Estudio Colposcópico Citológico de las Neoplasias Intraepiteliales del Cuello Uterino

Dr. Alejandro Pachón Cárdenas

Trabajo realizado en la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de San José de Bogotá, Facultad de Medicina Universidad del Rosario.

El material de este trabajo retrospectivo pertenece a los estudios diagnósticos realizados en la unidad desde el 1/1/1982 hasta el 30/06/1983.

Convencidos de la bondad de la asociación de los métodos colposcopia-citología en la detección de las NIC, y basados en los resultados obtenidos en el año anterior, se resolvió extender las indicaciones de la colposcopia al 15,1% de las citologías cervico-vaginales de primera vez. Para ello se indicó en las citologías Clase III, IV y V, como también en la clase II con atipias benignas, atipias severas, atipias nucleares, extendidos atróficos y cervix con anomalías

morfológicas a la inspección directa, sobre todo en el prequirúrgico ginecológico.

Sobre 3.050 citologías se realizaron 461 colposcopias (15,1%) y sobre ellas 149 biopsias dirigidas (32,32%), del total de las colposcopias.

Con la finalidad de investigar porcentajes de fidelidad se comparan los resultados de los exámenes colposcópicos, con la citología tradicional previa con la cual ingresaron las pacientes y ésta con la citología dirigida por colposcopia tomada en el momento de dicho examen directamente sobre la lesión y complementada con la toma endocervical. La biopsia dirigida, siempre fue múltiple sobre las imágenes sospechosas de malignidad y complementada con la biopsia endocervical por legrado con cureta de Novack.

La citología tradicional con la cual ingresaron las pacientes a la Unidad, que comparamos en nuestra investigación con la citología dirigida y la colposcopia en su gran mayoría había sido realizada en instituciones y laboratorios ajenos al Departamento de Patología del H.

* Profesor Ginecología y Colposcopia. F. de Medicina U. Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Jefe de la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia Hospital San José de Bogotá.

DISPLASIAS LIGERAS

Citologías:	3050	1/1/82 – 30/VI/83	Displasias Lig:	37
Colposcopias:	461	Biopsias dirigidas: 149	Porcentaje:	8,0%
Porcentaje:	15,1%	Porcentaje: 32,32 %	Porcentaje:	24,8%

PACIENTE	CITOLOGIA	CIT/TOMA DIRIGIDA	COLPOSCOPIA
56463	II Atip. B.	No	Posit. Leucoq.
379237	II Atip. S.	No	Posit. " "
0932 Plan	II	No	Posit. " "
012055615	II Atip. B.	III D. L.	Posit. " "
011643373	II Inflam.	No	Posit. " "
383270	II Atip. B.	II Atip. Escam.	Posit. " "
011622992	II Inflam.	No	Posit. " "
383251	II Inflam.	III D. L. M.	Negat. O. G. C
383659	II Inflam.	No	Posit. V. Anom.
385687	II Atip. B.	No	Posit. Leucoq.
385337	II Inflam.	No	Posit. " "
383326	II Inflam.	No	Posit. V. Anom.
011904115	II Inflam.	II Inflam.	Posit. Leucoq.
192170	II Inflam.	II Infl. Sev.	Posit. V. Anom.
363020	II	II Atip. Sev.	Posit. Leucoq.
392908	II Atip. B. Endo.	II Atip. B.	Posit. V. Anom.
385273	II	III D. L.	Posit. V. Anom.
Capr. 12/IV/83	II Atip. B.	II Atip. S.	Posit. Leucoq.
221828	II Atip. S.	No	Posit. Leucoq.
C. C. de M. 7/VI/83	II	II Atip. S.	Posit. " "
011859240	III D. M.	III D. M.	Posit. " "
382090	III D. L.	No	Posit. " "
167631	III D. L.	III	Negat.
385910	III D. L.	III D. L.	Posit. Leucoq.
D. de B. 29/VII/82	III D. M.	No	Negat.
010780300	III	II Atip. B.	Posit. Leucoq.
344526	III	No	Posit. " "
M. P. de M. 28/X/82	III D. L.	III D. L.	Posit. " "
389925	III	II Infl.	Posit. " "
387098	III D. L. C. Esc.	III D. L. C. Esc.	Negat.
387007	III	III D. L.	Posit. Leucoq.
Capr. 29/V/83	III D. L.	No	Posit. " "
Capr. 30/6/83	III	No	Posit. " "
397281	No	III D. M.	Posit. " "
Capr. 5/V/83	No	III D. L.	Posit. " "
396517	No	II Inflam.	Posit. " "
100038801	No	IV – III D. M.	Posit. V. Anom.

