

Biopsia de cérvix: serie de casos*

Cervical biopsy: cases series

Edgar E. Rivas-Perdomo¹

Resumen

Objetivo: Realizar una descripción de los resultados de los estudios de anatomía patológica de biopsias de cérvix de pacientes atendidas en la Clínica Universitaria San Juan de Dios (Cartagena, Colombia).

Metodología: Estudio de serie de casos de biopsias de cérvix tomadas durante tres meses de 2011.

Resultados: Se seleccionaron 59 casos. La edad promedio fue de 46,017 años, con una SD de 10,47, con un rango entre 18 y 69 años y un 50 % de los valores centrales estuvo comprendido entre 42 y 52 años. El diagnóstico de patología más frecuentemente reportado fue la cervicitis crónica, con 32,2 %, seguido de LIE de bajo grado, con 16,9 %, y pólipo endocervical, 16,9 %, el LIE de alto grado estuvo en el 8,5 % de los casos y se identificó CA en 3 casos (5,1 %).

Conclusiones: Las pacientes mayores son más atentas a realizarse citologías vaginales. Las LIEs se distribuyen en todos los grupos etáreos y en el 6,8 % se diagnosticó cáncer.

Palabras clave: Lesión intraepitelial, biopsia de cérvix, cervicitis, cáncer de cérvix.

Abstract

Objectives: To make a description of the results of the pathological studies of cervical biopsies from patients treated at the University Hospital San Juan de Dios.

Methodology: Study of cases series of cervical biopsies taken during three months of 2011.

Results: 59 cases were selected. The average age of 46.017 years in a SD of 10.47 with a range between 18 and 69 years and 50% of the mean values were between 42 and 52 years. The most frequent pathology diagnosis reported was chronic cervicitis 32.2%, followed by low-grade SIL with 16.9% and 16.9% endocervical polyp, the high-grade SIL was at 8.5% of CA case was identified in 3 cases (5.1%).

Conclusions: The elderly patients are more prone to perform Pap smears. The IELs are distributed in all age groups, and 6.8% were diagnosed with cancer.

Keywords: Intraepithelial Lesion, Cervical Biopsy, Cervicitis, Cervical Cancer.

* Trabajo presentado en el XXVIII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología, Cartagena, 2012.

¹ Especialista en Ginecología y Obstetricia. Estudiante de Maestría Epidemiología Clínica, Universidad de La Frontera (Chile). Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena (Colombia).

Correspondencia: Avenida Cartagena, n° 32-43- Cartagena (Colombia). erivasperdomo@gmail.com.

Fecha de recepción: 16 de marzo de 2013
Fecha de aceptación: 13 de junio de 2013

INTRODUCCIÓN

El cuello uterino es un centinela de infecciones potencialmente graves del tracto genital superior y un objetivo de virus y otras sustancias cancerígenas, que puede conducir al carcinoma invasor. El carcinoma cervical es el segundo cáncer más común en mujeres, con un estimado de 493 000 casos nuevos cada año (1), y se lo considera la segunda causa de mortalidad en la mujer (2).

Asimismo, es uno de los pocos cánceres que puede ser detectado en estadios precancerosos (3). Según publicaciones recientes, en los últimos años ha habido un aumento del 77 % en la incidencia del cáncer cérvico-uterino invasor en mujeres jóvenes entre 25 y 34 años, los cuales en su mayoría corresponderían a casos reconocidos en los planes de detección precoz de esta lesión (4).

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino constituye un reto por tratarse de una enfermedad asintomática y sin manifestaciones al examen ginecológico en estadios iniciales, pero con alta probabilidad de cura cuando el diagnóstico se realiza en esos momentos (2).

Su diagnóstico se basa fundamentalmente en la tríada citología-colposcopia-biopsia; considerada esta última como una prueba de oro en la patología neoplásica cervical, dado que el estudio histológico es el que resulta concluyente para poder establecer el diagnóstico. Este puede realizarse mediante una biopsia en sacabocados, la conización con bisturí y la que se realiza con asa diatérmica (5).

Con este estudio se pretende realizar una descripción de los resultados de los estu-

dios de anatomía patológica de las biopsias de cérvix de pacientes atendidas en la Clínica Universitaria San Juan de Dios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Se realizó un estudio observacional descriptivo de tipo serie de casos.

