

Valor de la colposcopia en la lucha contra el cáncer de cuello uterino (*)

Eduardo Javier García-Triviño

Médico A. de la Maternidad Provincial de Jaén

El método exploratorio, en Ginecología, a que nos vamos a referir en este trabajo y que nos permitimos traer a la consideración de ustedes, consiste en la visualización del Cervix fundamentalmente y secundariamente de la vagina, a mayor aumento que el ojo desnudo nos lo permite, conseguido esto, mediante el empleo de un medio óptico, interpuesto, entre el órgano a explorar y el ojo del clínico que observa, con el fin de apreciar una serie de lesiones, que pueden aparecer en este órgano y que con una determinada frecuencia suelen terminar en un Carcinoma. Es un método exploratorio, por tanto, que nos presta una inapreciable ayuda en el diagnóstico precoz del cáncer genital, única forma hasta hoy de hacer una terapéutica correcta y efectiva, contra esta enfermedad que desarma al médico y lo hace sentirse impotente, cuando el mal le llega en sus fases más avanzadas.

Fue Hinselman, en 1925, el que inició estos estudios, interponiendo una lupa entre el cervix y el ojo explorador, observando una serie de lesiones que por su pequeño tamaño habían pasado desapercibidas, hasta entonces, y que cobraban una nueva realidad, pudiendo adoptarse ante ellas diversas actitudes: Descartarlas en el acto como peligrosas, difuminando de inmediato el temor que pudieran habernos suscitado; controlarlas el tiempo necesario, hasta que su evolución se hiciese sospechosa de malignidad o, finalmente, biopsiarlas, si esa sospecha fuese inicial.

(*) Conferencia en el Curso sobre Actualizaciones Médico-Quirúrgicas, del Seminario Médico de Jaén. Curso 1967-68

Así nació y en eso se basó esta técnica exploratoria. Han pasado los años y con ellos la idea primitiva de Hinselman se ha ido mejorando; las nuevas técnicas industriales, perfeccionando el simple instrumento inicial y hoy nos encontramos con el magnífico diseño, fácil manejo y correcto acabado, que técnicamente reúne el Colposcopio.

Por lo que respecta al material requerido, para realizar la exploración es el siguiente:

El Colposcopio.—Es un Binocular con una fuente de luz propia, directa, que proporciona aumentos de 13-15 veces, y con una distancia focal de 20 cms. Lleva un filtro verde, que interpuesto, en la luz blanca, proporciona una mejor visualización de los vasos.

Espéculo bivalvo.

Acido acético al 3 % que disuelve el moco cervical y,

Algodón, pinzas y pinza especial para toma de Biopsia.

La técnica exploratoria.

Colocación del espéculo bivalvo que abra y separe bien las paredes vaginales y deje observar en el fondo el cuello uterino. Colocación y encendido del Colposcopio. Toma o no de exudado, para hacer citología complementaria si se cree preciso. Limpieza cuidadosa con ácido acético, del cervix, para disolver el moco existente y hacer más nítidos los detalles a observar. Finalmente, enfoque y visualización.

Algunos autores como Palmer, Mestewelt, Wespi, realizan una tinción con Lugol para observar si hay zonas yodo-negativas, otros, por el contrario, como Botella, Limburg y Cramer, no lo creen necesario y pocas veces lo usan, pues con una buena limpieza con acético, si tienen todas las lesiones accesibles y no proporcionan más datos de interés.

Una vez que hemos descrito, someramente, lo que es la técnica y como se lleva, ésta, a efecto, describiremos, ahora, que tipos de lesiones se visualizan y como se clasifican éstas desde el punto de vista del Colposcopista.

Si recordamos brevemente a disposición de la mucosa cervical, sabemos que está formada por dos tipos de epitelios diferentes: Uno plano, poliestratificado que recubre a la vagina y al cuello; Otro cilíndrico, que recubre el canal cervical. El límite de transición entre uno y otro es, teóricamente, el orificio cervical externo; pues bien, de esta disposición

histológica se desprende que a la visualización del cervix, mediante la colposcopia, encontraremos unos epitelios, fisiológicos como los descritos, y además todas las variantes que la trasgresión de este fisiologismo haya proporcionado, pero todos ellos, tendrán colposcópicamente, un denominador común: Son trasgresiones de la disposición histológica pero no tienen relación alguna con el cáncer.

