COLPOSCOPIA EN ENFERMEDAD NEOPLASICA

PRECLINICA DEL CERVIX

IX CONGRESO COLOMBIANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA - Bucaramanga, Diciembre 1971
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALDAS - DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
Manizales, Diciembre de 1971.

Dr. Antonio J. Giraldo G.*
Dr. Oscar Acebedo Ferrer**
Dr. Alfonso Hurtado S.***

Introducción

Este trabajo corresponde a la experiencia obtenida por nosotros con el primer grupo de pacientes sometidas a rastreo de Neoplasia preclínica del cérvix por medio de colposcopia. En la literatura médica revisada no encontramos ningún estudio que pueda ser comparativo.

Se considera que el carcinoma del cuello uterino es curable en el 100% de los casos solo cuando se diagnostica precozmente.

En la actualidad el diagnóstico precoz puede hacerse con relativa facilidad mediante el uso sistematizado de la citología exfoliativa, método que se considera con un margen de error del 6 al 28% (1).

H. Hinselmann, ideó el estudio del cuello uterino mediante el colposcopio, difundíendose su uso en Europa a partir de 1924 y posteriormente a América del Sur. Últimamente ha tomado auge en los Estados Unidos de Norte América.

El colposcopio funciona a la manera de un microscopio binocular y estereoscópico de poco aumento, entre 10 y 40 X, el cual permite la visualización del cuello del útero y frecuentemente en mujeres multíparas, la parte inferior del endocérnix (2). En estas condiciones la zona de transición de los epitelios, en la cual se origina el cáncer de cérvix en un 90 a 95% de los casos, es visualizable colposcópicamente.

El valor de la colposcopia estriba en que, por medio de ella, se localiza el punto preciso para la toma de la biopsia y facilita el estudio histopatológico al proporcionar biopsias de focos seleccionados.

El estudio del cuello uterino debe ser precedido por el empleo del ácido acético al 3% el cual, al ser aplicado, disuelve el moco cervical y pro-

* Profesor Asistente, Depto. de Gineco-Obstetricia.

** Jefe Depto. de Gineco-Obstetricia. Profesor Asociado.

*** Residente II, Depto. de Gineco-Obstetricia.

duce tumefacción del epitelio cilíndrico, diferenciándose fácilmente por su aspecto brillante y semejante a un racimo de uvas.

La prueba de Schiller es un auxiliar práctico en colposcopia. Es útil en la mayor parte de los casos en los cuales se observan focos epiteliales atípicos.

Se considera que el margen de error de la colposcopia es de 3 al 35%. Utilizado en combinación con la citología tumoral, se alcanza una seguridad diagnóstica del 97,5% (1).

El uso sistematizado de la colposcopia evita frecuentemente la toma de biopsias inútiles y la concordancia de sus observaciones con los hallazgos histopatológicos, certifican la competencia del colposcopista.

Material y Métodos

El objeto de nuestro estudio consistió en la evaluación del método colposcópico en relación con su utilidad para la detección de lesiones neoplásicas preclínicas del cuello uterino.

Se seleccionó un grupo de 260 pacientes que habían sido remitidas a la consulta de Patología Cervical por presentar citologías clase III (53,64%); clase IV (25,96%) y clase V (20,38%) y ninguna lesión macroscópica del cuello uterino sospechosa de neoplasia (Cuadro Nº 1).

CUADRO Nº 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 260 PACIENTES SEGUN CLASE DE CITOLOGIA

Clase de Citología	Nº de Pacientes	%
III	140	53,85
IV	67	25,77
V	53	20,38
TOTAL	260	100,0

El estudio comprendió el período de tiempo entre el 21 de Junio de 1967 y el 18 de Agosto de 1971.

La inclusión en el grupo de las pacientes que presentaban citologías dudosas (clase III) se debió a un interés especial en evaluar lo más estrechamente posible esta condición para, una vez conocidos los verdaderos porcentajes de positividad, establecer en nuestro medio futuras conductas en estos casos.

Las pacientes que presentaban cervicitis o colpocervicitis agudas o subagudas, fueron sometidas previamente a tratamientos etiológicos y en ningún caso se practicó electrocoagulación del cérvix previa a la toma de citología. En general las pacientes fueron remitidas a la consulta de Patología Cervical solo después de mejorar su estado inflamatorio.

