

Universidad de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CANCER CERVICAL Y SUS METODOS DIAGNOSTICOS

OSCAR ALCIDES AQUINO RODRIGUEZ

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVOS

III. REVISION BIBLIOGRAFICA

1. Histología Normal del Cuello Uterino

2. Histología Patológica del Cuello Uterino:

a) Displasias

b) Carcinoma In Situ

c) Carcinoma Invasivo

3. Métodos Diagnósticos:

a) Citología Exfoliativa

b) Colposcopía

c) Biopsia

d) Anatomía Patológica

IV. INVESTIGACION

Cáncer Cervical y sus Métodos Diagnósticos. Revisión de 40 casos en el Departamento de Gineco Oncología del Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS.

1. Hipótesis

2. Material y Método

3. Presentación y Análisis de Resultados

V. CONCLUSIONES

VI. RECOMENDACIONES

VII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El Cáncer Cervical es uno de los más frecuentes en la mujer y en estos casos un diagnóstico temprano y correcto asegura un buen pronóstico al tratamiento.

Actualmente contamos con tres métodos diagnósticos para Patología Cervical Uterina, siendo estos la Citología Exfoliativa, Colposcopia y Biopsia. La utilización de estos tres métodos ayuda a conseguir un buen diagnóstico.

Es importante conocer el grado de confiabilidad de estos métodos, ya que reportan valores variables. La Colposcopia es un instrumento poco utilizado en nuestro medio, actualmente se le da uso únicamente en el Departamento de Gineco Oncología del IGSS.

En la presente investigación se comparan los resultados diagnósticos dados por los métodos mencionados con los diagnósticos dados por Anatomía Patológica, de 40 casos del Departamento de Gineco Oncología del IGSS, en los cuales se usaron estos métodos y posteriormente sometidas a Histerectomía como tratamiento, de donde se obtuvieron los diagnósticos de las piezas quirúrgicas. Se revisó los casos de 1976 (año en que se inició el uso del Colposcopio en el Departamento de Gineco Oncología) a 1980.

II OBJETIVOS

1. Destacar la importancia de la utilización de tres métodos para Diagnóstico de Cáncer Cervical o de Patologías del Cérvix consideradas como precancerosas: Citología Exfoliativa, Biopsia y Colposcopia.
2. Demostrar la variabilidad que pueden presentar estos tres métodos por medio de la comparación de los diagnósticos dados por ellos con la Anatomía Patológica.
3. Reseñar la importancia del Colposcopio como instrumento diagnóstico y su utilidad como auxiliar de otros procedimientos, como la Biopsia.
4. Actualización bibliográfica de métodos diagnósticos para Cáncer de Cérvix y las Patologías Cervicales consideradas como precancerosas.
5. Obtener estadística de Cáncer Cervical en el Departamento de Gineco Oncología del Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS de 1976 a 1980.

HISTOLOGIA NORMAL DEL CUELLO UTERINO

El cuello constituye la parte más baja y estrecha del útero, tanto su pared como la membrana que reviste su conducto presenta caracteres diferentes que el resto del útero. La cantidad de músculo liso y de tejido elástico que hay en la pared del cuello no es tan grande como se había supuesto. La pared del cuello está formada principalmente de tejido colágeno denso, y fibras musculares lisas que en proporción sólo constituyen el 15% de su sustancia. Las fibras elásticas son relativamente raras, excepto en la pared de los vasos sanguíneos.

La mucosa del conducto cervical está formada de epitelio y una lámina propia de tejido conectivo. El epitelio está formado por grandes células cilíndricas productoras de moco. Hay el mismo tipo de epitelio en las glándulas tubulosas ramificadas que penetran profundamente en la lámina propia o más allá. A veces las glándulas se ocluyen dando lugar a los quistes de Naboth.

La porción del cuello que se proyecta en la vagina está cubierto de epitelio plano estratificado no queratinizado parecido al que reviste la vagina y con el cual se continúa. Este epitelio suele extenderse hasta poca distancia dentro del conducto cervical, donde por transición se transforma en el epitelio cilíndrico que tapiza el conducto. En algunos casos la zona de transición se halla bastante arriba del conducto, en otros, por el contrario, el epitelio cilíndrico del conducto puede observarse por fuera del agujero externo.

El epitelio cilíndrico de endocérvidx está formado por una sola capa de células, a diferencia del epitelio plano del exocérvidx el que está formado de varias hileras de células. El epitelio poliestratificado se compone de cuatro capas, comenzando en la membrana basal son: la Capa Germinal, la Capa Basal o de Transición, la Capa Intermedia y la Superficial. La maduración celular desde la capa Ger-

inal a la Superficial se caracteriza por un aumento de citoplasma y una disminución concomitante del tamaño del núcleo. (5, 11).

HISTOLOGIA PATOLOGICA DEL CUELLO UTERINO

DISPLASIAS

Se puede definir la displasia como un desarrollo o maduración celular anormal. (11). Se presenta como pérdida de la orientación normal de una célula epitelial con la otra, acompañada de alteración en volumen y forma celulares, volumen y forma del núcleo y caracteres de tinción. Se observa en el cuello uterino después de cervicitis crónica muy duradera. La infección por tricomonas puede producir displasia leve; también se han observado cambios displásicos en el cuello uterino con el uso de cauterización con nitrato de plata, aplicación tópica de podofílina y cauterización del cuello. Las lesiones posparto como laceraciones, erosión o ulceraciones, son más frecuentes en el labio anterior, sitio en donde la displasia es más frecuente.