Población: Se tomaron todos los casos de las pacientes a las que se les realizó biopsia cervical durante abril a junio de 2011 en el servicio de Patología, de la Clínica Universitaria San Juan de Dios, institución de tercer nivel de complejidad.

Procedimiento: Se consideró una investigación sin riesgo, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia y con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Se consideraron variables demográficas como edad, procedencia, estado civil, seguridad social. Y se revisaron los diagnósticos realizados por patología.

Análisis: Se creó una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel, en la que se incluyó toda la información obtenida; y el análisis se realizó con un *software* Epi-Info 2004, versión 3.2. Los grupos de edades se determinaron aplicando la regla de Sturges.

Las variables continuas se describieron por medio de medidas de tendencia central y de dispersión; se determinaron intervalos de confianza del 95 % para la edad de las pacientes y las variables categóricas por medio de proporciones. Los resultados finales se presentan utilizando tablas.

RESULTADOS

Se seleccionaron 59 casos que tenían informe de patología de biopsia de cérvix. La edad promedio de las pacientes estudiadas fue de 46,017 años en una muestra de distribución normal, con una SD de 10,47, con un rango entre 18 y 69 años, y un 50 % de los valores centrales estuvo comprendido entre 42 y 52 años.

Referente al estado civil registrado en 58 casos, 27 (48,2 %) de las pacientes estudiadas eran solteras, mientras que las pacientes con estado marital estable (casadas y unión libre) constituyeron el 29,6 % de las mismas.

La gravidez definida en 37 de las pacientes se comportó de la siguiente manera: 56,8 % tenían 3 o menos embarazos.

En cuanto a la procedencia de las pacientes, 84 % eran del área urbana y 15,5 % procedían del sector rural.

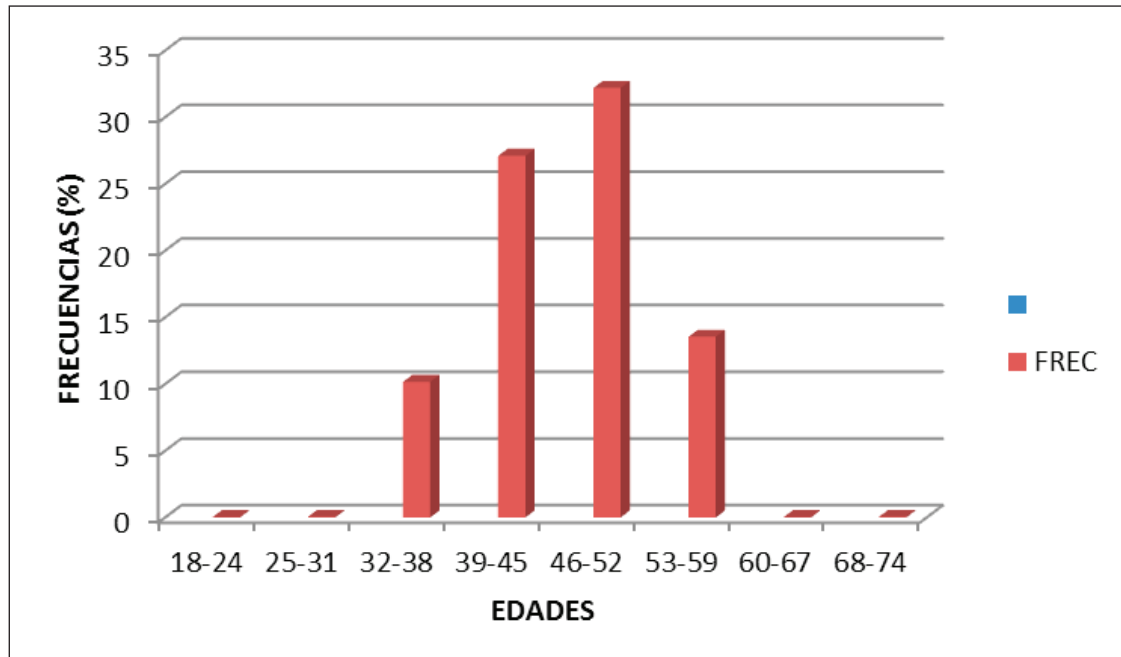
El diagnóstico de patología más frecuentemente reportado fue la cervicitis crónica, con 32,2 %, seguido de LIE de bajo

grado, con 16,9 %, y pólipo endocervical, con 16,9 %, el LIE de alto grado estuvo en el 8,5 % de los casos y se identificó CA en 3 casos (5,1 %) (tabla 2).

