



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (2) : 92-96

NIC: Colposcopia y biopsia dirigida en el diagnóstico de lesiones iniciales del cuello uterino

EDUARDO RENGIFO

Resumen

OBJETIVOS. Difundir el uso del colposcopio y sus indicaciones en la consulta ginecológica, su utilidad frente a un frotis anormal y en el diagnóstico precoz de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y cáncer preclínico. **DISEÑO.** Trabajo prospectivo en 247 casos de NIC. **LUGAR.** Hospital A. Loayza. **RESULTADOS.** NIC 1 se presentó en 72 casos, NIC II en 73 y NIC III en 102. La mayor incidencia, 30-34 años con 19,1%, después 25-29 con 14,6% y de 35-39 con 13,8%. Con respecto a la historia sexual y NIC, el 72% inició su vida sexual antes de los 20 años y tuvo 2 ó más compañeros sexuales el 36,8%. A medida que se incrementa la patología, el diagnóstico se hace más evidente y NIC III alcanza una correlación colposcópica histológica de 94%. **CONCLUSIONES.** El NIC se encuentra en edades tempranas. Se hace necesario que toda citología positiva se acompañe de biopsia dirigida. La colposcopia, juntamente con la citología y la biopsia, diagnostica con alta eficacia las lesiones iniciales del cuello uterino y conduce al tratamiento con rapidez.

Palabras clave: Colposcopia, biopsia dirigida, neoplasia cervical.

Summary

OBJECTIVES. To divulge colposcope use and indications in gynecological consultation, and its usefulness with abnormal smears and in the early diagnosis of both cervical intraepithelial neoplasia (CIN) and preclinical cancer. **DESIGN.** Prospective study of 247 cases of CIN. **SETTING.** A Loayza Hospital, Lima, Perú. **RESULTS.** CIN I was present in 72 cases, CIN II in 73 and CIN III in 102. Higher incidence was in 30-34 year-old (19%), followed by 25-29 year-old (14,6%) and 35-39 year-old (13,8%); 72% started sexual life before age 20 and 36,8% had 2 or more sexual partners. As pathology accentuates, diagnosis is more evident and CIN III reaches a colposcopy histology correlation of 94%. **CONCLUSIONS.** CIN is found at early ages. Any positive cytology should be followed by colposcopy guided biopsy. Colposcopy along with cytology and biopsy efficiently diagnose early lesions of the uterine cervix and lead to early treatment.

Key words: Colposcopy, guided biopsy, cervical neoplasia.

Introducción

La colposcopia, técnica creada por Hinselmann en 1925, permite la observación estereoscópica de la superficie del cuello uterino mediante el colposcopio.

Con este instrumento se intentaba disminuir la morbimortalidad por cáncer del cuello uterino. Después de muchos años el colposcopio se hizo conocido en el mundo entero y es ahora un poderoso auxiliar donde ocupa primerísimo lugar.

Sin embargo en el Perú no se ha llegado a la difusión conveniente y continuada del uso de este aparato, a sabiendas que su empleo llegaría a disminuir enormemente la mortalidad por cáncer de cuello uterino, que seguirá siendo alta a pesar de los repetidos esfuerzos que hacen tanto la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer, así como el INEN.

Por este motivo proponemos difundir más el uso del colposcopio, sus indicaciones y fines en la consulta general ginecológica; demostrar la utilidad y ventajas de la colposcopia después de un frotis citológico anormal. Demostrar que la colposcopia asociada a la biopsia dirigida por colposcopia incrementa de manera significativa



la identificación precoz de las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) y cáncer preclínico y de las lesiones producidas por algunos agentes virales.

Tabla 1. Colposcopia, biopsia dirigida: Correlacion clinico - histopatológica

NIC	Casos	%
NIC I	72	29,0
NIC II	73	29,6
NIC III	102	41,4
Total	247	100,00
*Incluye displasia severa y carcinoma in situ.		

