



LEGRADO Y CEPILLADO ENDOCERVICAL DURANTE LA EVALUACIÓN COLPOSCÓPICA EN PACIENTES CON CITOLOGÍA ANORMAL Y COLPOSCOPIA SATISFACTORIA NEGATIVA

ENDOCERVICAL CURETTAGE AND BRUSHING DURING COLPOSCOPIC EVALUATION IN PATIENTS HAVING SUSPECTED CHANGES IN PAP SMEAR AND NEGATIVE COLPOSCOPY

Borré Arrieta Orlando¹

Barrios García Lia²

Pérez Olivo José Luis³

Rivero Rasgos Alfonso Eliécer³

Correspondencia: E-mail: liabarriosg@yahoo.es

Recibido para evaluación: junio—4—2010 —Aceptado para publicación: septiembre—12—2010

RESUMEN

Objetivos: el objetivo de este estudio fue evaluar la utilidad del cepillado y legrado endocervical durante la evaluación colposcópica en pacientes con citología anormal y colposcopia satisfactoria negativa.

Materiales y métodos: se incluyeron 43 mujeres con citología anormal y colposcopia satisfactoria negativa. Se realizó legrado y cepillado endocervical y compararon los resultados.

Resultados: el legrado endocervical fue útil en detectar neoplasia intraepitelial cervical no observada durante la evaluación colposcópica satisfactoria. El cepillado endocervical también fue útil, pero el legrado fue mejor.

Conclusión: este estudio sugiere que el legrado endocervical puede ser de utilidad durante la evaluación colposcópica satisfactoria negativa de pacientes con una citología anormal. **Rev. cienc. biomed. 2010; 1 (2): 155 - 161**

PALABRAS CLAVES

Neoplasia intraepitelial cervical. Legrado endocervical. Cepillado endocervical. Colposcopia.

SUMMARY

Objective: the aim of this study was to evaluate the utility of endocervical curettage and brushing during colposcopic evaluation in patients having suspected changes in Pap smear and negative colposcopy.

Methodology: results from 43 women having abnormal Pap smear and negative satisfactory colposcopy; endocervical curettage during colposcopic evaluation were thus

¹ Médico Ginecólogo - Obstetra. Profesor Titular. Universidad de Cartagena. Servicio de Colposcopia de la Clínica Maternidad Rafael Calvo. Cartagena. Colombia.

² Médico. Patóloga. Profesora Asistente. Universidad de Cartagena. Servicio de Patología de la Clínica Maternidad Rafael Calvo. Cartagena. Colombia.

³ Médico. Estudiantes del postgrado en Ginecología y Obstetricia. Universidad de Cartagena. Clínica Maternidad Rafael Calvo. Cartagena. Colombia.

compared to endocervical brushing during colposcopic evaluation.

Results: *the endocervical curettage was useful to detect cervical intraepithelial neoplasia no suspected during satisfactory colposcopic evaluation. The endocervical brushings was useful too, but the endocervical curettage was better.*

Conclusion: *this study suggests that endocervical curettage can be useful during negative satisfactory colposcopic evaluation of a patient with an abnormal Papnicolaou smear.*

KEY WORDS

Cervical intraepithelial neoplasia. Endocervical curettage. Endocervical brushing. Colposcopy.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que el cáncer de cuello de útero es una de las neoplasias de más fácil abordaje terapéutico y preventivo, sigue ocupando uno de los primeros lugares entre las causas de mortalidad femenina en el mundo (1, 2, 3) y es la patología maligna más frecuente de la mujer en Colombia (4).

La colposcopia y biopsia dirigida son los procedimientos más aceptados en la actualidad para la evaluación inicial de las mujeres con citología anormal; y tanto el cepillado endocervical (CEC) como el legrado endocervical (LEC) son métodos complementarios a ellas (5).

Algunas indicaciones para la realización de CEC y LEC están claras, como en el estudio de las alteraciones citológicas glandulares y para decidir una reconización cuando un cono previo ha reportado márgenes comprometidos, en el tratamiento de la lesión intraepitelial escamosa cervical (LIE) (6), pero su uso durante el estudio colposcópico de las lesiones escamosas ha sido polémico.

