



11217
114
2e

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Secretaría de Marina-Armada de México

Dirección General de Sanidad Naval

Dirección de Investigación y Enseñanza

Centro Médico Naval

Curso Universitario de Especialización en
Ginecología y Obstetricia

Correlación de colposcopia biopsia dirigida en infección por
virus del papiloma humano y su relación con
neoplasia intraepitelial cervical

Trabajo de Investigación Clínica

Presenta Teniente de Fragata Sn. Mc.

FELIPE RUBALCAVA HERRERA

Para obtener el Grado de Especialista en
Ginecología y Obstetricia

Director de Tesis:

Tte. Nav. Sn. Mc. Alberto Chávez Merlos

MEXICO, D. F.

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 está 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

| | Pág. |
|-----------------------------------|------|
| INTRODUCCION | 1 |
| HISTORIA | 2 |
| EPIDEMIOLOGIA | 4 |
| GENERALIDADES COLPOSCOPICAS | 10 |
| DISPLASIA DE GRADO BAJO | 13 |
| DISPLASIA DE GRADO ALTO | 16 |
| CLASIFICACION POR GRADOS | 17 |
| ESQUEMA DE COPPLESON | 17 |
| ESQUEMA DE STAFL | 19 |
| ESQUEMA DE REID | 20 |
| RESUMEN | 25 |
| MATERIAL Y METODOS | 25 |
| RESULTADOS | 27 |
| DISCUSION | 28 |
| CONCLUSIONES | 31 |
| BIBLIOGRAFIA | 32 |

INTRODUCCION

La infección cervical por el papilomavirus humano (VPH), es una de las más frecuentes enfermedades transmitidas sexualmente y la mayor parte de ellas son subclínicas. (9)

En los últimos años, el conocimiento de las infecciones por papilomavirus humano se ha incrementado extraordinariamente debido a un progreso fortuito y la participación de varias ramas de las ciencias naturales y la medicina que incluyen bioquímica, biología molecular, virología, inmunología, patología, epidemiología y medicina clínica.

Cuando se identificaron los primeros tipos de VPH las partículas virales se observan por microscopía electrónica y técnicas inmunitarias. Al mismo tiempo los datos colposcópicos e histopatológicos se hicieron, aunque con limitaciones predictivas de los tipos de VPH y la evolución clínica. (3) Aunque los condilomas acuminados cervicales son una proliferación benigna, por lo general con un contenido poliploide o diploide de DNA, representan un marcador de alto riesgo para el desarrollo sincrónico o metacrónico de Neoplasia intraepitelial Cervical. (NIC). Por lo menos 20% de las mujeres con condilomas acuminados cervicales manifiestos tendrán al mismo tiempo NIC. por lo tanto, las mujeres con los condilomas

mencionados descubiertos clínicamente deben estudiarse con colposcopia y biopsia.

HISTORIA.

La primera descripción de verrugas se encuentran en los escritos de Celso en el año de 25 d.c. en 1306 Lanfranc describe algunas lesiones que corresponden a condiloma acuminado. (13)

En 1884 Variot en Francia comprobó la contagiosidad de verrugas inoculando tejido verrucoso molido en niños (27).

En 1907 Ciuffo se produjo verrugas en las manos al inyectarse con material de verrugas en filtración con poros tan pequeños que sólo podía implicarse a los virus (14).

En 1940 se introdujo la microscopía electrónica en medicina y se observaron directamente varias partículas -- viral de las verrugas.

En 1949 Strauss y colaboradores identificaron el virus de papiloma. En 1968 Cunn y Ogilvie demostró partículas virales en condilomas genitales (26).

Rous y Beard en 1935 en el instituto de Shope, obser-

varon que el virus que inducía papilomas en conejos, en algunas ocasiones causaba transformación en carcinoma maligno de células planas. (24).

En 1971 Oriel encontró condilomas cervicales macroscópicos en 6% de mujeres que tenían verrugas vulvares. Diez años después, (con ayuda del colposcopio) Roy y colaboradores informaron de la observación de lesiones cervicales clínicamente manifiestas en 20% de las mujeres infectadas con VPH. (23)

En 1973, Richard define a la Neoplasia Intraepitelial que inicia como una neoformación intraepitelial generalmente bien diferenciada, la cual ha sido tradicionalmente clasificada como una displasia leve y termina como in cáncer invasor. (29)

En 1982, Meisels y cols. Señalaron la progresión hacia displasia grave o carcinoma in situ en 10% de las pacientes con los denominados condilomas atípicos 5% de los condilomas collocíticos evoluciones a NIC, encontrándose atipia nuclear en todas las capas de epitelio y se observan imágenes de mitosis normal. (11).

EPIDEMIOLOGIA DE LA INFECCION POR PAPILOMAVIRUS.

