

Perspectiva de un Profesional en Tracto Genital Inferior

EL CONCEPTO DE PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR.



¿PATOLOGÍA CERVICAL O PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR?

Dr. Enrique Fernando Copolillo Paez

Jefe de Patología del Tracto Genital Inferior.
División Obstetricia. Dpto. de Tocoginecología.
Hospital de Clínicas José de San Martín U.B.A.

EL NACIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA CERVICAL UTERINA, Y LA PRIMERA ETAPA GENERACIONAL EN EL DESARROLLO DE LA ESPECIALIDAD

Las generaciones representan el concepto más importante de la historia, y por así decirlo, el gozne sobre el que ésta ejecuta sus movimientos.

(Entorno a Galileo J. Ortega y Gasset. 1883-1955)

Clásicamente se acepta que el período de vigencia de una generación es de 25 a 30 años, que es la distancia que separa a un padre de un hijo, o a un discípulo de su maestro. Se reconoce una primera denominada el periodo de gestación, es de creación o polémica; y el periodo de gestión o predominio en el mando. Cada generación se afirma y se desarrolla en torno a lo que se denomina un paradigma. ¿A qué llamamos un paradigma? Según el Dr. M. Peluffo “es una propuesta adoptada por la comunidad científica una guía para realizar sus tareas y que tiene particular eficacia para resolver problemas”. Las sucesivas generaciones pueden aceptar los paradigmas de generaciones anteriores adoptándolos con las modificaciones impuestas por los cambios de su época o realizan modificaciones más profunda y proponer otros paradigmas. La evolución de nuestra especialidad no escapa a estos conceptos y si lo analizamos detalladamente, podemos observar que distintas generaciones han adoptado un determinado paradigma científico, que permitió los avances que posee nuestra disciplina en estos días.

En este sentido es importante señalar un fenómeno poco mencionado relacionado con el tema, que es el concepto de migración de los conocimientos.

La migración de los conocimientos a nivel mundial es transcendente para la difusión en todas las

aéreas de la ciencia siguiendo caminos y direcciones determinadas en un senda que permite la adquisición de nuevos conocimientos, esto se alcanza con los viajes a centros médicos del extranjero, lectura de publicaciones especializadas, organización de congresos internacionales o regionales y actualmente en la era digital también por Internet. En el proceso de transferencia de conceptos y tecnologías médicas estas llegaron a Latinoamérica en una primera etapa procedente de Europa y los Estados Unidos. Podemos establecer aproximadamente en el año 1925 el comienzo de una primera etapa. Qué fue cuando el Dr. Hans Hinselmann crea el colposcopio, y describe las “áreas matrices” del cuello uterino donde se forma el carcinoma y las características colposcópicas de lo que hoy llamamos neoplasias intraepiteliales. Hinselmann realizó una detallada descripción de las mismas dando así los primeros pasos para la instauración y desarrollo de la Patología Cervical. La Patología Cervical se fue consolidando como el primer paradigma de la especialidad cuyo objetivo estaba centrado en el diagnóstico precoz del carcinoma invasor del cuello uterino y sus estadios preclínicos. El Dr. Joao Rieper señaló posteriormente en una conferencia que por su importancia “el cuello uterino es un complejo microcosmos dentro de un macrocosmos” y esto justifica plenamente que la Patología Cervical sea una especialidad. No podemos dejar de mencionar que fue el doctor Santiago Pineda pionero en incorporar la colposcopia en México, comenzó en octubre de 1952 a practicarla en las instalaciones del Hospital Central Militar de México.

EL CAMINO DE LA PATOLOGIA CERVICAL EL PRIMER PARADIGMA.

La migración inicial de conocimientos en Patología Cervical sustentada en el empleo de la colposcopia y la biopsia y siguió una dirección norte-sur principalmente desde Alemania hacia América del Sur. Según C. Charle en esta transferencia de conocimientos fueron importantes los llamados mediadores médicos especialistas que importan y exportan métodos, crean escuelas, sociedades científicas, realizan publicaciones y adecuan los conocimientos al país que los adopta.

