



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1997; 43 (3) : 249-250

COMUNICACIÓN CORTA

Evaluación de la citología cérvicovaginal y la colposcopia como método diagnóstico en la neoplasia intraepitelial cervical

JOSÉ OÑA, LUIS TÁVARA, ENRIQUE ÁVILA, ELEODORO DURAND

Introducción

El cáncer de cuello uterino es la neoplasia maligna más frecuente en la población peruana. Es posiblemente una de las principales causas de muerte en la mujer durante la vida reproductiva. De allí, entonces, que su diagnóstico precoz sea una obligación, por la magnitud que el problema representa en nuestro medio.

Desde los estudios de Papanicolaou en los años 40, y a pesar de los cambios en la clasificación y manejo del cáncer de cuello uterino, la citología cérvicovaginal continúa siendo excelente recurso de diagnóstico para la detección de esta neoplasia.

En 1972, Ludmir presenta su Tesis Doctoral sobre la correlación observada entre la citología cervicovaginal, la colposcopia y el estudio anatomatológico en pacientes portadoras de patología cérvicouterina y atendidas en el Hospital San Batolomé.

Desde que empezó a funcionar el Hospital María Auxiliadora, en octubre de 1986, se cuenta con un servicio de colposcopia que atiende rutinariamente pacientes con patología cérvicouterina derivadas de los consultorios externos del Hospital y de los establecimientos públicos y privados que funcionan en su área de influencia. Durante este tiempo se ha acumulado una importante experiencia.

El objetivo de este estudio fue validar las pruebas diagnósticas de la citología cérvicovaginal y la colposcopia, comparándolas con el diagnóstico final expresado a través de la anatomía patológica.

Material y métodos

El presente es un estudio de tipo: observacional, retrospectivo, para validar pruebas de diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en el Hospital de Apoyo Departamental "María Auxiliadora" Lima, en un periodo de 4 años de enero 1989 a diciembre 1992.

Debemos precisar que la colposcopia se realiza a todos los casos con citología positiva para NIC y a todos los casos con alteración clínica del cuello uterino, con o sin citología positiva, para:

1. Determinar el número de muestras de citología cérvicovaginales, existentes en el periodo.
2. Seleccionar el número de casos que tengan citología positiva para neoplasia intraepitelial cervical (NIC).

No se consideró los casos de condiloma.

3. Determinar el número total de biopsias en ese periodo.

4. Determinar el número de casos que tengan biopsia positiva para NIC. No se consideró los casos de condiloma.



Con el nombre y número de historia clínica de las biopsias realizadas en ese periodo, se acudió al archivo central del Hospital con el propósito de:

- Determinar el número de casos que tengan colposcopia positiva, según parámetros reconocidos para tal: epitelio blanco y angloarquitectura.
- Reconfirmar el número de casos que tuvieron citología positiva para NIC.

Luego se procedió a construir tablas de doble entrada entre la citología y la histología (biopsias) y entre la colposcopia y la histología (biopsias), para determinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo de la prueba positiva (VPPP), valor predictivo de la prueba negativa (VPPN) proporción de falsos negativos y proporción de falsos positivos.

Tabla 1. Sensibilidad, especificidad, valor preictivo de la prueba positiva, valor predictivo de la prueba positiva, proporción de falsos positivos y proporción de ffalsos negativos						
Prueba	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	VPPP (%)	VPPN (%)	Falsos positivos(%)	Falsos (negativos%)
Citología cérvicovaginal	46,0	99,0	68,4	81,9	31,5	18,0
Colposcopia	96,2	28,1	33,9	95,1	66,0	4,8

Resultados

En este estudio, de valoración diagnóstica de la citología y la colposcopia en la neoplasia intraepitelial cervical realizado en el Hospital Apoyo Departamental "María Auxiliadora", se encontró:

Total de citologías 13,315

Total de biopsias 604

Total de colposcopias 574

Total de citologías positivas para NIC 111

Frecuencia de NIC

(en relación al total de citología) 0,83%

En la Tabla 1 se resume los valores de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo de la prueba positiva, valor predictivo de la prueba negativa, proporción de falsos positivos y proporción de falsos negativos para la citología cérvicovaginal y colposcopia.

