

COLPOSCOPIA DE LA DISPLASIA Y EL CANCER IN SITU (*)

Dr. RICARDO NUÑEZ VIDALON (**)

Las Displasias del cuello uterino como se sabe; constituyen procesos potencialmente malignos. Según se trate de displasias graves, moderadas o leves, puede esta potencialidad maligna transformarlas con mayor o menor frecuencia en cáncer in situ o cáncer invasivo.

Esta forma de patología cervical, carece de sintomatología propia, en consecuencia su diagnóstico habitualmente es hallazgo de un examen ginecológico de rutina.

Cuál entonces la contribución de la Colposcopia en su diagnóstico?

La Colposcopia gracias a un notable aumento y excepcional iluminación del cérvix, permite una visualización esteoscópica que facilita un estudio detallado y muy preciso de las estructuras superficiales del cuello. Este hecho favorece una cabal evaluación de los fenómenos fisiológicos o patológicos que se presentan a ese nivel, cuya naturaleza no es posible discriminar con acierto al ojo desnudo. Esta dificultad explica la diversidad de criterios tanto en la denominación cuanto en el manejo de las cervicopatías cuando no se

cuenta con el auxilio del colposcopio; circunstancia que a su vez explicaría las frecuentes interconsultas de gente alarmada, porque en una eritroplasia cervical su Médico ha creído ver un cáncer. La evaluación colposcópica en pocos minutos devuelve la calma y el estudio citológico complementario confirma habitualmente que se trata de una patología benigna.

Las características del instrumental que usamos y la técnica de la Colposcopia les serán mostradas más tarde durante la sesión de colposcopia práctica que se realizará en los consultorios de Oncología.

La nomenclatura colposcópica, aún es objeto de controversia en algunos aspectos. Este tema ha sido tratado en diversos congresos y reuniones internacionales sin haberse logrado unanimidad.

Nos parece simple y bastante informativa, la clasificación que a este respecto presenta el Doctor Carlo Sirtori en su libro CANCER DEL UTERO, que publicamos a continuación.

(*) Forma parte del Tema Oficial: "DISPLASIAS DEL CUELLO UTERINO", presentado al V Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.

(**) Médico Asistente del Servicio de Oncología-Ginecológica del H.C. Nº 2 del Seguro Social del Perú.

CUADROS NORMALES Y PATOLÓGICOS DE LA PORTIO, SEGUN LOS DISTINTOS METODOS

Cuadros	Colposcopia	Citología	Prueba de Schiller	Histología
Normales	1. Mucosa normal (O)	Clase I	Yodopositivo	Epitelio plano poliestratificado
Patológicos no tumorales	2. Ectopia (E)	Clase II, III ó IV	Yodonegativo	Mucosa endocervical sobre la portio.
	3. Transformación (U)		Yodo débil de márgenes difuminados	El epitelio plano sustituye al cilindrico ectópico. Infiltración inflamatoria de la submucosa. Neoformaciones revestidas de epitelio cilindrico o plano.
	4. Colpitis		Punteado yodonegativo	
	5. Pólipos (P)		Yodonegativo	
	6. Atrofia (A)		Yodo débil en toda la superficie	Epitelio plano de la portio adelgazado.
			7. Leucoplasia (L)	
Pretumorales o tumorales	8. Base de leucoplasia (G)	Clase II III ó IV	Yodonegativo de márgenes netos	Distipia de los estratos basales; desaparición de los superficiales.
	9. Mosaico (F)			Base de leucoplasia circundada por epitelio hipotrófico.
	10. Base papilar (gp)			Epitelio plano vegetalente y submucosa rica en vasos
	11. Erosio vera (Ev)			Ulceración del epitelio de la portio.
	12. Zona roja			Cuadros variados: desde la atipia simple al carcinoma.
	13. Zona oparentemente normal			Cuadros variados desde la atipia simple al microcarcinoma.
	Tumorales			14. Exoflita cancerigena

Luego proyectaremos algunas transparencias de imágenes colposcópicas normales, patológicas no tumorales, patológicas sospechosas; displasias y algunas imágenes positivas al cáncer:

La colposcopia entonces nos permite agrupar a las pacientes ginecópatas en dos grandes grupos: las portadoras de imágenes colposcópicas normales o fisiológicas e imágenes patológicas no tumorales que constituyen aproximadamente el 80% de todas las consultantes y el segundo grupo formado por las portadoras de imágenes patológicas sospechosas o positivas que constituyen grosso modo el 20% restante.

Naturalmente que estos porcentajes son variables de acuerdo a una serie de factores epidemiológicos bien conocidos. Quiere decir entonces que solo este segundo grupo que representa el 20% de las portadoras de cervicopatías sospechosas requieren de estudio biopsico complementario para esclarecer si realmente se está frente a una neoplasia maligna; el 80% restante de portadoras de imágenes patológicas no sospechosas que son claramente identificables con el colposcopio solo necesitan de control citológico.

Esto significa un ahorro notable de tiempo y dinero tanto para las pacientes como para las instituciones hospitalarias y constituye una primera ventaja de la colposcopia.

Por otra parte dentro del grupo de imágenes patológicas sospechosas, la colposcopia nos permite la biopsia dirigida en el punto de máxima sospecha, evitando la biopsia ciega que habitualmente es múltiple y conlleva con ma-

yor frecuencia el riesgo de los falsos negativos. De acuerdo al resultado de la biopsia, la colposcopia con auxilio del test de Schiller nos orienta en la delimitación externa del cono.

