

# CORRELACIÓN HISTOLÓGICA, OTOLÓGICA Y COLPOSCOPICA EN DETECCIÓN PRECOZ DE LA PATOLOGÍA CERVICAL

*Dr. Miguel Armando Moradel (\*\*)*

## INTRODUCCIÓN

La prevención del cáncer, por supuesto es la meta definitiva de todos los Oncólogos y médicos especialistas relacionados con esta disciplina, no siempre el especialista tiene la oportunidad de hacer medicina preventiva, dado las múltiples ocupaciones, la falta de tecnología y las condiciones socio-económicas precarias de nuestra población asistencial.

En cáncer: es preferible hacer una detección precoz, para evitar lamentar males mayores y enlutar progresivamente a familias enteras.

En las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales, tenemos tiempo suficiente para obstruir el proceso biológico de la enfermedad, ya que el 4o/o de los N.I.C. evolucionan a cáncer en 1 año, en 3 años el 11o/o, en 5 años el 22o/o y en 9 años el 33o/o {Barri Anderson 1977 Pag. 837} (3).

## OBJETIVO

Nuestra meta ha sido hacer una correlación de la citología colposcopia e histología, en forma retrospectiva, considerando estos procedimientos como los más correctos en la detección precoz de patología cervical. Analizando pacientes con cito-

logía anormal, unos pocos casos con informe citológico normal correlacionándolos con los hallazgos colposcópicos e histológicos, para afirmar que nuestras pacientes han sido sometidas a un protocolo completo y como resultado final la derivación a la conducta más adecuada a seguir.

Esta evaluación nos permite corregir errores, superar el nivel tecnológico de la citología, analizar nuestra experiencia y verificar el grado de Neoplasia Intraepitelial Cervical histológicamente.

## MATERIAL Y MÉTODO

Hemos revisado 327 pacientes portadoras de N.I.C. en sus diferentes grados, a partir de Enero 1981 a Nov. 1983, de un total de 12,500 pacientes consultantes en la Unidad de Patología Cervical de la Liga contra el cáncer.

**TABLA No. 1**  
**12,500 PACIENTES CON CITOLOGIA**

	No.	o/o
N.I.C. GI	91	0.73
N.I.C. GH	103	0.82
N.I.C. GIII	73	0.60
C.A. INSITU	60	0.48
	327	2.63
C.A. INVASORES	117	0.94
	444	3.57

(\*) Presentado en el XIV Congreso Centroamericano y VII Jomada Nacional de Ginecología y Obstetricia Noviembre 24 - 26, 1983, Tegucigalpa Honduras, C.A.

(\*\*) Ginecólogo de la Unidad de Patología Cervical (Liga contra el Cáncer S.P.S., Gineco-Obstetra de Emergencia del Hospital "Leonardo Martínez V." S.P.S.).

El 0.73o/o son portadoras de NIC GI (Displasia leve), 0.82o/o NIC GH {Displasia moderada), 0.60o/o NIC Gilí (Displasia severa, 0.48o/o C.A.

Insitu. El 2.63o/o de 12,500 pacientes presentan patología cervical, como información adicional hay registrados 117 cánceres cervicouterinos invasores 0.94o/o, para un total de 3.27o/o de pacientes con patología.

Hemos analizado factores epidemiológicos que sitúan a la paciente en una categoría de alto riesgo.

TABLA No. 2

## EVALUACION DE EDAD, RELACIONES SEXUALES Y MULTIPARIDAD EN PATOLOGIA CERVICAL

	EDAD	R. S.	MULTI- PARIDAD
N.I.C. - I	19 - 64	14 - 30	1 - 13
N.I.C. - II	16 - 48	11 - 23	1 - 15
N.I.C. - III	22 - 49	13 - 25	1 - 15
C.A. INSITU	22 - 72	13 - 20	2 - 18

Una historia de comienzo de actividad sexual temprana, de embarazos múltiples y el contacto con compañeros sexuales también múltiples, son factores de riesgo en Neoplasias Cervicales (16). El 42o/o de estas pacientes son de unión libre y han tenido mas de un marido, en la tabla No. 2, la mayor multiparidad se registró en C.A. Insitu, la menor edad para el inicio de actividad sexual fue de 11 años en displasias moderadas y la menor edad en pacientes con NIC fue de 16 años, si bien es cierto que la frecuencia de cáncer cervico-uterino tiende a disminuir a mayor edad, para dar paso a cáncer de Endometrio y ovario, nosotros detectamos cáncer Insitu en pacientes hasta de 72 años. No hay edad para negarle un Papanicolaou a una paciente.

