

Iconografía Colposcopica de un Experto

Adenocarcinoma in Situ y Adenocarcinoma del Cérvix

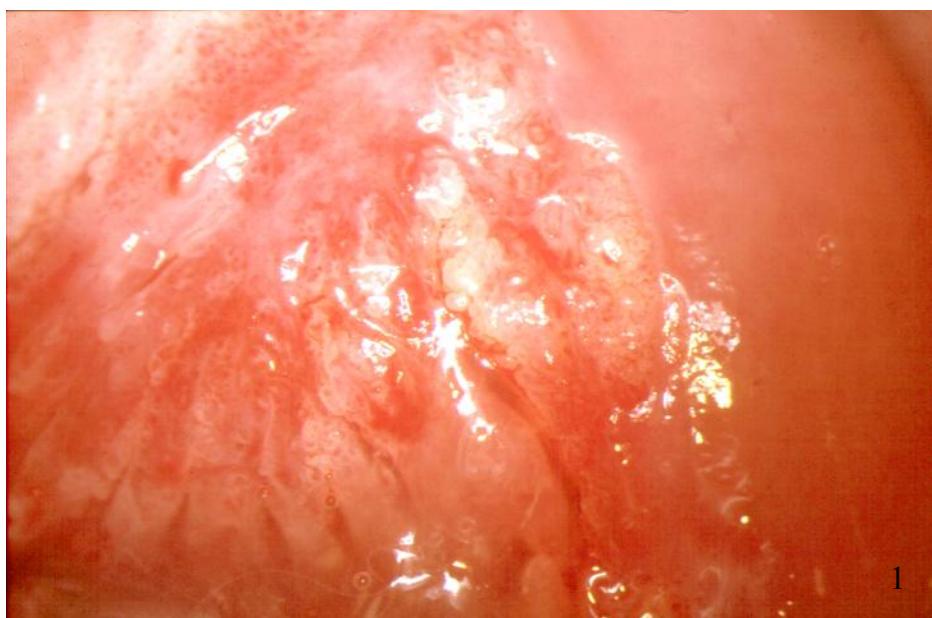
DR. V. CECIL WRIGHT, MD, FRCS(C), FACOG

Texto e Imágenes originales del autor del artículo



El adenocarcinoma in situ (AIS) puede ser focal y puede pasar desapercibido fácilmente.

El criterio para evaluar la arquitectura vascular específica y los efectos del ácido acético son diferentes en la enfermedad glandular que en la enfermedad escamosa. Las mayoría de las lesiones se parecen a una zona de transformación normal en desarrollo.¹⁻⁴ Las lesiones de AIS pueden encontrarse bajo un epitelio metaplásico normal o displásico. El estudio citológico puede no reflejar la lesión glandular cuando también está presente un componente escamoso.^{5, 6} La mayoría de las lesiones glandular se encuentran dentro de la zona de transformación. Aproximadamente la mitad de las lesiones abarcan un cuadrante cervical, mientras que sólo el 10% abarcan los cuatro cuadrantes.⁷