Castro en Guatemala menciona que es importante considerar a la displasia como una lesión pre-neoplásica, especialmente a la displasia severa, la cual si no es tratada definitivamente va a degenerar a Carcinoma In Situ y más tarde a Carcinoma Invasivo. (9, 11).

La displasia ha sido dividida en tres categorías (3, 8, 11).

DISPLASIA LIGERA:

Células descamadas que suelen proceder de las capas superficiales o intermedia del epitelio con cambios displásicos mínimos. (3, 8, 11).

DISPLASIA MODERADA:

En un epitelio con displasia moderada encontramos gran va-

riedad de células: parabasales, intermedias y superficiales, moderadamente maduras, con discariosis moderada. En el froté predominan las células de forma polihédrica; pueden observarse células fusiformes. (3, 8, 11).

DISPLASIA SEVERA:

Las células descamadas son en su mayoría parabasales, generalmente inmaduras, con discariosis marcada y un citoplasma inmaduro. (3, 8, 11).

CARCINOMA IN SITU:

El cáncer circunscrito a la transformación de células en su sitio original y que no se han propagado a través de las membranas basales hacia los tejidos adyacentes.

Los núcleos celulares se observan con cromatina en grumos; hay pérdida de la relación núcleo citoplasma. Hay ausencia de diferenciación y pérdida de la polaridad. (3, 8, 9, 11).

CARCINOMA INVASIVO:

El carcinoma invasivo de células escamosas exhibe un marcado pleomorfismo en su estructura celular. Es bien aparente la marcada anormalidad de la estructura del núcleo, algunos son hipercromáticos, otros aparecen casi desprovistos de sustancia nuclear. Las células más frecuentes son las de tipo indiferenciado, esto indica que no es posible identificar el epitelio en el que tuvo origen la célula maligna. (3, 8, 11).

METODOS DIAGNOSTICOS

Citología Exfoliativa

Colposcopia

Biopsia

Anatomía Patológica

CITOLOGIA EXFOLIATIVA

El desarrollo de un método citológico preciso para estudiar mujeres asintomáticas con cuello de aspecto normal ha permitido en muchos casos el diagnóstico de Cáncer temprano, largo tiempo antes que hubiera síntomas o anomalías patológicas manifiestas.

Son varios los autores que mencionan varios métodos diagnósticos citológicos para el diagnóstico precoz del carcinoma del cuello uterino, entre los mencionados encontramos los siguientes:

- a) Frotis de secreción vaginal por aspiración.
- b) Frotis cervical por aspiración.
- c) Frotis por escarificación cervical.
- d) Frotis por irrigación.

Cada uno de ellos tiene sus ventajas y desventajas, por lo que muchos autores recomiendan el uso conjunto de dos o más métodos. (1, 3, 4, 11, 12, 13).

FROTIS VAGINAL POR ASPIRACION:

Material:

1. Pipeta de vidrio curvada ligeramente, de 8 pulgadas.
2. Pera de goma de 50 cc sujetada a la pipeta.
3. Portaobjetos.
4. Frasco con fijador que contenga alcohol etílico de 95 grados.

METODO:

Se comprime la pera de goma y se inserta luego la pipeta en la vagina hasta el fórnix posterior. Se suelta luego la pera de goma y se retira la pipeta, se descarga luego el material sobre un portaobje-

tos y se le extiende, se introduce rápidamente en el frasco fijador antes de que se seque.

PRECAUCIONES:

1. La pipeta debe estar absolutamente seca y la paciente no debe haber realizado ninguna ducha vaginal por lo menos 1 día antes del examen. La presencia de agua en el frote destruye el detalle celular.
2. Debe fijarse inmediatamente, no hay que dejarlo secar, pues al secarse las células pierden sus características diferenciales de tintición.
3. Es importante que no se coloque un exceso de secreción en el portaobjetos.

FROTIS CERVICAL POR ASPIRACION:

Se obtiene una vez colocado el espéculo y con el cuello bajo visión directa, aspirando el material con la pipeta y la pera de goma directamente de ambas superficies y del orificio cervical.

ESCARIFICACION CERVICAL:

Se practica raspando suavemente el cérvix con una espátula de madera, este método tiene la ventaja de obtener células malignas en gran cantidad, pero tiene la desventaja de contener células de una sola área del tracto genital, en cambio el frotis vaginal proporciona una muestra de todos los componentes descamados durante cierto espacio de tiempo.

FROTIS POR IRRIGACION:

Fue introducido por Davis recientemente. El equipo necesario es una pera de plástico que contiene 20% de alcohol en solución salina, esta pera está adherida a una pipeta de plástico ajustable con una tapa. El líquido se proyecta sobre la vagina y se reaspira, se pone la tapa a la pipeta y el conjunto se dispone en un tubo para su envío al laboratorio. Tiene la ventaja de someter por completo el control absoluto de la muestra al laboratorio. (3).

COLPOSCOPIA

El rol que ha tomado la colposcopia en el diagnóstico temprano del cáncer cervical ha sido grande, históricamente la citología y la colposcopia han sido consideradas como técnicas diagnósticas competitivas. Muchos años pasaron antes de que se reconociese sus limitaciones en ambos métodos, y hasta no hace mucho que se reconocieron como métodos diagnósticos complementarios. Muchos estudios han comprobado que utilizando ambos métodos se ha llegado a un mejor estudio de la detección temprana del cáncer cervical. (11, 12, 13).

