



Terminología colposcópica actual. Aciertos y limitaciones

Víctor Manuel Vargas Hernández,* José Antonio Ruiz Moreno**

RESUMEN

La colposcopia ha generado gran interés en los últimos años y su utilización se ha vuelto parte de la exploración ginecológica rutinaria. Para describir los hallazgos colposcópicos, la terminología se ha modificado con el paso del tiempo y de acuerdo con los progresos en el conocimiento de la enfermedad del aparato genital inferior. Los ginecólogos deben estar familiarizados con estos términos para su correcta aplicación al efectuar diagnósticos, tratamientos y reportes de trabajos de investigación, en los que se valoren hallazgos y resultados. Es necesario que la comunidad médica interesada utilice el mismo lenguaje en todo el mundo para favorecer la comunicación.

Palabras clave: colposcopia, terminología colposcópica, enfermedad del aparato genital inferior.

ABSTRACT

Colposcopy is nowadays a habitual tool applied to the routine gynecological exploration. The terminology for the normal and abnormal colposcopic findings has changed according with the time and the new knowledge about the low genital tract diseases. Gynecologists must be aware of this terminology for a correct application in diagnosis, therapeutics and papers on findings and results. It is necessary that the whole medical community around the world applies the same terminology in order to have a better communication.

Key words: colposcopy, colposcopy terminology, lower tract genital pathology.

RÉSUMÉ

La colposcopie a engendré grand intérêt dans les dernières années et son emploi est devenu partie de l'exploration gynécologique routinière. Pour décrire les trouvailles colposcopiques, la terminologie a été modifiée avec le temps et en accord aux avancements dans la connaissance de la maladie de l'appareil génital inférieur. Les gynécologues doivent être familiarisés avec ces termes pour leur correcte application au moment de faire des diagnostics, des traitements et des rapports de travaux de recherche, où l'on valorise des trouvailles et des résultats. Il faut que la communauté médicale intéressée emploie le même langage partout dans le monde pour favoriser la communication.

Mots-clé : colposcopie, terminologie colposcopique, maladie de l'appareil génital inférieur.

RESUMO

A colposcopia gerou grande interesse nos últimos anos e sua utilização já faz parte da exploração ginecológica cotidiana. Para descrever os descobrimentos cooscópicos a terminología tem sido modificada com o decorrer do tempo e de acordo com os avanços no conhecimento da doença do aparelho genital inferior. Os ginecologistas devem conhecer estes termos para a sua correta aplicação ao efetuarem diagnósticos, tratamentos e relatórios de trabalhos de pesquisa, nos quais se valorizem descobrimentos e resultados. É preciso que a comunidade médica interessada use a mesma linguagem no mundo inteiro para favorecer a comunicação.

Palavras chave: colposcopia, terminología colposcópica, doença do aparelho genital inferior.

Correspondencia: Dr. Víctor M. Vargas H. Tuxpan 2-504 colonia Roma Sur, México, DF. Tel.: 5795-4872. Fax 55-74-53-50. E-mail: vvargas hernandez@yahoo.com.mx

Recibido: marzo, 2005. Aceptado: septiembre, 2005.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

* Ginecólogo-oncólogo. Médico adscrito al Hospital Juárez de México. Pro-tesorero de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, AC.

** Presidente de la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical, AC.

La colposcopia nació en Alemania en 1925 y quien la inició fue Hans Hinselmann. Su aportación, aparte de haber diseñado el colposcopio, fue la elaboración descriptiva de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino.^{1,2} Sin embargo, los términos colposcópicos de Hinselmann para describir esas lesiones tuvieron su origen en sus propias impresiones visuales, las que no se relacionaban con los procesos histopatológicos subyacentes, sino que reflejaban su concepto de que la leucoplasia era, quizás, la lesión precursora del cáncer del cuello uterino.³ Al inicio las imágenes colposcópicas se clasificaron en cuatro categorías y después sólo en dos: atípicas epiteliales simples y atípicas epiteliales complejas, y cada una de ellas tenía cuatro variantes, según el tipo de crecimiento epitelial: superficial, suprapapilar, interpapilar e intraglandular.^{1,2}

