

COLPOSCOPIA Y BIOPSIA DIRIGIDA EN EL DIAGNOSTICO DEL CANCER DE CERVIX

Trabajo presentado al II Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia

Dr. ARMANDO LAZO MARTINEZ

Profesor Jefe Instructor de la Cátedra de Ginecología - Hospital Loayza Pab. 5 - 11.

EL trabajo que presentamos tiene la finalidad de demostrar sobre 400 observaciones personales a pacientes que han concurrido al consultorio externo N° 6 la incidencia de cáncer de cervix con la ayuda de 3 métodos simultáneamente que son: a) Colposcopia; b) Citología; c) Biopsia dirigida.

Tratamos también de describir el modus operandi, la frecuencia de imágenes colposcópicas típicas y atípicas, el índice de malignidad de las imágenes atípicas.

Se han examinado 400 pacientes, ginecópatas o no, cuyas edades han fluctuado desde los 15 años a los 80 años y cuyo material empleado ha sido el siguiente:

a) Mesa ginecológica; b) Guantes; c) Espéculo bivalvo; d) Pinza para biopsia de Schubert; e) Histerómetro; f) Cureta de Novak; g) Acido acético al 3%; h) Lugol; i) Espátula de Horn; j) Láminas; k) Fos. alobeter-formol 10%; l) Colposcopio Jena 16 x.

Debo hacer hincapié a la espátula de madera tipo Horn con lo cual se tomó la secreción del conducto endocervical que no es más que una cureta de Ayre modificada en uno de sus extremos en forma de una flecha cuya punta encaja en el conducto rotándola.

También he empleado la pinza para biopsia de Schubert que permite tomar la biopsia con suma facilidad, precisión y profundidad.

El ácido acético al 3% disuelve el mucus, dejándolo limpio para su observación.

La fórmula de lugol que hemos empleado ha sido de: yodo 1 gr., yoduro de potasio 2 gr. y agua 50 cc.

El colposcopio utilizado es el Jena de 16x, alemán, binocular con distancia focal de 20 cm., un solo aumento (Fotos 1-2).

La técnica seguida por nosotros es: el examen ginecológico bimanual es postergado al final (evitar trauma), a) Se fija el espéculo; b) Toma de la secreción cervical con cureta de Horn en 3 láminas, raspado superficial del endocervix, fondo de saco y canal endocervical; c) Limpieza con ácido acético al 3%; d) Observación colposcópica; e) Test de Schiller; f) Biopsia dirigida de las zonas sospechosas con la pinza de Schubert. En casos especiales biopsia de endometrio con cureta de Novak.

Las imágenes colposcópicas son diversas: a) Imágenes típicas: Normal, se ve una superficie lisa rosado claro con red vascular, estrias radiadas delgadas. Schiller: color caoba intenso regular: negativo; b) Ectopía: aparece como una superficie roja alrededor del O.E., su límite a veces es preciso, a veces no; con el ácido acético se ve como un ramillete de vesículas, zona que el clínico lo cataloga impropriadamente como erosión de cuello o cervicitis, sangra con facilidad porque apenas está cubierto por el epitelio cilíndrico endocervical: es la imagen más frecuente.

La ectopía puede ser congénita o adquirida (puberal, puerperal, por erosión), el ectropión puede ser simple, papilar y folicular.

El ectropión en regresión o sea la segunda fase de curación de Roberto Meyer se ve la zona rojiza que corresponde al ectropión conocido pero aquí se ve lengüetas que avanzan hacia el O.E. que corresponde a epitelio pavimentoso ectocervical de aspecto normal. La unión de ambos epitelios se llama zona de transformación que al colposcopio se ve como una zona blanca azulada.

La colpitis se ve sobre un fondo rosa pálido, un punteado que se extiende en toda la superficie de la portio y paredes vaginales y la mucosa atrófica (viejas) o colpitis atróficas, se observa algunas manchas rojizas puntiformes difusas que corresponden a hemorragias sub-epiteliales.