EN LA CORRELACIÓN HISTOLÓGICA, CITOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN N.I.C. GI 91-0.73o/o, tomamos como base el diagnóstico final, esto es el estudio histológico.

TABLA No. 3

## CORRELACION HISTOLOGICA, CITOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN: DISPLASIAS LEVES 91-0.73o/o N.I.C. GI

HISTOLOGIA	CITOLOGIA	COLPOSCOPIA
III A No. 91	PAP II 8 - 9o/o III A 67 - 74o/o III B 11 - 12 D. S. 4 - 4 PAP IV 1 - 1	ZTA 87 - 96o/o INF 4 - 4o/o
	91 - 100o/o	91 - 100o/o

Analizamos el informe ortológico y los cambios colposcópicos atípicos encontrados, en donde tenemos 8 pacientes 9o/o de falsos negativos por citología y hubo una buena correlación en 67 casos 74o/o, sin embargo en 16 pacientes 17o/o la lesión fue mayor por informe citológico.

En el estudio colposcópico había ZTA (Zona de transformación atípica, es la transformación metaplásica que da origen a un nuevo epitelio escamoso vulnerable a agentes genéticos "Cancerígenos", cuya población celular total de algún modo haya adquirido un potencial neoplásico (5). En el 96o/o la colposcopia fue positiva, en el 4o/o fue descrita como un proceso inflamatorio, el informe histológico rebeló que en 4 pacientes había Displasia leve.

EN DISPLASIAS MODERADAS CON DIAGNOSTICO HISTOLÓGICO No. 103-0.82o/o, encontramos 7 falsos negativos 7o/o por citología.

TABLA No. 4

## CORRELACION HISTOLOGICA, CITOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN: DISPLASIAS MODERADAS

N. I. C. G II		No. 103 - 0.82o/o			
HISTOLOGICA	CITOLOGIA	COLPOSCOPIA			
	No. o/o	No.	o/o		
No. 103	PAP II 7 7 III A 60 58 III B 35 34 PAP IV 1 1	ZTA 97 INF 6	94 6		
	103 100	103	100		

La lesión fue menor 60 casos 58o/o la histología informó displasia modérala, esto demuestra que la citología no hace diagnóstico definitivo, orienta al clínico y al Patólogo de la futura lesión a encontrar, en el 34o/o (35 pacientes) la correlación citohistológica fue igual y fue mayor el informe citológico en el 1o/o (1 caso). La colposcopia fue positiva en el 94o/o (No. 97 pacientes) en el 6o/o (6 casos) se describió un proceso inflamatorio. Falsos negativos colposcópico son dados por la lesión preclínica, puede estar localizada en la parte alta del canal cervical, porque haya una cervicovaginitis aguda (tricomonas) asociada con una NIC, que sangra dificultando o enmascarando la verdadera imagen atípica, finalmente los cuellos de las pacientes con neoplasias cervicales, la ZT (Zona de transformación) tiende a retraerse al canal endocervical y el cuello pierde elasticidad (M Coppleson Abril 1974) (5), partiendo de estas bases rutinariamente practicamos curetaje endocervical.

EN DISPLASIAS SEVERAS N.I.C. Gilí No. 73 - 0.600/0 CON DIAGNOSTICO DEFINITIVO HISTOLÓGICO, esto es biopsia dirigida, se registraron 7o/o (5 casos), con informe citológico falso negativo.

