

Conización diagnóstica del cuello uterino

en el manejo de la paciente con citología alterada y colposcopia-biopsia negativa o insuficiente

Dr. José Fco. Cascante Estrada*

RESUMEN

Se analizan 49 pacientes llevadas a conización diagnóstica del cuello uterino por presentar citología vaginal reiteradamente alterada, sin lesión visible al colposcopio, colposcopia insuficiente, o bien, con imagen colposcópica anormal que una vez biopsiada no se correlacionó con la sospecha citológica.

La serie incluye citologías en 22.4% de carcinomas, 71.5% de displasia severa o carcinoma in situ y 6.1% de displasia moderada. En relación a la colposcopia, la mitad de los estudios presentaron imagen no relacionada con malignidad, 19% relacionados con malignidad, y 28% estudios insuficientes.

Las pacientes con colposcopias no relacionadas con malignidad, (una cuarta parte contó con biopsia de endocervix), presentan falso negativo colposcópico en 79% de los casos y en el grupo que presenta imagen relacionada con malignidad biopsiada, el índice de falsos negativos fue de 77%.

De las 49 pacientes, en la mitad hubo correlación entre el diagnóstico citológico y la histología del cono.

INTRODUCCION

El arsenal diagnóstico del ginecólogo, en la práctica de patología del cuello uterino, ha sido enriquecido a través del tiempo, con técnicas orientadas a la detección precoz de lesión neoplásica y premaligna.

La citología de detección constituye al

presente, el primer eslabón en la marcha diagnóstica, en conjunto con alto índice de sospecha clínica por visualización macroscópica del cuello uterino y/o prueba de Schiller. Se complementan en una segunda etapa diagnóstica a través de la colposcopia y toma de biopsias dirigidas a las zonas más sospechosas. Constituye la tercera y última fase la conización diagnóstica del cuello uterino.

Existe un pequeño, pero no despreciable porcentaje de casos, en que la citología reiteradamente anormal no se corrobora en la colposcopia y/o los estudios histológicos de la biopsia por colposcopia. El manejo diagnóstico de estos casos se ha orientado en dos sentidos: la biopsia "a ciegas" de endocervix, o bien, la conización diagnóstica del cuello uterino. Esta segunda opción constituye el móvil de la presente revisión.

MATERIAL Y METODOS

Utilizando como fuente de información el archivo de patología cervical y colposcopia del Servicio de Ginecología en el Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social, con el material que abarca desde su apertura, setiembre 1969 a julio de 1980, se obtuvo 49 casos de pacientes llevadas a conización diagnóstica del cuello uterino por citología reiteradamente anormal, con colposcopia y biopsia dirigida por colposcopia negativa o insuficiente.

Revisado el expediente clínico de cada una

* Trabajo elaborado como Asistente Interino, Servicio Ginecología Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social, 1980.

** Asistente Ginecología y Obstetricia, Instituto Materno-Infantil Carit. Caja Costarricense de Seguro Social.

de las pacientes, se extrajo información con respecto a edad cronológica, edad de las primeras relaciones sexuales, paridad y métodos anticonceptivos; así como todas y cada una de las citologías de detección, hallazgos colposcópicos e histológicos de biopsias de cuello, correlacionando cada uno de estos hallazgos con el resultado histológico del cono de cuello uterino.

RESULTADOS

1. Aspectos generales.

La distribución por edad no muestra una tendencia específica, siendo homogénea y predominante de 25 a 44 años. Para el carcinoma in situ la mitad de las pacientes en el quinquenio de 40-44 años, y para la displasia severa de 25-29 años, otras lesiones displásicas y cervicitis es igual a lo largo de todas las edades. (Cuadro N°1).

De igual forma, la paridad no muestra una tendencia selectiva por una u otra lesión histológica, y su distribución es clásica en baja paridad de 20-44 años, en contraposición con multíparas de 40-64 años (cuadro N°1).

La mitad de las pacientes iniciaron la vida sexual antes de los 19 años y 88% previo a los 25 años, no existen diferencias para cada uno de los subgrupos histológicos (cuadro N°2).

De la serie, 53% utiliza algún método anticonceptivo. En edades de 20-44 años el 80% ha practicado anticoncepción, en tanto de 10 pacientes entre 45-69 años, 8 no fueron usuarias de métodos anticonceptivos. La frecuencia de cada método, D.I.U., orales, barrera, es igual entre las usuarias y no hay correlación entre ellos y el tipo histológico de lesión (cuadro N°3).

