



## Revisión

# El curetaje endocervical, ¿es o no útil?

**Ma. Consuelo Carrillo Martínez\***

### Resumen

El estándar de oro en la valoración de la patología cervical es el estudio colposcópico; sin embargo, encontramos al curetaje endocervical (CEC) como herramienta de apoyo para el diagnóstico de atipias cervicales, aunque su uso es controvertido. Se menciona que debe ser parte del manejo de la citología anormal; otros recomiendan su realización antes del cono diagnóstico del cuello de útero. En citologías con reporte de células atípicas glandulares (AGC) o adenocarcinoma *in situ* (AIS) la realización del CEC debe ser rutinario, quedando sólo por establecerse el momento ideal para su realización.

**Palabras clave:** Curetaje endocervical, colposcopia, atipia de células glandulares.

### Abstract

*Colposcopy is the golden standard in the evaluation of cervical pathology. However we find endocervical curettage (ECC) as a diagnostic tool for studying cervical atypia even though its use is uncertain. Some authors establish that it should be part of the protocol in abnormal cytology, others recommend it before a cervical diagnostic cone. In cytologies with atypical gland cells (AGC) or adenocarcinoma *in situ* (AIS) ECC should be a routinary procedure, only pending to establish when to perform it.*

**Key words:** Endocervical curettage, colposcopy, atypical gland cells.

El manejo estándar para la paciente con citología anormal es la referencia a examen colposcópico. Los criterios para una colposcopia satisfactoria son:

- 1) Visualización completa de la zona de transformación (ZT) y la unión escamo-columnar (UEC).
- 2) Clara definición de la extensión de la lesión cervical.

Al inicio de la colposcopia, eran la crioterapia y la vaporización láser las únicas técnicas para el manejo de neoplasia intraepitelial cervical (siglas en inglés Cervical Neoplasia Intraepithelial CIN). En 1981, Townsend y Reichert publicaron series de cáncer invasor postcrioterapia.<sup>1</sup> Concluyeron que muchas de estas pacientes habían sido inadecuadamente evaluadas antes de la crioterapia y que tenían cáncer cervicouterino (CaCu) no reconocido por el colposcopista o tenían CaCu en

canal endocervical fuera de la inspección colposcópica. De ahí que ellos recomendaran el curetaje endocervical (CEC) como una manera de reducir el riesgo de fallas terapéuticas por tratamientos ablativos en mujeres con CaCu no diagnosticado. Como resultado, el curetaje endocervical negativo se convirtió en un requerimiento previo a la terapia ablativa.<sup>2-6</sup> Actualmente la mayoría de los colposcopistas le confieren al CEC un valor limitado con indicaciones precisas. Además, en la actualidad es menor el uso de tratamientos ablativos que se realiza.

Una de las razones de las tasas de falsos negativos por la técnica colposcópica es la presencia de CaCu en canal endocervical que no se visualiza durante el examen colposcópico.<sup>7,8</sup> Para prevenir esto se introdujo el CEC rutinario en el examen colposcópico y fue apoyado por algunos; un CEC «normal» o negativo

\* Médico Ginecoobstetra y Colposcopista. Hospital Nacional Homeopático, SSA.

Correspondencia:  
 Ma. Consuelo Carrillo Martínez  
 Baja California 146-601 Col. Roma Sur C.P. 06760 México D.F.  
 E-mail: consuelo@ginecofertil.com

proporcionaba la seguridad de que una lesión endocervical neoplásica no estaba presente; en presencia de colposcopia no satisfactoria (no se identifica la lesión en el canal endocervical).<sup>9</sup> Actualmente el CEC no es necesario en la rutina de la técnica colposcópica debido a que no realizarlo no influye en la precisión diagnóstica.<sup>10-12</sup> Ahora los procedimientos excisionales se practican comúnmente en presencia de colposcopia no satisfactoria al momento del diagnóstico o tratamiento.

El objetivo del CEC es confirmar la patología en el canal endocervical. Un CEC negativo no excluye una neoplasia de la lesión endocervical; su tasa de falsos negativos es 50% cuando se compara con el cono diagnóstico;<sup>13</sup> además, un CEC negativo requiere de un cono,<sup>14</sup> ya que su valor predictivo negativo es bajo: 27%<sup>25</sup> (*Cuadro 1*).