Sabiendo que el cáncer cervical es una enfermedad eminentemente crónica, la colposcopia nos permite un seguimiento prolongado, sin apresuramientos, del comportamiento de estas lesiones potencialmente malignas aunque no necesariamente trágicas.

A este respecto la rutina del Servicio de Oncología-Ginecológica del Hospital Central N° 2 del Seguro Social del Perú donde trabajamos incluye los siguientes pasos:

- 1.— Examen especular simple
- 2.— Raspado cervical
- 3.— Colposcopia
- 4.— Test de Schiller
- 5.— Biopsia Dirigida
- 6.— Conización en frío.

A partir del año 1972 a la fecha tenemos registrado en nuestro servicio 4200 primoconsultas y 125 casos de displasias de las cuales 17 corresponden al grupo de las severas, 41 a las moderadas y 67 al grupo de las displasias leves y 5 casos de cáncer in situ. (Cuadro N° 2).

La incidencia global de las displasias respecto a 4200 primoconsultas atendidas en este lapso es de 2.97%.

(En transparencias proyectadas se vieron la correlación con los síntomas principales, la presencia concomitante de la tricomoniasis y los hallazgos colposcópicos correspondientes).

CUADRO N° 2
TABLA DE EDADES

Edad en años	D.L.	D.M.	D.S.	Ca. I.S.
De 20-30	10	10	07	01
31-40	24	10	03	00
41-50	15	16	07	03
51-60	15	04	00	00
Más de 60	02	01	00	01
TOTAL PARCIAL	67	41	17	05
T. D.: 125.— Sobre 4200 primiconsultas:				2.97 %
T. Ca. I.S. :	05	„	„	: 0.11 %

CUADRO N° 3
SINTOMAS

	Displasias	Ca. I.S.
Flujo Vaginal	56	00
Asintomáticos	49	01
Dolor en hipogastrio	11	00
Prurito vulvar	07	00
Metrorragia	07	04
Oligomenorrea	03	00
Polimenorrea	02	00
Gestante	01	00

CUADRO N° 4
INFECCION

		Displasias	%	Ca. I.S.	%
Tricomonas	(+)	22	17.60	1	20.00
	(—)	103	82.40	4	80.00
Monillas	(+)	0		0	
	(—)	125	100.00	5	100.00

CUADRO N^o 5
HALLAZGOS COLPOSCOPICOS

Imágenes	Displasias	Ca. I.S.
Z. T. A.	27	01
Z. T. T.	24	00
Hipotrofia	23	00
Z. I. N.	19	00
Leucoplasia	09	00
Z. R. I.	09	00
Colpitis	08	00
Normal	08	01
Ectopia	07	00
Hipertrofia vascular	07	00
Puntillado rojo	06	02
Mosaico	04	00
Erosión	02	00
Polipo	02	00
Hiperplasia irregular	00	01
Test de Schiller	(+)	57
	(-)	28

Como nuestro afán es también el seguimiento de estas displasias, evitamos en lo posible las biopsias innecesarias, ya que estas alterarían la biología del grupo celular en estudio.

Hasta la fecha hemos tenido dos casos de displasias severas que al control citológico se han tornado en positiva a células neoplásicas. Se practicó entonces, en cada caso una biopsia dirigida consistente en un solo espécimen, habiendo sido confirmado por el estudio histopatológico en un caso e informado como displasia severa en otro. El

como ulterior ratificó el primer caso como cáncer in situ y el segundo caso como displasia severa.

Tratándose de pacientes jóvenes que apenas bordean los 30 años y en vista de que los conos reúnen las exigencias internacionales de eficacia, las pacientes adicionalmente no han sido sometidas a operaciones mayores; manteniéndose tan solo controles citológicos y colposcópicos periódicos, los mismos que hasta la fecha se mantienen negativos a neoplasia maligna.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BOLTEN KARL A.: Colposcopia Práctica en el Cáncer Cervical y Vaginal incipiente. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana. México 1967.
- 2) CRAMER HERBERT: Colposcopia en la Práctica. Editorial Labor, Barcelona 1963.
- 3) DABANCES O. ALFREDO: Fundamentos de la Citología Diagnóstica en la Neoplasia Cervical pre-clínica. Revista de la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia Vol. XVIII, 1-2-3. Pág. 137, Lima, 1972.
- 4) FLUMAN FREDERIC: El Cuello Uterino y sus Enfermedades 1963.

- 5) GUIXA HECTOR L.: Cervicitis, Nuevos Conceptos. Tercera reunión anual de la S.A. de P. C.U. y Colposcopia. Vol. III, pág. 151. Córdoba, 1967.
- 6) GUZMAN CUDEMUS Y OTROS: Colposcopia. Revista de Obst. y Gínea. Lima, 1968.
- 7) KOSS LEOPOLD: Importancia de las Displasias Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana. México 1970.
- 8) MESTWERDT GUSTAV: Carcinoma in situ y microinvasor del cuello uterino. Características y diferencias. Primera reunión de la S.A. de P.C.U. y Colposcopia. Vol. 1, pág. 213. Buenos Aires, 1965.
- 9) RALPH M. RICHART: Historia Natural de la Neoplasia Cervical Intraepitelial. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Editorial Interamericana. México, 1967.
- 10) SIRTORI CARLO y ETTORRE MORANO: El Cáncer del Utero. Tercera Edición. Ed. Científico Médica, Barcelona, 1969.
- 11) TASSILO ANTOINE y VIKTOR GRUNBERGER: Atlas de Colpomicroscopia. Editado por Georg Thieme Stuttgart, Alemania, 1956.