



11217
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

51

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"
I.S.S.S.T.E.

**CORRELACIÓN DIAGNOSTICA DE CITOLOGÍA
CERVICOVAGINAL ANORMAL Y COLPOSCOPIA
BIOPSIA**

**TESIS DE POSGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
DRA. ADRIANA CERVANTES AGUIRRE**

**ASESOR DE TESIS:
DR. HANTZ IVEZ ORTÍZ ORTÍZ**



ISSSTE

MÉXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



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.

**A MIS PADRES Y HERMANOS
POR SU CARÍÑO Y APOYO INCONDICIONAL
A MIS SOBRINOS
POR SER MI ALEGRIA DE VIVIR**

AUTORIZACIONES

HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"

I.S.S.S.T.E.

DR. ALBERTO CHAVEZ MERLOS
COORDINADOR DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Y TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

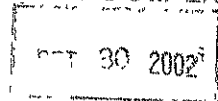
DR. JUAREZ VAZQUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DR. HANTZ IVEZ ORTIZ ORTIZ
ADJUNTO DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Y ASESOR DE TESIS

DR. ROBERTO CRUZ PONCE
COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DEL HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"



I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL



[Handwritten signature]

DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

★ **30 SET 2002** ★

INDICE

RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODO	11
RESULTADOS	13
DISCUSION	15
CONCLUSIONES	17
GRAFICAS	18
BIBLIOGRAFIA	23

CORRELACION DIAGNOSTICA DE CITOLOGIA CERVICOVAGINAL ANORMAL Y COLPOSCOPIA BIOPSIA

RESUMEN

El empleo de técnicas aditivas a la citología cervicovaginal pueden reforzar el diagnóstico de lesiones cervicales preinvasoras e invasoras. Ya que es necesario identificar lesiones premalignas y malignas del cuello uterino no reconocidas por la citología cervicovaginal, además que sean simples y fácilmente aceptables por las pacientes; como la colposcopia.

Objetivo: El presente estudio fue comprobar la veracidad de una citología cervicovaginal anormal al correlacionarlo con la colposcopia y biopsia.

Material y método. Del 1 de Junio del 2001 al 1 de Junio del 2002 se analizaron 57 pacientes referidas a la clínica de displasias del Hospital General "Dr. Dario Fernandez Fierro con el antecedente de una citología anormal a infección por virus del papiloma humano, neoplasia intraepitelial cervical sola o asociada a virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino, donde posteriormente se les realizó colposcopia y biopsia dirigida. Analizamos algunas variables importantes relacionadas a las lesiones encontradas y finalmente se realizó la correlación de los 3 métodos diagnósticos. Los diagnósticos citológicos e histológicos fueron reportados de acuerdo al sistema de Bethesda; la colposcopia con la CCI.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes que contaban con los 3 métodos diagnósticos, la media de edad fue 41 años; el inicio de vida sexual activa fue de 18 años promedio; el número de parejas sexuales fue de 1 en promedio; el número de gestaciones fue de 2 en promedio; tabaquismo positivo en 19.2%; antecedentes de síntomas cervicovaginales 52.6%. La correlación de los diferentes diagnósticos para citología, colposcopia e histología fueron: VPH, LEIBG, LEIAG, LEIBG – VPH, LEIAG – VPH. Ca Cu y uno agregado alteraciones inflamatorias (por colposcopia y biopsia): De las 57 pacientes con alteraciones por citología cervical sólo 31 pacientes (59.9%) se confirmaron con histología; de 57 pacientes que presentaban lesiones cervicales por colposcopia se confirmaron 42 (73.6%) por histología; la correlación de citología y colposcopia fue con 37 pacientes (64.0%).

Conclusiones. De lo anterior podemos deducir que la citología insinúa, la colposcopia predice y el resultado histopatológico nos da el poder correlacionar a ambas. Por lo cual es inadecuado hacer la determinación de la severidad de una lesión por medio de la citología cervicovaginal, por lo que se debe realizar colposcopia y biopsia dirigida para cada diagnóstico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CORRELATION DIAGNOSES OF CYTOLOGY ABNORMAL CERVICOVAGINAL AND COLPOSCOPY-BIOPSY

SUMMARY

The employment of technical aditivas to the cytology, they can reinforce the diagnosis of preinvaders and invaders cervical lesions. Since it is necessary to identify premalign and malignant diseases of cervix , not recognized by cervical cytology, also that they are simple and easily acceptable for the patients, as the colposcopy.

Objective : The present study was to verify the veracity of cervical cytology abnormal when correlating it with the colposcopy and punch biopsy.

Material and method: From June 2001 to June 2002, 57 patients were analyzed referred to the clinic of displasias the General Hospital "Dr. Dario Fernandez Fierro", with the antecedent of an abnormal cytology to an Human Papillomavirus infection, Cervical Intraepithelial Neoplasia alone or associated to a Papillomavirus Human and cancer cervicouterine, where it was carried out a colposcopy and punch biopsy lately. We analyze some important variabilities related with the lesions found, and it was made corrrelation of the three methods diagnoses. Cytological and histological diagnoses were reported according to the Bethesda System ; colposcopy with CCI.

Results: There were included 57 patients who had three methods diagnoses; the media age was 41 years; the beginning of active sexual life was of 18 years average; the number of sexual couples was of 1 avarage; the number of gestations was of 22 average; positive tabaquism in 19.2%; antecedents of symptoms cervicovaginals 52.6%. The correlation of the different diagnoses for cytology, colposcopy and histology was VPH, LEIBG, LEIAG, LEIBG-VPH, LEIAG-VPH, Ca Cu ;and one attache inflammatory alterations (colposcopy and biopsy): Of the 57 patiens with alterations for cervical cytology only 31 patients (59.9%) they were confirmed with histology; of 57 patients that presented cervical lesions for colposcopy you confirmed 42 (73.6%) for histology : the cytology correlation and colposcopy it was with 37 patients (64.0%).

Conclusions: From the mentioned above, we can deduce that the cytology insinuates, the colposcopy predicts and the result histopatologic gives us the power to correlate both. Reason why it is inadequate to make the determination of the severity of lesion by means of the the cytology, for what should be carrried out colposcopy and biopsy directed to each diagnosis.



INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino es la primera causa de morbilidad y mortalidad por cáncer en los países de Desarrollo.

Si analizamos la incidencia calculada para CACU en mujeres de 25 o más años se ha ubicado como la segunda neoplasia en orden de frecuencia, y para la población femenina en el primer lugar. Se informan más de 500,000 casos nuevos anuales y constituye 7.6% del total de muertes por cáncer en la mujer a nivel mundial.

En México el CACU es un problema importante de Salud Pública. (4)

El CaCu está precedido de una serie de alteraciones celulares en el epitelio cervical denominada neoplasia intraepitelial cervical. (6)

Las lesiones preneoplásicas del cuello uterino, han sido ampliamente estudiadas y discutidas en la década de 1930 hasta la actualidad. A comienzos del siglo algunos autores alemanes ya habían señalado la presencia de epitelio atípico en los márgenes del carcinoma espino celular invasor, pero Broders en 1930 fue quien introdujo el concepto y el término "carcinoma in situ" del cuello uterino .

La palabra "displasias" fue introducida en citología por Papanicolaou, en 1949 quien clasificó la interpretación de la citología en cinco clases. 1)Hallazgos normales, 2)Hallazgos inflamatorios, 3)Hallazgos sospechosos, 4)Hallazgos positivos, 5)Hallazgos positivos (células demostrativas en forma concluyente de malignidad)., y tomado por Reagan y colaboradores, en 1953, para indicar lesiones que no comprometían todo el espesor del epitelio y en las cuales quedaba cierto grado de estratificación normal. (23, 24).

La displasia es una lesión en la cual parte del espesor del epitelio está sustituido por células que muestran grados variables de atipia, se puede dividir en 3 grados, leve, moderada y grave, según el grado de atipia celular y de la arquitectura epitelial.

El empleo de los términos “displasia” y “carcinoma in situ” justificaba el concepto de dos lesiones diferentes y podía confirmar la idea de que la displasia no habría podido convertirse en un carcinoma invasor sin pasar primero por el estadio de carcinoma in situ. En consecuencia la displasia leve y moderada eran consideradas, en la mayor parte de los casos, como una condición inocua y a menudo, no se las trataba.

Diversos estudios demostraron con toda claridad que las células de la displasia cervical eran idénticas a las células de un carcinoma in situ. Por ese motivo la distinción displasia/carcinoma in situ fue suprimida y se introdujo el término único de displasia intraepitelial cervical incluyendo en esta denominación la displasia de cualquier grado y el carcinoma in situ (23)

La clasificación estudiada por Richart denominada neoplasia cervical intraepitelial indicado con mayor frecuencia con el acrónimo CIN (del inglés: cervical intraepithelial neoplasia), anula el sistema dualista “displasia/carcinoma in situ” y considera a las lesiones preneoplásicas del cuello uterino como un fenómeno unitario, continuo y no modificable, con diversos grados de anomalías de diferenciación y de maduración celular en el espesor del epitelio cervical hasta el compromiso total de éste, con la configuración morfológica del carcinoma in situ. (23)

Se está de acuerdo en que existe discrepancia entre varios observadores con respecto al aspecto histopatológico de las lesiones de bajo grado y a la infección por virus del papiloma humano. De manera más reciente, la revisión de una clasificación sugirió que las lesiones de alto grado (NIC 2 y NIC 3), las cuales se comportan como precursoras de cáncer, y las lesiones de bajo grado (NIC 1 y cambios relacionados a infección por virus de papiloma humano) se relacionan con un potencial desconocido, pero con un potencial progresivo de probabilidad baja. Se calcula que el potencial progresivo se encuentra en 18% a los 10 años y 36% a los 20 años (25)

Estudios publicados apoyan la ubicación persistente del CACU como una de las principales causas de muerte en la mujer, y no deja de ser una afrenta para los servicios de salud, toda vez que, a pesar de las dificultades

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

para establecer medidas específicas de protección, la posibilidad de diagnóstico temprano y tratamiento certero hacen vulnerable el padecimiento y apoyan la premisa de que el CACU es curable, por lo tanto se reconoce la necesidad de orientar el paradigma existente para dar una respuesta social organizada en el control de la neoplasia cervical y es de esperar que en un lapso breve, el diagnóstico y particularmente la terapéutica del cáncer encuentren nuevas sendas que conduzcan a un control más efectivo de la enfermedad.

(4)

En América Latina y el Caribe el cáncer cérvico uterino (CaCu) es todavía un problema de salud pública mayor, a pesar de que a diferencia de lo que sucede con el cáncer de mama, desde hace más de 30 años existe la tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo para su detección (citología cervicovaginal) en fases cien por ciento curables (24)

Las investigaciones epidemiológicas han acumulado gran cantidad de información sobre variables y factores relacionados con el comportamiento sexual y con posibles agentes infecciosos que se perfilan como determinantes de riesgo (24)

Actualmente se acepta que el virus del papiloma humano (VPH) es el principal agente etiológico infeccioso asociado al CaCu y a la NIC. Esta asociación es particularmente importante con los tipos de VPH que se han denominado de alto riesgo principalmente el 16,18,31,33,35,52,56 y 58. Estos se han detectado en más de 90% de cáncer invasor y entre 80% y 90% de los casos de NIC., los más frecuentes 16 y 18. Se considera que la persistencia del VPH de alto riesgo conduce a la progresión de las lesiones cervicales.

La presencia de VPH parece explicar muchos de los factores de riesgo establecidos para neoplasia cervical, incluyendo comportamiento sexual y el tabaquismo (6)

Desde su introducción hace más de 50 años la citología cervicovaginal ha sido empleada para el diagnóstico de las lesiones premalignas del cérvix. Los programas de detección oportuna del cáncer cérvico uterino, han logrado reducir la morbilidad y mortalidad de este padecimiento. Sin embargo el problema de citologías falsos negativos preocupan tanto a la comunidad medica como al público en general (3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estas dejadas a su evolución natural, en un buen número de casos van a terminar en cáncer invasor del cérvix con muerte (2)

Sólo que la ineficiencia de este estudio para detectar las lesiones precursoras de cáncer cervicouterino, no es en la mayoría de los casos, responsabilidad del estudio citológico en sí como erróneamente se cree.