El estudio colposcópico ofrece la posibilidad de estudiar *in vivo* el comportamiento biológico del epitelio cervical y proporciona un complemento a la exploración ginecológica principalmente, es decir, la valoración precisa del cuello uterino en una paciente con citología anormal, donde se muestra la distinción entre las imágenes normales y las que caracterizan a las lesiones de bajo y alto grado;³⁻⁴ asimismo, descarta la existencia de cáncer invasor inicial y permite realizar biopsias dirigidas.^{1,2} En la época en que la colposcopia era utilizada sólo por unos cuantos, la mayoría de los ginecólogos consideraban que el procedimiento era confuso, tardado, poco digno de confianza y costoso. Sin embargo, en los últimos años ha logrado demostrar su utilidad, despertar gran interés y su utilización es ya, prácticamente, rutinaria.³⁻⁶

La confusa terminología colposcópica creada por Hinselmann, quien se negó a cambiarla pese a las sugerencias de los ginecólogos ingleses y norteamericanos, dio lugar al nacimiento de terminologías locales¹⁻³ que poco contribuyeron a la difusión del método. La terminología colposcópica debe ayudar a describir las imágenes observadas y a que al transmitir la información de una persona a otra, ambos piensen lo mismo; además, la imagen observada debe tener una exacta correlación cito e histopatológica.¹⁻³

Durante el Primer Congreso Mundial de Patología Cervical y Colposcopia, en Mar del Plata, Argentina, en 1972, se fundó la Federación Internacional de

Colposcopia y Patología Cervical (IFCPC, por sus siglas en inglés). Su objetivo, entre otros, era difundir los conocimientos, promover la investigación y realizar actualizaciones en las áreas de su denominación, así como estimular la creación de sociedades nacionales para contribuir a la estandarización de la terminología, de la evaluación diagnóstica y de la terapéutica de las enfermedades del aparato genital inferior. En la actualidad, la IFCPC está formada por 32 sociedades nacionales, que incluyen a México y que está representada por la Asociación Mexicana de Colposcopia y Patología Cervical. La IFCPC ha efectuado 11 congresos internacionales en diferentes países y el más reciente tuvo lugar en Cancún, México.

La primera terminología colposcópica internacional fue aprobada en 1975, durante el Segundo Congreso Mundial de Patología Cervical y Colposcopia, y fue publicada por Stafl en 1976 (cuadro 1).^{1,2}

Cuadro 1. Clasificación colposcópica internacional 1975

Hallazgos colposcópicos normales

Epitelio escamoso original
Epitelio columnar
Zona de transformación

Hallazgos colposcópicos anormales

Zona de transformación atípica
Mosaico
Punteado
Epitelio blanco
Queratosis
Vasos atípicos
Sospecha franca de carcinoma invasor

Hallazgos colposcópicos misceláneos

Cambios inflamatorios
Cambios atróficos, modificaciones atípicas
Erosión
Condiloma
Papiloma
Otros

Esta terminología fue revisada en 1987, durante el Sexto Congreso Mundial, en São Paulo, Brasil, las modificaciones fueron aprobadas durante el Séptimo Congreso Mundial en Roma, en 1990, y fue publicada por Stafl y Wilbanks en 1991 (cuadro 2).⁶

Los aciertos de la terminología de 1990 fueron: a) introducir un sistema de graduación binaria basado en la morfología de los cambios epiteliales y la existencia de vasos anormales; b) clasificar estos hallazgos

Cuadro 2. Terminología colposcópica internacional propuesta por la IFCPC en 1990, en Roma**I. Hallazgos colposcópicos normales**

- A. Epitelio escamoso original
- B. Epitelio columnar
- C. Zona de transformación normal

II. Hallazgos colposcópicos anormales**A. En la zona de transformación**

- 1. Epitelio acetoblanco*
 - a) plano
 - b) micropapilar o microcircunvolucionado
- 2. Punteado*
- 3. Mosaico*
- 4. Leucoplasia*
- 5. Epitelio yodo negativo
- 6. Vasos atípicos