En la década de 1930 la colposcopia se difundió

en Sudamérica antes que el Papanicolaou. En esa es de destacar la labor del Dr. Alfredo Jakob en Argentina y la del Dr. Joao. Rieper en Brasil. El Dr. Jakob se capacito con Hinselmann en Hamburgo en el año 1932 y en el año 1935, en el hospital Maternidad Sardá en Buenos Aires inició los exámenes colposcópicos sistemáticos en todas las mujeres atendidas en ese hospital, la colposcopia fue incorporada como el método adecuado para la detección temprana de las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino. Podemos hablar de una segunda etapa de la Patología Cervical consolidada con la gestión de una nueva generación, que amplía y perfecciona el primer paradigma Siguiendo una misma dirección de migración de los conocimientos que llamaremos Norte –Sur pero esta vez desde los Estados Unidos se introduce la citología exfoliativa creada por el Dr. George Papanicolaou y que se extiende como una herramienta para el diagnóstico del precoz de las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino Es también en esta etapa cuando J .W.Reagan propone la utilización del término displasia .En esos momentos los principales aspectos de la patología cervical parecían suficientemente consolidados. La década de 1950 marco la expansión del Papanicolaou y su reconocimiento como prueba de detección incorporada como un método confiable al paradigma original de Patología Cervical.

DE LA PATOLOGIA CERVICAL A LA PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

La década del 1980 marco cambios que pusieron a prueba el paradigma de la Patología Cervical aceptado desde la época de Hinselmann pero también se observaron cambios que se extendieron inclusive en el sentido de migración de los conocimientos con fuertes implicancias en los conceptos y las metodologías empleadas En esta tercera corriente de migración de conocimientos se produce un cambio de paradigma. En el futuro la incorporación de conocimientos no será solamente unidireccional Norte-Sur, sino también se dirigirán desde el Sur al Norte. Los trabajos de .Meisels et al. y Purola et al. sobre las formas clínicas hasta entonces desconocidas del Papiloma Virus Humano (VPH) y su relación con las neoplasias cervicales así también con las neoplasias vaginales, vulvares, perianales produciendo una verdadera revolución en nuestros conceptos sobre la carcinogénesis.

.Esta comprobada la existencia de un denominado síndrome neoplásico del Tracto Genital Inferior .Las lesiones por VPH en el Tracto Genital inferior se encuentran relacionada entre si, las pacientes con lesiones vulvares por VPH pueden tener en forma sincrónica o meta sincrónica una lesión en el cuello

uterino, y las pacientes con lesiones cervicales tienen posibilidades de tener una lesión vaginal, vulvar o perianal. A .Schneider et al. Mencionan que pacientes con citología cervical positiva, las pruebas VPH-DNA en vagina y vulva resultaron positivas para VPH en un 42% de los casos. S Ait Menguellet et al. cuando estudian 44 pacientes con lesiones multicentricas , encuentra que un 91 % tenía lesiones cervicovaginales o cervicovulvar, que un 9% la tenía en los tres sitios y que un 53,3 % fueron sincronicas, además había un 79,5% de CIN de alto grado, que el 62,5% de los VAIN eran de bajo grado y el 62,5% de VIN eran de alto grado

M Spitzer et al. encuentran que el 81 % de las mujeres que tienen lesiones cervicales tienen lesiones vulvares y además que un 85 % de las mujeres con lesiones vulvares tienen lesiones cervicales. R:P de Bie et al. recomiendan examinar todo el TGI cuando se diagnostica NIV por las altas posibilidades de diagnosticar una NIC concomitante . Es importante también señalar como menciona M. Peluffo hay evidencia acumulada que relacionan el desarrollo de la neoplasia del TGI como el producto de una interacción multifactorial Existen evidencias de una íntima relación e interacción entre los procesos neoplásicos de todo el TGI, y la patológica infecciosa .La infección por Herpes tipo II, según J.S Smith et al. puede actuar en conjunción con la infección por HPV incrementando el riesgo de carcinoma cervical invasor.. M.Campion et al. indican que la presencia de ETS como Chlamydia, Neisseria gonorrhea, Herpes, Trichomonas pueden aumentar la susceptibilidad para la infección por VPH modificando el estado inmunológico del TGI. Para E. Samoff et al. la asociación entre la infección por Chlamydia y el cáncer cervical puede estar relacionada con un efecto de la infección por Chlamydia que es facilitar la persistencia del VPH de alto riesgo El tema de las pacientes infectadas VIH + constituye un capítulo importante de la patología del tracto genital inferior, dado que la infección por VIH representa un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones del TGI, Hemos comparado una población de mujeres VIH (-) y una población VIH + y hemos hallado que las infecciones micóticas, bacterianas y parasitarias son 9,5 veces más frecuentes, las infecciones por VPH son 13,5 veces más frecuentes en el TGI y las herpéticas 4 veces más frecuentes en las mujeres VIH + .Las lesiones intraepiteliales de alto y bajo grado en todo el TGI son 11 veces más frecuente, siendo también en estas pacientes más frecuente las lesiones multicentricas, las lesiones de alto grado y las invasoras de cuello uterino. A.E. Williams et al señalan que en las mujeres VIH (positivas) la frecuencia de infección anal por VPH y las lesiones relacionadas es

similar a la que se encuentra en el cuello uterino.