Por otro lado, nos podremos encontrar con una serie de lesiones que no tienen relación alguna con esta transgresión anatómico-histológica y que fueron biopsiadas de una forma seriada, a medida que se fueron descubriendo con los estudios Colposcópicos y en las que se observó, que su sustrato histológico, no es uniforme, y está constituido por atipias epiteliales benignas, que en algún momento pueden dejar de serlo, o bien, por un carcinoma in situ, ya, o invasor.

Por todo lo expuesto, las imágenes podemos clasificarlas en colposcopia, en:

EPITELIOS TIPICOS	}	Mucosa Originaria	
		Ectopia	
		Reepitelización Típica o zona de transformación	
		Atrofia	
		Colpitis	
EPITELIOS ATIPICOS	}	LEUCOPLASIA	
		EROSIO VERA	
		Reepitelización ATIPICA	
		{	BASE
			MOSAICO

Mucosa originaria.

Representa el estado ideal de la portio, y es totalmente fisiológica. Se trata del Epitelio plano poliestratificado que cubre vagina y cervix, y llega hasta el orificio externo del cuello.

Apesar de ser la forma fisiológica, Mestwert, la encuentra sólo en el 10 % de las mujeres y Botella habla sólo del 5 %; ello es debido a la serie de insultos a los que se ve sometido el cuello, traumático-obstétricos, por contacto mecánico en el coito, o bien, de forma espontánea o congénita, no produciéndose el intercambio de epitelio plano a cilíndrico en el Orificio externo del cuello.

La Ectopia.

Se trata de una invasión hacia fuera, de los límites del epitelio cilíndrico, que invade el terreno que debía ocupar el epitelio plano, haciéndose visible.

La imagen colposcópica, es la del clásico "racimo de uvas". Esta zona, está siempre en estado hipersecretor, por lo que una vez hecho el lavado con ácido acético y disolviéndose el moco, la imagen aparece neta y clara quitándonos dudas, ya que el moco espeso y gleroso, blanuzco y adherente, pudiera hacernos sospechar zonas de leucoplasia.

La ectopia no suele estar vascularizada; si interponemos un filtro verde, en el haz luminoso del colposcopio, que hace resaltar más los vasos, a lo sumo encontrarnos una red capilar tenue, pero si hay grandes arborizaciones vasculares, pueden ser ya sospechosas de un carcinoma, debajo de esta ectopia y hemos de someter a la paciente a un estudio cuidadoso y continuado, citológico y colposcópico.

Este dato de la patología vascular, en el sentido de hipertrofia o alteración en la forma, va a sernos muy útil como iremos viendo.

En la gestación, la ectopia suele ser mucho más amplia pero no hay patología vascular.

La forma de esta ectopia es irregular, generalmente, aunque pueden aparecer límites netos con el epitelio plano poliestratificado.

Desde el punto de vista etiológico, hay tres tipos de ectopia, dos de ellos ya los hemos descrito: la congénita y la traumática. La tercera es la inflamatoria: El endocervix se inflama, produce gran cantidad de moco, que sale al exterior del cuello, y dislacera y traumatiza el epitelio plano, siendo, este área invadida por el epitelio cilíndrico. Trabajos recientes de Ober-Kaufman, intentan demostrar que no es la inflamación la causa primaria, sino que, por circunstancias desconocidas, el epitelio cilíndrico avanzaría, invadiendo al plano, y secundariamente se inflamaría.

Se encuentra, la ectopia según Cramer en el 20 % de los casos y Botella la encuentra en un 35 %.

Reepitelización típica o Zona de transformación.

Ya hemos visto lo que es el epitelio típico; como el cervix está cubierto de él, hemos hablado de como éste, puede ser invadido por el epitelio cilíndrico; ahora hablaremos de lo que pudiéramos denominar co-

mo la contraofensiva y de como la naturaleza trata de subsanar este estado no fisiológico, de revestimiento de epitelio cilíndrico, en donde debía haber epitelio plano poliestratificado. Este estado no fisiológico se intenta subsanar por la naturaleza mediante la REEPITELIZACION.