El modelo de colposcopio usado por nosotros es un Leitz de 10 y 20 X binocular con luz polarizada. Cámara fotográfica Leika acoplada.

Todas las pacientes fueron sometidas a colposcopia de acuerdo con la siguiente rutina:

- a) visualización del cérvix y limpieza
- b) colposcopia a 10 X
- c) aplicación de ácido acético al 3%.
- d) colposcopia a 10 y 20 X.
- e) aplicación de Lugol y nueva colposcopia a 10 y 20 X
- f) biopsia dirigida en caso de imágenes atípicas
- g) consignación de imágenes y datos en formulario especial.

Los hallazgos colposcópicos fueron reportados en la siguiente forma:

Imágenes benignas o normales: ectopia, zona de transformación, exocervicitis.

Sobre el total de 260 pacientes se reportaron 70 imágenes colposcópicas benignas (Cuadro N° 2).

CUADRO 2

COLPOSCOPIA. IMAGENES BENIGNAS. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 70 CASOS

Imagen	Nº Casos	%	% (1)
Ectopia	27	38,57	19,38
Zona de transformación	23	32,86	8,86
Exocervicitis	20	28,57	7,68
TOTAL	70	100,00	26,92

(1) Del total: 260 casos.

Imágenes atípicas: leucoplasia, base de leucoplasia, imágenes combinadas sospechosas y zona sospechosa de neoplasia.

Sobre el total de 260 pacientes, se reportaron 190 imágenes colposcópicas atípicas (Cuadro N° 3).

CUADRO N° 3

COLPOSCOPIA. IMAGENES ATIPICAS. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 190 CASOS

Imagen	Nº Casos	%	% (1)
Leucoplasia	35	18,42	13,46
Base	7	3,68	2,69
Mosaico	26	13,69	10,00
Imágenes combinadas	66	34,74	25,39
Zona sospechosa de Ca.	56	29,47	21,54
TOTAL	190	100,00	73,08

(1) Del total.

Dentro de los estudios histopatológicos, consideramos como negativos los correspondientes a displasia leve y moderada. Como positivos, los correspondientes a displasia severa, carcinoma in situ, carcinoma microinvasor e invasor.

De las 260 pacientes que motivaron el estudio, se formaron 3 grupos de acuerdo con los hallazgos colposcópicos.

Grupo I. Comprende 45 pacientes en las cuales se reportaron imágenes colposcópicas normales. A ninguna se le practicó biopsia, pero fueron controladas por citologías seriadas

(1, 2, 3 y 6 meses). De estas pacientes 43 presentaron inicialmente citologías clase III y 2 clase IV.

Grupo II. Constituido por 25 pacientes con imágenes colposcópicas benignas, fue seleccionado para biopsia en cuadrantes del cuello uterino, previa prueba de Schiller. Posteriormente se les controló por citología en la misma forma que el Grupo I. De estas pacientes 20 presentaron inicialmente citologías clase III, 2 clase IV y 3 clase V.

Grupo III. Comprende 190 casos en los cuales se reportaron imágenes colposcópicas atípicas. A la totalidad

de las pacientes se les practicó biopsias dirigidas, previa prueba de Schiller. De este grupo, 77 pacientes presentaron citología clase III; 63 clase IV y 50 clase V.

En 106 pacientes se reportaron biopsias positivas (56,78%). Se complementó el diagnóstico por medio de conización o se estableció el tratamiento adecuado (quirúrgico, radio-terápico), de acuerdo con el tipo de lesión.

En 84 pacientes (44,21%) en las cuales se reportaron biopsias negativas, se practicaron controles en la forma que se discrimina el Cuadro Nº 4.

CUADRO Nº 4

CONTROLES DE 84 CASOS DE IMAGENES COLPOSCOPICAS ATIPICAS Y BIOPSIAS NEGATIVAS

Controles	Nº Casos	%
Citologías seriadas	66	78,57
Conización	15	17,86
Histerectomía por lesiones benignas	3	3,57
TOTAL	84	100,00

De las 84 biopsias reportadas como negativas, 14 (16,66%) correspondieron a displasia moderada, y 4 (4,75%) a displasia leve. Fueron so-

metidas nuevamente a análisis histopatológico sin que en ningún caso se cambiara el diagnóstico.