RESULTADOS

DISPLASIAS LIGERAS

CITOLOGIA PREVIA	33		
No. de pacientes	37		
Clase II	20	60,6 %	
Clase III	13	39,3 %	39,3 %
Clase IV	0	0 %	
CITOLOGIA TOMA DIRIGIDA	22		
No. de pacientes	37		
Clase II	10	45,5 %	
Clase III	12	54,5 %	54,5 %
Clase IV	0	0 %	
COLPOSCOPIAS	37		
No. de pacientes	37		
Ausencia de imágenes			
sospechosas de malignidad	4	10,9 %	
Hallazgo de imágenes sospechosas			
de malignidad	33	89,1 %	89,1 %

de San José. Tanto la citología dirigida como el estudio histopatológico, fueron realizados en su totalidad por el mismo equipo de patología, habiéndose acompañado el material de estudio en todos los casos, de los resultados de nuestro estudio colposcópico y por ende del grado de sospecha colposcópica.

El informe colposcópico consta de un protocolo completo con la descripción escrita y gráfica de las imágenes halladas y una clasificación de las mismas. Con la finalidad de hacer objetivo su resultado y adecuarlo a los fines que persigue este trabajo, hemos clasificado las colposcopías en positivas y negativas, según se haya encontrado en ellas imagen sospechosa de malignidad, o el estudio col-

poscópico no haya permitido la visualización de imágenes que dieran el menor indicio de sospecha.

El criterio general de la biopsia se basó en el hallazgo de imágenes sospechosas de malignidad al examen colposcópico; se realizó, sin ningún indicio colposcópico, en 8 casos, en los cuales la citología previa era francamente positiva para carcinoma in situ, o su reiteración mantenía la sospecha citológica. La biopsia en estos casos demostró dos carcinomas in situ, una displasia severa, una displasia moderada y cuatro displasias ligeras, deduciéndose por ende, que estas lesiones se encontraban dentro del conducto endocervical, ocultas totalmente a la colposcopia.

DISPLASIAS MODERADAS

Citologías	3050	1/1/82 — 30/VI/83	Displasias MOD. 15
Colposcopias:	461	Biopsias dirigidas: 149	Porcentaje: 3,25%
Porcentaje:	15,1 %	Porcentaje: 32,32%	Porcentaje: 10,06%

PACIENTE	CITOLOGIA	CIT/TOMA DIRIGIDA	COLPOSCOPIA
397406	No	III	Posit. Leucoq. y P.
94623	II Atip. B.	III	Posit. " "
337216	II Atip. B.	No	Posit. " y V. A.
012049547	II Atip. B.	III D. S.	Posit. " y V. A.
N. N. 9/XI/82	II	III	Posit. V. A. y Papil.
390894	II Atip. B.	II Atip. B.	Posit. Leucoq.
396169	II Atip. B.	III D. L. M.	Posit. " "
183653	II Atip. S.	II Atip. S.	Posit. " "
376366	III D. L.	II Atip. B.	Posit. " "
301678	III D. M.	No	Posit. " "
159412	III D. L.	No	Negativa
Capr. 27/IV/83	III	IV — III	Posit. Leucoq.
396237	III	III D. M.	Posit. V. A.
397109	III D. L.	III D. L.	Posit. Leuc. Condil.
89427	IV Gestación	III D. S.	Posit. "

El resultado final y definitivo de las estadísticas de este trabajo, no es otro que el estudio histopatológico por biopsia dirigida, cuyo resultado en los casos quirúrgicos fue comparado con el de la pieza quirúrgica, no encontrándose en éstas un grado más avanzado de evolución al diagnosticado por la biopsia dirigida.

