



ARTÍCULOS ORIGINALES

CORRELACION CITOLÓGICA, COLPOSCÓPICA E HISTOLÓGICA DE LESIONES PRECANCERÍGENAS EN CÉRVIX

CYTOLOGIC, COLPOSCOPIC AND HISTOLOGIC CORRELATION OF PRECANCEROUS INJURIES IN THE CERVIX

Dr. Jaime Leaño Berrios*, Dra. Lizeth Orieth Mena Revollo**.

RECIBIDO: 09/10/19

ACEPTADO: 11/05/20

RESUMEN

INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino es una enfermedad prevenible y curable, de etiología multifactorial y transmitida sexualmente por el virus del papiloma humano. Este cáncer se desarrolla generalmente en la zona de transformación de la unión escamo-columnar del cuello uterino.

La citología cervicovaginal es un método de detección precoz que tiene como objeto de estudio la detección de células anormales.

MÉTODO

EL presente trabajo es un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y correlacional. Se evaluaron 370 historias clínicas completas de pacientes con resultados de citología, colposcopia e histología.

RESULTADO

En la gestión 2015 se registraron con diagnóstico citológico de LIE-BG un 63% y un 17.2% con LIE-AG, ASCUS fue 6.7% y ASCH 12.8%.

Según el diagnóstico colposcópico el 54% dio LIE-BG y un 42.5% LIE-AG.

El reporte histológico un 62.2% fue NIC I. 26.5% NIC II y el 9.7% NIC III.

CONCLUSIONES

En cuanto a los tres métodos diagnósticos existe correlación en porcentajes elevados y significativos en lesiones pre malignas de cérvix

PALABRAS CLAVES

Citología, colposcopia, lesiones pre cancerígenas.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Cervical cancer is a preventable, curable and multifactorial disease, it is sexually transmitted through the human papillomavirus. This cancer is usually developed in

* Medico Ginecólogo Obstetra, Colposcopista, jefe de enseñanza e investigación del H.M.M.C.

** Medico Ginecólogo Obstetra

the transformation zone of squamocolumnar junction in the cervix. Cervicovaginal cytology is a method of early detection which focuses on the study of abnormal cells.

METHOD

A descriptive, analytical, retrospective and correlational study was conducted. It was evaluated 370 complete clinical histories of patients with cytology, colposcopy and histology results.

RESULT

Cytological diagnosis of LIE-BG was observed at 63 % and LIE-AG at 17.2 %, moreover ASCUS was 6.7 % and ASCH 12.8 %. Concerning colposcopy diagnosis, 54% displayed LIE-BG and 42.5% displayed LIE-AG. The histological report reflected NIC I 62.2 %, NIC II 26.5 % and NIC III 9.7 %.

CONCLUSIONS

Regarding these three diagnostic methods, the correlation is high and provides significant percentages for premalignant lesions of the cervix

KEYWORDS

Cytology, colposcopy, precancerous lesions.

I.- INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvico uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución. Éstas pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada o severa, y pueden evolucionar a cáncer in situ y/o invasor cuando la lesión traspasa la membrana basal. El cáncer cervical es el segundo tumor más frecuente de los cánceres de las mujeres en el mundo, es la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina en los países en vía de desarrollo, y es como un problema importante de salud pública.(1)

Desde su descubrimiento en la década de los 40 se han buscado estrategias para su detección y tratamiento en etapas precursoras de cáncer cervicouterino, porque está neoplasia ha demostrado ser la neoplasia con mayor potencial de prevención secundaria ya que es totalmente previsible y curable en etapas precancerígenas, sin embargo el cáncer cervicouterino continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer en mujeres de muchos países en desarrollo. (2)

Anualmente, en el mundo se diagnostica medio millón de casos y

mueren 274.000 mujeres por cáncer cervicouterino. Bolivia tiene una de las tasas de incidencia y mortalidad más altas del mundo y según estimaciones de la OMS, entre 4 a 5 mujeres mueren al día por Cáncer de Cuello Uterino. (2)