En la literatura disponible existen diferentes opiniones sobre su utilidad sin que hasta ahora se haya logrado un consenso al respecto (7,8). Se reconocen diversas posiciones, desde las extremas, de los que abogan por su uso rutinario en todas las colposcopias (9) hasta los que consideran como innecesarios dichos procedimientos, pasando por quienes piensan que se hace o no, dependiendo de ciertas consideraciones y por indicación (10). Quienes defienden su uso sistemático piensan que así se detectan lesiones ocultas y los de opinión contraria piensan que una colposcopia satisfactoria no los requiere, pues en ellas las lesiones ocultas son raras

y las colposcopias insatisfactorias necesitan siempre un procedimiento excisional diagnóstico (PED) (6).

El LEC se introdujo como conducta rutinaria durante la colposcopia (11) en la década de los 80, cuando se hacía uso extenso de los métodos destructivos locales en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y a partir de un reporte sobre una serie de casos de carcinoma de cuello uterino después de la crioterapia (12). El LEC ayudaría a prevenir esta situación, provocada por el colposcopista, al no reconocer adecuadamente la unión escamocolumnar (UEC) o al no identificar dichas lesiones invasivas (13).

Sin embargo, el papel del LEC en las colposcopias satisfactorias es considerado muy limitado, además, la crioterapia y la vaporización láser han dejado de usarse como tratamiento de la NIC y fueron sustituidas por técnicas excisionales que permiten una segunda evaluación histológica del cuello uterino y la detección de las escasas lesiones desapercibidas (6).

La indicación del LEC más aceptada es en la colposcopia insatisfactoria. Una de las razones en que el colposcopista falla en identificar una lesión maligna o premaligna de cervix es su presencia en el canal endocervical no visualizado durante el examen; si durante la colposcopia se hace un LEC, el resultado negativo o normal del mismo proporcionaría evidencia de que no hay una lesión displásica mayor o infiltrante oculta (2, 14).

El LEC tiene limitaciones de sensibilidad que reducen su valor dependiendo de la cureta usada, la fortaleza del raspado, el muestreo completo de la longitud y circunferencia

del cilindro endocervical y la retención de parte de la muestra por el moco. Además, su especificidad puede comprometerse por la contaminación desde la portio con las lesiones visibles, incrementando los falsos positivos y el número de PED (15).

Hay estudios que demuestran que el LEC disminuye la cantidad de PED en un porcentaje considerable de casos (16) en contraposición con otros informes donde el CEC positivo fue la mayor indicación para realizarlos (17).

La Asociación Americana de Patología Cervical y Colposcopia (ASCCP) recientemente publicó una guía sobre el uso del LEC durante la colposcopia para el estudio de las alteraciones escamosas en la citología, teniendo como criterio la severidad de la misma y el tipo de colposcopia. En ellas no se recomienda su uso en colposcopia satisfactoria y citologías con células escamosas atípicas (ASC) o en lesiones de bajo grado (LIE de bajo grado) si hay lesiones visibles, y un uso discrecional en citologías con lesiones de alto grado (LIE de alto grado) si se puede hacer una adecuada valoración endocervical.

Los mismos estudios, recomiendan el LEC en: a) pacientes con colposcopias insatisfactorias, b) citologías con células escamosas atípicas o lesiones de bajo grado, porque si el LEC es negativo se evitaría un procedimiento excisional diagnóstico y c) las citologías de pacientes con lesiones de alto grado, en caso de obtener una biopsia dirigida y LEC negativos, para decidir la revisión de todo el material antes de planear el PED (18).

El objetivo es evaluar la utilidad del estudio histopatológico sistemático del canal endocervical mediante CEC y LEC en pacientes con citología anormal y colposcopia satisfactoria negativa.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: estudio es de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo.

Población: 1981 mujeres a quienes se les realizó colposcopia por presentar citología anormal, en la Clínica Maternidad Rafael

Calvo (Cartagena de Indias, Colombia) durante el período de un año.

