

11217
91 20j



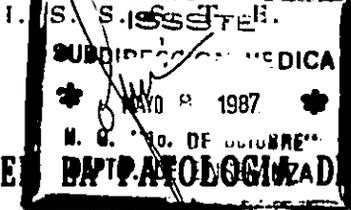
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

*v. o. c.
Dra. María Antonia Valdes Vargas
Alfonso Pineda*

HOSPITAL GENERAL 16. DE OCTUBRE



COLPOSCOPIA EN PATOLOGIA DEL CERVIX

[Handwritten signature]

TESIS DE POSTGRADO

PRESENTADA POR LA

DRA. MARIA ANTONIA VALDES VARGAS

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS

DR. ALFREDO CARAZA PEREGRINA



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Indice

	Página.
I.- Introducción	2
II.- Antecedentes	5
III.- Material y métodos	28
IV.- Resultados	38
V.- Discusión	82
VI.- Conclusiones	91
VII.- Bibliografía	96

1.- Introducción.

En 1925 Hans Hinselmann, director de la Clínica - de Ginecología de la Universidad de Hamburgo, inventó y puso en funcionamiento el colposcopio, dispositivo óptico que permite ver el cuello uterino, vagina y vulva a gran aumento.

Este método tuvo adeptos en varios países, surgiendo de cada uno de ellos excelentes trabajos estadísticos, - sin embargo la difusión de la colposcopia no tuvo lugar hasta el decenio de los sesentas.

El fin de este estudio es conocer los hallazgos - colposcópicos que se observan en la práctica diaria.

La colposcopia como método de exploración permite apreciar naturalmente aquellas alteraciones que son accesibles a la visión. De ninguna manera es competidor de la si teología, los dos se complementan.

Con el uso creciente de la colposcopia y sobre todo de la fotodocumentación que actualmente es muy fácil de realizar, surgen nuevos problemas que precisan solución. La - observación en el tejido vivo nos facilita valiosos conocimientos sobre la fisiología y la patología del cuello uterino. Es erróneo pensar que esta técnica está exclusivamente dirigida al diagnóstico más o menos precoz del cáncer de

cérvix, en realidad con la ayuda de la misma es posible descubrir, controlar u ayudar a tratar una multitud de lesiones cervicales benignas, que sometidas a una correcta terapéutica curan facilmente, realizandose de esta forma profilaxis del cáncer del cérvix. Para esto, debemos de partir de la idea de que las imágenes colposcópicas solo adquieren valor cuando se consideran dentro del contexto de una entidad superior a lo que en colposcopia se llama cuadro y en histopatología lesión.

Es decir, la colposcopia para ser realmente útil debe esforzarse en identificar cuadros colposcópicos y no como es habitual, limitarse a describir imágenes ya que estas últimas no tienen valor por sí mismas, pues la patología que estan constituyendo definirá el carácter de aquellas.

La colposcopia bien entendida y utilizada, trata de anular las diferencias que existen entre la clínica y la histopatología, por esta razón se debe procurar apoyar las descripciones colposcópicas con el sustrato anatomopatológico que las origina, además de conocer su posible evolución y la eventual conducta a seguir en cada circunstancia.

Por lo anterior, concluimos que en la actualidad la colposcopia constituye un escalón obligado en la exploración ginecológica sistemática.

II.- Antecedentes.

A) Epidemiología de la patología cervical.

El cérvix por su privilegiada situación superficial, puede ser estudiado fácilmente. Por otra parte, se dispone de métodos exploratorios como citología, colposcopia y biopsia que permiten el diagnóstico y el riguroso control de las lesiones del cuello uterino. (6)

La colposcopia que en este caso, es el método diagnóstico que nos ocupa, se refiere al exámen del cuello uterino y la vagina por medio del colposcopio. (7)

LLama la atención que a pesar del gran número de trabajos realizados, existe aún discrepancia sobre la naturaleza y evolución de distintas alteraciones, probablemente por el empleo de términos diferentes para su denominación. (17). Actualmente los hallazgos obtenidos por colposcopia se dividen en aspectos típicos y atípicos, que describiremos más adelante. (8)

Cuadro No. 1

Clasificación de las imágenes
colposcópicas.

Aspectos típicos

Mucosa originaria.

Relieve papilar.

Ectopia.

Colpitis

Colpitis en puntos rojos.

Colpitis en puntos blancos.

Colpitis petequiral.

Mucosa atrófica.

Zona de reepitelización
normal.

Reepitelización regular.

Reepitelización irregular.

Gotas.

Círculos.

Quistes.

Aspectos atípicos

Leucoplasia.

Base.

Mosaico.

Erosio vera.

Ulceración.

Irregularidades vas-
culares.

Zona de reepiteli-
zación anómala.

Cicatriz anómala
estable.

Zona de transforma-
ción atípica.

Proliferación car-
cinomatosa.

En esta parte del trabajo estudiaremos los factores que pudieran verse implicados en el inicio, evolución o persistencia de la patología cervical.

Alteraciones Típicas.

- Edad - Se encuentran principalmente en pacientes jóvenes, de los 20 a los 30 años, cuando la actividad ovárica es más acentuada, mientras que después de los 50 años su incidencia es muy escasa. (8)

- Paridad - Considerado como un factor traumático por incluir los desgarros obstétricos que convierten el cuello puntiforme en una hendidura ancha, que secreta moco alcalino altamente macerante para el epitelio. (28)

los criterios son variables, ya que algunos autores han encontrado aumento en la incidencia conforme se incrementa la paridad, mientras que otros no reportan ninguna relación causa-efecto. (24)

- Relaciones sexuales - En cuanto al inicio de la vida sexual activa no existen conclusiones estadísticamente significativas. (15)

- Control de la fertilidad - Se incluyen los dis

positivos intrauterinos, vaginales, cervicales y en general cualquier tipo de cuerpo extraño. (30) Todos ellos son capaces de producir lesiones locales por compresión mecánica, variaciones en el flujo sanguíneo, estancamiento de secreciones e incluso necrosis. (22)

También es importante mencionar la introducción de productos irritantes con fines higiénicos. (14)

- Infecciones - Este es quizá el factor más importante. Los gérmenes responsables pueden proceder de los vasos sanguíneos o linfáticos, siendo los más frecuentemente encontrados: gardnerella vaginalis, trichomona vaginalis sola o asociada, candida, leptothrix, virus del herpes simple tipo II, cocos , bacilos . (5)

Las infecciones por gonococo y treponema en los últimos años han aumentado considerablemente. (11)

- Congénita - Se ha discutido la etiología congénita de algunas de estas alteraciones, como la ectopia, ya que se han encontrado en pacientes jóvenes y vírgenes, en quienes no existen antecedentes que la justifiquen.

- Hormonal - La idea de que ciertos estados de --

exceso hormonal pueden incudir a la aparición de una ectopía se formuló al observar pacientes embarazadas que presentaban ectopías previas, las cuáles se incrementaban en el tercer trimestre. (20) En pacientes en las que se provocó pseudociesis hormonal por diversos motivos (esterilidad, infertilidad, hipoplasia genital) con gestágenos múltiples se confirmó la existencia de ectopía. (3)

La administración prolongada de asociaciones estrogélicas con fines anovulatorios ha corroborado sin lugar a dudas la importancia de este factor en la génesis de la ectopía. (26)

- Medio socioeconómico - Hasta un 84.7% de las pacientes con este tipo de patología pertenecen al medio socioeconómico bajo. (32) Relacionado probablemente con aspectos agregados como son mayor promiscuidad, falta de higiene y características de las relaciones sexuales.

- Raza - Resulta difícil sacar conclusiones definitivas ya que sobre este aspecto influyen factores sociales, económicos, etc. (32)

B) Características de las alteraciones
típicas.

- Ectopia -

Se entiende por ectopia la presencia de mucosa -
endocervical fuera de sus límites naturales, reemplazando
en mayor o menor extensión al epitelio exocervical. (39)

Esto quiere decir que el epitelio pavimentoso es-
tratificado propio de la vagina y exocórvix ha sido susti-
tuido por epitelio cilíndrico mucosoide que tapiza normalmen-
te el conducto cervical. (39)

Algunos colposcopistas la consideran sinónimo de
ectropión, concepto equivocado ya que este último represen-
ta la eversión de la mucosa endocervical originado por un -
proceso inflamatorio o una laceración cervical. Es decir
la mucosa endocervical se encuentra en el exterior del con-
ducto por razones puramente mecánicas. (25)

La ectopia es sin duda la imagen colposcópica --
más frecuentemente observada. (10) Apareciendo como

lesión única, o asociada a un complejo reparativo típico -
o atípico. (6)

Las variedades de ectopia se muestran en el cuadro
No. 2.

El proceso de reparación de la ectopia es el es--
fuerzo del epitelio estratificado por sustituir paulatina--
mente el epitelio cilíndrico ectopiado, y así reestablecer
los límites considerados normales. Conociéndose como fenó--
meno de respitelización normal o típica. (9)

Antes se consideraba, que la curación de una ec--
topia se realizaba por un proceso llamado segundo estadio -
de curación. (16) Actualmente se sabe que la sustitu--
ción de epitelios se efectúa a través de una metaplasia in--
directa conocida como metaplasia fisiológica, escamosa o --
prosoplasia. Realizada a partir de células de reserva loca--
lizadas debajo del epitelio cilíndrico con capacidad ambiva--
lente para transformarse en células cilíndricas o pavimeto--
sas. (7)

La respitelización normal puede ser a su vez re--
gular cuando el epitelio metaplásico llega hasta el orifi--

Cuadro No. 2

Variedades de ectopia.

- 1.- Según el tamaño: De acuerdo a la extensión del exocérnix que ocupa.
 - a) Extensa: Si invade más de las dos terceras partes del cérnix.
 - b) Mediana: Ocupa entre uno y dos tercios del exocérnix.
 - c) Pequeña: Si se limita al tercio central.
- 2.- Elementos constantes o fijos:
 - Papilares:
 - Según el tamaño:
 - Ectopia de grano grueso o macropapilar.
 - Ectopia de grano mediano.
 - Ectopia de grano pequeño o micropapilar.
 - Según la forma:
 - Ectopia en racimo de uvas.
 - Ectopia en dedo de guante.
 - Glándulas:
 - Ectopia secretante
 - Ectopia hipertrófica.
- 3.- Elementos sobresañados:
 - Ectopia vascular.
 - Ectopia inflamatoria.
 - Ectopia hemorrágica.
- 4.- Según sus límites o bordes externos:
 - Ectopia circinada.
 - Ectopia macerante.

cio externo anatómico sin dejar islotes de ectopia, con escasos orificios glandulares, no existiendo quistes de retención. (29) Se le llama también mucosa originaria secundaria. (3)

Mientras que la reepitelización normal irregular se diferencia de la anteriormente mencionada por la presencia de secuelas glandulares como son los quistes de retención, las llamadas gotas de cera , o los círculos blancos o rojos que se forman por ruptura o explosión de un quiste de retención. (26)

- Colpitis -

Significa inflamación de la vagina, sin hacer referencia a su etiología, extensión o profundidad. (37)

En colposcopia se considera como expresión de una de las tres lesiones elementales de la inflamación primaria cervical. (40)

Mencionaremos las más frecuentemente encontradas.

a) Colpitis en puntos rojos (CPR).

Tiene como principal factor etiológico un proceso inflamatorio, aislandose con mayor frecuencia como agente - causal las trichomonas (49%), hongos (25%), o por hongos y trichomonas (2.7%). (6)

Las diferencias colposcópicas y las características de la secreción vaginal, permiten hacer un diagnóstico de certeza en el 80% de los casos. (22)

b) Colpitis en puntos blancos (CPB).

En este caso se han aislado casi exclusivamente - hongos (94%), en menor proporción trichomonas (4.2%) y flora inespecifica (1.7%). (26)

c) Colpitis focal (C.F).

Caracterizada por manchas o máculas visibles a -- simple vista, originada por trichomonas (98%), el resto - por otros gérmenes. (32)

Por último la colpitis mixta, constituida por una mezcla de imágenes elementales como consecuencia de infestación múltiple, o presencia de estadios evolutivos de un proceso inflamatorio único.

Alteraciones Atípicas.

- Edad - La edad media hallada en las distintas lesiones apoya la secuencia: displasia (28 a 36 años) carcinoma in situ (32 a 41 años) carcinoma microinvasor (41 a 71 años) carcinoma invasor (55 a 32 años)

La mayoría de los autores han encontrado similitud en sus resultados. (16)

-Paridad - Diversas opiniones coinciden que a mayor número de hijos mayor riesgo de transformación carcinomatosa. (18) Hillemanns y Moog observaron preferencia de las lesiones carcinomatosas en el labio anterior del cérvix. (19) Que aumentan a medida que se tienen más hijos de lo cuál se deduce cierta dependencia con el traumatismo del parto. (23)

- Relaciones sexuales - El inicio temprano de - la vida sexual, mujeres que han tenido o tienen más de un compañero sexual, mujeres casadas más de una vez, separadas prostitutas, tienen mayor incidencia de padecer carcinoma - del cuello uterino. (2) Incluso se ha mencionado un poder oncogénico del esperma, Copplessen y Reid consideran

probable la fagocitosis del semen por parte de las células - metaplásicas, según estos autores las cabezas de los espermatocoides actúan como sustancias mutágenas. (4)

Debido a que el coito desempeña o puede desempeñar un importante papel en las modificaciones hasta el punto que se ha afirmado que el cáncer cervicouterino es una enfermedad venérea. (13) Para que aparezca se precisa que - los factores desencadenantes actúan precozmente en la vida de la mujer, es decir en edades tempranas y su acción persiste durante un largo período. (12)

- Anticonceptivos hormonales - Overholzer y Allen observaron crecimiento de epitelio atípico en el cuello uterino de monos rhesus por la inyección prolongada de estrógenos combinada con traumatismos crónicos locales. (9)

Se ha encontrado que la administración de progestona o ciertos gestágenos incrementan en los ratones la producción de cáncer, mientras que los estrógenos la inhibían, por lo tanto, no se dispone de datos experimentales seguros que permitan afirmar que estas hormonas tengan actividad -- carcinogénica en el humano. (21)

La asociación de estrógenos y progesterona con fines anticonceptivos, produce modificaciones en el cérvix, - tanto en el estroma como en el epitelio, sin embargo no se ha demostrado que tengan potencialidad oncogénica, por lo - que se concluye que los hormonales no son cancerígenos, lo que sucede es que las mujeres que los toman reúnen todas o algunas de las condiciones mencionadas anteriormente.