La forma más eficaz de plantear el tratamiento del cáncer cervicouterino es diagnosticar los estadios premalignos, para ello se dispone de tres recursos básicos como son la citología, colposcopia y la biopsia dirigida. La citología es la metodología para tamizaje de cáncer cervicouterino más utilizada a nivel mundial, pero solo será un parámetro válido si se respetan rigurosamente ciertas condiciones, la referencia a una clasificación única, ateniéndose a determinadas recomendaciones diagnósticas, la organización de procedimientos de evaluación interna y externa de los citopatólogos.

La citología cérvicovaginal es uno de los métodos de detección precoz de lesiones cervicales más eficientes sin embargo la sensibilidad de la citología va del 30 % al 96.4 %, con un promedio de 50 %, y el índice de falsos negativos oscila entre 10-13%, y falsos positivos que se aproximan a 20-28%, La experiencia con la citología vaginal muestra que su utilidad no está en el diagnóstico correcto de la lesión neoplásica establecida, sino en la lesión

intraepiteliales, siendo el siguiente paso en la evolución de la experiencia con citología vaginal la determinación de la correlación con la biopsia colposcópica. (3)

El estudio colposcópico permite clasificar a las lesiones escamosas intraepiteliales en bajo grado y en alto grado, su sensibilidad va del 64% al 99%, y una especificidad del 30 al 99.3%. La correlación entre estos dos métodos van de 80-88%, según la experiencia actual se obtiene confiabilidad diagnóstica de 90-100% utilizando citología, inspección y biopsia colposcópica. La citología exfoliativa y la colposcopia son sólo métodos de sospecha; la seguridad diagnóstica sólo puede obtenerse con el estudio histológico de la lesión. (3)

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y correlacional. El universo estuvo considerado por todas las pacientes con lesiones precancerígenas que fueron atendidas en el Servicio de Colposcopia del Hospital Municipal Modelo Corea, desde 1 de Enero a 31 de Diciembre de 2015, y que se les realizó los exámenes citológico, colposcópico e histológico. De acuerdo con las estadísticas de la institución, 488 pacientes fueron sometidas a los distintos exámenes ya mencionados, durante el periodo de estudio, sin embargo por criterios de exclusión se realizó el estudio con 370 pacientes con radicatura en la Zona Janko Calani carretera a Viacha.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se llenó un instrumento de recolección de datos previamente diseñado y elaborado por el investigador, revisando todas las historias clínicas de todas aquellas pacientes que acudieron al Servicio de Colposcopia, que incluían todos los datos necesarios para el análisis del estudio propuesto y para realizar un seguimiento y monitoreo de la paciente a partir de ese momento.

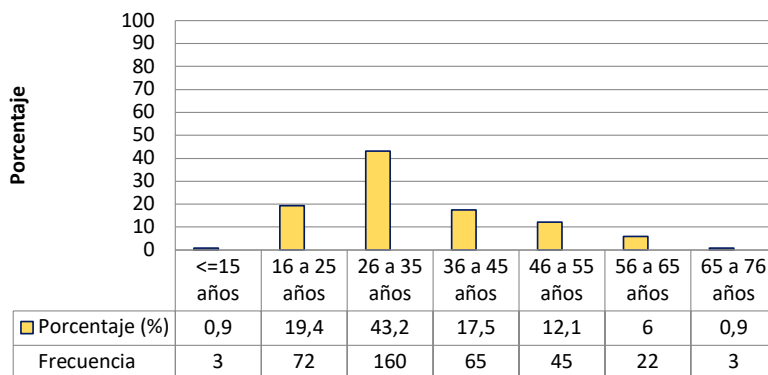
Se utilizó una hoja de recolección de datos que incluía: nombre, filiación, edad, inicio de vida sexual, número de compañeros sexuales, uso de anticonceptivos, antecedentes gineco-obstétricos, resultados de citología, colposcopia, y de histopatología de cérvix, ver Anexo 1.

RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y correlacional, en un total de 370 historias clínicas completas de pacientes atendidas en el Servicio de Colposcopia, de las cuales la edad promedio fue de 30 años con límites de 14 a 76 años.

Del total de las pacientes incluidas en el estudio el 0,9% (n=3) eran menores de 15 años; 19,4% (72 pacientes) entre 16 a 25 años; 43,2% (n = 160) entre los 26 y 35 años; 17,5% (n =65) entre los 36 a 45 años; 12,1 % (n =45) entre los 46 a 55 años; 6% (n =22) entre los 56 a 65 años; 0,9% (n =3) entre los 66 a 76 años; como se ilustra en la Gráfica N°1

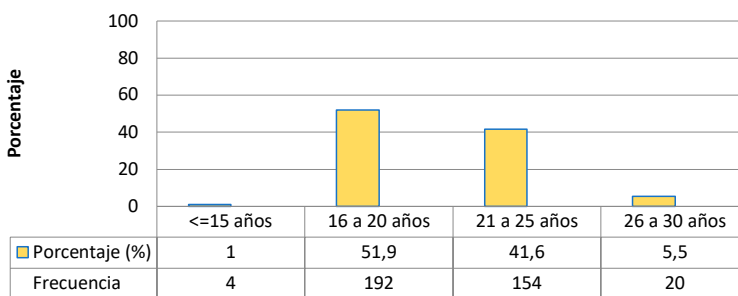
GRAFICO N° 1: DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE PACIENTES CON LESIONES PRECANCERÍGENAS DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIA DEL HMMC- GESTIÓN 2015



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del servicio de Colposcopia Del HMMC

En cuanto al inicio de las relaciones sexuales, se tuvo como resultados: 1% (n=4) en pacientes <= a 15 años; 51,9% (n=192) en pacientes de 16 a 20 años; 41,6% (n=154) en pacientes de 21 a 25 años y 5,5% (n=20) en pacientes de 26 a 30 años; como se ilustra en la Gráfica N°2.

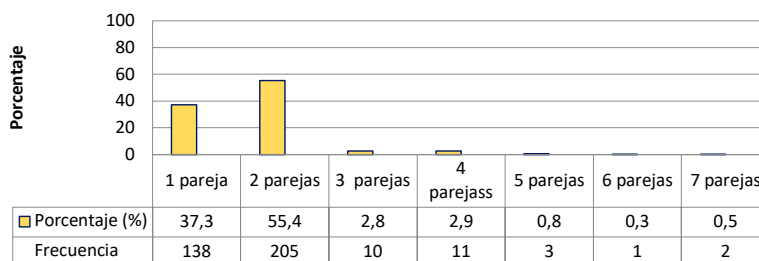
GRÁFICO N° 2: INICIO DE RELACIONES SEXUALES POR GRUPOS ETÁREOS EN PACIENTES CON LESIONES PRECANCERÍGENAS DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIA DEL HMMC- GESTIÓN 2015



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del servicio de Colposcopia Del HMMC

En cuanto al número de compañeros sexuales, tenemos un intervalo de 1 a 7 parejas, en el que se vio que 37,3% (n=138) tuvieron 1 pareja; 55,4% (n=205) tuvieron 2 parejas; 2,8% (n=10) tuvieron 3 parejas; 2,9% (n=11) tuvieron 4 parejas; 0,8% (n=3) tuvieron 5 parejas; 0,3% (n=1) tuvieron 6 parejas y 0,5% (n=2) tuvieron 7 parejas. Como se ilustra en la Gráfica N°3.

