

Sesión del día 24 de abril de 1961

LA COLPOSCOPIA COMO MEDIO DE EXPLORACIÓN  
EN GINECOLOGÍA (DEDUCCIONES DEL ANÁLISIS  
DE NUESTRAS MIL PRIMERAS OBSERVACIONES)

J. A. RODRÍGUEZ-SORIANO, M. MÁRQUEZ RAMÍREZ

INTRODUCCIÓN.— La colposcopia constituye hoy uno de los procedimientos exploratorios del aparato genital femenino que deben pasar a la clínica diaria. En apoyo de esta premisa, vamos a resumir los datos que hemos obtenido con tal medio de exploración en un grupo no seleccionado de mil pacientes. Estos datos a nuestro entender se prestarán a una serie de conclusiones de valor práctico ya que no se trata de enfermas enviadas a un departamento especializado en lucha anticancerosa para exploraciones especializadas, sino son mujeres que han acudido a la consulta por motivos diversos y en las que, de forma sistemática, se ha procedido a la exploración de su cérvix mediante la magnificación colposcópica.

Una primera clasificación de nuestro material es la división en cuello con epitelio colposcópica benigno, cuellos con epitelio colposcópica atípico, y cuellos con formaciones poliposas en ellos situadas. En total nuestras observaciones fueron:

1. Imágenes colposcópica benignas . . .	845 casos
2. Imágenes colposcópica atípicas . . .	95 "
3. Pólipos . . . . .	60 "

*Valor de la colposcopia en la segregación de lesiones del cérvix netamente benignas.*— La afirmación de múltiples autores de que la ectopia y las zonas de transformación, sin imágenes colposcópicas atípicas en las mismas podrían considerarse como netamente benignas tiene gran interés ya que con ello, bajo la exploración colposcópica, segregamos ya de entrada una serie de casos como benignos, que al evitarnos la biopsia nos simplifican la exploración e incluso la hace asequible a mayor número de pacientes. Hay que insistir que en tales casos a la exploración simple bajo el espéculo a ojo desnudo nos ofrecen imágenes de enrojecimiento o debilidades del test de Schiller, que sin la colposcopia no habría más remedio que biopsiar.

Sobre un total de 1.000 colposcopias se han encontrado imágenes colposcópica benignas en 845 casos, los cuales corresponden a las siguientes imágenes colposcópicas:

Epitelio pavimentoso normal . . . . .	392 casos
Ectopia del epitelio cilíndrico endocervical en la superficie vaginal del cérvix . . . . .	252 "
Zona de transformación, con epitelio de caracteres normales a la colposcopia . . . . .	138 "
Imágenes de colpitis . . . . .	58 "
Imágenes colposcópicas de atrofia epitelial . . . . .	5 "

Estos cuadros colposcópicos imputables como benignos como es sabido desde el punto de vista de este tipo de exploración, han sido biopsiados en una serie de observaciones, biopsias que incluidas en parafina y cortadas a seis micras han permitido el estudio seriado del material. Estas biopsias fueron realizadas con el fin de ver si había alguna discordancia entre la imagen benigna colposcópica y los resultados del estudio histológico.

En total, se han practicado 108 biopsias, lo que corresponde al 12,7 por 100 de biopsias en este tipo de material colposcópicamente benigno. Estas biopsias pueden descomponerse del modo siguiente:

Biopsias practicadas en epitelio pavimentoso colposcópicamente normal o yodo débil . . . . .	15 casos
Biopsias practicadas en casos de ectopia . . . . .	56 "
Biopsias en zonas de transformación típicas . . . . .	30 "
Biopsias en cuello con imagen de colpitis . . . . .	7 "

Hemos visto que en el primer grupo siempre el epitelio se ha mostrado histológicamente normal.

En los casos de ectopia, sobre 56, la imagen histológica en 46 ha sido la de una pseudoerosión glandular; se asociaba a cervicitis crónica, como es frecuente en estas lesiones. En 9 casos con ectopia a la colposcopia en la biopsias, además de la pseudoerosión glandular, se veían pequeñas zonas de epidermización o metaplasia escamosa que no pudieron detectarse a la colposcopia. Hay que señalar que en ningún caso aparecieron epitelios atípicos. En otro caso con ectopia apareció asentando en la pseudoerosión glandular una cervicitis tuberculosa (se trataba de una esteril primaria con una tbc endometrial).