Sobre 461 colposcopias realizadas (15,1% de las citologías de primera vez),

se realizaron 149 biopsias dirigidas (32,32% de las colposcopias), habiéndose encontrado 14 carcinomas in situ, 9 displasias severas, 15 displasias moderadas y 37 displasias ligeras, que se muestran a continuación con sus respectivos estudios y porcentajes, de las fidelidades encontradas para citología tradicional, citología dirigida y colposcopia.

RESULTADOS DISPLASIAS MODERADAS

CITOLOGIA PREVIA	14			
No. de pacientes	15			
Clase II	7	50 %		
Clase III	6	42,8 %	50 %	
Clase IV	1	7,2 %		
CITOLOGIA TOMA DIRIGIDA	9			
No. de pacientes	15			
Clase II	3	25 %		
Clase III	8	68,4 %	75 %	
Clase IV	1	6,6 %		
COLPOSCOPIAS	15			
No. de pacientes	15			
Ausencia de imágenes sospechosas de malignidad	1	6,6 %		
Hallazgo de imágenes sospechosas de malignidad	14	93,3 %	93,3 %	

DISPLASIAS SEVERAS

Citologías:	3050	1/I/82 — 30/VI/83	Displasias Sev. 9
Colposcopias:	461	Biopsias dirigidas: 149	Porcentaje: 1,95%
Porcentaje:	15,1%	Porcentaje: 32,32%	Porcentaje: 6,0 %

PACIENTE	CITOLOGIA	CIT/TOMA DIRIGIDA	COLPOSCOPIA
C. M. 27/IV/82	II Atip. B.	III D. S.	Posit. V. Anom.
380764	III	No	Posit. Leucoq.
Capr. 4/III/83	III	III D. M.	Posit. V. Anom.
358014	III D. S.	No	Posit. Leucoq.
263494	III D. L.	III D. L.	Negativa
C. de Prev. 1/7/82	III D. M.	No	Posit. Leucoq.
011019681	III D. S.	III D. M.	Posit. " "
L. F. 9/XI/82	III	III	Posit. " "
011987360	III	No	Posit. " "

RESULTADOS
DISPLASIAS SEVERAS

CITOLOGIA PREVIA	9			
No. de pacientes	9			
Clase II	1	11,1 %		
Clase III	8	88,8 %	88,8 %	
Clase IV	0	0 %		
CITOLOGIA TOMA DIRIGIDA	5			
No. de pacientes	9			
Clase II	0	0 %		
Clase III	5	100 %	100 %	
Clase IV	0	0 %		
COLPOSCOPIAS	9			
No. de pacientes	9			
Ausencia de imágenes sospechosas de malignidad	1	11,1 %		
Hallazgo de imágenes sospechosas de malignidad	8	88,8 %	88,8 %	

PORCENTAJES DE FIDELIDAD DE LAS
EXPLORACIONES COLPOSCOPICA Y CITOLOGICA

Autor	Colposcopia	Citología	Asociadas
Limburg (1958)	97	89	99,4
Navratil (1964)	79	87	98,8
González Merlo (1966)	90	74	99,9
Lagrutta y cols (1966)	96,9	85,8	— —
Coppleson y Reid (1967)	92	93	98
Cope (1969)	85	90	95
Kolstad (1971)	94	82,6	— —
Porcentaje Medio	90,5	86,2	98,2

Atlas de Colposcopia. José M. Mateu Aragonés. Primera Edición 1973.