Tabla 1. características de la población con biopsia de cérvix-Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena

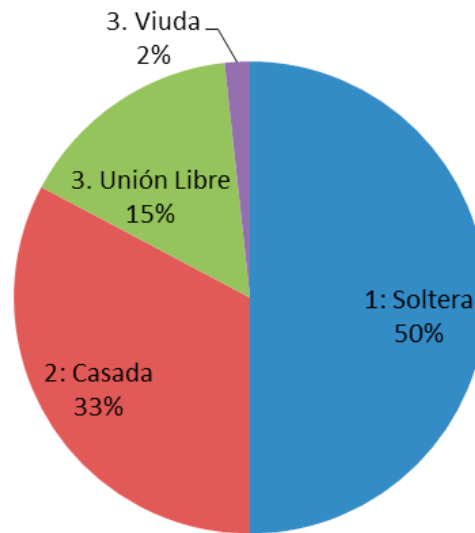
n= 59			
EDAD			
Edad (Años)	X = 46,017	SD = 10,47	Rango: 18 y 69 q25-75: 42 y 52 años
18-24	2	3,38%	
25-31	3	5,08%	
32-38	6	10,17	
39-45	16	27,11	
46-52	19	32,2	
53-59	8	13,55	
60-67	2	3,38%	
68-74	3	5,08%	
ESTADO CIVIL (n=58)			
1: Soltera	29	50,00%	
2: Casada	19	32,80%	
3. Unión libre	9	15,50%	
3. Viuda	1	1,77%	
PROCEDENCIA (n=58)			
Rural	9	15,50%	
Urbana	49	84,50%	
GRAVIDEZ (n= 37)			
<3	21	56,80%	
>3	16	43,24%	

Fuente: Archivos Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena.



Fuente: Archivos Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena.

Gráfica 1. Frecuencias por grupos de edades serie de pacientes con biopsia de cérvix-Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena



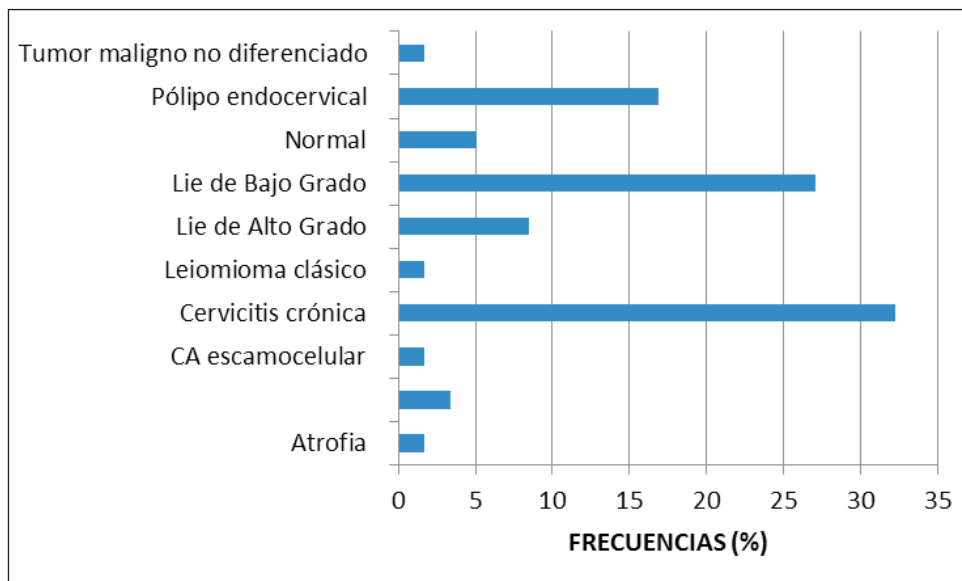
Fuente: Archivos Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena.