El colposcopio es un instrumento gracial al cual puede observarse el cuello uterino en plena luz, con aumento de 10 a 40 X. La técnica de examen es rápida; requiere prácticamente el mismo tiempo que la inspección del cuello a simple vista. Se limpia el cuello con un hisopo de algodón, se enfoca el colposcopio y se estudia cuidadosamente el cuello, primero con iluminación normal, luego con filtro verde para mejorar la visualidad de las imágenes vasculares. El cuello se limpia después con una solución de ácido acético al 30%, que permite una mejor visualización del epitelio cilíndrico y la unión planocilíndrica. Su principal limitación es no poder visualizar lesiones que estén dentro del canal cervical.

Los hallazgos pueden dividirse en varias categorías.

Hallazgos colposcópicos normales:

1. Epitelio escamoso original: se observa en cuello y vagina un epitelio original liso, rosado y sin rasgos propios. No existen vestigios de epitelio cilíndrico que pueden identificarse, así como epitelio que secreta moco, hendiduras abiertas o quistes de Naboth.

2. Epitelio Cilíndrico: es una capa de epitelio simple, alta, que produce moco, que se extiende entre el endometrio por arriba y el epitelio escamoso original o el epitelio metaplástico por abajo. La superficie cubierta con epitelio cilíndrico es irregular con papilas grandes de estroma y hendiduras profundas. En la colposcopia después de la prueba de ácido acético tiene estructura típica semejante a uvas. El epitelio cilíndrico puede estar presente en el endocérvix, sobre una porción o toda la vagina.
3. Zona de Transformación: es la superficie entre el epitelio plano original y el epitelio cilíndrico con diferentes grados de madurez que pueden identificarse. Los componentes de una zona normal de transformación pueden estar aislados del epitelio cilíndrico que le rodea por epitelio plano metaplástico, aberturas glandulares y quistes de Naboth. En las zonas de transformación normales no se encuentran a la colposcopia estructuras que hagan pensar en neoplasia cervical.

Hallazgos Colposcópicos Anormales:

1. Zona atípica de transformación: Una zona de transformación en la cual existen hallazgos colposcópicos que hacen pensar en neoplasia cervical.
 - A. Epitelio Blanco — después de la prueba con ácido acético se observa con el colposcopio una zona anormal focal. El epitelio blanco es un fenómeno transitorio que se observa en la superficie de mayor densidad nuclear.
 - B. Puntilleo — anormalidad colposcópica focal en la que se observan capilares de manera punteada.
 - C. Mosaico — anormalidad colposcópica focal en la que el tejido semeja un mosaico. Los campos del mosaico están sepa-

- rados por los bordes enrojecidos.
- D. Leucoplaquia — anormalidad colposcópica focal en la que la hiperqueratosis y paraqueratosis parecen una placa blanquecina elevada. Esta placa blanquecina se identifica antes de la aplicación de ácido acético. A veces puede identificarse fuera de la zona de transformación.
- E. Vasos sanguíneos anormales — anormalidad colposcópica focal, en la que los vasos sanguíneos no son puntilleados, como mosaicos o con pequeñísimas ramificaciones, sino que son vasos irregulares con cursos sinuosos que parecen comas, tirabuzones o espagueti.
2. Sospecha de Cáncer Invasor: Es el cáncer que en la exploración clínica no puede observarse.

Hallazgos colposcópicos insatisfactorios: Casos donde la unión plano cilíndrica no puede observarse.

Otros hallazgos colposcópicos:

Vaginocervicitis — es un molde colposcópico difuso de hiperemia en la que los vasos sanguíneos parecen arreglados en forma difusa, semejante al puntilleo vascular.

Erosión Verdadera — es una superficie sin epitelio provocada por un traumatismo.

Epitelio Atrófico — es un epitelio plano con carencia de estrógenos en el que el molde vascular se identifica pronto por el adelgazamiento relativo del epitelio plano suprayacente.

Condiloma, Papiloma — son lesiones exofíticas que pueden estar

dentro o fuera de la zona de transformación. (2, 7, 12, 13).

BIOPSIA

Ante la presencia de un frotis citológico anormal, el diagnóstico tisular es esencial antes de proceder con la terapia definitiva, para lo cual se utiliza la biopsia.

La literatura revela que la opinión de los autores está dividida sobre el primer paso a seguir en el diagnóstico histológico de la neoplasia cervical. Algunos creen que la biopsia simple es adecuada, otros abogan por el diagnóstico por congelación y otros refieren que lo adecuado es hacer biopsias seguidas de conización en algunos casos, otros refieren que el uso del colposcopio es lo adecuado para realizar biopsias dirigidas, y esto lleva a la disminución en el número de conizaciones, y otros más refieren que el uso de la tinción de Schiller es adecuada para la realización de biopsias dirigidas. (6, 11, 12, 13).

Para la realización de la biopsia cervical, especialmente la múltiple en general se hacen cuatro mordidas con la pinza a las 12, 3, 6 y 9 del reloj de la circunferencia cervical, a nivel de la unión plano cilíndrica, utilizando para ello un sacabocados de Biopsia tipo Gay-lord. (7).

La biopsia cervical es adecuada pero tiene sus desventajas que tomada sin lesión visible puede dar falsos negativos (11, 12, 13). Otra de las desventajas de la biopsia es que aún tomada de cuatro cuadrantes, la cantidad de tejido para estudiar, es poco ya que representa un 30 a 40% de la superficie de lo que se ve en el cérvix.

ANATOMIA PATOLOGICA

Poner en manos del anatomico patologo la pieza quirúrgica de cualquier órgano de la economía enfermo, significa mucho, puesto que no va a disponer de cantidades limitadas de tejido en el cual efectuar un diagnóstico, sino que de la totalidad del tejido enfermo, pudiendo efectuar cuantas observaciones deseé para la confirmación de determinado diagnóstico.