Discusión

El presente estudio trata de validar la citología cérvicovaginal y la colposcopia como pruebas útiles para el diagnóstico de NIC. Quizás lo más importante es el control de calidad de éstas, hecho a través de la histología.

La sensibilidad del Papanicolaou 46% es baja, incluso a lo publicado por Di Bonito y Col. 76,3%.

La especificidad es alto, 92,0%, comparable a la de Di Bonito y col. 93%.

El VPPP es bajo, 68,4%, menor al de Di Bonito y col. 80,2%.

El VPPN es alto 81,9% y la proporción de falsos negativos es alta, 18,0%, en referencia a lo encontrado por Di Bonito y col. 8,7%.

En cuanto a la colposcopia, la sensibilidad es bastante alta 96,2%, pero con un VPPP muy bajo, 33,9%.

La especificidad se invierte con respecto al Papanicolaou, es muy baja, 28,1%, con un VPPN alto 95,1%.

La proporción de falsos negativos es bastante bajo, 4,8%.



En el presente estudio, la citología cérvicovaginal tiene un rango de precisión cercana a los de otros estudios, sobre todo en lo que concierne a su especificidad.

La colposcopia mejora notablemente la sensibilidad, pero su VPPP es tan bajo que no la hace una prueba mejor, más aún, si notamos que su especificidad se invierte al otro extremo de los valores de la citología cérvicovaginal.

Nuestros resultados pueden representar una referencia útil para estudios futuros que se desarrollen con control de calidad en citopatología cérvicovaginal.

Referencias bibliográficas

1. Di Bonito L, Falconieri G, Tomasic G, Colautti I, Bonifacio D, Ducline S. Cervical cytopathology. An evaluation of its accuracy based on cytohistology. *Cancer* 1993; 72(10): 3002-6.
2. National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda for reporting cervical/vaginal cytology. *JAMA* 1989; 262: 931.
3. Richard RM. A modified terminology for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 131.
4. Herbst AL. The Bethesda system for cervical/vaginal cytologic diagnosis: a note of caution. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 449.
5. Kurman RJ, Malkasian GD, Sedlis A, Salomon D. Front Papanicolau to Bethesda. The rationale for a new cytology classification. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 779.
6. Reid R, Fu YS. Is there a morphologic spectrum linking condyloma to cervical cancer? En: *Banbuny report 21: viral etiology of cervical cancer*. Cold Spring Harbor, NY: Cold Spring Harbor Laboratory, 1986.
7. Nasiell K, Nasiell M, Vackavinkova V. Behavior of moderate cervical dysplasia during long-term follow-up. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 609.
8. Gismman I, Wolnik L, Ikenberg H, et al. Human papillomavirus types 6 and 11 DNA sequences in genital and laryngeal papillomas in some cervical cancers. *Proc Natl Sci USA* 1983; 80: 560.
9. Sadeghi SB, Sadeghi A, Cosby M, et al. Human papilloma virus infection. *Acta Cytol* 1989; 33:319.
10. Riva JM, Sedkacek TV, Cunnace MF, et al. Extended carbon dioxide laser vaporization in the treatment of subclinical papillomavirus infection of the lower genital tract. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 25.
11. Toom PG, Arrand JR, Willson LP, et al. Human papillomavirus infection of the uterine cervix of women without cytological signs of neoplasia. *Br. Med J* 1886; 293: 1261.
12. Centers for Disease Control. Sexually transmitted diseases: treatment guidelines. *MMWR*. 1989; 38.
13. Marcus AC, Crane LA, Kaplan CP. Screening for cervical cancer in emergency centers and sexually transmitted disease clinics. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 453.