Del Grupo III, 77 pacientes presentaron inicialmente citología clase III; 63 clase IV y 50 clase V.

Resultados

Grupo I. Teniendo en cuenta que en las 45 pacientes que constituyeron este grupo los hallazgos colposcópicos fueron negativos, se les controló por citologías periódicas, sin que a ninguna de ellas se le practicara biopsia. En este grupo la totalidad de las citologías se negativizaron.

Grupo II. Constituido por 25 pacientes con imágenes colposcópicas benignas, pero a las cuales se les seleccionó para biopsia en cuadrantes, como método más estrecho de control para el colposcopista. Se practicó además en todas las pacientes citologías seriadas.

Las biopsias de este grupo fueron reportadas negativas en su totalidad y las citologías de control se negativizaron.

Los dos grupos anteriores totalizan 70 pacientes, cuyas citologías iniciales se discriminan en el Cuadro Nº 5.

CUADRO Nº 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 70 CASOS SEGUN CLASE CITOLOGICA

Clase citológica	Nº Casos	%	% (1)
III	63	90,00	24,23
IV	4	5,72	1,54
V	3	4,28	1,15
TOTAL	70	100,00	26,92

(1) Del total.

En vista de que las 70 pacientes presentaron imágenes colposcópicas benignas y que los controles citológicos e histopatológicos parecen confir-

marlo, para los grupos I y II la concordancia del método colposcópico cuando se reportaron imágenes benignas fue del 100%.

Grupo III. En el rastreo de las 190 pacientes en las cuales se había reportado imágenes colposcópicas atípicas y que por consiguiente fueron sometidas a biopsias dirigidas por colposcopia, se informaron 106 biopsias positivas (55,78%) y 84 negativas (44,21%).

Este grupo tiene la siguiente distribución citológica (Cuadro N° 6).

La discriminación de la imagen colposcópica atípica y su porcentaje de positividad se reporta en el Cuadro N° 7.

El Cuadro anterior nos muestra que el mayor número de pacientes (122) o sea 64,21% correspondió a las imágenes colposcópicas reportadas como "Combinadas sospechosas" y "Zona sospechosa de Ca.". El mayor porcentaje de positividad por biopsia (66,57%) corresponde a las pacientes que presentaron este tipo de imágenes.

El mayor porcentaje de negatividad (42,85%) correspondió a la imagen colposcópica de Mosaico.

CUADRO N° 6**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE 190 CASOS SEGUN CLASE CITOLOGICA**

Clase citológica	Nº Casos	%	% (1)
III	77	40,53	29,62
IV	63	33,16	24,23
V	50	26,31	19,23
TOTAL	190	100,00	73,08

(1) Del total.

CUADRO N° 7**RELACION ENTRE IMAGENES COLPOSCOPICAS ATIPICAS Y POSITIVIDAD POR BIOPSIA**

Imagen Colposcópica	Casos		Biopsias Positivas	
	Nº	%	Nº	%
Leucoplasia	35	18,42	13	37,14
Base	7	3,65	4	57,15
Mosaico	26	13,68	9	34,61
Combinadas sospechosas	66	34,73	44	66,57
Zona sospechosa de Ca.	56	29,47	36	64,29
TOTAL	190	100,00	106	55,78

CUADRO N° 8**IMAGEN COLPOSCOPICA ATIPICA E IMAGEN HISTOPATOLOGICA**

Imagen	Displasia severa	Ca. In Situ	Ca. Micro-Invasor	Ca. Invasor	TOTAL
Leucoplasia	6	5	1	1	13
Base	2	2	0	0	4
Mosaico	5	4	0	0	9
I. Combinada sosp.	20	17	2	5	44
Zona susp. de Ca.	12	16	1	7	36
TOTAL	45	44	4	13	106

En el Cuadro Nº 8 se discrimina, para cada tipo de imagen atípica, las lesiones neoplásicas reportadas en los estudios histopatológicos.

Este Cuadro nos muestra que el carcinoma invasor fue diagnosticado con mayor frecuencia cuando se encontraron imágenes colposcópicas combinadas sospechosas y zonas sospechosas de Ca.

El carcinoma in situ y la displasia severa se encontraron con mayor frecuencia coincidiendo con las imágenes colposcópicas mencionadas.