- Infecciones venéreas - Se ha señalado un mayor porcentaje de atípicas en el epitelio cervical en mujeres -- afectadas por trichomonas. Experimentalmente se ha conse-- guido producir atípicas epiteliales en animales mediante la inoculación de trichomonas en la vagina. (27)

También se ha reportado una frecuencia mayor de - carcinoma cervical en mujeres afectadas por sífilis y en -- aquellas que padecen gonococia. (11)

- Infecciones virales - Algunos virus como el -- herpes simple tipo II, adenovirus, papovavirus SV 40 y po-- liomas. (31)

Las infecciones por virus del herpes se contagian por las relaciones sexuales, y su epidemiología es muy seme-- jante a la del carcinoma, lo que apoya la teoría de que es-- tas infecciones preceden a las neoplasias cervicales y con-- tituyen un factor de riesgo, solo o unido a otros factores. (33) Royston y Aurelian encuentran que el pico de e-- dad en que aparecen un mayor número de infecciones por her-- pes genital precede por lo menos 10 años al pico de edad pa-- ra el carcinoma preinvasor y por lo menos 20 años al carci-

noma preinvasor. y por lo menos 20 años al carcinoma invasivo. (34)

- Factores locales -

Lesiones irritativas que favorezcan la respitelización cervical atípica. (33)

- Herencia -

No se han encontrado datos que permitan suponer que existe un factor hereditario que induzca el crecimiento atípico. (29)

- Medio socioeconómico -

Predomina en la población de nivel socioeconómico bajo. (4)

- Raza -

Es difícil sacar conclusiones definitivas, ya que sobre los factores raciales se agregan aspectos sociales, económicos, hábitos sexuales , etc. (28)

- Desequilibrio hormonal -

Del tipo hipoestrogenismo. (16)

C) Características de las alteraciones
atípicas.

Los aspectos colposcópicoos han sido clasificados en imagen que tiene el mismo sentido que en dermatología la lesión primaria, la combinación de ellas da lugar a una entidad bien definida y de orden superior denominada cuadro.

Como imágenes o aspectos colposcópicoos atípicos - hay que considerar la leucoplasia, base, mosaicico, irregularidades vasculares, erosio vera, orificios glandulares cornificados. Las tres últimas también pueden formar parte de algunas lesiones atípicas. (32)

Una o más de estas imágenes pueden formar un cuadro colposcópico con características individuales, cuyo aspecto global dependerá de signos agravantes o atenuantes, - así como peculiaridades morfológicas dependientes de la lesión. (8)

- Leucoplasia - ^daajo este término se incluyen -

las afeas del cuello que adoptan un color blanco.

- Base - Es un punteado rojo sobre un fondo blanco, que corresponde a una placa de leucoplasia, con distribución, tamaño y densidad variables. El origen de los puntos rojos es vascular. (3)

- Mosaico - Se aprecia como un enladrillado o tablero de ajedres constituido por pequeñas losetas cuadradas o poligonales de color blanco, separadas entre sí por líneas rojas o punteado en reguero. (6).

- Erosio vera - Desaparición total o parcial del epitelio pavimentoso en un área más o menos amplia del cérvix. Existen cuatro tipos de erosión, la inflamatoria, traumática, distrófica y neoplásica. (8)

De las más frecuentes tenemos la de tipo inflamatorio, siendo la trichomona la responsable de las lesiones en la mayoría de los casos, con menor frecuencia el virus del herpes simple. (27)

Se ha observado que las imágenes atípicas se duplican cuando existen trichomonas. (33) Mientras que las lesiones displásicas como carcinomatosas aumentan -

si existe infestación trichomoniasica. (27)

La erosio vera atípica o displásica de situación cercana al orificio anatómico del córvix, en ocasiones llega a desaparecer en el conducto endocervical, superficie -- irregular por aumento de la vascularización o modificaciones reactivas, lo que le da un aspecto friable. Y sobre todo un dato característico es la presencia de atípicas en el epitelio circundante. (26)

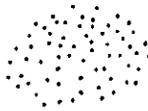
- Irregularidades vasculares - Si a las imágenes clásicas de mosaico, base o leucoplasia se agrega una vascularización sospechosa, corresponde en un 66.6% a una displasia grave o carcinoma in situ . (21)

Si se agregan a ellas imágenes exofíticas, vascularización irregular, el porcentaje aumenta a 96.6%. Las imágenes vasculares se clasifican en cinco grupos, según -- la forma y trayecto de los mismos, (8) los cuales se esquematizan en el Cuadro No. 4.

- Recpitelización anómala - Fase anormal o displásica de curación de la ectopia. Al igual que la recpitelización normal es un proceso metaplásico, que ha tenido -- una desviación de lamaduración, motivando la aparición de -

Cuadro No. 4

Tipo I
Red vascular normal.



Fina red capilar

Tipo II
Red vascular normal,
pero aumentada.



Imágen vascular
colpitis.

Tipo III
Vasos dilatados,
gruesos, de distribu-
ción normal.
(ectásica)



Incidencia
0.61%.

Tipo IV
Vasos dilatados irre-
gulares, con forma
en sacacorchos u hor-
quilla, con bruscos
cambios de dirección.



Incidencia
15.07%.

Tipo V
Vasos fuertemente a-
típicos, con dilata-
ciones y adelgazamien-
tos en su curso e in-
terrupciones bruscas.



Incidencia
85.71%.

un epitelio pavimentoso discretamente displásico. (35)

Representa el cuadro colposcópico atípico mas frecuentemente encontrado, pues estuvo presente en el 12.6% de las observaciones al colposcopio y el 96% de la totalidad de las atípicas colposcópicas.

El proceso de reparación displásica evoluciona -- conjuntamente con otro normoplásico. El epitelio neoformado no tiene tendencia a regularizarse, al contrario, a medida que avanza el proceso displásico son más sus diferencias con el epitelio normal del cérvix. (38)

La mayoría de las zonas de reepitelización anormal asientan alrededor de las 6 y las 12 hrs del cuello. (40)

- Cicatriz anómala estable - Es la persistencia de imágenes atípicas de reepitelización displásica, desprovista de toda sospecha, secundaria a la desaparición total de la ectopia. La cicatriz anómala estable (CAE), es una lesión bien delimitada, de bordes netos, que no contacta con el orificio cervical. (1) Es un fenómeno estático a diferencia de la zona de reepitelización anómala, que es dinámico. (4) Ambas pueden evolucionar hacia la ma--

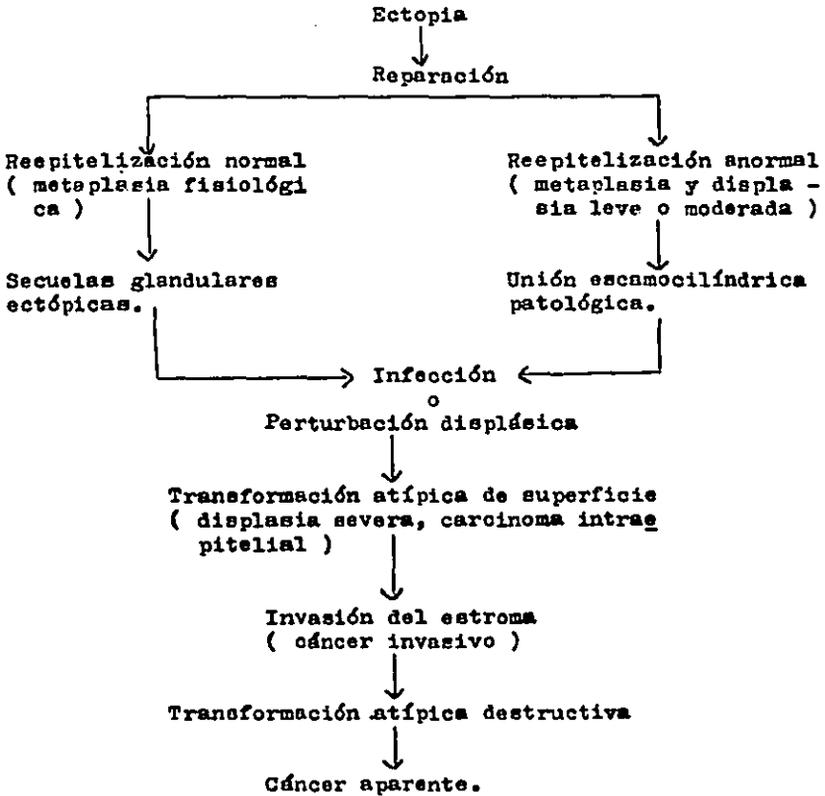
lignidad a través de una zona de transformación atípica.

- Zona de transformación atípica - Es la expresión colposcópica de la agravación histológica que pueden sufrir los procesos de reepitelización, tanto normales como anormales cuando el proceso metaplásico que los condiciona - sufre perturbaciones intensas. (27) No aparecen nunca sobre un cuello estrictamente sano. (36)

Pueden aparecer en la unión de un tejido metaplásico más o menos alterado y el epitelio cilíndrico normal (zona de transformación atípica primaria), o en el interior de las glándulas ectópicas que han sufrido durante la reepitelización un proceso metaplásico intenso con perturbación de la maduración (zona de transformación atípica secundaria) (14) Existe una mayor predisposición para, asentarse en el labio anterior, sobre las 12 y menos veces sobre las 6 hrs, principalmente la zona de transformación atípica secundaria. (10) Lo anterior se esquematiza en el cuadro No. 5.

- Proliferación carcinomatosa - El cuello uterino puede ser asiento de innumerables neoformaciones de proceden

Cuadro No. 5



cia y significado clínico muy diverso. La colposcopia - sin ser imprescindible en su diagnóstico, es capaz de contribuir a su diferenciación, en especial cuando se trata de tumores de poco volumen que podrían pasar inadvertidas a la exploración. (35) La proliferación carcinomatosa - se limita al cáncer pavimentoso, cuya evolución es el final de una larga cadena de procesos cada vez más atípicos que se inician en la metaplasia escamosa de una reepitelización.

Salvo el carcinoma invasivo, todas las etapas intermedias, representadas por diversos tipos de displasias - tienen capacidad de regresión. Ninguna de ellas tiene -- que evolucionar obligatoriamente a un cáncer, y en un porcentaje importante pueden permanecer estabilizadas por tiempo - indefinido. (18)

Richardt supone que la capacidad de transformación de una displasia a carcinoma in situ es mayor cuanto más grave sea la displasia y han calculado que el tiempo que tarda una displasia en general en transformarse en carcinoma es de aproximadamente 4 años. (12) Las displasias deben -- considerarse carcinomas preinvasivos. (33)

III.- Material y Métodos.

Nuestro estudio se realizó en base a un análisis prospectivo en pacientes con patología cervical, en la consulta externa del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General lo. de Octubre I.S.S.S.T.E., durante el lapso de tiempo comprendido del 2 de junio de 1986 al 31 de enero de 1987.

De las pacientes estudiadas solamente se incluyeron 40 , que reunían los criterios previamente establecidos

Dicho análisis se realizó en base a los siguientes parámetros:

a) Características generales : edad , ocupación estado civil, medio socioeconómico.

b) Antecedentes ginecoobstétricos: inicio de vida sexual activa, número de compañeros sexuales, número de gestaciones, control de la fertilidad , control citológico regular, resultado de la última citología.

c) Patología ginecológica previa: antecedentes d

de procesos inflamatorios o infecciosos, tiempo de evolución
tratamientos recibidos y respuesta al tratamiento.

d) Papanicolaou anormal: En pacientes asintomáticas o sintomáticas.

En cuanto al instrumental , contamos con un colposcopio, que no es más que una lupa con foco luminoso potente, cuyas partes fundamentales son:

a) Un sistema óptico binocular: Que da un aumento variable, generalmente entre 10X y 16X, que facilita la visión frontal de la superficie del cuello uterino.

b) Un sistema de iluminación axial que permite visualizar las lesiones observadas con la suficiente claridad. Esta fuente luminosa es graduable a voluntad.

c) Un móvil con un juego de pivotes y cremalleras que hace posible el desplazamiento suave y eficiente del conjunto, facilitando la exploración del área suficiente de mucosa cervicovaginal.

La distancia focal debe ser de 20 a 25 cm , para permitir las maniobras necesarias durante la exploración; la amplitud del campo visual no debe ser menor de 25 milímetros.

tros, con el fin de poder contemplar sin distorsión la re-
gión periorificial.

Desafortunadamente nuestro colposcopio no cuenta -
con una cámara incorporada, que nos proporcionaría gran ayu-
da desde el punto de vista didáctico, permitiéndonos además es-
tablecer comparaciones objetivas sobre la evolución de una -
determinada lesión.

Para practicar una colposcopia ampliada, aparte --
de los instrumentos necesarios para efectuar una citología -
o biopsia, son indispensables los siguientes elementos:

- 1) Espejo de Graves o valvas.
- 2) Hisópos.
- 3) Solución acuosa de ácido acético al 3 %.
- 4) Solución yodo-yodurada de lugol.

Cada unidad colposcópica debe contar con todo este
instrumental dispuesto de forma práctica y adecuada.

Anteriormente la colposcopia se realizaba sin pre-
paración alguna del cuello uterino (colposcopia directa) ,
que presentaba ciertas dificultades de observación, debido -
a ello se decide usar una serie de reactivos químicos para -

disolver el moco y visualizar mejor las estructuras cervicales, a esta técnica es a la que se ha dado por llamar colposcopia ampliada.

- Método exploratorio colposcópico -

Es decisivo practicar la colposcopia en toda exploración ginecológica, pero antes de la exploración colposcópica hay que hacer un exámen macroscópico de vulva y vagina, - para no pasar por alto hallazgos patológicos. El estudio - se continua de forma sistemática de la siguiente manera:

a) Colocación del espejo:

Totalmente seco sin haber practicado anteriormente exploración vaginal alguna.

El espejo debe entreabrirse a medio camino de la vagina, completando la apertura una vez visualizado el cuello y penetrado totalmente en los fondos de saco, para evitar traumatizar el cuello.

b) Exámen del cuello a simple vista:

Para valorar su forma, tamaño, la existencia de - laceraciones y la presencia de eritroplasias.

