

Estudio comparativo de la asociación de técnicas diagnósticas Citología — Colposcopia

Dres.: Fabio Ramírez Buelvas, Magola Manotas Mejía

LIGA CONTRA EL CANCER SECCIONAL CARTAGENA
UNIDAD DE PATOLOGIA CERVICAL — COLPOSCOPIA Y CRIOCIRUGIA

1 — INTRODUCCION

El motivo de este trabajo fue el verdadero y real significado que tiene la asociación de los dos métodos de diagnósticos como son la Citología y la Colposcopia. Estos dos métodos de diagnóstico si se toman por separados rinden resultados notables. La hábil y eficaz consideración de ambos métodos pueden mejorar los resultados dando una mejor exactitud, en el diagnóstico clínico. Es bueno insistir en dar a conocer que no es notar si un método es superior el uno con el otro. Cada uno tiene sus ventajas y desventajas por separado.

La citología puede fácilmente y en poco tiempo hacer una selección de un área determinada de una población contando solamente con un técnico de toma de muestras, espéculos, placas, paletas de madera, aplicadores de algodón y fijador, pero este es un método de laboratorio, que valora solamente un aspecto diferente de la lesión como son los cambios microscópicos a un nivel celular.

La colposcopia necesita de un médico que haya sido entrenado en un centro o

unidad de patología cervical y colposcopia y por lo menos haber observado con un instructor unas 500 Colposcopias.

Un equipo que consiste en un colposcopio, juego de pinzas de biopsias que en el medio es costoso; el examen dura más o menos unos 5 minutos y la cantidad de pacientes para valorar es menor que el anterior método.

La colposcopia sólo es un método de diagnóstico clínico que revisa la topografía del cuello uterino y la angio-antiquitectura de los vasos superficiales, representando una serie de imágenes que deberán ser bien interpretadas.

En este estudio retrospectivo se ve la excelente combinación de los dos métodos.

2 — MATERIALES Y METODOS

Se tomaron las pacientes que acuden a la Liga contra el Cáncer, Seccional, Cartagena.

El primer período fue de enero de 1982 hasta abril de 1983, que representa 16 meses durante el cual se practicaron 13.555 citologías, con base en los Pap III, IV y los Pap sin clasificar con lesión macroscópica de sugestiva malignidad.

Se les practicó biopsia simple a cuatro cuadrante utilizando las pinzas de Gaylor y Schubert a 79 pacientes.

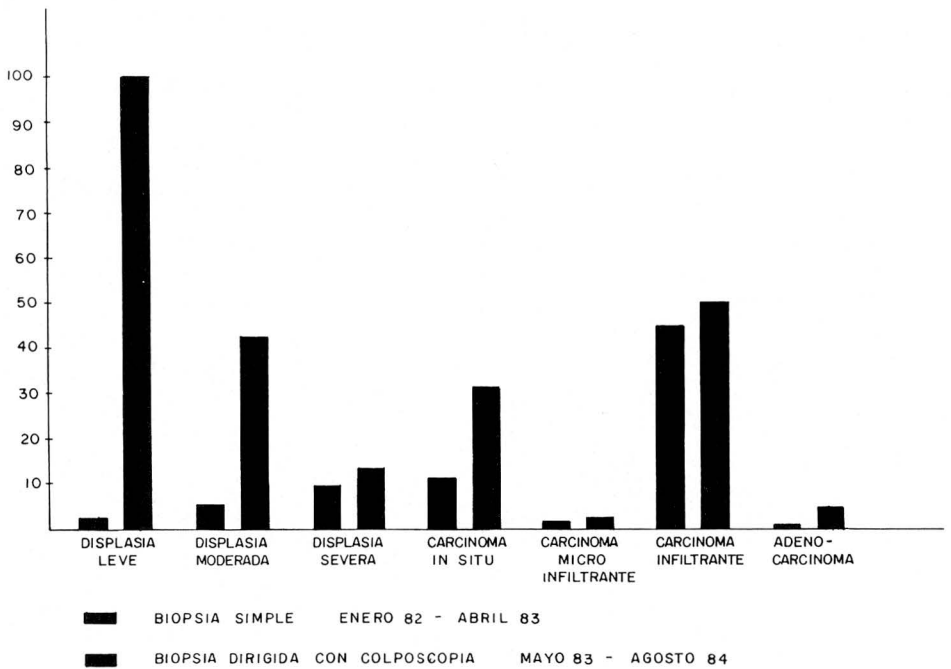
El 2o. período que fue de mayo de 1983 hasta agosto de 1984 con igual número de meses, tiempo en que se inició el estudio colposcópico. Se efectuaron 17.023 citologías.

