

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

SUBDIRECCION DE INVESTIGACION Y
ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA
FACULTAD DE MEDICINA



CENTRO MEDICO DEL NORESTE
HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA
DR. IGNACIO MORONES PRIETO
I. M. S. S.

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA EN EL
DIAGNOSTICO DE LAS PACIENTES CON
CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTE EL
DR. CARLOS ALBERTO PERALES RAMIREZ
ASESOR DE TESIS
DR. RAMIRO REYNA HINOJOSA

MONTERREY, NUEVO LEON ENERO DE 1987

TM

Z665

FM

1987

P4

09089-5400



1020090173

25-09-98

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

SUBDIRECCION DE INVESTIGACION Y
ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA
FACULTAD DE MEDICINA



CENTRO MEDICO DEL NORESTE
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
DR. IGNACIO MORONES PRIETO
I. M. S. S.

a-215-10 UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA EN EL
DIAGNOSTICO DE LAS PACIENTES CON
CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

a-100-32 PRESENTE EL
DR. CARLOS ALBERTO PERALES RAMIREZ
ASESOR DE TESIS
DR. RAMIRO REYNA HINOJOSA

a-260 MONTERREY, NUEVO LEON ENERO DE 1987

a-300-19 h.

0095-68060

TM
Z6658
FM
1987
P4

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE
POSTGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

CENTRO MEDICO DEL NORESTE
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
"DR. IGNACIO MORONES PRIETO"
I. M. S. S.

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS PACIENTES
CON CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL

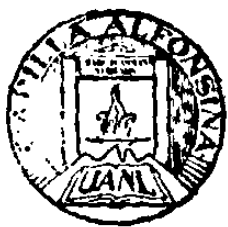
TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTE EL

DR. CARLOS ALBERTO PERALES RAMIREZ.
ASESOR : DR. RAMIRO REYNA HINOJOSA.

MONTERREY, NUEVO LEON

ENERO DE 1987.



FONDO TESIS

UTILIDAD DE LA COLPOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS PACIENTES
CON CITOLOGIA CERVICAL ANORMAL.

RESIDENTE : DR. CARLOS ALBERTO PERALES R.

ASESOR : DR. RAMIRO REYNA HINOJOSA.

Con todo mi respeto y cariño
para mis Padres .

ROBERTO Y BERTHA ESTHELA

A mi Asesor :

DR. RAMIRO REYNA HINOJOSA

A todo el personal del Hospital
de Gineco-Obstetricia No.23 por
las experiencias y convivencias
trasmitidas durante la Residencia.

I N D I C E

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODO	4
RESULTADOS	5
COMENTARIOS	7
CONCLUSIONES	9
BIBLIOGRAFIA	10
ANEXOS	13

I N T R O D U C C I O N

INTRODUCCION

Aunque la Colposcopía fue descrita en 1925 por Hinselmann no es, sino desde hace aproximadamente 10 años, en que se ha convertido en un método importante para el clínico en el manejo de las pacientes con Papanicolaou anormal (1, 5, 6, 10, 12).

Con el colposcopio se realiza una visión frontal de la superficie del cuello a un aumento que oscila, en general, entre 10 y 20 veces, lo que permite apreciar con detalle:

1. La disposición de su superficie.
2. Su color
3. La imagen que se dibuja en ella.
4. El aspecto y la distribución de los vasos.

Los elementos morfológicos que originan las imágenes observadas por colposcopía son:

1. El tipo de Epitelio: cilíndrico o escamoso y las relaciones entre ambos.
2. El engrosamiento, adelgazamiento o la ausencia del epitelio.
3. La presencia de desembocaduras glandulares y su relación con el epitelio escamoso o cilíndrico
4. La disposición de la capa basal, en especial sus irregularidades y sinuosidades.

5. El aumento relativo, dentro del epitelio del volumen de los núcleos.
6. La distribución de los vasos en la estroma y su proximidad a la superficie.

Las diversas modificaciones de estos elementos hacen aparecer en la superficie del cuello distintas imágenes, que caracterizan cada uno de los cuadros colposcópicos y permiten orientarnos a cerca de la arquitectura microscópica del tejido. Con la colposcopía, no podemos, sin embargo, conocer las características de las células que componen el epitelio y, por lo tanto, al no poder enjuiciar la morfología del citoplasma ni la del núcleo, no podemos nunca afirmar ni negar con toda certeza la existencia de un cáncer del cuello.