Desde esa época las propuestas de R Richart sobre una nueva denominación para las displasias la de Neoplasias Intraepitelias (CIN; VAIN; VIN; PEIN; AIN) y luego la clasificación de Bethesda con la nueva denominación de SIL se extendieron y se complementan con los recientes conocimientos. Ante las evidencias que se iban presentando entendimos que las fronteras en el Tracto Genital Inferior no estaban en la realidad sino en las limitaciones del paradigma inicial. Pensamos que era necesario crear un nuevo paradigma que materializara esta nueva visión de la especialidad, así es que en el año 1983 hicimos la propuesta de adoptar un nuevo paradigma que reemplazara al anterior universalmente aceptado que era la Patología Cervical. Propusimos una nueva denominación para un nuevo paradigma: Patología del Tracto Genital Inferior (TGI) que no fue en nuestro concepto solo un cambio de palabras sino también de objetivos. Ya lo había señalado Albert Einstein cuando expreso que "si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo". Diferente al paradigma inicial la Patología Cervical, que se circunscribe a la patología del cuello uterino, el nuevo paradigma Tracto Genital Inferior (TGI) es un más amplio, dinámico, e integrador porque permite englobar no sólo la patología del cuello, sino también la de la vagina, la vulva, periano, y hoy hasta la de región anal. Con estos renovados conceptos creamos en el año 1983 la Clínica de Patología del Tracto genital Inferior y Colposcopia en reemplazo de la de Patología Cervical en la Primera Cátedra de Obstetricia del Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires y realizamos en 1987 la la primera publicación con nuestra propuesta mostrando además los positivos resultados obtenidos en los 3 primeros años de la implementación, del nuevo paradigma. En este nuevo modelo de clínicas se incorporo a las prácticas clásicas como el Papanicolaou, una colposcopia ampliada de todo el TGI (traqueloscopia, vaginoscopia, vulvoscopia, perianoscopia y anoscopia), como así también cuando se considere necesario el estudio de la flora del TGI. Las clínicas de TGI adecuan su metodología integral al contexto clínico de la paciente, por ejemplo si esta se encuentra embarazada, se incluye el estudio para la detección de gérmenes patógenos que puedan tener implicancia con complicaciones durante el embarazo, el parto o repercusión perinatal. Hoy es de práctica habitual que en una consulta ginecológica u obstétrica, se avalúen las posibilidades de la presencia de patologías relacionada con todo el TGI. El concepto de Tracto Genital Inferior (TGI) convertido en un nuevo paradigma es sinónimo de excelencia en la atención