Material y métodos

Se presenta 247 casos estudiados en el Consultorio de Colposcopia y Patología Cervical del Hospital Arzobispo Loayza en el lapso 1987-90, cuya confirmación se hizo por biopsia dirigida. Fueron pacientes con citología positiva transferidas de consultorios externos en ginecología y de obstetricia de pabellones del Hospital y de Centros de Salud.

En la metodología del trabajo se siguió el siguiente plan:

- Confeción de la historia clínica ginecológica.
- Examen colposcópico y exploración ginecológica.
- Biopsia dirigida de la zona más característica o sospechosa de patología.

Tabla 2. NIC Grupos etáreos por edad

	NIC I		NIC II		NIC III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< de 20	2	0,8	--	--	--	--	2	0,8
20 - 24	10	4,1	5	2,0	3	1,2	18	7,3
25 - 29	6	2,4	16	6,5	14	5,7	36	14,6
30 - 34	16	6,5	13	5,3	18	7,3	47	19,1
35 - 39	6	2,4	13	5,3	15	6,1	34	13,8
40 - 44	9	3,6	6	2,4	15	6,1	30	12,1
45 - 49	9	3,6	8	3,3	9	3,7	26	10,6
50 - 54	4	1,6	3	1,2	11	4,5	18	7,3
55 - 59	5	2,0	3	1,2	7	2,8	15	6,0
60 a 64	2	0,8	3	1,2	3	1,2	8	3,2
64 - 69	2	0,8	3	1,2	3	1,2	8	3,2
> de 70	1	0,4	0	0	4	1,6	5	2,0
Total	72	29,0	73	29,6	102	41,4	247	100,0

Resultados

Se registró 247 casos positivos para neoplasia intraepitelial (NIC).

NIC I se presentó en 72 (29,1%), NIC II en 73 (29,6%) y NIC III en 102 (41,3%).

Dentro de este número 21 pacientes tenían condiloma más NIC (8,5%) y aparte de este número no incluido en el presente trabajo había 25 casos de condiloma solamente (Tabla 1).



En la Tabla 2, vemos la incidencia de NIC en la población estudiada, relacionada con grupos etáreos. En primer lugar podemos ver que la mayor parte de las pacientes, 47 o sea el 19,1% corresponde a las edades de 3 a 34 años y dentro de este grupo el 6,5% NIC I, 5,3% NIC II, 7,3% NIC III. En segundo lugar está el grupo de 25 y 29 años con 36 casos y 14,6%. La distribución por grado de NIC en este grupo es 2,4% NIC I, 6,5% NIC II y 5,7 NIC III. En tercer lugar figuran las pacientes entre 35 y 39 años con 34 casos (13,8%), el mayor número corresponde a NIC III con 15 casos (6,1%), luego NIC II con 13 casos (5,3%), finalmente, en este grupo 6 casos de NIC (2,4%). Le siguen los grupos de 40 a 44 años y de 45 a 49 años con 12,1% y 10,6% respectivamente. Mayores de 6 años alcanzan 8,4%.

Cabe hacer notar y tratándose de NIC III que la paciente de menor edad fue de 23 años y la de mayor 78.

Hasta los 49 años, NIC I comprende 80,5% de los casos, NIC II 83,6%, mientras que NIC III alcanza el 83,4% a los 54 años (Tabla 3).