El CEC ha sido utilizado como un método de detección para adenocarcinoma *in situ* (AIS), pero más frecuentemente en células atípicas glandulares (AGC). El CEC, durante la colposcopia diagnóstica o previo al cono diagnóstico, tiene una tasa de falsos negativos que va desde 10 al 68%, con media de 48%, lo que reduce su utilidad diagnóstica, particularmente en AIS. Cuando se sospecha lesión glandular por citología, CEC o colposcópicamente y principalmente en biopsia (Bx) con reporte histopatológico (HPT), se debe realizar un cono diagnóstico,<sup>15</sup> lo que es sugerido por varios autores y en base al resultado proceder al tratamiento de acuerdo a los lineamientos. Durante el seguimiento postoperatorio con CEC, su valor es limitado por las tasas de falsos negativos amplias; sólo es útil en mujeres tratadas conservadoramente, el cual se realiza en aquellas que tienen cono diagnóstico con márgenes negativos (M-) y CEC negativo al momento de éste. El control se lleva durante 1-2 años con citología y CEC cada 3-6 meses.

Con la nueva clasificación de la terminología de Bethesda de atipias glandulares de significado desconocido a AGC, las mujeres con atipia glandular persistente, a favor de proceso neoplásico, o con atipias escamosas de significado desconocido (AS-CUS) concomitante tienen mayor posibilidad de desarrollar enfermedad, requiriendo mayor vigilancia, incluyendo cono diagnóstico si la evaluación inicial es negativa. En mujeres con AGC, se realiza colposcopia con biopsia dirigida y curetaje endocervical.<sup>26</sup>

Un reporte de metaanálisis sobre AIS con respecto a los factores predictivos sobre la persistencia o recurrencia de la presencia de CEC positivo.<sup>16</sup>

Un estudio concluye que el CEC positivo realizado inmediatamente posterior al cono en neoplasia cervical intraepitelial (CIN) con márgenes positivos (M+), es factor predictivo para la persistencia de CIN 2 ó 3 residual; y en mujeres mayores de 30 años es predictivo de la

presencia de CaCu, afirmando que se reporten los márgenes y se realice rutinariamente CEC durante el cono diagnóstico.<sup>17</sup>

La localización del margen afectado, endo o ectocervical, se asocia con mayor riesgo de enfermedad residual. El margen endocervical está más afectado que el ectocervical, relacionándose con la enfermedad residual (*Cuadros 2 y 3*). El seguimiento conservador en M+ se recomienda el CEC, en M+ por lesiones escamosas intraepiteliales (SIL); la mayoría durante el control remiten.<sup>18</sup> Esta conducta no es aplicable para AIS, proponiéndose el CEC y valoración conjunta de los márgenes. Varios autores reportan mayor riesgo de enfermedad residual cuando los márgenes endocervicales de CEC son positivos para SIL.<sup>19</sup> El valor predictivo independiente del CEC no es preciso comparado con márgenes quirúrgicos; gran porcentaje de mujeres con CEC positivo, durante la excisión, tienen enfermedad residual y mujeres con M+ tienen mayor riesgo de CEC positivo.<sup>19-21</sup> Un reporte mostró riesgo mayor de CaCu (31%), en mujeres ≥ de 50 años, con CEC positivo durante el cono con bisturí o frío.<sup>21</sup>

El CEC en el cono con asa por electrotomía<sup>22</sup> se dificulta su interpretación HPT por los efectos térmicos en la pieza quirúrgica. Se reporta que el uso de CEC con asa predice confiablemente la presencia de SIL persistente.<sup>19</sup> Otros 2 estudios no encontraron diferencias en la tasa de fallas para CEC positivo o negativo después del cono con asa. En AIS se informa que el

**Cuadro 1.** Curetaje endocervical de displasia en el canal (87 casos).<sup>25</sup>

	Curetaje endocervical %	P
Sensibilidad	55	< 0.001
Especificidad	75	0.02
Valor predictivo positivo	91	0.48
Valor predictivo negativo	27	0.14
Rango falsos positivos	50	0.14
Rango falsos negativos	45	< 0.001

**Cuadro 2.** Márgenes afectados endocervical, ectocervical y enfermedad residual.

Autores	Proporción de M+ con enfermedad residual			
	Endocervical		Ectocervical	
	No.	%	No.	%
SIL				
Murdock (1992)	10/106	9.4%	2/26	7.7%
Peterson (1992)	22/29	76	4/6	67
Lapaquette (1993)	36/76	47	2/15	13
Lopes (1993)	9/75	12	2/56	3.6

M+ (Márgenes positivos)

