CONTENIDO
- Abstract
- PDF
- Comentarios
- Título
- Resumen
- Introducción
- Material
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Referencias
- Imágenes

COMUNICACIONES

CORRELACIÓN CITOHISTOLÓGICA EN LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES, COMO MÉTODO DE CONTROL DE CALIDAD EN EL LABORATORIO DE CITOLOGÍA.

P. San Miguel, C. Gómez, M. Reguera, C. Canal, C. Álvarez, I. Antón, J. A. Ortiz-Rey, A. de la Fuente.

Centro Médico POVISA. Vigo, Pontevedra, España.

IV-CVHAP 2001 COMUNICACIÓN-E - 021

Fecha recepción: 01/02/2001
Fecha publicación: 14/04/2001
Evaluación: Ver "Taller de Citopatología"

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El Colegio Americano de Patólogos propone diversos métodos para el control de calidad en los laboratorios de citología. Uno de estos métodos consiste en comparar los diagnósticos de las citologías y biopsias con la finalidad de valorar la correlación citohistológica en los distintos grados de lesión intraepitelial escamosa así como las causas de los falsos positivos, sobrediagnósticos e infradiagnósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde Enero de 1988 hasta Noviembre de 1999 44.932 citologías cervicovaginales han sido diagnosticadas en nuestro servicio. Durante este periodo, 342 (0.76%) mujeres han tenido alguna citología diagnosticada de lesión intraepitelial escamosa (SIL) y 217 (0.48%) tenían al menos una biopsia de cervix. Nosotros hemos revisado retrospectivamente todas las citologías y biopsias de las pacientes con SIL y hemos clasificado las discrepancias diagnósticas en: error de screening en la citología, error de interpretación en la citología, error de muestreo en la citología y error en el diagnóstico de la biopsia.

RESULTADOS: La edad media de las pacientes de nuestro estudio fue de 40 años (edades comprendidas entre los 18 y 78 años).El 75% (164/217) de las citologías diagnosticadas de SIL fueron confirmadas. Hubo 124 verdaderos positivos, 33 casos infradiagnosticados y 60 casos sobrediagnosticados (falsos positivos). El error más frecuente fue el error de muestreo (55%), seguido del error de interpretación (29%) y screening

(16%). No se detecto ningún error en el diagnóstico histológico.

CONCLUSIÓN:

- La correlación citohistológica es un buen método para el control de calidad en los laboratorios de citología.

- El error más frecuente en nuestra serie es el error de muestre seguido del error de interpretación y de screening respectivamente.

- La correlación citohistológica es mayor en las lesiones con displasia de alto grado que en las de bajo grado.

Palabras clave: control de calidad | citología cervico vaginal | error de interpretación | error de muestreo

IMÁGENES

Tabla 1 : Clasificación según el Sistema Bethesda
Tabla 2 : Sistema de clasificación de los distintos tipos de errores en la revisión diagnóstica.
Tabla 3 : Resultados
Tabla 4 : Correlación cito-histológica

Para consultar las tablas ir a la versión on-line

INTRODUCCIÓN

La citología cervicovaginal es actualmente la técnica diagnóstica más efectiva para la prevención y detección de lesiones pre y cancerosas de cérvix (1, 2). Sin embargo, actualmente todavía existe un cierto grado de discordancia en la correlación cito-histológica. Por este motivo el Colegio Americano de Patólogos propone diversos métodos para el control de calidad en los laboratorios de citología (3-11). Uno de estos métodos consiste en comparar los diagnósticos de las citologías y biopsias (12) con la finalidad de valorar la correlación cito-histológica en los distintos grados de lesión intraepitelial escamosa (SIL) así como intentar conocer las causas de falsos positivos, sobrediagnóstico e infradiagnósticos (13).

En este estudio, hemos realizado una revisión de todas los casos diagnosticados en la citología como SIL entre Enero de 1988 y Noviembre de 1999 en los que no se demostró concordancia diagnóstica con la biopsia. También hemos realizado revisión de las correspondientes biopsias de estas pacientes y hemos intentando determinar el porcentaje de nuestros errores diagnósticos, los motivos de estas discrepancias, así como comparar nuestros resultados con los de la literatura nacional e internacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos todos los casos diagnosticados de SIL en el Servicio de Anatomía Patológica del Centro Médico POVISA de Vigo (Pontevedra) desde el 1 de Enero de 1988 hasta el 30 de Noviembre de 1999, en los que no se demostró correlación cito-histológica. Se realizó también seguimiento de las biopsias correspondientes a estas pacientes.