Edad	NIC I		NIC II		NIC III				
	No.	%	No.	%	No.	%			
< de 20	2	2,8	--	--	--	--			
20 - 24	10	13,9	5	6,9	3	3,0			
25 - 29	6	8,3	16	21,9	14	13,7			
30 - 34	16	22,2	13	17,8	18	17,7			
35 - 39	6	8,3	13	17,8	15	14,7			
40 - 44	9	12,5	6	8,2	15	14,7			
45 - 49	9	12,5	80,5	8	11,0	83,6	9	8,8	72,6
50 - 54	4	5,6	3	4,1	11	10,8	83,4		
55 - 59	5	6,9	3	4,1	7	6,9			
60 - 64	2	2,8	3	4,1	3	2,9			
65 - 69	2	2,8	3	4,1	3	2,9			
> de 70	1	1,4	0	0,0	4	3,9			
Total	72	100,0	73	100,0	102	100,0			

En la Tabla 4 estudiamos la historia sexual de las pacientes portadoras de NIC que declararon el comienzo de sus relaciones sexuales, encontrándose que el 72% de nuestras pacientes inició sus relaciones sexuales antes de los 20 años. Se puede observar que tuvo un compañero sexual 63% y 29,1% dos compañeros sexuales.

En la Tabla 5 se muestra los diferentes grados de NIC por estudio colposcópico en comparación con el examen histológico. Así vemos que 72 pacientes tuvieron diagnóstico de NIC I, 47 NIC II y 63 NIC III, con diagnóstico histológico confirmado en 65,3%; 86,3% y 94,1%, respectivamente. En promedio, para los tres grados de NIC, la correlación colposcópico histológica fue 83,5%.

Discusión

La colposcopia, excelente método de diagnóstico, es muy útil para ubicar lesiones incipientes del cuello uterino y efectuar la biopsia dirigida, mejorando así la eficacia diagnóstica. Asociada a la biopsia dirigida supera a la citología y a la biopsia a ciegas^{1,15,16}. La citología sólo nos orienta a determinada patología, pero no nos señala el lugar exacto de la lesión, cosa que si lo puede hacer la observación hecha con el colposcopio.

Este trabajo se refiere a casos de NIC, aunque cabe mencionar que paralelamente tuvimos un 21,5% de casos de carcinoma invasor. Cifra muy alta para un hospital general que nos obliga a seguir trabajando también para combatir el cáncer infiltrante.

Las lesiones intraepiteliales son de diagnóstico necesario. En esta era de propagación acelerada de enfermedades de transmisión sexual, vemos con sorpresa que las lesiones incipientes se presentan cada vez a menor edad, tal vez como producto de la libertad sexual. La promiscuidad y la intervención desmesurada en al mente de la juventud de los medios de comunicación masiva que en una u otra forma contribuyen a la difusión de comportamientos con alta carga sexual tanto para la mujer como para el hombre.



Inicio RS			Compañeros sexuales		
Edad	No. casos	%		No. casos	%
10 - 14	16	6,7%	Con 1	156	63,2%
15 - 19	156	65,3%	Con 2	72	29,1%
20 - 24	56	23,4%	Con 3	1	0,4%
25 ó más	11	4,6%	2 ó más	91	36,8%

NIC	Diag. colposcópico		Diag. histológico final	
	No.	%		No.
NIC I	47	65,3%		72
NIC II	63	86,3%	83,5%	73
NIC III	96	94,1%		102
Otros	41	16,5%		
Total	247			247

Se observa que la incidencia de NIC I, NIC II y NIC III en nuestro estudio se hace en razón directa al grado de severidad de la lesión. Hay mayor número de NIC III que NIC II o NIC I, lo que imita resultados obtenidos tanto en el extranjero como en el país^{12,7} (Tabla 2).

La enfermedad neoplásica intraepitelial del cérvix la hemos observado fundamentalmente en el grupo etáreo de 30-34 años (Tabla 2) en los diferentes estadios del NIC¹¹ en una edad aparentemente menor que en otros trabajos^{3,14}.

Es de notar la alta incidencia de NIC desde los 25 a 49 años, para luego disminuir progresivamente después de esta edad. Sin embargo, debemos orientar nuestra atención también a pacientes menores de 25 años y aún menores de 20, porque allí también se encuentran casos nuevos. A la vez examinar a las pacientes mayores de 50 años en las que también observaremos NIC, que para el caso es 21,7% después de esta edad.