CITODIAGNOSTICO

	No. de Ex.	No. de Ca.	Falsos —	Falsos +	Res. Ciertos
Graham e Meigs	8.131	432	10 ‰	0,04 ‰	
Coutifaris	7.168	103	2,9 ‰		
McLaren e Taylor	2.250		6	6	
McLaren e Taylor	4.250	85			
		(53 de Cuello)			94 ‰
Estrada e Col.	17.000	167	2,4 ‰	12	
Dale e Col.	15.832	147			87,8 ‰
Gusberg	10.960	166			84 ‰
Sicard e Marsan	4.000	284	3 ‰	0,45 ‰	
Kayser e Col.	608.000	2.545	(Citolog. + en 1.460)		
Song e Col.	25.000	246	14		
Slate e Col.	8.148	72	7		
Bacaj e Palazetti	2.250		0,17 ‰	0,53 ‰	
J. Campos	10.253		0,3 ‰	0,3 ‰	
		335	10,6 ‰		
Bacialli	5.259	443	7,89 ‰	1,16 ‰	
Graham, Sturgis					92,3 ‰
Nieburgs e Pund	10.000	2,5 ‰		21 ‰	
Pelzer	2.000		5	5	
Isbell	1.000		15 ‰		
Kernodle e Col.	1.709	114	8,1 ‰	2,1 ‰	
Cuyler e Col.	24.905	658	1		91,9 ‰
Varangot e Nuovo	4.656	162	6		
Scheffe e Col.	500	63	19	7	
Moraes e Col.	13.000	689	2,76 ‰		89,55 ‰

CARCINOMAS INTRAEPITELIALES

Citologías:	3050	1/1/82 – 30/VI/83	C. A. In Situ: 14
Colposcopias:	461	Biopsias dirigidas: 149	Porcentaje: 3,0%
Porcentaje:	15,1 %	Porcentaje:	32,32 %
			Porcentaje: 9,4 %

PACIENTE	CITOLOGIA	CIT/TOMA DIRIGIDA	COLPOSCOPIA
378967	II Atip. S. Esc.	No	Posit. Leucoq.
395729	II Atip. S.	IV C. A. In Situ	Posit. " "
Capr. 14/VI/83	II Atip. S.	IV C. A. In Situ	Posit. " "
M. B. de 09/III/82	III D. S.	No	Posit. " "
383749	III S. de C. A.	No	Posit. " "
382930	III	No	Posit. " "
385998	III D. S.	IV C. A. In Situ	Posit. " "
Capr. 5/X/82	III D. M./S.	No	Posit. " "
M. de N. 26/IV/83	III	III D. S.	Negat.
011552410	III	IV	Posit. Leucoq.
Capr. 9/XI/82	IV C. A. In Situ	No	Negat.
P. de P. 21/IX/82	IV C. A. In Situ	No	Posit. Leucoq.
A. T. de C. 21/VII/82	IV C. A. In Situ	No	Posit. " "
382134	IV	III D. S.	Posit. " "

RESULTADOS

CARCINOMAS INTRAEPITELIALES

CITOLOGIA PREVIA	14		
No. de pacientes	14		
Clase II	3	21,5 %	
Clase III	7	50 %	78,5 %
Clase IV	4	28,5 %	
CITOLOGIA TOMA DIRIGIDA	6		
No. de pacientes	14		
Clase II	0	0 %	
Clase III	2	33,3 %	100 %
Clase IV	4	66,6 %	
COLPOSCOPIAS	14		
No. de pacientes	14		
Ausencia de imágenes			
sospechosas de malignidad	2	14,3 %	
Hallazgo de imágenes			
sospechosas de malignidad	12	85,7 %	85,7 %

Comentario de los resultados hallados

Por tratarse de un trabajo retrospectivo, en el cual el material aprovechado no ha sido preparado para esta finalidad específica, sino que ese material de rutina (en un lapso de tiempo específico 01/01/82 al 30/06/83), del quehacer de la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia, adolece del total de las citologías dirigidas para una comparación más exacta.

En muchos de estos casos la citología previa había cumplido con creces su misión de sospecha y la colposcopia era francamente positiva, razón por la cual se procedió directamente a la biopsia

dirigida sin esperar el resultado de una nueva citología.

**LOCALIZACION ENDOCERVICAL
EXCLUSIVA DE LOS CARCINOMAS
PRECLINICOS**

Autor	%
Foote y Stewart (1948)	11
Held (1953)	2,8
Varangot, Nuovo y Vassy (1953)	5
Limburg (1956)	2,9
Held (1957)	1,6
Hohlbein y Krimmenau (1958)	4,1
Navratil y cols. (1959)	11,5
Przybara y Plutowa (1959)	12
Ober y Bontke (1959)	20
Gainse (1961)	4,1
Kern y Botzelen (1961)	10
Walz (1961)	7
Cramer y Lind (1962)	3,9
Beato y cols. (1968)	13,9
Mateu-Aragonés (1969)	4,6

Atlas de Colposcopia. José M. Mateu Aragonés. Primera edición 1973.