**TABLA No. 5**

**CORRELACION HISTOLOGICA, CITOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN: DISPLASIAS SEVERAS**

N.I.C. G III No. 73 - 0.60o/o

HISTOLOGIA	CITOLOGIA		COLPOSCOPIA		
	No.	o/o	N	No. o/o	
No. 73	PAP III	5	7	ZTA 72	99
	III A	25	34	INF	1 1
	III B	19	26		
	DS	19	26		
	PAP IV	5	7		
		73	100	73	100

En el 600/0 - 44 casos, el informe citológico fue menor a los cambios histológicos revelados en la biopsia. Hubo muy buena correlación en el 26o/o (19 casos) y en el 7o/o - 5 casos la citología reportó PAP IV sospechoso de cáncer. El estudio col-

poscópico fue positivo en el 99o/o - 77 casos y encontramos un falso negativo 1o/o, descrito como un proceso inflamatorio.

60 CASOS DE CÁNCER INSITU 0.48o/o CON DIAGNOSTICO HISTOLÓGICO se encontraron 3 casos (5o/o) de falsos negativos por citología, en 31 casos 52o/o el infjrme citológico dio una lesión menor, al patólogo se le hace difícil hacer la diferenciación entre displasia severa y C.A. Insitu, pero el compromiso total del espesor del epitelio hace la diferencia, en 26 casos 43o/o se informó sospecha de cáncer.- La coposcopia reveló 1000/0 de positividad lo que demuestra que cuanto mayor son los cambios histológicos mayor es la magnitud de las imágenes atípicas vistas al colposcopio.

**TABLA No. 6**

**CORRELACION HISTOLOGICA, CITOLOGICA Y COLPOSCOPICA EN: CANCER INSITU**

No. 60 - 0.48o/o

HISTOLOGICA		CITOLOGICA		COLPOSCOPIA	
		No.	o/o	No.	o/o
No. 60	PAP				
No. 60	PAP II	3	5	ZTA	60 100
	III A	16	27		
	III B	8	13		
	D. S.	7	12		
	PAP IV	26	43		
		60	100	60	100

FALSOS NEGATIVOS POR CITOLOGÍA EN UN TOTAL DE 327 CASOS DE N.I.C, fue del 7o/o (tabla 7), el mayor porcentaje fue para NIC GI (Displasia leve).

**TABLA No. 7**

**FALSOS NEGATIVOS EN CITOLOGIA**

	No.	No.	o/o
III A	91	8	
III B	103	7	
D. S.	73	5	
C. A. INSITU	60	3	
	327	23	7

El porcentaje de error para la citología aún con muy buena tecnología es del 8 - 10o/o, cuando se hace el estudio citológico y cóposcópico en forma conjunta el porcentaje de error es del 2o/o y los resultados positivos el 98o/o (5), de allí la importancia de hacer uso de ambos procedimientos para obtener mejores resultados en la investigación y detección precoz de patología cervical (M. Copplesson E. Píxley, B. Reid abril 1974).

FALSOS POSITIVOS EN CITOLOGÍA, somos honestos en informar, que no todas las pacientes que tienen una citología negativa le practicamos colposcopia, por razones de tiempo, volumen de consultantes, pero en ciertas circunstancias que tenemos un cuello sospechoso lo investigamos con el uso de la colposcopia.

TABLA No. 8

## FALSOS POSITIVOS EN CITOLOGIA

	No.	No.	o/o
III A	109	18	17
III B	103		
D. S.	73		
C. A. INSITU	60		
	345		5

Encontramos en 345 casos 5o/o de falsos positivos por informe citológico, registrándose en 18 pacientes con sospecha de displasia leve, la histología diagnóstica cervicitis crónica.

ERROR EN COLPOSCOPIA. En Norteamérica, Alemania, Australia, Chile, el porcentaje de error en el estudio cóposcópico de NIC es del 0 - 7o/o nuestra propia estadística es del 3o/o.

