bethesda es adecuado para la clasificación citológica de las lesiones cervicales.

El tener un reporte citopatológico adecuado nos permite poseer una arma útil, vulnerable y factible de aplicar en la práctica diaria con seguridad, para un mejor control de la patología cervical premaligna y maligna.

TABLA I

SISTEMA BETHESDA 1991

Especimen adecuado

- Satisfactorio para evaluación
- Satisfactorio para evaluación pero limitado por...
- Insatisfactorio para evaluación

Categorización general

- Con límites normales
- Cambios celulares benignos
- Anormalidades de células epiteliales

Diagnósticos descriptivos

- Cambios celulares benignos
 - Infección
- Cambios reactivos
 - Cambios celulares reactivos asociados con: inflamación, atrofia, radiación, DIU, otros.
- Anormalidades de células epiteliales
 - Células epiteliales
 - Atipia escamosa de significado no determinado
 - Lesion escamosa intraepitelial de bajo grado: incluye VPH, NIC I y displasia leve.
 - Lesion escamosa intraepitelial de alto grado : incluye displasia moderada y severa, NIC II-III.
 - Carcinoma de células escamosas

Células glandulares

- Células endometriales
 - Atipia glandular de significado no determinado
 - Adenocarcinoma endocervical
 - Adenocarcinoma endometrial
 - Adenocarcinoma extrauterino
 - Adenocarcinoma

Otras neoplasias malignas

Evaluación hormonal

Instituto Nacional de Cáncer, Bethesda Maryland, 1991.
J Am Med Assoc 1992;267:1892.

Tabla II

CORRELACION DEL SISTEMA BETHESDA CON EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO								
DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	PACIENTES		SISTEMA BETHESDA				CONCORDANCIA %	p*
	NO.	%	LEIBG		LEIAG			
			NO.	%	NO.	%		
VPH	46	46	46	66	-	-	100	<0.05
NIC I	22	22	21	30	1	3	95	<0.05
NIC II	17	17	3	4	14	47	82	<0.05
NIC III	15	15	-	-	15	50	100	<0.05
TOTAL	100	100	70	100	30	100		

LEIBG : Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado

LEIAG : Lesión escamosa intraepitelial de alto grado

VPH : Virus del papiloma humano

NIC : Neoplasia intraepitelial cervical

* Prueba estadística de X2 con corrección de Yates.

TABLA III

CORRELACION DEL INDICE COLPOSCOPICO COMBINADO CON EL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO										
DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	PACIENTES		INDICE COLPOSCOPICO COMBINADO						CONCORDANCIA P*	
	No.	%	0-2		3-5		6-8			%
			No.	%	No.	%	No.	%		
VPH	46	46	36	78	5	11	5	11	78	< 0.05
NIC I	22	22	11	50	9	41	2	9	78	>0.05
NIC II	17	17	2	12	7	41	8	47	41	>0.05
NIC III	15	15	-	-	1	7	14	93	93	<0.05
TOTAL	100	100	49		22		29			

VPH : Virus del papiloma humano

NIC : Neoplasia intraepitelial cervical

* : Prueba estadística con corrección de Yates.

TABLA IV

CORRELACION DEL INDICE COLPOSCOPICO COMBINADO CON EL SISTEMA BETHESDA										
DIAGNOSTICO CITOLOGICO	PACIENTES		INDICE COLPOSCOPICO						CONCORDANCIA %	p*
	No.	%	0-2		3-5		6-8			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
LEIBG	70	70	49	70	14	20	7	10	70	<0.05
LEIAG	30	30	1	3	7	23	22	74	97	<0.05
TOTAL	100	100	50		21		29			

LEIBG : Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado

LEIAG : Lesión escamosa intraepitelial de alto grado

* Prueba estadística de X2 con corrección de Yates

TABLA V

PRUEBA DIAGNOSTICA SISTEMA BETHESDA	
SENSIBILIDAD	0.93
ESPECIFICIDAD	0.96
VALOR PREDICTIVO POSITIVO	0.96
VALOR PREDICTIVO NEGATIVO	0.98

* Se tomó como "Gold Standar" el diagnóstico histológico.