El estudio histopatológico correspondiente a las 106 pacientes en las cuales se encontró positividad se discrimina en el Cuadro Nº 9).

CUADRO Nº 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE BIOPSIAS POSITIVAS Y VARIEDAD HISTOPATOLOGICA

Imagen Histopatológica	Nº Casos	%
Displasia severa	45	42,45
Ca. in situ	44	41,50
Ca. microinvasor	4	3,78
Ca. invasor	13	12,27
TOTAL	106	100,00

Es importante anotar que el mayor porcentaje correspondió a neoplasias no invasivas 89 (83,95).

Del grupo anterior, 12 pacientes estaban en gestación, 5 de ellas presentaban displasia severa y 7 carcinoma in situ.

Se presentaron 4 carcinomas, 2 in situ asociados con prolapso genital, 2 de ellos con gestación.

Sobre el total de 190 pacientes que presentaron imágenes colposcópicas atípicas, a cada cuadro histopatológico corresponde el siguiente porcentaje (Cuadro Nº 10).

CUADRO Nº 10

VARIEDAD HISTOPATOLOGICA DE LAS IMAGENES COLPOSCOPICAS ATIPICAS

Imagen Histopatológica	Nº Casos	%
Biopsias negativas	84	44,21
Displasia severa	45	23,69
Ca. in situ	44	23,16
Ca. microinvasor	4	2,10
Ca. invasor	13	6,84
TOTAL	190	100,00

De acuerdo con el porcentaje de biopsias positivas obtenidas en el grupo anterior de pacientes que habían presentado imágenes colposcópicas atípicas, la concordancia que obtuvimos en el método colposcópico fue del 55,78%.

De las 260 pacientes, 25 (Grupo II) fueron sometidas a biopsia en cuadrantes y posteriormente se les

CUADRO Nº 11

CITOLOGIA. IMAGEN COLPOSCOPICA Y POSITIVIDAD POR BIOPSIA

Clase	Nº Pacientes	ICB y Biops. negativa		ICA y Biops. negativa		ICA y Biops. positiva	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
III	97	20	20,61	54	55,68	23	23,71
IV	65	2	3,07	26	40,00	37	56,92
V	53	3	5,66	4	7,54	46	86,80
TOTAL	215	25	11,63	84	39,07	106	49,30

ICB = Imagen colposcópica benigna.

ICA = Imagen colposcópica atípica.

controló con citología; 190 (Grupo III) a biopsias dirigidas como control de imágenes colposcópicas atípicas. En el Cuadro N° 11 se considera el porcentaje de positividad y negatividad por biopsia que presentaron 215 pacientes de acuerdo con la clase citológica inicial.

El Cuadro anterior nos muestra que a medida que la clase citológica sube de categoría, la biopsia dirigida por el colposcopio se hace positiva proporcionalmente. También se observa estrecha relación entre el grado citológico y la colposcopia.

Los Cuadros 12, 13 y 14 muestran la variedad y porcentaje de lesiones neoplásicas de acuerdo con las distintas clases citológicas que presentaron las pacientes inicialmente.

CUADRO N° 12
**CITOLOGIA CLASE III Y DISTRIBUCION
PORCENTUAL DE LESIONES NEOPLASICAS**

Imagen Histopatológica	Nº Casos	%
Displasia severa	15	65,21
Ca. in situ	4	17,40
Ca. microinvasor	1	4,35
Ca. invasor	3	13,04

Podemos apreciar que el índice de positividad para la citología clase III es de 23,71% cuando se tomó biopsia dirigida por el colposcopio, por haber imágenes atípicas.

Esto nos demuestra, que en el medio en que actuamos, la citología clase III debe ser investigada a fondo, ya que habrá lesiones francamente neoplásicas que pasarían desapercibidas en primera instancia.

Para la citología clase IV el índice de positividad fue del 56,92%. Obsérvese que el porcentaje de carcinoma in situ aumenta en más del doble del grupo de citología clase III y la displasia comienza a decrecer.