La citología previa no ha sido tomada en el total de los casos pues algunas colposcopias fueron realizadas en cuellos macroscópicamente anormales, sin citología previa que permitiera la comparación.

Debemos tener en cuenta, para comparar citología tradicional y citología dirigida, no sólo las excelentes condiciones de la toma dirigida por colposcopia, sino que el factor humano y los diferentes criterios personales de cada citopa-

tólogo entran a jugar un papel importante en estos resultados. No olvidemos que la mayoría de las citologías previas a nuestro estudio fueron realizadas fuera del hospital.

Si nos referimos a la finalidad del citodiagnóstico en carcinoma in situ únicamente, la citología por toma tradicional tiene un índice elevado de resultados ciertos, para diferentes autores reconocidos: McLaren e Taylor 94%, Dale e Col. 87,8%, Gusberg 84%, Graham, Sturgis 92,3%, citados por C. Do Amaral Ferreira. Para nosotros, el índice de sospecha y confirmación (Pap III y IV), nos dio sólo 78,5%, pues 3 de los 14 casos ingresaron con clase II, atipías severas; por supuesto, fueron corregidos por la citología dirigida y la colposcopia.

Si nos referimos a la fidelidad de la citología tradicional o dirigida por colposcopia (tomada directamente sobre la lesión en las NIC), encontramos que en las displasias menores o regulares (De Brux-leve y moderada), este índice decrece ostensiblemente: displasia leve 39,3% y 54,5%, displasias moderadas 50% y 75%, para citología tradicional y dirigida. Tal vez uno de los factores a tener en cuenta, como importante, se deba a la interpretación que según Terzano y Ghinelli, se le da en muchos lugares de Latinoamérica, al extendido Clase III, únicamente aplicable para las lesiones en el límite (displasia severa), no incluyendo por supuesto las displasias menores, que distan mucho de estar en el límite.

Entre nosotros es posible que con este criterio sean informadas como cervicitis gran parte de las displasias menores.

No sobra recordar en este comentario las causas más importantes de los falsos negativos, (Terzano y Ghinelli): falta de comunicación del tumor con la luz del

tubo genital, exfoliación pobre, lavados vaginales efectuados antes de la toma del material y toma incorrecta. De los falsos positivos: las irritaciones crónicas, mecánicas, estímulos hormonales exagerados y estados regenerativos proliferativos (post-diatermo coagulación, post-legrado, etc.). Estas células provienen de epitelios en etapas de regeneración, que pueden mal interpretarse, por desconocerse el antecedente, como anomalías de maduración. De más está decir que la citología tradicional en nuestro medio cursa con múltiples imperfecciones en la obtención, medio vaginal y fijación del extendido, que a pesar de su exactitud inciden en su resultado final.

Si nos referimos a la fidelidad de la colposcopia, en primera instancia debemos recordar sus limitaciones. El exocervix es observado con gran perfección, puesto que en general el colposcopista puede observarlo perpendicularmente y con pequeñas maniobras recorrerlo en su totalidad; teniendo en cuenta este detalle óptico, la observación tangencial de los epitelios disminuye ostensiblemente las posibilidades de un diagnóstico correcto. Es por esta razón que la observación del tercio inferior y a veces del medio del conducto endocervical, con el cervicoscopio de Coghlan, no ha cambiado el concepto, generalmente aceptado, de que las lesiones situadas únicamente en el endocervix no puedan ser diagnosticadas o sospechadas por el colposcopista.

La visión del endocervix se limita por esta razón a una observación macroscópica y no epitelial, por lo regular de pólipos endocervicales ocultos en el conducto.

Con este concepto debemos recordar el índice de localización únicamente endocervical del carcinoma in situ y de las NIC en general. Para muchos autores reconocidos oscila desde el 4,6% (Mateo Aragonés), hasta el 20% (Ober y

Bontke), para el C. A. in situ, aceptándose en general que por lo menos un 7,5% de estas lesiones están ocultas en el conducto.