Cuadro N°1
PARIDAD EN RELACION A EDAD E HISTOLOGIA DE LA LESION

Edad	# CASOS	PARIDAD				
		1	2	3	4	5 o más
20 - 24	4	* ■	* ■			
25 - 29	13	□ □ ■ ■ ⊙	* □ □ ■ ■	□ □ □		
30 - 34	7	□ ⊙	⊙		□	* □ □
35 - 39	5	*		*	■ ⊙ ⊙	
40 - 44	10	*	* ■		* □ ⊙	* * * *
45 - 49 ■	2	*				■
50 - 54	3			*		■ ⊙
55 - 59	1					⊙
60 - 64	2					■ ■
65 - 69		*				
TOTAL:	48	13	10	5	7	13

* Carcinoma in situ. □ Displasia severa. ■ Displasia moderada o leve. ⊙ Cervicitis

■ Un caso de paridad cero.

Servicio Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro N°2
EDAD PRIMERAS RELACIONES SEXUALES,
PARIDAD E HISTOLOGIA DE LA LESION

P.R.S.	# CASOS	PARIDAD				
		1	2	3	4	5 o más
10 - 14	3			*		*■
15 - 19	23	**■⊙	■ **□■	* □□	□⊙⊙	■* *□□■
20 - 24 ■	16	■ **□□□	□⊙	□	*□■	**⊙⊙
25 - 29	6	*■⊙	*■		⊙	
TOTAL:	48	13	10	5	7	13

Servicio Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

* Carcinoma in situ. □ Displasia severa. ■ Displasia moderada y leve.
 ⊙ Cervicitis. ■ Un caso de paridad cero.

Cuadro N°3
METODO ANTICONCEPTIVO, EDAD PRIMERAS RELACIONES SEXUALES
E HISTOLOGIA DE LA LESION

Método anticonceptivo	# CASOS	Edad primeras relaciones sexuales			
		10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29
Desconocido	7		□■⊙	*□⊙	⊙
No usuaria	16	*■	■ ■ ■ ■ ⊙ * * * * □	* □ ■ ⊙ ⊙	
Esterilizada	4	*		*	*■
D.I.U.	7		□ ■ ■	* □ □ ■	
Anticoncept. oral	9		* * □ ■ ⊙	* □	■ ⊙
Preservativo	4		□ □	□ ■	
Espuma	1				*
Ritmo	1		*		
TOTAL:	49	3	23	17	6

Servicio de Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

* Carcinoma in situ. □ Displasia severa. ■ Displasia moderada y leve.
 ⊙ Cervicitis.

Cuadro N°4
CITOLOGIA (más alterada) EN RELACION A LA HISTOPATOLOGIA DEL CONO

Citología	HISTOLOGIA DEL CONO				
	# casos	C.I.S.	D.S.	DM-DL	Cervicitis
D.M. . . .	3	—	2	1	—
D.S. . . .	25	9	3	7	6
C.I.S. . . .	10	3	6	1	—
Carcinoma	11	4	1	4	2
Total:	49	16	12	13	8

Servicio de Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

Cuadro N°5
CITOLOGIA (total de estudios)
EN RELACION A LA HISTOLOGIA DEL CONO

Citología	# citologías	HISTOLOGIA DEL CONO			
		CIS	DS	DM-DL	Cervicitis
Negativa o inflamatoria	16	4	3	5	4
DL-DM. . .	27	3	6	12	6
DS.	46	15	10	12	9
CIS	18	5	8	4	1
Carcinoma	16	7	1	5	3
Total:	123	34	28	38	23

Servicio de Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

2. Citología.

Todos los casos presentaron en una o más ocasiones citología alterada, tomando en consideración solamente aquel reporte con lesión más avanzada (cuadro N°4), 94% de los casos ameritaron un estudio exhaustivo ante lesiones comprendidas entre displasia severa (la mitad de los casos) y carcinoma in situ o invasor (una cuarta parte de cada uno). En pacientes con cono de carcinoma in situ y displasia moderada o leve, la frecuencia de lesiones en citología fue igual que para la serie total, en tanto para los casos de displasia severa predominó la citología de carcinoma

in situ, y en los casos de cervicitis en el cono, 75% de las citologías fue de displasia severa y 25% de carcinoma.

Tomando en consideración todas las citologías reportadas (123 en total con promedio de 2.5 citologías por caso), cuando la lesión histológica fue de displasia o carcinoma, 12% de las citologías fueron falsos negativos. En relación a los casos de cervicitis en el cono, en 4 de ellos se realizó biopsia previo al cono, dos mostraron en el estudio displasia moderada, lesión extirpada por la biopsia (la citología previa era de displasia moderada), así tenemos 74% de

falsos positivos (17 de 23 citologías) (cuadro N°5). Analizando los casos de displasia severa y carcinoma in situ en conjunto, la correlación exacta histología-cono y citología se presentó en 62% de las citologías, en los casos de displasia moderada y leve en 32% y para la cervicitis en 17%.