Muestra: se incluyeron en el estudio todas las pacientes con citología anormal y colposcopia reportada como satisfactoria y negativa.

Criterios de exclusión: colposcopia positiva, colposcopia insatisfactoria, y negativa de la paciente a participar en forma libre y voluntaria en el estudio, previo conocimiento de efectos adversos y posibles complicaciones del procedimiento a realizar.

Definición de términos: se define como citología anormal aquella reportada como ASC, AGC, LIE de bajo grado (Infección por VPH, NIC I, displasia leve), LIE de alto grado (NIC II, NIC III y Carcinoma in situ) y carcinoma invasor. Se define como colposcopia satisfactoria aquella donde se logra la visualización completa de la Unión Escamo-Columnar y colposcopia insatisfactoria si no se visualizó totalmente, a criterio del especialista examinador; colposcopia positiva si hay evidencia de alguna lesión cervical sospechosa y negativa si no hay evidencia de lesión cervical sospechosa.

Análisis: teniendo en cuenta que se trata de un estudio de tipo nominal, el análisis estadístico se fundamentó en cálculos porcentuales y proporciones específicas. Para facilitar el procesamiento estadístico de la información los datos se registraron en Excel, y se analizaron en el paquete estadístico computarizado EPI- INFO 2005.

Consideraciones éticas: se cumplieron los requisitos éticos establecidos por la resolución 008430 de 1993 (título II, capítulo 1, artículo 11) del Ministerio de Protección Social de Colombia y fue avalada por el Comité de Ética de la Clínica Maternidad Rafael Calvo (Cartagena de Indias, Colombia).

RESULTADOS

La edad de las 43 pacientes incluidas en el estudio osciló entre los 17 y los 76 años, con una media de 41 y una desviación típica de 11.4 (Tabla 1).

TABLA 1. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL EDAD

Observaciones	Total	Media	Varianza	Desviación típica	
43	1713	39,8372	130,8538	11,4391	
Mínimo	25%	Mediana	75%	Máximo	Moda
17	35	41	47	76	35

La citología anormal que motivó la colposcopia se reportó como: ASC en 19 pacientes (44,2%), AGC en 4 pacientes (9,3%), LIE BG en 19 pacientes (44,2%) y LIE AG en 1 paciente (2,3%) (Tabla 2).

TABLA 2. CITOLOGÍA QUE MOTIVÓ LA COLPOSCOPIA

Citología	Frecuencia	Porcentaje
ASC	19	44,2%
AGC	4	9,3%
LIE BG	19	44,2%
LIE AG	1	2,3%
Total	43	100,0%

El CEC reportó como insatisfactorio en 4 pacientes (9,3%), de las cuales 3 fueron por extendido muy hemorrágico y 1 fue por muestra insuficiente; negativo en 33 pacientes (76,7%), AGUS (AGC, atipias de células glandulares, de la clasificación actual) en 1 paciente (2,3%), ASC en 1 paciente (2,3%), LIE BG en 2 pacientes (4,7%) y LIE AG en 2 pacientes (4,7%) (Tabla 3).

TABLA 3. CITOLOGÍA DE CEPILLADO ENDOCERVICAL

Cepillado endocervical	Frecuencia	Porcentaje
Insatisfactoria	4	9,3%
Negativa	33	76,7%
AGC	1	2,3%
ASC	1	2,3%
LIE BG	2	4,7%
LIE AG	2	4,7%
Total	43	100,0%

El LEC reportó negativo en 30 pacientes (69,7%), LIE BG en 7 pacientes (16,3%) y LIE AG en 6 pacientes (14,0%) (Tabla 4).

La citología del CEC arrojó LIE AG en dos pacientes cuyas citologías previas eran de un LIE BG, reportó LIE BG en una paciente cuya citología previa era de LIE BG y otro LIE BG

en paciente cuya citología previa era de AGUS (actual AGC). Para un total de 4 pacientes (9,4%) con citología del CEC positiva para LIE (Tabla 5).