En nuestra estadística no encontramos el menor indicio de lesión al examen colposcópico en ocho ocasiones: dos C.A. in situ, una displasia severa, una displasia moderada y cuatro displasias ligeras. Creemos que su pesquisa ha sido únicamente citológica, por estar oculta en el endocervix, pues el examen colposcópico fue reiterativo, sin que se pesquisara en ninguno de ellos imágenes sospechosas de malignidad. En 75 NIC encontradas en nuestro material, 8 no fueron pesquisadas por la colposcopia, es decir el 10,66%, lo que eleva según este criterio la fidelidad del examen colposcópico en este trabajo al 89,34%, en la pesquisa de las NIC.

No sobra recordar en este comentario las causas más importantes de los pronósticos o diagnósticos de sospecha erróneos, que derivan en general de una mala técnica en la exploración, de una incorrecta evaluación de las imágenes encontradas, de dificultades anatómicas para la correcta observación del cervix y de factores accidentales del medio vaginal.

Si nos referimos a la combinación colposcopia-citología, los índices de fidelidad para esta evaluación combinada son muy altos, para la mayoría de los autores conocidos: Limburg 99,4%, Navratil 98,8%, González Merlo 99,9%, Coppleson y Reid 98%. Esta exactitud, poco común en métodos de exploración diagnóstica, nace de la suma de posibilidades de investigación y de corrección de las limitaciones que por separado pueden ofrecer los dos métodos de estudio. Tal vez los porcentajes de fidelidad expuestos sean la mejor demostración de los beneficios de una asociación tan acertada en investigación diagnóstica. Para nosotros, la colposcopia sospechó el diagnóstico definitivo en el 89,34%

de las NIC y la citología por separado en el 64.15 y 84.3% de las NIC. Pero su asociación hizo que estos porcentajes se elevaran al 100%, pues en los únicos 8 casos, en los cuales la colposcopia no pudo observar la lesión, la citología fue sospechosa o confirmativa.

Si desglosamos la citología en tradicional y dirigida, a los fines de este análisis, en un solo caso (displasia leve), la citología tradicional fue negativa (Clase II inflamatorio) y la colposcopia negativa; pero la citología dirigida corrigió el resultado anterior (Clase III para displasia moderada), razón por la cual se efectuó la biopsia, dando displasia ligera. La asociación colposcopia-citología tradicional, nos dio 98,67% de fidelidad.

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en este trabajo, concluimos:

- 1) La citología dirigida por colposcopia mejora la fidelidad de la citología tradicional en todos los estadios de las NIC.
- 2) La asociación colposcopia-citología dirigida tiene una fidelidad cercana al 100% en todos los estadios de las NIC.
- 3) La citología, en los estadios avanzados de las NIC, tiene un alto porcentaje de fidelidad, dando el 100% en este trabajo, en la toma dirigida, para carcinoma in situ y displasia severa. La colposcopia 88,8% y 85,7%, respectivamente.
- 4) La colposcopia tiene un alto porcentaje de fidelidad en los estadios precoces o tempranos de las NIC. Displasia ligera 89,1%, displasias moderadas 93,3%. La citología decrece su fidelidad en estos estadios: displasias ligeras 54,5% y displasias moderadas 75%.

5) Se deducen las bondades de la colposcopia-citología asociadas para la pesquisa de las NIC.

6) La colposcopia se puede realizar perfectamente en una forma menos selectiva y más rutinaria (15,1% de las citologías), sin convertirse en un procedimiento caro y engorroso.

7) La inclusión de la colposcopia en estas condiciones permite la pesquisa de las NIC, desde sus estadios más precoces, permitiendo su tratamiento con procedimientos inocuos, sencillos y económicos, disminuyendo ostensiblemente su evolución y morbilidad.

