

**POLICLÍNICO DOCENTE
"CHIQUI GÓMEZ LUBIÁN"
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**EPITELIO ESCAMOSO ORIGINAL Y RESULTADO HISTOLÓGICO
POSCONIZACIÓN CERVICOUTERINA.**

Por:

Dra. Vivian R. Díaz Ybarlosea¹, Dr. Juan B. León Villa², Lic. Juana C. Chacón Moya³ e Ing. Ma. Caridad Pérez Álvarez⁴

1. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.
2. Profesor Consultante. Profesor Titular. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia.
3. Licenciada en Enfermería.
4. Asesora Bioestadística. ISCM-VC.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo de 66 pacientes procedentes de la consulta de Patología de Cuello del Policlínico Docente "Chiqui Gómez Lubián", a las cuales se les realizó una conización cervical en el período comprendido entre 1990-2000, con el objetivo de caracterizar la población de pacientes que tuvieron una prueba citológica sospechosa con resultado negativo a la observación clínica mediante exámenes colposcópicos; posteriormente se confirmó la presencia de una displasia. Por medio de la revisión de tarjetas citológicas, modelo 68-09, se obtuvieron los datos relacionados con sus antecedentes clinicoginecológicos y resultados citohistológicos y colposcópicos. En nuestro estudio prevaleció el inicio temprano de las relaciones sexuales; el mayor grupo de operadas tenía pacientes entre 25-39 años de edad, y el más elevado por ciento de diagnósticos histológicos postoperatorios correspondió a la displasia severa del cuello uterino y al carcinoma *in situ*, por lo que ante un citodiagnóstico alterado, con un examen colposcópico de una mucosa original, debemos pensar siempre en la posibilidad de una "enfermedad oculta".

Descriptor DeCS:

ENFERMEDADES DEL CUELLO UTERINO/diagnóstico
COLPOSCOPIA/métodos
DISPLASIA DEL CUELLO UTERINO/diagnóstico

Subject headings:

CERVIX DISEASES/diagnosis
COLPOSCOPY/methods
CERVIX DYSPLASIA/diagnosis

Introducción

Podemos definir la colposcopia como un medio de investigación con el cual es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales del exocérvix, la vagina y los genitales externos¹.

La colposcopia nació por obra de Hans Hinselmann, quien estaba convencido de que la observación a simple vista y la palpación eran insuficientes para diagnosticar el carcinoma del cuello uterino en su fase inicial. El mérito de Hinselmann, aparte de haber ideado el instrumento, es el haber reconocido y descrito una serie de lesiones asociadas con frecuencia con el carcinoma invasor. Clasificó estas lesiones como "áreas matices del carcinoma" y más tarde las denominó

"atipia epitelial agravada". De esta clasificación conceptual se derivó el reconocimiento del cáncer preclínico^{2,3}.

La colposcopia nació en Alemania en 1920, y se difundió lentamente en ese país; tomó auge rápidamente en países de Sudamérica, en especial Brasil y Argentina. La segunda guerra mundial congela los intercambios. Este método fue ignorado por los EE.UU; sólo en la década de 1970 se acepta como medio diagnóstico de segundo nivel, después de una prueba citológica con resultado anormal, con el objetivo de realizar una biopsia guiada, y que excluirá la necesidad de una conización, tradicionalmente practicada por indicación citológica⁴.

La colposcopia ha presentado en el curso de los años una caracterización más precisa de sus valores diagnósticos y una ampliación de sus posibilidades de aplicación práctica, hasta convertirse en un instrumento indispensable del estudio para el ginecólogo⁵.

Dada que ésta constituye un medio diagnóstico importante en el seguimiento de pacientes que asisten a nuestra consulta de patología de cuello con resultados citológicos alterados, y por no encontrar ninguna alteración colposcópica en algunas pacientes con diagnóstico histológico de displasia severa y carcinoma *in situ*, nos motivamos a realizar este trabajo.