B. Fuera de la zona de transformación

- 1. Epitelio acetoblanco*
 - a) plano
 - b) micropapilar o microcircunvolucionado
- 2. Punteado*
- 3. Mosaico*
- 4. Leucoplasia*
- 5. Epitelio yodo negativo
- 6. Vasos atípicos

III. Sospecha colposcópica de carcinoma invasor**IV. Colposcopia insatisfactoria**

- A. Unión escamocolumnar no visible
- B. Inflamación o atrofia graves
- C. Cuello uterino no visible

V. Hallazgos misceláneos

- A. Superficie micropapilar no acetoblanca
- B. Condiloma exofítico
- C. Inflamación
- D. Atrofia
- E. Úlcera
- F. Otros

* Indica cambio menor o mayor

Cambios menores

- Epitelio acetoblanco regular
- Punteado fino
- Punteado regular
- Leucoplasia delgada

Cambios mayores

- Epitelio acetoblanco denso
- Mosaico irregular
- Punteado irregular
- Leucoplasia gruesa
- Vasos atípicos
- Erosión

colposcópicos en cambios mayores y menores, dando así idea de la gravedad de las lesiones; c) considerar la erosión como un cambio mayor y la leucoplasia como cambio mayor o menor según su morfología.

La terminología de 1990 fue sujeta a una nueva revisión por el Comité de Nomenclatura que se formó

durante el X Congreso Mundial, en Buenos Aires, en 1999, el cual tuvo como jefe a P. Walker. Esta nueva terminología se presentó en el XI Congreso Mundial, en Barcelona, en el 2002, y fue publicada por Walker y colaboradores en el 2003 (cuadro 3). Esta nueva terminología⁸ permite al médico, tanto experimentado como en

capacitación, acercarse mejor al proceso diagnóstico y a la correlación con los otros métodos de evaluación (citopatología e histopatología), ya que es una terminología pragmática, con inferencia para la mejor aplicación del tratamiento.⁸

La IFPCP recomienda que esta nueva terminología se aplique de inmediato en el diagnóstico, tratamiento e investigación del cáncer cervical. Sin embargo, ésta no es fija y se anticipa que puede modificarse en el futuro, según los adelantos científicos.

Cuadro 3. Terminología colposcópica 2002

I. Hallazgos colposcópicos normales

Epitelio escamoso original
Epitelio columnar o cilíndrico
Zona de transformación normal

II. Hallazgos colposcópicos anormales

Epitelio acetoblanco plano
Epitelio acetoblanco denso*
Mosaico fino
Mosaico burdo*
Punteado fino
Punteado burdo*
Yodo negatividad parcial
Yodo negatividad*
Vasos atípicos*

III. Características colposcópicas sugerentes de cáncer invasor. Superficie irregular, erosión o ulceración

A. Cambio acetoblanco denso
B. Puntileos y mosaico ancho e irregular
C. Vasos atípicos

IV. Colposcopia insatisfactoria

Unión escamocolumnar no visible
Inflamación o atrofia graves, traumatismo
Cuello uterino no visible

V. Hallazgos misceláneos

Condiloma
Queratosis
Erosión
Inflamación
Atrofia
Deciduosis
Pólipsos

* Cambios mayores

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es revisar la terminología colposcópica 2002 y señalar sus aciertos y limitaciones. El único interés es contribuir a la controversia que por fuerza se dará en el futuro, para tratar de perfeccionar el lenguaje propio de la colposcopia.

METODOLOGÍA

La terminología 2002 (T02) se comparó con su antecesora, la terminología 1990 (T90) y, a partir de ahí, se tomaron en cuenta los cambios que se consideraron avances, así como las fallas que se catalogaron como limitaciones. La impresión es, necesariamente, subjetiva y personal.