Durante este intervalo de tiempo se estudiaron en nuestro servicio 44.932 citologías cérvico-vaginales de las cuales 342 mujeres (0.76%) tenían alguna citología que fue interpretada como SIL y en 217 casos (0.48%) tenían al menos una biopsia cervical diagnóstica. Como sistema diagnóstico de clasificación se empleó los propuestos por el Sistema Bethesda (**Tabla I**). Nosotros revisamos todos las citologías diagnosticadas de SIL con discrepancia diagnóstica entre la citología y la biopsia y fueron clasificados según el tipo de discordancia diagnóstica como: error de muestreo, error en el diagnóstico de la citología (error de interpretación y de screening) y error en el diagnóstico de la biopsia (**Tabla II**). Las discrepancias diagnósticas fueron clasificadas en infradiagnósticos y sobrediagnóstico / falsos positivos.

RESULTADOS

En este estudio 342 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 78 años (media=40 años), tenían al menos una citología diagnosticada de SIL en nuestro hospital. La edad media de las pacientes diagnosticadas de displasia de bajo grado (LSIL) fue de 35 años (rango: 19-59 años) y la de las pacientes diagnosticadas de displasia de alto grado (HSIL) fue de 43 años (rango: 18-74 años). De estas 342 mujeres 217 (63%) tenían una biopsia de cérvix diagnóstica.

En las biopsias se confirmó el diagnóstico de displasia en el 75% de los casos. De las 81 citologías diagnosticadas de LSIL en 34 casos (42%) se diagnosticó de cambios reactivos en la biopsia, en 29 casos (36%) se diagnostico de LSIL en la biopsia y en 18 (22%)casos se diagnosticó de HSIL en la biopsia. De las 126 citologías diagnosticadas de HSIL en la citología en 14 casos (11%) se diagnosticaron de cambios reactivos en la biopsia, en 12 casos (9.5%) se diagnosticaron de LSIL en la biopsia, en 95 casos (75.5%) se diagnosticaron de HSIL en la biopsia y en 5 casos (4%) se diagnosticaron de carcinoma en la biopsia (Tabla III).

Correlación cito-histológica.

En nuestra serie 124 casos fueron verdaderos positivos, 33 casos fueron infradiagnosticados y 60 casos fueron sobrediagnosticados/ falsos positivos. El error más frecuente en este estudio fue el error de muestreo 51 casos (55%), seguido del error de screening con 27 casos (29%) y el error de interpretación con 15 casos (16%). Los diferentes tipos de errores fueron

siempre más frecuentes en las citologías diagnosticadas de LSIL que en las diagnosticadas de HSIL (**Tabla IV**).

En nuestra serie no se demostró en ningún caso error diagnóstico en la biopsia.

DISCUSIÓN

La correlación cito-histológica sigue siendo un buen método para el control de calidad interno en los servicios de anatomía patológica, como así lo abalan nuestro estudio y otros trabajos previos (14-17). No obstante, pensamos que en algunas ocasiones la citología puede ser más representativa que la biopsia. Esto es definitivo en aquellos casos en los que existe un error de muestreo, que es por otra parte el error más frecuente de nuestra serie. Estos datos coinciden con el de otras publicaciones donde el error de muestreo oscila entre el 48-100% de todos los muestreos (14, 17-19).

En nuestra serie el segundo error más frecuente, como en otras series, fue el de screening (14, 17), seguido del error de interpretación. Esto justifica el empleo actual de nuevos métodos de estudios para la citología cervicovaginal, que facilita el screening citológico y que por lo tanto disminuye este error.

Es importante destacar que la correlación cito-histológica fue mayor en las lesiones de HSIL, que en las de LSIL y está diferencia fue estadísticamente significativa (p=0.001), como ya se ha demostrado en otros estudios (17, 20-22). En nuestro trabajo la correlación cito-histológica en las lesiones de alto grado (HSIL) fue del 81% similar a la de otros trabajos (23).

Por último, la discordancia en las lesiones de LSIL fue ligeramente superior en nuestra serie que en otras publicaciones (17, 20). Esto pensamos que puede ser debido a que en nuestra serie el intervalo medio transcurrido entre la citología y la biopsia fue de seis meses, mientras que este intervalo fue inferior en los trabajos anteriormente citados. Nosotros recomendamos en estas pacientes seguimiento citológico y en el caso de que persista la displasia realizar biopsia diagnóstica.