Métodos

De un universo de 370 pacientes conizadas durante el período 1990-2000, procedentes de la consulta de Patología de cuello uterino del Policlínico Docente "Chiqui Gómez Lubián" de Santa Clara, se seleccionaron las 66 tarjetas citológicas (modelo 68-09) que correspondían a las pacientes que mantenían un diagnóstico colposcópico preoperatorio reiterado de epitelio escamoso original.

Todas las colposcopias se realizaron mediante el colposcopio modelo OPTON, bajo la investigación de un ginecólogo experimentado; se aplicó la prueba del ácido acético al 5 % con exposición prolongada, pues disuelve el moco y facilita la valoración de las imágenes colposcópicas.

A cada paciente se le realizó examen físico ginecológico completo, y mantuvieron un citodiagnóstico anormal reiteradamente, con un intervalo mínimo de tres meses entre uno y otro. También se realizó cepillado endocervical y estudio hístico preoperatorio, –la mayoría significativo de displasia–, mediante biopsia por ponchamiento en los cuatro cuadrantes del cuello uterino, usados con anterioridad cuando no se utilizaba la colposcopia, pero presentaban un paso de avance en relación con la biopsia practicada al azar en el exocérnix, práctica que se hace criticable, y aún es usada por muchos ginecólogos en la actualidad, aunque es considerada como un verdadero "absurdo"; se realizaron, además, pruebas de Schiller. Se recopilaron otros datos en relación con antecedentes clinicoginecológicos y resultados histológicos postoperatorios por medio del cono realizado con bisturí frío, con lo que se creó la base de datos de nuestro trabajo, y se efectuó el procesamiento de la información.

Procedimiento estadístico

Los datos recolectados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS. Se crearon tablas para establecer relaciones entre las variables, y se determinaron frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (por ciento). Asimismo, se calculó la media de edad y su desviación estándar ($X \pm S$).

Resultados

Durante estos 10 años se les realizó conización cervical a 370 pacientes, y de ellas, 66 (17,8 %) fueron operadas con el diagnóstico preoperatorio colposcópico de epitelio escamoso original. El mayor porcentaje (27,27 %) correspondió a los años 1998-1999 (tabla 1).

Tabla 1 Incidencia de pacientes con hallazgos colposcópicos de epitelio escamoso original.

Años	Número	%
1990-1991	9	13,64
1992-1993	10	15,15
1994-1995	10	15,15
1996-1997	13	19,70
1998-1999	18	27,27
2000	6	9,09
TOTAL	66	100

En la tabla 2 se observó que el mayor grupo de pacientes operadas con un diagnóstico colposcópico preoperatorio de epitelio escamoso original se encontró en aquellas que tenían entre 30-34 años de edad (25,75 %) para una media de 34,6 y una desviación estándar de 9,2.

Tabla 2 Edad de las pacientes operadas con un epitelio escamoso original diagnosticado mediante colposcopia.

Edades	Total	%
< 20	1	1,51
20-24	6	9,09
25-29	15	22,72
30-34	17	25,75
35-39	12	18,2
40-44	3	4,54
45-49	8	12,12
50 ó más	4	6,1
TOTAL	66	100
$\bar{X} \pm S$	34,6 \pm 9,2	

La edad más frecuente de inicio de las relaciones sexuales en nuestro trabajo fue antes de los 20 años (tabla 3), representada por un total de 54 pacientes (81,8 %), lo cual mostró una diferencia muy altamente significativa ($p < 0,001$) con el resto de las edades.

Tabla 3 Edad de las primeras relaciones sexuales.

Edad	Total	%
< 20	54	81,8
20-24	12	18,2
25-29	0	0
TOTAL	66	100
$\bar{X} \pm S$	17,7 \pm 2,8	

$p < 0,001$

La tabla 4 muestra los resultados histológicos preoperatorios obtenidos en la biopsia por ponchamiento en los cuatro cuadrantes; predominó el diagnóstico de displasia severa en 43,9 % y carcinoma *in situ* en 18,2 %; éstos aumentaron a 42,4 % como diagnóstico final posconización cervical y a 36,3 % para la displasia severa, con dos carcinomas epidermoides que representaron el 3 %.

Tabla 4 Resultados histológicos en la preconización y posconización cervical.