Como se observa en los cuadros 8 a 11, en que se resume cada uno de los 49 casos y en el cuadro N°4, se recurrió a la conización diagnóstica en 6.1% de los casos por displasia moderada, 22.4% por carcinoma y

71.5% por displasia severa o carcinoma in situ citológicos.

3. Colposcopia y biopsia precono.

Se realizó 1.93 colposcopias por paciente, oscilando desde una a seis para cada caso individual. En 52% de los estudios la imagen fue no relacionada con malignidad; (en 10% de éstos procesos inflamatorios y el resto fisiológicos). En 19% de las colposcopias se describió imagen relacionada con malignidad y 28% de los estudios se anotan insufi-

Cuadro N°6
IMAGEN COLPOSCOPICA Y EDAD
(Total de colposcopias)

Grupos de edad	Número colposcopias	IMAGEN COLPOSCOPICA			
		No relac. con malignidad	Leucoqueratosis	Zona transformación anómala	Insuficiente (x)
20 - 24	7	* ■ ■ ■	* * ■		
25 - 29	17	■ ■ ■ * * □ □ □ □	□ □ ⊙	□ ■	□ ■ ■
30 - 34	11	□ □ □ □	*	□ ⊙	□ □ □ ⊙
35 - 39	11	⊙ * ■ ⊙ ⊙ ⊙ ⊙			* ■ ■ ⊙
40 - 44	21	* ■ ■ ⊙ ⊙ ⊙ * * * * *	* * *		* * * * * ■
45 - 49	12	■ ■ ■ * * * ■ ■ ■			* ■ ■
50 - 54	8	* * ⊙ ⊙	*		* ■ ■
55 - 59	1		⊙		
60 - 64	6	■	■		■ ■ ■ ■
65 - 69	1			*	
TOTAL:	95	50	13	5	27

Servicio de Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

* Carcinoma in situ. □ Displasia severa. ■ Displasia moderada y leve.

⊙ Cervicitis.

(x) Insuficiente: no se visualiza límite de epitelios o bien, la lesión penetra a canal sin visualización de su extremo superior.

Cuadro N^o7
IMAGEN COLPOSCOPICA Y EDAD
 (Colposcopia más representativa por caso)

Grupos de edad	Número colposcopías	IMAGEN COLPOSCOPICA			
		No relac. con malignidad	Leucoqueratosis	Zona transformación anómala	Insuficiente (x)
20 - 24	4	* ■	* ■		■ ■
25 - 29	13	■ * □ □ □ □	□ ■ ⊙	□	□
30 - 34	7	□ □ ⊙	*		□ □ ⊙
35 - 39	5	* ⊙			* ■ ⊙
40 - 44	10	* * ■ ⊙	*		■ * * * *
45 - 49	3	■	*		■
50 - 54	3	⊙			* ■
55 - 59	1		⊙		
60 - 64	2				■ ■
65 - 69	1			*	
TOTAL:	49	19	9	5	19

Servicio de Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

* Carcinoma in situ. □ Displasia severa. ■ Displasia moderada y leve.

⊙ Cervicitis

cientes, ya sea por no visualizar el límite de los epitelios o bien la presión penetra a canal endocervical. La condición clínica de colposcopia inadecuada o insuficiente, no presentó correlación con la edad de la paciente, sino que se distribuye prácticamente por igual desde los 25 a 64 años de edad, si bien un tercio de los estudios, atribuidos a ausencia de visualización del límite de los epitelios, se presentó de los 28 a 64 años; en tanto los dos tercios restantes, relacionados con lesión que penetra a canal, el 80% fue practicado en pacientes menores de 49 años (cuadro N^o6).

Analizando la colposcopia para cada caso

individual y escogida la más representativa (cuadros 8 a 11 y cuadro 7), encontramos en 19 casos descripción de imagen no relacionada con malignidad, citologías en 3 de carcinoma, 4 de carcinoma in situ, 10 de displasia severa y 2 de displasia moderada; en cinco de ellas se practicó biopsia de endocervix reportada en 3 como endocervicitis, una displasia moderada (como de displasia severa) y una de papilomas. Fueron negativos los conos en 4 pacientes, dando un porcentaje de certeza de la colposcopia de 21% y falso negativo de 79%.

Once pacientes presentan imagen relacionada con malignidad, en todas se practicó

Cuadro N°8
HISTOLOGIA CONO: CERVICITIS

Caso	Nombre	Edad	Citología	Colposcopia	Biopsia
1-	E.A.L.M.	50	Carcinoma	Fisiológica	No
2-	Q.V.R.	58	Carcinoma	Leucoplasia	Cervicitis
3-	C.M.O.	39	D. severa	Zona transform.	No
4-	C.C.A.	42	D. severa	Zona transform.	No
5-	M.D.L.	32	D. severa	Zona transform.	No
6-	A.C.F.	27	D. severa	Base	D. moderada
7-	B.A.B.L.	37	D. severa	L. endocervix	D. moderada
8-	Ch.V.F.	34	D. severa	L. endocervix	Cervicitis (2)

Servicio de Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

D = displasia. Transform. = transformación. L = lesión. () = número de biopsias.

biopsia dirigida por colposcopia, reportada 3 de cervicitis, 2 de displasia leve y 6 displasia moderada. En todas las pacientes con carcinoma in situ o displasia severa en el cono y una con displasia moderada en el cono, la biopsia dirigida por colposcopia fue falsa negativa (73%).