Gráfica 2. Frecuencias por estados civiles serie de paciente con biopsia de cérvix-Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena

Tabla 2. Frecuencias de diagnósticos patológicos en cérvix-Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena

DIAGNÓSTICOS	Frecuencias	%
- Atrofia	1	1,7
- CA células escamosas grandes queratinizantes	2	3,4
- CA escamocelular	1	1,7
- Cervicitis crónica	19	32,2
- Leiomioma clásico	1	1,7
- Lie de alto grado	5	8,5
- Lie de bajo grado	16	27,1
- Normal	3	5,1
- Pólipo endocervical	10	16,9
- Tumor maligno no diferenciado	1	1,7
Total	59	100

Fuente: Archivos Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena.



Fuente: Archivos Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena.

Gráfica 3. Frecuencias de diagnósticos patológicos en cérvix-Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena

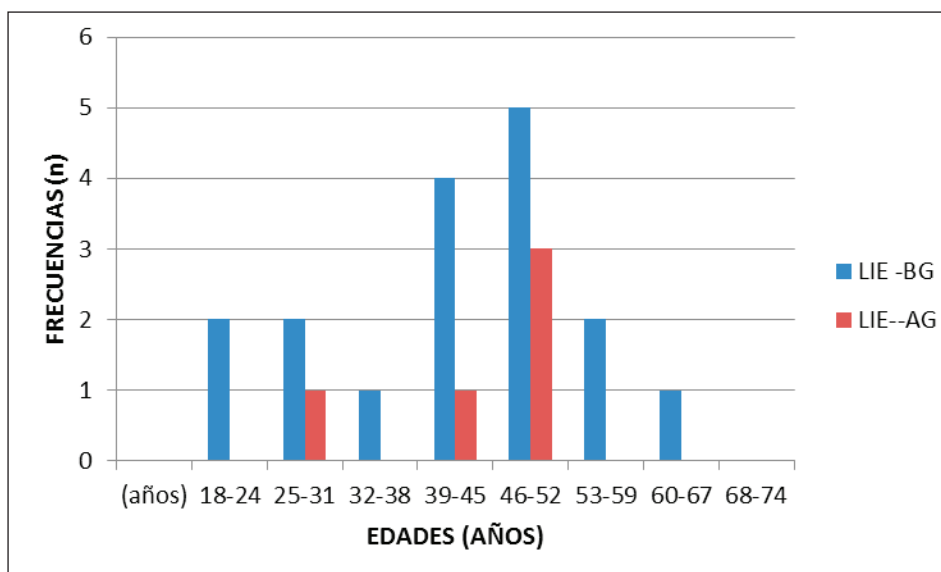
Tabla 3. Frecuencias de diagnósticos patológicos en cérvix en relación con grupos etáreos - Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena

EDADS	LIE -BG	LIE-AG	CERV- CRÓNICA	CA ESC- CEL-A	NORMAL	PÓLIPO ENDC	MIOMA	ATROFIA	CA ESC-Q	TUMOR MAL NO DIF	TOTALES
(años)											
18-24	2										2
25-31	2	1									3
32-38	1		4	1							6
39-45	4	1	5		1	5					16
46-52	5	3	6		2	3					19
53-59	2		4			1	1				8
60-67	1							1			2
68-74									2	1	3
TOTALES	17	5	19	1	3	9	1	1	2	1	59

LIE-BG: Lesión intraepitelial de bajo grado; LIE-AG: Lesión intraepitelial de alto grado. CERV-CRÓNICA: Cervicitis crónica; CA ESC-CEL-A: cáncer escamocelular. PÓLIPO ENDC: pólipo endocervical. CAESC-Q: células escamosas grandes queratinizantes. TUMOR MAL

NO DIF: Tumor maligno no diferenciado.

Fuente: Archivos Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena.



Fuente: Archivos Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena.