ACIERTOS DE LA TERMINOLOGÍA 2002

Los aciertos de esta nueva terminología son:

a) Listado general de hallazgos colposcópicos. Ambas terminologías conservan los mismos cinco grupos de hallazgos: normales, anormales, sospechosos (terminología 1991) o sugerentes (terminología 2002) de cáncer invasor, colposcopia no satisfactoria y hallazgos misceláneos. La terminología 2002 suprime la subdivisión dentro o fuera de la zona de transformación para los hallazgos anormales que la terminología 1991 presentó como novedad. Este señalamiento de que los hallazgos anormales podían observarse dentro o fuera de la zona de transformación no tenía sentido. La terminología 1991 quería que se pensara que si los hallazgos anormales estaban dentro de la zona de transformación su significado era de más peso para señalar una lesión precursora que si estaba fuera. Es muy probable que se haya suprimido porque esto no es así.

b) Desaparición del término leucoplasia. Leucoplasia, término clásico del lenguaje colposcópico, presente desde la nomenclatura original de Hinselmann, desaparece en la terminología 2002. En la terminología 1991 aparecía como cambio menor (leucoplasia delgada) o mayor (leucoplasia gruesa). En la terminología 2002 aparece entre los hallazgos misceláneos como queratosis y se describe como una placa (focal) blanca elevada.

c) Descripción de los hallazgos. La terminología 2002 incluye la descripción de casi todos los hallazgos posibles, mientras que la de 1990 sólo los nombraba. La descripción de la terminología colposcópica 2002 presenta la traducción de la forma en que el Comité de Nomenclatura creado en 1999 describe, con detalle y tratando de ser lo más preciso posible, cada uno de los hallazgos.

d) Descripción de la zona de transformación. La terminología 2002 señala claramente que la zona de transformación es un área, esto es, una superficie. La aclaración es pertinente porque gran cantidad de médicos, incluidos muchos colposcopistas, confunden la unión escamocolumnar (una línea) con la zona de transformación (una superficie).

e) Visibilidad de la zona de transformación. Entre los hallazgos normales se describen tres tipos de zona de transformación, a los que denomina tipos 1, 2 y 3. Se refiere que dicha zona tiene un componente endocervical que hace que sea parcial o totalmente no visible. La falta de visibilidad de toda la zona de transformación constituye la llamada colposcopia no satisfactoria, hallazgo que ocupa el apartado IV de la presentación de los hallazgos (cuadro 3).

f) Extensión de la zona de transformación a la porción superior de la vagina. El señalamiento de que la zona de transformación puede extenderse caudalmente a la vagina (fondos de saco anterior y posterior) en forma de una lengüeta triangular es acertada, porque llama la atención sobre un hecho que debe interpretarse como fisiológico y que es la llamada zona de transformación congénita, cuya frecuencia se ha calculado en 4 a 5% de todas las mujeres.⁹

g) Características sugerentes del cambio metaplásico. La terminología 2002 ofrece una descripción de las características del cambio metaplásico, que es un proceso fisiológico, mal entendido y confundido por colposcopistas con poca experiencia con un hallazgo anormal, cuando es fisiológico. Ojalá esta descripción sea suficiente para que este error de valoración no aparezca más y no se sobretraten tantas pacientes como sucede en la actualidad.

h) Clasificación de las imágenes anormales. En la lista de hallazgos colposcópicos anormales (apartado II en el cuadro 3) se señalan los que corresponden a cambios mayores, en forma semejante a lo que ocurría en la terminología 1991, en que los dividía en cambios menores y mayores. Además, en la terminología 2002 se da una descripción somera de cómo se observa cada uno de los cambios menores y mayores.

i) Características colposcópicas de las lesiones de bajo y alto grado. La terminología 2002 presenta la integración de las imágenes que deben sugerir al colposcopista si está observando una lesión de bajo o

alto grado. En ambos casos, las imágenes están compuestas por cambios clasificados en el listado general como menores o mayores. Así, la terminología colposcópica se adhiere a la clasificación binaria de los hallazgos anormales, tal como fueron presentados por la nomenclatura citológica Bethesda desde su primera aparición en 1988 y sostenidos en las siguientes revisiones¹⁰ y que, por extensión, se aplican a los hallazgos histopatológicos. De esta manera, se trata que la citología, la colposcopia y la biopsia denominen a los hallazgos con la misma terminología binaria de lesiones de bajo y alto grado, lo que facilitará la correlación de los hallazgos, el aprendizaje y unificará el tratamiento.