En este momento se lleva a cabo la toma de mues--

tras para estudio citológico, en casos de hallazgos sospechosos, se hace además otro frotis citológico más del lugar deseado.

También es útil para obtener algo de contenido vaginal para efectuar un examen en fresco (investigación de trichomonas, monilias y gardnerella (, especialmente si las características del flujo nos sugieren una infección.

c) Examen colposcópico directo: observación del cuello sin preparación.

d) Examen después de la aplicación del ácido acético: se impregna el cuello con una solución acuosa de ácido acético al 3%, apreciándose a los 15 a 20 segundos la desaparición del moco cervical , aumentando la nitidez de los detalles morfológicos, hasta el punto de que muchas lesiones son reveladas por este reactivo.

Los relieves, las diferencias de densidad celular, los cambios de grosor y queratinización de la mucosa, las fallas del epitelio y las mismas papilas resultan extraordinariamente resaltadas con esta prueba, en cambio la trama vascular resulta menos evidente probablemente porque ocurre un -

espasmo de sus elementos.

A los dos minutos, el ácido acético deja de actuar debiendo repetirse su aplicación si la observación se prolonga.

e) Prueba de Schiller : no es indispensable si el colposcopista ha quedado suficientemente informado con las - observaciones anteriores.

Se basa en el hecho, de que unicamente adquieren - el yodo los tejidos maduros provistos de glucógeno.

Permite reconocer los límites exactos de una lesión y estudiar el grado de maduración, regularización y procedencia de algunos epitelios. Tiene utilidad para diferenciar algunas imágenes atípicas, como la base de la colpitis roja.

De acuerdo con esta prueba se habla de imágenes yodopositivas (que fijan el lugol), yodonegativas (que no le adquieren) y yodoclaras (que solo se tiñen de forma - parcial).

f) Eventual práctica de una biopsia exocervical - dando preferencia a las microbiopsias, que permiten varias -

tomas sin traumatizar demasiado el cuello.

Es preciso que la pinza sacabocados utilizada permita obtener un fragmento de un volúmen suficiente para que incluya epitelio y estroma subyacente.

El fin de este capítulo es tratar de resumir de -- una forma práctica y esquemática, las diferentes etapas del exámen colposcópico efectuado en caso de diversas alteraciones cervicales. Los problemas colposcópicos y los detalles morfológicos ya fueron estudiados anteriormente.

Se puede decir, que tratamos de introducirnos en -- una sistemática que consideramos indispensable para tener -- una buena confiabilidad del método.

Incluimos los resultados de las pacientes con patología cervical, en total 40 en las que se analizaron la etiología, síntomas, signos, severidad de la lesión cervical, - procedimientos diagnósticos, uso de antibióticos, previos al manejo definitivo, retraso en el diagnóstico o tratamiento - quirúrgico.

También se investigó la localización y tipo de lesión cervical, resultado del tratamiento y complicaciones.

Efectuamos de forma sucesiva un examen colposcópico sin preparación, un examen después de prueba del ácido acético, y un examen tras la prueba del lugol.

Procediendo a identificar con la ayuda de los tres exámenes anteriores, todas las imágenes visibles sobre el exocérvix, el orificio cervical, y cuando ello era posible la parte inferior del conducto endocervical.

En base a ello efectuar un diagnóstico de los hallazgos, procurando englobar las diversas imágenes observadas dentro de un cuadro lesional bien definido .

Para terminar a efectos prácticos clasificando el caso como:

- a) Benigno.
- b) Sospechoso.
- c) Dudoso.

Tomando en cuenta que las pacientes clínicamente se encontraban en los siguientes grupos:

1) Sintomáticas:

Pacientes que presentan flujo vaginal, dolor, hemorragia genital anormal. Aunque los resultados del examen -

pélvico y de citología sean negativos, las pacientes sintomá-
ticas deben seguirse con otros métodos de investigación ta-
les como la colposcopia, biopsia múltiple, dilatación, legra-
do y la citología repetida.

2) Alto riesgo:

Estas pacientes encajan en un patrón bien definido
que incluye una historia de coito precoz, varios compañeros
sexuales, historia de enfermedad de transmisión sexual y al-
gunas veces historia con una citología anterior atípica o -
anormal.

3) Pacientes no controladas:

Se incluye a las pacientes que acuden a revisión -
por primera vez, encontrándose como hallazgo alguna altera-
ción cervical.

4) Bajo riesgo:

Mujeres sin historia de enfermedad venérea, cito-
logía normal.

En cuanto a la actitud terapéutica, simple observa-
ción si el cuadro colposcópico era reconocido como benigno
y asintomático.

Terapéutica inmediata si se trata de un cuadro --
benigno, pero productor de síntomas.

Tratamiento antiinflamatorio, antiinfeccioso, se--
guido de controles sucesivos si nos encontrabamos ante una -
lesión sospechosa o dudosa.

Investigación citológica e histológica inmediata s
si el cuadro colposcópico se consideraba altamente sospecho
so o dificilmente identificable.

Se clasifico a las pacientes de acuerdo a los ha--
llazgos colposcópicos.

Los resultados fueron comparados con un análisis
de varianza apropiado .

Las variables descontinuas se compararon con el ra
go de Wilcoxon, las características de las pacientes se estu
diaron por medio de la Chi cuadrada.

IV.- Resultados.

El estudio incluyó a 40 pacientes con patología cervical, a quienes se les practicaron estudios de citología y colposcopia en forma rutinaria.

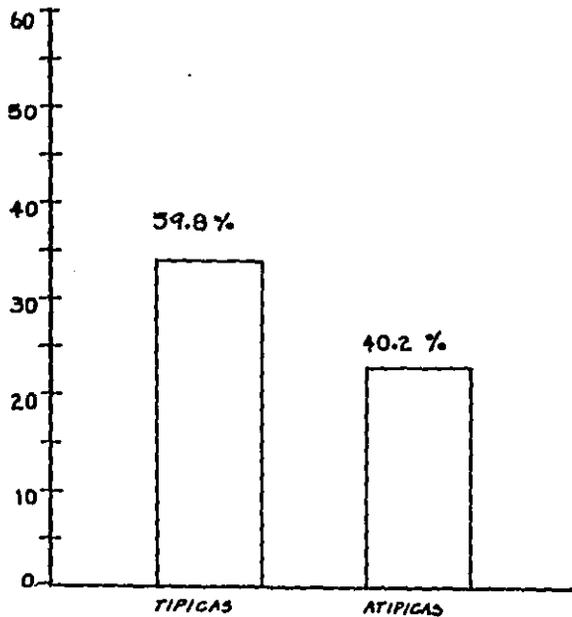
Los hallazgos colposcópicos correspondieron un 59.8% a alteraciones típicas y un 40.2% a alteraciones atípicas, como puede observarse en la Gráfica No. 1

Dentro de las alteraciones típicas encontramos una mayor incidencia de ectopia (en tres de los casos asociada a erosión inflamatoria) en un 36.93%, colpitis 15.8% que coinciden con lo reportado en la bibliografía de 38.9% y 15.6% respectivamente.

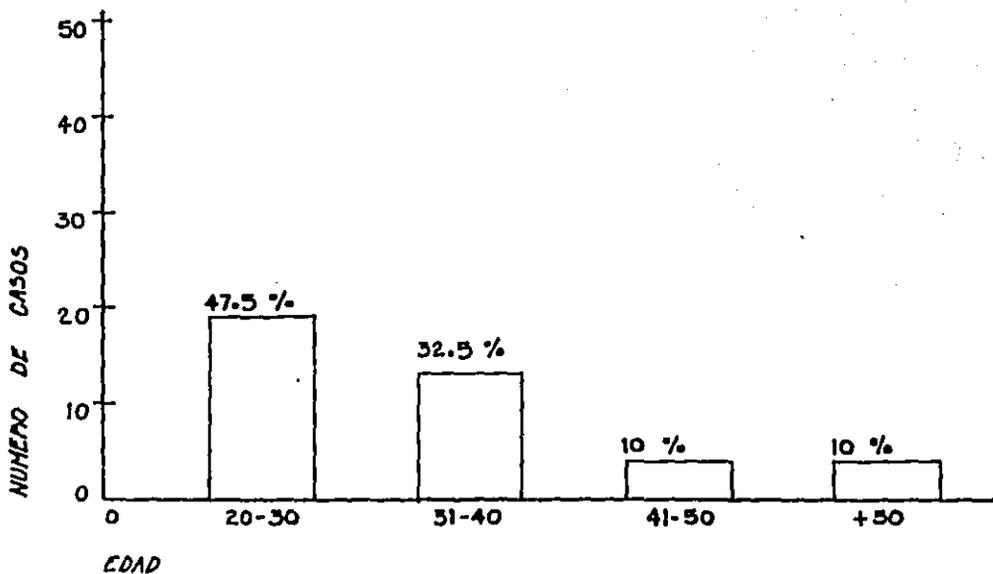
En cuanto a las alteraciones atípicas, predominó la transformación carcinomatosa (12.23%), cuyo cuadro colposcópico estuvo caracterizado por la presencia de zona de transformación atípica e irregularidades vasculares.

Este porcentaje pareciera ser alto comparado con el encontrado por otros autores, sin embargo hay que tomar

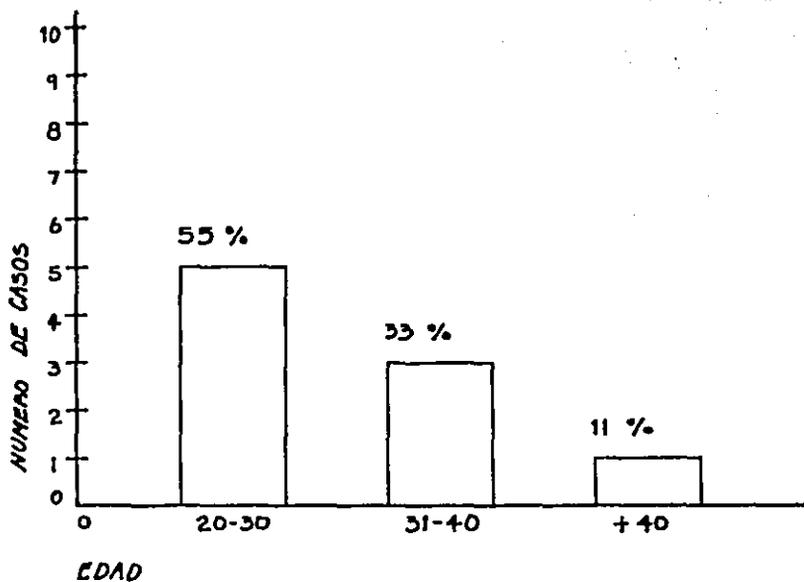
GRAFICA 1
INCIDENCIA DE ALTERACIONES
TIPICAS Y ATIPICAS



GRAFICA 2
PATOLOGIA CERVICAL
INCIDENCIA GENERAL



GRAFICA 3
FRECUENCIA DE COLPITIS
SEGUN LA EDAD



Quadro No. 6

Colposcopia

Alteraciones atípicas:

a) Transformación carcinomatosa	12.23%
b) Zona de transformación atípica	10.48%
c) Irregularidades vasculares	10.48%
d) Imágen de sobreimpresión	1.74%
e) Erosio	5.25%

Alteraciones típicas:

a) Ectopia	36.93%
b) Colpitis	15.82%
c) Mucosa atrófica	7.01%

en cuenta que nuestro grupo estudiado es pequeño lo que --
influiría, dando una incidencia mayor. Los resultados --
se resumen en el cuadro No. 6.

A) Características generales.

- Edad - Nosotros encontramos que la patología -
cervical en general es más frecuente en el grupo de 21 a 30
años, con un porcentaje de 47.5%, una media de 32.3 años.

nuestra paciente más joven fué de 21 años y la --
de más edad de 43 años. Como se representa en la gráfica
No. 2.

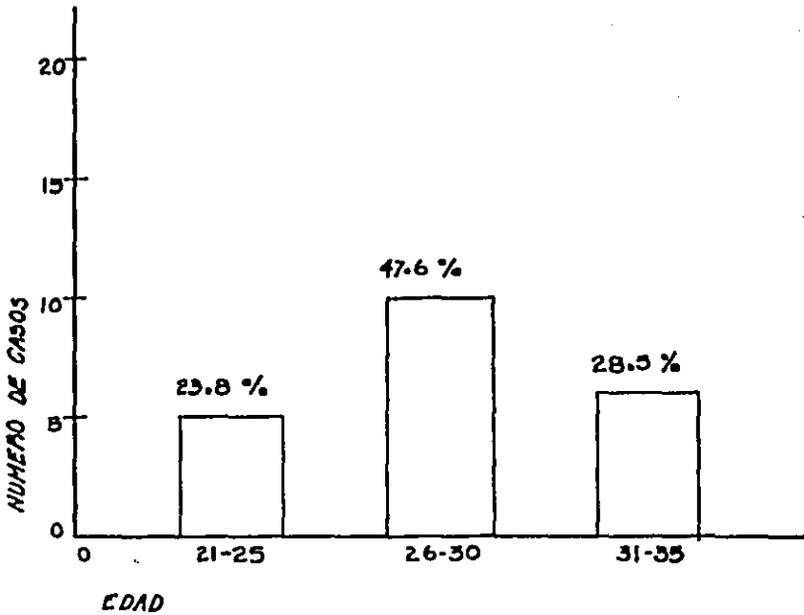
Ya específicamente vemos:

a) Colpitis: Predomino en el grupo de 21 a 30 --
años, en un 55%, con una media de 33.3 años. Estos datos
se desglosan en la Gráfica No. 3.

b) Ectopia: Como era de esperarse y de acuerdo a
los reportes de varios autores, la ectopia se presenta con
mayor frecuencia en pacientes jóvenes, relacionado con una
función ovárica adecuada.

La mayoría de nuestros casos cayeron en el rango
de los 21 a los 30 años. Los resultados se resumen en la

GRAFICA 4
FRECUENCIA DE LA ECTOPIA
SEGUN LA EDAD



gráfica No. 4.

c) Carcinoma : Nuestra paciente más joven fué de 31 años, con un carcinoma epidermoide in situ. La de más edad de 55 años con un carcinoma del mismo tipo, solo hubo un caso de carcinoma invasor en una paciente de 42 años.