La cantidad de resultados falsos negativos inherentes al propio laboratorio citológico son pocos, mientras la mayoría están dados por una toma inadecuada de la muestra que se envía a estudio (2)

La incapacidad para descubrir oportunamente las alteraciones neoplásicas del cérvix es causa importante de cáncer cervical.

Las tasas de falsas negativas varían entre 15% y 55% para la displasia y de 6% a 45% para el carcinoma in situ (3)

La prueba de papanicolaou tiene una baja sensibilidad, altamente específica para lesiones del alto grado, pero con una baja especificidad para lesiones de bajo grado. Una prueba de detección debe ser altamente sensible siempre que tenga una muy baja especificidad (22)

Debida a esta aparente falta de sensibilidad del Papanicolaou algunos autores cuestionan el uso único de esta prueba y sugieren el empleo simultáneo de otro método con el objetivo de disminuir las fallas.

En las dos últimas décadas la colposcopia se ha utilizado en la valoración de las citologías anormales, así como el estudio de las lesiones pre malignas cervicales y en la detección del VPH. (3)

A pesar de que el cáncer cervicouterino es susceptible de prevención detectando lesiones tempranas, este sigue ocupando el primer lugar como causa de muerte por neoplasia en México. La norma técnica oficial mexicana para detección oportuna del cáncer cervicouterino, elabora una clasificación histopatológica usando una terminología estandarizada y no ambigua (22 y 24)

De esta reunión surgió una clasificación de citología cervico vaginal denominada sistema de Bethesda la cual consiste en una clasificación de las anomalías citológicas en tres categorías 1 Células pavimentosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) 2. Lesiones intraepiteliales pavimentosas de bajo grado (LSIL)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. Lesiones intraepiteliales de alto grado (HSIL). (22)

La categoría LISL de bajo grado comprende la displasia leve/CIN I tanto como las alteraciones celulares debidas al virus del papiloma humano (HVP). La categoría HSIL de alto grado comprende la displasia moderada/CIN II, la displasia grave/CIN III y el carcinoma in situ/CIN III. (23)

Debido a la falta de sensibilidad del papanicolaou, cuestionan el uso único de esta prueba y sugieren el empleo simultáneo de otro método con el objeto de disminuir las fallas. La detección de enfermedad preinvasora o invasora temprana puede mejorarse por una mayor confiabilidad en la citología, por métodos de detección alternativos y por técnicas aditivas a la citología que la refuerzan.

En la dos últimas décadas la colposcopia se ha utilizado en la valoración de las citologías anormales, así como en el estudio de las lesiones premalignas cervicales y en la detección del virus de papiloma humano (VPH).

(3, 7,8,9,10,11,12,13,14,15,16 17,18,19,20,21)

COLPOSCOPIA

La colposcopia que nació en Alemania en la década de 1920, por obra de Hans Hinselmann, quién estaba convencido de que la observación a simple vista y la palpación eran suficientes para el diagnóstico del carcinoma de cuello uterino en su fase inicial, considerando la utilización de un auxiliar óptico que permitiría un diagnóstico más exacto.

Por lo tanto ideó un aparato que facilitara observar el epitelio exocervical y vaginal con aumento. El método se denomina "colposcopia", que consiste en la observación de la vagina y del tracto del cuello endocervical (10,11,23)

El mérito de Hinselmann además de haber ideado el instrumento, es el de haber conocido y descrito una serie de lesiones asociadas con frecuencia con el carcinoma invasor y, por medio del estudio de los correspondientes hallazgos histológicos, haberle dado el significado de lesiones precancerosas. Clasificó estas lesiones, llamadas "Áreas matrices del carcinoma" en cuatro categorías que más tarde se redujeron a dos: "Atípias epiteliales simples" y "Atípias epiteliales agravadas".



De estas observaciones derivó la posibilidad conceptual del reconocimiento del carcinoma preclínico y la aplicación del ácido acético (23,28)

La colposcopia se difunde con rapidez en los países sudamericanos, en especial en Brasil y Argentina (23)

En 1972 se fundó en Mar del Plata, Argentina la Internacional Federación for cervical Pathology and colposcopy (IFCPC) En los años que van de 1970 a 1980 aparecen numerosos libros en Alemania, Estados Unidos, Francia, España, Polonia e Italia. (23,28)

Nacida como recursos de diagnóstico temprano del carcinoma del cuello uterino, la colposcopia ha presentado en el curso de los años una caracterización más precoz de sus posibilidades de aplicación práctica hasta convertirse en un instrumento indispensable para el ginecólogo en el estudio de los más diversos cuadros de la patología cervical, vaginal, vulvar y en la actualidad también peniana (23,28)

La colposcopia se considera la técnica más sensible para la detección de lesiones invasivas y preinvasivas del cérvix, de acuerdo a la reacción acetoblanca de las lesiones, aplicando ácido acético.

A estos méritos de la colposcopia se suman las ventajas que derivan de la posibilidad de localizar con exactitud las muestras para biopsia, de efectuar con mayor precisión tratamientos locales, de controlar a distancia los resultados de tratamiento locales de diversos tipos y de reconocer la existencia de procesos inflamatorios pocos sintomáticos (23,28)

La posibilidad de reconocer la presencia de las modificaciones de carácter viral del virus herpes simples (HSV), y sobre todo de las manifestaciones subclínicas del virus del papiloma humano (HPV), han ampliado las indicaciones de la colposcopia y valorado su importancia. (23), 28)

Por último, la colposcopia ha encontrado en estos últimos años una posibilidad de valoración integrativa sobre todo para el estudio de la topografía de la unión escamocilíndrica de las áreas de transformación de localización endocervical (23,28)