TABLA 4. HISTOPATOLOGÍA DEL LEGRADO ENDOCERVICAL

Legrado endocervical	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	30	69,7%
LIE BG	7	16,3%
LIE AG	6	14,0%
Total	43	100,0%

El estudio histopatológico del LEC reportó LIE AG en 6 pacientes (13,9%) distribuidas así: en una paciente (2,3%) cuya citología previa era de LIE AG, en 3 pacientes (7%) cuyas citologías previas eran de LIE BG y en 2 pacientes (4,6%) cuyas citologías previas eran de ASC. El estudio histopatológico del LEC evidenció LIE BG en 7 pacientes (16,3%), de las cuales 4 (9,3%) tenían citología previa con LIE BG y 3 (7%) tenían citología previa con ASC. Para un total de 13 pacientes (30,3%) con estudio histopatológico del LEC positivo para LIE (Tabla 6).

Sólo en una de las seis pacientes cuyos estudios histopatológicos del LEC fueron diagnosticados como LIE AG coincidió con la citología del CEC; en otra, la citología del CEC reportó LIE BG y en otra, la citología del CEC reportó AGC. En las tres pacientes restantes, la citología del CEC fue negativa. De las siete pacientes cuyos estudios histopatológicos del LEC reportaron LIE BG, cinco tuvieron citologías de CEC negativas, y en las dos restantes no detectaron LIE. De los dos casos reportados como LIE AG en la citología del CEC uno fue también detectado como LIE AG en el estudio histopatológico del LEC y el otro fue reportado como negativo en el estudio histopatológico del LEC; este último caso requirió conización diagnóstica, cuyo estudio histopatológico reportó un LIE AG y fue terapéutico. En una de las dos pacientes cuyas citologías del CEC fueron reportadas como LIE BG, el estudio histopatológico del LEC reveló LIE AG. La otra paciente tuvo estudio histopatológico del LEC negativo y se le realizó seguimiento citocolposcópico (Tabla 7).

TABLA 5. RESULTADO DE CEPILLADO ENDOCERVICAL SEGÚN CITOLOGÍA PREVIA

Citología previa	Cepillado endocervical													
	AGC		ASC		Insatis- factoria		LIE AG		LIE BG		Negativo		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
LIE AG	1	2,3%	0		0		0		0		0		1	2,3%
AGC	0		0		0		0		1	2,3%	3	7,0%	4	9,3%
ASC	0		0		1	2,3%	0		0		18	41,8%	19	44,2%
LIE BG	0		1	2,3%	3	7,0%	2	4,7%	1	2,3%	12	27,9%	19	44,2%
TOTAL	1	2,3%	1	2,3%	4	9,3%	2	4,7%	2	4,7%	33	76,7%	43	100,0%

TABLA 6. RESULTADO DE LEGRADO ENDOCERVICAL SEGÚN CITOLOGÍA PREVIA

Citología previa	Legrado endocervical									
	LIE AG		LIE BG		Negativo		No reportado		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
LIE AG	1	2,3%	0		0		0		1	2,3%
AGC	0		0	0,0%	4	9,3%	0		4	9,3%
ASC	2	4,6%	3	7,0%	13	30,2%	1	2,3%	19	44,2%
LIE BG	3	7,0%	4	9,3%	12	27,9%	0		19	44,2%
TOTAL	6	14,0%	7	16,3%	29	67,4%	1	2,3%	43	100,0%

TABLA 7. HISTOLOGÍA DE CEPILLADO Y LEGRADO ENDOCERVICALES

Cepillado endocervical	Legrado endocervical							
	LIE AG		LIE BG		Negativo		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%	No	%
AGC	1	2,3%	0		0		1	2,3%
ASC	0		1	2,3%	0		1	2,3%
Insatisfactoria	0		1	2,3%	3	7,0%	4	9,3%
LIE AG	1	2,3%	0		1	2,3%	2	4,7%
LIE BG	1	2,3%	0		1	2,3%	2	4,7%
Negativo	3	7,0%	5	11,6%	25	58,1%	33	76,7%
TOTAL	6	14,0%	7	16,3%	30	69,7%	43	100,0%

No se detectó carcinoma escamocelular o adenocarcinoma oculto en ninguna de las 43 pacientes incluidas en el estudio.