DESCRIPCIÓN DE LA TERMINOLOGÍA COLPOSCÓPICA 2002

I. Hallazgos colposcópicos normales

A. Epitelio escamoso original. El epitelio escamoso original es liso, rosado, sin rasgos distintivos, localizado originalmente en el cuello uterino y la vagina. No hay remanentes identificables de epitelio columnar, como: epitelio secretor de moco, aperturas de túneles o criptas o quistes de Naboth. El epitelio no muestra la imagen acetoblanca con la aplicación de ácido acético y con la aplicación de yodo Lugol tomará un tono de color marrón.

B. Epitelio columnar. El epitelio columnar es de una capa, productor de moco y se extiende entre el endometrio y el epitelio escamoso original o el escamoso metaplásico en la caudal. A la colposcopia, después de la aplicación de ácido acético, se visualiza como racimo de uvas. El epitelio columnar está presente, por lo regular, en el endocérvidx y puede estar en el ectocérvidx (ectopia) o, en raras ocasiones, en la vagina.

C. Zona de transformación. La zona de transformación es el área entre el epitelio escamoso original y el epitelio columnar, en la cual se identifican grados variables de maduración. En sus diferentes componentes de maduración, el epitelio metaplásico puede teñirse blanco suave con la aplicación de ácido acético y parcialmente marrón con la aplicación de la solución de Lugol. Los componentes de una zona de transformación normal pueden ser islotes de epitelio columnar rodeados por epitelio escamoso metaplásico, aperturas glandulares y quistes de Naboth.

Existen tres tipos de zonas de transformación. Tipo I: es totalmente ectocervical y visible; puede ser pequeña o grande; tipo 2: tiene un componente endocervical, es completamente visible y puede tener un componente ectocervical, que puede ser pequeño o extenso; tipo 3: tiene un componente endocervical que no es completamente visible y puede tener un componente ectocervical, pequeño o grande.

En un porcentaje pequeño de mujeres la zona de transformación puede extenderse de forma caudal en el tercio superior de la vagina, formando un triángulo posterior o anterior, que puede mostrar un patrón de vasos en forma de mosaico regular y puede teñirse parcialmente después de la aplicación de yodo Lugol o ser negativa por completo.

Características colposcópicas sugerentes de cambios metaplásicos

- A) Superficie lisa fina, con vasos de calibre uniformes.
- B) Cambios acetoblancos tenues.
- C) Positividad parcial o negativa a la aplicación de la solución de Lugol.

II. Hallazgos colposcópicos anormales

A. Epitelio acetoblanco: después de la aplicación de ácido acético diluido las áreas de alta densidad nuclear aparecen blancas. Aunque esto puede ocurrir en casos de metaplasia inmadura, generalmente, a mayor gravedad de la lesión, el cambio acetoblanco es más denso, de aparición más rápida y más persistente. Un cambio acetoblanco denso en el epitelio columnar puede indicar enfermedad glandular.

B. Punteado: patrón focal en el que los capilares aparecen en forma de puntos. Entre más fino es el aspecto punteado, más probable es que la lesión sea de bajo grado o metaplasia. Quizá el punteado más burdo corresponde a una lesión de alto grado.

C. Mosaico: apariencia colposcópica focal en la cual la formación de nuevos vasos aparece como un patrón rectangular semejante a un mosaico. Entre más pequeño es el mosaico mayor probabilidad de que la lesión sea de bajo grado o metaplasia. Cuanto más irregular, amplio y burdo sea el mosaico mayor probabilidad de que sea una lesión de alto grado.

D. Negatividad al yodo: después de la aplicación de yodo Lugol el epitelio escamoso maduro, que contiene glucógeno, se teñirá de marrón intenso. Las áreas yodonegativas pueden representar metaplasia inmadura, neoplasia intraepitelial cervical o estados de concentraciones bajas de estrógenos (por ejemplo, atrofia). La apariencia moteada en un área con cambio acetoblanco tenue puede representar metaplasia inmadura o neoplasia intraepitelial de bajo grado. La negatividad total al yodo, así como la coloración amarilla en un área que aparecía ser fuertemente acetoblanca es muy sugerente de neoplasia intraepitelial de alto grado.

E. Vasos atípicos: apariencia colposcópica focal anormal en la cual el patrón de vasos sanguíneos aparece no como puntilleo o mosaico o como los vasos delicadamente ramificados del epitelio normal, sino como vasos irregulares con cursos abruptos e interrumpidos semejantes a comas, capilares en tirabuzón o formas semejantes a espaguetis.