Es muy importante la confirmación de diagnósticos preoperatorios, puesto que esto decidirá en definitiva si el tratamiento ha sido correcto o debe haber modificaciones en la terapéutica seguida.

En el caso especial del cáncer cervical, siendo ésta una lesión con un porcentaje alto de buen pronóstico al tratamiento efectuado en etapa temprana estar seguros del diagnóstico en los primeros pasos del tratamiento es muy importante, y esta seguridad es proporcionada por el examen de las piezas o pieza producto del tratamiento quirúrgico instituido, macroscópica y microscópicamente.

HIPOTESIS

1. No existe variabilidad en el diagnóstico de Cáncer Cervical dado por Citología Exfoliativa o Biopsia
2. El uso de Colposcopio no ayuda en el descubrimiento y diagnóstico de Cáncer Cervical

MATERIAL Y METODO

MATERIAL:

Métodos Diagnósticos para Cáncer Cervical: Citología Exfoliativa, Colposcopia y Biopsia.

METODO:

Retrospectivo.

RECURSOS:

1. Archivo de Gineco Oncología, Departamento de Gineco Oncología, Hospital de Gineco Obstetricia del IGSS.
2. Fichas Clínicas de pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervical de 1976 a 1980.
3. Utiles de escritorio.
4. Ficha de recolección de datos.

PROCEDIMIENTO:

1. Revisión bibliográfica.
2. Revisión de Fichas Clínicas de pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervical.
3. Selección de casos que cumplan las siguientes condiciones:
 - a. Informe de Citología Exfoliativa.
 - b. Informe de Colposcopia.

- c. Informe de Biopsia.
 - d. Que se les haya realizado Histerectomía como tratamiento para Cáncer de Cervix e Informe de Anatomía Patológica de la pieza quirúrgica.
 - e. No haber recibido radiación como terapéutica de Cáncer Cervical previa a la Histerectomía.
4. Comparación estadística de los diagnósticos de cada uno de los tres métodos, con los diagnósticos de Anatomía Patológica.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA

CUADRO # 1

GRUPO ETAREO	NEGATIVO		DISPLASIA LEVE		DISPLASIA MODERADA		DISPLASIA SEVERA		CANCER IN SITU		CANCER INVASIVO		No. DE CASOS
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
21-30	1	2.5			1	2.5	1	2.5	2	5	3	7.5	8 20
31-40			2	5	3	7.5	4	10	12	30	3	7.5	24 60
41-50	1	2.5			2	5	2	5	1	2.5			6 15
51-60											2	5	2 5
<u>SUB-TO TALES</u>	2	5	2	5	6	15	7	17.5	15	37.5	8	20	40 100

EN DISTRIBUCION POR GRUPOS ETAREOS, EL MAS AFECTADO FUE EL COMPRENDIDO ENTRE LA DECADA DE 31 A 40 AÑOS CON 24 CASOS QUE DAN UN 60%. LA PATOLOGIA MAS FRECUENTE FUE EL CANCER IN SITU - CON 15 CASOS QUE DAN UN 37.5%.

BIOPSIA

CUADRO # 2

GRUPO ETERO	NEGATIVO		DISPLASIA LEVE		DISPLACIA MODERADA		DISPLACIA SEVERA		CANCER IN SITU		CANCER INVASIVO		No. DE CASOS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
21-30					2	5	1	2.5	5	12.5			8	20
31-40	4	10			2	5	5	12.5	10	25	3	7.5	24	60
41-50							1	2.5	4	10	1	2.5	6	15
51-60									2	5			2	5
SUB-TO TALES	4	10			4	10	7	17.5	21	52.5	4	10	40	100

EL GRUPO ETAREO MAS AFECTADO ES EL DE 31 A 40 AÑOS AL QUE LE CORRESPONDEN 24 CASOS QUE RE
PRESENTAN EL 60%. LA PATOLOGIA MAS FRECUENTE ENCONTRADA FUE EL CANCER IN SITU CON 27 CASOS -
QUE DAN EL 67.5%.

IMAGENES COLPOSCOPICAS

CUADRO # 3

GRUPO ETAREO	TRANSFORMACION	PUNTUACION		TELANGIECTASIA		MOSAICO		VASCULARIZACION ATIPICA		LEUCOPLASIA		NO. DE IMAGENES		
		#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
21-30	5	5.9	2	2.4	3	3.5	6	7.1	4	4.7			15	22.4
31-40	11	13	5	5.9	6	7.1	13	15.3	10	11.8	3	3.5	37	55.2
41-50	2	2.3	3	3.5			4	4.7	4	4.7			11	16.4
51-60								2	2.3	2	2.3	4	6	
SUB-TOALES	18	21.9	10	11.8	9	10.6	23	34.3	20	23.5	5	5.8	67	100

EL GRUPO ETAREO EN QUE MAS IMAGENES PATOLOGICAS SE ENCONTRARON FUE EL DE 31 A 40 AÑOS CON 37 IMAGENES QUE DAN UN 55.2% (NO SE TOMAN EN CUENTA LAS IMAGENES NORMALES). LA IMAGEN PATOLOGICA MAS FRECUENTE FUE EL MOSAICO CON 23 IMAGENES QUE REPRESENTAN 34.3%

IMAGENES COLPOSCOPICAS

CUADRO # 4

GRUPO ETAREO	IMAGEN NORMAL		IMAGEN ANORMAL		No. DE IMAGENES	
	#	%	#	%	#	%
21-30			8	20	8	20
31-40	5	12.5	20	50	25	62.5
41-50			6	15	6	15
51-60			1	2.5	1	2.5
SUB-TOALES	5	12.5	35	87.5	40	100

DE LOS 40 CASOS SE ENCONTRARON 35 CON IMAGEN
PATOLOGICA QUE REPRESENTAN 87.5%, CORRESPONDIENTE EL
MAYOR NUMERO AL GRUPO ETAREO DE 31 A 40 AÑOS CON 25
CASOS QUE CORRESPONDEN A 62.5%.