En resumen, pacientes con citología alterada, la colposcopia y/o biopsia por colposcopia negativa, presentó un índice de falso negativo de 77%.

Al valorar las pacientes con colposcopia inadecuada o insuficiente, es claro que no tiene valor ni la colposcopia, ni las biopsias tomadas. De las 19 pacientes, 5 con citología de carcinoma, 4 de carcinoma in situ, 9 de displasia severa y una de displasia moderada, excepto en tres, las restantes contaron con biopsia mostrando: 2 endocervicitis, 5 cervicitis, 9 displasia moderada, siendo con respecto al resultado histológico del cono, 68% de falsos negativos, en tanto la correlación citología-cono fue de 42%, con falsos positivos de 58%.

En síntesis, de las 49 pacientes sometidas a conización diagnóstica por citologías alteradas (cuadro N°12), en la mitad hubo correlación entre la citología y la histología del cono, independientemente de si la colposcopia y biopsia fue negativa, relacionada con malignidad, o bien colposcopia inadecuada o insuficiente. La otra mitad,

falso positivo en relación a que la lesión histológica definitiva por cono fue inferior a la citología y en dos casos falso negativa ya que el cono evidenció lesión un grado mayor que el diagnóstico citológico.

COMENTARIO

Con el devenir del tiempo, y la utilización sistemática de citología y colposcopia en forma complementaria, asistimos a una limitación en las indicaciones de conización diagnóstica del cuello uterino. Así (O.Kaser, 1974) se considera que el diagnóstico se puede establecer en 3 de 4 casos con la biopsia instrumentada por medio de la colposcopia, requiriéndose la conización diagnóstica en menos del 4% de los casos.

En primer lugar, ha sido consenso general la necesidad del cono diagnóstico en lesiones histológicamente límites, esto es: displasia severa, carcinoma in situ, carcinoma microinvasor; sin embargo, algunos (Chanen, 1974; Hovadhankul, 1976; Briggs, 1979) prescindieron de la conización diagnóstica en aquellos casos con citología igual o menor a la histología de la biopsia y lesión colposcopicamente visible en toda su extensión (no penetra a canal) y que no sugiere mayor gravedad, abordando el caso directamente con el tratamiento pertinente.

En segundo lugar, indicación de cono diagnóstico lo constituye la citología reitera-

Cuadro N°9
HISTOLOGIA DEL CONO: DISPLASIA MODERADA O LEVE

Caso	Nombre	Edad	Citología	Colposcopia	Biopsia
1-	Ch.G.J.	38	Carcinoma	Insuficiente	No
2-	Ch.R.L.	64	Carcinoma	Insuficiente	Endocervic.
3-	M.M.S.	47	Ca. in situ	Zona transf.	D. moderada
4-	C.Z.L.A.	20	D. severa	Ectopia	No
5-	D.J.M.	25	D. severa	Zona transf.	Endocervic.
6-	A.E.J.	24	D. severa	Base-mosaico	D. moderada
7-	A.S.L.	49	D. severa	Leuc.endocervix	D. moderada
8-	A.A.S.	40	D. severa	Leuc.endocervix	D. moderada
9-	H.C.D.	29	D. severa	Leuc. endocervix	D. moderada (2)
10-	C.P.E.	62	D. moderada	Leuc.endocervix	Cervicitis
1-	A.A.T.	29	Carcinoma	Base	Cervicitis
2-	C.M.M.	28	Carcinoma	Mosaico canal	D. moderada
3-	S.A.A.	51	D. severa	Insuficiente	No

Servicio de Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.
D = displasia. Transf. = Transformación. Endocervic. = endocervicitis. Leuc. = leucoplasia. Ca = carcinoma
1 a 10 = Displasia moderada. 1 a 3 = D. leve.

damente alterada, en una paciente cuya colposcopia es insuficiente (lesión penetra a canal) o inadecuada (no se ve el límite de epitelios o la lesión se limita al endocervix). En estos casos es acuerdo unánime (Selim, 1973; Hovadhankul, 1976; Chanen, 1974, Talebian, 1977; Ronk, 1977; Shingleton, 1976 y van Nagell, 1976) la necesidad del cono diagnóstico.