**Cuadro 3.** Curetaje Endocervical y estado del margen con respecto a enfermedad residual.

Autores	No.	(%)	CEC No.	(-) (%)	(-) No.	(-) (%)	(-) No.	(+) (%)	Márgenes de CEC			
									(+) No.	(-) (%)	(+) No.	(+) (%)
<b>SIL</b>												
Félix (1994)	3/42	(7.1)	10/15	(66.6)	1/38	(2.6)	2/4	(50)	1/3	(33)	9/12	(75)
Husseinzadeh (1989)	12/48	(25)	26/35	(74)	3/19	(16)	9/29	(31)	2/5	(40)	24/30	(80)
Roman (1997)	15/30	(30)	13/25	(52)	4/26	(15)	11/22	(50)	1/1	(100)	11/21	(52)
Denehy (1997)	18/27	(66)	10/13	(77)	2/4	(50)	3/4	(75)			4/5	(80)
Goldstein (1998)	10/42	(24)	6/6	(100)								

CEC (Curetaje endocervical)

CEC tiene un alto valor positivo predictivo, pero su significado es limitado cuando es negativo.<sup>23</sup>

Permanece incierto el valor de la evaluación citológica, colposcópica y HPT después de la biopsia excisional para la evaluación de enfermedad residual o recurrente. El manejo conservador después de la biopsia excisional incluye citología, ya sea sola o acompañada de CEC y/o colposcopia. En cono con márgenes negativos (M-) para SIL, se repite la citología semestralmente hasta obtener 3 citologías normales. La detección de enfermedad residual en mujeres con M- muestra una frecuencia de 0 a 10%.

Durante la biopsia excisional, el CEC es utilizado como método para predecir enfermedad persistente o recurrente. Aún no está claro el valor predictivo independiente del CEC en comparación con los márgenes quirúrgicos. En cono con asa más profundo a nivel endocervical logra mayor información definitiva que CEC. La afección del margen endocervical se asocia con mayor recurrencia que los márgenes ectocervicales afectados. Si el margen endocervical se encuentra afectado, el seguimiento conservador debe incluir colposcopia, citología y CEC en la primera visita de control. La citología sola puede ser suficiente en las escisiones para SIL con M-.

En mujeres con CIN tratadas con cono, M - y CEC negativo, hay bajo riesgo de presentar lesión residual. Si los M+ o el CEC post-cono reporta SIL de bajo grado (LSIL) o alto grado (HSIL) el riesgo de lesión residual es alto y requiere la realización de una reconización antes de plantear tratamiento definitivo<sup>27</sup> para descartar CaCu oculto. Un segundo cono puede ser necesario en ciertas situaciones; en microinvasión con SIL en márgenes quirúrgicos, en M+ para AIS se repite la excisión antes de realizar tratamientos conservadores o hysterectomía para descartar un CaCu.<sup>28</sup>

Después de la biopsia excisional, el manejo se elevará de acuerdo al estado de los márgenes. En SIL con M-, se repite la citología semestralmente hasta obtener 3 resultados normales. En lesiones glandulares se realiza colposcopia, citología y CEC.<sup>29,30</sup>

## CONCLUSIONES

El CEC aún no está definido como uso rutinario durante la colposcopia. Son muchas y variadas las opiniones de los diversos autores con respecto al momento en el que debe realizarse éste, si debe utilizarse en forma única o incluyendo otros parámetros y no forma parte de todos los protocolos de estudio colposcópico.

El CEC diagnóstico en SIL es controvertido, pero aporta información valiosa, principalmente cuando forma parte de un protocolo de estudio aunado al reporte de márgenes quirúrgicos, particularmente en el manejo de las AGC, AIS y HSIL.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Townsend DE, Richart RM, Marks E et al. Invasive cancer following outpatient evaluation and therapy for cervical disease. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 145-149.
2. Kwikkel HJ, Bezemer PD, Helmerhorst TJ et al. Predictive value of a positive endocervical curettage in diagnosis and treatment of CIN. *Gynecol Oncol* 1986; 24: 162-170.
3. Grainger DA, Roberts DK, Wells MM et al. The value of endocervical curettage in the management of the patient with abnormal cervical cytologic findings. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 625-628.
4. Hatch KD, Shingleton HM, Orr JW Jr et al. Role of endocervical curettage in colposcopy. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 403-408.
5. Krebs HB, Wheelock JB. Endocervical curettage after cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia. *J Reprod Med* 1985; 30: 379-382.
6. Saltzman DH, Evans MI, Warsof SL et al. Endocervical curettage as a routine part of colposcopic examinations for abnormal cervical cytology. *J Reprod Med* 1985; 30: 871-873.
7. Luesley D. Standards and quality in colposcopy. NHSCSP Publication, 1996.
8. Luesley D, Leeson S. Colposcopy and programme management. Guidelines for the NHS cervical screening Programme in HNSCSP, Sheffield, 2004.
9. Jafaru A, Quentin D. Endocervical curettage at the time of colposcopic assessment of the uterine cervix. *Obstet and Gynecol Survey* 2005; 60: 315-320.