Quedando el rango más alto en el grupo de 31 a 40 y 41 a 50 años, con un 42.8%. Como podemos ver en la gráfica No. 5.

- Ocupación - El hecho de que la mujer desempeñe diferentes actividades, no parece influir en cuanto a la frecuencia de patología cervical.

En nuestro estudio, encontramos que la mayoría -- de los casos (67.5%), las pacientes se dedican a las labores del hogar, seguida en frecuencia de las secretarias y maestras.

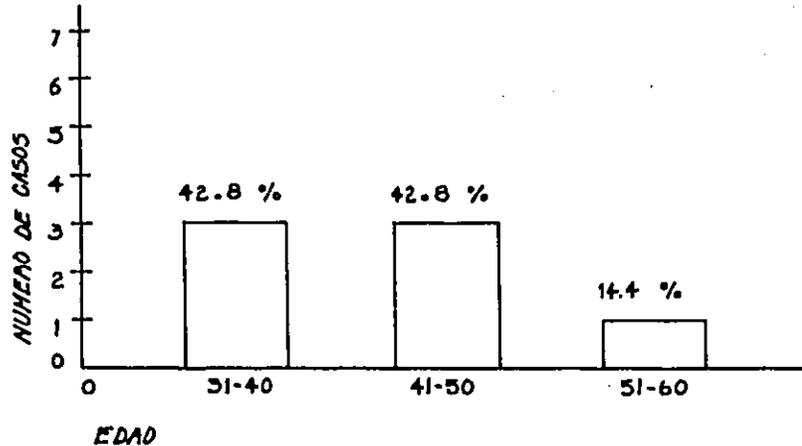
Esto se explica por el tipo de población que maneja nuestro hospital. Lo anterior se esquematiza en el cuadro No. 7.

- Estado civil - En la bibliografía se reporta una mayor frecuencia en el número de lesiones cervicales en

Cuadro No. 7

Ocupación	No. Casos	%
Hogar	27	67.5%
Secretaria	6	15%
Maestra	5	12.5%
Trabajadora social	1	2.5%
Policia	1	2.5%
Total	40	100%

GRAFICA 5
FRECUENCIA DE CARCINOMA
SEGUN LA EDAD



mujeres solteras o en unión libre, nosotros encontramos los siguientes resultados: casadas 90%, solteras 2.5%, unión libre 5%. Por lo que no podemos predecir la importancia de este factor en relación a su influencia sobre alteraciones cervicales. Cuadro No. 8.

- Medio socioeconómico - Las pacientes derechohabientes de este hospital, pertenecen a la clase media baja en su mayoría, por lo que no pudimos obtener datos estadísticos significativos.

B) Antecedentes Ginecoobstetricos.

- Inicio de vida sexual activa - Mc.Laren - Johnson, han concluido, que con el inicio de la vida sexual el cérvix viene a constituir un lugar de fácil asiento para padecimientos benignos, como malignos, más comunes cuanto más precoz sea esta.

En general, obtuvimos un 57.5% en el grupo de 15 a 20 años, seguido de un 27.5% en el grupo de 26 a 30 años.

Realmente en la colpitis y la ectopia, no se ha demostrado una relación estrecha entre su frecuencia y el inicio de la vida sexual, sin embargo un porcentaje elevado

Cuadro No. 8
Factores epidemiológicos
Estado Civil

Edo. civil	No. Casos	%
Casada	36	90%
Soltera	1	2.5%
Unión libre	2	5%
Viuda	1	2.5%
Total	40	100%

No. de Compañeros sexuales.

No. de compañeros	Colpitis	Ectopia	Cáncer
1	7 (17.5%)	15 (35.5%)	5 (12.5%)
2	5 (22.5%)	3 (7.5%)	1 (3.5%)
3	-	3 (7.5%)	1 (3.5%)

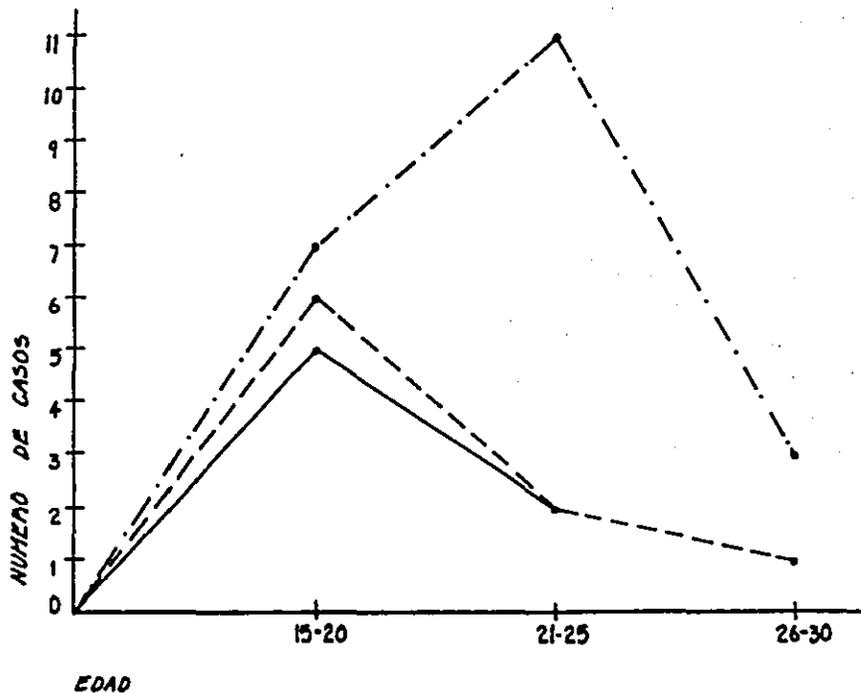
66.6% y 33.3% respectivamente en los grupos de 15 a 20 años nos lleva a pensar que entre más temprano sea el comienzo de la vida sexual, más tiempo tendría el cérvix para estar expuesto a factores mecánicos) algún método anticonceptivo de cualquier tipo) o traumáticos incluyendo el coito:

Incluso en la transformación carcinomatosa hubo - preferencia por estas edades, reflejando un porcentaje de -- 71.4%, aunque sabemos que el grupo estudiado no es representativo de la población general, por lo que pudiera parecer - exagerado. Representamos lo anterior en la gráfica No. 6.

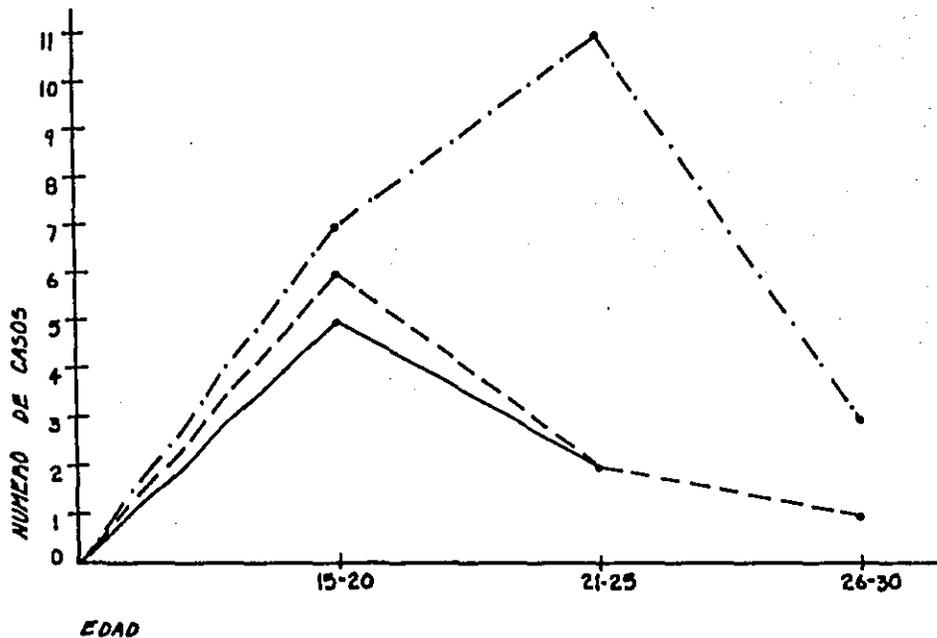
- Número de gestaciones - Se ha invocado al parto primordialmente al número de partos en la aparición de patología cervical. Nosostros recabamos una mayor cantidad de casos en las secundigestas y tercigestas con un 27.5% y 15% respectivamente, manteniendose porcentajes menores con un - incremento en las pacientes G: VII (12.5%), posteriormente las cifras son más bajas. Los resultados se aprecian - en la gráfica No. 7.

- Compañeros sexuales - Copplessen y Richardt men cionaron un incremento de estas alteraciones cuanto mayor -

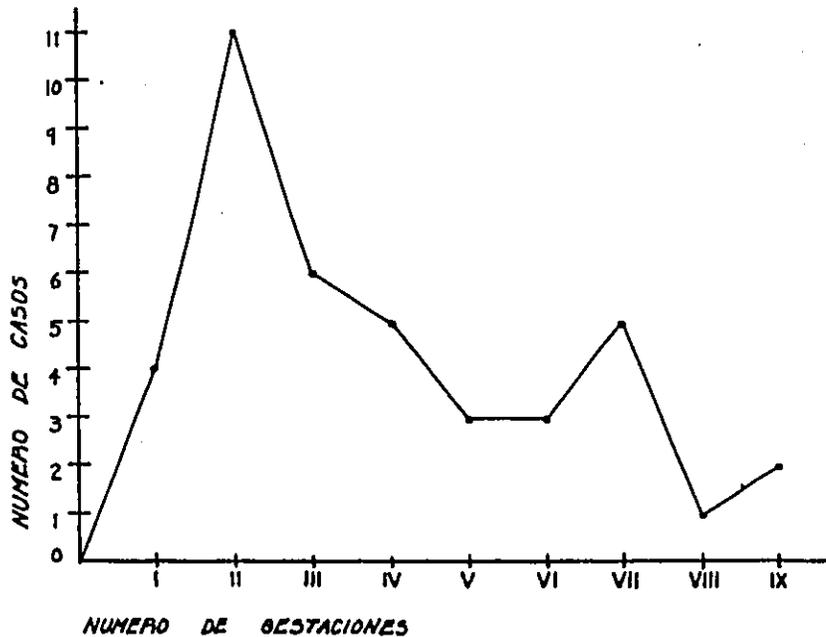
GRAFICA 6
INICIO DE VIDA SEXUAL



GRAPICA 6
INICIO DE VIDA SEXUAL



GRAFICA 7
NUMERO DE GESTACIONES



es el número de compañeros sexuales. En cuanto a este último, pudimos observar que un 67.5% de las pacientes tenían antecedente de una sola pareja sexual, un 22.5% dos, mientras que solo el 10% refirió tres compañeros sexuales.

Resulta difícil determinar la importancia de este factor, dado que los porcentajes disminuyen en las alteraciones cervicales, se encuentran al incrementarse el número de parejas sexuales.

Cabe mencionar, que además no todas las pacientes proporcionan datos fidedignos respecto a este punto.

Los resultados se muestran en el cuadro No. 8.

- Control de la fertilidad - En este renglón nos referimos a aquellas pacientes que usaban algún método anticonceptivo previo a la lesión cervical.

Esto es de importancia, ya que varios autores han encontrado un aumento significativo en la patología del cuello en quienes usaron o usan dispositivo intrauterino y otros tipos de métodos locales.

Nosotros encontramos el porcentaje más elevado con el dispositivo intrauterino (DIU) 37.5%, ignorándose -

el tipo del mismo.

La incidencia de los métodos utilizados se muestra en la gráfica No. 8.

Las pacientes con colpitis y ectopia utilizaban -- para control de la fertilidad el dispositivo, reportando -- para la primera un 7.5% y para la segunda un 20% , lo que -- nos sugiere la posibilidad de actuar como factor irritativo, favoreciendo la aparición de estas lesiones.

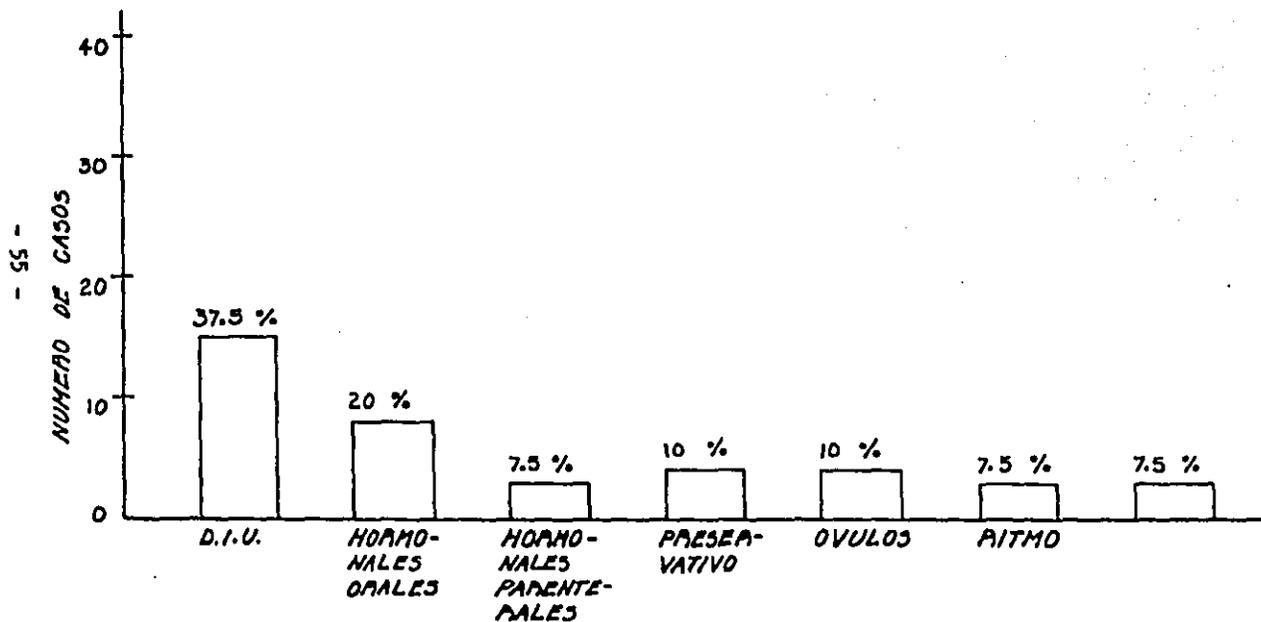
Richardt y Barron, no han encontrado aumento de -- transformación carcinomatosa en pacientes portadoras de dispositivo, así como tampoco en las mujeres que toman anticonceptivos hormonales, las pacientes en este estudio empleaban en un 10% el dispositivo, (durante un período que va de 3 a 10 años), y anticonceptivos orales en un 5%.