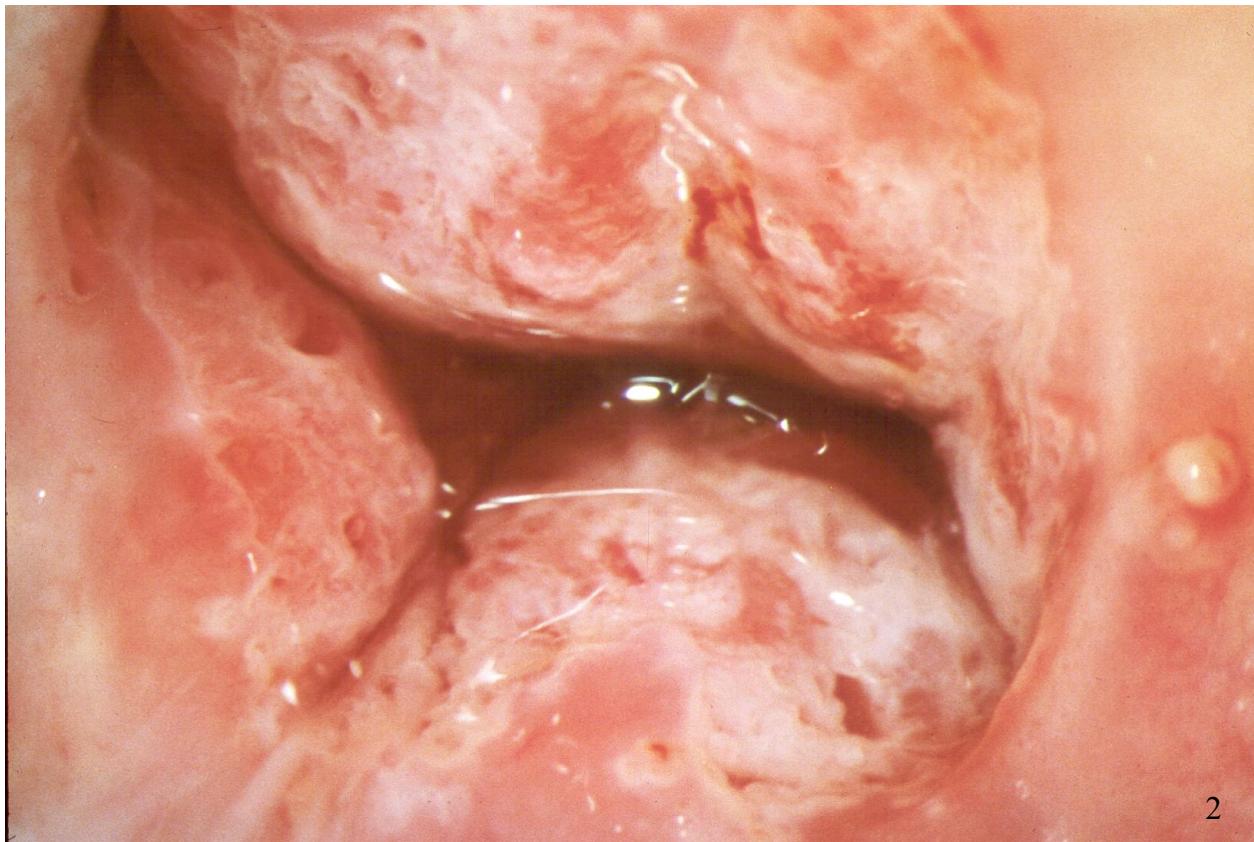
1

1. Las lesiones de adenocarcinoma in situ pueden aparecer como lesiones acetoblanas aisladas, que sobrepasan al epitelio columnar y no necesariamente estar en contacto con el borde escamoso. Por otro lado, las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado son blancas y densas de borde a borde y la periferia está en contacto con el borde escamoso normal. Escisión confirmó AIS.

El Dr. Wright subespecializado en oncología ginecológica quirúrgica. Ha publicado extensamente en la literatura revisada por colegas, y ha contribuido a una variedad de libros de texto y desarrollado numerosos CDs de la colposcopia y la enfermedad del tracto genital inferior. Ha enseñado en cientos de cursos de postgrado. Ha dictado conferencias en más de 30 países diferentes (algunos de ellos varias veces).

El Dr. Wright ha recibido premios científicos nacionales e internacionales, sobre todo siendo el primer miembro honorario de la Sociedad Filipina de Colposcopia y Patología Cervical, la Canadian Cancer Society Certificado de Premio al Servicio, la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical Distinguidos de la Ciencia Achievement Award, así como Premio al Mérito y decano de su universidad Premio a la Excelencia en Innovación en relación con su introducción de la cirugía con láser de dióxido de carbono a la ginecología en Canadá. Fue honrado con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos de la Medalla Conmemorativa para la Excelencia en la Enseñanza. Departamento Dr. Wright estableció recientemente la V. Cecil Wright Conferencia que se concederá anualmente en su día de oncología ginecológica.

Recientemente, el Dr. Wright fue el entrenador de la colposcopia para GlaxoSmithKline Biologicals - Bélgica en el programa internacional de su normalización colposcopica. Relacionados con los ensayos en fase III de su vacuna contra el VPH. Ha sido consultor de educación y proveedor de materiales educativos a MSD Canadá en relación con el desarrollo de su vacuna contra el VPH. Actualmente el Dr. Wright es Profesor Emérito de Obstetricia y Ginecología de la Escuela Schulich de Medicina y Odontología. El Dr. Wright sigue escribiendo, enseñando y sirviendo como un orador invitado.