Localizada la zona, a menudo limitada, en que los cambios arquitecturales del tejido son más manifiestos, es posible realizar de inmediato una biopsia dirigida de ella, evitando así la toma indiscriminada sobre una lesión benigna, pero inquietante a simple vista, en detrimento de la más sospechosa, pero a menudo invisible.

La colposcopía no nos informa sobre el estado de la mucosa endocervical, a veces sólo visible en su parte mas inferior. Esta es una limitación del método, especialmente importante cuando no es visible la unión escamoso cilíndrica, como ocurre en edades avanzadas.

Se ha descrito que la biopsia cervical orientada bajo colposcopia brinda un éxito de aproximadamente 90% y que es posible abatir la conización en un 80-85% (4, 5, 7, 16).

Las indicaciones para la colposcopia son:

1. Todo caso de citología cervical anormal, independientemente de la edad, paridad y actividad sexual de la paciente.
2. Toda lesión cervical, vaginal o vulvar sospechosa, independientemente del resultado citológico.
3. Todo caso de lesión cervical previamente tratada, para valorar el resultado final.

El objetivo de este estudio, es presentar nuestros resultados de la colposcopia en el diagnóstico de las pacientes con citología cervical anormal.

M A T E R I A L Y M E T O D O

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 160 pacientes con citología cervical anormal enviadas de la campaña del DOC al servicio de Ginecología Oncológica de nuestro Hospital, en el lapso comprendido de Noviembre de 1983 a Noviembre de 1985.

A todas ellas se les practicó biopsia exocervical orientada por colposcopia utilizando una pinza de Schubert y legrado endocervical con cánula de Randall. El colposcopio utilizado fue un colposcopio MTX Olympus Optical CO.LTD - Mod.20515 y se utilizó la clasificación colposcópica, de acuerdo al II Congreso Mundial de Patología Cervical y Colposcopia (13) (Tabla I).

R E S U L T A D O S

RESULTADOS

EDAD: La edad de las pacientes osciló entre los 21 y 59 años con un promedio de 35 años de edad.

El 74% de nuestras pacientes están comprendidas entre la tercera y la cuarta década de la vida (Tabla II).

PARIDAD: El promedio de paridad fue de 4 hijos por paciente como muestra la Tabla III.

CITOLOGIA DE ENVIO: El 46% de los casos, la citología de envío fue clase III, en 14% por clase IV y en 40% por clase V. (Tabla IV).

HISTOLOGIA: La clasificación histológica utilizada, fue la de Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC), de acuerdo a los conceptos del Dr. Ralph Richart (10). Los resultados histológicos de la biopsia cervical dirigida por colposcopia, mostraron: 14% de cervicitis crónica, 9% NIC I, 19% NIC II, 57% NIC III y 1% Microinvasor. (Tabla V).

COLPOSCOPIA: Todas las colposcopias fueron satisfactorias y en la Tabla VI, se muestran los hallazgos colposcópicos.

CORRELACION COLPOSCOPIA-DIAGNOSTICO HISTOLOGICO: (Tabla VII)
En nuestros casos, 45, cuya colposcopia fue inflamatoria,

el estudio histológico estuvo acorde en el 35% de los casos demostrando un grado mayor como en el NIC I en el 12%. Además se encontró un 53% de lesión más avanzada como fue NIC II y III.

En los casos cuyo hallazgo colposcópico fue epitelio blanco el estudio histológico demostró 7% de cervicitis, 46% de Displasia Leve-Moderada y 45% de NIC III. Encontramos 2% de Cacu microinvasor.

Ante el hallazgo colposcópico de mosaico, el 96% correspondió a NIC III y el 4% a lesión inflamatoria.

Cuando la colposcopia demostró puntilleo, todos los casos presentaban histológicamente alteraciones celulares, 46% - NIC I-II y 54% NIC III.

La biopsia cervical orientada con una colposcopia que demuestra vasos anormales, 27% demostró proceso inflamatorio, - 18% NIC II y 55% NIC III.

C O M E N T A R I O S

COMENTARIOS

La colposcopia no es un método nuevo en el campo de la Ginecología, sin embargo hay que destacar que no es, sino hace aproximadamente 15 años cuando se le dió más importancia en el diagnóstico de las pacientes con citología cervical anormal. (1,5, 6, 8, 10, 12).

Históricamente la citología y la colposcopia se han considerado como métodos de diagnóstico en competencia, sin embargo en la actualidad, se reconoce que ambos métodos tienen sus limitaciones y que uno a otro deben de complementarse. (12, 14, 15).

