

CORRELACION ENTRE COLPOSCOPIA- CITOLOGIA Y PATOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CA. DE CERVIX

Dr. Aristarco Rodríguez Muñoz*.

INTRODUCCION

Presentamos esta comunicación previa sobre los resultados obtenidos en la pesquisa del carcinoma pre-invasor del cuello uterino en 200 pacientes estudiadas durante el primer semestre de 1.971 en la Consulta Externa del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario del Valle. Cuando hablamos de métodos en el diagnóstico precoz del Ca. de cervix, no podemos dejar de mencionar los nombres de Pouchet (1.947) y Papanicolaou (1.928)¹ en la citología, de Ruge y Veit (1.882) en la biopsia del cérvix uterino, de H. Hinzelmann (1.925)² en la colposcopia y de Lahn Schiller (1.928) en el test del mismo nombre.

Actualmente se le dá gran valor a la citología como detectora, esta se complementa con la colposcopia y la prueba de Schiller que localizan la lesión para que la biopsia cumpla el el requisito de diagnóstico³.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se hace sobre 200 casos de pacientes a quienes se les practicó citología y colposcopia durante examen ginecológico de rutina, o que fueran enviadas al servicio de Ginecología del Hospital Universitario del Valle para examen colposcópico por presentar patología cervical. Las colposcopias fueron realizadas todas por el mismo observador, las citologías y patologías fueron hechas por personal del Departamento de Patología del Hospital Universitario del Valle.

La colposcopia se amplió con el uso de ácido acético al 5% en embrocaciones al cérvix para disolver las mucosidades y el uso de la prueba de Schiller complementaria.

La muestra citológica se tomó de endocérvix y fondo de saco, se usó la coloración de Papanicolaou.

Las biopsias se realizaron con pinzas sacabocado y por indicación colposcópica o citológica. Se les hizo "cono" a las pacientes a quienes el estudio histopatológico de las biopsias informó displasia o carcinoma in situ de cérvix.

RESULTADOS

Tomando las imágenes de las 200 colposcopias, las agrupamos según la clasificación de Vásquez y Tatti⁴.

- Clase I** Originaria Circular
 Ectopia
 Zona de transformación
- Clase II** Procesos inflamatorios
 Pólipos
 Leucoplasia no sospechosa marginal
 Base de caracteres no sospechosos
 Mosaicos marginales por epitelización de reemplazo.

- Clase III** Zona anómala de transformación
 Imágenes epiteliales anormales no definibles (leucoplasia, mosaico, base, etc.) de caracteres llamativos pero no evidentes.
- Clase IV** Imágenes epiteliales patológicas de caracteres bien sospechosos definidos.

LEUCOPLASIA:

Bordes esfumados poco netos
Superficie irregular
Diferencia de coloración de la superficie
Presencia de fisuras
Zonas de erosión
Zonas de leucoplasia alternante con zonas de epitelio de aspecto normal.

BASE:

Bordes poco netos
Zona de base intercalando con leucoplasia
Puntos vasculares bien netos
Hemorragia fácil al toque
Diferentes calibres de los vasos capilares

MOSAICO:

Campos irregulares
Campos desiguales
Campos dispersos
Diferencia de altura de los campos
Bordes esfumados o poco netos
Punteado de los campos
Erosión
Alternancia de campos puramente epiteliales con otros de relleno glándular

BASE PAPILAR:

Prominencia de las papilas
Turgencia de las papilas
Dilatación de los vasos
Diferencia de tamaño de los vasos
Irregularidad de las papilas
Hemorragias subepiteliales

IMAGENES VASCULARES ANOMALAS

Dilatación de los vasos
Irregularidad de su distribución
Vasos en vírgula
Vasos en bastón
Basos en tirabuzón
Interrupciones vasculares

* Profesor Auxiliar, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" Facultad de Medicina Universidad del Valle, Cali - COLOMBIA.

Imágenes combinadas

Presencia de dos o más imágenes patológicas con los caracteres detallados.

Clase V

Lesiones con:
esfacelo
erosión
Con pérdida de sustancia
necrosis
Necrobiosis

Irregularidad de la superficie
Tejido lardáceo

Sin pérdida de sustancia
Tejido lardáceo

Sin pérdida de sustancia
Crecimiento exófito
Aspecto de ectopia
Anárquica

Obtuvimos la siguiente correlación con la citología (Ver cuadro 1).