CUADRO N° 13
**CITOLOGIA CLASE IV Y DISTRIBUCION
PORCENTUAL DE LESIONES NEOPLASICAS**

Imagen histopatológica	Nº Casos	%
Displasia severa	16	43,25
Ca. in situ	15	40,54
Ca. microinvasor	2	5,40
Ca. invasor	4	10,81
TOTAL	37	100,00

CUADRO N° 14
**CITOLOGIA CLASE V Y DISTRIBUCION
PORCENTUAL DE LESIONES NEOPLASICAS**

Imagen histopatológica	Nº Casos	%
Displasia severa	14	30,43
Ca. in situ	25	54,35
Ca. microinvasor	1	2,18
Ca. invasor	6	13,04
TOTAL	45	100,00

Se observa que el porcentaje de carcinoma in situ aumenta al máximo en este grupo; la displasia disminuye también al máximo. En los tres grupos de citología la neoplasia invasora tuvo un porcentaje similar.

Para la citología clase V el índice de positividad fue del 86,80%.

El seguimiento de las 84 pacientes del grupo III cuyas biopsias iniciales fueron negativas (44,21%) consistió en:

Citologías seriadas	66 casos	78,57 %
Conización	15 casos	17,85 %
Histerectomía por patología benigna	3 casos	3,58 %
TOTAL	84 casos	100,00 %

De estas 84 pacientes en 4 se encontró posteriormente lesiones neoplásicas:

Caso N° 1. Paciente con citología inicial clase III e imagen colposcópica de leucoplasia; una conización posterior fue reportada como displasia severa.

Caso Nº 2. Paciente que inicialmente presentó citología clase IV e imagen colposcópica de leucoplasia; un cono practicado posteriormente fue reportado como displasia severa.

Caso Nº 3. Paciente con citología inicial clase IV e imagen colposcópica de leucoplasia; una biopsia de control se reportó como displasia severa.

Caso Nº 4. Paciente con citología inicial clase V e imagen colposcópica "combinada sospechosa"; un cono posterior fue reportado como carcinoma in situ.

Estos 4 casos que en el rastreo de control se positivizaron, modifican los índices de positividad a las diferentes clases citológicas:

Clase III. Índice de positividad 24,74%

Clase IV. 60,0%

Clase V. 88,67%

Es interesante anotar que estos 4 casos habían sido seleccionados inicialmente por la colposcopia para biopsias dirigidas, por haber presentado imágenes atípicas.

Discusión

En el análisis de la presente investigación se encuentran varios hechos que llaman la atención. El primero de ellos se relaciona con las pacientes (70) que presentaron citologías positivas y colposcopias normales, siendo negativos los controles citológicos e histopatológicos, lo cual da un margen de error para la colposcopia de cero.

En las pacientes (110) que presentaron citologías positivas y neoplasia del cuello uterino, la colposcopia había reportado imágenes atípicas. Por consiguiente para este grupo el mar-

gen de error fue también de cero, ya que todas las pacientes que presentaron positividad por biopsia habían sido detectadas colposcópicamente y se les había practicado biopsias dirigidas.

Del grupo original de 84 pacientes que habían presentado inicialmente citologías positivas, imágenes colposcópicas atípicas y biopsias negativas, 4 pacientes se positivizaron en estudios histopatológicos de control. Como esto ocurrió a los pocos meses de iniciado el seguimiento, es de suponer que al practicarse la colposcopia ya existía la lesión neoplásica y que si no se encontró en las preparaciones histopatológicas iniciales, ello pudo haberse debido a algunas de las causas de error más comunes (mala técnica en la toma de la biopsia, cortes inadecuados, etc.).

Los 80 casos restantes continúan en investigación, ya que dos importantes métodos auxiliares de diagnóstico señalan neoplasia: citologías positivas e imágenes colposcópicas atípicas. Cabría entonces preguntarse (solo el tiempo lo dirá), en cuántos de estos casos pudo haber concurrencia de uno o varios de los factores enunciados anteriormente, o, simplemente, si la citología y la colposcopia fallaron simultáneamente, en absoluto paralelismo, en un grupo determinado de pacientes.

El diagnóstico de la displasia del cuello uterino continúa siendo motivo de discusión entre patólogos y ginecólogos y la cuota de subjetividad en su diagnóstico es evidente, igual que el destino incierto de la lesión.

En el grupo al cual nos hemos venido refiriendo, se diagnosticaron histopatológicamente 18 casos de displasia cervical, correspondiendo 4 a displasia leve y 14 a moderada. Es-

tos tipos de displasia fueron considerados para efectos de nuestra investigación como "negatividad", pero aceptamos que para algunos ésto sería discutible, especialmente en lo relacionado con la última variedad.