La infección cervical por el papilomavirus humano es una de las más frecuentes enfermedades transmitidas sexualmente, y la mayor parte de ellos son subclínicas. (11) Por lo que se ha recibido mucha atención en años recientes, debido a su relación con el cancer genital y al desarrollo de nuevos recursos diagnósticos. A diferencia de otras enfermedades de transmisión sexual, los estudios epidemiológicos se esta infección se ven impedidos por la imposibilidad de cultivar el virus y la falta atual de pruebas serológicas. Es más, los aspectos clínicos de la enfermedad son muy amplios y ninguna prueba diagnóstica puede detectar todas las etapas de la infección (I). Las verrugas exofíticas (condiloma acuminado) son sólo la manifestación más evidente, desde el punto de vista clínico, de la infección por VPH. de los más de 50 tipos diferentes de VPH identificados a la fecha, por lo menos 13 infectan a la región genital y son diferentes de los que producen las verrugas cutáneas vulgares en otros sitios del cuerpo. Con gran frecuencia, las verrugas genitales son producidas los tipos 6-II Los tipos 16, 18, 31, 33 y 35 suelen causar infección cervical subclínica, y también se han relacionado con cáncer cervical, vulvar, vaginal y displasia peniana.

(3)

FACTORES DE RIESGO

No se han estudiado a fondo los factores de riesgo de infecciones genitales por VPH. Aparecen verrugas genitales con mayor frecuencia en personas sexualmente activas de 20-24 años, con predominio en la raza blanca que en la negra y se han visto relacionados con promiscuidad sexual, con el uso de anticonceptivos orales y el hábito de fumar, Estudios limitados sugieren que la infección cervical subclínica se relaciona con edad temprana, promiscuidad sexual, embarazo y antecedentes de verrugas genitales. (2)

TRANSMISION

Diversos estudios independientes demostraron que 60 a 66% de los compañeros sexuales de personas con verrugas genitales, las desarrollaban después de un período de incubación promedio de tres meses. (2)

No se ha calculado la proporción de compañeros sexuales que tienen infección subclínica en tres meses, sin desarrollar verrugas exofíticas después de la exposición con personas que las tenían.

En estudios de 51 compañeros de mujeres con datos histológicos de condiloma: 16% tenían lesiones visibles y

y 72% más tenían infección subclínica asintomática, detectada sólo por estudio colposcópico después de aplicar ácido acético al epitelio peniano macroscópicamente normal. (25)

HISTORIA NATURAL.

La historia natural de la infección genital por VPH no está bien estudiada. No todas las personas con verrugas genitales o infección subclínica presentan displasia o cáncer genital. Sin tratamiento, las verrugas genitales pueden persistir sin cambios, crecer o evolucionar espontáneamente. Sólo en raras involucionan. Las mujeres con verrugas genitales externas parecen tener mayor riesgo de carcinoma cervico uterino in situ. (7)

En un estudio de 45 mujeres con infección cervical por VPH diagnosticada citológicamente permitió observar que un 11% tenían displasia coexistente en el momento de valoración inicial, 33% desarrollaron displasia coexistente en el momento de la valoración inicial 33% desarrollaron displasia en un promedio de 11 meses, 40% curaron espontáneamente en promedio de 14 meses y 16% se mantuvieron sin cambios. En otro estudio, 13% de 846 mujeres con signos citológicos de infección cervical por VPH desarrollaron displasia o carcinoma in situ en un periodo de seis años. (12)

Se ha demostrado que hasta 90% de los carcinomas cervicales tienen DNA de VPH; sin embargo, la prevalencia original también es muy alta. Casi todos los investigadores consideran que VPH no es el agente causal único del cáncer cervical, sino que se requieren cofactores. (2)

INFECCION SUBCLINICA.

La prevalencia de la infección subclínica varía considerablemente según la definición utilizada, las características de los grupos de pacientes estudiados y la frecuencia y tipo de pruebas diagnósticas empleadas. Se piensa que el número de personas con infección por VPH ha aumentado espectacularmente; sin embargo, no hay datos basales para hacer comparaciones puesto que la infección subclínica se identificó apenas en años recientes. Revisiones retrospectivas limitadas - - no han demostrado un aumento notorio en la prevalencia de signos histológicos o citológicos de infección por VPH. (3)

Se ha visto que hasta en un 75% de las pacientes referidas a colposcopia por un papanicolaou anormal, mostrará evidencia de infección por papilomavirus humano aproximadamente un 20% estará asociado a una neoplasia intraepitelial cervical y menos del 5% tendrá un cancer invasor. (1)

Se ha calculado que alrededor del 2 al 5% de las

mujeres con vida sexual activa presentan infección cervical por VPH. Un Número significativo de éstas mujeres, tienen un alto grado presentar lesiones precursores de cáncer de cérvix como displasia severa y carcinoma in situ. Entre el 5-10% de las mujeres menores de 40 años son portadoras de VPH, y no necesariamente presentan un papanicolau anormal o hallazgos colposcópicos también anormales. Experiencias Preliminares sugieren que el 5% de tales infecciones latentes, se activarán en 15 meses y producirán las lesiones características del tracto genital femenino bajo. (23)

Diversos estudios científicos han demostrado que entre el 44 y 85% de las compañeras sexuales de hombres con lesiones en pene, presentarán las lesiones en vulva y cérvix. (23)

PAPILOMAVIRUS EN EL CANCER CERVICAL HUMANO.