Las indicaciones de la colposcopia pueden resumirse en nueve puntos, 1) inicio de relaciones sexuales, 2) valoración de las pacientes con citología anormal, 3) estudio diagnóstico en las pacientes sintomáticas,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4) diagnóstico de lesiones benignas y normalización cervical, 5) apreciación de la respuesta a la estimulación con estrógenos, 6) control del CIN durante el embarazo, 7) selección de las pacientes con CIN para ser tratadas con terapéutica conservadora. 8) diagnóstico de las infecciones virales, 9) diagnóstico de la patología vulvar (vulvoscopia) y peniana (peniscopia) (23,28)

En la actualidad es uno de los objetivos fundamentales de la colposcopia. En presencia de un frotis anormal, antes de proceder a tratamiento, es necesario la localización de la lesión de la cual provienen las células anormales, el diagnóstico histológico y la valoración de la extensión de la lesión cervical (1, 7,8,13,14,22)

El examen con espejulo no es significativo en cuanto no permite diferenciar entre una lesión benigna y una maligna en fase preclínica. Por otra parte, tampoco es un signo diferencial la presencia de una ligera pérdida sanguínea en el momento de la consulta ginecológica, ya que mientras que la ectopia, el pólipo, la distrofia menopáusica pueden dar lugar a una pérdida hemática, lesiones con carácter preneoplásico, como el mosaico y el punteado, no siempre provocan pérdida de sangre. (23,28)

Una biopsia cervical efectuada sin guía colposcópica en ausencia de una lesión visible, implica el riesgo de un diagnóstico histológico falso negativo en el 12 al 26 % de los casos (15,23,28)

La colposcopia permite así localizar las lesiones o excluir su existencia, dirigiendo de este modo la biopsia hacia otros sectores (endocérviX, endometrio), efectuar una extracción bajo observación, diferenciar una lesión infiltrante todavía circunscrita de una lesión solamente atípica, una displasia de una lesión benigna o inflamatoria; determina de este modo una altísima exactitud diagnóstica de la biopsia (15,23,28)

El uso simultáneo de la citología y la colposcopia proporciona mayor exactitud diagnóstica, ya que el uso de ambas técnicas tiene 98 % de eficiencia mientras que se logra tan solo un índice de 90 a 92 % cuando se emplean individualmente

La correlación colposcópica histológica por biopsia dirigida es de 91 %.

La frecuencia de colposcopia satisfactorias es de 96%, de las insatisfactorias en general es de 4 % (26)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CLASIFICACION COLPOSCOPICA INTERNACIONAL (23)

I) Hallazgos colposc6picos normales

- A) Epitelio pavimentoso originario
- B) Epitelio cil6ndrico
- C) Zona de transformaci6n

II) Hallazgos colposc6picos anormales

- A) Zona de transformaci6n at6pica
 - 1) Mosaico
 - 2) Punteado
 - 3) Epitelio blanco
 - 4) Queratosis
 - 5) Vasos at6picos

- B) Carcinoma invasor sospechoso

III) Hallazgos colposc6picos insatisfactorios

(l6nea escamocil6ndrica no visible)

IV) Varios

- A) Modificaciones inflamatorias
- B) Modificaciones atr6ficas
- C) Erosi6n
- D) Condiloma
- E) Papiloma
- F) Otros

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio retrospectivo, comparativo, observacional de corte transversal, que se realizó del 1 junio del 2001 al 1 junio del 2002, en la clínica de Displasias del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Dr Dario Fernández Fierro. Se incluyeron 57 pacientes referidas a esta clínica con el antecedente de una citología anormal a infección por virus del papiloma humano (VPH), NIC sola o asociada a VPH, a quienes posteriormente se les realizó estudio colposcópico y biopsia dirigida, y finalmente la correlación de los diagnósticos de cada método.

Se realizó búsqueda de información de cada una de las pacientes en los expedientes de las mismas. Para de esta manera determinar variables de interés como la edad, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, número de gestaciones, así como los diagnósticos citológicos, colposcópico y de histología.

Se excluyeron a las pacientes que tenían expediente incompleto, así como falta de alguno de los métodos diagnósticos ya mencionados.

Metódicamente se encontró en los expedientes, que la citología se analizó con el Sistema de Bethesda de acuerdo a la clasificación modificada de la misma.

La colposcopia, para la interpretación de las imágenes colposcópicas se empleó la Clasificación Colposcópica Internacional IFPC Roma 1990.

Los hallazgos colposcópicos se clasificaron y se fotografiaron, finalmente se tomó biopsia dirigida de las lesiones sospechosas o positivas al ácido acético y prueba de Schiller negativa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las biopsias cervicales fueron interpretadas por el patólogo con la técnica convencional, y ésta fue la “prueba de oro” en la valoración de los métodos de detección.

Una vez recabados los datos se realizó análisis estadístico utilizando la mediana, porcentajes y en caso de la correlación entre los diferentes medios de diagnóstico se empleó la χ^2 con corrección de Yates.

Posteriormente se procedió a graficar los resultados y realizar el análisis y la presentación de los resultados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

De las 57 pacientes que se incluyeron en el estudio y contaban con los tres métodos diagnósticos, el rango de edad fue de 19 a 63 años encontrando un promedio de edad 40 años, una media 41.75 años y una mediana 39 años, predominando el grupo etáreo de la 4ª y 5ª década de la vida ; esto guarda relación con la edad en las cuales se encuentra una mayor incidencia de carcinoma cervicouterino. (ver gráfica 1)

El inicio de vida sexual activa fue de 14 a 37 años, con un promedio de edad a los 19 años, con una media y mediana de 18 años, lo que se confirma con los últimos reportes de la edad media en la sociedad mexicana. (ver gráfica 2)

El número de parejas sexuales fue de 1 a 10, en promedio 1.73, media 1 y mediana 1.66 (ver gráfica 3)

El número de gestaciones en las pacientes fue de un intervalo de 0 a 8, con un promedio de 3, media 2.5 mediana 2.33 (ver gráfica 4)

El 19.2 % presentaron el factor tabaco como positivo. (ver gráfica 5)

El 52.6% presentaban antecedentes de síntomas cervicovaginales (cervicovaginitis) positivo. (ver gráfica 6)