2. Una lesión veteada (en parches rojo y blanco) tipo zona de transformación ocupa el canal endocervical. Se pueden observar bocas glandulares grandes. Escisión confirmó AIS.

La colposcopia no puede diferenciar entre AIS y adenocarcinoma.^{1,2}

El criterio para evaluar la angioarquitectura específica y los efectos del ácido acético, son diferentes en la enfermedad que en la enfermedad escamosa.^{1-4,8,9}

Se puede sospechar de lesiones glandulares en las siguientes circunstancias:

- Lesión(es) aislada que sobrepasa al epitelio cilíndrico y que no está en contacto con el borde escamoso;
- Estructuras vellosas únicas o fusionadas que se vuelven de un blanco tenue después de la aplicación de Ácido acético;
- Cuando se puede observar una zona de transformación en desarrollo;
- Cuando existen lesiones papilares;
- Cuando existen lesiones rojas y blancas en parches (veteadas);
- Cuando existen bocas glandulares junto con una zona de transformación anormal;
- Cuando las lesiones muestran formaciones atípicas de vasos sanguíneos tales como las "enroscadas" las de "carácter de escritura" (carácter writing-like), las de tipo "zarcillo", las de tipo "raíz" y las de tipo "punto" ya sea único o múltiple.

En más del sesenta por ciento de los casos de AIS y adenocarcinoma también está presente una lesión escamosa. Esto se conoce como "enfermedad mixta". En la enfermedad mixta, el componente escamoso, casi siempre es visible colposcópicamente, mientras que el área glandular puede: 1) estar contigua a la lesión escamosa; 2) estar en medio dos lesiones escamosas; 3) o ser cefálica a la escamosa (más común).



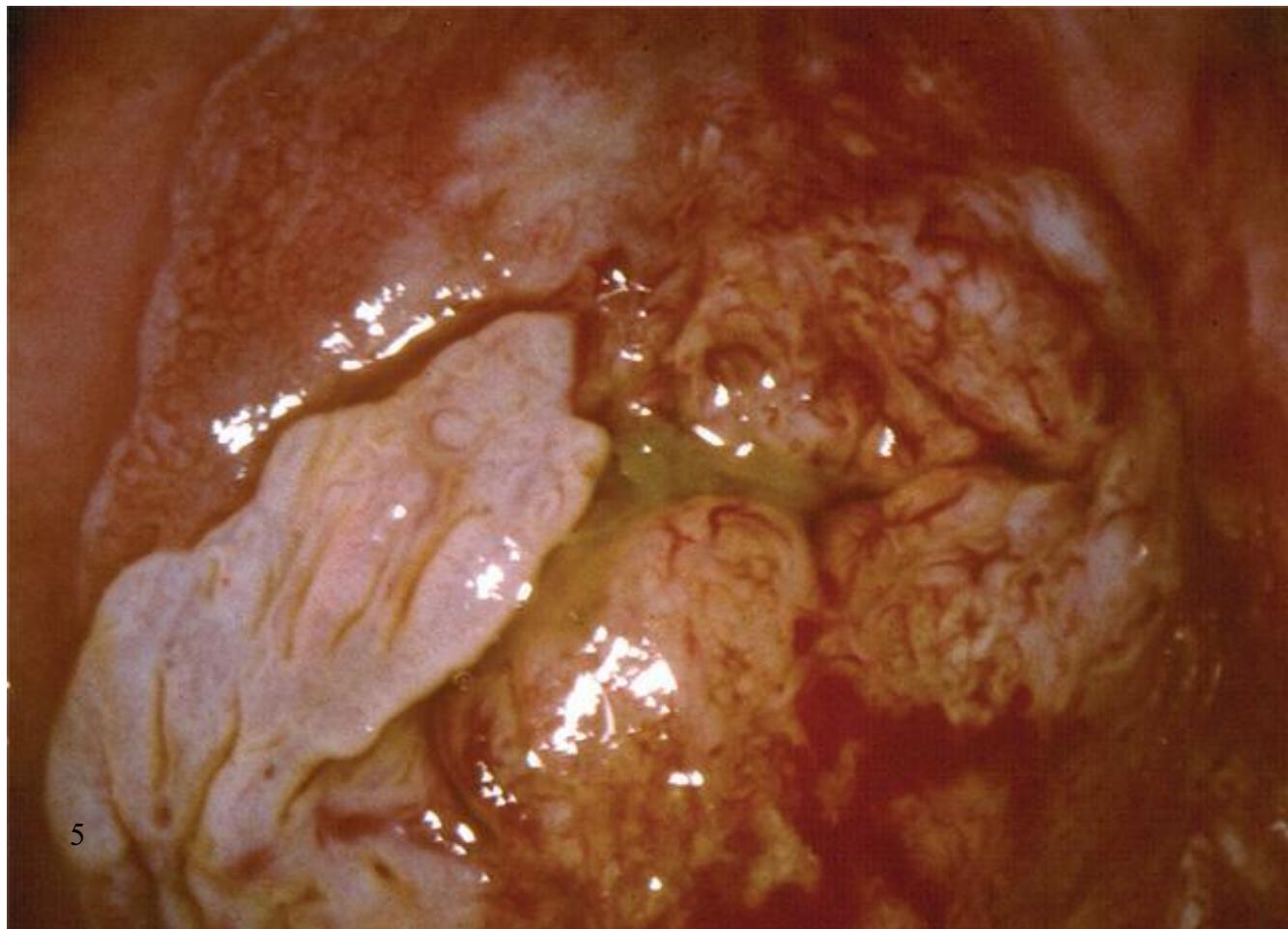
3. AIS que se parece a la zona de transformación. Se observa una arquitectura vascular tipo “punteado” múltiple. Escisión confirmó AIS