Resultados positivos son del 97o/o, hemos tenido el 12o/o de error en citología, 82o/o de resultados positivos en los informes citológicos, con el estudio complementario de la colposcopia nuestra estadística general es del 97o/o de resultados positivos,

CONCLUSIÓN

En 3 años hemos practicado una evaluación, de nuestra experiencia en la pesquisa de patología cervical en la Liga contra el Cáncer de San Pedro Sula, analizando los errores de citología, colposcópica en

TABLA No. 9  
ERROR EN COLPOSCOPIA

	No.	No.	o/o
III A	91	4	
III B	103	6	
D. S.	73	1	
C. A. INSITU	60	0	
	327	11	3

relación al diagnóstico histológico en 327 casos, los falsos negativos por citología son del 7o/o, los falsos positivos de papanicolaou 5o/o, el porcentaje de error en colposcopia es del 3o/o, lo que al final de hacer este trabajo aunque sean pocos casos nos da satisfacción y optimismo de seguir adelante, hemos sido agresivos con pacientes portadoras de una displasia leve por informe citológico, complementamos de inmediato la investigación porque la experiencia nos ha enseñado, que la citología no define diagnóstico y es así como no hemos caído en el error de dar tratamiento a NIC GI y citarla en 1-2-3 meses después para nuevo control, probablemente sea la única oportunidad que tengamos de ver al paciente y nuestro informe que damos a la población médica, en este trabajo nos dice que 60 casos de displasia leve resultaron ser displasia moderada; 25 pacientes con displasia leve resultaron tener displasia severa y 16 casos con informe citológico de displasia leve, el estudio histológico reportó cáncer insitu.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Arthur I. Spriggs  
Evolución natural de la displasia cervical, Pag. 65-75, vol. 1 - 1981 Gynecol-Obstet.
- 2) Aníbal Scareila C, Fernando Sandoval, Julio Urutia M., Patricio Masoli.  
Consideraciones generales sobre el uso de la Colposcopia. XVI Congreso Chileno de G. y O. 1975 -Pag. 43.
- 3) Barrie Anderson  
Tratamiento de la Neoplasia Cervical temprana Pags. 837-852 Dic. 1977 ObstetandGynecol.
- 4) Carlos Aberto Porta, Arnaldo La Greca, Mario S. Palermo.  
Sistematización de los planes de detección en patología Cervical XVI Congreso Chileno de G. y O. Pag. 41
- 5) M. Coppleson - E. Pixley - B. Reid  
Tratado de Colposcopia abril 1974.
- 6) Dvane E. Townsend M.C.- Ralph M. Richard, M.D.  
Can Colposcopy Replace conization vol. 32 No. 2 March-Apr. 1982.
- 7) Edmund R. Novak — Georgeanna Seegar Jones, Howard W. Jones Jr. Pag. 239-280 Tratado de Ginecología novena edición.
- 8) George R. Huggins  
Neoplasias y anticonceptivos hormonales Pag. 911-931 vol. 8 - 1981 Obstet and Gynecol.
- 9) Gerard Salvin, Elizabeth Hudson,  
Cambios epiteliales en el cuello uterino, Correlación citológica e histológica Pag. 51-62 vol. 1 - 1981. Gynecol - Obstet.
- 10) Harry Gordon — Reacción del clínico ante el frotis anormal Pag. 79-87 vol. 1 1981 - Gynecol Obstet.
- 11) John W. Harris — Orientation antes del embarazo en caso de enfermedades premalignas y malignas - Gynecol-Obstet vol. 1 -1982.
- 12) Joseph A. Jordán - Dr. Albert Singer  
Tratamiento de la enfermedad cervical premaligna Vol. 3 1978 pag. 629-654.
- 13) Ponjola Coney M.D. - Leslie A. Walton M.D. - David A. Edelman PhD. and Wesley C. Fowler Jr. M.  
Cryosurgical Treatment of early cervical intraepithelial neoplasia Vol. 62 No. 4 Oct. 1983.
- 14) P. Toledo, J. Iglesias, O. Salas, J. Amagada, A. Olivares.  
Condilomas acuminados y su probable relación con Neoplasia intraepitelial del cuello uterino. XV Congreso Chileno de G. y O. Pag. 94 - 1980
- 15) Ralph M. Richart  
Técnicas de Selección para Neoplasia Cervical Pag. 721-749 Obstet and Gynecol vol. 3 1979.
- 16) S. Lizana, C. Arias, G. Perira, R. Mendoza y P. Rodríguez. Relación entre paridad iniciación de la actividad sexual y aparición de C.A. CU. XVIII Congreso Chileno de G. y O. Pag. 97 tomo II.