En resumen, vemos que la indicación del cono como procedimiento diagnóstico, es ante la colposcopia INDECISA o NORMAL (Kolstad, 1972), en presencia de citología reiteradamente alterada.

Múltiples reportes analizan la incidencia de citología falsa negativa (entre ellos, Gad, 1978; Shulman, 1974; Shulman, 1975; Selim, 1973; Sedlis, 1974; Briggs, 1979) y sus implicaciones en la efectividad de los programas de selección de masas basado en la citología. Me interesa ahora la otra cara de la medalla, la citología falso positiva, que adquiere importancia en los costos del estudio exhaustivo que ameritan este grupo de pacientes. Se citan índices desde 0.9 a 5% de todas las citologías positivas (Bonilla-Musoles, 1978), a 4.3%, 16 de 406 pacientes

con citología de displasia o carcinoma in situ e histología negativa (Meisels, 1969), 12.7% (Lederar, 1973) y 10% cuando la muestra fue por raspado exocervical y 14% cuando fue tomada de endocervix (Johansen, 1979).

Comparativamente a los comentarios en relación a la citología falso negativo (Gad, 1978), podemos dividir los falsos positivos en dos grupos: a) células malignas en la lámina pero no in vivo; al respecto es interesante la observación (Rubio, 1975) de citología falso positivo causado por desplazamientos de células malignas u otras atípicas desde sus láminas originales, células que se mantienen en suspensión en el alcohol de fijación, y que pueden representar hasta 20% en algunos laboratorios y b) sobreinterpretación de las células fijas en la lámina, tal como la observación (Qizilbash, 1974) en una paciente con tres citologías interpretadas como malignas, cono de cervicitis crónica y útero sin lesión, la revisión del material concluye se trata de una cervicitis crónica con reacción celular predominantemente de grandes células plasmáticas bizarras multinucleadas (cervicitis crónica de células plasmáticas). Las alteraciones nucleares y citoplas-

máticas que aparecen en células no procedentes de displasias, carcinoma in situ o invasor, pueden ser ocasionadas por procesos metaplásicos, inflamatorios (tricomonas), atrofia, zonas recientemente biopsiadas o cauterizadas, al final de la gestación normal (postparto) o anormal, (post-aborto) (Bonilla-Musoles, 1978). Se debe considerar que para la citología de la metaplasia en estadio precoz (inmadura) debe hacerse diagnóstico diferencial con displasia severa y el carcinoma in situ, (González Merlo, 1974), la estructura nuclear es la clave de la distinción, el error más frecuente es confundir las células escamosas portadoras de procesos inflamatorios con células procedentes de displasias.

Ahora bien, es responsabilidad absoluta del médico, la calidad del material que le envía al citopatólogo, tanto en su abundancia tomando muestra exocervical y endocervical, como en el manejo-conservación de la misma. Con (Briggs, 1979) respecto a la probabilidad de falsos positivos, condición básica para recoger la muestra es la ausencia de procesos inflamatorios, ya que estamos obligados a someter a toda paciente con citología positiva, a estudios complementarios, ante la imposibilidad de poder discernir entre el falso positivo y el real citológico.

Así, el segundo peldaño diagnóstico lo constituye la colposcopia, desde Hinselman es claro que su aplicación sistemática a lesiones macroscópicas del cuello uterino y actualmente además a pacientes con citología alterada, nos ayuda a dilucidar el real significado de la patología cervical, con aumento de la certeza diagnóstica del cáncer cervical y disminución de los costos en la detección de dicho cáncer, principalmente en la eliminación de conizaciones innecesarias, beneficios que no pueden ser medidos solamente en términos de dinero, sino más aun en la reducción de morbilidad postoperatoria y en disminución de los efectos adversos de la conización en la futura capacidad reproductiva de la mujer (Staff, 1979). Sin embargo, (Kolstad, 1972) es conocido que la colposcopia tiene sus fracasos al igual que otros métodos diagnosticos en medicina, la adecuada valoración debe incluir además de la colposcopia, completo examen clínico-ginecológico y citológico. Por otro lado (Mateu Aragonez, 1973) en materia de epitelio atípico, los datos de la colposcopia son de orden fenomenológico, muestran ciertas alteraciones, pero no ilustran de manera definida sobre el valor absoluto de las lesiones patológicas; y (González Merlo, 1974) naturalmente la colposcopia no nos