Imágenes matrices.— a) Leucoplasia, se ve una zona blanca grisácea, sin capilares que hace relieve, no toma el lugol que destaca del caoba del epitelio normal; b) Grund o fondo leucoplásico que no es más que una leucoplasia en la que se ha desprendido la capa superficial y se ve como una zona rojiza con un puntillado rubí que son los capilares que han quedado al descubierto. Schiller (+++); c) Mosaico o Felderung, también se origina por descubierto; c) Schiller(+++), Mosaico o Felderung, también se origina por la caída de la capa superficial de la leucoplasia; histológicamente constituido por papilas de epitelio pavimentoso en forma poligonal; rodea a estas papilas blandas, de tejido conjuntivo y vasos. Colposcópicamente se ve zona blanquecina mostrando pequeñas áreas poligonales (mosaico) que correspon-

de a las papilas de epitelio plano; d) Zona yodo negativas, Schiller (+ +) que se visualiza vasos y no se ve anomalía colposcópica; e) Reepitalización atípica, con zonas en la que se ve vasos capilares en tirabuzón con papilas irregulares a diferente nivel.

Estas imágenes están determinadas por lo que sucede en la parte superficial, mientras que la malignidad comienza en las capas profundas invisibles al colposcopio, puesto que estas imágenes pueden esconder un proceso benigno (Displasia) o maligno (Cáncer in situ o invasivo), pero es mejor tomar la biopsia del sitio (biopsia dirigida) donde la colposcopia nos indica.

La **Histología:** a) Normal, se distingue 3 capas: basal, espinosa y superficial y su corión; b) Ectopia, se ve el epitelio cilíndrico cubriendo al corión; c) Las histologías de las imágenes matrices que se dividen en 4 tipos: I-II-III-IV. Las matrices I-II constituido por epitelio (Displasia) cuyas células se alejan un tanto de la célula normal, el epitelio es de menor espesor, se colorea más intensamente, el límite dermo-epidérmico se presenta con numerosas ondulaciones por aumento de las papilas, la capa basal con inquietud hiperplásica.

Las matrices III y IV que son consideradas actualmente como cáncer in situ con todas sus características histológicas ya conocidas, o sea que una imagen matriz colposcópica puede esconder un proceso benigno (Matriz I-II) o una matriz (II-IV) maligna.

Basándonos con datos estadísticos para fijar el valor real de la colposcopia vemos que Gonzales Merlo en 1,581 colposcopías encontró:

- a) Epitelios Típicos: 1,351 (85%). Ectopia 94%. Normal 5%.
- b) Epitelios Atípicos: 230 (14%).

Hallando como índice de malignidad en los E. Atípicos 14%, como puede verse en el gráfico.

Mestwerd 12%. Bibiloni 9%.

Limburg en 8,325 colposcopías encuentra 10.8% de I.M.

Lazo en 400 colposcopías:

- a) Epitelios Típicos: 369 (92%). Normal 23%. Ectopia 60%. Colpitis 6%.
- b) Epitelios Atípicos: 35 (8%). Con una I. de M. de E. Atípicos de 14% (ver gráfico).

Gonzales Merlo en 1,581 colposcopías:

- a) Epitelios Típicos: 1,351 (85%). Normal 5%. Ectopia 94%.
- b) Epitelios Atípicos: 230 (14%).

Imagen de Malignidad de Epitelios Atípicos 230 casos (14%)

		Ca in situ	Ca invasivo	I.M.
Leucoplasia	65	3	2	7%
Base	49	1	2	10%
Mosaico	36	2	3	12%
Vasos Atípicos	41	3	4	17%
Reepiteliz. Atíp.	52	2	6	15%
Erosión Vera	28	1	1	7%
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	230	12	18	14%
			+ 30	

Mestewerd: I. M. da 12%.

Limburg en 8,325 colposcopías:

		Ca in situ	Ca invasivo	I.M.
Base	1,169	85	44	9.9%
Mosaico	615	38	43	13.2%
Erosión	832	18	65	9.9%
Reepiteliz. Atíp.	1,060	27	50	7%
				<hr/>
				10.8%

Bibiloni en 150 observaciones:

a) Epitelios Típicos	112	74%	I.M. 9%
b) Epitelios Atípicos	21	14%	

Lazo Martínez (Pab. 5-11 Hosp. Loayza) 400 colposcopías:

Epitelios Típicos: 369 (92%). Normal 23%. Ectopía 60%. Colpitis 6%.