Se ha demostrado por técnicas de hibridación de ácidos nucleicos, prévalen tipos particulares del papilomavirus en tumores benignos y malignos respectivamente. Más de 90% de muestras tumorales contienen genomas del papilomavirus si se incluyen otros tipos virales como VPH 31, 33, 35 ó 39. (9)

La presencia frecuente de DNA viral en biopsias de

de cáncer pueden explicarse por la elevada "afinidad" de estos tipos particulares de VPH con las células transformadas. (9)

GENERALIDADES COLPOSCOPICOS DE INFECCION POR PAPILOMA
VIRUS HUMANO Y PREMALIGNAS DE CERVIX.

La colposcopia ha desempeñado un papel muy importante para comprender el lugar que le corresponde a la infección humana por papilomavirus en vias genitales bajas.(6)

La mayor parte de los errores depende de que el VPH no produce síntomas y signos, y se presenta como una entidad que se ha denominado sucesivamente como condiloma plana, infección por virus de verrugas no condilomatoso y actualmente infección papilomaviral subclínica, la cual es la más frecuente. (10)

El desarrollo de la fase neoplasia es insidioso, de manera que la infección productiva y la lesión premaligna forman un aspecto continuo con límites imprecisos. Sin embargo cuando la lesión progresa hacia la neoplasia, los signos colposcópicos, citológicos e histológicos de expresión viral benigna van disminuyendo y acaban por desaparecer. Estudios de hibridación de ácido nucleico han demostrado que más de un 80% de la enfermedad invasora y de la lesión precursora contienen secuencias genómicas papilomavirales unidas al DNA celular. (28)

La tendencia a la difusión de la infección subclínica ha aumentado desde el trastorno casi exclusivamente localizado en una zona cervical, hace cerca de un decenio, hasta afectar toda la vía genital baja incluyendo vagina, vulva y ano. La colposcopia tiene también un lugar especial en el estudio de esta nueva patología. (5)

ZONA DE TRANSFORMACION

La zona de transformación como foco principal para el desarrollo de lesiones preneoplásicas, ha pasado a ser importante en el examen de lesiones provocadas por papilomavirus. La zona de transformación representa la unión entre dos tipos diferentes de epitelio durante el proceso de embriogénesis. En circunstancias normales, la zona de transformación típica al alcanzar la madurez no parece idónea para el desarrollo de cáncer escamo. (6)

En el adulto, el límite caudal suele definirse por una unión imprecisa entre el epitelio escamoso original y el epitelio escamoso maduro metaplásico.

Esta unión imprecisa entre el epitelio escamoso cilíndrico, que suele estar localizada en ectocérvix.

Rara vez en la vagina, en ocasiones en la abertura

externa (cuando la metaplasia es mínima o nula). Cuando esta unión se aprecia facilmente en piezas histológicas que muestran las diversas etapas del desarrollo en la evolución natural de la zona de transformación, se le llama la "nueva unión escamocilindrica" (6).

Se define la zona de transformación como un campo de epitelio metaplásico entre dos lineas de unión: la original unión escamocilindrica y la nueva unión escamocilindrica. Sin embargo, quienes se refieren a la línea colposcópica que separa la metaplasia madura de la inmadura como una nueva unión escamocilindrica han de comprender que este uso de término no corresponde al límite craneal de la zona de transformación. (6)

En ocasiones, este proceso fisiológico va dirigido en dirección anormal (por infección por VPH o por otros factores). Colposcópicamente estos trastornos morfológicos se denominan en conjunto la zona de transformación atípica, y tales aspectos indican las lesiones precursoras del cáncer escamoso del cuello.

Por acuerdo internacional, los aspectos colposcópicos atípicos se subdividen en los que afectan al epitelio y los que afectan los vasos subyacentes. Los primeros incluyen el epitelio acetoblancos (color blanco que sólo se descubre

después de añadir ácido acético) y leucoplasia (color blanco que solo se descubre por exceso de formación de queratona en las capas superficiales, produciendo una lesión manifiesta a simple vista). Los cambios vasculares incluyen puntuación, mosaico y vasos atípicos. ambos tipos de aspectos colposcópicos etípicos suelen ir acompañado de cambios histológicos desde la infección papilomaviral subclínica o la neoplasia intraepitelial cervical, permitiendo establecer grados importantes para diagnóstico y tratamiento. (8)

DISPLASIA DE GRADO BAJO.