BIBLIOGRAFIA

1. Kerman RS, Malkasian GD, Sedlis A, Solomon D. From Papanicolaou to Bethesda: the rationale for a new cervical cytologic classification. *Obstet Gynecol* 1991;77(5):779-82.
2. Gifford MS, Stone IK. Quality, access, and clinical issues in a nurse practitioner colposcopy outreach program. *Nurse Pract* 1993;18(10):25-9,33-6.
3. Wetrich DW. An analysis of the factors involved in the colposcopic evaluation of 2194 patients with abnormal Papanicolaou smears. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:1339-49.
4. Lundberg GD. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. *JAMA* 1989;262(7):931-4.
5. Cartier R. Practical colposcopy. Segunda Edición. París: Laboratoire Cartier, 1984.
6. Mitchell H. Improving consistency in cervical cytology reporting. *J Natl Cancer Inst* 1993;85(19):1592-6.
7. Sherman ME, Weinstein M, Sughayer M, Cappellari JO, Orr JE, Erozan YS. The Bethesda System. Impact on reporting cervicovaginal specimens and reproducibility of criteria for assessing endocervical sampling. *Acta Cytol* 1993;37(1):55-60.
8. Nielsen ML, Davey DD, Kline TS. Specimen adequacy evaluation in gynecologic cytopathology: current laboratory practice in the College of American Pathologists Interlaboratory Comparison program and tentative guidelines for future practice. *Diagn Cytopathol* 1993;9(4):394-403.
9. Sidawy MK, Tabbara SO. Reactive change and atypical squamous cells of undetermined significance in Papanicolaou smears: a cytohistologic correlation. *Diagn Cytopathol* 1993;9(4):423-7.
10. Davey DD, Nielsen ML, Frable WJ, Rosenstock W, Lowell MD, Craemer BB. Improving accuracy in gynecologic cytology. Results of the College American Pathologists Interlaboratory comparison program in cervicovaginal cytology. *Arch Pathol Lab Med* 1993;117(12):1193-8.
11. Aller RD, French R, Mitchell SE, Gondos B. Computerized reporting and follow-up of gynecologic cytology. *Acta Cytol* 1991;35(1):15-24.
12. Davey DD, Nielsen ML, Rosenstock W, Kline TS. Terminology and specimen adequacy in cervicovaginal cytology. The College of American Pathologists

- Interlaboratory comparison program experience. Arch Pathol Lab Med 1992;116(9):403-7.
13. Ferris DG, Miller MD, Wagner P, Walaitis E. Physician attitudes toward the Bethesda System of reporting cervical cytology. Fam Pract Res J 1993;13(3):267-73.
 14. Sherman ME, Schiffman MH, Erozan YS, Wacholders, Kerman RJ. The Bethesda System. A proposal for reporting abnormal cervical smears based on the reproducibility of cytopathologic diagnoses. Arch Pathol Lab Med 1992;116(11):1155-8.
 15. Broso PR, Buffetti G. Dalla classificazione di Papanicolaou al Bethesda System. Minerva Gynecol 1993;45(11):557-63.
 16. Crum CP. Genital papilloma viruses and related neoplasms causation, diagnosis and classification (Bethesda). Mod Pathol 1994;7(1):138-45.
 17. Hall S, Wu TC, Soudi N, Sherman ME. Low grade squamous intraepithelial lesions: cytologic predictors of biopsy confirmation. Diagn Cytopathol 1994;10(1):3-9.
 18. Sherman ME, Schiffman MH, Lorincz AT, Manos MM, Scott DR, Kurman RJ, et-al. Toward objective quality assurance in cervical cytopathology. Correlation of cytopathologic diagnoses with detection of high risk human papilloma virus types. Am J Clin Pathol 1994;102(2):182-7.
 19. Valente PT. Update on the Bethesda System for reporting cervical/vaginal diagnoses. Cancer Treat Res 1994;70:15-28.
 20. ACOG. Cervical cytology. 1993, august 183.
 21. Ramzy Y, Mody DR. Gynecologic cytology. Practical considerations and limitations. Clin Lab Med 1991;11(2):271-92.
 22. Bottles K, Reiter RC, Steiner AL, Zaleski S, Bedrossian CW, Johnson SR. Problems encountered with the Bethesda System: the University of Iowa experience. Obstet Gynecol 1991;78(3pt1):410-40.
 23. Oren A, Fernandez J. The Bethesda System for the reporting of cervical/vaginal cytology. J Am Osteopath Assoc 1991;91(5):476-9.
 24. Copleson M, Pixley E, Reid B. Colposcopy. Segunda Edición. Springfield IL: Charles C Thomas, 1978.
 25. Copleson M, Pixley E, Reid BL. Colposcopy a scientific and practical approach to the cervix in health and disease. Segunda Edition. Springfield, IL. Charles C. Thomas 1978.