La citología es un método de laboratorio y la colposcopia un método clínico y ambos valoran diferentes aspectos de la neoplasia.

Tradicionalmente, las pacientes portadoras de una citología cérvico-vaginal anormal eran manejadas mediante la secuencia de biopsia cervical multifragmentaria por Schiller, que brindaba aproximadamente un 70% de certeza, conización diagnóstica y por último el tratamiento definitivo. (3, 9).

En nuestro Hospital, realizábamos 150 conizaciones diagnósticas por año. Con la introducción de la colposcopia en -

nuestro servicio hemos abatido hasta el momento en un 50% la conización diagnóstica, sin embargo, la literatura señala que en colposcopías satisfactorias, este método es capaz de obviar el cono hasta en un 85%. (2, 5, 16).

En el presente trabajo evaluamos 160 pacientes con Papanicolaou anormal y colposcopia satisfactoria.

La literatura señala efectivamente que ante una colposcopia anormal: epitelio blanco, mosaico, etc. la traducción histológica puede variar desde una displasia leve hasta un carcinoma in situ. (11, 12).

Efectivamente de acuerdo a nuestros resultados, el hallazgo colposcópico que más se relacionó con carcinoma es mosaico y puntilleo, encontrando que ante esta imagen el carcinoma se detectó en el 82% de los casos (NIC III).

El epitelio blanco se correlacionó con un carcinoma o displasia severa (NIC III) en un porcentaje más bajo: 45%.

Independientemente del tipo de imagen, nuestros hallazgos en colposcopia nos demuestran un 94% de certeza, tomando en cuenta desde displasia leve, así como aquellos casos en que la colposcopia fue inflamatoria y que se corroboró histológicamente.

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

1. El 74% de las pacientes en nuestro estudio se encontraban entre la tercera y cuarta década de la vida.
2. Mediante la colposcopia se logró abatir en un 50% el cono diagnóstico.
3. La biopsia dirigida por colposcopia tuvo relación histológica acertada en el 94% de los casos.
4. La lesión colposcópica que más se relacionó con NIC III fue el mosaico y ocurrió en el 96% de los casos.

B I B L I O G R A F I A

BIBLIOGRAFIA

1. Benedet JL. et al: COLPOSCOPY, CONIZATION AND HYSTERIC TOMY PRACTICES: A CURRENT PERSPECTIVE. *Obstet Gynecol* 60(5)539-545 Nov. 82.
2. Dillon M.B. et all.: THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA IN THE PATIENT UNDER THE AGE OF TWENTY ONE. *Int J. Gynecol Obstet* 19:97-102 1981.
3. González Ramírez, R., Reyna Hinojosa R. y cols.: ESTUDIO ANALITICO DE LA BIOPSIA CERVICAL MULTIFRAGMENTARIA. *Ginecol Obstet Mex* 44(264):327-333. Oct. 78.
4. Homesley HD., Jobson V.W., Reish R.L.: USE OF COLPOSCOPICALLY DIRECTED FOUR-QUADRANT CERVICAL BIOPSY BY THE COLPOSCOPY TRAINEE. *J. Reprod Med.* 29(5):311-316. May 84.
5. Javaheri G, Fejgin M.D.: DIAGNOSTIC VALUE OF COLPOSCOPY IN THE INVESTIGATION OF CERVICAL NEOPLASIA. *Am J. Obstet Gynecol* 137:588, 1980.
6. Jordan JA: WHAT IS THE PLACE OF COLPOSCOPY IN A DISTRICT GENERAL HOSPITAL? *Br J Obstet Gynecol* 90:1-2 Jan 85.

7. Kirkup W. and Hill A.S.: THE ACCURACY OF COLPOSCOPICALLY DIRFCTED BIOPSY IN PATIENTS WITH SUSPECTED INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA OF THE CERVIC. Br J. Obstet Gynecol 871-4 Jan 80.
8. Ostergard D.R., Gundos B.: OUTPATIENT THERAPY OF PREINVASIVE CERVICAL NEOPLASIA: SELECTION OF PATIENTS WITH THE USE OF COLPOS COPY. Am J. Obstet Gynecol 115(6):783-85 May 73.
9. Reyna Hinojosa R. y cols.: ANALISIS DE 500 CASOS DE CONIZACION CERVICAL. Gineco Obstet Mex 47(279):31-45 Enero 80.
10. Richart R.M.: THE PATIENT WITH AN ABNORMAL PAP-SMEAR-SCREENING TECHNIQUES AND MANAGEMENT. N. Engl J. Med 302:332 Feb. 80.
11. Rome R.M., Urayo R., Nelson J.H.: OBSERVARIONS ON THE SURFACE AREA OF THE ABNORMAL TRANSFORMATION ZONE ASSOCIATED WITH IN TRAEPINTHELIAL AND EARLY INVASIVE SQUAMOUS CELL LESIONS OF THE CERVIC. Am J Obstet Gynecol 129:565 1977.
12. Staf1 A. and Mattingly R.F.: COLPOSCOPIC DIAGNOSIS OF CERVICAL NEOPLASIA. Obstet Gynecol 41(2):168-176 Feb. 73.