Aunque los condilomas macroscópicos cervicales son relativamente raros, la infección subclínica por VPH es sorprendentemente frecuente. En el pasado las infecciones cervicales por VPH eran inadvertidas porque son invisibles a simple vista. (15)

El interés clínico nació a mediados de los sesentas cuando se reconoció que la infección por VPH eran causa de muchos Papanicolaous anormales, análogas a los condilomas miniatura, en tanto que otras se manifiestan como placas de epitelio blanca que asemejan un NIC de alto grado. Por lo tanto, las características colposcópicas presentan un arreglo infinito de patrones morfológicos. (4)

TOPOGRAFIA

La NIC de alto grado tiende a confinarse a la zona de transición, en tanto que la infección subclínica por VPH puede afectar el epitelio plano-original o la zona de metaplasia inmadura, apenas proximal a la unión plano cilíndrica. en algunas ocasiones, la aplicación de ácido acético mostrará lesiones asimétricas satélites, como de mapa que no son contiguas con el resto de la zona de transición. (3)

CONFIGURACION SUPERFICIAL.

El dato colposcópico más extremo es el condiloma oculto, que es un contorno papilar no observado previamente, el cual se hace manifiesto por la mejor luz y aumento del colposcópico. Pueden observarse de manera menos espectacular micropapilas o microconvoluciones más amplia. Estos desarreglos epiteliales cerebroides suelen contener una variedad de capilares de calibre uniforme no dilatados.

EPITELIO ACETOBLANCO

La expresión viral tiene un efecto característico sobre la orientación de los filamentos de queratina en las capas superficiales del epitelio plano infectado por VPH. Después de la aplicación de ácido acético al 3.-5%, las zonas

de CPI adquieren un color blanco lustroso puro. Por el contrario, el ácido acético produce en la CIN 2-3 un color blanco ostra opaco. Así las diferencias en color y reflexión son útiles para diferenciar infecciones virales benignas de zonas con cambio premaligno notorio. (16)

ARQUITECTURA VASCULAR.

Los patrones vasculares pueden ser muy pronunciados en las lesiones menores y suelen confundirse con el puntilleo y mosaicismo de la NIC de alto grado. Los patrones vasculares triviales en epitelio condilomatoso o levemente displásico puede tener orientación vertical u horizontales y ambos pueden distribuirse dentro o fuera de la zona de -transición.

Los vasos horizontales producen patrones mal definidos en mosaico verdadero; en particular, los patrones de mosaico irregulares modificados que contienen grandes vasos centrales con características de las atipias histológicas de bajo grado.

TINCION DE YODO

Debido a pérdida de glucógeno, las lesiones de bajo o alto grado, no se tiñen color caoba con yoduro de lugol. La diferenciación entre el amarillo mostaza de una zona paraqueratosis trivial y una coloración similar producida por

una zona de NIC 3 dependen de del uso de otras características colposcópicas. Sin embargo la tinción con yodo es un coadyuvante valiosos para el manejo y la asignación de grado típicamente el yoduro de lugol es aplicado por el experto, pero omitido por el novato. (16)

DISPLASIA DE ALTO GRADO

Las displasias de grado alto se distinguen por un contorno plano, una forma asimétrica, un borde periférico, y un color blanco ostión opaco. (16) Dado que la unión plano cilíndrico se dirige en sentido cefálico con la edad, las zonas de neoplasia plana de alto grado suelen formar el borde proximal de un campo existente de atipia de menor grado.

Por ello, la detección colposcópica de una línea interna de demarcación, es una señal fácilmente detectable de la presencia de NIC 2-3. cuando se hace colposcopia después de aplicación de ácido acético, la mayor parte de las lesiones de NIC 3 parecen carecer de patrón vascular. Esto se debe a la construcción de los vasos sanguíneos angostos por el edema vigoroso del epitelio displásico avanzado pueden contener vasos horizontales que muestran variación macroscópica de calibre y dirección, así como patrones de ramificación bizarra irregular.

CLASIFICACION POR GRADOS

La predicción colposcópica de la histología nunca ha sido requisito formal en el proceso de triaje. Se afirma que las predicciones colposcópicas son innecesarias y que la adhesión rígida a las reglas de triaje protejeran al medico de los errores. Sin embargo, dado que las áreas mas importantes coinciden con la zona de mayor anomalía histológica, los colposcopistas de menor experiencia tienen el riesgo de seleccionar sitios equivocados para biopsia. Especificamente, las lesiones notorias de menor grado suelen ser sobre interpretadas, en tanto que el blanqueo sutil con ácido acético de focos recientes de NIC 2-3 facilmente pasa inadvertido. Los esquemas de clasificación colposcópica de grados constituyen el mejor prospecto de enseñanza de recursos predictivos a un gran número de ginecólogos (8).