La gráfica 7 muestra la correlación de los diferentes diagnósticos para citología, colposcopia e histología, la citología presento 14 casos para IVPH, al igual que la colposcopia, confirmandose sólo 7 casos por biopsia cervical. Las LEIBG por citología fueron 17, por colposcopia 4 y por biopsia cervical 3 Las LEIAG por citología 10, por colposcopia 4 y por biopsia 6 casos Las LEIBG más IVPH por citología 11 casos, 10 por colposcopia y 20 por la "prueba de oro" (biopsia) Las LEIAG más IVPH 4 casos para citología, 4 por colposcopia y 8 por biopsia cervical. Para Cáncer cervicouterino 7 casos por citología, 1 caso por colposcopia y 1 por biopsia cervical. De las alteraciones inflamatorias no tomamos en cuenta ninguna por citología, sin embargo se presentaron 20 casos en colposcopia y 13 por biopsia cervical

La correlación en el diagnóstico entre citología y colposcopia de las 57 pacientes correlacionaron 37 con un 64 %, lo cual es significativo.

De las 37 pacientes para VPH correlacionaron 14 casos con 37.83 %, LEIBG 4 casos con 10.81 %, LEIAG 4 casos con 10.81 %, LEIBG más VPH 10 casos con 22.02%, LEIAG más VPH 4 casos con 10.81%,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ca Cu 1 caso con 2.7 %, y de las alteraciones inflamatorias reiteramos que no las tomamos en cuenta por citología por lo cual no hubo correlación.(ver gráfica 8)

La correlación entre la citología y biopsia cervical de las 57 pacientes correlacionaron 31 con un porcentaje de 54.9% lo cual es poco significativo.

De las 31 pacientes, se presentaron 7 casos de VPH y un porcentaje de 22.58 %, LEIBG 3 casos 9.67 %, LEIAG 5 casos 16.12 %, LEIBG más VPH 5 casos 16.12 %, LEIAG más VPH 4 casos 12.90%, Ca Cu 1 caso 3.22%.(ver gráfica 9)

La correlación entre colposcopia y biopsia cervical de las 57 pacientes correlacionaron 42 pacientes con 74.42 % lo cual es una muestra significativa demostrando mayor sensibilidad.

Para VPH correlacionaron 7 casos 16.66%, LEIBG 3 casos 7.14 %, LEIAG 4 casos 9.52, LEIBG más VPH 10 casos 23.8%, LEIAG más VPH 4 casos 9.52 %, Ca Cu 1 caso 2.38 %, alteraciones inflamatorias 13 casos 30.95% (ver gráfica 10)

En los 3 métodos obtuvimos una P con valor menor de 0.05, lo cual demuestra que son significativos; en este estudio valoramos sólo la patología cervical; pero habría que investigar cuando los estudios se realizan de rutina (con resultados de cérvix con alteraciones y sin alteraciones), y valorar cuando son positivos o negativos y cuando son falsos positivos o falsos negativos para poder determinar sensibilidad y especificidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

De los anterior podemos mencionar que la citología insinúa, la colposcopia predice y el resultado histológico correlaciona. Es inadecuado hacer la determinación de la severidad de una lesión premaligna o maligna por medio de la citología, por lo que se debe de realizar colposcopia y la biopsia dirigida para la confirmación diagnóstica.

El resultado de la citología hasta el momento ha creado gran controversia, por su alta tasa de resultados falsos negativos en la citología cervical de rutina, alterando la evaluación y tratamientos correctos de lesiones precursoras y malignas , lo que lleva a idear el utilizar otros métodos de detección En nuestro estudio observamos una baja sensibilidad para lesiones premalignas como LEIBG y LEIAG.

El reporte de citología en varias ocasiones no es concluyente, algunos autores recomiendan repetir la citología para aumentar la sensibilidad de los resultados hasta en un 25 % más , sin embargo aún así no se justifica en nuestros días dar un diagnóstico solamente por citología. Consideramos que es conveniente repetir la citología cervical en la primera consulta si la paciente se presenta con un resultado anormal, antes de realizar la colposcopia y la biopsia dirigida, lo cuál se realizó en algunas pacientes de este estudio.

En nuestro estudio se obtuvo en la citología una sensibilidad del 87 % y una especificidad del 94 %, lo cuál es acorde con lo registrado en la literatura.

Si hay una citología anormal persistente se debe realizar colposcopia y biopsia dirigida. 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 colposcopicamente, es por ello que se ha propuesto emplear una sola clasificación colposcópica para evitar sesgos . En nuestro estudio se utilizó la Clasificación colposcópica Internacional IFPC para la interpretación de las imágenes colposcópicas, por lo cuál fue significativa la correlación entre estas., así como también utilizar el sistema de Bethesda para clasificación citológica



La colposcopia es parte integral de los programas de detección y diagnóstico del carcinoma cervicouterino, siendo el procedimiento de elección para la paciente con citología anormal, solo que la histología nos permitirá la correlación de estas dos y la sustentación de un diagnóstico definitivo.

Este estudio muestra una sensibilidad del 92 % para colposcopia y una especificidad de 85%; al combinar colposcopia e histología se logra una especificidad del 96% y una sensibilidad del 98 %.

El tener un reporte citopatológico adecuado nos permite poseer un arma útil , vulnerable y factible de aplicar en la práctica diaria con seguridad, para un mejor control de la patología cervical premaligna y maligna y de esta manera poder hacer en verdad cumplimiento de los objetivos de Salud Pública para abatimiento del carcinoma cervicouterino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que es inadecuado determinar con una citología la severidad de un cuadro, por lo que debe de realizarse colposcopia y biopsia dirigida para la confirmación.

Es bien conocido que los datos colposcopicos correlacionan con el diagnóstico histológico y de esta forma se precisa el diagnóstico. Por lo cual el uso de la biopsia dirigida ha permitido confirmar la importancia de la colposcopia.

Sin embargo, el uso habitual de la colposcopia es la valoración de citologías anormales, con ello se limita su capacidad para diagnosticar enfermedades premalignas.