DISCUSIÓN

En los trabajos de investigación publicados en los últimos años, evaluando la utilidad del LEC, se ha considerado como innecesario, en la planificación del tratamiento de las pacientes con enfermedad cervical (19, 20). Este estudio contiene un enfoque nuevo en la valoración del papel de diagnóstico del LEC durante la colposcopia, al evaluar su utilidad diagnóstica en el caso específico de las pacientes con colposcopia satisfactoria y negativa, asociado y comparado con el CEC.

En otros estudios se ha logrado establecer una aproximación de la sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo del LEC (8, 15, 21). Este no era el objetivo de

nuestro estudio, pues nuestras pacientes no se sometieron a la prueba de oro que es el estudio anatomopatológico final en un cono cervical.

En este reporte, la detección de lesiones ocultas en la colposcopia satisfactoria, cuando la citología es menor (ASC, LIE BG) utilizando LEC fue de 13,9% para LIE AG, y de 16,3% para LIE BG; lo cual reviste especial importancia teniendo en cuenta que se ha reportado una prevalencia de lesiones ocultas en la colposcopia satisfactoria cuando la citología es menor tan baja como del 1% (21). Serían de utilidad estudios adicionales con el fin de reevaluar la recomendación de la ASCCP de no usarlo en estos casos (18). En nuestro estudio hubo menor impacto del CEC para la detección de lesiones ocultas en la colposcopia satisfactoria cuando la citología fue menor al compararlo con el LEC (4,7% de LIE AG y 4,7% de LIE BG).

La detección de lesiones ocultas en colposcopia satisfactoria cuando la citología es mayor (en este estudio LIE AG) fue del 100%, es decir, 1 de 1 caso, que representa un 2,3% de las pacientes del estudio. La prevalencia de lesiones ocultas en la colposcopia satisfactoria cuando la citología es mayor es el doble que las citologías menores pero sigue siendo baja (2,7%) (21). Parecen necesarios estudios adicionales que permitan evaluar la recomendación de la ASCCP de usarlo en estos casos en forma discrecional dependiendo de la valoración endocervical (18).

La prevalencia de lesiones ocultas en la colposcopia insatisfactoria cuando la citología es menor es de 4,7% y cuando la citología es mayor de 13,9% (21), lo más destacable del LEC sería su alto VPN que permite descartar lesiones ocultas sin necesidad de hacer PED; en este caso existe una clara recomendación de usarlo para evitar PED (18). Por lo que este fue un criterio de exclusión en este estudio.

Cabe resaltar que en nuestra investigación, el LEC permitió detectar LIE AG en seis

pacientes, de las cuales solo a una se le pudo detectar dicha lesión en el CEC; sin embargo, con el CEC se pudo detectar una paciente con LIE AG, cuyo LEC fue negativo, esto sugiere alguna utilidad adicional con el uso simultáneo del LEC y el CEC para disminuir el número de falsos negativos. No hay estudios en la literatura que evalúen este punto en particular.

Es posible concluir que parece existir una marcada utilidad del uso sistemático del LEC en pacientes con citología anormal y colposcopia satisfactoria negativa; que el CEC en forma aislada no parece ser tan útil en estas pacientes, pero que podría ser beneficioso su uso conjunto con el LEC con el fin de disminuir el número de falsos negativos; y que se requieren estudios adicionales que permitan establecer recomendaciones al respecto.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno que declarar.