Según lo ya dicho hace muchos años por Roberto Meyer, el epitelio plano envía prolongaciones sobre el cilíndrico invasor, tratando de recuperar el terreno que ha perdido y que fisiológicamente le corresponde; de esta forma, se inician unas lengüetas en forma de banda gruesa y de disposición radiada que cubre al epitelio cilíndrico. A colposcopia se aprecia una zona de ectopia, con sus "clásicas uvitas", y otras de color discretamente azulado que los invaden. Hay, igualmente, una red vascular abundante, debida a la "hiperactividad del tejido". Las glándulas profundas del epitelio cilíndrico, pueden ser tapadas por el epitelio plano y la secreción de éstas, quedar sin salida, formando una protuberancia, revestida de epitelio plano que se denomina: Huevo de Naboth. Su imagen Colposcópica es la de una zona de ectopia, revestida de epitelio plano, que en una zona está elevada, es de color azulado y corresponde a lo que antes hemos indicado como huevo de Naboth.

No queremos entrar en más consideraciones, sobre la forma que tiene la naturaleza, de separar esta invasión de epitelio cilíndrico en la Portio. Las teorías al respecto de Roberto Meyer y las actuales de metaplasia indirecta, o sea, de la existencia de células de reemplazo, germinativas o prosoplasia en el decir de Flhuman, que serían iguales, a las que en un principio de la vida darían lugar al epitelio endocervical, endometrial y del endosalping, que en un momento determinado, darían origen a epitelio plano. Las consideraciones sobre este tema, repito, no son del caso y harían demasiado larga la exposición.

Finalmente, no queremos dejar de indicar, el valor de la colposcopia al descubrir una zona de ectopia sangrante, que al ojo desnudo del clínico, le hace entrar en consideración de que se trate de una "Cervicitis" sospechosa" y la exploración colposcópica, descubre que se trata sólo de una ectopia con zonas de reepitalización y vasos típicos, que se han roto, con la introducción del espéculo o cualquier otra maniobra exploratoria.

La Atrofia.

De todos es conocido el efecto de los estrógenos en el mantenimiento y maduración del epitelio vaginal; lógicamente si en un momento deter-

minado de la vida, bien por cese fisiológico del ritmo ovárico (caso del climaterio) o bien por castración (quirúrgica o radioterápica): el epitelio inicia su atrofia. Hay disminución de grosor de las capas celulares. ausencia del glucógeno en la zona intermedia y todo ello trae consigo, la atrofia del epitelio.

Colposcópicamente nos encontramos con una mucosa que ha perdido ese sonrosado clásico, de la mucosa originaria, adquiere un color blancuzo, destacándose con facilidad redes vasculares, capilar, que son mejor visualizados, debido a la disminución de grosor de los estratos celulares.

La Colpitis.

La capacidad defensiva del medio vaginal puede encontrarse alterada, en detrimento de ésta, y como consecuencia de ello, darse paso a la infección. Cuando esto sucede, colposcópicamente hay dos imágenes características: La colpitis sobre una atrofia senil y la colpitis tricomoníásica.

La imagen de la primera se caracteriza por los datos que antes se han dado al hablar de la atrofia y sobre la que aparece un punteado rosáceo que se extiende de forma homogénea.

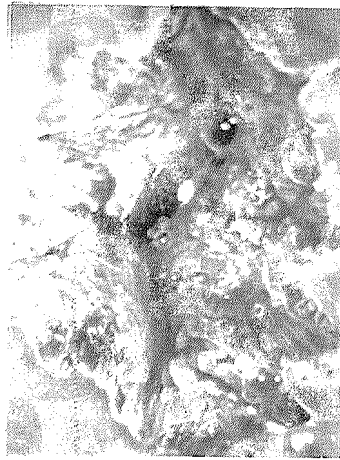
En la segunda, latricomoníásica, a las características del punteado homogéneo rosáceo, se le agrupa un típico burbugeo de aire, un flujo fluido, junto con los caracteres de la inflamación, tales como hemorragias puntiformes etc.