Cuadro N°10
HISTOLOGIA DEL CONO: DISPLASIA SEVERA

Caso	Nombre	Edad	Citología	Colposcopia	Biopsia
1-	A.S.H.	34	Carcinoma	Ectopia	Endocervic.
2-	O.A.C.	28	Ca. in situ	Zona transf.	No
3-	R.C.F.M.	27	Ca. in situ	Zona transf.	No
4-	M.L.C.	28	Ca. in situ	Base	Cervicitis
5-	A.B.N.M.	25	Ca. in situ	Leuc.endocérvix	D. moderada
6-	V.O.F.	32	Ca. in situ	Leuc.endocérvix	D. moderada (2)
7-	C.L.D.	30	Ca. in situ	Leuc.endocérvix	Cervicitis (2)
8-	C.L.Y.	28	D. severa	Zona transf.	No
9-	S.Q.M.A.	40	D. severa	Sano	No
10-	V.V.N.M.	25	D. severa	Zona A.transf.	D. moderada (2)
11-	G.G.E.	34	D. moderada	Ectopia	D. moderada
12-	T.D.M.	25	D. moderada	Ectopia	No

Servicio de Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

D = displasia. Ca. = carcinoma. Transf. = transformación. A = anómala. Endocervic = endocervicitis. () = número de biopsias. Leuc. = leucoplasia.

Cuadro N°11
HISTOLOGIA DEL CONO: CARCINOMA IN SITU

Caso	Nombre	Edad	Citología	Colposcopia	Biopsia
1-	B.M.A.	26	Carcinoma	Zona transf.	No
2-	Ch.A.O.	68	Carcinoma	Zona A. transf.	D. leve
3-	M.M.B.	44	Carcinoma	Leuc. endocervix	Cervicitis
4-	V.B.P.	54	Carcinoma	Z.A. transf. canal	D. moderada (2)
5-	C.R.R.	42	Ca. in situ	Zona transf.	No
6-	A.A.M.B.	34	Ca. in situ	Mosaicc	D. moderada
7-	P.G.C.	35	Ca. in situ	Z.A. transf. canal	Endocervic.
8-	A.C.B.	43	D. severa	Zona transf.	Endocervic.
9-	G.F.A.M.	35	D. severa	Papilomas	Papilomas
10-	R.M.M.E.	46	D. severa	Zona transf	No
11-	Ch.C.E.	40	D. severa	Mosaico	D. moderada
12-	H.U.H.	24	D. severa	Base	D. moderada (2)
13-	Q.L.M.S.	24	D. severa	Mosaico	D. leve
14-	G.V.O.	42	D. severa	Leuc.endocervix	D. moderada
15-	H.G.E.	42	D. severa	Leuc. endocervix	No
16-	O.O.E.	43	D. severa	Insuficiente	Cervicitis

Servicio de Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.
D = displasia. Transf. = transformación. A = anómala. () = número de biopsias. Leuc. = leucoplasia.
Endocervic. = endocervicitis.

informa sobre el estado de la mucosa endocervical, a veces solamente visible en su parte más inferior, una de sus LIMITACIONES especialmente importante, no debe confiarse la exploración del endocervix a la colposcopia, siendo tributaria de la citología o conización si se precisa aclaración histológica.

La frecuencia de colposcopia inadecuada oscila 11.5% (Benedet, 1976), 12.8% (Staff, 1973) a 25% (Ronk, 1977); incidencia que se incrementa a edades avanzadas (González Merlo, 1974), circunstancia esta última que no se demuestra en nuestros datos, ya que las dificultades técnicas fueron homogéneas desde los 25 años de edad. Considero que en 1 a 2 de cada 10 pacientes, la colposcopia no es satisfactoria por sí sola, razón que para algunos justifica el empleo sistemático de la biopsia de endocervix complementando al estudio colposcópico (Rome, 1977), con hallazgos tan interesantes (Urcuyo, 1977) en 8.6% pacientes con completa visualización de la zona de transformación el curetaje endocervical fue anormal, y en 57.3% de aquéllas en que la visualización no era com-

pleta, presentándose en 10.3% mayor diagnóstico que el establecido por el estudio histológico de exocervix; así (Ronk, 1977), toda paciente en que el límite superior de la zona de transformación no es claramente visualizado, debe efectuarse legrado endocervical adicional a la biopsia, cuando revela displasia o neoplasia, pero fracasa en demostrar carcinoma invasor, es obligado el cono diagnóstico previo a instituir la terapia. Sin restarle méritos a la biopsia-curetaje de endocervix, me resisto a confiar en ella, no cuando es positivo, sino cuando su resultado es negativo o inferior a la citología, y/o biopsia de exocervix, fundamentalmente por constituir un procedimiento "a ciegas" y cuyo único fin creo, es descartar un carcinoma invasor oculto.