En 30 casos hemos biopsiado el cuello con el diagnóstico colposcópico de zonas de transformación. No hay necesidad de aclarar que realmente se trataba de ectopias en las que aparecen las lengüetas pavimentosas o las zonas aisladas de epitelio pavimentoso que permiten sentar este diagnóstico colposcópico. En 28 observaciones la histología demostraba una pseudoerosión glandular con grados diversos de epidermización o metaplasia. En dos de ellos el epitelio escamoso mostraba una hiperactividad basal, pero sin peculiaridades que permitieran el diagnóstico de epitelio atípico.

En los 7 casos biopsiados con imagen colposcópica de colpitis no pudo demostrarse en ninguno de ellos alteraciones sospechosas de malignidad.

De lo dicho puede desprenderse que en ningún caso el epitelio colposcópicamente etiquetado como benigno ha mostrado discordancia con el aspecto histológico del material obtenido del mismo mediante biopsia.

Creemos que estas observaciones vienen a sumarse a los trabajos que han sentado parecidas conclusiones, lo cual da un valor cada vez más remarcable a la exploración colposcópica del cérvix. Este método permite la segregación de los casos en dos amplios grupos, en uno las imágenes colposcópicas benignas, y en el otro los casos con epitelio colposcópicamente atípico, que después veremos.

No creemos que sin la ayuda del colposcopio puedan segregarse los casos que presentamos, lo cual obliga a unas biopsias que realmente bajo la visión colposcópica parecen innecesarias. Esto que en una clientela privada puede no ser importante, cobra trascendencia en el planteamiento de la lucha anticancerosa en grandes masas de población, ya que nos descarta a una gran cantidad de pacientes, señalando el grupo al que debemos dedicar la atención, y especialmente los sitios selectivos en donde debemos practicar las biopsias.

**LAS IMÁGENES COLPOSCÓPICAMENTE ATÍPICAS.** — Frente al grupo de imágenes colposcópicas benignas, que acabamos de reseñar, se encuentra el de los cuadros que calificamos como colposcópicamente atípicos. Entre ellos encontramos las leucoplasias, la base, el mosaico, la mancha roja, las atipias sospechosas, un grupo al que calificamos como imágenes no características ya que no pueden encasillarse en ningún cuadro determinado, y finalmente los casos con la imagen clara de carcinoma.

Sobre un total de 1000 colposcopias, encontramos 95 casos con imagen colposcópicamente atípica, a los que podemos añadir las 60 observaciones de pólipos cervicales en las que el estudio histológico es ineludible.

Estas colposcopias atípicas quedan distribuidas de la manera siguiente:

Leucoplasia . . . . .	18 casos
Base . . . . .	4 "
Mancha roja. . . . .	23 "
Mosaico . . . . .	16 "
Imagen no característica . . . . .	25 "
Atipias sospechosas . . . . .	5 "
Carcinoma . . . . .	4 "
Pólipos . . . . .	60 "

La interpretación de las cifras que acabamos de exponer debe tener en cuenta que se trata de un material no seleccionado, lo cual hace que éstas

sean las cifras de frecuencia verdadera a nuestro entender de cada variedad, en la población general de una consulta ginecológica. Los autores que obtienen cifras más elevadas es sin duda a causa de una preselección del material clínico, que hace enviar a la consulta colposcópica únicamente a una parte de las pacientes, aquella en la que la inspección mediante el espéculo detecta zonas de enrojecimiento o debilidades al *test* de Schiller.

Todos estos casos, además de anotar el hallazgo colposcópico en forma de esquema, fueron sometidos a microbiopsias, anotando los sitios en donde las tomas se fueron practicando y numerando las biopsias de cada caso cuando había más de una en una observación.

Hallazgos histológicos en las imágenes colposcópicas atípicas:

	(excluyendo los pólipos)
Número de casos: 95	
Benignos . . . . .	70 (73,7 %)
En observación . . . . .	11 (11,5 %)
Malignos . . . . .	14 (14,7 %)

El cuadro anterior muestra cómo de las 95 colposcopias con epitelio atípico, biopsiadas, en 14 se trataba de un proceso maligno (en cinco de ellos un carcinoma *in situ*; 4 un carcinoma invasivo precoz; y en las cinco restantes un carcinoma en invasión más avanzada). En total, por tanto, en las colposcopias atípicas el tanto por ciento de malignidad se eleva al 14,7 por 100. Referidas al material total investigado corresponde al 14 por 1000, o sea al 1,4 por 100, cifra que cae dentro de las asignadas por la mayoría de autores como índice del carcinoma del cuello, cuando se trabaja con material no seleccionado previamente.