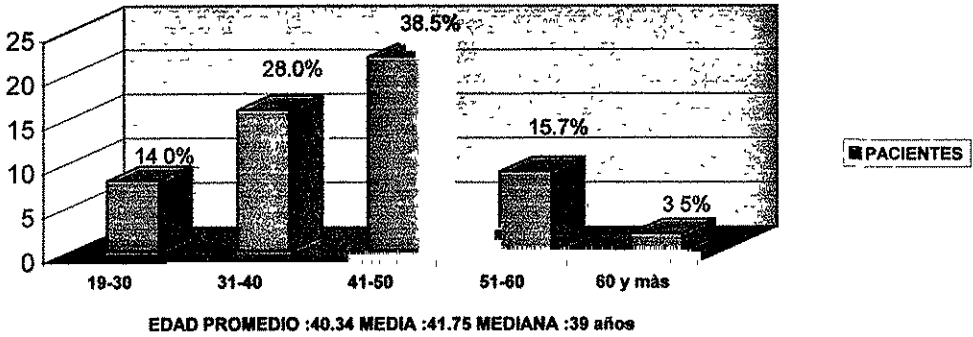
Concluimos que es necesario incrementar la sensibilidad y especificidad y la colposcopia puede mejorar los resultados obtenidos con el Papanicolaou al identificar lesiones cervicales no reconocidas por este método.

De los factores de riesgo que se valoraron en el estudio, podemos concluir que nuestra población es de riesgo alto por la alta incidencia de parejas sexuales, alto número de gestaciones, inicio de vida sexual activa a edades tempranas, el tabaquismo positivo, así como antecedentes de cervicovaginitis.

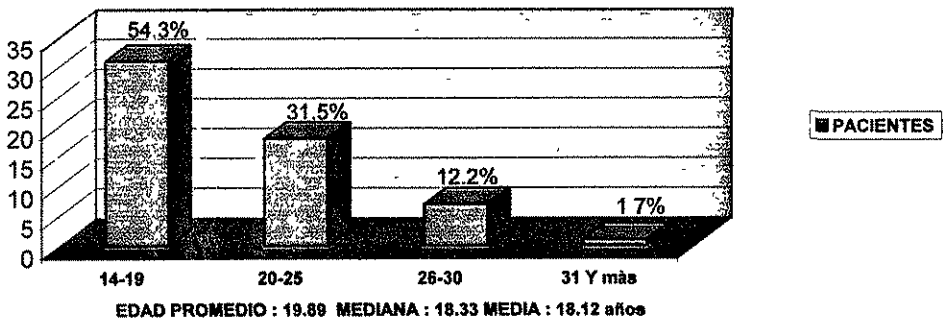
Lo anterior pone de manifiesto que la patología cervical va en aumento día con día por lo que se ha consolidado como la primera causa de mortalidad en las neoplasias en nuestra población, lo cual nos debe hacer reflexionar y hacer consciencia de la magnitud del problema de salud pública ante el que nos enfrentamos y de esta forma reforzar las acciones hacia el mismo en bien de los derechohabientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÀFICA 1. DISTRIBUCIÒN DE LA POBLACIÒN ESTUDIADA SEGÙN LA EDAD

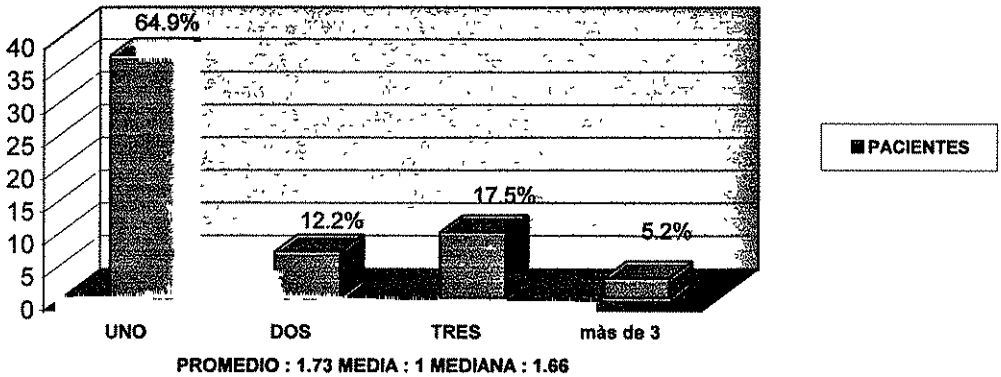


GRÀFICA 2 . EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA EN LA POBLACIÒN EN ESTUDIO

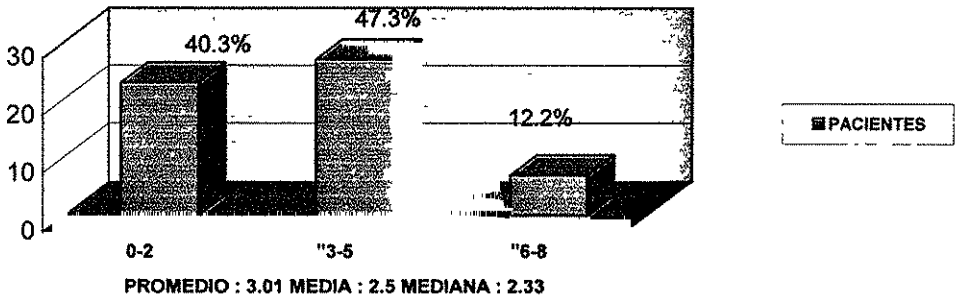


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÀFICA 3. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN LAS MUJERES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO



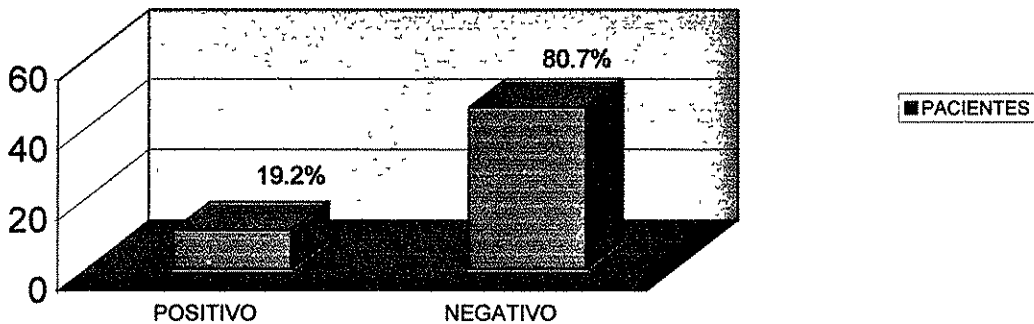
GRÀFICA 4. NÚMERO DE GESTACIONES EN LAS MUJERES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.