ESQUEMA DE COPPLESON

Este esquema fue diseñado originalmente durante el decenio de 1960 ha sido objeto de múltiples revisiones en especial dada la mayor prevalencia de infección por papilomavirus. Los grados se definen de la manera siguiente:

Grado I. (insignificante, no sospechoso): epitelio blanco por aplicación de ácido acético, semitransparente,

plano que muestra bordes indistintos y vasos de forma regular y calibre fino.

Grad II. (considerable sospechoso): Epitelio plano blanqueado por ácido acético, de mayor opacidad y con bordes definidos. Los capilares superficiales tienden a parecer de forma regular, con dilatación variable y patrones bien definidos.

Grado III. (muy considerable, altamente sospechoso): Epitelio muy opaco, de color blanco grisáceo y bordes definidos. Los capilares superficiales están dilatados e irregulares. La distancia intercapilar es variable, pero suele estar aumentada. Los vasos individuales tienen trayectoria elíptica y suele observarse transición en vasos horizontales atípicos. El contorno superficial puede hacerse irregular y producir un epitelio microexofítico.

La dificultad con este esquema es que la prominencia y densidad de cualquier blanqueo con ácidos acéticos son malos predictores de la intensidad histológica. Las lesiones de menor grado suelen llamar la atención en tanto que el carcinoma in situ o el microinvasor pueden ser muy sutiles.

Por el contrario, la fuerza de este esquema yace en la detección y respuesta a la lesión ocasional de grado

III, que en muchas ocasiones denota un carcinoma Preclínico. (5)

ESQUEMA DE STAFI

En 1976, StafI propuso una clasificación colposcópica en grados, con base en cuatro factores: patrón superficial, color, distancia intercapilar y bordes de la lesión. Se puso mucho énfasis en la distancia intercapilar dentro de las lesiones y desarrolló un sistema para medición objetiva. Este esquema tienen dos desventajas principales. En primer lugar, el método de StafI se formuló para explorar un epitelio humedecido en solución salina a través de un filtro verde. Surgen problemas debido a que los colposcopistas modernos utilizan ácido acético en lugar de solución salina y casi todos los expertos han abandonado el uso de filtros verdes. Por ello, en el ejercicio diario de la especialidad, la generalidad de las lesiones NIC 3 mostraran ausencia de vasos superficiales. Es más cuando los vasos superficiales están presentes, hay una confusión rampante entre las mallas capilares horizontales laxamente mezclados de la atipia menor grado, y los patrones clásicos de mosaico o puntilleo de NIC 3 en segundo lugar, la experiencia lograda con la epidemia actual de infección por VPH ha demostrado que suelen observarse distancias intercapilares máximas en las lesiones de menor grado. (8)

ESQUEMA DE REID:

En 1984 Richard Reid Ideo un sistema para la diferenciación colposcópica de atipias de grado menor, de zonas colposcópicas de grado mayor.

Primeramente fué establecido con cinco signos colposcópicos (grosor, color, contorno, atipias vasculares y tinción con yodo), se clasificó por grados para ajustarse a tres categorías objetivas. En general, cuando más condilomatosas sean las lesiones, menor será su clasificación. Por conveniencia matemática, la primera categoría se consideró como cero puntos la media como un punto y la mas alta como dos puntos.

Después de dos años de emplear estos cinco criterios colposcópicos, se hizo obvio que dos de tales signos (opacidad y contorno superficial) eran menos útiles que los otros tres (color, patrón vascular y tinción con yodo). Así, estos dos signos débiles fueron reemplazados con nuevos criterios; la definición del borde periférico. (17, 19).

Para obtener el índice colposcópico combinado, se debe interpretar exactamente como se describió y después asignar los puntos. Posteriormente se suman los cuatro signos colposcópicos y así se obtiene el índice colposcópico combinado, el diagnostico, lo cual con la práctica se hace con rapidez.

Para obtener el índice colposcópico combinado, se debe interpretar exactamente como se describió y después asignar los puntos. Posteriormente se suman los cuatro signos colposcópicos y así se obtiene el índice colposcópico combinado el diagnóstico, lo cual con la practica se hace con rapidez. (17, 18).

A continuación se describe cada uno de los signos colposcópicos de éste índice, con su puntuación correspondiente: (20).

1.- Definición del borde periférico: Calificación de 0.

a) Lesiones con bordes plumados, finamente escalonados (similares a la "variación latido" en el registro con electrodo de cuero cabelludo fetal).

b) Lesiones "geográficas" angulares, de forma irregular (aún cuando parte del borde periférico no tiene una trayectoria recta).

c) Lesiones planes con bordes definidos.

d) Lesiones "satélite" no contiguas con el resto de la zona de transición.

e) Cualquier lesión de contorno condilomatosa o micropapilar.

