

Artículo original

Índice colposcópico para la evaluación de las lesiones intraepiteliales en el cérvix

Óscar Trejo Solórzano,¹ María del Carmen García Martínez,¹ José Adrián Tolentino López,¹ José Luis López Velásquez¹

¹ Coordinación de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional «Lic. Adolfo López Mateos» ISSSTE.

Resumen

La evaluación de las pacientes con citología anormal, debe incluir la realización del examen colposcópico, con el propósito de valorar los cambios que presenta el epitelio del cérvix de acuerdo con la progresión de la enfermedad; el estudio se deberá llevar a cabo en forma sistematizada, lo cual permitirá clasificar las lesiones y seleccionar el tratamiento más adecuado y eficaz para cada caso en particular. En el año de 1999 se elaboró en la clínica de displasias del Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE, un sistema de calificación de las lesiones escamosas intraepiteliales de alto y bajo grado del cérvix, tomando en cuenta los siguientes parámetros de las lesiones sobre la zona de transformación, el color del epitelio al contacto con el ácido acético, el relieve, el puntillleo y mosaico, los márgenes, el número de lesiones, la localización, la ubicación, el tamaño, el entorno de la zona de transformación, la respuesta a la prueba de lugol y si la colposcopia es o no satisfactoria. Por lo que se propone un índice colposcópico con puntaje de 1-12 para las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado y de 13-24 para las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado, siendo el objetivo principal el de descartar una enfermedad invasora.

Palabras clave: *Índice colposcópico, lesión intraepitelial escamosa del cérvix, lesión invasora, colposcopia satisfactoria.*

Summary

The methodology to evaluation of the patients with abnormal cytology, must include the accomplishment of a colposcopic examination in order to discover the changes in the epithelium of the cervix according to its pathology. Colposcopy should be due to carry out in a systematized form, which will allow to classify the lesions and to propose the most suitable and effective treatment for each case. In 1999 in the clinic of colposcopy of the Hospital Adolfo López Mateos ISSSTE, was developed a scale of calification of low (LSIL) and high (HSIL) grade squamous intraepithelial lesions, us-

ing parameters such as: color, degree of acetic acid changes, relief, punctuation and mosaicism, margins, number, location, and size, and changes with iodine staining, and if the colposcopy was satisfactory or not. We propose a colposcopic index with the next punctuations: 1-12 for LSIL, 13-24 for HSIL. The most important target of this, was to discard invasive lesions.

Key words: *Colposcopic index, low grade intraepithelial lesion, high grade intraepithelial lesion, invasive lesion, colposcopy.*

Introducción

El cáncer cervicouterino continúa siendo un grave problema de salud en Latinoamérica y en el resto de países en vías de desarrollo; en la república mexicana durante el último año ocurrieron aproximadamente 4,500 muertes, las cuales se pudieron evitar de manera oportuna.¹⁻⁴ Esta enfermedad cuenta con una historia natural perfectamente bien definida, ya que el tiempo que transcurre desde sus etapas tempranas hasta convertirse en una enfermedad invasora es de aproximadamente 20 años en promedio; durante todo este periodo, la prevención se puede llevar a cabo en la población en riesgo a través de una citología, complementada con un estudio de colposcopia.^{2, 4-6}

En la valoración de la paciente con citología anormal, la interpretación de los diferentes hallazgos encontrados durante el estudio colposcópico, después de la aplicación de solución con ácido acético, nos permite observar gran número de cambios locales del epitelio en la zona de transformación (ZT), cambios que son secundarios al efecto sobre las células de agentes externos y de inmunosupresión local ejercidos entre otros, por el virus del papiloma humano (VPH).⁷⁻¹⁰ Esta acción permite la activación de múltiples sustancias responsables de las neoformaciones vasculares locales, cambios que se hacen evidentes y permiten clasificar a las lesiones de acuerdo a la cuantificación de sus parámetros, entre los cuales se identifica el tamaño de la lesión, el entorno, la localización, la ubicación, sus márgenes, el grosor, la coloración, el

Cuadro 1. Índice colposcópico.

	1	2
Color	Blanco	Gris
Relieve	Delgado	Grueso
Puntilleo	Regular	Irregular
Mosaico	Regular	Irregular
Márgenes	Irregular	Regular
Número de lesiones	Múltiple	Única
Localización	Periférica	Central
Ubicación	Posterior	Anterior

Cuadro 2. Índice colposcópico.