GRÁFICO N° 3: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN PACIENTES CON LESIONES PRECANCERÍGENAS DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIA DEL HMMC- GESTIÓN 2015

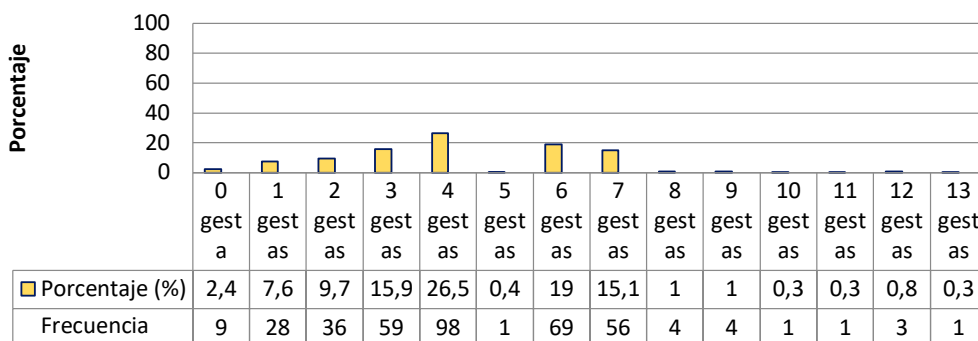


FUENTE: Elaboración propia en base a datos del servicio de Colposcopia Del HMMC

En cuanto al antecedente de gestas en las pacientes con lesiones premalignas de cérvix, podemos mencionar que: 2,4% (n=9) no tuvieron gestas; 7,6% (n=28) tuvo 1 gesta; 9,7% (n=36) tuvo 2 gestas; 15,9% (n=59) tuvo 3 gestas; 26,5% (n=98) tuvo 4 gestas; 0,4% (n=1)

tuvo 5 gestas; 19% (n=69) tuvo 6 gestas; 15,1% (n=56) tuvo 7 gestas; 1% (n=4) tuvo 8 gestas; 1% (n=4) tuvo 9 gestas; 0,3% (n=1) tuvo 10 gestas; 0,3% (n=1) tuvo 11 gestas; 0,8% (n=3) tuvo 12 gestas; 0,3% (n=1) tuvo 13 gestas. Como se ilustra en la Gráfica N°4.

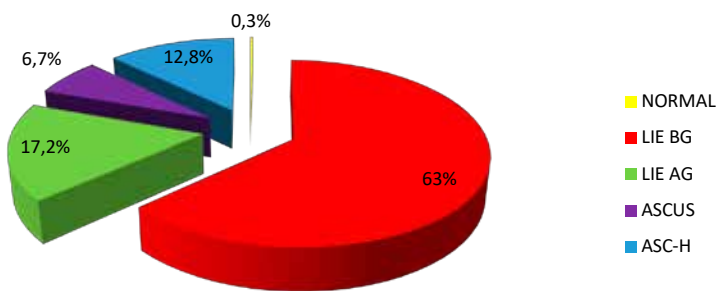
GRÁFICO N° 4: NÚMERO DE EMBARAZOS EN PACIENTES CON LESIONES PRECANCERÍGENAS DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIA DEL HMMC- GESTIÓN 2015



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del servicio de Colposcopia Del HMMC

En cuanto al reporte citológico, se evidencio que: 0,3% (n=1) fue Normal; 6,7% (n=25) fue ASCUS y 12,8% (n=47) fue ASCH. Como se ilustra en la Gráfica N°5.

GRAFICO N°5: DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO EN PACIENTES CON LESIONES PRECANCERÍGENAS DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIA DEL HMMC- GESTIÓN 2015

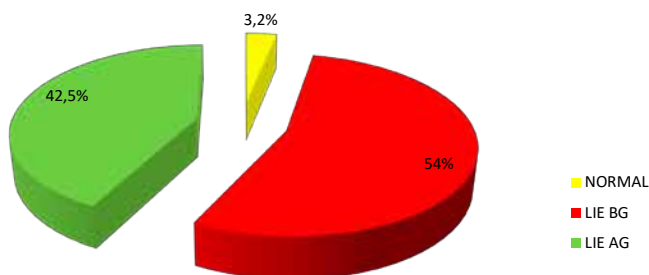


FUENTE: Elaboración propia en base a datos del servicio de Colposcopia Del HMMC

En cuanto al reporta de colposcopia se evidencia que: 3,2% (n=12) fueron Normales; 54,3% (n=201) tuvieron LIE

BG y 42,5% (n=157) tuvieron LIE AG. Como se ilustra en la Gráfica N°6.