Un punto: Lesiones de forma regular con bordes periféricos rectos bien definidos.

Dos puntos:

a) Lesiones en las que la cohesión célula a célula es tan frágil que los bordes epiteliales tienden a separarse del estroma subyacente y enrollarse sobre sí mismo.

b) Lesiones que muestran una demarcación interna entre dos patrones colposcópicos diferentes (la zona central representa la evolución subsiguiente a displasia de alto grado en el borde de avance de la unión planocilíndrica nueva).

2.- Color epitelial. Calificación de 0.

a) Grados menos intensos de blanqueo por ácido acético, que se observan como semitransparente en lugar de opaco.

b) aquella lesión rara que muestra un color blanco puro como la nieve y un brillo superficial intenso.

Un punto: Las lesiones intermedias se distinguen

por un color blanco grisáceo y una superficie brillante.

Esta coloración tal vez refleja absorción de luz dentro de los núcleos atípicos en la base epitelial en tanto que la conservación de la reflexión superficial tal se debe a formación de queratina en zonas de maduración celular de las capas superiores. En práctica la mayor parte de las lesiones deben clasificarse en esta categoría intermedia.

Dos puntos: Un color blanco ostión (por absorción intensa de luz dentro de los nucleos de cromatina densa) y pérdida de la reflexión superficial (por la escasez de citoplasma en las células de la capa superficial).

3. Patrones vasculares. Calificación 0:

Son las mal definidas de puntilleo fino o mosaico que se forman por agregaciones laxas de capilares no dilatados de calibre uniforme.

Un punto: ausencia de vasos superficiales después de aplicación de ácido acético.

Dos puntos: Puntilleo grueso o mosaico, los vasos individuales estén dilatados y dispuestos en patrones bien definidos.

4. Reacción de tinción de yodo. Calificación 0.

a) Captación positiva de yodo que produce un color caoba.

b) Captación negativa de yodo en una zona que se reconoce como lesión de menor grado con los otros criterios (es decir, tinción amarilla por una lesión que califica con menos de tres puntos en los primeros tres criterios).

Un Punto.

Tinción parcial con yodo, en la que grados variables de captación o rechazo de yodo imparten un aspecto variado de la "caparazón de tortuga".

Dos punto.

Tinción amarillo mostaza en una zona que ya se había detectado como significativa por los primeros tres criterios. Es importante entender que la tinción con yodo de lesiones triviales y significativas se caracteriza por el mismo tono amarillo. Por tanto la diferenciación de categorías 1-3 depende de otros parámetros colposcópicos. (20).

RESUMEN

La infección cervical por Papilomavirus humano y la Neoplasia Intraepitelial cervical son diagnosticadas por biopsia dirigida por colposcopia (13) En este estudio se empleó el índice colposcópico de Coppersón en 60 pacientes, constituido de 4 signos colposcópicos, borde de la lesión, color, características de los vasos y tinción con yodo. (17) El diagnóstico colposcópico se comparó con el histopatológico, coincidiendo en 55 pacientes (91.66%).

Se encontró que el color coincidió en un 89% de los casos, siguiendo el borde de la lesión y la tinción con yodo con un 79% y al final las características de los vasos con un 80% con un cierto predominio de lesiones mayores en mujeres de más edad y mayor número de partos, aunque sin ser estadísticamente significativos dichos resultados.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio propectivo, comparativo, observacional y transversal en el servicio de colposcopia del hospital "CENTRO MEDICO NAVAL" en el que se incluyeron 60 pacientes, las cuales habian sido referidas del servicio de consulta externa, en donde se lleva a cabo una permanente campaña de detección oportuna de cáncer y con el antecedente de una cito-

logía anómala por Virus del Papiloma humano (VPH), y/o displasia de leve a moderada, severa (NIC 1-2-3-). del 10 de junio al 30 de Noviembre de 1991 60 pacientes se estudiaron con el Índice colposcópico de Coppersón Método empleado hasta la fecha desde que se instalará el colposcopio en la sala de labor de este Centro Médico Naval.

A cada una de las pacientes, en una hoja especial ideada para el estudio, se les tomará los siguientes datos, número convencional progresivo, nombre, cédula, edad, número de gestaciones partos abortos, cesáreas, edad de inicio de vida sexual activa y fecha de última menstruación. Se realizó exploración ginecológica, colocación de espejo vaginal aseo de canal vaginal y cérvix, se realizó exploración colposcópica visualizando características del cérvix y de la unión escamo columnar; luego se aplicó ácido acético con biopsia estéril en cérvix, visualizándose nuevamente con colposcopio, continuando con la aplicación de lugol y observación.