Epitelios Atípicos: 35 (8%):

a) Epitelios Típicos: 92%

Mucosa normal	94	23%
Ectropión papilar	98	24%
Ectropión simple	109	28%
Ectropión folicular	12	3%
Ectropión en regres	22	5%
Aspecto marmoreo	2	0.5%
Colpitis Atrofica	17	4%
Colpitis Trichomona	7	1.7%
Polipo	5	1.25%

b) Epitelios Atípicos: 35 casos 8 %

		Ca in situ	Ca invasivo	I.M.
Leucoplasia	15	—	—	—
Base	4	—	—	—
Felderung	0	—	—	—
Reep. Atip.	4	1	1	—
Yodo Negat.	9	—	—	—
Capilar. Sinus.	1	—	1	—
Carcinoma	2	—	2	—
	—	—	—	—
		1	4	14 %

Valor de la Colposcopia:

a) Con el colposcopio se percibe nítidamente todos los cambios superficiales de la mucosa del cervix que a la observación con el ojo desnudo pasan desapercibidos.

b) Con el colposcopio se efectúa la toma biopsica de las superficies sospechosas, con lo cual el diagnóstico se acerca más a la verdad.

c) Nos orienta sobre la estructura histológica, pues existe correspondencia entre imagen colposcópica y estructura histológica como sucede en la mucosa sana, ectopia pues siendo estas imágenes muy frecuentes se puede ahorrar biopsias, pues en todas las imágenes de ectopia la histología lo ratifica.

d) En lo que respecta a imágenes atípicas o matrices no hay correspondencia colposcópica-histológica porque unas veces el sustrato histológico es una matriz I-II que son epitelios anormales sin ser carcinoma o también puede ser matriz III-IV (Ca. in situ) o a veces se halla estas imágenes colposcópicas en la periferie de un Ca. invasivo.

e) Es interesante conocer el I.M. de los Epitelios Atípicos o matrices (Leucoplasia, Grund, Mosaico, Reepitalización Atípica), pues la estadística resuelve el problema; así tenemos:

Gonzales Merlo da 14 %; Limburg 10.8 %; Mestewerd 12 %; Bibiloni 9 %; Lazo Martínez 14 %.

f) La citología nos da: Falso positivo 5 casos: 1.25 %. Falso negativo I: 0.25 %. El papilar tipo III: 17 casos, en 15 se volvió a tomar y dio tipo II (después del tratamiento antiinflamatorio), en 2 persistió, por lo que se hizo Conización con casos seriados lo cual dio cervicitis crónica la histopatología. Los demás casos fueron de tipo II.

BIBLIOGRAFIA

1. PEDRO BIBILONI: La colposcopia en el Diagnóstico y prprofilaxis del Cáncer Cervical uterino.
2. BOTELLA LLUSIA: El Diagnóstico precoz del Cáncer Uterino.
3. JAKOB: Cáncer Pre-invasor del Cuello Uterino.
4. ROGANTI: Colposcopia y Diatermia Coagulación de la Cervicitis.
5. J. C. AHUMADA: Cáncer Ginecológico Tomo 1.
6. GILBERT - FRIEDEL: Cáncer in situ del Cervix uterino.
7. A. LAZO MARTINEZ: Colposcopia.
8. American Journal Obstetric and Gynecology: Pág. 467-Vol. 88 - 1954.
9. CALATRONI: Terapéutica Ginecológica Tomo1.
10. Introducción a la Colposcopia: 150 observaciones. W. Izquierdo. Tesis.
11. El cuello uterino y sus enfermedades: FREDERIC FLUHMAN.
12. Dr. MANUEL VARELA U.: La colposcopia en el diagnóstico del cáncer del cervix.
13. GUILLERMO DI PAOLA: Pesquisa de los estadios del cáncer cervical.
14. Prof. M. MAGARA: Cirugía del cáncer cervical.

* * *