	1	2
Tamaño	< 1 cm ó > 1.6 cm	> 1 cm < 1.5 cm
Entorno	Típico	Atípico
Prueba de lugol	Negativa	Negativa
Colposcopia	Satisfactoria	No satisfactoria
Puntaje	1-12 Bajo grado	13-24 Alto grado

número de lesiones, los patrones vasculares de mosaico y puntilleo, la respuesta con la prueba de lugol, así como lo exitoso del estudio colposcópico. Este estudio tiene como objetivo principal excluir una lesión invasora.¹¹⁻¹⁵

Durante la dinámica del estudio colposcópico se va llevando a calificación de cada uno de los parámetros enlistados en los cuadros 1 y 2, teniendo como resultado que la suma total obtenida durante la observación, va a permitir clasificar a las lesiones escamosas intraepiteliales en bajo grado aquellas que obtengan un puntaje de 1 a 12 y en alto grado aquellas que obtuvieron de 13 a 24 puntos.

Conclusiones

El cáncer cervicouterino sigue siendo una de las patologías de mayor impacto en la sociedad actual de nuestro país y en los países en vías de desarrollo, con repercusiones importantísimas en los programas de salud pública por su elevada morbilidad. La propuesta de este índice colposcópico es la de contar con un lenguaje técnico universal, de fácil aplicación para los centros dedicados al estudio de las pacientes con citología anormal a través de la colposcopia.

Referencias

1. Lazcano-Ponce E, Alonso P, Ruiz- Moreno JA, Hernández-Ávila M. Recomendaciones a programas de detección oportuna de cáncer cervical en países en desarrollo. Necesidad de equidad y desarrollo tecnológico. Salud Publica Mex 2003; 45 Suppl 3: 5449-5462.
2. Lazcano PE, Najera P, Alonso P, Kuri P, Cantoral L, Hernandez M. The cervical cancer screening program in Mexico. Problems with access and coverage. Cancer Causes & Control 1997; 8: 698-704.
3. Lazcano PEC, Moss S, Cruz VA, Alonso RP, Caseres QS, Martínez LJ, Hernández AM. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. Revista de Salud Pública de Mexico 199; 41: 278-285.
4. Koss LG. The Papanicolaou test for cervical cancer detection. A triumph and a tragedy. JAMA 1989; 261: 737-743.
5. Bergeron C, Jeannel D, Poveda J, Cassonet P, Orth G. Human papillomavirus testing in women with mild cytologic atypia. Obstet Gynecol 2000; 95: 821-827.
6. Ho GY, Bierman R, Berardsley L, Chang CJ, Burk RD. Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women. N Engl J Med 1998; 338: 423-428.
7. Palefsky JM, Holly EA. Immunosuppression and co-infection with HIV. J Natl Cancer Inst Monogr 2003; 6(31): 41-6.
8. Clavel C, Masure M, Bory JP, Putaud I, Mangeonjean C, Lorenzato M et al. Human papillomavirus testing in primary screening for the detection of high- grade cervical lesions: a study of 7,932 women. Br J Cancer 2001; 84: 1616-1623.
9. National Cancer Institute Workshop. The 1988 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytological diagnoses. JAMA 1989; 262: 931-934.
10. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Conner D, Prey M et al. The 2001 Bethesda system: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA 2002; 283: 2114-2119.
11. Hopman EH, Kenemans P, Helmerhorst TJM. Positive predictive rate of colposcopic examination of the cervix uteri: an overview of the literature. Obstet Gynecol Survey 1998; 53: 97-106.
12. Kolstad P. The colposcopic diagnosis of dysplasias, carcinoma *in situ*, and early invasive cancer of the cervix. Acta Obstet Gynec Scand 1964; 43: 105-8.
13. Mitchell MF, Schottenfeld D, Tortolero-Luna G, Cantor SB, Richards-Kortum R. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. Obstet Gynecol 1998; 91: 626-631.
14. Cappelson M, Pixley EC, Reid B. Colposcopy: A scientific and practical approach to the cervix, vagina and vulva in health disease. 3rd ed. Springfield, IL. Charles C. Thomas, 1987.
15. Burghardt E, Ostor AG. Colposcopy, cervical pathology. Textbook and Atlas. New York. Thieme Stratton 1984.