Metódicamente se apreciaron cada una de las características del cérvix y de la unión escamo columnar y se tomaron biopsias de cérvix de cada una de las zonas sospechosas fijando la muestra en formol al 10% Se enviaron las muestras a estudio histopatológico y una vez obtenidos los resultados, se hizo una correlación colposcópica histopatológica.

RESULTADOS

SINTOMATOLOGIA: La totalidad de las pacientes se encontraron asintomaticas y acudieron al servicio de consulta externa para detección oportuna de cancer.

RESULTADOS DE ESTUDIO POR COLPOSCOPIA En lo que fué corroborado el diagnóstico de VPH por el estudio histopatológico es el siguiente.

| EDADES | CASOS DE VPH | RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS |
|--------|--------------|-----------------------------|
| 20-24 | 11 | 11 |
| 25-30 | 18 | 17 |
| 31-35 | 16 | 15 |
| 36-40 | 13 | 10 |
| 41-45 | 02 | 00 |

EL PORCENTAJE POR EDADES ES EL SIGUIENTE.

| | |
|-------|-----|
| 20-24 | 18% |
| 25-30 | 28% |
| 31-35 | 25% |
| 36-40 | 17% |
| 41-45 | 00% |

De un total de 60 pacientes con los criterios de selección analizando el cuadro de edades de encuentra que la gran mayoría de las pacientes se encuentran entre los 20-35 años con un 75% y que la paciente de menor edad fué de 20 años.

| EDADES | CASOS VPH | PORCENTAJE |
|--------|-----------|------------|
| 20-40 | 11 | 18.33% |
| 25-30 | 18 | 30% |
| 31-35 | 16 | 26.66% |
| 36-40 | 13 | 21.66% |
| 41-45 | 02 | 3.33% |

EN RELACION A LA PARIDAD.

| GESTACIONES | CASOS DE VPH | PORCENTAJE |
|-------------|--------------|------------|
| 1-2 | 38 | 63.33% |
| 3-4 | 16 | 26.66% |
| 5 o Más | 06 | 10 % |

Analizando por separado cada uno de los signos colposcópicos que constituyen el Índice colposcópico de Copplesón se encontró.

a) El borde de la lesión concordó en 57 pacientes (95%) con el diagnóstico de Histopatología.

b) El color coincidió en 54 pacientes (90%)

c) Características de los vasos en 54 pacientes (90%).

d) Tinción con yodo en 54 pacientes (90%).

La interpretación en conjunto de los signos colposcópicos anteriormente citados proporcionaron un 91% de certeza.

DISCUSION.

De sesenta pacientes que se estudiaron con el índice colposcópico de Copplesón 55 de ellas (91.66%) concordaron con el diagnóstico histopatológico mientras que cinco pacientes resultaron con falso positivo al VPH con relación al estudio histopatológico de las biopsias dirigidas tomadas por colposcopia.

Con el índice de Copplesón detectamos o encontramos que este método colposcópico presenta un alto valor predictivo,

una adecuada exactitud aunque no es específico para detectar infección por VPH es muy sensible y como ya lo mencionamos de alto valor predictivo.

La especificidad y el valor predictivo negativo no fueron concluyentes debido al bajo número de pacientes.

Analizando cada uno de los criterios que constituyen el Índice colposcópico de Coppersley se encontró: El borde de la lesión con un 95% de certeza el color con un 90% de certeza a las características de los vasos en un 90% y con la tinción con yodo de un 90%, en la clasificación por grupo de edades las pacientes más jóvenes predominaron las lesiones leves mientras que las pacientes de mayor edad predominaron las de lesiones compatibles con displasias de leves a moderadas con respecto a la paridad es notorio también el predominio de lesiones en mujeres con menos de 3 partos a su vez se incrementaron las lesiones mayores en mujeres con una paridad de 4 o más hijos.

CONCLUSIONES

Se estudiaron 60 pacientes en el Hospital Centro Medico Naval, con el diagnóstico citológico de Papilomavirus Humano y/o Neoplasia intraepitelial cervical en todas las pacientes se empleó el metodo colposcópico de Coppersson. El cuál ya fué descrito y que desde el inicio del estudio de Colposcopias en este hospital se ha venido manejando hasta la fecha, conincidiendo el diagnóstico histopatológico con un 91.66% lo cual nos indica que es de alta confiabilidad, para el diagnóstico de infección por VPH y NIC. empleandose el método colposcópico de Coppersson.