primaria de la salud, ya que brinda acciones de promoción y prevención sanitarias, integrales cuyo objetivo es prevenir, detectar y tratar afecciones del TGI en todas las etapas de la vida de la mujer. Es importante señalar que no solo se realizan diagnósticos sino también tratamientos consideramos que el especialista en Patología del Tracto Genital Inferior debe estar capacitado para abordar todos los aspectos relacionados con la patología de vagina, vulva, perianal, y que hoy se extiende a la región anal, hoy la vagina y la vulva dejaron ser órganos de paso cuando se coloca un espejo. Este nuevo enfoque en consecuencia a dado un impulso muy grande al estudio y tratamiento de patologías que antes solo se conocían superficialmente o que eran de manejo por parte de las otras especialidades. Este nuevo paradigma se difundió en Latinoamérica reflejado en una nueva denominación de las sociedades científicas. En el año 1989, la Sociedad Argentina de Patología Cervical y Colposcopia adopto actual denominación, Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. En México en el año 2004 se creó La Federación Mexicana de Patología de Tracto Genital Inferior y muchas asociaciones agregaron este nuevo paradigma a su denominación, este no solo aconteció en Latinoamérica sino que siguiendo una dirección Sur-Norte se adoptó en Europa y los Estados Unidos, publicaciones y textos dejan la denominación anterior y adoptaron el nuevo paradigma. En el mes de Octubre de 1992 en Buenos Aires se realiza el primer Congreso Latinoamericano de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, este fue primer Congreso Latinoamericano que se realizó y también el primero que llevo esa denominación. Del primer Congreso Latinoamericano participaron delegados de las 6 sociedades latinoamericanas por aquel entonces creadas. México, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay y Argentina. La Federación Latinoamericana fue también la primera Federación regional. Posteriormente en noviembre de 1999, también en Buenos Aires se creó la European Federation for Colposcopy & Pathology of the Lower Genital Tract. En el año 2010 se implementó la carrera de especialista en Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia dictada en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires y dirigida por el Dr. Silvio Tatti. Le corresponde a Latinoamérica el honor de haber liderado esta nueva visión de la especialidad. Es adecuado diferenciar la detección de casos (detección oportunista) de las prácticas que se implementan en los programas o campañas dirigidas a la detección una afección determinada con el propósito de detectar esas patologías por ejemplo en el caso de infecciones como la sífilis o neoplasias como el carcinoma de