No obstante que las preparaciones histológicas correspondientes a los casos de displasia moderada fueron sometidos a nueva revisión por 3 patólogos y que los diagnósticos iniciales fueron confirmados en su totalidad, cabe preguntarse si en manos altamente especializadas estos casos variarían de categoría.

Pero, si nos atenemos a los hechos, el margen de error de la citología y la colposcopia teniendo en cuenta las lesiones de mayor categoría a partir de la displasia severa, llamados por nosotros "positividad", fue entonces del 100%. Desde luego, por no tener en cuenta los grados de displasia moderada en la presente investigación, no sabríamos en este momento la relación porcentual que existe con las imágenes colposcópicas atípicas. Si se tiene en cuenta que la mayoría de los autores consideran a la displasia como un fenómeno progresivo precursor del cáncer del cuello uterino, la citología y la colposcopia habrían cumplido de manera importante su función de diagnosticar estados precursores de la neoplasia cervical.

El análisis estadístico a que fue sometido el presente trabajo (ley de probabilidades y asociación), nos demuestra que de las 260 pacientes estudiadas cabría esperar 109 casos que hubieran presentado imágenes colposcópicas atípicas y biopsias negativas. Toda vez que nuestro grupo incluye solo 80 casos, la asociación entre colposcopia y positividad fue mayor de lo que se esperaba.

Respecto a los 110 casos que presentaron imágenes colposcópicas atípicas y biopsias positivas, al aplicar el mismo análisis estadístico cabría esperar solo 78 casos de positividad por biopsia. Los 32 casos de más encontrados por nosotros, confirman nuevamente que la asociación entre colposcopia y positividad fue mayor de lo que cabría esperar.

De todas maneras, consideramos que la eficacia global de los métodos citológico y colposcópico en el diagnóstico de la neoplasia cervical es indiscutible como selección de pacientes para estudio histopatológico. En cuanto al valor de la colposcopia en nuestro medio, si bien es cierto que ha dado muestras de valor, está supeditado a una mayor casuística y por ende, a mayor experiencia de nuestra parte. Lo mismo puede decirse para patólogos y citólogos. Por esta razón el presente informe es preliminar.

Resumen

Se practicaron colposcopias a 260 pacientes previamente seleccionadas para estudio de neoplasia cervical preclínica, por presentar citologías positivas.

Las pacientes que presentaron imágenes colposcópicas normales así como las que presentaron imágenes atípicas, fueron sometidas a confirmación mediante citologías seriadas, biopsia en cuadrantes, biopsia dirigida y algunas por conización e histerectomía por lesiones benignas.

Se obtuvieron índices de concordancia entre los métodos citológicos, colposcópico e histopatológico y relaciones porcentuales entre clases citológica, tipo de imagen colposcópica y estudios histopatológicos. Se detallan los casos de neoplasia preclí-

ca del cuello uterino, relacionándolos porcentualmente con los métodos de diagnóstico mencionados.

Conclusiones

1. En un grupo de 70 pacientes se diagnosticaron igual número de imágenes colposcópicas normales, correspondientes en orden de frecuencia a ectopia, zona de transformación y exocervicitis.

2. En 190 pacientes se diagnosticaron igual número de imágenes colposcópicas atípicas, correspondientes en orden de frecuencia a imágenes combinadas sospechosas, zona sospechosa de carcinoma, leucoplasia, mosaico y base de leucoplasia.

3. Cuando las imágenes colposcópicas fueron reportadas como normales, los controles citológicos e histopatológicos fueron negativos en el 100%, lo cual da un margen de error a la colposcopia de cero.

4. En 110 pacientes con imágenes colposcópicas atípicas y biopsias positivas, se consideró que había concordancia del método de 100%.

5. Los diagnósticos histopatológicos de positividad correspondieron en orden de frecuencia a displasia severa, ca. in situ, ca. invasor y ca. microinvasor.

6. La displasia severa y el carcinoma in situ se diagnosticaron histológicamente con mayor frecuencia coincidiendo con imágenes colposcópicas combinadas sospechosas y zonas sospechosas de Ca.