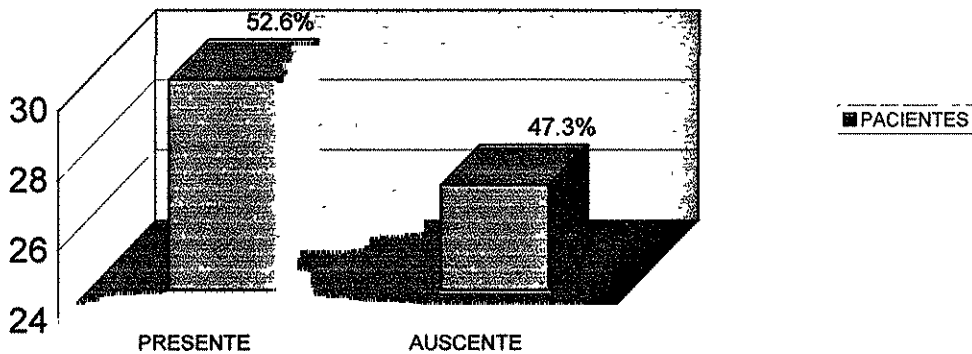
SE HA ENTREGADO
A LA INSTITUCIÓN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GRÀFICA 5. TABAQUISMO EN LAS MUJERES EN LA POBLACIÒN EN ESTUDIO.

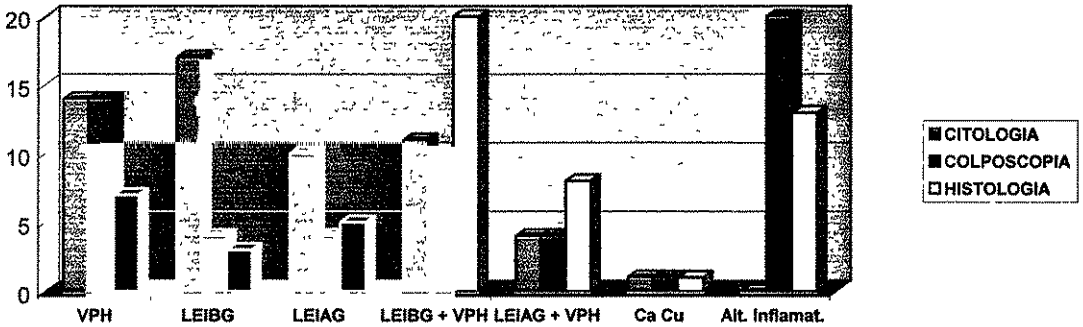


GRÀFICA 6. ANTECEDENTES DE CERVICOVAGINITIS EN LA POBLACIÒN EN ESTUDIO

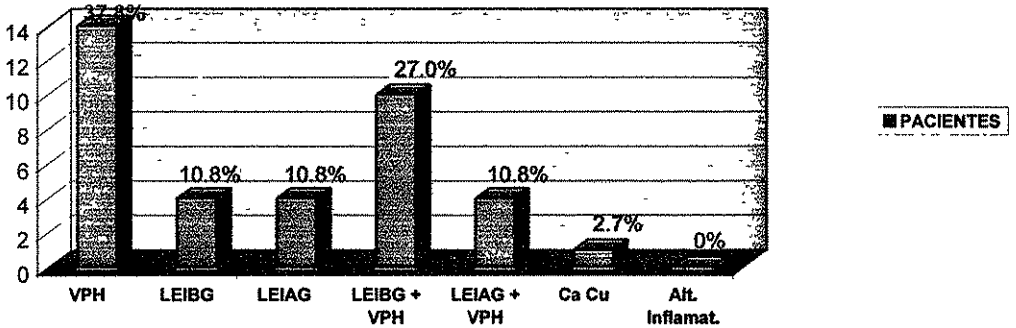


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 7. CORRELACION DE LOS DIFERENTES DIAGNOSTICOS PARA CITOLOGIA, COLPOSCOPIA E HISTOLOGIA DE LA POBLACION EN ESTUDIO.