De acuerdo a lo observado en nuestro consultorio podríamos sugerir que es importante elaborar un programa de detección de cáncer de cuello uterino, en todos los hospitales y centros de salud, con miras a descubrir neoplasias intraepiteliales, centrando la atención con actividad sexual hasta los 50 años, cubriendo así la mayor parte de peruanas que están en riesgo de contraer la enfermedad.

Podemos apreciar que a más temprana edad encontramos mayor proporción de NIC en etapas más leves lo que nos habla de la historia natural de la enfermedad, NIC II a menor edad que NIC III. Vemos que hasta los 59 años se presenta NIC y con cierta preponderancia NIC I, porque en este periodo la patología benigna y maligna es frecuente, así como las infecciones específicas e inespecíficas; además se presenta cierto tipo de colposcervicitis en el climaterio, asociadas con atipia escamosa y deficiencia estrogénica⁸, que en su mayoría mejoran con tratamiento médico. En la presentación del cáncer de cuello uterino en mujeres mayores concurren múltiples factores difíciles de explicar: inicio de relaciones sexuales a edad relativamente mayor, infección cervical a papiloma virus y tipo de PVH, cambios fisiopatológicos de las fibras elásticas y colágenas del estroma cervical producidos por embarazos repetidos, partos y envejecimiento, menor capacidad de respuesta frente a la agresión neoplásica³.

Encontramos para NIC III mayor incidencia entre 30 y 34 años, anotando en este grupo etáreo 19,1%; asimismo, si observamos el grupo de 30 a 39 años, también encontramos que carcinoma in situ y displasias el primer lugar^{2,4}.

En los últimos 10 a 15 años, para muchos clínicos y científicos existió un cambio impresionante en la evolución del cáncer uterino y sus fases previas. Singer¹⁷ de Inglaterra informa que el cáncer preinvasor podría aumentar su incidencia en la actualidad entre 10 y 15% al año, siendo más ostensible en el grupo de mujeres entre 24 y 34 años. El Christie Radium Hospital en Manchester señaló que la presencia de células cancerosas en



mujeres de ese grupo etáreo fue 13,7 por mil en 1970 y se incrementó a 30,7 por mil en 1983. De manera similar, la institución mencionada ha observado que 1965 sólo 2% de las mujeres con cáncer invasor tenía menos de 35 años; dicha cifra había aumentado diez veces para 1983.

En la historia sexual de las pacientes en estudio, Tabla 4, encontramos que el 72% inició sus relaciones sexuales por debajo de los 20 años y 95,4% de ellas, antes de los 25 años. Ese 72% nos habla del riesgo alto que tienen dichas pacientes por haber iniciado tempranamente su vida sexual, factor importante en la epidemiología del cáncer de cuello uterino^{3,14}.

En lo referente al número de compañeros sexuales, nosotros encontramos que entre las pacientes portadoras de NIC, el 63% tiene un compañero sexual, dos o más 36,8%¹⁴, más de tres compañeros sexuales se da en escasa proporción, que según expertos tendría importancia epidemiológica. En nuestro país este hecho aparentemente no se da, porque seguramente la promiscuidad está en el varón. La mayor parte tiene un compañero sexual, lo que nos habla que no hay promiscuidad sexual en la mayoría de las mujeres peruanas.

Encontramos inicio de R.S. por debajo de 15 años en 6,7%, aunque creemos que el inicio de la actividad sexual se estaría realizando cada vez a menor edad. Por otro lado, los matrimonios y uniones consensuales en nuestra población estarían produciéndose a mayor edad que hace 15 años⁹. ENDES del Instituto Nacional de Estadística encuentra una tendencia en la concepción, en la generación más joven.