CUADRO No.1

CORRELACION ENTRE LA CITOLOGIA Y LA COLPOSCOPIA
CITOLOGIA

	I	II	III	IV	V	Total	Histopatología
						200	---
I	66	41	2	1	1	111	Cervicitis Amibiana 2
II	37	5	-	-	-	42	Pólipo 2
							Cervicitis 2
III	9	14	5	-	-	28	Displasia 4
IV	-	-	3	3	5	13	Ca. in situ 9
							Cervicitis 1
V	1	2	1	-	2	6	Ca. invasor 5

En él observamos: en el grupo I con 111 casos. Se destaca una citología falsa positiva comprobada con estudio histopatológico.

En la clase II, encontramos 42 casos de los cuales se observaron dos colpitis amibianas comprobadas por biopsia y se anota que la mayoría de las citologías correspondieron al grado I.

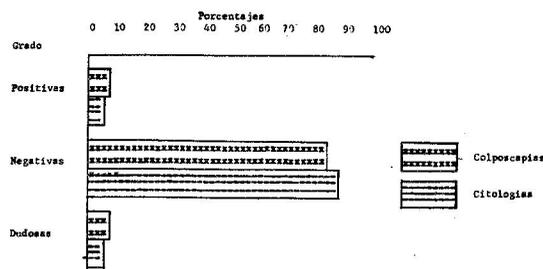
En la clase III, encontramos 28 casos para 23 citologías negativas y cuatro biopsias que correspondieron a cervicitis crónica.

En la clase IV, encontramos 13 casos para 9 carcinomas in situ y cuatro displasias. Se aclara que dos casos con Ca. in situ no tuvieron citología, hubo un caso de citología falsa negativa.

En la clase V, seis casos para cinco carcinomas invasores y se destaca una colposcopia falsa positiva por imagen inflamatoria no tratada antes de expedir el diagnóstico. La citología fué negativa. Se observaron dos falsos negativos y un grado III para la citología de este grupo. Esto coincide con lo descrito por Koss⁵ que en el carcinoma invasor aumentan los falsos negativos para la citología. Con el ánimo de obtener una visión mas general reunimos los resultados de los distintos exámenes en tres grupos cada uno. En las citologías se agruparon los grados I y II en el de los NEGATIVOS, el III para los DUDOSOS y el IV y V en el de los POSITIVOS. En las colposcopias se reunieron las clases I y II, de la clasificación de Vázquez Tatti, en el grupo NEGATIVO, la clase III en el grupo de los DUDOSOS y los matrices sospechosas con las imágenes positivas o sea la clase IV y V de Rieper⁶ en el grupo de los POSITIVOS. La Histopatología se dividió en POSITIVA y NEGATIVA pero para la conformidad se agregó el grupo de los dudosos que correspondió a las displasias; desafortunadamente este grupo no es correctamente comparable con la citología III, ni muy clara con las imágenes anómalas de la colposcopia.

Con estos tres grupos hacemos una correlación gráfica entre la colposcopia y la citología observándose que estos métodos se complementan.

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN RESULTADOS
DE 200 EXAMENES PARA COLPOSCOPIAS Y CITOLOGIAS

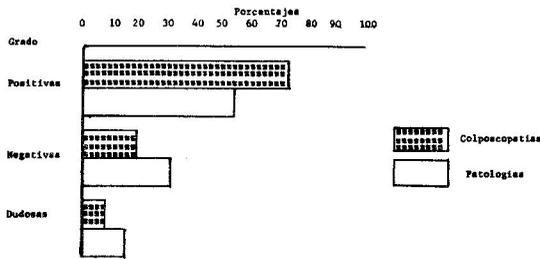


Gráfica 1. Correlación entre citología y patología.

En la gráfica dos observamos la distribución porcentual correspondiente a 26 estudios histopatológicos con igual número de colposcopias. El porcentaje de imágenes colposcópicas positivas es superior que las histopatológicas positivas y las dudosas son menores que las displasias porque a estas generalmente correspondieron imágenes de la clase IV o sea del grupo positivo.

En la gráfica III observamos que a diferencia de la anterior el número de citologías positivas es menor que el estudio histopatológico positivo debido a los falsos negativos citológicos que analizaremos en detalle más adelante.

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN RESULTADOS DE 26 EXAMENES PARA COLPOSCOPIAS Y PATOLOGIAS



Gráfica 2. Correlación entre colposcopia y patología.

Las citologías negativas son menores que las correspondientes patologías y las dudosas no se correlacionan.

Es de destacar que el grupo de los dudosos, como era de esperar, no se correlaciona y que para la colposcopia Rieper lo considera en la clase I. Analizando los resultados obtenidos en 26 biopsias de cérvix tomadas sobre el total de pacientes estudiadas, (cuadro 2) encontramos que el mayor porcentaje correspondió al carcinoma preinvasor con 34,6% siguiéndole en orden la cervicitis con 30,8%.