10. Boon ME, Alons-Van KJJ, Rietveld-Scheffers PE. Consequences of the introduction of combined spatula and cytobrush sampling for cervical cytology. Improving in smear quality and detection rates. *Acta Cytol* 1986; 30: 264-270.
11. Taylor PT Jr, Andersen WA, Barber SR et al. The screening Papanicolaou smear: contribution of the endocervical brush. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 734-738.
12. Toplis PJ, Casemore V, Hallam N et al. Evaluation of colposcopy in the postmenopausal woman. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93: 843-851.
13. Denehy TR, Gregori CA, Breen JL. Endocervical curettage, cone margins, and residual adenocarcinoma in situ of the cervix. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 1-6.
14. Levine L, Luca III JA, Van Dinh T. Atypical glandular cells: New Bethesda terminology and management guidelines. CME Review Article. *Obstet and Gynecol Survey* 2003; 58: 399-406.
15. Krivak TC, Rose GS, Mc Broom JW et al. Cervical adenocarcinoma in situ: A systematic review of therapeutic options and predictors of persistent or recurrent disease. CME review article. *Obstet and Gynecol Survey* 2001; 56 (9): 567-575.
16. Krivak TC. Cervical adenocarcinoma in situ: a meta-analysis of therapeutic options and predictors of persistent or recurrent disease. *Journal of Lower Genital Tract Disease* 2000; 4: 153-163.
17. Prentice ME. The predictive value of endocervical curettage and loop conization margins for persistent cervical intraepithelial neoplasia. *Journal of Lower Genital Tract Disease* 2000; 4: 135-163.
18. Margin status and excision of cervical intraepithelial neoplasia: A review. Lippincott, Williams and Wilkins, Inc. 2000; 55 (8): 520-527.
19. Felix JC, Muderspach LI, Duggan BD et al. The significance of positive margins in loop electrosurgical cone biopsies. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 996-1000.
20. Husseinzadeh N, Shbaro I, Wesseler T. Predictive value of cone margins and post-cone endocervical curettage with residual disease in subsequent hysterectomy. *Gynecol Oncol* 1989; 33: 198-200.
21. Kobak WH, Roman LD, Felix JC et al. The role of endocervical curettage at cervical conization for high-grade dysplasia. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 197-201.
22. Frauchiger WL, De Fries DVS, Cajulis RS et al. The immediate postconization endocervical smear: Evaluation of its utility in the detection of residual dysplasia. *Acta Cytol* 1998; 42: 1139-1143.
23. Wright TC, Gagnon S, Richart RM et al. Treatment of cervical intraepithelial neoplasia using the loop electrosurgical excision procedure. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 173-178.
24. Goldstein NS, Mani A. The status and distance of cone biopsy margins as a predictor of excision adequacy for endocervical adenocarcinoma in situ. *Am J Clin Pathol* 1998; 109: 727-732.
25. Andersen W, Frierson H, Barber S et al. Sensitivity and specificity of endocervical curettage and the endocervical brush for the evaluation of the endocervical canal. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 702-707.
26. Sharpless KE, Schnatz PF, Mandavilli S, Greene JF, Sorosky JI. Dysplasia associated with atypical glandular cells on cervical cytology. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 494-500.
27. Roman LD, Felix JC, Muderspach LI et al. Risk of residual invasive disease in women with microinvasive squamous cancer in a conization specimen. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 759-764.
28. Lapaquette TK, Dinh TV, Hannigan EV et al. Management of patients with positive margins after cervical conization. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 440-443.
29. Bundrick JB, Cook PA, Gostout BS. Screening for cervical cancer and initial treatment for patients with abnormal results from Papanicolaou testing. *Mayo Clin Proc* 1005; 80 (8): 1363-1368.
30. Ioffe OB. Update on the diagnosis of noninvasive cervical glandular neoplasia. *Pathology Case Reviews* 2006; 11 (3): 112-116.