La longitud lineal de la lesión de AIS por lo general es menor a 15 mm. La longitud más corta se presenta en mujeres de menos de 35 años (menos de 10 mm). El área del AIS que sobrepasa a la cripta cervical por lo general no excede los 4 mm, y nunca tiene más de 7 mm. La longitud lineal radial y la profundidad de la superficie abarcada de la cripta aumentan con la edad de la paciente.

Si una biopsia dirigida por colposcopia indica AIS, se recomienda volver a practicar una colposcopia a la paciente antes de llevar a cabo la escisión. Con frecuencia se puede determinar la ubicación de la lesión y el tamaño para así diseñar la escisión y eliminarla por completo, preservando un cérvix funcional en la mayoría de los casos.

4. Arquitectura vascular de una lesión grande de AIS. La lesión muestra formaciones atípicas de vasos sanguíneos tales como las “enroscadas”, las de “carácter de escritura” (carácter writing-like), y las de tipo “zarcillo”. Escisión confirmó AIS.

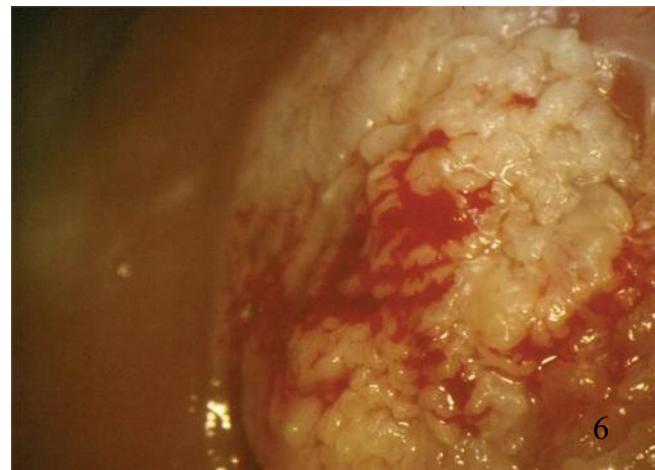


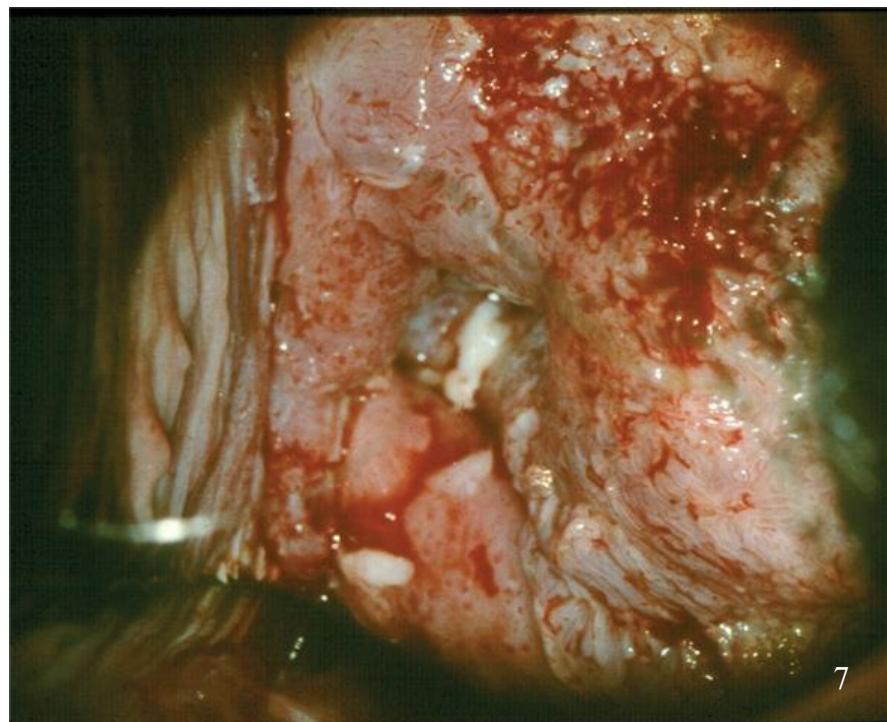


5. Se puede observar fácilmente una lesión NIC 3 bien definida entre las 6 y 10. Una AIS lesión veteada blanca y roja (vasos sanguíneos oscuros) ocupa el canal. Se pueden ver varias formaciones de vasos sanguíneos tipo "raíz". Escisión confirmó CIN 3 y AIS.

Cuando una biopsia indica AIS, siempre es necesario realizar un método de escisión para excluir adenocarcinoma. La muestra extirpada debe tener márgenes negativos. Si los márgenes están involucrados, es decir positivos a enfermedad, puede ser necesario repetir la escisión para excluir enfermedad persistente o malignidad.

6. Un gran adenocarcinoma cervical. Es densamente acetoblanco con excrecencias papilares fusionadas. La biopsia confirmó adenocarcinoma.





7. Las excrecencias papilares de este adenocarcinoma imitan a las vellosidades de una ectopia. La biopsia confirmó adenocarcinoma.