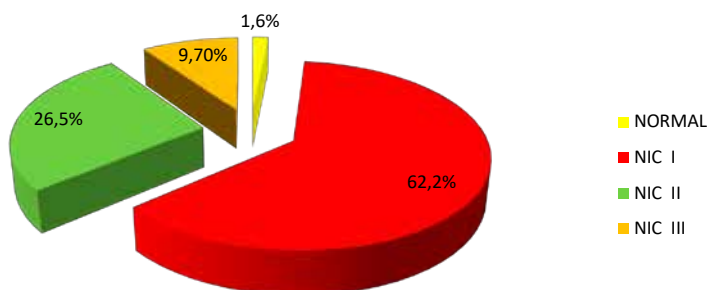
GRAFICO N°6: DIAGNÓSTICO COLPOSCÓPICO EN PACIENTES CON LESIONES PRECANCERÍGENAS DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIA DEL HMMC- GESTIÓN 2015



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del servicio de Colposcopia Del HMMC

En cuanto al reporte Histopatológico, 26,5% (n=98) fueron NIC II y 9,7% se evidencia que: 1,6% (n=6) son Normales; 62,2% (n=230) fueron NIC I la Gráfica N°7.

GRAFICO N°7: DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON LESIONES PRECANCERÍGENAS DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIA DEL HMMC- GESTIÓN 2015



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del servicio de Colposcopia Del HMMC

En cuanto a la correlación diagnóstica entre Citología, Colposcopia e Histológica podemos evidenciar que tres diagnosticos, que representa el 95,1%. No correlacionan 18 casos que corresponde a 4,9%. Como se ilustra en la Tabla N°1

TABLA N° 1 CORRELACIÓN CITOLOGÍA- COLPOSCÓPICA E HISTOLÓGICA DE PACIENTES CON LESIONES PRECANCERÍGENAS DEL SERVICIO DE COLPOSCOPIA DEL HMMC- GESTIÓN 2015

CITOLOGÍA	COLPOSCOPIA	HISTOLÓGICA	CORRELACIÓN			
			SI		NO	
NORMAL	METAPLASIA	CERVICITIS	1	0,3%	6	1,7%
ASCUS	METAPLASIA	CERVICITIS	5	1,3%	3	0,9%
ASCUS	LIE BG	NIC I	7	1,9%	1	0,3%
LIE BG	LIE BG	NIC I	201	54,3%	2	0,5%
ASCH	LIE BG	NIC I	17	4,6%	2	0,5%
ASCH	LIE AG	NIC II O NIC III	14	3,7%	2	0,5%
LIE AG	LIE AG	NIC II O NIC III	107	29%	2	0,5%
TOTAL			352	95.1%	18	4,9%
						370=100%

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del servicio de Colposcopia Del HMMC

DISCUSIÓN

El cáncer cervicouterino es una enfermedad previsible y, cuando se detecta en etapas iniciales se pueden aplicar tratamientos terapéuticos con un buen pronóstico de sobrevivencia. La detección oportuna incide directamente en la calidad de vida de las mujeres afectadas. Por esta razón, resulta de vital importancia disponer de métodos de diagnóstico de lesiones precursoras de este tipo de cáncer, las cuales pueden tratarse a través de una variedad de métodos.

El Colegio Americano de Patólogos (CAP) considera obligatoria la correlación de citología- colposcopia, biopsia e histología como un requisito de acreditación de las citologías. Por lo tanto se debe hacer un seguimiento periódico de correlación de la citología, colposcopia e histología mostrando así la calidad de las citologías.