13. Staf1 A: NEW NOMENCLATURE FOR COLPOSCOPIE. REPORT OF THE COMMITTEE ON TERMINOLOGY. Obstet Gynecol 48:123 1976.
14. Townsend D.E. and Richart R.M.: DIAGNOSTIC ERRORS IN COLPOSCOPY. Gynecol Oncol 12 (Suppl): 259-64, 1981.
15. Townsend D.E. et al.: INVASIVE CANCER FOLLOWING OUTPATIENT EVALUATION AND THERAPY FOR CERVICAL DISEASE. Obstet Gynecol 57:145 1981.
16. Van Nagell J.R. et al.: TREATMENT OF CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA III BY HYSTERECTOMY WITHOUT INTERVENING CONIZATION IN PATIENTS WITH ADEQUATE COLPOSCOPY. Cancer 56:2737 1985.

T A B L A 1

CLASIFICACION COLPOSCOPICA *

HALLAZGOS COLPOSCOPICOS
NORMALES

- A. EPITELIO ESCAMOSO ORIGINAL
- B. EPITELIO COLUMNAR O CILINDRICO
- C. ZONA DE TRANSFORMACION

HALLAZGOS COLPOSCOPICOS
ANORMALES

- A. ZONA DE TRANSFORMACION ATIPICA
- B. EPITELIO BLANCO
- C. QUERATOSIS
- D. PUNTEADO
- E. MOSAICO
- F. VASOS ATIPICOS
- G. SOSPECIA DE CARCINOMA FRANCAAMENTE INVASIVO

HALLAZGOS COLPOSCOPICOS
INSATISFACTORIOS

HALLAZGOS COLPOSCOPIOS
DIVERSOS

- A. CAMBIOS INFLAMATORIOS
- B. CAMBIOS ATROFICOS
- C. EROSION
- D. CONDILOMA
- E. PAPILOMA
- F. OTROS

* II CONGRESO MUNDIAL DE PATOLOGIA CERVICAL Y COLPOSCOPIA EN GRAZ. AUSTRALIA EN 1975. - 3.

T A B L A II

COLPOSCOPIA

E D A D

E D A D	No. DE CASOS	%
21 - 29	38	24
30 - 39	80	50
40 - 49	33	21
50 - 59	9	5
	160	100

MINIMA =
 MAXIMA =
 PROMEDIO 35

GINE ONCO
 IIGCO IMSS MUY., N.L.

T A B L A III

COLPOSCOPIA PARIDAD

PARIDAD	No. DE CASOS	%
0	6	4
1	10	6
2 - 5	96	60
6 o MAS	48	30
	160	100

MAXIMA 15

PROMEDIO 4

GINE ONCO

HGO IMSS MTY., N.L.

T A B L A IV .

COLPOSCOPIA

PAP DE ENVIO

PAP DE ENVIO	No. DE CASOS	%
III	74	46
IV	22	14
V	64	40
	160	100

GINE ONCO

IIGO IMSS MTY., N.L.

T A B L A V

COLPOSCOPIA
 ||
 ||
 DIAGNOSTICO HISTOLOGICOS

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO	No. DE CASOS	%
CERVICITIS	22	14
NIC I	15	9
NIC II	30	19
NIC III	91	57
MICROINVASOR	2	1
	160	100

GINE ONCO

IIGO IMSS MTY., N.L.

T A B L A VI

COLPOSCOPIA
HALLAZGO COLPOSCOPICO

HALLAZGO COLPOSCOPICO	No. DE CASOS	%
INFLAMATORIA	43	27
EPITELIO BLANCO	44	27
MOSAICO	25	16
PUNTILLO	13	8
VASOS ANORMALES	11	7
FORMAS MIXTAS	24	15
	160	100

GTNE ONCO

HIGO IMSS NUY., N.L.