Gráfica 4. Frecuencias de lie bajo y alto grado en biopsias de cérvix por grupos de edades en serie de pacientes por grupos de edades-Clínica Universitaria San Juan de Dios, Cartagena, 2012

DISCUSIÓN

Es bien conocida, tanto clínica como epidemiológicamente, la elevada tasa de infección de las mujeres jóvenes después de iniciar las relaciones sexuales, y con ello, la mayor probabilidad de presentar lesiones a nivel del cérvix. En nuestra serie, la edad promedio de las pacientes estudiadas fue de 46,017 años, con una SD = 10,47, y se observa una mayor frecuencia en pacientes de 35 o más años de edad, lo cual se corresponde con lo publicado por López, quien encontró una edad promedio de 39,2 años en un estudio sobre anormalidades en citología vaginal realizado en la misma región (6), y con el estudio realizado por Omoniyi-Esan en 2006 (7). Similares resultados son reportados por Alvarado en un estudio de LIE de bajo grado (8).

La costumbre de realizarse citología vaginal se va adquiriendo en la medida en que se avanza en edad; ello podría explicar la poca frecuencia de pacientes adolescentes en el estudio.

El 48,3 % de las pacientes refirió que tiene una unión conyugal estable, valor menor que el reportado por otros autores (6). El estado civil es considerado como un factor de riesgo, debido a que el estado de soltería favorecería la promiscuidad sexual. Al tener en cuenta que en muchos aspectos epidemiológicos la patología premaligna del cérvix guarda enormes semejanzas con la epidemiología de las infecciones de transmisión sexual, el inicio temprano de las relaciones sexuales, número de parejas y tabaquismo se han relacionado como factores predisponentes en las lesiones epiteliales del cuello uterino (8). Romero (2009) encontró en una revisión en la misma ciudad un

inicio temprano de las relaciones sexuales, con una media de 16 años de edad (9).

La mayor frecuencia de pacientes procedentes del sector urbano podría estar indicando la poca oportunidad para consultar que tienen las pacientes del sector rural. En cuanto a la gravidez de las pacientes, se encuentra que el 43,24 % de las mismas tenía una gravidez ≥ 3 y en 56,8 % era < 3 . Estos datos no guardan correlación con los reportados por otros autores (10), quienes soportan la mayor gravidez como riesgo para desarrollar LIE. La mujer se inmunodeprime en cada embarazo, y puede influir la afectación inmunológica repetida en una infección más fácil con el virus (PVH), además de los efectos traumáticos que sobre el cuello puede producir cada parto (10, 11).

Las lesiones intraepiteliales (LIE) se encontraron en el 35,6 % de los casos, distribuidos así: 8,55 % fueron LIE de alto grado y 27,1 % LIE de bajo grado. La lesión intraepitelial se refiere a lesiones confinadas al epitelio cervical parcial o total, cuyas células con diversos grados de anomalías de diferenciación y maduración tienen características morfológicas, genéticas y metabólicas similares a las células cancerosas (10), las cuales pueden tener una alta tasa de regresión espontánea y bajo porcentaje de persistencia o progresión (8). Se estima que en las últimas décadas se ha presentado un significativo aumento en la incidencia y diagnóstico de las lesiones intraepiteliales, con una progresiva disminución de los casos de enfermedad invasora. Ello podría deberse a la aplicación de programas de detección basados en la citología exfoliativa, así como a un aumento de la población en riesgo debido a los cambios en los hábitos sexuales de la población (inicio precoz de las relaciones sexuales) (12).

Se ha establecido la historia natural de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) y sus implicaciones en la etiología del cáncer de cérvix invasivo, así como de la evolución de la neoplasia intraepitelial cervical (9); es reconocido que el VPH está presente en el 99,7 % de los casos de cáncer cervicouterino (13) y son las lesiones intraepiteliales de bajo grado las manifestaciones cervicales citopatológicas de infección por VPH en la zona de transformación cervical (14); el virus puede ser adquirido poco después de la primera relación sexual, siendo en adolescentes una infección transitoria que puede resolverse entre 8 y 24 meses (9); aunque también se ha establecido alguna asociación entre vaginosis bacteriana e infección por VPH (15). En nuestra serie, el LIE de bajo grado se encontró en todos los grupos de edades, no así el LIE de alto grado, que fue más frecuente en el grupo de 46-52 años. Ello no se corresponde con el estudio realizado por Illade en 2010, quien reporta mayor frecuencia de LIE de bajo grado en jóvenes (12). Se ha estimado que el LIE de alto grado alcanza su máxima incidencia en la tercera y cuarta década de vida, mientras que el carcinoma tiene una incidencia mayor en la cuarta y quinta, o sea que es raro una lesión de alto grado de cuello uterino después de los 50 años (16).