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye:

Las pacientes presentadas en el trabajo se encuentran entre el rango de edad de 14 a 76 años, teniendo mayor frecuencia el rango entre 26 a 35 años, presentando una media de 30 años, esto corrobora sugiere que las lesiones precancerígenas son más frecuentes en personas jóvenes y cada vez más a

menor edad.

En cuanto al inicio de las relaciones sexuales hay mayor frecuencia entre los 16 a 20 años de edad, por tanto estuvieron más expuestas a contraer diferentes tipos de virus del papiloma y o una mayor cantidad de inóculo. Esto explica porqué la mayoría de estas pacientes presentan actualmente el papiloma.

La mayor parte de las pacientes (92,7%) refieren solo una o dos parejas sexuales por lo que el número de parejas tampoco constituye un riesgo para el grupo de estudio.

El grupo de estudio presenta riesgo de multiparidad ya que más de la mitad tienen cinco a seis hijos, igualmente por su inicio precoz de actividad sexual estuvieron expuestas como se indica en la anterior conclusión.

Finalmente, en relación a las correlaciones diagnósticas se encontraron porcentajes elevados de correlación significativa; encontrándose un 95,1% de correlación entre los grupos específicos y un 4,9% de no correlación de los mismos.

En síntesis se encontró una correlación significativa entre los tres métodos diagnósticos citología, colposcopia e histología en lesiones premalignas de cérvix.

REFERENCIAS

1. Mendoza G, Córdova C, Sánchez P. Evaluación del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en la Unidad Especial Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas- México* 2013. vol. 17, núm. 2, pp. 76-80
2. Sánchez M, Olivares A, Contreras N, Díaz Suarez. Certeza diagnóstica de la colposcopia, citología e histología de las lesiones intraepiteliales de cérvix. *Rev. Invest Med Sur Mex.* 2013. Vol 20. Num 2. Pp. 95-99.
3. Rojas G, Córdova C, Sánchez J. Evaluación del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en la Unidad Especial Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael. *Rev Esp Méd Quir.* 2013; 17(2): 76-80.
4. Sánchez M, Olivares A, Contreras N, Díaz M. Certeza diagnóstica de la colposcopia, citología e histología de las lesiones intraepiteliales del cérvix. *Rev Invest Med Sur Mex.* 2013; 20 (2): 95-99.
5. Moreno M, Calveiro C, Dionisi M, Gravina C, Flores J, Cabrera M. Correlación cito-colpo-histológica de lesiones causadas por el virus del papilomahumano (HPV) y la utilidad de la técnica de PCR para determinar la infección por HPV. *Hosp Aeronáut Cent.* 2013; 8(1): 38-45.
6. Ramírez F, Ramírez G, Wong J. Correlación citocolpohistológica en lesiones intraepiteliales de cuello uterino. *Rev Med.* 2005; 11 (2): 109-113.

Correlacion citológica, colposcópica e histológica de lesiones precancerígenas en cérvix

7. Feliz L, Srinnech M, Santana L, Francisco C, Díaz A, Santana M. *Correlación diagnóstica entre citología, colposcopia y biopsia en la neoplasia intraepitelial cervical, hospital de la mujer dominicana Rev Med Dom. 2011; 72 (3): 107-110.*
8. Leal I, Villalobos C, Wisbrun R, Moreno V, Licón A, Lechuga R, González E, Alcalá I. *Sensibilidad y especificidad de pruebas diagnósticas para CaCu: Muestras de mestizas y tarahumaras del Hospital General Salvador Zubirán de la ciudad de Chihuahua 2010; 4 (2); 97- 105.*
9. Fabiola M, Olivares A, Contreras N, Díaz M. *Certeza diagnóstica de la colposcopia, citología e histología de las lesiones intraepiteliales del cérvix. Rev Invest Med Sur Mex. 2013; 20 (2): 95-99.*
10. MINISTERIO DE SALUD. *Guía clínica cáncer cervicouterino. Revisión y Actualización; 2010 p. 62.*