La gráfica No. 9 , lo esquematiza mejor.

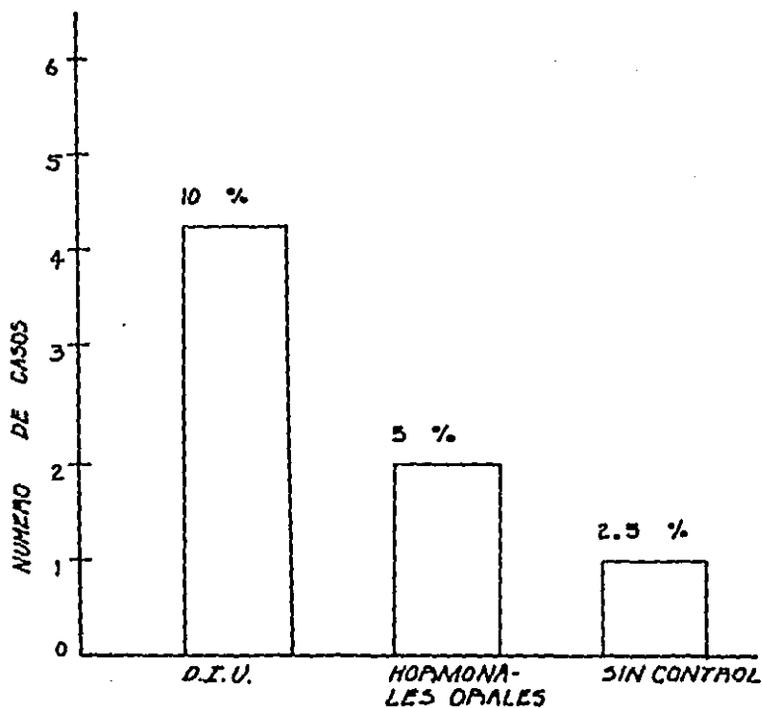
En ella no se incluyó una paciente con ectopia grávida , y tres con mucosa atrófica, por no relacionarse la alteración con el método de control de la fertilidad en su etiología.

- Enfermedades concomitantes - Vale la pena men-

GRAFICA 8
CONTROL DE LA FERTILIDAD



GRAFICA 9
METODO DE CONTROL DE LA FERTILIDAD
EN CASO DE CARCINOMA



cionar el hecho de que algunos autores han visto, que las mujeres que tienen lesiones cervicales cursan con enfermedades concomitantes, las que por si mismas en muchas ocasiones explican la presencia de las mismas. Entre las más frecuentes están la diabetes, enfermedades sistémicas debilitantes, pacientes que están recibiendo tratamiento prolongado con antibióticos de amplio espectro, inmunosupresores o corticoides, así como también , mujeres desnutridas.

Este parámetro fué investigado, pero no se reporto en ninguno de nuestros casos.

- Ectopia -

La ectopia, resultó ser en nuestra estadística la imagen colposcópica más frecuente, diagnosticandose en el 36.93% de las ocasiones, apareciendo como lesión única en el 15%, asociada a un complejo reparativo típico en el 55%.

Los aspectos colposcópicos se muestran en el cuadro No. . En cuanto al tipo de ectopia, obtuvimos que en 85.7% ocupaba las 2/3 partes del exocérvix, en el 14.4% su extensión se limitaba a menos de 2/3 partes del exocérvix -

como se muestra en la gráfica No.10.

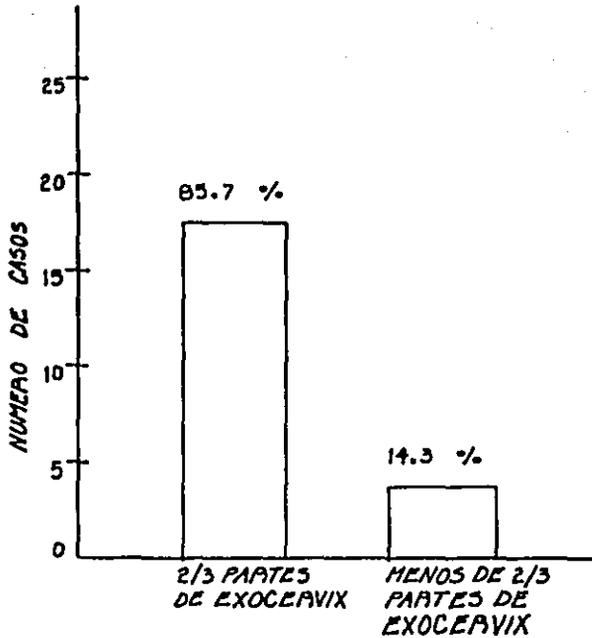
En el cien por ciento de las pacientes, las características microscópicas de la ectopia, correspondió a papilas en grano grueso o macropapilar, con una disposición en racimo de uvas, lo que pondría en evidencia la etiología -- inflamatoria secundaria a un proceso infeccioso preexistente.

- Motivo de envío a estudio colposcópico -

La causa fundamental para que las pacientes que presentaron este tipo de lesión fueran canalizadas a estudio y control colposcópico, la constituyó en 61.9% el reporte de una citología alterada (cualquier tipo de displasia) mientras que en el 33.3% de ellas existía antecedente de -- infección cervicovaginal crónica y resistente al tratamiento

En cuanto a la cronicidad del proceso infeccioso, su evolución vario de 1 a 3 años, y en dos de ellas de 5 años. Todas habian recibido tratamientos previos en múltiples ocasiones, principalmente locales a base de óvulos - (nitrofurazona, nistatina y metronidazol) , en menor pro-

GRAFICA 10
EXTENSION DE LA ECTOPIA



porción, la terapéutica consistió en administración de antibióticos como la ampicilina y tetraciclina.

Pero en ninguna se siguió un esquema adecuado en cuanto a días y dosis, no existiendo control posterior a base de cultivos, frotis o Papanicolaou, y lo más importante que favoreció la no resolución del problema fué la exclusión de la pareja sexual en el tratamiento.

- Microorganismo más frecuentemente asociado a ectopia -

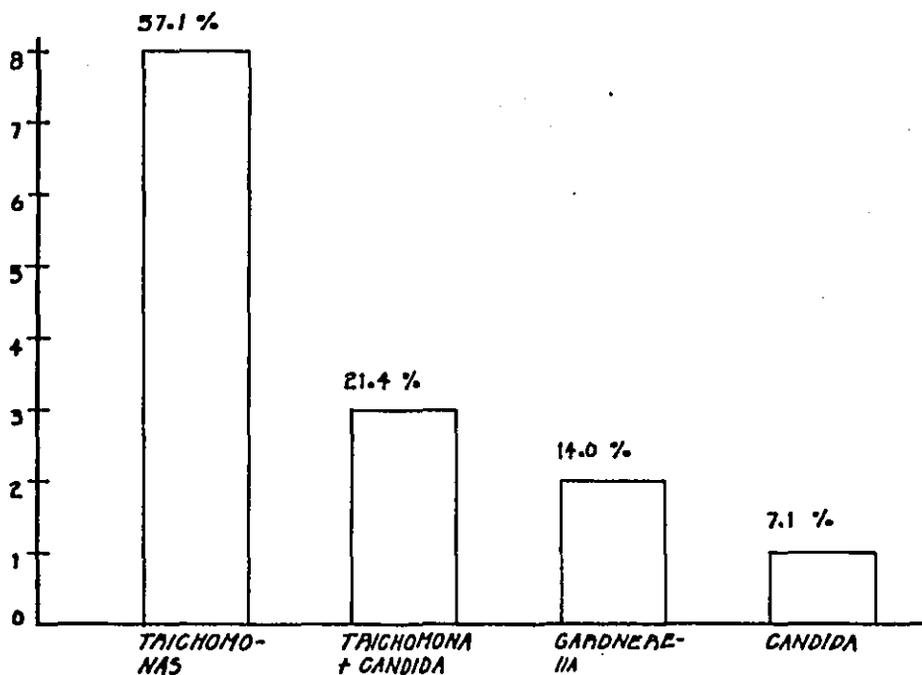
De las 14 pacientes con ectopia, en quienes se detecto una infección agregada, el microorganismo más frecuentemente aislado resultó ser la trichomona en un 57.1%, sola , y asociada a candida en un 21.4%.

Lo cuál se esuqematiza en la gráfica No.11.

Se menciona que en aproximadamente el 3 al 15% la presencia de este parásito, no da sintomatología, hecho que no pudimos corroborar, ya que en el estudio todas muestras pacientes eran sintomáticas.

Lo que si podemos deducir es que la trichomona vaginalis, no es específica de personas de medio socioeconómi

GRAFICA II
MICROORGANISMO MAS FRECUENTEMENTE
ASOCIADO A LA ECTOPIA.



co bajo, ya que tiene una alta incidencia en mujeres de la clase media baja, sector al que pertenece la mayoría de - muestras derechohabientes. De hecho esta ha quedado consi- derada como una enfermedad transmitida por el contacto --- sexual, lo que implica un tratamiento adecuado a la pareja para evitar las recidivas y cronificación del padecimiento.

- Resultado de la última citología -

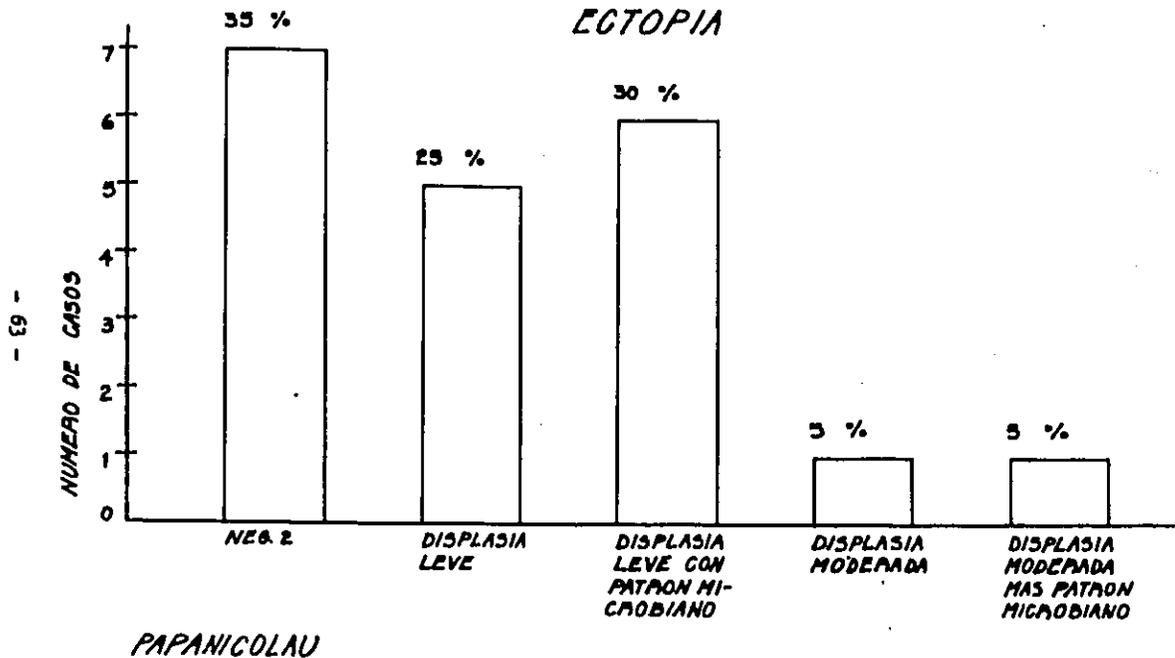
En este apartado llama la atención el hecho de -- que ninguna de muestras pacientes portadoras de ectopia, -- tenían un control citológico adecuado. El tiempo transcu- rrido de la toma del último Papanicolaou y el que se tomo - de base al inicio del estudio fué en promedio de 2 a 3 años

Nosotros encontramos en un 35% que los resulta-- dos correspondían a Negativo II, con patrón microbiano -- (trichomona, candida, gardnerella), 55% Displasia leve, y 10% a displasia moderada.

Los datos se resumen en la gráfica No.12.

Un dato en la citología que nos orienta a pensar en la existencia de ectopia, es la presencia de células ci- líndricas, que son clasificadas como reacción inflamatoria,

GRAFICA 12
RESULTADO ULTIMA CITOLOGIA
ECTOPIA



la cuál estuvo presente en los Papanicolaou correspondientes a este grupo.

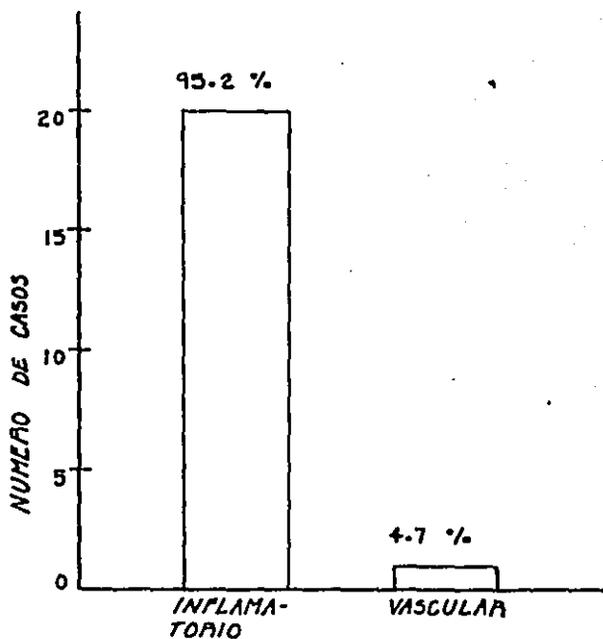
- Evolución y conducta -

En general el estudio colposcópico efectuado nos reveló la presencia de ectopia de tipo inflamatorio en un 99.2% , mientras que el 4.7% lo constituyó una ectopia vascular, encontrada como hallazgo sin alteraciones en la citología en una paciente embarazada. Lo anterior se representa en la gráfica No.13.