7. El carcinoma invasor fue diagnosticado con mayor frecuencia coincidiendo con imágenes combinadas sospechosas y zonas sospechosas de Ca.

8. Se observó que, a medida que la clase citológica sube de categoría, la biopsia dirigida por el colposcopio se hace positiva proporcionalmente. También se observó estrecha relación entre la clase citológica y el tipo de imagen colposcópica.

9. El índice de positividad por biopsia para la citología clase III fue del 24,74%; para la clase IV del 60,0% y para la clase V del 88,67%.

10. El índice de positividad para la citología clase III es suficientemente alto como para justificar un estudio exhaustivo de neoplasia, en primera instancia.

11. Mientras la displasia severa se encuentra al máximo en la citología clase III y decrece gradualmente a medida que la clase citológica sube de categoría, el carcinoma in situ aumenta progresivamente con la clase citológica, alcanzando al máximo con la clase V. La neoplasia invasora permaneció constante en las 3 variedades citológicas, razón de más para que la citología clase III sea investigada a fondo.

12. Se recomienda intensificar el entrenamiento de colposcopistas en Colombia, para que por lo menos los hospitales universitarios sean dotados de este importante método auxiliar de diagnóstico precoz del carcinoma cervical, causa importante de morbi-mortalidad en nuestro país.

13. El presente estudio tiene carácter de preliminar.

Summary

Colposcopies were performed to 260 patients pre-selected for a pre-clinical cervical neoplasia study on account of their showing positive cytologies.

The patients that indicated normal colposcopic images as well as those who showed atypical images were subject of confirmation through a series of citologies, quadrant biopsy, directed biopsy and some through conization and hysterectomy for slight lesions.

Concurrent indexes were obtained between citological, colposcopic and histopathological methods and the percentage ratios between cytological classes, type of colposcopic images and histopathological studies. The cases of pre-clinical neoplasia of the cervix uteri, through their percentage relationship with the afore mentioned diagnosis methods, are detailed.

Conclusions

1. In a group of 70 patients an equal number of normal colposcopic images were diagnosed, corresponding in order of frequency to ectopia, transformation zone and exocervicitis.

2. An equal number of atypical images were diagnosed in 190 patients, corresponding in order of frequency to suspicious combined images, zones suspiciously of carcinoma, leukoplasia, tessellation and leukoplasia basis.

3. When the colposcopic images were reported as normal, the cytological and histopathological controls were negative in 100%, thus giving a margin for error of zero in the colposcopy.

4. In 110 patients with atypical colposcopic images and positive biopsies, it was considered that the concurrence of the methods was of 100%.

5. The histopathological diagnosis for positiveness corresponded in order of frequency to severe dysplasia, ca. in situ, invading ca. and micro invading ca.

6. The severe dysplasia and the carcinoma in situ were histologically diagnose with greater frequency, coinciding with combined colposcopic ca. suspicious images and suspicious zones.

7. The invading carcinoma was diagnosed with greater frequency coinciding with ca. suspicious images and suspicious zones.

8. It was observed that the biopsy directed by the colposcopic becomes positive in proportion to the measure in which the cytological class increases in category. A close relationship between the cytological class and the colposcopic type of image was also observed.

9. The index of positiveness through biopsy for Class III cytology was 24.74%; 60.0% for Class IV; and 88.67% for Class V.

10. The index of positiveness for Class III cytology is sufficiently high to justify an initial exhaustive neoplasia study.

11. While severe dysplasia is found mostly in Class II and gradually decreases as the cytological class increased in category, the carcinoma in situ progressively increase with the cytological class, reaching its maximum in Class V. Invading neoplasia remained constant in the three cytological varieties, being this another reason for Class III to be fully investigated.

12. It is recommended that training of personnel for colposcopies be intensified in Colombia in order that,

equipped with this important addition at least the university hospitals, be a method for prompt diagnosis of cervical carcinoma, an important cause of morbi-mortality in our country.

13. This is a preliminary study.

BIBLIOGRAFIA

- 1 FIGUERO NILDA y cols. La colposcopia en el diagnóstico de la patología cervical. Obs. y Ginec. Latinoamericana. Vol. 29, 155-178 pp. 1971.
- 2 T. ANTOINE. Estudio actual de la Colposcopia. Ginecología. 126 p. 1956.