RESUMEN

Para la evaluación de la fidelidad de los métodos colposcópico, citológico y de su asociación, en el diagnóstico de las NIC, se realiza un trabajo retrospectivo, con el material de rutina en la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia del Hospital de San José de Bogotá, en un lapso de 18 meses (01/01/82–30/06/83). Se comparan los resultados de la citología tradicional previa con la citología dirigida, tomada en el momento de la colposcopia y del examen colposcópico, reconociéndose como veredicto final la histopatología. Sobre 3.050 citologías se realizaron 461 colposcopias (15,1%) y sobre ellas 149 biopsias (32,32% del total colposcopias). Se pesquisaron 75 NIC a saber: 14 C. A. in situ, 9 displasias severas, 15 displasias moderadas y 37 displasias ligeras. La colposcopia fue positiva en el 89,34% del total de las NIC y la citología 64,1 y 82,3%.

Se desglosan los porcentajes de acierto en C.A. in situ: colposcopia 85,7%, citología dirigida 100%, citología previa tradicional 78,5%. Displasia severa: colposcopia 88,8%, citología dirigida 100%, citología previa tradicional 88,8%. Displasia moderada: colposcopia 93,3%,

citología dirigida 75%, citología previa tradicional 50%. Displasias ligeras: colposcópico 89,1%, citología dirigida 54,5%, citología previa tradicional 39,3%.

La asociación colposcopia-citología brindó un índice de sospecha del 100%, concluyéndose los beneficios de esta asociación y el aumento de la fidelidad de la citología cuando se toma dirigida por colposcopia.

Se comparan los índices de sospecha de la citología y la colposcopia por separado en los diversos estadios de las NIC, concluyéndose la alta fidelidad de la citología en los estadios avanzados y su decrecimiento en los estadios precoces; resalta la alta fidelidad de la colposcopia en estos. Se comentan las limitaciones de los dos métodos por separado, sus posibles causas de error y el acierto de su asociación.

COLPOSCOPIC CITOLOGICAL STUDY OF INTRAEPITHELIAL NEOPLASMS OF THE CERVIX

SUMMARY

In order to evaluate the fidelity of the colposcopic methods, citological and their association, in the diagnostic of the NIC, a retrospective work is realized with routine material in the Cervical Pathology and Colposcopic Unit of the San Jose Hospital of Bogotá, in a lapse of 18 months (01/01/82-30/06/83). The results of the citology are compared with the traditional citology, taken at the time of the colposcopic exam, recognizing the histopathology as the final verdict. In 3.050 citologies, 461 colposcopies (15,1%) were realized and from these 149 biopsies (32,32% of the total colposcopies). Seventy-five NIC were detected: 14 C.A. in situ, 9 severe dysplasias, 15 moderate dysplasias and 37 minimal dysplasias. The colposcopy was positive in the 89,34% of the total cases of NIC and the citology 64,1% and 82,3%.

The percentages of diagnostic of C.A. in situ are the following: colposcopy

85,7%, directed citology 100%, previous traditional citology 78,5%. Severe dysplasia: colposcopy 88,8%, directed citology 100%, previous traditional citology 88,8%. Moderate dysplasia: colposcopy 93,3%, directed citology 75%, previous traditional citology 50%. Minimal dysplasia: colposcopy 89,1%, citology directed 54,5%, previous traditional citology 39,3%. The association colposcopy-citology brought a 100% suspicious indication, concluding the benefits of this association and the increase of the fidelity of the citology when it is taken directed by colposcopy.

The suspicious indication of the citology and the colposcopy are compared separately in the different stages of the NIC, concluding the high fidelity of the citology in the advanced stages and the decrease in the earlier stages; the high fidelity of the colposcopy is evident. The limitation of both methods are discussed separately, their possible causes of error and the success when associated.