Las mujeres con la variedad inflamatoria recibieron tratamiento específico, según el agente etiológico (trichomona, candida, gardnerella), asociado a tratamiento antiinflamatorio, con estudio colposcópico posterior dos meses después mediante el que observamos resolución progresiva de la ectopia en 85% de los casos. Manejándose este grupo con exámenes citológicos y colposcópicos de control, en el 15% encontramos persistencia de la ectopia, requiriendo en 10% de las pacientes electrofulguración con resultados satisfactorios.

Una de las pacientes con dificultad para llevar -

GRAFICA 13
TIPO DE ECTOPIA



en forma adecuada el tratamiento por poca cooperación de -- su pareja, persistencia de displasia moderada en la citolo-- gía y con paridad satisfecha, se decidió realizar histerecto-- mía por ser considerada de alto riesgo.

Lo anterior se sintetiza en el cuadro No. 10.

La curación de la ectopia de las pacientes aquí - estudiadas se llevó a cabo por un proceso de reepitelización normal regular en el 65% de muestra estadística, e irregular tan solo en el 35%, como puede verse en el cuadro No. 10.

- Colpitis -

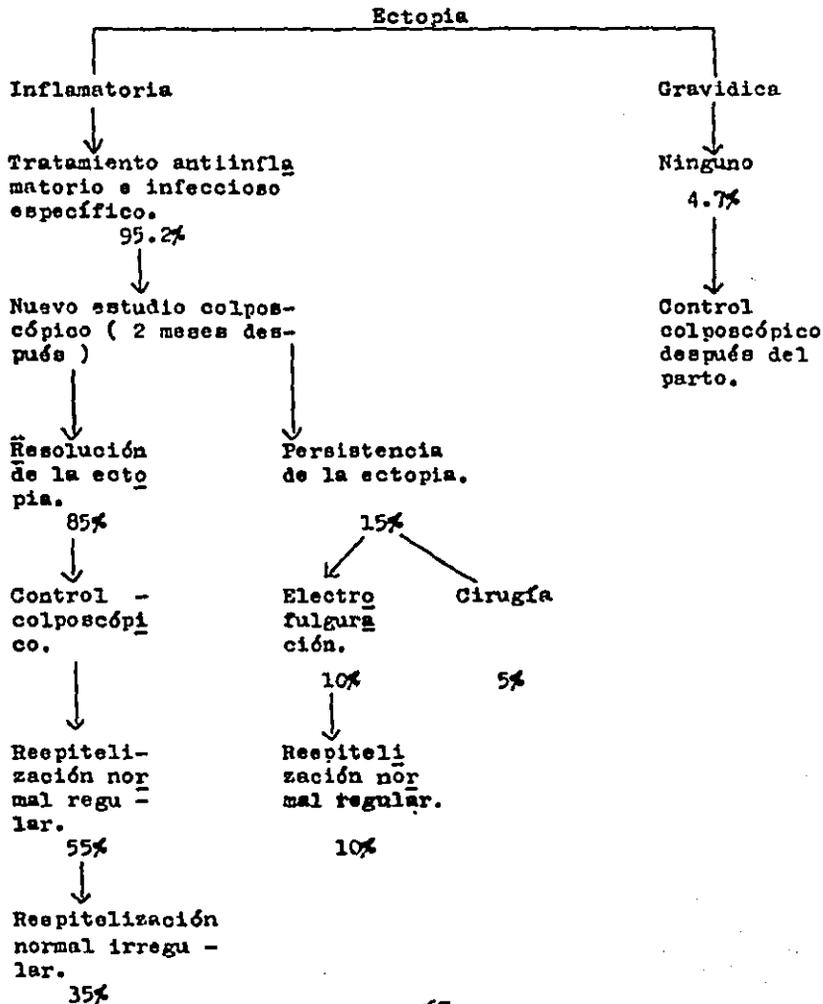
Hallazgo colposcópico en el 15.86%, lo que corres-- ponde a la presencia de esta en 9 de muestras 40 pacientes.

De ellas, la mayor incidencia fué para la colpi-- tis de puntos rojos con un 33.3%, seguida de la colpitis fo-- cal en 22.2%, encontramos también dos casos de colpitis pete-- quial que corresponde a un cambio distrófico propio de la mu-- jer postmenopáusica.

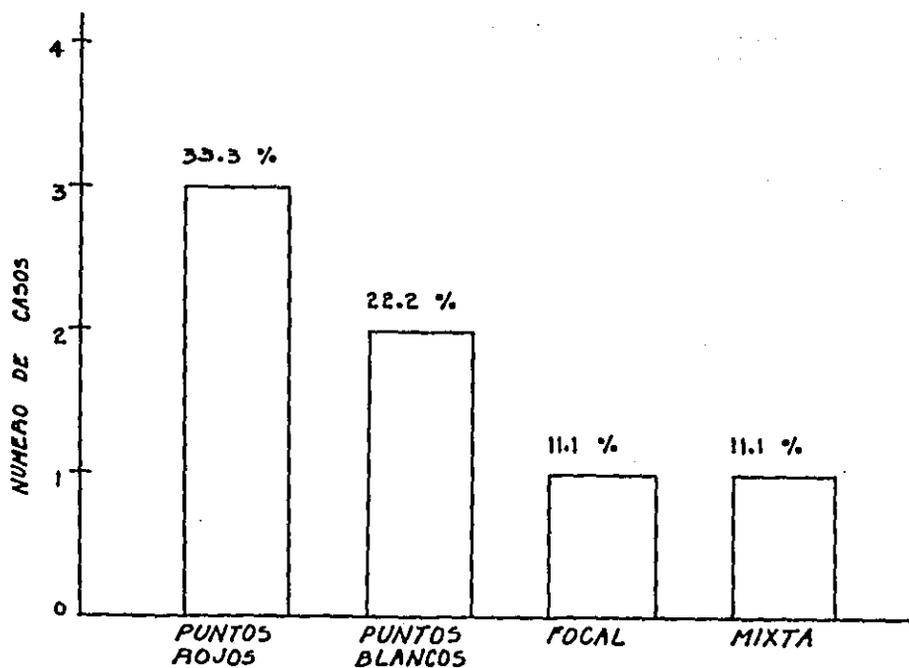
Lo anterior se observa en la gráfica No. 14:

Coincidiendo con la mayoría de reportes bibliográ-- ficos, que encuentran al factor infeccioso como uno de los -

Cuadro No. 10



GRAFICA 14
VARIEDAD DE COLPITIS



principales causantes de colpitis, nosotros observamos que los casos donde dicho factor existía, el microorganismo más frecuentemente observado fué la trichomona en un 42.8% sola, en un 14.2% asociada a candida, mientras que en el 28.5% correspondió a la presencia de gardnerella, lo cuál difiere con lo reportado por Fernández-Gid, que menciona como principal germen la gardnerella (49.7%), seguida por la trichomona (31.5%), explicandose las diferencias por la distinta población que se maneja.

Datos resumidos en la gráfica No. 15 .

- Motivo de envío para estudio colposcópico -

El estudio colposcópico en este caso se indicó en el 64.4% de nuestras pacientes por el antecedente de cervicovaginitis, con un período de evolución menor al de la ectopía (de 6 meses a 1 año), predominando el de displasia -- leve.

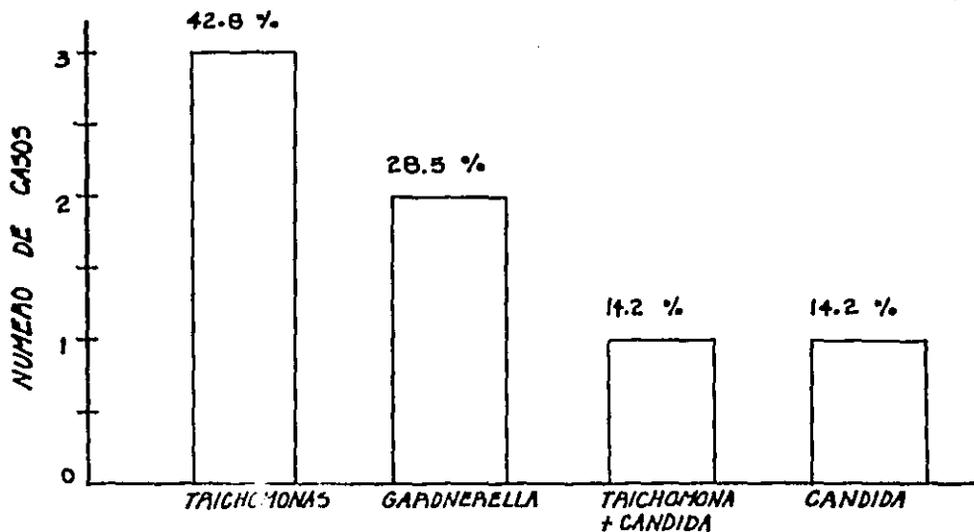
Representado en el cuadro no. 9.

Los hallazgos al colposcopio revelaron la presencia de 3 casos de colpitis en puntos rojos, asociada a la presencia de trichomonas; dos casos de colpitis focal en --

CUADRO 9
MOTIVO DE ENVIO
A ESTUDIO COLPOSCOPICO

MOTIVO DE ENVIO A ESTUDIO COLPOSCOPICO						
ALTERACIONES	NUMERO DE CASOS	CAUSA DE ENVIO				
		CERVICO-VAGINAL	ASINTOMATICO	OTILOBIA ALTERADA	SANGRADO POST-COITO	HALLAZGO
COLPITIS	9	6 66.7%	0	3 33.3%	0	0
ECTOPIA	21	7 33.3%	0	13 61.9%	0	1
CARCINOMA	7	0	1 14.3%	5 71.4%	1	0
OTROS	3	3	0	0	0	0

GRAFICA 15
MICROORGANISMO MAS FRECUENTEMENTE
ASOCIADO A LA COLPITIS



los que se aislo gardnerella, una paciente con colpitis en - puntos blancos, y una con colpitis mixta donde encontramos - candida y candida-trichomona respectivamente.

En estas ocasiones también las pacientes habían - recibido tratamientos previos con las mismas dificultades pa - ra llevarlo con éxito. Cabe resaltar el predominio de la - trichomona.

- Resultado de la última citología . -

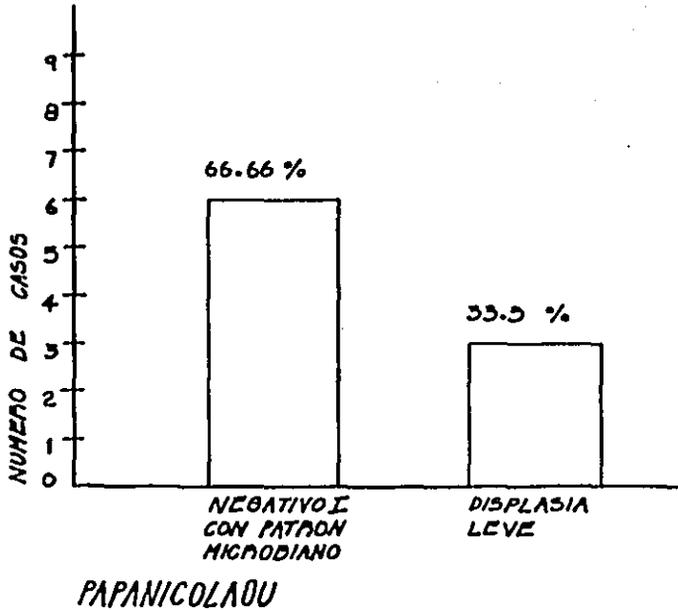
Sin control citológico adecuado. El resultado - de la última citología nos mostró : negativo II en un 22.2%, que corresponde a dos pacientes postmenopáusicas enviadas -- por colpitis como hallazgo durante la toma de Papanicolaou, Negativo I reacción inflamatoria y gérmenes en 44.4%, displa - sia leve con reacción inflamatoria intensa en el 33.3%, rela - cionado con la presencia de trichomonas.

Lo anterior se encuentra contenido en la gráfica - No.16.

- Evolución y conducta -

Del total de las colpitis, el 77.7% correspondió - a las llamadas de tipo inflamatorio, o sea , en las que se -

GRAFICA 16
RESULTADO ULTIMA CITOLOGIA
COLPITIS



ha descubierto un gérmen causal, cuyo manejo incluyó tratamiento antiinflamatorio y específico para cada microorganismo, seguido de estudio colposcópico. Encontramos mejoría en el 67.6%, mientras que en el 10.1% hubo necesidad de repetir nuevamente el esquema terapéutico.

A la colpitis petequiral le correspondió un 22.2%, que respondió adecuadamente a la aplicación de estrógenos locales.

Estos datos se explican en el cuadro No. 11

- Transformación carcinomatosa -

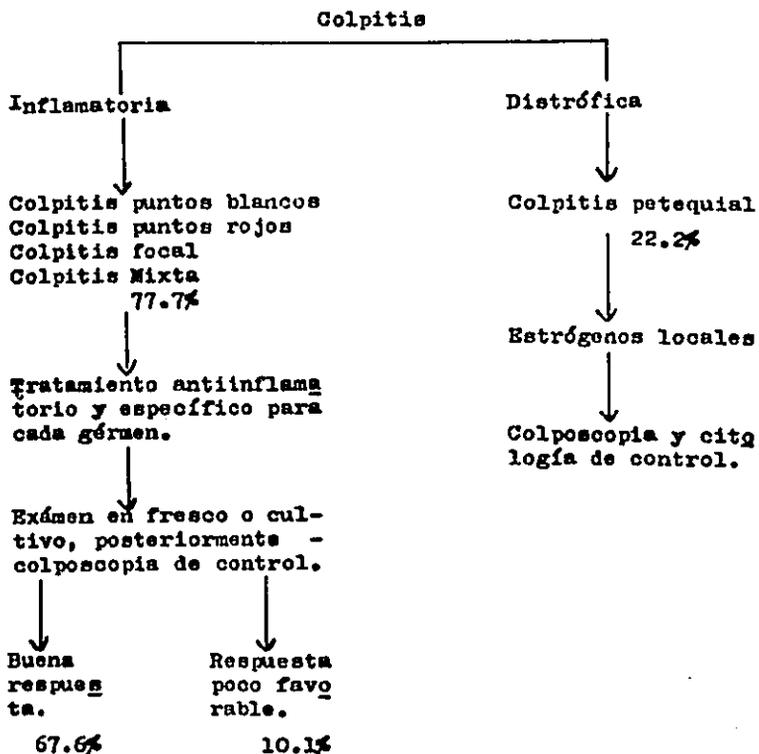
Nuestro estudio lo reporta en el 12.23%, como se refiere en el cuadro No. 6.