Primeramente se comenzó a utilizar un colposcopio sencillo de 13.5 aumentos y posteriormente en diciembre de

1983 se adquirió otro colposcopio de varios aumentos 7.5, 15 y 30, con accesorios como cámara de 35 m.m., para seguimiento de imágenes con sus espéculos negros para colpofotografía. Cámara Polaroid a color para remitir una mejor información cuando la paciente era de médico particular. Un tubo Teaching con el fin de hacer valoraciones conjuntas. Las soluciones fueron suero fisiológico, ácido acético al 3%, lugol según la fórmula de J.M. Carrera y nitrato de plata al 2%.

Las bases para el estudio colposcópico fue de pacientes que acudieron a la consulta ginecológica con Pap II negativo inflamatorio; Pap sin clasificar inflamatorio con o sin erosión (ectopia); erosiones sin importar la clasificación del Pap,

Figura No. 1



Pap III, Pap IV, previo tratamiento vaginal. También cualquier otra lesión macroscópica sugestiva de malignidad. Se les practicó biopsia dirigida a los cervix uterinos en los que se observó imágenes patológicas relacionadas con malignidad, utilizando las pinzas de Eppendorfer, Kevorkian, Schubert, Tischler, Cureta de Kevorkian con malla y Cureta de Novak, Espéculo endocervical de Kogan-Martin. La hemostasia se lograba aplicando la solución de Monsel en los sitios de la biopsia en la mayoría de los casos.

3 – RESULTADOS

En el 1er período:

Se revisaron los casos en los cuales se realizó biopsia simple, encontrándose 3 casos de displasia leve, 6 displasias moderadas, 10 displasias severas, 12 carcinomas preclínicos in-situ, 2, carcinomas clínicos microinfiltrantes, 45 carcinomas clínicos infiltrantes y 1 adenocarcinoma.

En el 2o. período:

Se revisaron los casos en los cuales se realizó biopsia dirigida bajo colposcopia, encontrándose 100 casos de displasia leve, 43 de displasia moderada, 14 displasias severas, 32 carcinomas pre-clínicos (in-situ), 3 carcinomas clínicos microinfiltrantes, 50 carcinomas clínicos

infiltrantes y 5 adenocarcinomas. (Tabla 1 Figura 1, 2).

Se encontró un aumento en el diagnóstico en el 2o. período de las lesiones premalignas; el cáncer preclínico (In situ) y el adenocarcinoma. No hubo un aumento significativo en el carcinoma clínic, microinfiltrante e infiltrante. Se notó un aumento progresivo en la severidad de la displasia. En el Ca. preclínico (In situ) volvió a tener un notable aumento, permaneciendo en comparación a el clínico microinfiltrante e infiltrante estable y un nuevo aumento significativo del adenocarcinoma. (Tabla 1 Figura 2).

En el 1er. período fueron efectuadas 13.555 citologías obteniéndose 79 diagnósticos mediante la biopsia simple que representa el 0.5% de las pacientes de este grupo.

El 2o. período fueron efectuadas 17.023 citologías obteniéndose 247 diagnósticos mediante el estudio colposcópico con biopsias dirigidas que representaban el 1.45% con incremento del 0.95% en el diagnóstico de las pacientes de este grupo (Tabla 2).