Tiene interés reseñar el comportamiento histológico de cada una de las imágenes colposcópicas atípicas, pues de este estudio pueden derivarse útiles consecuencias clínicas.

La *leucoplasia*, apareció a la colposcopia en 18 observaciones. Trece de ellas fueron histológicamente leucoplasias, sin manifestaciones sospechosas en el espesor del epitelio. En tres leucoplasias, la imagen histológica hizo que se diagnosticaran de epitelio atípico por tratarse de hiperactividad basal intensa, con cierto desorden en la estratificación epitelial, con abundante mitosis, pero sin las características propias del epitelio maligno. No hay que decir que estas alteraciones aparecían cubiertas superficialmente por una banda de queratinización que es la que explica la imagen colposcópica de leucoplasia hubo dos casos malignos. Uno se trataba de un carcinoma *in situ* y el otro un carcinoma invasivo precoz.

El cuadro colposcópico de *base* lo vimos en cuatro observaciones. El estudio histológico mostró en uno de ellos una pseudoerosión glandular con



signos de epidermización; en otro una leucoplasia y en los dos restantes un epitelio atípico.

Con el cuadro colposcópico de *mosaico* hubo 16 observaciones. Únicamente en una se trataba de un proceso maligno, correspondiendo a un cáncer intraepitelial. El resto se descompone de la manera siguiente: epitelio pavimentoso normal, 1; epidermizaciones en pseudoerosión glandular, 4; leucoplasias, 4; hiperactividad basal, 2, y epitelio atípico en cuatro casos.

El cuadro colposcópico de *mancha roja* se dio en 23 ocasiones. De ellas una únicamente era maligna, tratándose de un carcinoma intraepitelial. El resto correspondió en un caso a una pseudoerosión glandular; 19 casos a una erosio vera; un caso a hiperactividad basal, y 1 caso a epitelio atípico.

La *imagen colposcópica no característica*, apareció en 25 observaciones. De ellas una se trataba de lesión maligna, carcinoma *in situ*. El resto fueron: un caso epitelio pavimentoso normal; 16 casos pseudoerosión glandular; 4 casos erosio vera; 2 casos hiperactividad basal, y un caso epitelio atípico.

La *atipia sospechosa* de carcinoma, fue siempre maligna en los cinco casos en que apareció. De ellos, en un caso se trataba de un carcinoma intraepitelial; 3 casos de un cáncer invasivo precoz, y 1 caso de un cáncer con invasión más avanzada.

El *cuadro colposcópico típico de carcinoma*, se dio en cuatro casos y todos ellos fueron ya casos de carcinomas invasivos avanzados.

De lo dicho se desprende que las imágenes colposcópicamente atípicas, descartando los pólipos en grupo aparte, corresponden en un 83,5 por 100 a procesos histológicamente benignos; a pesar de ellos, la cifra ya señalada de 14,7 por 100 de malignidad en este grupo de colposcopias junto al hecho de no encontrar procesos malignos en el grupo de cuadros colposcópicos típicamente benignos, hace que sea a este grupo de colposcopias atípicas a las que el clínico debe dirigir toda su atención.

La circunstancia de que comprendidos en este grupo de colposcopias atípicas se encuentren 11 casos de epitelios histológicamente atípicos, creemos que cobra gran significación y merece un comentario. El hecho de que en pacientes sin ninguna sintomatología puedan detectarse estas atípicas epiteliales plantea problemas clínicos de corrección de situaciones irritantes para el cuello uterino, y especialmente, la conveniencia de someter a estas pacientes a una revisión periódica.

El dato que la malignidad no acompañe siempre a un cuadro colposcópico definido, exceptuando las atipias sospechosas y a los cuadros claros de carcinoma, y el hecho de que los epitelios atípicos los veamos también en todas las imágenes atípicas colposcópicas, nos reafirma en la conveniencia de dedicar una atención especial a todo el grupo en conjunto.

Los *pólipos cervicales* aparecieron como hemos indicado en 60 observa-

ciones y dada su imagen característica y su personalidad los hemos encuadrado en un apartado especial. En todos los casos se procedió al estudio histológico de los mismos, sin que haya aparecido en este grupo ningún cuadro maligno. Como hemos reseñado en otros trabajos la malignización de los pólipos cervicales es poco frecuente.

Juzgamos de interés hacer un comentario con respecto a la edad de los casos malignos.