El otro grupo de lesiones que vamos a considerar ahora, LOS EPI-TELIOS ATÍPICOS, tienen todos ellos como denominador común, el guardar una relación más o menos directa con el cáncer de cuello de útero. Su substrato histopatológico, estudiado de forma seriada, ha demostrado que en unas ocasiones existe cierto grado de atipias epiteliales benignas, pero que en un cierto momento, pueden tomar derroteros de "hiperactividad de la basal" o "inquietud epitelial" y terminar en un carcinoma *in situ*, o bien, se trata ya de auténticos carcinomas *In situ* o Invasor.

Por tanto ante una imagen como las que vamos a describir, la biopsia selectiva se impone y si ésta es negativa, la vigilancia periódica la paciente con o sin ayuda de la citología (mejor con ella), ha de ser nuestra norma de conducta.



1.—Mucosa Originaria.



2.—Ectopia.



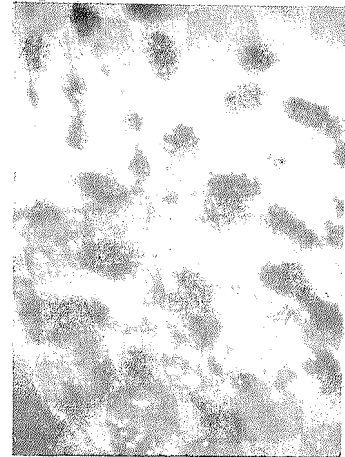
3.—Zona de Transformación.



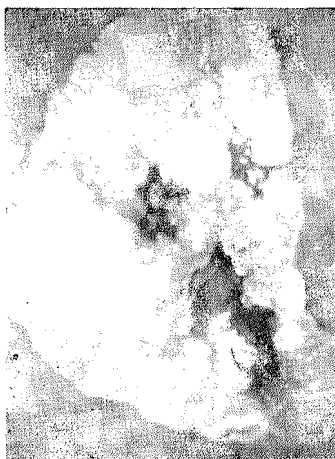
3 bis.—Zona de Transformación (reepitelización típica)



4.—Atrofia.



5.—Colpitis.



6.—Leucoplasia.



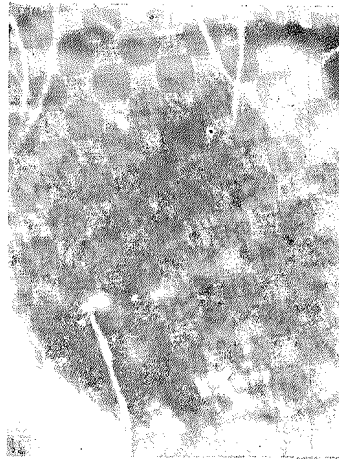
7.—Leucoplasia y carcinoma exofítico.



8.—Mosaico.



9.—Erosio Vera.



10.—Ulcera Carcinoma.



11.—Carcinoma exoffitico inicial con abundante red capilar.



12.—Carcinoma exoffitico.

La Leucoplasia.

Es la única lesión que, cuando es grande, se puede diagnosticar a ojo desnudo, pero hay muchas veces, que en el cervix, empieza a formarse una leucoplasia, y que aún, es invisible a la visualización directa y sin embargo, no lo es, al estudio detenido del colposcopio.

Se trata de una Cornificación patológica, que origina un aumento de grosor, de la capa superficial y basal del epitelio. Su aspecto es el de una mancha blanca y que según sea el espesor, presenta más o menos irregularidades, llegando en el grado máximo al aspecto papilar.

Existen dos variantes de ella misma, que son la BASE y el MOSAICO, originadas por el desprendimiento de la capa más superficial de esta leucoplasia.

LA IMAGEN COLPOSCOPICA DE LA BASE, es el de una zona reducida de contornos nítidos, de aspecto blanco o rosado y sobre todo, con un punteado rojizo, debido a lo cerca que están los vasos del conjuntivo, al haberse desprendido la capa superficial. El aspecto pudiera confundirnos con una colpitis, pero en ésta el punteado es generalizado en cuello y vagina, mientras que en la base es localizado a una zona muy circunscrita.

La otra variedad, EL MOSAICO, Colposcópicamente es distinta, encontramos un auténtico entramado de zonas de epitelio y zonas vasculares, siendo su imagen tan típica, que una vez vista no se olvida. HISTOLOGICAMENTE ha sucedido, que parte del epitelio ha invadido las glándulas, no sucediendo así en otras zonas.