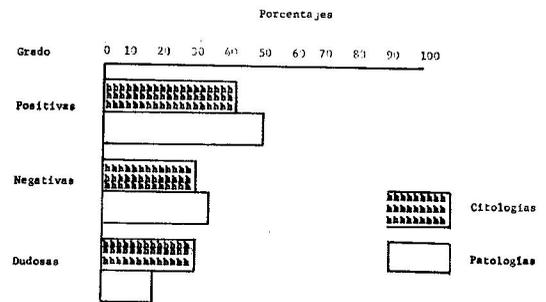
CUADRO No. 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 26 BIOPSIAS DE CERVIX

DIAGNOSTICOS	CASOS	%
Carcinoma in situ	9	34.6
Cervicitis crónica	6	23.1
Carcinoma invasor	5	19.2
Displasias	4	15.4
Cervicitis amibiana	2	7.7
TOTAL	26	100.0

Las imágenes colposcópicas halladas en las displasias correspondientes a la clase IV. (Cuadro 3) Imágenes que fueron similares encontradas en los 9 carcinomas in situ. (Cuadro 4)

DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN RESULTADOS DE 24 EXAMENES PARA CITOLOGIA Y PATOLOGIA



Gráfica 3. Correlación entre Colposcopia y citología.

CUADRO No. 3

DISPLASIA DE CERVIX (Patología)

4 casos.

COLPOSCOPIAS	CITOLOGIAS	
Bases y/o mosaicos y/o Leucoplasias	CASOS	III V
	4	3 1

CUADRO No. 4

CARCINOMA IN SITU (Biopsias)

9 casos

COLPOSCOPIAS	CITOLOGIAS		
Bases y/o Mosaicos y/o Leucoplasias	CASOS	V IV III	
	9	4 2 1	

COMENTARIOS

La citología en nuestra casuística presentó cuatro falsos negativos, tres de ellos para Ca. invasor y una para Ca. in situ, mientras que la colposcopia en estos casos fue positiva o sospechosa. Dos falsos positivos, uno con cérvix sano y el otro correspondió a un ectopion, que el estudio histopatológico fue negativo para Ca. Al parecer, el último caso se debió a una confusión en el transporte de la muestra de citología.

Hallamos una colposcopia falsa positiva que correspondió a una imagen muy sospechosa con pérdida de substancia y proceso inflamatorio sobregregado, el estudio citológico fue negativo y el histopatológico demostró una cervicitis a-

guda y crónica. La conducta en estos casos de duda colposcópica con procesos inflamatorios, es tratar primero la infección y repetir la colposcopia. Anotamos que en este grupo estudiado no se presentó ningún caso de Ca. en los cérvix donde la colposcopia suele dar los falsos negativos.

En cuanto a conducta siempre debemos tener en cuenta: la edad de la paciente, paridad, tricomoniasis, infección, factores de error en la toma de muestras y confusión de las mismas, etc.

En los casos de citología positiva con colposcopia negativa, debemos hacer investigación completa del caso, iniciando el estudio con legrado fraccionado, cuando el extendido es cilíndrico; "cono" cuando es pavimentoso; el lavado de Douglas y citología se debe hacer en casos especiales sobre todo para descartar el Ca. de ovario o trompa.

La duda colposcópica generalmente se resuelve con biopsia dirigida y el estudio citológico.

SUMARIO

1. Se estudian 200 casos con Colposcopia y Citología. A 26 de ellos se les practicó examen histopatológico de Cérvix Uterino.

2. Se observa que la colposcopia y la citología se complementan en la detección y localización del Ca. de cuello uterino.
3. La citología presentó cuatro falsos negativos y dos falsos positivos en los casos estudiados.
4. La colposcopia reduce el número de biopsias y es útil en la dirección de la toma de las mismas.

BIBLIOGRAFIA

1. Papanicolaou, G.N. and Trant, H.E. The Diagnosis of Uterine Cancer by the Vaginal Smear. The Common Wealth Found New York 2943.
2. Hinselmann, H., Munch Med Wschr, 72: 1733; 1925
3. Botella y Colaboradores. El diagnóstico Precoz del Cáncer Uterino. Ed Científicas Med Española. 1961
4. Vásquez Ferro, E. y Tatti, M.A. Valoración de las imágenes de acuerdo a la sospecha colposcópica. Comunicación personal.
5. Koss, G. Diagnostic Cytology and its Histopathology Bases Lippincott, J.B., Company Phyladelphia 122, 1961.
6. Rieper, J.P., Maldonado, H. Ginecología Brasileira. 1:77; 1969.

La Beneficencia del Valle del Cauca contribuye a la publicación de Acta Médica del Valle en su esfuerzo por mejorar la atención médica de la región.