El 6,8 % de las biopsias de cérvix fueron reportadas como lesiones cancerígenas: una paciente de 37 años; los casos restantes tenían 67 y 68 años. Ello se corresponde con el estudio realizado por Echelman, quien indica que el cáncer de cérvix es más frecuente en mujeres mayores de 50 años (3); sin embargo, otros autores reportan mayor frecuencia en pacientes jóvenes (17, 12).

Muchas de esas biopsias fueron dirigidas bajo visión colposcópica. Se ha cuestionado la precisión diagnóstica de las biopsias cervicales guiadas por colposcopia (18). Pretorius et al. reportan que el 23 % de mujeres con NIC II ectocervical podrían no ser diagnosticadas por colposcopia, y por ello sugieren la toma de biopsia al azar en todas las pacientes y los meridianos de las 12 y 6 del reloj (19). Otros autores consideran que el papel de la colposcopia es fundamental en la evaluación preoperatoria de patología cervical, ya que permite evaluar la relación existente entre la lesión, endocérvix y la unión escamo-columnar (20).

La cervicitis crónica no específica fue una lesión no neoplásica muy común, constituyó el 32,2 % de los casos estudiados. Se presentó en edades de 32 a 59 años, y no afectó a las adultos jóvenes, en los que predominaron las lesiones intraepiteliales sugestivas de infección por VPH. Se puede observar cierto grado de inflamación cervical prácticamente en todas las mujeres adultas multiparas y en muchas nulíparas, y son escasas sus consecuencias clínicas (1). La cervicitis crónica se asocia a una alteración de la flora microbiana, que a su vez pudiera estar relacionada con alguna alteración hormonal (21, 22) y no necesariamente a una enfermedad de transmisión sexual (23). Woods en un estudio con pacientes con cervicitis que el 60,5 % de los casos correspondía a cervicitis inespecífica y el 39,5 % a cervicitis más enfermedad de transmisión sexual (23).

Otra lesión no neoplásica fueron los pólipos endocervicales, que estuvieron en 15,25 % de los casos en las edades entre 39-59 años. El pólipo, que es una tumoración inflamatoria relativamente inofensiva del cuello ute-

rino, aparece en 2-5 % de las mujeres adultas (1). En 2011 Esim encontró malignidad en el 0,01 % de los casos que correspondían a metástasis del endometrio. Los pólipos cervicales suelen aparecer alrededor de los 50 años y en multíparas (24). Son relativamente frecuentes, sobre todo en mujeres multigrávidas. Rara vez se identifican antes de la menarquia, y son excepcionales después de la menopausia (25). No obstante todo lo anterior, el riesgo de malignidad se incrementa con la edad de la paciente (26).

El caso de miomatosis correspondió a un mioma abortado.