Clasificación	Biopsia			
	Preoperatoria		Postoperatoria	
	Número	%	Número	%
Cervicitis crónica	5	7,5	0	0
NIC I	2	3,0	0	0
NIC II	10	15,1	11	16,6
NIC III	29	43,9	24	36,3
CIS	12	18,2	28	42,4
Carcinoma epidermoide Ia	0	0	2	3,0
HPV	5	7,5	1	1,5
Sin alteraciones histológicas	2	3	0	0
Displasia no concluyente	1	1,5	0	0
TOTAL	66	99,7	66	99,8

NIC: Neoplasia intraepitelial cervical.

CIS: Carcinoma *in situ*.

HPV: Papiloma virus humano.

Discusión

La colposcopia ha encontrado en estos últimos años una posibilidad de valoración integrativa, sobre todo para el estudio de la topografía de la unión escamocilíndrica y de las áreas de transformación de localización endocervical, mediante el empleo de la microcolposcopia. En los casos donde la unión escamocilíndrica, situada en el endocérvix, puede ser visualizada con el colposcopio, es de notable utilidad práctica, porque permite la correcta imposición de una terapéutica¹. La colposcopia resulta no satisfactoria por fallo en la identificación del límite endocervical y zona de transformación; esta cifra aumenta con la edad. Dada la ausencia en nuestro medio del empleo de la microcolposcopia, podemos denominarla como la presencia de la "enfermedad oculta".

Un factor de riesgo es cualquier cosa que aumente las posibilidades de que una persona padezca una enfermedad, como el cáncer⁶. Varios factores aumentan el riesgo de que una mujer pueda desarrollar un cáncer cervical; a pesar de esto, muchas otras que lo tenían, no lo padecen. Cuando se establece el diagnóstico de cáncer cervical o cambios precancerosos, no es posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa⁷.

La comprensión de los factores de riesgo que no se pueden cambiar (edad y raza) es significativo porque ayudan a convencerla acerca de la importancia de la prueba de Papanicolaou para su detección en las primeras etapas.

La edad promedio de las mujeres que por primera vez reciben un diagnóstico de cáncer cervical es entre 50-55 años. El riesgo de desarrollar este cáncer es muy bajo entre las jovencitas menores de 15 años, y aumenta entre las adolescentes y a mediados de los treinta.

Al contrario de muchos otros tipos de cánceres que afectan con poca frecuencia a los adultos jóvenes, el cáncer cervical puede afectar a las mujeres jóvenes entre 20-30 años y hasta a las menores de 20.

Aunque el riesgo de cáncer cervical no aumenta mucho después de los 40, tampoco disminuye⁸. Nuestros resultados coinciden con lo planteado anteriormente, puesto que el mayor grupo donde aparecieron estas lesiones correspondió al de 25 a 49 años.

Las relaciones sexuales precoces son un factor epidemiológico de relevancia, ya que predispone a la aparición del carcinoma *in situ*. El primer coito marca el momento en que una mujer deja de ser no riesgo para entrar en la categoría riesgo⁹. Otros autores relacionan el cáncer y la actividad sexual precoz^{10,11}.

Debe tenerse en consideración que en la época actual existe una tendencia mundial al adelanto en el inicio de las relaciones sexuales, lo cual, mezclado con la promiscuidad, pueden constituir factores que condicionen la aparición del cáncer cervicouterino^{12,13}. Demorar el inicio de las relaciones sexuales puede ayudar a evitar la infección por el virus del papiloma humano (HPV). Limitar el número de parejas sexuales y evitar las relaciones sexuales con personas que han tenido muchas parejas sexualmente, disminuye el riesgo de exposición al HPV, el cual constituye el factor de riesgo más importante para el cáncer cervical^{14,15}.

En caso de cáncer en etapas tempranas y de las condiciones precancerosas, algunos tipos de biopsias pueden eliminar por completo el tejido anormal y es posible que éste sea el único tratamiento. En algunos casos, se requiere un tratamiento adicional del cáncer o de la condición precancerosa.

Coincidiendo nuestro trabajo con otros autores, un número de pacientes presentaban colposcopias no satisfactorias y citodiagnóstico anormal, y usando un criterio estándar recibieron biopsia por conización.