Carcinoma <i>in situ</i> . . . . .	5 casos (32, 37, 39, 40 y 56 años)
Carcinoma invasivo precoz . . . . .	4 casos (33, 36, 38 y 55 años)
Carcinoma avanzado . . . . .	5 casos (44, 47, 48, 54 y 72 años)

Como puede verse, sobre 14 casos que comprende la totalidad de las pacientes con lesiones malignas, siete de ellos no pasaban de 40 años, lo que corresponde al 50 por 100. Si admitimos, como es clásico, que la edad de aparición clínica del cáncer del cuello uterino es de los 45 a los 50 años, vemos que gracias a la colposcopia han podido detectarse todos estos casos mucho antes de su edad normal de aparición.

Si por otra parte analizamos las edades dentro de cada grupo, veremos que en 4 casos de carcinoma *in situ* sobre 5; y en 3 casos de cáncer invasivo precoz sobre 4, no pasaban de los 40 años. Son pacientes que en su casi totalidad no consultaban por sintomatología sospechosa de carcinoma y en las que el diagnóstico de la afección maligna del cuello fue debido únicamente a la investigación colposcópica. El estudio histológico de estas lesiones permite comprender perfectamente la ausencia de síntomas, ya que al faltar la ulceración y las penetraciones profundas de la neoplasia, deja de producirse la causa de las metrorragias. Estos casos indiscutiblemente dejados a su evolución espontánea son los que darán síntomas más adelante cuando el proceso maligno penetre en la profundidad de los tejidos vecinos o sufra una ulceración.

Llama también la atención que los casos de carcinoma invasivo avanzado, son todos de pacientes por encima de los 40 años, y en todos ellos existen síntomas llamativos que permiten la sospecha de la afección como son las metrorragias. Creemos que es justo pensar que antes de que llegaran a este estadio pasaron durante un tiempo más o menos largo por el anterior. Nos parece que era entonces cuando más beneficio se hubiera conseguido para el porvenir de la paciente.

El hecho de que haya pacientes con lesiones malignas colposcópica-mente detectables a edades tan precoces como los 32 años, aboga en favor de la colposcopia sistemática rutinaria de toda paciente que acude a un consultorio ginecológico, única manera de poder detectar estos casos. No creemos que la inspección visual simple del cérvix, ni asociada al Schi-

ller, permita realizar una selección de los casos que deben ser enviados a una consulta especializada en lucha anticancerosa.

No es este el momento de hablar del valor de la colpocitología en la exploración genital como medio de detección de lesiones malignas. Somos partidarios de este procedimiento, que asociamos sistemáticamente a la colposcopia. Son procedimientos que se complementan y en ningún caso se oponen.

Quisiéramos acabar señalando que el diagnóstico precoz del cáncer uterino es la meta a la que nos debemos dirigir. Ha pasado ya la época en que la lucha se centraba en sacar un poco más o un poco menos de parametrio. Todo ello pertenece ya a la historia de la ginecología. Cuando leemos las estadísticas actuales de países extranjeros nos emociona ver los escasos casos con diagnóstico avanzado que llegan para ser tratados. En los casos iniciales es donde se obtienen los éxitos sea cualquiera el procedimiento empleado. Pedimos fervientemente unir todos nuestros esfuerzos para conseguirlo en nuestra ciudad.

---

## VALOR DE LA COLPOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER ECTOCERVICAL UTERINO

J. C. SEÑOR

I. — Parece ilógico comenzar esta exposición con una conclusión negativa; la conclusión de que, en verdadero rigor, la colposcopia no nos resuelve el problema diagnóstico del carcinoma de cuello de útero. Sin embargo, la colposcopia resulta un valiosísimo recurso para ello, un fino complemento exploratorio, y ha ayudado en especial, a desentrañar y concretar muchos aspectos de la oncología cervical, precisando, concretando un verdadero cuerpo de doctrina, del más alto valor conceptual.

II. — Nos hemos valido, para nuestras observaciones, de un colposcopio "Leisegang", cuyo fundamento es el mismo que el primitivo de HINSELMANN. El aumento obtenido es de 13,5 veces; y su distancia focal, de 24 cm. Va provisto de un filtro verde, así como de una iluminación suplementaria de luz ultravioleta, con filtros desplazables, uno de los cuales deja pasar sus radiaciones no visibles (luz de Wood).

Hacemos especial mención de esta clase de iluminación ultravioleta.