Hallazgos colposcópicos sugerentes de enfermedad de bajo grado (cambios menores)

- A) Superficie lisa con borde externo irregular.
- B) Cambio acetoblanco tenue, de aparición lenta y rápida desaparición.
- C) Positividad parcial al yodo, leve, frecuentemente moteada.
- D) Puntilleo fino y mosaico regular fino.

Hallazgos colposcópicos sugerentes de enfermedad de alto grado (cambios mayores)

- A) Superficie generalmente lisa con un borde externo definido.
- B) Cambio acetoblanco denso, que aparece de forma temprana y tarda en desaparecer; puede ser blanco ostión.
- C) Yodo negatividad, aspecto amarillo en un epitelio previamente blanco denso.
- D) Puntilleo grueso y mosaico irregular de diferente tamaño.
- E) Cambio denso acetoblanco en el epitelio columnar puede indicar enfermedad glandular.

III. Características colposcópicas sugerentes de cáncer invasor

- A) Superficie irregular, erosión o ulceración.

- B) Cambio acetoblanco denso.
- C) Puntilleo y mosaico ampliamente irregular.
- D) Vasos atípicos.

IV. Colposcopia insatisfactoria

Un examen colposcópico no satisfactorio ocurre cuando la unión escamocolumnar no puede visualizarse. También sucede cuando hay traumatismo, inflamación o atrofia asociada que impide la observación completa del cuello uterino o cuando éste no es visible.

V. Hallazgos misceláneos

A. Condiloma: pueden ocurrir en o fuera de la zona de transformación e indican infección por virus del papiloma humano.

B. Queratosis: patrón colposcópico focal en el que hay hiperqueratosis y que aparece como una placa blanca elevada. El cambio blanco está presente antes de aplicar el ácido acético y puede imposibilitar la visualización adecuada de la zona de transformación subyacente.

C. Erosión: la erosión verdadera representa un área denudada de epitelio. Puede haber sido originada por traumatismo y puede ser una indicación de que la superficie epitelial es vulnerable y quizás anormal.

D. Inflamación.

E. Atrofia: cambio debido a la deficiencia de estrógenos.

F. Deciduosis: cambio identificado en el embarazo.

G. Pólipos.

LIMITACIONES DE LA NUEVA TERMINOLOGÍA

Las limitaciones de la nueva terminología son:

a) Poca precisión acerca de las imágenes colposcópicas de la neoplasia glandular. La terminología 2002 se refiere casi exclusivamente a las imágenes colposcópicas del cáncer cervical escamoso o epidermoide, preinvasor o invasor. Le da muy poca importancia al adenocarcinoma cervical, que con la disminución del primero se vuelve cada vez más frecuente (entre 8 y 23% de todos los casos).¹¹ Al describir el epitelio acetoblanco se señala que si este cambio es denso y aparece en el epitelio columnar

puede indicar neoplasia glandular. Utilizar este término tan ambiguo (enfermedad glandular) es restar importancia a un problema cada vez más serio y frecuente. Es una limitación importante no señalar siquiera que puede tratarse de la forma preinvasora de la neoplasia glandular (adenocarcinoma *in situ*). De igual forma, en la descripción de las características colposcópicas de las lesiones de alto grado se presenta la posibilidad de que un cambio acetoblanco denso en el epitelio glandular puede indicar enfermedad glandular. Por desgracia se omiten otras manifestaciones de cambios preinvasores o invasores del adenocarcinoma cervical, que han sido descritos por Wright.¹²

b) No relacionar la descripción de la colposcopia no satisfactoria con los diferentes tipos de la zona de transformación. En la descripción de las razones por las que una colposcopia es catalogada como no satisfactoria se hace referencia a que la unión escamocolumnar no es visible, pero se omite toda referencia a los tres diferentes tipos de zona de transformación que aparecen en la terminología 2002 como novedad.