4 – COMENTARIOS

En el primer grupo se encontró un aumento en el número de diagnósticos

Tabla No. 1

	Displasia leve	Displasia moderada	Displasia severa	Carcinoma In situ	Carcinoma micro infiltrante	Carcinoma Infiltrante	Adenocarcinoma
Biopsia simple	3	6	10	12	2	45	1
Biopsia dirigida con Colposcopia	100	43	14	32	3	50	5

a medida que la lesión se hacia más severa hasta el carcinoma in-situ.

Mientras que en el 2o. grupo se observó un aumento en el número de diagnóstico con relación al número del primer grupo, dicho aumento fue descendiendo a medida que aumentaba la seve-

ridad de la lesión hasta la displasia severa, con un nuevo aumento en el carcinoma in-situ, no observando cambios significativos en el carcinoma microinfiltrante e infiltrante.

Lo anterior podría explicarse teniendo en cuenta que en el 1er. período las

Figura No. 2

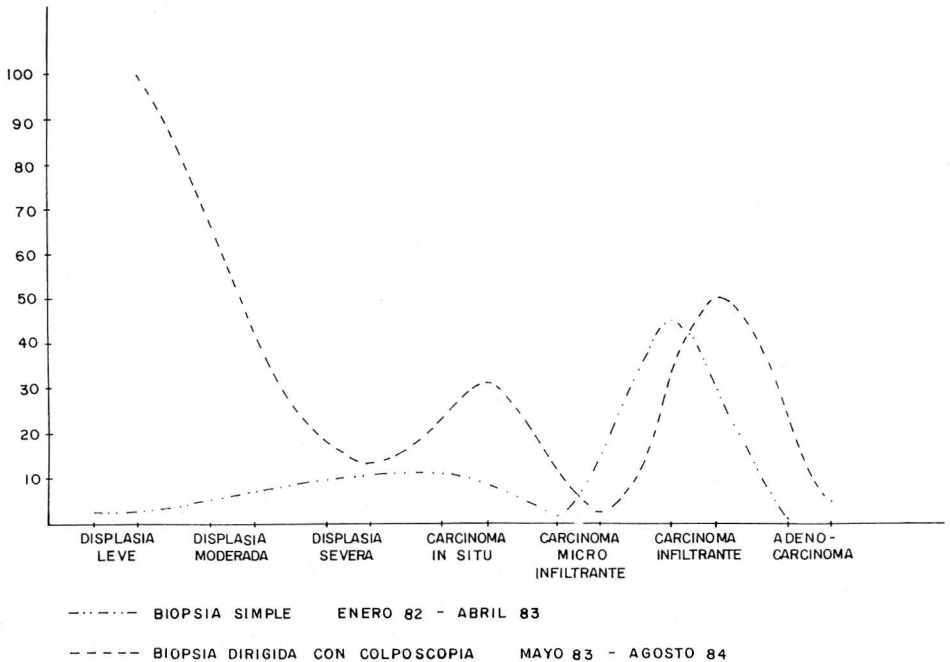


Tabla No. 2

Fecha	No. citologías	Biopsias	Diagnósticos	%
Enero 82 – Abril 83	13.555	simple	79	0.5
Mayo 83 – Agosto 84	17.023	dirigida	247	1.45

biopsias simples a cuatro cuadrantes, fueron efectuadas bajo visión directa en que las imágenes a medida que se iban haciendo más leves, éstas eran menos visibles. En cambio en el 2o. grupo en el que se utilizó el estudio colposcópico donde se ampliaron las imágenes, estas pasaron a ser mucho más prominentes y en esta forma más exactos el diagnóstico de la lesión a la toma de biopsia dirigida.

El aumento tan significativo de las displasias leves y moderadas que hubo en el 2o. período posiblemente fue debido a que se ven imágenes que son leves y se dificulta su seguimiento porque las pacientes que acuden a esta Institución son de escasos recursos económicos, bajo nivel socio-cultural y algunas de ellas proceden de otra región y como debe hacerse en algunos casos un tratamiento como la cauterización se descarta una total malignidad al decidir la toma de biopsia.