BIBLIOGRAFIA

1. TERZANO GUILLERMO, GHINELLI, CARLOS. Citología Ginecológica. Correlación citopatológica. Errores de diagnóstico. Cap. 4. pág. 76. Editorial Médica Panamericana. Prim. ed.
2. TERZANO GUILLERMO, GHINELLI CARLOS. Citología Ginecológica, informe citológico. Cap. 4. pág. 79. Editorial Médica Panamericana. Prim. ed.
3. TERZANO GUILLERMO, GHINELLI CARLOS. Citología Ginecológica. Dificultades en el diagnóstico. Cap. 4. pág. 77. Editorial Médica Panamericana. Prim. ed.
4. CARRERA J.M. DEXEUS S. Jr. COUPLEX F. Tratado y Atlas de Colposcopia Mucosa Atrófica. Cap. IV. Pág. 57. Salvat Editores S.A. 1a. edición.
5. COPLESSON M., PIXLEY E., REID B. Colposcopia. Usos de la Colposcopia. Cap. XII. pág. 261. Ediciones Toray S.A. 1a. Ed.
6. COPLESSON M., PIXLEY E., REID B. Colposcopia. Citología Dudosa, correlación entre Colposcopia e Histología. Cap. XII. Pág. 277. Ediciones Toray S.A. 1a. Ed.
7. HOLZER E., Localization of dysplastic epithelium. Cervical Pathology and Colposcopy. Segundo Congreso Mundial de Patología Cervical y Colposcopia. Graz, Austria, octubre de 1975. Pág. 50. Georg Thieme Publishers Stuttgart.
8. ESCHACH. W.E. Contribution To Cytological-Colposcopic Diagnosis of Carcinoma of the Uterine Cervix. Cervical Pathology and Colposcopy. Segundo Congreso M. de Patología Cervical y Colposcopia. Graz, Austria. Octubre de 1975. Pág. 11. Georg. Thieme Publishers Stuttgart.
9. GONZALEZ-MERLO J. El Cuello Uterino. Sistemática en el Diagnóstico Precoz del Carcinoma. Cap. XIV. Pág. 279. Salvat Editores S.A. 1973.
10. MATEU ARAGONES JOSE MARIA. Atlas de colposcopia. Porcentajes de Fidelidad de las Exploraciones Colposcópica y Citológica. Cap. X. pág. 251. Editorial. JIMS Barcelona. Prim. ed. 1973.
11. MATEU ARAGONES JOSE MARIA. Atlas de colposcopia. Localización Endocervical Exclusiva de los Carcinomas Preclínicos. Cap. X. Pág. 258. Editorial JIMS Barcelona. Prim. Ed.
12. MATEU ARAGONES JOSE MARIA. Atlas de colposcopia. Fidelidad y Valor de la Exploración Colposcópica. Cap. X. Pág. 258. Editorial JIMS Barcelona Prim.
13. BRET JULES ET COUPEZ FERNAND. Colposcopie. Et Cytologie. Cap. XIV. Pág. 245. Masson & Cía. Editours. 1960.
14. BRET JULES ET COUPEZ FERNAND. Colposcopie. Et Cytologie. Inconvénients de la colposcopie isolée. Cap. XIV. Pág. 247. Masson & Cía. Editours. 1960.
15. BRET JULES ET COUPEZ FERNAND. Colposcopie. Et Cytologie. Inconvénients de la Practique Cytologique isolée. Cap. XIV. Pág. 246. Masson & Cía. Editours. 1960.
16. AMARAL FERREYRA CLARICE DO. Colpocitología. Posibilidades Prácticas del Diagnóstico Citológico Precoz del Cáncer Genital Femenino. Colpositodiagnóstico. Pág. 200. 2da. Edicao, Revista E. Ampliada. 1962.
17. CANDIA EGIDIO, FASCE J., PACHON C.A., DIAZ M. del C. Primer Congreso Latinoamericano de Pat. Cervical y Colposcopia. Cervicopatías en la postmenopausia. Pág. 420. Noviembre, 1974. Mar de Plata Argentina.

18. MARCIAL VICTOR, DECLOS LOUIS, PACHON C. ALEJANDRO, JORDAN GERMAN, GAITAN Y. MARIO, QUIJANO HUGO. Cuarto congreso de cancerología. El Cáncer Uterino como Problema de Salud Pública. Colposcopia Selectiva. Costos y Beneficios. Septiembre 2 de 1981. Bogotá.
19. PACHON C. ALEJANDRO, JARAMILLO ROBERTO. XIV Congreso Col. de Obstetricia y Ginecología. Un año de Colposcopia Selectiva Hospitalaria. Cartagena. Noviembre 30, 1981.
20. PACHON C. ALEJANDRO, URIBE ANGEL J.C., PINZON MARIA E. XIV ; Congreso Col. de Obstetricia y Ginecología. Estudio Colposcópico de las Displasias Cervicales. Cartagena. Noviembre 30, 1981.