Clinicamente manifiesta como una cervicitis, el exámen colposcópico reveló la presencia de zona de transformación atípica en el 10.48%, así como irregularidades vasculares en el mismo porcentaje, identificandose una imágen de sobreimpresión (base) en 1.74%. Gráfica No. 17.

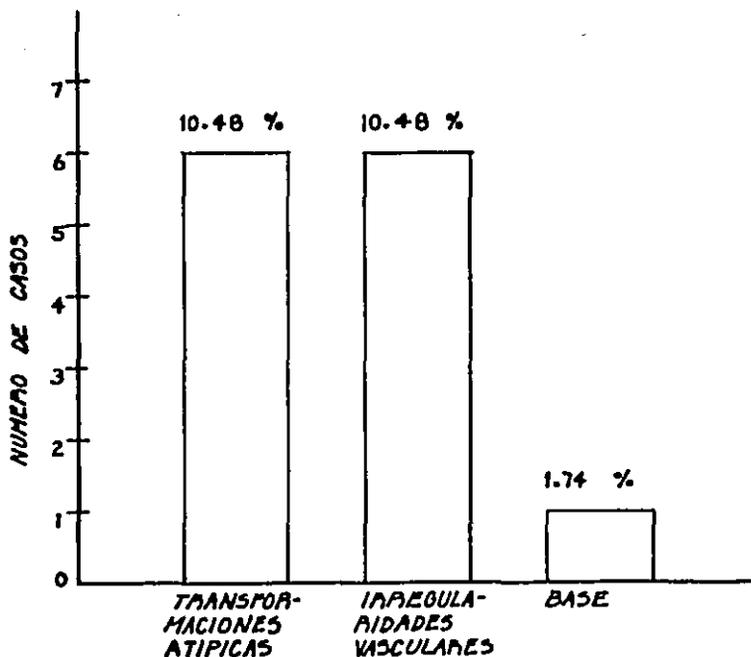
- Motivo de envío para estudio colposcópico -

Este grupo quedo constituido solamente por siete pacientes, de las que el 71.4% ameritó colposcopia por cito-

Cuadro No. 11



GRAFICA 17
HALLAZGOS COLPOSCOPICOS
EN CASO DE CARCINOMA



logía alterada, en 14.5% la indico la presencia de una lesión cervical asintomática encontrada como hallazgo durante la toma de Papanicolaou, y en igual porcentaje manifiesto por hemorragia postcoito de seis meses de evolución.

Representado en el cuadro No. 9.

Aunque este último correspondió a un carcinoma invasor, por lo que la colposcopia sirvió únicamente para corroborar lo que ya clínicamente era evidente.

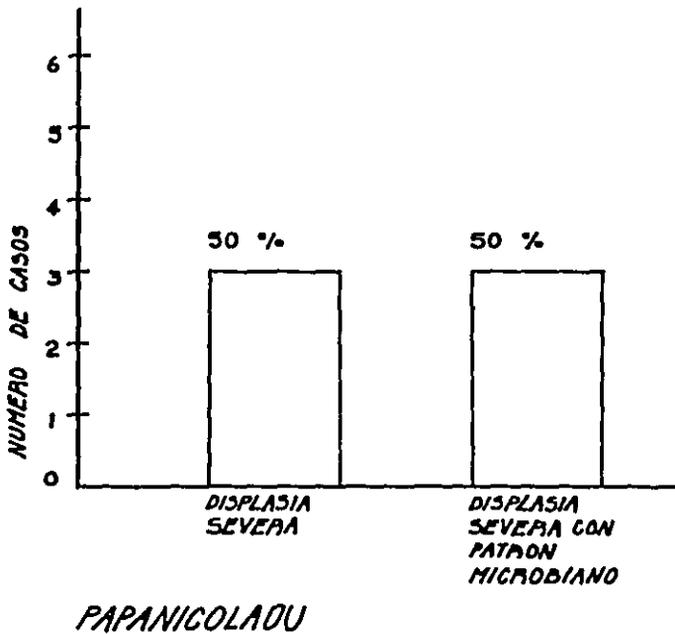
- Resultado de la última citología -

Los resultados del Papanicolaou más reciente mostraron en un 50% displasia severa, en idéntico porcentaje displasia severa con intensa reacción inflamatoria y trichomonas. Solo tres de las pacientes contaban con citologías previas, mostrando algún tipo de displasia.

Lo enunciado se analiza en la gráfica No. 18.

De nuevo como en las lesiones anteriormente mencionadas, la trichomona se encuentra en un alto porcentaje a pesar de ser un conjunto minoritario el analizado, parecería tener un papel relevante en la patología cervical, lo cual sería motivo de estudios posteriores.

GRAFICA 18
RESULTADO DE ULTIMA CITOLOGIA
CARCINOMA



ESTA LEIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En general, concluimos , que la trichomona se encuentra en la citología negativa en el 10.7%, displasias -- 17.8%, carcinoma in situ 10.7%, como se puede observar en la gráfica No. 19.

- Evolución y control -

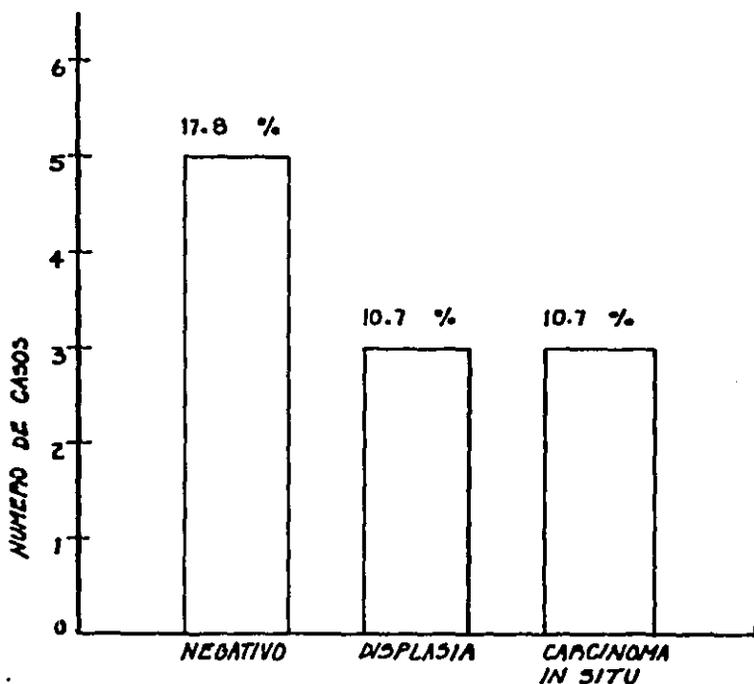
El estudio colposcópico reveló la presencia de una zona de transformación atípica con irregularidades vasculares IV-V, lo cual hizo necesaria la toma de biopsia dirigida del área sospechosa, con reporte posterior de carcinoma epidermoide, en ninguno de los estudios histopatológicos se encontro adenocarcinoma.

Siendo entonces sometidas a tratamiento quirúrgico con control colposcópico y citológico postoperatorio.

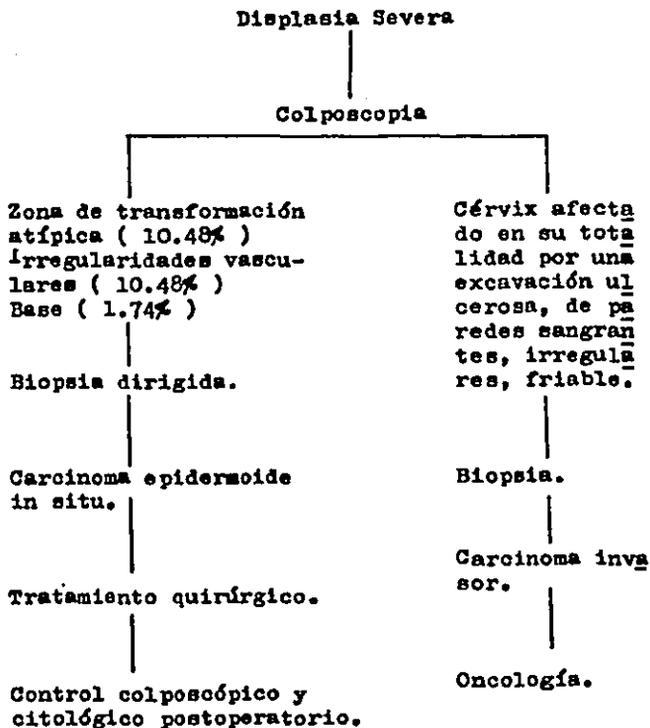
En un caso macroscopicamente el cérvix presentaba una excavación ulcerosa de paredes irregulares, facilmente sangrante, friable, de la que tomamos biopsia la que nos reporte carcinoma epidermoide invasor, decidiendose entonces - su traslado a oncología.

Lo anterior se sintetiza en el cuadro No.12.

GRAFICA 19
CORRELACION ENTRE TRICHONOMA
DIAGNOSTICO CITOLOGICO



Quadro No. 12



V.- Discusión.

El presente trabajo trata de la experiencia del uso de la colposcopia, asociada a otros procedimientos diagnósticos que le dan al ginecólogo una mayor información, a la vez que facilita el manejo de las pacientes.

El examen a simple vista del cérvix, y aún con iluminación adecuada, es un método incorrecto de diagnóstico, pues muchas veces el epitelio exocervical normal puede tener un carcinoma incipiente, y en otras las llamadas erosiones pueden simular un carcinoma inexistente.

Schiller al descubrir que las células del epitelio exocervical normal se tiñen con una solución de yodo, por su contenido de glucógeno dió un paso adelante a la evaluación de las lesiones cervicales. Con el advenimiento de la citología exfoliativa se perfecciono notablemente el diagnóstico de lesiones potencialmente malignas, ocupando un lugar cada vez más preponderante en la detección del

carcinoma cervical. La mejor preparación de los citólogos ha venido a crear un ambiente de gran confianza en sus resultados, lo sencillo y económico del método permite utilizarlo en forma rutinaria, aún para la detección en grandes masas de población.

La posibilidad de reconocer cáncer antes de ser invasor cuando fuese solamente un punto, por medio de un sistema óptico de amplificación, fué el sueño de Hinselmann que invento el colposcopio hace más de 30 años, e inició la divulgación de lo que llamó colposcopia, mediante la cuál se pudieron descubrir una serie de imágenes que correspondían a estados fisiológicos o a alteraciones de la arquitectura epitelial, encontrando que en algunas de estas la histología podía demostrar un carcinoma intraepitelial, o un carcinoma en estadios de invasión temprana.

El procedimiento tiene la ventaja de que permite la observación estereoscópica del cérvix, con aumento que va de 6 a 16 veces, pudiéndose distinguir zonas típicas y atípicas que corresponden a las diferentes tipos de metaplasia escamosa.

La colposcopia se ha utilizado principalmente para la evaluación de aquellos casos en los que la citología era anormal, afortunadamente en la última década se incluye para la valoración de hallazgos citológicos atípicos asociados con estados cervicales benignos.

La mayoría de los autores están de acuerdo en su utilidad en la detección de patología cervical, enfatizando el empleo combinado de la citología y la colposcopia como método más eficiente.

En 1965 Navratil demostró que la combinación de las técnicas antes mencionadas aumentaban la seguridad de la detección del cáncer precoz hasta en un 99%. Algunas otras publicaciones confirman estos datos.

La correlación de la colposcopia con la biopsia es que favorece la localización de la zona de transformación atípica para una mejor investigación histológica.

La colposcopia ha demostrado que el epitelio columnar atípico del exocérvix es la causa más frecuente del sangrado por contacto y de la producción de síntomas.

Se concluye que la mayoría de las lesiones cervi-

cales estan al alcance de la colposcopia, aunque se dificul
ta su deteccion cuando se originan en el endocervix.

En cuanto a la citología se recomienda repetir el estudio citológico cuando la colposcopia reporte una zona atípica, antes de indicar cualquier otro tratamiento. Se indica biopsia si hay lesión colposcópica atípica, en caso de frotis sospechoso, o si el frotis es positivo por período de varios meses sin ninguna sintomatología.

Hay que recalcar que el tratamiento de un determinado caso de inflamación de la mucosa cervicovaginal, ejemplo de ello es la colpitis y la ectopia, será más efectivo cuanto mejor hayan sido valoradas las circunstancias individuales. En este aspecto tiene valor, no solo el tipo de síntomas expuestos por la paciente, sino también el germen productor de las lesiones observadas y su tipo e intensidad

En la práctica , el diagnóstico colposcópico del cuello inflamatorio, permite al ginecólogo confirmar la sospecha clínica de cervicitis, precisar un diagnóstico lesional exacto y establecer con notable exactitud el agente etiológico que la ha originado.

Por otra parte el control posterior de la lesión mediante la referida exploración, pone al descubierto las posibles falsas curaciones, estableciendo de esta forma un pronóstico evolutivo correcto. En muchas ocasiones, pocos días después de establecer el tratamiento antiinflamatorio específico, se negativizan los exámenes en fresco y hasta las extensiones teñidas, sin embargo la colposcopia denuncia la persistencia de la lesión .

En estos casos, el abandonar la medicación y considerar el caso solucionado es un error, pues clínica y bacteriológicamente la infección, recidivara después de un tiempo libre mayor o menor.

Específicamente para la ectopia la única conducta correcta es la instauración de una terapéutica antiinflamatoria y asociaciones de antibióticos, por tiempo suficientemente prolongado para ser efectivo, se ha demostrado que el lapso más adecuado es de 20 días. Cuando el examen bacteriológico o citológico haya descubierto gérmenes específicos (trichomonas, menilias, gardnerella etc.) debe postergarse cualquier tratamiento tendiente a la curación, hasta

que la vagina haya sido esterilizada con la medicación más apropiada.