La displasia severa estuvo estable y un incremento de nuevo significativo en el carcinoma in situ se le atribuye posiblemente a que el estudio colposcópico ayuda a seleccionar mejor el sitio sugestivo de malignidad como una biopsia dirigida acompañada con un instrumental más adecuado que evitaba el daño del epitelio y hacer mejor la toma de ésta con el estroma. Posteriormente con el colposcopio se confirmaba el sitio, si la toma había sido adecuada.

En el carcinoma micróinfiltrante e infiltrante no se observaron cambios significativos en los dos grupos posiblemente a que estas lesiones pueden ser observadas a simple vista o se detectaban más fácilmente con la biopsia simple y dirigida. Por último se tiene el adenocarcinoma que en el primer período se encontró un solo caso entre las 13.555 citologías por la biopsia simple y en el 2o. período le correspondió el diagnóstico de 5 casos de 17.023 citologías con

la biopsia dirigida. Se cree que esto posiblemente se debió a que se piensa más en él, que aunque se diga lo contrario con el colposcopio es posible ver en la mayoría de los casos el límite de epitelio aún en las menopáusicas y parte del canal endocervical, a veces ayudado con el espéculo endocervical de Kogan. Además, cuando se toma una biopsia endocervical que tiene tendencias malignas la acompañamos de un legrado endocervical, como igualmente si la lesión se introduce en el canal endocervical y por último cuando la colposcopia no es satisfactoria y presenta un Pap dudoso o positivo se decide hacer un legrado endocervical.

5 - CONCLUSION

Está demostrado que la asociación de estos dos métodos diagnósticos ayudan a elevar la exactitud diagnóstica en las lesiones premalignas (Displasia) y en el carcinoma preclínico (Ca in situ) del cervix uterino.

Que el carcinoma clínico (micróinfiltrante e infiltrante) continua siendo estable aún con los dos métodos.

Cuando la lesión tiene más características de malignidad, o se encuentra que se introduce en el canal endocervical y cuando no se observa lesión bajo colposcopia y presenta un Pap dudoso o positivo debe ir acompañado de un buen legrado endocervical.

Las tomas de biopsias dirigidas bajo colposcopia ofrecen una mayor seguridad diagnóstica.

Que el estudio asociado de estos dos métodos quedan limitados a Centros de Diagnósticos donde pueda haber un médico entrenado y que tenga los equipos de colposcopia y material adecuado por la difícil adquisición de estos en nuestro medio.

6 — REFERENCIAS

- BAJARD F; B;K;K; Nouveaux Resultats de la cytologie et de la colposcopie systematiques dans le diagnostic precoce du cancer du ca de l'uterus, *cynecc prat*, 5, 315, 1959.
- BAUER E; H:K; Atlas de Colposcopia, Medicina Panamericana Editorial S.A., 139, 1977.
- CARRERA J.M.; Tratado y Atlas de Colposcopia. Cap 1, Salvat Editores, S.A., 9. 1973.
- COPPLESON MALCOM; Colposcopia, Cap. 1 Ediciones Toray. S.A. Barcelona; 6. 1944.
- GONZALEZ MERLO J; Diagnóstico precoz del cáncer genital femenino, Colposcopia. Cap. 2, Colposcopia insatisfactoria o no valorable. Salvat Editores S.A.; 31, 59, 1981.
- MATEU JOSE MARIA; A; Atlas de Colposcopia. Cap. 9 Editorial Jims, Barcelona, 251, 1973.
- NAVRATIL E; B;B;N; Simultaneous colposcopy and cytology used in screening for carcinoma of the cervix. *AM. J. of obst & gynec.* Vol. 75 No. 6.; 1292, 1297, June 1968.
- SCOTT W. JOSEPN; Atlas esterocolposcópico del cervix uterino, Manual Básico, Editores Zephyr-Florida; Cap. 1 1, 5. 1971.
- Colposcopy plus cytology, results in 1100 patients *AM. J. Obst. & Gyneco.* Vol. 103 No. 7; 925, 929 April 1, 1969.
- TIMONEN S; M; Colposcopic and cytological diagnosis of cervical cancer and premalignant lesions. *Ann. Chir. Gynacc Fenn.* 56 Suppl; 158. 1967.