ANATOMIA PATHOLOGICA

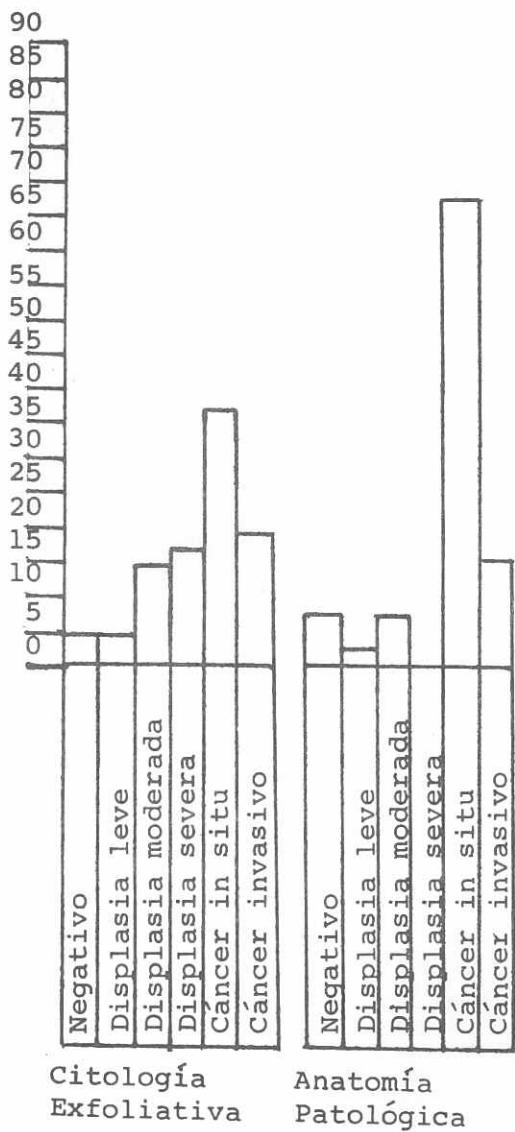
CUADRO # 5

GRUPO ETAREO	NEGATIVO		DISPLACIA LEVE		DISPLASIA MODERADA		DISPLACIA SEVERA		CANCER IN SITU		CANCER INVASIVO		No. DE CASOS	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
21-30	1	2.5			1	2.5			6	15			8	20
31-40	2	5	1	2.5	2	5			15	37.5	4	10	24	60
41-50									4	10	2	5	6	15
51-60									2	5			2	5
SUB-TO TALES	3	7.5	1	2.5	3	7.5			27	67.5	6	15	40	100

EL GRUPO ETAREO MAS AFECTADO ES EL DE 31 A 40 AÑOS, CON 24 CASOS QUE SON REPRESENTADOS -
POR 60%. LA PATHOLOGIA MAS FRECUENTE ENCONTRADA ES EL CANCER IN SITU CON 27 CASOS QUE REPRE-
SENTAN 67.5%.

CITOLOGIA EXFOLIATIVA-ANATOMIA PATHOLOGICA

Gráfica # 1



CITOLOGIA EXFOLIATIVA-ANATOMIA PATHOLOGICA

Gráfica No. 1

Diagnósticos Negativos:

Son de 5o/o (2 casos) para Citología y 7.5o/o (3 casos) para Anatomía Patológica. Hay una diferencia de 2.5o/o (1 caso) negativo menos que dió la Citología.

Displasia Leve:

Tenemos 5o/o (2 casos) para Citología y 2.5o/o (1 caso) para Anatomía Patológica. Los diagnósticos por Citología dan 2.5o/o (1 caso) más que los de Anatomía Patológica.

Displasia Moderada:

Por Citología, los diagnósticos son de 15o/o (6 casos) y por Anatomía Patológica 7.5o/o (3 casos). Los diagnósticos de Citología sobrepasan en 7.5o/o (3 casos) a los de Anatomía Patológica.

Displasia Severa:

Nos da 17.5o/o (7 casos) por diagnóstico de Citología y 0o/o (0 casos) para Anatomía Patológica. El porcentaje en que rebasa la Citología es de 17.5o/o.

Cáncer In Situ:

Para diagnósticos por Citología tenemos 37.5o/o (15 casos) y por Anatomía patológica 67.5o/o (27 casos). El diagnóstico por Citología dió 30o/o de diagnósticos menos que los dados por Anatomía Patológica.

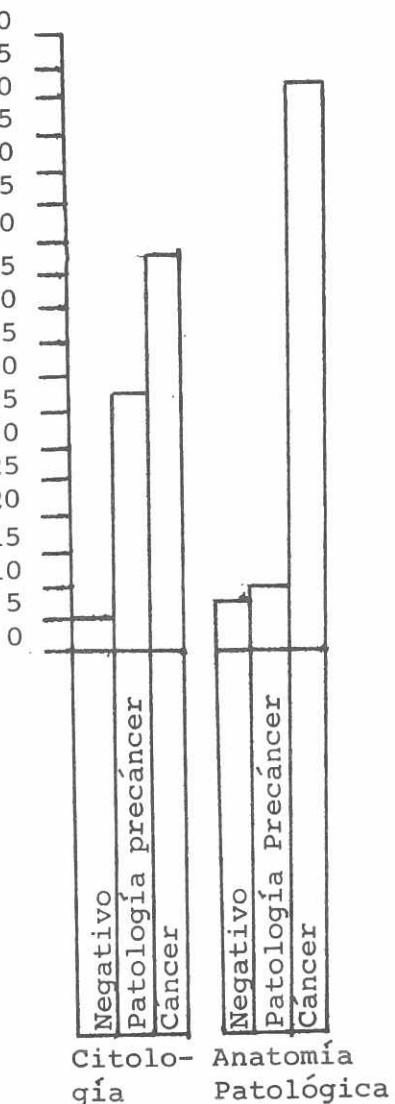
Cáncer Invasivo:

Los diagnósticos por Citología son de 20o/o (8 casos) y por Anatomía Patológica 15o/o (6 casos). La citología dió 5o/o más de diag-

nósticos para Cáncer Invasivo. A continuación se detallan:

CITOLOGIA EXFOLIATIVA-ANATOMIA PATHOLOGICA

Gráfica # 2



Gráfica No. 2

En esta gráfica se han unificado los resultados diagnósticos en Negativos, Patología Precancerosa (Displasia leve, moderada y severa) y Cáncer (Carcinoma In Situ e Invasivo).

Diagnósticos Negativos:

La Citología dió 2.5o/o (1 caso) menos en los resultados negativos que la Anatomía Patológica.

Patología Precancerosa:

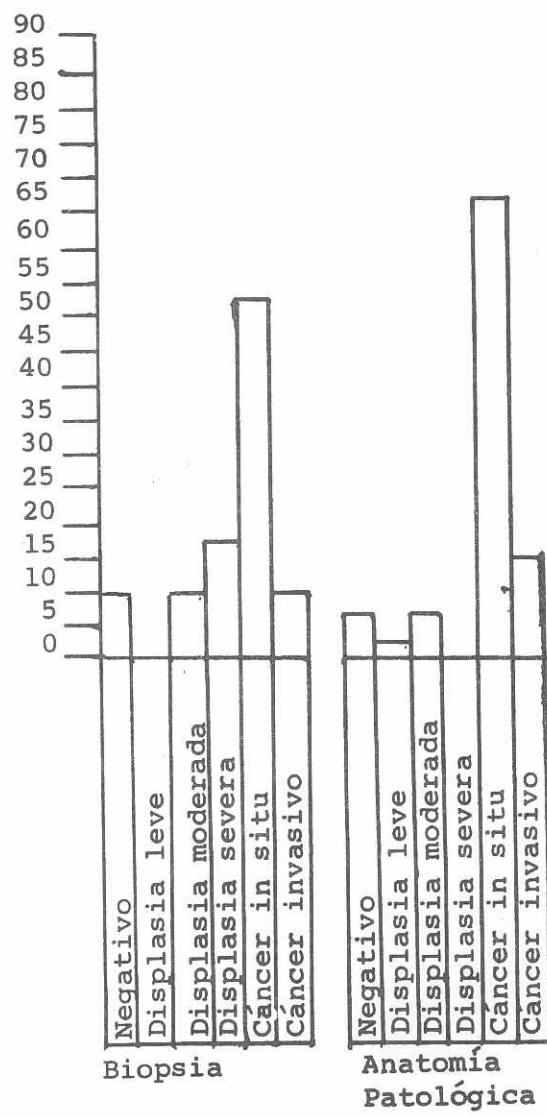
Tenemos 27.5o/o (11 casos) más de resultados de Patología Precancerosa dados por Citología que por Anatomía Patológica.

Cáncer:

La Citología reportó 25o/o (10 casos) menos que los reportados por Anatomía Patológica.

BIOPSIA-ANATOMIA PATOLOGICA

Gráfica # 3



BIOPSIA-ANATOMIA PATHOLOGICA

Gráfica No. 3

Diagnósticos Negativos:

Son de 10o/o (4 casos) para Biopsia y de 7.5o/o (3 casos) para Anatomía Patológica. Hay una diferencia de 2.5o/o (1 caso) que dió de más la Biopsia.

Displasia Leve:

Tenemos 0o/o (0 casos) que nos dió Biopsia, y 2.5o/o que nos dió la Anatomía Patológica. La diferencia es de 2.5o/o menos (1 caso) que nos da la Biopsia.

Displasia Moderada:

Por Biopsia los diagnósticos son de 10o/o (4 casos) y por Anatomía Patológica 7.5o/o (3 casos). Los diagnósticos por Biopsia superan en 2.5o/o (1 caso) a los de Anatomía Patológica.

Displasia Severa:

Nosda 17.5o/o (7 casos) por Biopsia y 0o/o por Anatomía Patológica. El porcentaje en que rebasa la Biopsia es de 17.5o/o.

Cáncer In Situ:

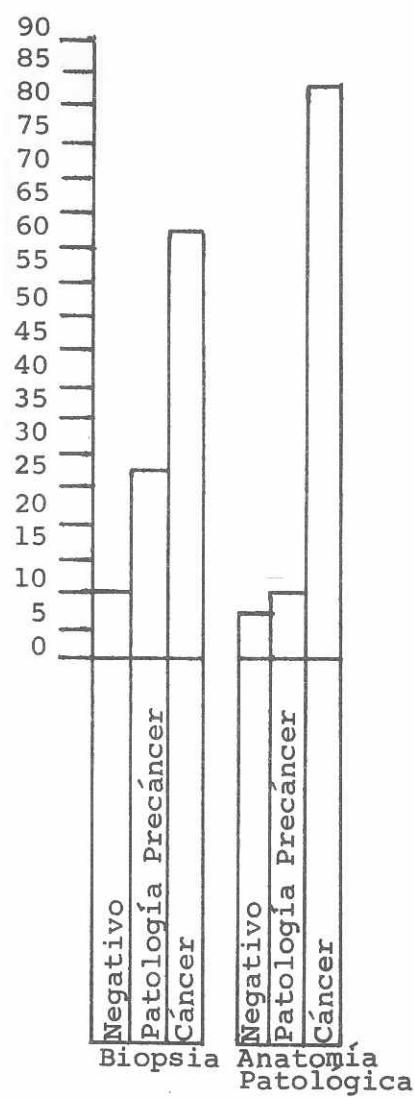
Para diagnósticos por Biopsia tenemos 52.5o/o (21 casos) y por Anatomía Patológica 67.5o/o (27 casos). El diagnóstico por Biopsia dió 15o/o menos (7 casos) que los datos por Anatomía Patológica.