Si desaparecido el componente inflamatorio sobreañadido, la ectopia inicia su reparación nos limitaremos a un prudente control. Por el contrario si ha pasado un tiempo prudente (1 a 2 meses) y no existen signos colposcópicos de respitelización normal, se decide cauterización de la ectopia.

Si esta se muestra resistente a todo tratamiento inclusive la coagulación, puede estar indicada la cirugía, llamese conización, amputación o inclusive histerectomía -- complementado con estudio histológico, ya que investigaciones estadísticas recientes revelan que este tipo de ectopia, sufre una transformación maligna superior a la habitual.

Se sugiere la posibilidad de que en estos casos la actividad fagocitaria este inhibida por razones desconocidas, predisponeando ello a la proliferación celular atípica.

En cuanto al tratamiento de la transformación car

cinomatosa, esta debe ser conservador, la histerectomía depende de la edad, paridad de la paciente, pero principalmente del tamaño de la lesión, localización de la misma según la colposcopia y los grados de cambios observados.

La profilaxis del carcinoma in situ y la detección de las lesiones premalignas es una función importante de la colposcopia.

En resumen, el exámen colposcópico adecuado nos permite, no solamente señalar la localización de la lesión más significativa en el cérvix, sino también evaluar la extensión de la misma, y establecer el tratamiento adecuado.

El estudio colposcópico en casos con sospecha citológica, el colposcopista ya sabe que la paciente tiene una enfermedad cervical, debiendo por lo tanto descubrir donde esta localizada la lesión.

También hay que estar conscientes de que en la evaluación colposcópica pueden ocurrir problemas importantes.

En el estudio colposcópico de lesiones cervicales anormales pueden cometerse dos errores:

1.- El no reconocer la colposcopia no satisfactoria.

2.- El no reconocer los vasos atípicos compatibles con carcinoma microinvasor o poco invasivo.

Con frecuencia aquellas pacientes que tienen una lesión colposcópica sugestiva en el cérvix, el colposcopista puede pasar por alto, el hecho que la unión escamocolumnar no es totalmente visible y por lo tanto puede no identificarse una lesión más significativa en un lugar más alto en el canal endocervical.

Por lo que Richardt recomienda en todas las lesiones sospechosas que vayan a ser tratadas en forma ambulatoria, debe realizarse un legrado endocervical, excluyendo a quienes desde el punto de vista colposcópico la unión escamocolumnar sea totalmente visible, solo con el propósito de tener una confirmación histológica del diagnóstico colposcópico.

Hay que reconocer que el fracaso para identificar los vasos atípicos, tendrá como resultado el fallo en el diagnóstico de carcinoma, lo que repercutiría en el buen ma

nejo de la paciente.

Por lo que es conveniente entrenar al ginecólogo a reconocer lesiones cervicales, que se traducirán en imágenes colposcópicas, a través de un adecuado entrenamiento que nos permita mantener un nivel suficiente de experiencia colposcópica la cual se obtiene entre mayor sea el número de pacientes examinadas, y el número de años que ha usado el colposcopio el ginecólogo.

Nosotros coincidimos en que la colposcopia es un gran método diagnóstico en ginecoobstetricia, tanto para patología benigna o maligna, y creemos debiera de utilizarse de rutina en la detección temprana de cáncer.

Sin olvidar que esta tiene sus limitaciones.

VI.- Conclusiones.

En este estudio y según los reportes de la citología y colposcopia, llegamos a las siguientes conclusiones:

1) No hay justificación para considerar a la citología vaginal, con todas sus ventajas como único método para hacer detección de patología del cérvix y desconocer — otros métodos.

2) Creemos un equívoco el poner frente a frente a la colposcopia y la citología, y tratar de valorar sus resultados por separado.

Sino, que debemos complementar uno con otro.

3) En los casos de citología sospechosa o positiva con colposcopia se debe realizar estudio histológico de la lesión.

4) La biopsia selectiva con control colposcópico disminuye las posibilidades de error.

5) El estudio histológico siempre será el método comprobatorio por excelencia.

La colposcopia es un método sumamente valioso para el diagnóstico de la patología cervical, ya que permite visualización completa del área afectada para determinar con exactitud el tratamiento.

La aplicación de la colposcopia en el diagnóstico se puede dividir en :

1) Diagnóstico y vigilancia de una lesión benigna.

2) Diagnóstico de displasia y cáncer preclínico del cérvix y la vagina.

3) Investigación y enseñanza.

Una de las desventajas de la colposcopia es el descubrir varios grados de displasia en mayor número que por estudio citológico, las cuáles en ocasiones son idénticas al cáncer incipiente.

Los métodos de eficacia y técnicas prácticas de aplicación de colposcopia en las diversas etapas del diagnóstico y tratamiento son:

1) Exactitud de la biopsia.

La cuál se toma del sitio adecuado para un diagnóstico de certeza por medio del estudio colposcópico, por esto mismo limita la amplitud de la biopsia focal, no pudiéndose tomar más de cuatro biopsias pequeñas.

2) Evita la conización.

Esto se logra por medio de una biopsia tomada — del sitio adecuado por medio de la colposcopia, practicando se conización cuando los cambios extensos originan demasiadas biopsias, o cuando la biopsia inicial revela carácter invasor.

La conización se puede evitar cuando hay inclusión colposcópica de lesiones cancerosas en vagina, ectocérvix, porción distal del conducto cervical.

Si en un frotis se considera obligada la valoración posterior, si la paciente tiene hemorragias, conviene practicar dilatación y legrado fraccionado del cérvix.

Uno de los inconvenientes para utilizar la colposcopia en el estudio rutinario de la patología cervical es la dificultad para visualizar el endocérvix.

La técnica colposcópica anterior solo nos permite estudiar el epitelio cilíndrico cuando este es ectópico.

La importancia de explorar el epitelio escamocilíndrico de transición es debido a que frecuentemente en esta zona se desarrolla el carcinoma. La exploración endocervical es por lo tanto de mucho valor desde el momento que esta zona está localizada por dentro del canal endocervical.

Hasta hace poco el endocérvix era estudiado por citología y legrado. En 1964 empezó a utilizarse la colposcopia endocervical mediante una nueva técnica.

Anteriormente se reportan algunos datos de estas exploraciones, Ganso demostró un método para observación endocervical con colposcopia usando un dilatador.

Se recomienda la exploración endocervical con uno de los métodos para el estudio del cérvix. Un cérvix no puede considerarse sano sin tener la certeza de las condiciones del canal.

Quando se recibe un reporte de citología positiva o sospechosa, el médico debe decidir como establecer un

diagnóstico definitivo lo más pronto posible, con la colposcopia se puede tomar una biopsia, hacer el diagnóstico y podemos proceder al tratamiento correcto. El problema aparece cuando la lesión es incierta y el cérvix parece normal.

Por último, cuando se recibe un reporte de citología anormal, la conización debe realizarse siempre que se encuentre:

- 1) Lesiones visibles al colposcopio.
- 2) Lesiones extendidas al endocérvix, que no son visibles al colposcopio.
- 3) Lesiones confluentes en más del 50% del cérvix.
- 4) Cuando el exudado sugiere un carcinoma invasor, pero la colposcopia muestra una lesión menor.
- 5) Cuando la colposcopia biopsia constituye una segura, adecuada y eficiente técnica de diagnóstico de las lesiones malignas del cérvix.

La colposcopia como método diagnóstico, no ha recibido gran atención en nuestro hospital, creemos necesario incrementar su uso para mejor detección y tratamiento de la patología cervical.

VII.- Bibliografía.

- 1.- Aruta J., Crisosto G. Consideraciones sobre la ectopia congénita. Informe personal preliminar. Santiago de Chile.
- 2.- Banford A., Beilbuy J. The natural history of cervical intraepithelial neoplasia as determined by cytology and colposcopic biopsy. Acta Cytol. Sep-Oct. 1983. 27 (5) 482-4.
- 3.- Bauer H. Atlas de colposcopia. Ed. Panamericana 1977.
- 4.- Balten K. Colposcopia práctica en el carcinoma cervical y vaginal incipiente. Clin. Obst. Ginec. Dic. 1982. 908-912.
- 5.- Benedet J.L., Anderson G. Colposcopic accuracy in the diagnosis of microinvasive and occult invasive carcinoma of the cervix. Obstetrics-Gynaecology April. 1985. 65 (4) 557-562.
- 6.- Birghardt E. Colposcopy cervical. Pathology Text-Book and Atlas Med. May 1984. 29 (5) 311 99-220.
- 7.- Carabia A. Utilidad diagnóstica de la colposcopia Ginec. Obstet. Mex. Dic. 1982. 20:1199. 344-48.
- 8.- Carrera J.M., Dexeus S. Tratado y atlas de colposcopia. Ed. Salvat 3a. edición. 1984.
- 9.- Carrera J.M., Dexeus S. Estudios colposcópicos de los cambios cervicales inducidos por anovulatorios

orales. Programa de Obstetricia y ginecología XIV
111-16

- 10.- Carr M. Cervicitis y frotis de Papanicolaou anormales. Rev. Actualización en Ginecología y Obstetricia. Junio. 1980. Vol II No. 5. 9-16.
- 11.- Charles D. Gonococia y Sífilis. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1983. Vol. I 127-29. y 141-48.
- 12.- Coppleson M. Colposcopy, cervical cervical carcinoma in situ and the gynaecologist. J. Obst. Gynaecol Brit. 1983. Jun. 71 (854). 126-129.
- 13.- Drake M. Nomenclature of precancerous lesions -- of the uterine cervix. Acta Cytol. Sep- Oct. -- 1984. 28 (5) 527-34.
- 14.- Eschenbach D.A. Infección vaginal. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1983. Vol. I 221-236.
- 15.- Fetherston W. La citología falso negativa y el carcinoma invasor del cervix. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1983. Vol. 4 134-39.
- 16.- González Merlo J.P. Diagnóstico precoz de cáncer genital femenino. Ed. Interamericana. 1981. 195-217.
- 17.- González Merlo J.P. Propuesta de una nueva clasificación de las imágenes colposcópicas. Simposio Internacional, Actual Obst. y Ginecol. 1974.
- 18.- Granai G., Jelen I. The value of endocervical curettage as part of the standard colposcopic evaluation. J. Reprod. Med. May. 1985. 30 (5) 373-5.

- 19.- Jordan J.A. The management of premalignant conditions of the cervix. Progress in Obstetrics and Gynaecology Nueva York 1982.
- 20.- Keneett D. Role of endocervical curettage in colposcopy. Obstetrics and Gynaecology. March. 1985 65 (3). 403-408.
- 21.- Kolstand P. Cambios vasculares en la neoplasia cervical intraepitelial y el carcinoma invasor. Clin. Obstet. y Ginecol. 1983. Vol. 4 143-155.
- 22.- Kolstand P., Staffl A. Atlas of colposcopy 3a. Ed. 1982.
- 23.- Kuroshima Y., Shiozuka F. Colposcopy in the management y cervical dysplasia. J. Exp. Clin. Med. Dec. 1984. 9 (5-6) 371-8.
- 24.- Mateu-Aragones J.M. La exploración colposcópica en la práctica ginecológica. Lesiones benignas. Ginecol. y Obstet. Marzo-abril. 1981. 23 (5) 19-35.
- 25.- Mc. Indoe W., Malcom R. The invasive potential of carcinoma in situ of the cervix. Obstetrics and Gynaecology. Oct. 1984. 64 (4). 451-58.
- 26.- Patterson J.E. Colposcopy. J. Nurs. Jan-Feb 1983. 2 (1). 11-5.
- 26.- Patterson J.E. Trichomonas. Epidemiology and therapy. Am. J. Obst. Gynaecol. Sep. 1980. 24 (3). 704-707.
- 27.- Fatten S.F., Hughes G. An experimental study of the relationship between trichomona vaginalis and dysplasia of the uterine cervix. Acta Cytol. Jul. 1983. 15 (3). 187-92.

- 28.- Pérez de Salazar J., Díaz Loya F. Factores predisponentes en la cervicovaginitis. Rev. Actualización en Ginecología y Obstetricia. Marzo 1983 Vol. V. No. 8. 21-25.
- 29.- Remboit R.P. Colposcopy for evaluation of cervical abnormalities. Obst. Gynaecol. May-Jun. 1984 27:404. 227-234.
- 30.- Ricart R.M. Work up of the patient with abnormalities papanicolaou smear. Gynecol. Oncology. Jan. -- 1985. 26 (5) 349-356.
- 31.- Rochelson B. m, Brunhrez A. The unsatisfactory - colposcopic examination. J. Reprod. Med. Nov. 1983. 28 (3). 75-85.
- 32.- Rome R.M. Cytological and colposcopic evaluation in premalignant earl and malignant lesions of the - cervix. J. Med. Rep. Jul. 1983. 54 (9) 50-62.
- 33.- Simon T.R., Koss L.G. Trichomoniasis and its relation to cervical atipia. First Int. Cytology Congreso. Actas del Congreso.
- 34.- Steele S.J. Colposcopy as a screening procedure - in the evaluation of abnormal PAP smears. J. Meded Feb. 1983. 24 (1). 20-22.
- 35.- Torrisi A., Castagnoli B. Colposcopic pictures in the cervical intraepithelial neoplasia. Clin. Exp. Obst. Gynecol. Dec. 1984 11(4). 141-6.
- 36.- Townsend D.D., Richart R.M. Diagnostic errors in colposcopy. Gynecol. Oncol. 1981. 12: 259 565-589.

- 37.- Townsend D.D. Colposcopy. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas*. 1981 Vol. 3 612-620.
- 38.- Zhong X., Armstrong B. Cytological abnormalities of the cervix, fifteen years follow up of a --- gynaecological cancer survey . *Med. J. Aust.* Nov 1984. 141 (1). 711-723.
- 39.- Zinsor H.K. Colposcopy of ectopy, ectropion and - epidermización . *Acta Cytol.* Nov. 1981 83 (5) 345-352.
- 40.- Zumerson N.T. Detection early using colposcopy: *Gynaecol. Obstet.* March. 1982 35: 781. 226-245.