La práctica de conización por citología alterada (displasias, carcinomas in situ e invasores) muestra (Lederer, 1973) 80% de carcinomas in situ o invasores entre 139 conos; de 500 conos (Nebel, 1967) reporta 23% de displasias, 44.4% carcinomas in situ y 9.8% de invasores; en 501 conos

Cuadro N°12
CORRELACION CITOLOGIA, COLPOSCOPIA E HISTOLOGIA DEL CONO

Colposcopia previo a conización	CORRELACION CITOLOGIA/CONO					
	Citología falsa negativo		Correlación		Citología falsa positivo	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Colposcopia no relacionada con malignidad	2	11	8	42	9	47
Relación con malignidad . .	—		6	55	5	45
Insuficiente	—		8	42	11	58
TOTAL:	2	4	22	45	25	51

Servicio de Ginecología, Hospital México, C.C.S.S.

(Mac Cann, 1969) reporta 44.3% negativos; (Mora, 1978) en 90 conos 13 displasias severas, 45 carcinomas in situ, 5 microinvasores, y 4 invasores; vemos que las dos series mayores se correlacionan con nuestra pequeña muestra, en que la mitad de las pacientes tienen lesión histológica descubierta inicialmente a través de la citología.

Analizando la biopsia previa a la conización, observamos que cuando ésta no es dirigida por colposcopia, o bien la colposcopia es insatisfactoria, acarrea un error tan importante no sólo en términos cuantitativos de frecuencia, sino tanto o más en términos de gravedad de lesión no diagnosticada, como (Chanen, 1974) 11 carcinomas invasores en 162 pacientes con biopsias de displasia severa o carcinoma in situ; de 54 colposcopias insatisfactorias (Talebian, 1977) en 56% la lesión fue más avanzada en el cono que en la biopsia y concluye que estas pacientes siempre deben conizarse; en carcinoma clínico oculto, solamente 7 de 24 se encontró en la biopsia (van Negell, 1976) y además encuentra que la seguridad diagnóstica de la biopsia se redujo cuando la lesión quedó limitada en glándulas endocervicales (54%), en relación a lesión que incluye epitelio escamoso (75%) o ambos (78%); en 14% de los casos (Ronk, 1977) la lesión fue más severa en dos o más grados en el cono que en la biopsia; de 221 conos (Benedet, 1976) en 10 la lesión más avanzada en el cono (8

carcinomas in situ con biopsia de displasia leve o moderada y 2 carcinomas invasores con biopsia de carcinoma in situ), de un grupo constituido por 227 pacientes (Villa Santa, 1971), aquéllas con biopsia de displasia muestran 22.2% carcinoma in situ, 4% microinvasores y 2.4% invasores; finalmente (Dolan, 1975) en 318 estudios encuentra 24 colposcopias insatisfactorias, practicada la conización 42% mostraron lesión más severa que la biopsia. Igual fracaso observamos en nuestros resultados, 32 pacientes biopsiadas previo al cono, dos terceras partes mostraron displasia severa o carcinoma in situ en la histología del cono, siendo la biopsia previa negativa.

CONCLUSIONES

1. Es claro que gracias a la colposcopia, podemos limitar la frecuencia de la práctica de conización cervical, reduciendo en beneficios tanto en términos de costos de operación, como de reducción de la morbilidad inherente al procedimiento en sí.
2. Sin embargo, también es notorio que la colposcopia no es capaz de resolver la totalidad de los diagnósticos en patología cervical, razón por la cual no podemos prescindir de la conización diagnóstica.