cuello, estos programas están relacionados con la importancia de la patología y los beneficios que implica para una población su detección precoz, en estos casos se emplea una prueba o un método con un propósito determinado como la utilización del Papanicolaou en los programas de prevención del carcinoma de cuello uterino. Los avances en nuestro campo deben tener presente el fin último de nuestra especialidad: la mujer, su salud y su bienestar. Los avances realizados no se han traducido necesariamente en Latinoamérica en una reducción en la incidencia del carcinoma de cuello uterino, relevante por frecuencia y gravedad en las poblaciones de alto riesgo. Esta circunstancia debemos asumirla como un desafío y una deuda con nuestras mujeres latinoamericanas particularmente en aquellas con un perfil social, económicos y educativo claramente determinado que siguen enfermando y muriendo, porque todavía no han sido beneficiarias con programas permanentes y eficaces de detección.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- 1) Abercrombie PD, Korn AP. Lower genital tract neoplasia in women with HIV infection *Oncology* (Williston Park). 1998 Dec;12(12):1735-40
- 2) Ait Menguellet Sonia, Pierre Collinet Véronique Houfflin Debarge, Madi Nayama, Denis Vinatier, Jean-Louis Leroy. Management of multicentric lesions of the lower genital tract (May 2007) *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Volume 132, Issue 1, Pages 116-120
- 3) Campion, M.J.; Clarkson, R.; Mc Cance, D.J.: "Squamous Neoplasia of The Cervix in Relation to Other Genital Tract Neoplasias". *Clinics. Obstet. Gynecol.* 1985;12:265-280.
- 4) Campion M.J. et al. *Colposcopia Moderna. Un enfoque practico*. 1991. Educational Systems Inc. Augusta, Georgia
- 5) Charle, Christophe, Schriewer, Jürgen; Wagner, Peter. Editors Preface. In: Charle, Christophe; Schriewer, Jürgen; Wgner, Peter (Ed.). *Transnational Intellectual Networks: forms of academic knowledge and the search for cultural identities*. Frankfurt: Campus Verlag. p.9-14. 2004
- 6) Coppolillo, E. F.; Casavilla, F.; Barata, A.; Baldi, E.; Curci Castro, A.; Rodríguez Vidal D. "Fundamento de la creación en la maternidad del Consultorio de Patología del Tracto Genital Inferior. *Obtet. Y Gynec. Latinoamericana* 1987, vol.45:237.-245
- 7) Coppolillo, Paez E.F.; Casavilla, F.; Baldi, E.; Curci Castro, A.: "Nuevo enfoque a la patología del Tracto genital Inferior durante el embarazo". VII Jornadas de SOGBA Bs.As. 1989. pag.42.
- 8) Coppolillo Paez E.F. *Historia de la Federación Latinoamericana*. <http://www.colatin.org>. 2010. (consultado el 17-8-10)
- 9) Cueto, Marcos. *Missionaries of science: the Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington: Indiana University Press. 1994
- 10) de Bie R P, van de Nieuwenhof H P, M Bekkers R L M, Melchers W J, Siebers A G, Bulten J, Massuger L F A G and de Hullu J A. Patients with usual vulvar intraepithelial neoplasia-related vulvar cancer have an increased risk of cervical abnormalities *Br J Cancer* June 9, 2009;101: 27-31
- 10) De Virglis, G.: "The Nineties: A Third Point For Colposcopy. *The Cervix*, 1991;13:9-12.
- 11) Eraso Yolanda. Técnicas que migram, diagnósticos que se multiplican: a contribuição de Argentina e Brasil para a política de 'detecção precoce' do câncer cervical *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos* vol.17 supl.1 Rio de Janeiro July 2010
- 12) Jordan Joe. *Historia de la Federación Europea de Colposcopia*. 1er Boletín the European Federation for Colposcopy & Pathology of the Lower Genital Tract. diciembre de 2002.
- 13) Hampl M, Wentzensen N, Vinokurova S, von Knebel-Doeberitz M, Poremba C, Bender HG, Kueppers V. Comprehensive analysis of 130 multicentric intraepithelial female lower genital tract lesions by HPV typing and p16 expression profile. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2007 Apr;133(4):235-45
- 13) Meisels, A.; Fortin, R. "Condylomatous Lesions of The Cervix and Vagina". *Cytologic Patterns. Acta Cytol.* 1976;20:505-509
- 14) Ortega y Gasset, J. El tema de nuestro tiempo. Espasa Calpe Bs.As. colección Austral, 1947
- 16) Peluffo M. *Revoluciones Conceptuales en Patología Cervical*. Editorial. Ascune Buenos Aires 1999
- 17) Peluffo M. Teoría Viral del cáncer. Objeciones. *Ginecología y Obstetricia Latinoamericana*. 2010; (8):66:99-123
- 18) Purola E. Savia E. Cytology of gynecologic condyloma acuminatum. *Acta Cytol.* 21977;21:26-31,
- 19) Reagan, J.W.; Seidelman, I.L.; Saracusa, V.: "The cellular Morphology of Carcinoma in situ and Dysplasia on Atypical Hyperplasia of The Uterine Cervix. *Cancer*. 1953;6:224-235
- 20) Richart, R.M.: "Natural History of Cervical Intraepithelial Neoplasia CIN. *Obstet. Gynecol.* 1967; 10:748-784
- 21) Rieper J. Estudios colposcópicos de la biología del cuello uterino. pag. 232-240. Reunión inaugural Sociedad Argentina de Patología Cervical Uterina y Colposcopia octubre de 1965. pag.21-23
- 22) Samoff E, Emilia H. Koumans, Lauri E. Markowitz Association of Chlamydia trachomatis with Persistence of High-Risk Types of Human Papillomavirus in a Cohort of Female Adolescents. *American Journal of Epidemiology* 2005; (7):668-675
- 23) Schneider A, Schuhmann R, De Villiers EM, Knauf W, Gissmann L. Clinical significance of human papilloma virus (HPV) infections of the lower genital tract] *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1986 May;46(5):261-266.
- 24) Smith J.S. et al. Herpes simplex virus-2 as a human papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer *J Natl Cancer Inst.* 2002 Nov 6; 94:1604-1613.
- 25) Spitzer, Mark MD; Krumholz, Burton A. MD; Seltzer, VICKI L. MD. The Multicentric Nature of Disease Related to Human Papillomavirus Infection of the Female Lower Genital Tract. *Obstetrics & Gynecology*. 1989; 94(73):303-307
- 26) Samoff E, Emilia H. Koumans, Lauri E. Markowitz Association of Chlamydia trachomatis with Persistence of High-Risk Types of Human Papillomavirus in a Cohort of Female Adolescents. *American Journal of Epidemiology* 2005; (7):668-675
- 27) Schneider A, Schuhmann R, De Villiers EM, Knauf W, Gissmann L. Clinical significance of human papilloma virus (HPV) infections of the lower genital tract] *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1986 May;46(5):261-266.
- 28) The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses. Developed and approved at the National Cancer Institute Workshop, Bethesda, Maryland, U.S.A., December 12-13, 1988. *Acta Cytol.* 1989 Sep-Oct;33(5):567-574
- 29) Williams AB, Darragh TM, Vranizan K, Ochia C, Moss AR, Palefsky JM. Anal and cervical human papillomavirus infection and risk of anal and cervical epithelial abnormalities in human immunodeficiency virus-infected women *Obstet Gynecol.* 1994 Feb;83(2):205-211.