REFERENCIAS

- (1) Crum C. Aparato genital femenino. En: Cotran R, Kumar V, Collins T. *Robbins. Patología estructural y funcional*. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
- (2) Cirion G, Herrera M, Sanabria J. Correlación cito-histológica de las lesiones premalignas malignas de cuello uterino. *Rev Ciencias Médicas* 2010; 14 (1): 92-103.
- (3) Echelman D, Feldman S. Management of Cervical Precancers: A Global Perspective. *Hematol Oncol Clin N Am* 2012; 26: 31-44.
- (4) Puente R, Guzmán S, Israel E, Carpio D. Traquelectomía: Una alternativa terapéutica para conservar la fertilidad en el cáncer cérvico-uterino inicialmente invasor. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(2):92-99.
- (5) Torriente S, Valdez O, Villareal A, Borrego R. Correlación colpohistológica en las pacientes portadoras de neoplasia intraepitelial cervical tratadas con radiocirugía. *Rev Cubana Obst Ginecol* 30(1):23-41.
- (6) López O, Peña J, Paternina A, Pinedo L. Prevalencia de anormalidades citológicas del cuello uterino en pacientes atendidas en el Centro de Atención Primaria (CAP) de La Esperanza, Cartagena (Colombia), de enero diciembre 2010. *Duazary* 2011; 8: 143-149.
- (7) Omoniyi O, Osasan S, Ojo O. Non-neoplastic diseases of the cervix in Nigerians: A histopathological study African. *Health Sciences* 2006; 6(2): 76-80.
- (8) Alvarado D, Mantilla M. Lesión intraepitelial de bajo grado en endocérvix: conducta. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2009; 69(1):41-47.
- (9) Romero I, Ceballos C, Monterrosa A. Lesiones premalignas y malignas de cérvix en adolescentes y mujeres jóvenes. Clínica de Maternidad Rafael Calvo, Cartagena. *MedUNAB* 2009; 12:14-18.
- (10) Martínez Y, Sarduy M. Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical. *Rev Cubana Invest Biomed* 2006;25(1):
- (11) Duarte-Franco E, Franco E. Cancer of the Uterine Cervix. *BMC Women's Health* 2004; 4 (Suppl 1):S13.
- (12) Nazzal O, Reiner M, Abarzúa A, Liendo R, Palma C. Patología preinvasora del cérvix. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2003; 68(3): 189-196.
- (13) Jaime J, Ili G, Brebi P, García P, Capurro I, Guzmán P et al. Detección y tipificación de virus papiloma humano en lesiones preneoplásicas de cuello uterino. *Rev Med Chile* 2010; 138: 1343-1350.
- (14) Illades-Aguilar B, Alarcón-Romero L, Antonio-Vejar A, Zamudio-López N, Sales-Linares N, Flores-Alfaro E et al. Prevalence and distribution of human papillomavirus types in cervical cancer, squamous intraepithelial lesions, and with no intraepithelial lesions in women from Southern Mexico. *Gynecologic Oncology* 2010; 117: 291-296.
- (15) Gillet E, Meys J, Verstraelen H, Bosire C, De Sutter P, Temmermar M et al. Bacterial vaginosis is associated with uterine cervical human papillomavirus infection: a meta-analysis. *BMC Infectious Diseases* 2011; (11): 10.

- (16) Tamayo T, De la Torre A, Varona J, Borrego J, Areces G. Relación colpohistológica en lesiones de cuello de alto grado. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2010; 36(3): 422-32.
- (17) Vasallo N, Peña A, Rodríguez A. Tumores malignos en nuestro medio. Estudio de diez años. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1999; 25:190-3.
- (18) Zuchna C, Hager M, Tringler B et al. Diagnostic accuracy of guided cervical biopsies: a prospective multicenter study comparing the histopathology of simultaneous biopsy and cone specimen. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:321.e1-6.
- (19) Pretorius R, Zhang W, Belison J. Colposcopically directed biopsy, random cervical biopsy, and endocervical curettage in the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia II or worse *Am J Obstet Gynecol* 2004;191: 430e4.
- (20) Fambrini M, Penna C, Fallani M, Marchionni M. Management of cervical intraepithelial neoplasia: the role of Biopsy. *Internat J Gynecol Obstet* 2003; 82: 219-220.
- (21) Dolgushini II, Chernykh S, Dolgushina V. [Hormonal correction of the resident microflora of the vagina and uterus cervix in women with chronic cervicitis]. *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol* 2001; (4):100-4.
- (22) Bhandari H, Malhorta S, Sharma M, Kumar B. Microbial flora of women with chronic cervicitis. *J Indian Med Assoc* 2000; 98(7):384-6.
- (23) Woods J, Bailey S, Hensel D, Scurlock A. Cervicitis in Adolescents: Do Clinicians Understand Diagnosis and Treatment? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011; 24: 359e364.
- (24) Sim BuyukBarak E. Cervical polyps: evaluation of routine removal and need for accompanying D&C. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 283(3): 581-4.
- Esim Buyukbayrak E, Karageyim Karsidag AY, Kars B, Sakin O, Ozyapi Alper AG, Pirmoglu M, et al Cervical polyps: evaluation of routine removal and need for accompanying D&C. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 283(3): 581-4.
- (25) De Palo G, Dexeus S, Chanen W. *Patología y tratamiento del tracto genital inferior*. 2ª ed. Barcelona (España); 2007.
- (26) Schnatz P. Cervical polyps in postmenopausal women: is there a difference in risk? *Menopause* 2009; 16(3): 524-8.