8. Áreas en parche y veteadas rojo y blanco esparcidas sobre el epitelio cilíndrico en una paciente embarazada. Esto imita a una zona de transformación. La biopsia confirmó adenocarcinoma.

Referencias

1. Wright VC. Colposcopy of adenocarcinoma *in situ* and adenocarcinoma of the uterine cervix: differentiation from other cervical lesions. *J Lower Genital Tract Dis*. 1999;2:83-87.
2. Wright VC. Cervical glandular disease: Adenocarcinoma *in situ* and Adenocarcinoma. In: Apgar BS, Brontzman GL, Spitzer M, (eds). *Colposcopy Principles and Practice*, Philadelphia: Saunders/Elsevier, 2nd ed., 2008; pp 283-309.
3. Wright VC, Rojas T. *Colposcopia Básica Y Avanzada: Cervix, Vagina, Vulva y Sitios Adyacentes* CD-ROM. Houston: Biomedical Communications, 2005.
4. Colgan TJ, Lickrish GM. The topography and invasive potential of cervical adenocarcinoma *in situ*, with and without associated dysplasia. *Gynecologic Oncol*;36:245-250.
5. Laverty CR, Farnsworth A, Thurloe T, et al. The reliability of a cytological prediction of cervical adenocarcinoma *in situ*. *Aust NZ J Obstet Gynaecol*.
6. Renshaw AA, Mody DR, Lozano RL, et al. Detection of adenocarcinoma *in situ* of the cervix in Papain/colau test: comparison of diagnostic accuracy with high-grade lesions. *Arch Path Lab Med* 2004;128:153-57.
7. Bertrand M, Lickrish GM, Colgan TJ. The anatomic distribution of cervical adenocarcinoma *in situ*. *Am J Obstet Gynecol* 1987;1:21-6.
8. Kolstad P, Staff A. Terminology and definitions. In: Kolstad P, Staff A. *Atlas of Colposcopy*. Oslo. Universitetsforlaget, 1972, pp 21-25.
9. Reid R, Scalzi P. Genital warts and cervical cancer – VII. An improved colposcopic index for differentiating benign papillomaviral infections from high-grade cervical intraepithelial neoplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1985;153:61-68.