El alto valor predictivo y la exactitud adecuada y aunque no es específico demostró que con el color con el 90% de certeza semejante a la de un 90% por las características de los vasos el borde y tinción con yodo de un 90% se observó un predominio de lesiones mayores en el grupo de pacientes con una paridad mayor de 4 sin poder inferir que los partos esten directamente relacionados con la prevalencia de dichas lesiones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barasso R, Coupez F, Ionesco M. Human Papiloma Viruses and Cervical Intraepithelial Neoplasias: The Role Of Colposcopy. *Gynecol Oncol* 1987;27: 197.
- 2.- Barasso R, Brux J, et al. High prevalence of Papilomavirus Associated penile Intraepithelial N. eoplasia. *N Engl J Med* 1987;317:916.
- 3.- *Clin Obstet Gynecol*. Infección genital por Papilomavirus Humano 1989;103-190.
- 4.- Coppleson M, Colposcopic Features of Papillomaviral Infection and Premalignancy in the Female Lower Genital Tract. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1987;14:451.
- 5.- Coppleson M, Pixley Ec, Reid BL. Colposcopy. A Scientific and Practical Approach to the Cervix, Vagina and Vulva in Health and Disease. Spring fird. Charles C. Thomas, Edition 3,1986.
- 6.- Coppleson M, Reid BL. Preclinical Carcinoma of the Cervix. Oxford, Pergamon Press 1967.
- 7.- Chuang TV Perry HO, Kurland LT. Condyloma Acuminatum in Rochester, Minn. *Arch Dematol* 1984; 120:476.
- 8.- Kolstad P, Stafel A. Atlas of Colposcopy; University Park Press. Batimore 1972.
- 9.- Lorincz At, Lancaster WD, Temple G. Cloning and Characterization of DNA of a New Human Papillomavirus form Women

- with Cervical Dysplasia of the Uterine Cervix. *J. Virol* 1986;1986;58:225.
- 10.- Meisels A, Fortin R. Condylomatous Lesions of the Cervix and Vagina. I Cytologic Patterns. *Acta Cytol* 1976; 20: 505-509.
 - 11.- Meisels A, Moris C, Casas Cordero M; Human Papi Infection of the Cervix. *Int J Gynecol Pathol* 1982; I:75.
 - 12.- Mitchell H, Crake M, Medley G. Prospective Evaluation of Cervical after Cytologic Evidence of Human Papillomavirus Infection *lancet* 1986; I:573.
 - 13.- Oriel JD, Natural History of Genital Warts. *Br J Venert Dis* 1971; 47: I.
 - 14.- Orth G, Favre M, Croissant G. Characterization of a New Type of Human Papillomavirus that Causes Skin Warts. *J Virol* 1977; 24:108.
 - 15.- Reid R, Laverty CR, Coppleson M, et al. Noncondylomatous Cervical Wart Virus Infection. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 476.
 - 16.- Reid R, Herschman BR, Crum CP et al. Genital warts and Cervical Cancer. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149:293.
 - 17.- Reid R, Scalzi P, Genital Warts and Cervical Cancer. VII An improved Colposcopic Index for Differentiating Benign Papillomaviral Infection From High Grade Cervical intraepithelial Neoplasia *Am J Obstet Gynecol* 1985;153: 611.

- 18.- Reid R, Laverty C, Coppleson M, et al noncondy lomatous Warts Virus Infection of the Cervix. *Obstet Gynecol* 1980; 55: 476-483.
- 19.- Reid R, Stanhope R, Hershman, B, et al. Genital Warts Virus and Cervical Cancer. IV A colposcopic Index for Differentiating Subclinical Papilomairal infection from Cervical Intraepitelial neoplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153:611.
- 20.- Reid R, Scalzi P. Genital Warts and Cancer. III. An Imroved Colposcopic Index for Differentiation Bening Papillo-maviral infection from high Grade. Cervical Malignancy. *Cancer* 1989; 50:377-387.
- 21.- Reid R, Satnhope Cr, Herschma BR, et al; Genital Warts and Cervical Cancer I. Evidence of an Association Between Subclinical Malignancy. *Cancer* 1985;815-823.
- 22.- *Rev. Invest. Clin. (Mex.)*. Cómo leer revistas Médicas 40: 73-83. 1988.
- 23.- Roy M, Morin C, Casas Cordero. Human Papillomavirus and Cervical lesion. *Clin Obstet Gynecol* 1985;26:949.
- 24.- Rous P, Beard JW. The progesion to Carcinoma of Virus Induced Rabbit Papillomas. *J Exp Med* 1935; 1935; 62:523.
- 25.- Sedlacek TV, Cunnane M, Carpiniello V. Colposcopy in the Diagnosis of Penile Condyloma. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 494.
- 26.- Strauss MJ. Shaw WE. Bunting H. Crystalline virus like Particles from Skin Papillomas Characterized by Intranu-

clear inclusion Bodies. Prol Soc. Exp Biol med 1949;72;46

27.- Waelsh I. Genital "arts, a Ven real Disease. J. Am Med Assoc 1954; 154:333/

28.- Walker PG, Singer A, Dyson JI, et al.Colposcopy in the Diagnosis of Papillomavirus infection of the Diagnosis of Papillomavirus infection of the Cervix Br. J=Obstet Gynecol 1986; 90: 1082-1086.