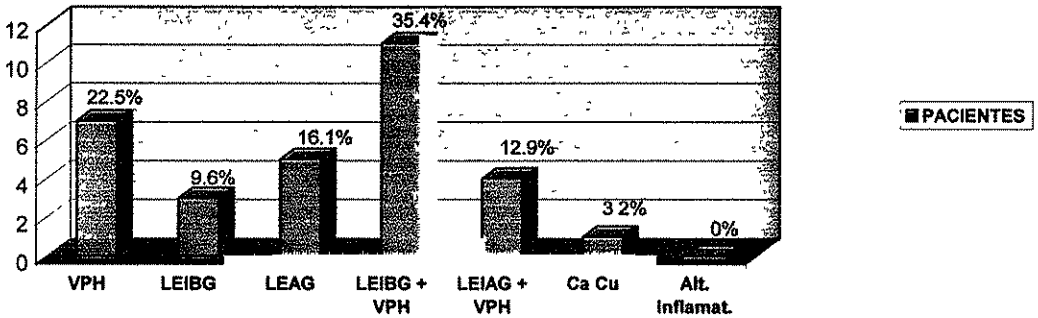


GRÁFICA 8. CORRELACION EN EL DIAGNOSTICO ENTRE CITOLOGIA Y COLPOSCOPIA EN LA POBLACION EN ESTUDIO

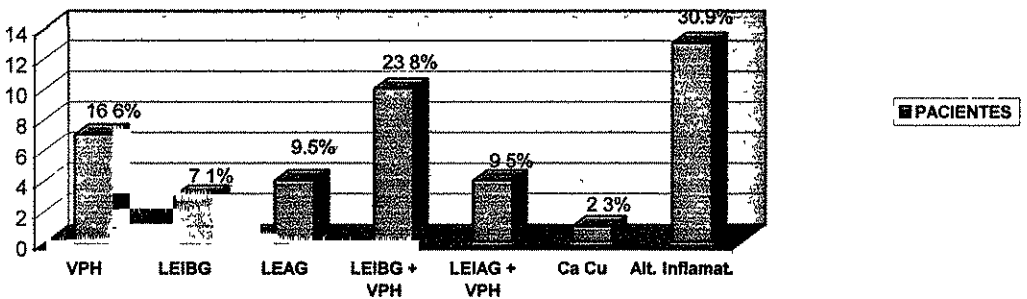


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÀFICA 9. CORRELACION EN EL DIAGNOSTICO ENTRE LA CITOLOGIA E HISTOLOGIA EN LA POBLACION EN ESTUDIO



GRÀFICA 10. CORRELACION EN EL DIAGNOSTICO ENTRE LA COLPOSCOPIA E HISTOLOGIA EN LA POBLACION EN ESTUDIO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1 Gonzalez Sanchez JIrez Guerrero Correlación citologica con el sistema Bethesda y la biopsia dirigida por colposcopia Ginecol Obstet Mex 1998 Aug;66:330-4
- 2.Milla Villada RH Cervical cytology. Ginecol Obstet Mex 1998 Sep,66.351
- 3 DR.Reinaldo Humberto Milla Villeda, M·C:Gloria Alvarado Zaldívar Colposcopia y biopsia cervical en pacientes con papanicolao de rutina. Ginecología y Obstetrica de México1997;65:235-238
- 4.OLVERA R.A. y cols Displasia cervical y carcinoma cervicouterino: un reto para los servicios de salud. Ginecología y Obstetrica de México1998;66.232-236
- 5 Dirk Zahn, MD y cols. Colposcopia apperance of cervical intraepithelial neoplasia is age dependent. Am J Obstet Gynecol 1998;179 (5):1298-1304
- 6 González S J L Garcia C A infección por virus del papiloma humano de alto y bajo riesgo en mujeres con NIC Características diferenciales Ginecología y Obstetrica de México. 2002 ;70:11-15
- 7.Moss TR. Cervical cytology and colposcopy in young patients attending genitourinary medicine clinics :invalid intrusion or preventive opportunity and definitive audit? Cytopathology 1999 Feb;10(1):2-7
- 8.Boulanger J C. Should colposcopy be systematically performed on all women presenting with cytologic anomalles? Gynecol Obstet Fertil 2000 Dec;28(12).945-7
- 9.Faculty of Health and Human Sciences. Cervical cancer.2:Colposcopy, treatment and patient education. Br J Nurs 1999 Jun 24-Jul 7;8(12):805-9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10 Ferris DG Office procedures Colposcopy Prim Care 1997 Jun;24(2):241-67

11. Baldauf JJ y cols. Recommendations for the use of colposcopy Gynecol Obstet Fertil
2000 Sep;28(9):667-71

12. Mannino J R. Natural history of false-negative papanicolaou smears: a prospective study using screening
colposcopy in addition to cytology J Am Osteopath Assoc 1998 Oct;98(10):542-6

13 Carta G; Di Stefano L. Colposcopy, cytology and histology in the diagnosis of squamous intraepithelial
lesions of the cervix. Clin Exp Obstet Gynecol 1999;26(2):60-6

14 Lauver DR; Baggot A. Women's experiences in coping with abnormal Papanicolaou results and followup
colposcopy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1999 May-Jun;28(3):283-90

15 Milla Billeda RH y cols Colposcopia y biopsia cervical en pacientes con papanicolaou de rutina.
Ginecol Obstet Mex 1997 Jun;65:235-8

16 Cecchini S, Bonardi R y cols Colposcopy as a primary screening test for cervical cancer. Tumori 1997
Sep-Oct;83(5):810-3

17. Pickel H. Winter R. Colposcopy of CIN and microinvasive cervical carcinoma Zentralblatt für
Gynakologie. 2001 Apr 123 (4) 211-5

18 Barker B. García F The correlation between colposcopically directed cervical biopsy and loop
electrosurgical excision procedure pathology and the effect of time on that agreement Gynecologic
Oncology. 2001 Jul 82(1):2222-6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19. HPV Test May Not Replace Cervical Cytology. March 2000 35(5):27-29
20. Anne D. Walling. Improving the Effectiveness of Papanicolaou Testing. *Obstet Gynecol* May 2001;97:781-8
21. Monsonego J. Systematic colposcopy for generating overevaluations *Gynecol Obstet Fertil* 2000 Dec, 28(12):947-9
22. Mark Spitzer ,MD Cervical screening adjuncts.Recent advances. *Am J. Obstet Gynecol* 1998;179:544-56
23. De Palo G. Colposcopia y patología del tracto genital inferior, 2ª Edición, Argentina, Panamericana 1997. 287-325.
24. Dickson B:M:H: Et Al Correlación en la citología vaginal, entre infecciones y displasia precancerosa. *Rev. Fac: Med. UNAM* 1997;40(5):172-176
25. H.M.Shingleton. *Oncología ginecologica* McGraww-Hill Interamericana 1998. 9-45
26. Hurtado R:H: La colposcopia en el mundo de la Ginecología. *Protocolo de Tesis*
27. Schneider A.;Hoyer H y cols Screening for high-grade cervical intra-epithelial neoplasia and cancer by testing for high-risk HPV, routine cytology or colposcopy *Int J Cancer* 2000 Nov 20;89(6):529-34
28. De Palo G. The importance of colposcopy en the XXI century. *European Journal of Gynecological Oncology*. 21 (3):223-30,2000
29. Dalla Palma P .Diagnostic variability versus diagnostic errors in cytology *Pathologica* 2001 Oct,93(5):593-5