En resumen, recomendamos la correlación citohistológico como control de calidad interno en los servicios de citología, teniendo en cuenta, en determinadas ocasiones la citología puede ser más representativa que la biopsia y que por lo tanto una biopsia negativa no excluye el diagnóstico de displasia.

NOTAS AL PIE DE PÁGINA

Correspondencia: P. San Miguel Fraile. Centro Médico POVISA. Vigo, Pontevedra, España. mailto:netpat@arrakis.es

REFERENCIAS

1. Fonseca, E; Sobrinho-Simoes,M. Diagnostic problems in differenciated carcinomas of thyroid. Path Res Pract 1995,191:1-12.

2. Anderson GH, Boyes DA, Benedet JL, et al. Organisation and results of the cervical cytology screening programme in British Columbia, 1955-85. BMJ 1988; 296: 975-978.

3. Christopherson WM, Scott MA. Trends in mortality from uterine cancer in relation to mass screening. Acata Cytol 1977; 21: 5-9.

4. Mitchell H, Medley G, drake M. Quality control measures for cervical cytology laboratories. Acata Cytol 1988; 33: 288-292.

5. Koss LG. Cytologic evaluation of the uterine cervix. Factors influencing accuracy. Pathological 1982; 36: 401-407.

6. Morell ND, Taylor JR, Snyder RN, et al. False-negative cytology rates in patients whom invasive cervical cancer subsequently developed. Obstet Gynecol 1982; 60: 41-45.

7. The 1988 Bethesda System for reporting cervical-vaginal cytologycal diagnoses: National Cancer Institute Wokshop. JAMA 1989; 262: 931-934.

8. Mclamed MR. Quality control in cytology laboratory. Acta Cytol 1976; 20: 203-206.

9. Okagaki T, Fujimura M, Zellerman D. Information discrimination divergence in cytology: III Optimazation of classification of Papnicolaou smears. Acta Cytol 1991; 35: 30-35.

10. Koss LG. The Papanicolaou test for cervical cancer detection: a triumph and a tragedy. JAMA 1989; 261: 737-743.

11. Carney CN. Quality control in cytopathology: a system for simultaneous monitoring of accuraty and education and for proficiency testing. Acta Cytol 1984; 28: 535-540.

12. van der Graaf Y, Vooijs GP. False negative rate in cervical cytology. J Clin Pathol 1987; 40: 438-42.

13. Commission on Laboratory Accreditation. 1994 Inspection Checklist: Cytopathology, Northfield. III: College of American Pathologist; 1994,

08.4025, 08.4027, 08.4035, 08.4040.

14. US DEPARTMENT OF Labor. Occupational Health and Safety Administration. Laboratory requirements. Condition: Cytology. Federal Register 1992; 57 (Feb28): 7169.

15. Dodd LG, Sneige N, Villareal et al. Quality-assurance study of simultaneous sampled, non-correlating cervical cytology and biopsies. Diagn Cytopathol 1993; 9: 138-144.

16. Joste NE, Crum CP, Cibas ES. Cytologic/histologic correlation for quality control in cervical cytology. Am J Clin Pathol 1995; 103: 32-34.

17. Tritz DM,Weekes JA, Spires SE, et al. Etiologies for non-correlating cervical cytologies and biopsies. Am J Clin Pathol 1995; 103: 594-597.

18. Jones AB, Noveis DA. Cervical biopsy-cytology correlation. A college of Americam Pathologists Q-Probes Study of 22439: Correlations in 348 laboratories. Arch Pathol Lab Med 1996; 120:523-531.

19. Rohr R. Quality assurance in gynecologic cytology. Am J Clin Pathol 1990; 94: 754-758.

20. Joseph MG, Cragg F, Wright VC, Kontozoglou TE, Downing P, Marks FR. Cyto-histological correlates in a colposcopic clinic: a 1 year prospective study. Diagn Cytopathol 1991; 7: 477-481.

21. Sodhani P, Singh V, Das DK, Bhambhani S. Cytohistological correlation as a measure of quality assurance of a cytology laboratory. Cytopathology 1997.

21. Renshaw AA, Granter SR. Appropiate follow-up interval for biopsy confirmation of squamous intraepithelialk lesions diagnosed by cervical smear cytology. Am J Clin Pathol 1997; 108: 275-279.