Ya sabemos que el examen clínico es insuficiente. Por tal motivo necesitamos el concurso de la colposcopia, cuya eficacia es del 80 a 90% para colposcopia sola; y combinada con la citología llega a 95 y 98%^{6,8,10,11,13-17,18}. Así nos muestra su papel fundamental en el diagnóstico específico y diferencial de lesiones premalignas del cuello uterino y condilomatosis. Conocemos del gran número de frotis con citología negativa falsa que, para nuestro Consultorio, es de 14%. En nuestra casuística el promedio de efectividad para colposcopia sola en la primera consulta es 83,5% y si tomamos NIC II y NIC III ese promedio se eleva a 90,9% y para NIC III solamente, 94,1%.

Con ese conocimiento necesitamos seguir trabajando con este tipo de examen y contribuir al diagnóstico, en el momento oportuno, para poder realizar el tratamiento en su debido tiempo y oportunidad.

La colposcopia, asociada a citología y biopsia dirigida, evita la toma de muestras innecesarias, disminuye la práctica de la conización diagnóstica que en el pasado se hacía frecuentemente, y permite ir de común acuerdo al citopatólogo y al colposcopista.

Conclusiones

Las lesiones intraepiteliales cervicales se encuentran en mayor porcentaje en edades tempranas y esas lesiones se ven cada vez más en grupos etáreos menores. La neoplasia intraepitelial cervical la hemos encontrando entre los 15 a 49 años con incremento importante en el grupo etáreo de 30 a 34 años.

La colposcopia, juntamente con los otros exámenes auxiliares como la citología y la biopsia dirigida, diagnostica lesiones iniciales del cuello uterino con eficacia máxima; la colposcopia por su especificidad diagnóstica evita esperas innecesarias y conduce a tratamiento con rapidez.

La colposcopia sola permite el diagnóstico en la primera consulta y en las lesiones iniciales del cuello uterino, en un porcentaje de 83,5% como promedio.

En NIC III, la correlación colposcópico - histológica es de 94%.

Referencias bibliográficas

1. Adcock LL, Julian T. Carcinoma of the cervix uteri. *Gynecol Oncol* 1982 14: 199.
2. Barriga O. Detección de cáncer de cuello uterino - Ts Dr UPCH. Lima 1983.
3. Castellano C y col. Cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 76 años. Comparación con pacientes menores de 25 años. *Ginecol Obste Perú* 1986; 30 (2); 67-70.
4. Castellano C. Cáncer de cuello uterino. Lima 1986.
5. Castillo C. Estudio de despistaje del cáncer de cuello uterino en usuaria del asa de Lippes. Primer Congreso de Planificación Familiar UPCH. Lima 1986.
6. Coppleson M. *Gynecologic Oncology*. Churchill Livingstone, Great Britain 1981 - Cap 14.
7. Contreras M. Displasia del cuello uterino. Ts Br UPCH Lima 1973.
8. Hovadhanakul P. Comparison of colposcopy directed biopsies and cold knife conization in patients with abnormal cytology. *Surg Gynecol Obstet* 1976; 142: 333.
9. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta demográfica y de salud familiar. 1986 - 1996.



10. Javaheri G. Diagnostic value of colposcopy in the investigation of cervical neoplasia AJOG 1980; 137: 588.
11. Limburg H. Comparison between cytology and colposcopy in the diagnosis of early cervical carcinoma ATOG 1958; 75: 1298
12. Mateu Aragonés JM. Atlas de Colposcopia. Edit Jims Barcelona 1973.
13. Parsons L. Sommers SH. Gynecology. WB. Saunders Co. Philadelphia 1978.
14. Ramos L. Colposcopia en el diagnóstico de las lesiones premalignas del cuello uterino. Ts Dr UNMSM Lima 1976.
15. Richart RM. Colposcopy Special Series B/Gyn, Mayo 1983; 84.
16. Rubin P. Oncología Clínica. U. de Rochester New York 1978.
17. Singer A, Jordan A. Tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical por métodos conservadores. GO Temas Actuales 1985; 1:1 y 131.
18. Stafil A. Angiogenesis of cervical neoplasia. AJOG 1975; 121-845.