3. Dicha conización diagnóstica, independientemente de la edad o paridad de la paciente, es el arma indiscutible con que cuenta el ginecólogo cuando, la correlación entre diagnóstico citológico e histológico es insatisfactoria, aún ante colposcopia normal y principalmente cuando este estudio es insatisfactorio, aún ante colposcopia normal y principalmente cuando este estudio es insatisfactorio (lesión que penetra a canal) o inadecuado (no se visualiza el límite de epitelios).
4. La mitad de las pacientes con citología reiteradamente alterada, cuya colposcopia y biopsia son negativas o insuficientes, serán portadoras de NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL o INVASORA. Hasta tanto no contemos con un procedimiento diagnóstico útil para descartar las pacientes con falsos positivos citológicos, debemos recurrir necesariamente a la CONIZACION DIAGNOSTICA DEL CUELLO UTERINO.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Benedet, J.L. et al: "Colposcopic evaluation of patient with abnormal cervical cytology". Brit. J. Obst. Gynaecol. 83 (3): 177, 1976.
- 2.- Bonilla-Musoles, F.: El Cuello Uterino y sus Enfermedades. 1a. Ed. Edit. JIMS, Barcelona, 1978.
- 3.- Briggs, R.M.: "Dysplasia and early neoplasia of the uterine cervix". Obstet. Gynecol. Surv. 34: 70, 1979.
- 4.- Chanen, W. and Hollyock, V.E.: "Colposcopy and conservative management of cervical dysplasia and carcinoma in situ". Obstet. Gynecol. 43: 527, 1974.
- 5.- Dolan, T.E. et al: "Cytology, colposcopy and directed biopsy: What are the limitations?" Gynecol. Oncol. 3: 314, 1975.
- 6.- Gad, C. and Koch, F.: "The limitation of screening effect. A review of cervical disorders in previously screened women". Act. Cytol. 21: 719, 1978.
- 7.- González Merlo, J.: El Cuello Uterino: Anatomía Patológica. Citología, Colposcopia. Edit. Salvat, Barcelona, 1974.
- 8.- Hovadhankul, P. et al: "Comparision of colposcopy-directed biopies and cold-knife conization in patients with abnormal cytology". Surg. Gynecol. Obstet. 142: 333, 1976.
- 9.- Johansen, P. et al: "Evaluation of smears obtained by cervical scraping and an endocervical swab in the diagnosis of neoplastic disease of the uterine cervix". Act. Obstet. Gynecol. Scand. 58: 265, 1979.
- 10.- Kaser, O.: "Diagnostic et traitement chirurgical du carcinome pré-invasif et invasif du col uterin". J. Gyn. Obstet. Biol. Repro. 3: 187, 1974.
- 11.- Kolstad, P. and Staff, A.: Atlas of Colposcopy. Scandinavian University Books, Copenhagen, 1972.
- 12.- Lederer, H. and Lambourne, A.: "Results of Screening by cervical cytology and of histologic examination of gynecologic operation specimens". J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwealth. 80: 67, 1973.
- 13.- Mateu Aragonés, José Ma.: Atlas de Colposcopia. Fundamentos Histopatológicos. Significación Clínica. 1era. Ed. Edit. JIMS, Barcelona, 1973.
- 14.- McCann, S.W. et al: "Sharp conization of the cervix: observations of 501 consecutive patients". Obstet. Gynec. 33: 470, 1969.
- 15.- Meisels, A.: "Dysplasia and carcinoma of the cervix IV. A correlated cytologic and histologic study". Act. Cytol. 13: 224, 1969.
- 16.- Mora Aguilar, A.: "Conización cervical". Rev. Méd. Costa Rica XLV (463): 55, 1978.
- 17.- Nebel, W. et al: "Cold knife conization of the cervix uteri". Surg. Gynec. Obstet. 125: 780, 1967.
- 18.- Qizilbash, A.H.: "Chronic plasma cell cervicitis. A rare pitfall in gynecological cytology". Act. Cytol. 18: 198, 1974.
- 19.- Rome, R.M. et al: "Observation on the surface area of the abnormal transformation zone associated with intraepithelial and early invasive squamous cell lesions of the cervix". Am. J. Obstet. Gynecol. 129: 565, 1977.
- 20.- Ronk, D.A. et al: "Evaluation of abnormal cervical cytology". Obstet. Gynecol. 49: 581, 1977.
- 21.- Rubio, C.A.: "The false positive smear". Act. Cytol. 19: 212, 1975.

- 22.- Sedlis, A. et al: "Evaluation of two simultaneously obtained cervical cytologic smears: comparison study". *Acta Cytol.* 18: 291, 1974.
- 23.- Selim, M.A. et al: "Cervical biopsy versus conization". *Obstet. Gynecol.* 41: 177, 1973.
- 24.- Shingleton, H.M. et al: "The contribution of endocervical smears to cervical cancer detection". *Act. Cytol.* 19: 261, 1975.
- 25.- Shingleton, H.M. et al: "Outpatient evaluation of patients with atypical papanicolaou smears: contribution of endocervical curettage". *Am. J. Obstet. Gynec.* 126: 122, 1976.
- 26.- Shulman, J.J. et al: "The papanicolaou smears: an insensitive case-finding procedure". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 120: 446, 1974.
- 27.- Shulman, J.J. et al: "The pap smear: take two". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 121: 1024, 1975.
- 28.- Staff, A. and Mattingly, R.F.: "Colposcopic diagnosis of cervical neoplasia". *Obstet. Gynec.* 41: 168, 1973.
- 29.- Staff, A.: "Opening addresses of the III World Congress for cervical pathology and colposcopy". *Abst. Gynec. Surv.* 34: 783, 1979.
- 30.- Talebian, F. et al: "Colposcopic evaluation of patients with abnormal cervical cytology". *Obstet. Gynecol.* 46: 670, 1977.
- 31.- Urcuyo, R. et al: "Some observations on the value of endocervical curettage performed as an integral part of colposcopic examination of patients with abnormal cervical cytology". *Am. J. Obstet. Gynec.* 128: 787, 1977.
- 32.- Van Nagell, J.R. et al: "Diagnostic and therapeutic efficacy of cervical conization". *Am. J. Obstet. Gynec.* 124: 134, 1976.
- 33.- Villa Santa, U.: "Diagnosis and prognosis of cervical dysplasia". *Obstet. Gynec.* 38: 811, 1971.