FINACIACIÓN: recursos propios de los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stoler MH. Cervical cancer screening in the HPV era: What is the standard of care? Program and abstracts of pathology today: American Society for Clinical Pathology 2005 Annual Meeting; October 8-11, 2005; Seattle, Washington. Session SP 20.
2. American Cancer Society. Estimated new cancer cases and deaths by sex for all sites, US, 2005 in Cancer Facts & Figures 2005. Disponible en: <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005f4PWSecured.pdf>. Accessed November 9, 2005.
3. Edwards BK, Brown ML, Wingo PA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2002, featuring population-based trends in cancer treatment. J Natl Cancer Inst. 2005;97:1407-1427.
4. Piñeros M, Ferlay J, Murillo R. Cancer incidence estimates at the national and district levels in Colombia. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2010 Nov 03]; 48(6): 455-465. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000600003&lng=es.
5. Committee on Practice Bulletins - Gynaecology. ACOG practice bulletin. Diagnosis and treatment of cervical carcinomas. Obstet Gynecol 2002;99:855-67.
6. Bidus MA, Elkas JC, Rodriguez M, Maxwell GL, Rose GS. The clinical utility of the diagnostic endocervical curettage. Clinical Obstet Gynecol 2005;48:202-8.
7. Williams DL, Dietrich C, McBroom J. Endocervical curettage when colposcopy examination is satisfactory and normal. Obstet Gynecol 2000;95:801-3.
8. Moniak CW, Kutzner S, Adam E, Harden J, Kaufman RH. Endocervical curettage in evaluation abnormal cervical cytology. J Reprod Med 2000;45:285-92.
9. Dreyfus M, Baldauf JJ, Ritter J. Diagnostic value of endocervical curettage during colposcopy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996;64:101-4.
10. Ayoubi JM, Cayrol MH, Meddoun M, Benevent JB, Degoy J, Pons JC. Role of endocervical curettage in the screening for cervical cancer: Apropos of a series of 31 cases. Gynecol Obstet Fertil 2000;28:455-9.
11. National Comprehensive Cancer Network. Practice guidelines in oncology, 2004. Visitado 2004 Julio 30. Disponible en: <http://www.nccn.org>
12. Instituto Nacional de Cancerología. Pautas de tratamiento: Cáncer de Cuello Uterino en CD-

- ROM. Bogotá: El Institution; 2002.
13. Massad LS, Collins YC. Using history and colposcopy to select women for endocervical curettage. Results from 2.287 cases. J Reprod Med 2003;48:1-6.
 14. Irving W, Flora S, Andersen W, Stoler M, Taylor P, Rice L. Endocervical curettage. Does it contribute to the management on patients with cervical cytology? J Reprod Med 2004;49:1-7.
 15. Andersen W, Frierson H, Barber S, Tabbarah S, Taylor P, Underwood P. Sensitivity and specificity of endocervical curettage and the endocervical brush for the evaluation of the endocervical canal. Am J Obstet Gynecol 1988;159:702-7.
 16. Wetrich DW. An analysis of the factors involvement in the colposcopic evaluation of 2194 patients with abnormal Papanicolaou smears. Am J Obstet Gynecol 1986;154:1339-49.
 17. Moseley KR, Dinh TV, Hannigan EV, Dillard EA Jr, Yandell RB. Necessity of endocervical curettage in colposcopy. Am J Obstet Gynecol 1986;154:992-5.
 18. Wright TC Jr, Cox JT, Massad LS, Twiggs LB, Wilkinson EJ; ASSP-Sponsored Consensus Conference. 2001 Consensus Guidelines for management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA 2002;287:2120-9.
 19. Fine DA, Feinstein GI, Sabella V. The pre-and postoperative value of endocervical curettage in the detection of cervical Intraepithelial neoplasia and invasive cervical cancer. Gynecol Oncol 1998;71:46-9.
 20. Ferenczy A. Endocervical curettage has no place in the routine management of women with cervical intraepithelial neoplasia: debate. Clin Obstet Gynecol 1995;38:644-8.
 21. González-Mazuelo A. Validez del curetaje endocervical en la detección de lesiones no sospechadas durante el estudio colposcópico de pacientes con citología anormal escamosa. Rev Colomb Obstet Ginecol 2006; 57 (3).



GRUPO DE INVESTIGACIÓN: SALUD DE LA MUJER

LÍNEAS: Condiciones sexuales. Falla reproductiva. Gestación. Historiografía Médica.
Tiempo de Menopausia
Email: alvaromonterrosa@gmail.com