Erosio Vera.

Representa la pérdida total de epitelio en una zona circunscrita y suele acompañar, generalmente, a una colpitis atrófica. Sangra al menor roce, debido a que en esa zona sólo hay conjuntivos y vasos. Puede ser un carcinoma incipiente, pues muchos de estos tienen tendencia a la ulceración.

Reepitelización atípica.

Es la última lesión descrita por la escuela Suiza y después comprobada por varias más; en ella, lo más característico es que la reepiteliza-

ción se acompaña de atipias vasculares, adquiriendo estos vasos forma y tamaños caprichosos, siendo una de éstas las denominadas en sacacorchos.

Estas son las principales características de las lesiones descritas, y ahora haremos brevemente un resumen, para sacar las siguientes conclusiones:

PRIMERA.—Se trata de una exploración inocua indolora, rápida y tiene un fin importante: el ayudar de una forma muy valiosa al diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero.

SEGUNDA.—Debe hacerse de una forma sistemática, con lo que no nos pasarán desapercibidas lesiones que, estudiadas en su momento oportuno, pueden llevarnos a una terapéutica eficaz y que tiempo después ya no lo sería tanto.

TERCERA.—La colposcopia es la "Lupa del Patólogo", ya que permite la toma de Bopsias selectivas.

"De todos es sabido, que para que una biopsia tenga todo su valor, ha de ser correcta en el espacio y en el tiempo".

En el espacio, porque ha de tomarse del sitio exacto. ¡Cuántas Biopsias pueden ser negativas por no estar tomadas del sitio adecuado!

En el tiempo, porque el valor de una biopsia depende también del momento en que se tome. Puede hacerse la toma demasiado pronto y el resultado ser un falso negativo. Puede tomarse demasiado tarde y entonces sólo revelarnos un secreto a voces, como muy bien dice el profesor Botella.

Por tanto, con el empleo de la Colposcopia, podemos ser certeros en el espacio, mediante el empleo de la biopsia selectiva y en el tiempo, mediante la observación periódica de una lesión, que en un momento dado puede hacerse sospechosa.

Además, la toma de biopsia, es INCRUENTA, precisamente por ser selectiva, ya que con ella evitamos a la paciente la toma de un área grande, de órgano (conización) con la consiguiente hemorragia, encamamiento, anestesia, y stress quirúrgico que tanto afecta a la familia y enfermo. Mediante la Biopsia selectiva todo se reduce a unos minutos, la toma es minúscula, y se ha llevado a cabo en el sitio que nos preocupa. Además, el número de biopsias será más reducido, pero irán encaminadas mejor.

Finalmente no queremos dejar de comentar una frase que oímos al profesor Botella y que nos impresionó profundamente, durante el

curso de Diagnóstico Precoz que tuvimos el honor de hacer bajo su dirección:

“No se cansen de hacer Colposcopia sistemática, encontrarán muchos epitelios que no serán afortunadamente un carcinoma, pero habrá tal vez al cabo del año, uno solo que lo será. Esa enferma tratada correctamente curará con el 100 por 100 de seguridad. Ella les compensará la paciencia y el celo profesional que pusieron”. Nosotros en tres años de Colposcopistas asiduos, tenemos dos casos ya. ¡No pueden imaginarse la íntima satisfacción que nos produjeron!...

REFERENCIAS

- Antonie, T.* Ginecología 1956.
- Bonilla, F.* Diag. Prec. Cánc. Geni. Rev. Espa. Obst. y Gine. Septiembre 65. 143. Valencia.
- Botella, J.* Diag. Precoz del Cánc. Uterino. Madrid, 1965.
- Botella, J.* Enfermedades del aparato genital femenino. Madrid, 1965.
- Conill, M. V.* Tr. de Ginec. 1946.
- Cramer H.* La colposcopia en la práctica. Madrid, 1963.
- Ferin.* Act. Ginec. 310 1958.
- Guhr, Oscar.* Hallazgos Colposcópicos, etc. Münchener Medizinische Wochenschrift. Febrero 1966.
- Mestwerdt, G.* Gunther y Zimdors (C. F. Est Lisengang) Icon.
- Novak, Amer. J.* Obst. and Gyn. 1929, 18.