c) No hay descripción de los condilomas exofíticos. Se señala que los condilomas pueden aparecer dentro o fuera de la zona de transformación pero no se describen. Son un hallazgo importante porque pueden hacer pensar al colposcopista que se trata de una masa neoplásica exofítica y que, por lo tanto, mientras se espera el resultado de la biopsia se adelante a la paciente la posibilidad de un avanzado cáncer invasor.

d) Características colposcópicas del cáncer invasor poco precisas. En el apartado III, al referirse a las imágenes que pueden sugerir cáncer invasor, aparecen la erosión, que está colocada entre los hallazgos misceláneos (apartado V), y la ulceración, que no se encuentra en ningún otro lado. Debe hacerse más hincapié en las lesiones que hacen sospechar la existencia de un cáncer invasor muy incipiente, que es una de las utilidades más precisas y valiosas de la colposcopia, ya que en caso de haber sospecha colposcópica de invasión el manejo de la paciente puede ser totalmente diferente.

e) No hay descripción de la inflamación. La inflamación, que es causa de colposcopia no satisfactoria y

aparece también como hallazgo misceláneo, no se describe. Se omiten algunos patrones colposcópicos característicos,¹³ como: la imagen en fresa de la tricomoniasis o la cervicitis mucopurulenta aguda de la infección por *Chlamydia* (micoplasma y ureaplasma) o gonococo.

f) No hay descripción de la deciduosis. La deciduosis no se describe, sólo se indica que se identifica durante el embarazo. Aunque no es frecuente, es una de las imágenes que más confusión pueden occasionar al malinterpretarse. La biopsia cervical en la mujer embarazada, aunque no está contraindicada, debe hacerse con cuidado y contando con todas las posibilidades de realizar hemostasia.

g) No hay descripción de los pólipos. Esta imagen también debe describirse, sobre todo porque se presta a diagnóstico diferencial con neoplasia. La superficie íntegra y la ausencia de necrosis son dos de sus características.

CONCLUSIÓN

Como señalaron Stafl y Wilbanks⁶ en la terminología 1990, ninguna de éstas es perfecta ni fija. Deben buscarse, mediante la aplicación, los aciertos y las limitaciones para estar en condiciones, en revisiones sucesivas, de hacer aportaciones que mejorarán el lenguaje colposcópico y que contribuirán a hacerlo más comprensivo y universal. Ese es el único objetivo de este trabajo.

REFERENCIAS

1. Mossetti C, De Palo G. La colposcopia ayer y hoy. En: De Palo G, editor. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. 1^a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1992;pp:51-77.
2. Julian TM. Manual de colposcopia clínica. Madrid: Parthenon Publishing Group, 2000;pp:56-72.
3. Stafl A. Colposcopy. Clin Obstet Gynecol 1975;18:195-205.
4. Stafl A. Obstet Gynecol 1976;48:123-4.
5. Shier RM. Unidad de colposcopia: instrumentos, técnica, registro de los resultados y terminología. Am J Obstet Ginecol 1993;169(5):1081-5.
6. Stafl A, Wilbanks GD. An international terminology of colposcopy: report of the Nomenclature Committee of the International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy. Obstet Gynecol 1991;77:313-4.
7. De Palo G, Testa R. The International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC). J Low Genit Tract Dis 2004;8:3-5.
8. Walker P, Dexeus S, De Palo G, et al. International terminology of colposcopy: an updated report from the International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy. Obstet Gynecol 2003;101:175-7.
9. Anderson MC, Jordan JA, Morse AR, et al. A text and atlas of integrated colposcopy. San Luis: Mosby, 1991;pp:14,15,78.
10. Solomon D, Davey D, Kurman R, et al. The 2001 Bethesda system. Terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA 2002;287:2114-9.
11. Ferenczy A, Winckler B. Carcinoma and metastatic tumors of the cervix. In: Kurman R, editor. Blaustein's pathology of the female genital tract. New York: Springer Verlag, 1987;pp:218-56.
12. Wright VC. Principles of cervical colposcopy. A text and atlas. Houston: Biomedical communications, 2004;pp:10-1-10-26.
13. Paavonen J, Stevens CE, Wolner-Hanssen P, et al. Colposcopic manifestations of cervical and vaginal infections. Obstet Gynecol Surv 1988;21:373-481.