Cáncer Invasivo:

Los diagnósticos por Biopsia son de 10o/o (4 casos) y por Anatomía Patológica 15o/o (6 casos). La Biopsia dió 5o/o menos de diagnósticos.

BIOPSIA-ANATOMIA PATHOLOGICA

Gráfica # 4



Gráfica No. 4

En esta gráfica se han unificado los diagnósticos en Negativos, Patología Precancesora (Displasia leve, moderada y severa) y Cáncer (Carcinoma In Situ e Invasivo).

Diagnósticos Negativos:

Observamos que se reportó 2.50/o (1 caso) más por Biopsia que por Anatomía Patológica.

Patología Precancerosa:

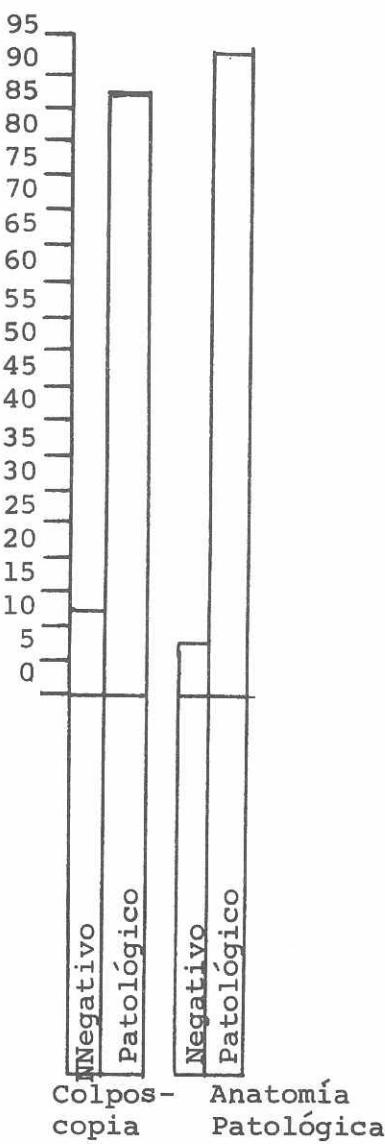
Encontramos 17.50/o (7 casos) reportados más por biopsia que por Anatomía Patológica.

Cáncer:

Por Biopsia hay 20o/o (8 casos) reportados menos que por Anatomía Patológica.

COLPOSCOPIA-ANATOMIA PATHOLOGICA

Gráfica # 5



COLPOSCOPIA-ANATOMIA PATHOLOGICA

En esta gráfica número 5 compararemos los resultados de Colposcopia y Anatomía Patológica. Los resultados dados por la Colposcopia los consideraremos como normal (negativo) y anormal (patológico) y los de Anatomía Patológica los unificaremos en Negativos y Patológicos (los tres tipos de Displasia y Cáncer In Situ e Invasivo).

Gráfica No. 5

Diagnósticos Negativos:

Tenemos 12.50/o (5 casos) para Colposcopia y 7.50/o (3 casos) para Anatomía Patológica. Los resultados de Colposcopia rebasan en 50/o (2 casos) a los de Anatomía Patológica.

Diagnósticos Patológicos:

Tenemos 87.50/o (35 casos) para Colposcopia y 92.50/o (37 casos) para Anatomía Patológica.

Los diagnósticos por Colposcopia son 50/o (2 casos) menos que los de Anatomía Patológica.

ANALISIS

1. Citología Exfoliativa-Anatomía Patológica:

Diagnósticos Negativos:

Se observó 2.50/o (1 caso) menos de resultado diagnóstico dado por Citología.

Patología Precancerosa:

Se obtuvo 27.50/o (11 casos) reportados más por Citología que por Anatomía Patológica.

Cáncer:

Se observaron 250/o (10 casos) menos reportados por Citología que por Anatomía Patológica.

El factor principal para la incidencia de resultados falsos negativos, son los frotis mal tomados, es decir que no son representativos. (10, 11).

Existen dos variedades de Carcinoma escamoso invasivo que dan Citología constantemente negativa:

El Carcinoma escamoso variedad verrucosa y el Carcinoma Querantinizante del Exocérvix.

Además en los Carcinoma escamosos como son el infiltrante, el ulceroso, el polipoide y el mixto debido a la necrosis de mayor o menor grado que siempre está asociada, también la Citología a menudo es negativa. Hay que tener presente que el 100/o de los Carcinomas es de localización alta en el canal endocervical y la simple toma de la muestra del Cérvix no podrá detectarlo. (11).

2. Biopsia-Anatomía Patológica:

Diagnósticos Negativos:

Se observó 2.50/o (1 caso) reportado más por Biopsia que por Anatomía Patológica.