26. Syrjanen K, Kataja V, Yliskoski M, Chang F, Syrjanen S, Saarikoski S. Natural history of cervical human papillomavirus lesions does not substantiate the biologic relevance of the Bethesda System. *Obstet Gynecol* 1992;79(5 pt 1):675-82.
27. Moscicki AB, Broering J, Powell K, Klein J, Clayton L, Smith G, et al. Comparison between colposcopic findings in women positive and negative for human papillomavirus DNA. *J Adolesc Health* 1993;14(2):74-9.
28. Germain M, Heaton R, Erickson D, Henry M, Nash J, O'Connor D. A comparison of the three most common Papanicolaou smear collection techniques. *Obstet Gynecol* 1994;84(2):168-73.
29. Sidawy MK, Siriaunkgul S, Frost AR. Retrospective analysis of non correlating cervical smears and colposcopically directed biopsies. *Diagn Cytopathol* 1994;11(4):343-7.
30. Cline MK, Baxley EG, Montgomery RP. Papanicolaou smear discrepancy: resolution by review. *A Am Board Fam Pract* 1994;7(1):9-13.
31. Mayeaux EJ, Harper MB, Abreo F, Pope JB, Phillips GS. A comparison of the reliability of repeat cervical smears and colposcopy in patients with abnormal cervical cytology. *J Fam Pract* 1995;40(1):57-62.
32. Powell WS, McKenzie HJ. Abnormal Papanicolaou smears comparison of cytology, colposcopy and cervical swab DNA hybridization. *J Reprod Med* 1992;37(6):525-8.
33. Slawson DC, Bennett JH, Simon LJ, Herman JM. Should all women with cervical atypia be referred for colposcopy: a HARNET study. Harrisburgh Area Research Network. *J Fam Pract* 1994;38(4):387-92.
34. Swinker M, Cutlip AC, Oyle D. A comparison of uterine cervical cytology and biopsy results: indications and outcomes for colposcopy. *J Fam Pract* 1994;38(1):40-4.
35. Writh TC, Sun XW, Kouslos J. Comparison of management algorithms for the evaluation of women with low grade cytologic abnormalities. *Obstet Gynecol* 1995;85(2):202-10.
36. Hellberg D, Nilsson S, Valentin J. Positive cervical smear with subsequent normal colposcopy and histology frequency of CIN in a long term follow up. *Gynecol Oncol* 1994;53:148-51.
37. Hockstad RL. A comparison of simultaneous cervical cytology, HPV testing, and colposcopy. *Fam Pract Res J* 1992;12(1):53-60.
38. Lundberg GO. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. *J Reprod Med* 1989;34:779-85.

39. Melnikow J, Sierk A, Flockes S, Peters CA. Does the system of Papanicolaou test nomenclature affect the rate of referral for colposcopy? A survey of family physicians. *Arch Fam Med* 1993;2(3):253-8.
40. Pearlstone AC, Gripsby PW, Mutch DG. High rates of atypical cervical cytology: occurrence and clinical significance. *Obstet Gynecol* 1992;80(2):191-5.
41. Robert R, Taylor MD, James P, Guerrieri MD, John D, Nash MD, et-al. Atypical cervical cytology. Colposcopic follow up using the Bethesda System. *J Reprod Med* 1993;38(6):443-7.
42. Tabbara S, Saleh Ab del M, Andersen WA, Barber SR, Taylor PT, Crum Ch P. The Bethesda classification for squamous intraepithelial lesions: histologic, cytologic, and viral correlates. *Obstet Gynecol* 1992;79:338-4.
43. Wright VC, Lickrish GM. Basic and advanced colposcopy. 1989, pp17,27,53,103 y 113.