Algunos investigadores calculan que el cáncer no invasivo (carcinoma *in situ*) es alrededor de cuatro veces más común que el cervical invasivo.

Entre 1992 y 1995 el número de fallecimientos por cáncer cervical en los EE.UU. se redujo en un 74 %. La razón principal de este cambio es el aumento en el uso de la prueba de Papanicolaou, procedimiento investigativo que permite el diagnóstico del cáncer preinvasivo y del cáncer invasivo en sus primeras etapas¹⁶.

Summary

A descriptive retrospective study was carried out on 66 patients attending the Cervix Pathology Office of the Teaching Polyclinic "Chiqui Gómez Lubián"; they underwent cervical conization during 1990-2000 period to characterize the patient population who had a suspicious cytologic test that was further negative in the clinical examination with colposcope and afterwards a dysplasia was shown. Data regarding clinical-gynecological background and cytohistological and colposcopic results were obtained reviewing the cytologic cards, form 68-09. In our study prevailed early beginning of sexual relations, most the operated women were 25-39 years of age and the highest percent of postoperative histologic diagnosis corresponded to severe cervix dysplasia and carcinoma *in situ*; thus, in the case of a disturbed cytodiagnosis, with a colposcopic examination of an original mucosa, we must always think of the possibility of a hidden disease.

Referencias bibliográficas

1. Remotti G, Palo G. Ectopia, ectropion y transformación normal. En: Alvear MT. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. 2ª ed. Buenos Aires: Medicina Panamericana; 2000:65-79.
2. Stefanon B. La colposcopia rivisitata. Argomenti di Oncologia 1983;42(4):311-5.
3. Stafil A, Wilbanks G. International terminology of colposcopy. The cervix 1991;91(9):103-10.
4. Tawa K, Forsythe A, Cove JK, Satlz A, Peter HW, Watring G. A comparison of the Papanicolaou smear and the cervigram: sensitivity, specificity, and cost analysis. Gynecol Obstet 1998;71(2):229-34.
5. Wespi HJ. 50 year colposcopy. A retrospective and a Look Ahead. Ann Gynecol Obstet Med Perin 1998;109(3):309-24.
6. De vesa SS. Descriptive epidemiology of cancer of the uterine cervix. Gynecol Obstet 1998;63(2):605-11

7. Benedet JL, Benedet H. Figo staging classifications and clinical practice guideline in the management of gynecologic cancers. *Int J Gynecol Obstet* 2000;70(2):909-62.
8. Larson G, Alm P, Gullberg B, Grundesell H. Prognostic factors in early invasive carcinoma of the uterine cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1998;38:122-33.
9. Stefano B. Sexually transmitted disease surveillance. *Br Med J* 1999;75(2):1375-92.
10. Restrepo HE. Epidemiología y control en América Latina y el Caribe. *Bol Ofic Sanit Panam* 1999;102(6):578-93.
11. Ismail SM, Colclough AB, Dime JS. Reporting cervical intraepithelial neoplasia (CIN): intra-inter pathologist variation and factors associated with disagreement. *Histopathology* 2001; 86(7):371-83.
12. Nahhas WA, Marsha ML, Ponziani JM, Jagielo JA. Evaluation of urinary cytology of male sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia and human papillomavirus infection. *Gynecol Oncol* 2001;24(2):279-86.
13. Barrasso R, Croissant O. High prevalence of papillomavirus associated penile intraepithelial neoplasia in sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. *Ann Dermatol Venereol* 2000;113:787-95.
14. Cubreha A, Sragar A. Longitudinal study of HPV detection and cervical pathology in HIV infected woman. *Sex Transm Infect* 2000;76(4):257-61.
15. Cuzick J, Terry G. Association between high risk types, HLADRBI alleles and cervical cancer in British women. *Br J Cancer* 2000;82(7):1348-52.
16. Soutter WP, Wisdoms, Broug AK, Monaghan JM. Should patients with mild atypia in a cervical smear be referred for colposcopy. *Br J Gynecol Obstet* 1999;93(8):70-4.