



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN**  
**FACULTAD DE MEDICINA AURELIO MELEAN**  
**ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACIÓN CONTINUA**  
**SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA**



**CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO,  
COLPOSCÓPICO Y BIOPSIA, CON EL DIAGNÓSTICO  
HISTOPATOLÓGICO DE LA LESIÓN INTRAEPITELIAL DE  
ALTO GRADO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL GERMAN  
URQUIDI 2007  
(Trabajo de Grado)**

**AUTOR: MIRCO E. COCA ROJAS**  
**RESIDENTE DE 3º AÑO**  
**GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**TUTOR: DR. CARLOS OJALVO**

**COCHABAMBA – BOLIVIA**

## INDICE

## PAGINA

DEDICATORIA.....	i
RESUMEN.....	ii
1. INTRODUCCION.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA... ..	2
3. METODOLOGIA.....	3
4. OBJETIVOS GENERA.....	4
5. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
6. JUSTIFICACION.....	5
7. MARCO TEORICO.....	6
8. ANALISIS DE RESULTADOS.....	31
9. DISCUSIÓN.....	30
10. CONCLUSIONES.....	31
11. RECOMENDACIONES.....	32
12. BIBLIOGRAFÍAS.....	33
13. ANEXOS.....	35

## RESUMEN

Con el objetivo de evaluar la posible correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico, en la neoplasia intraepitelial cervical, se realizó una investigación retrospectiva, transversal y analítica con 50 pacientes que fueron sometidas a Estudio histopatológico por Histerectomía en el "Hospital Materno Infantil German Urquidi", desde el 1 de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2007. Las variables evaluadas fueron: diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia. Obteniendo los siguientes resultados:

Se observa que del total de pacientes estudiados 20 de ellos que representan el 40% solo indicaban una pareja sexual y solo un 4 % referían entre 5 a más parejas sexuales.

Se observa que el 80 % del total de pacientes estudiados, presentan más de 5 hijos.

El grupo atareó con mayor incidencia de lesión precursora de cáncer de cervix es el comprendido entre las edades 36 a 40 años y mayores a 46 años con un porcentaje del 56 % de la población en estudio.

Se observa que las pacientes con diagnóstico Citológico de normalidad, el (50%) de estas presentaron Ca In Situ en el estudio Histopatológico. se puede observar que 18 pacientes que representan el (69,2 %) presentaron una correlación diagnostica Citológica e Histopatológica, con respecto a la clasificación de displasia severa (NIC III). Solamente en 2 de los casos en los que se diagnostico Ca In Situ por biopsia, dieron negativo en el estudio Histopatológico. También en los 4 casos en los que se diagnostico NIC I (Displasia leve), resulta que el diagnostico histopatológico reporto CA In Situ.

Se aprecia que la mayoría de las pacientes presentaron alguna lesión colposcópica del cuello uterino con predominio de la atipia y el mosaico. Además se puede apreciar que en el 76,8 % hubo una correlación entre el diagnostico colposcópico e Histopatológico.

Se observa que 8 de las pacientes que salio con un reporte colposcópico sano, el 28,6 % nos reporto en el estudio Histopatológico como Ca In Situ.

Las lesiones como Ectopia, erosión, Base, Eritroplasia no se recolecto ningún reporte de las historias clínicas que se revisaron para este estudio.

Se observa que existe un alto porcentaje para lesiones intraepiteliales de alto grado, alcanzándose hasta 52 % para NIC III, seguido de un 28 % para carcinoma cervical in situ.

Se puede observar que hubo una correlación diagnóstica del (71,4 %), entre el estudio por Biopsia y el estudio Histopatológico en relación al Ca In Situ, Se observa en caso de NIC III hubo correlación entre el diagnóstico Histopatológico y Biopsia en el 46,4 %, confirmando el beneficio de las biopsias en el diagnóstico de lesiones precursoras.

Cabe recalcar que todos los estudios histopatológicos se obtuvieron por Histerectomía, no así por conización de cuello uterino siendo esta última la conducta adecuada.

# **CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO, COLPOSCÓPICO Y BIOPSIA DIRIGIDA CON EL DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE LA LESION INTRAEPITELIAL**

## **INTRODUCCION**

En 1910, Rubin (Nueva York) habla de cáncer incipiente para nominar el concepto de transformación neoplásica confinada al espesor del epitelio. En 1912, Schottländer y Kermauner (Berlín) utilizan el término de carcinoma temprano para designar los cambios que observaban en el epitelio adyacente al carcinoma cervical invasor. Veinte años mas tarde, Broders (Nueva York), basandose en su experiencia en Dermatopatología, emplea el de carcinoma in situ (CIS) al describir este cuadro histológico. Otros terminos utilizados fueron el de enfermedad de Bowen cervical por Lecène (París), también en 1932, y el de carcinoma intraepitelial no invasor por Galvin y Te Linde (Nueva York) en 1933. Pese a la proliferación de estos y otros muchos sinónimos, el término acuñado por Broders es el que ha permanecido para designar estas lesiones caracterizadas por la completa sustitución del epitelio por células anómalas semejantes a las células del carcinoma invasivo. Es de resaltar que, de forma paradójica, en el trabajo inicial del afortunado Broders no figuraba la localización cervical dentro de los ejemplos de CIS.

Con la progresiva introducción de la citología y biopsia sistemáticas se vio con claridad que el espectro de anomalías del epitelio cervical era mucho más amplio, siendo frecuentes otros cambios epiteliales menos severos que el CIS. En 1949, Papanicolaou introduce los términos de «displasia» en histopatología y «discariosis» en citología para designar dichos cambios. Posteriormente, en 1953, Reagan (Cleveland) consagra el término en histopatología cervical al denominar a estas lesiones, menos severas que el CIS, hiperplasias atípicas o displasias, señalando que la mayoría de ellas, dejadas a su evolución, regresan o permanecen inalteradas por mucho tiempo. Así pues, contrariamente a lo que se piensa y como bien señala Peluffo en su revisión del tema (8), es Papanicolaou y no Reagan el que introduce por primera vez el término «displasia» en patología cervical. En 1961, en el Primer Congreso Internacional de Citología celebrado en Viena, se acuerda que los términos para designar citológicamente las tres lesiones cervicales mayores sean: carcinoma invasor, carcinoma

in situ y displasia. Esta última fue graduada como leve, moderada, y severa o grave, a las que habría que añadir el CIS ya definido. La clasificación, utilizada tanto en material histológico como citológico, tuvo dos problemas fundamentales; por un lado, el gran desacuerdo respecto a cuándo una lesión debía ser considerada displasia grave o CIS, y por otro, el que muchos clínicos asumían que el CIS y la displasia eran dos lesiones biológicamente distintas e independientes, con distinto potencial maligno, no requiriendo tratamiento las lesiones displásicas.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Teniendo una alta morbilidad y mortalidad por Cáncer cervicouterino, es importante realizar un buen diagnóstico para un manejo adecuado y en esto interviene, directamente la valoración clínica e histopatológica, que frecuentemente no se correlaciona.