Patología Precancerosa:

Se obtuvieron 17.50/o (7 casos) reportados más por Biopsia que por Anatomía Patológica.

Cáncer:

Se observó 20o/o (8 casos) reportados menos por Biopsia que por Anatomía Patológica.

Las biopsias efectuadas sin lesión visible pueden dar falsos negativos (11, 12, 13), por lo que se recomienda hacerla en forma dirigida con ayuda del Colposcopio o de una prueba de Shiller previa a su realización. (10, 11, 12, 13).

La biopsia aún tomada de cuatro cuadrantes da una cantidad de tejido de 30o/o ó menos de la superficie cervical que se ve, lo que no es representativo. (11).

3. Colposcopia-Anatomía Patológica:

Diagnósticos Negativos:

Se obtuvo 5o/o (2 casos) reportados más que los reportados por Anatomía Patológica.

Diagnósticos Patológicos:

Se obtuvo 2.50/o (2 casos) reportados más por Colposcopia que por Anatomía Patológica.

Los resultados dependen principalmente de la experiencia del realizador del examen y su familiarización con las técnicas e imágenes colposcópicas. El principal inconveniente de la Colposcopia es

que sólo permite examinar la parte visible del cuello cervical, por lo tanto si no se puede visualizar la unión plano cilíndrica el examen es poco satisfactorio. (7, 12, 13).

V
CONCLUSIONES

1. El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre la década de 31 a 50 años, por los diagnósticos dados por Citología, Biopsia, Colposcopia y Anatomía Patológica.
2. La Patología más frecuente fue el Cáncer In Situ, encontrado por Citología, Biopsia y Anatomía Patológica.
3. La imagen colposcópica patológica fue el mosaico, con 27.1o/o (23 imágenes), más frecuente.
4. El método diagnóstico que demostró mayor variabilidad fue la Citología Exfoliativa para Diagnóstico de Patología Cervical al comparar sus resultados con los de Anatomía Patológica.
5. El método diagnóstico que siguió en variabilidad a la Citología fue la Biopsia.
6. La Colposcopia demostró Patología Cervical en 87.5o/o de los casos (35 casos).
7. Se encuentra variabilidad en diagnóstico dado por Citología Exfoliativa, Biopsia y Colposcopia para Patología Cervical al comparar los diagnósticos dados por ellos son los dados por Anatomía Patológica.
8. El Colposcopio demostró ser útil para el descubrimiento de Patología Cervical y por ende útil también como auxiliar de la Biopsia, por el alto porcentaje de Patología descubierta y por señalar con más exactitud el área propicia para tomar una muestra de tejido.

VI RECOMENDACIONES

1. El médico debe conocer detalladamente las técnicas de los métodos diagnósticos para Patología Cervical y los errores que pueden dar resultados falsos.
2. Tomar siempre en cuenta la variabilidad de los resultados diagnósticos y su repercusión sobre el tratamiento.
3. Utilizar más de un método diagnóstico siempre que haya sospecha de Cáncer Cervical.
4. Tratar de sistematizar el uso de Colposcopio, como instrumento útil que es en el diagnóstico de Patología Cervical, por ser su uso rápido y atraumático.

VII
BIBLIOGRAFIA

1. Coppleson, L. W., and Brown, Barry. Estimation of the Screening Error Rate from the Observed Detection Rates in Repeat Cervical Cytology. *Am. J. Obst Gynec* 119: 953-957. Ago. 74.
2. Coppleson, Malcom., *Colposcopia*, Editorial Barcelona, 1974.
3. Graham, Ruth., *Diagnóstico Citológico del Cáncer*. 1966.
4. Knapp, Robert y Berkowitz., *Cáncer Ginecológico: Guía Diagnóstica*. T. M. 291: 14-18, Oct. 1979.
5. Ham, Arthur W., *Tratado de Histología*. VII Edición Interamericana 1975. 910-912.
6. Hulka, B. S., Punch Biopsy and Conization as Diagnostic Procedures After Abnormal Cervical Smears., *Am. J. Obstet Gynec* 36: 54-61, July 1970.
7. Novak, Edmund R., *Tratado de Ginecología*. IX Edición Interamericana 1977. 239-283.
8. Rioton, G., Christopherson, W. M., *Citología del Aparato Genital Femenino*, OMS. Ginebra 1973.
9. Robins, Stanley., *Patología Estructural y Funcional*. I Edición Interamericana 1975, 17-19, 1172-1177.
0. Selim, Mostafa A., Mattingly, Juliet L., Balir, Olga M., Cervical Biopsy Vrs. Conization., *J. Obstet Gyne* 41: 177-182, Feb. 1973.

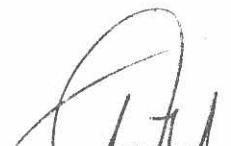
11. Solano, José D., Correlación Citológica Histológica de la Patología Cervical Uterina., Tesis, Fac. CCMM, 1979.
12. Stafl, Adolf, Mattingly, Richard F., Colposcopic Diagnosis of Cervical Neoplasia., J. Obstet Gynec 93: 168-176, Feb. 1973.
13. Townsend, Duane E., Symposium on Colposcopy Contemporary, Obstet Gynec 6: 66-101, December 1975.

Br. 
OSCAR ALCIDES AQUINO RODRIGUEZ

Dr. 
Asesor.
DR ANGEL TOBAR ILIAS

Dr. 
Dra. REYES VERONICA CHAPETON

Dr. 
Director de Fase III
Dr. HECTOR A. NUILA

Dr. 
Secretario
Dr. RAOUL A. CASTILLO

Vo. Bo.

Dr. 
Decano.
Br. ROLANDO CASTILLO MONTALVO