

Investigación Clínica. N° 17. Págs. 33-55. Mayo 1966.

LA COLPOSCOPIA
COMO METODO DE EXPLORACION
DEL ENDOCERVIX

— **Dr. José T. Núñez Montiel.**

Servicio de Ginecología.
Hospital Universitario.
Maracaibo.

Hasta principios de 1964, por medio de la colposcopia, citología, biopsia y colpomicroscopía, podíamos estudiar con precisión las lesiones benignas o malignas del exocérnix; pero aún con todos estos procedimientos, nos sentíamos impotentes para detectar las lesiones o elementos localizados en el canal del cuello uterino mediante el examen ginecológico. Por ejemplo: en los procesos de regeneración epitelial escamosa, también llamada metaplasia o prosoplasia, que ascienden por encima de su tercio inferior; en aquellos casos de pólipos endocervicales

COLPOSCOPIA DEL ENDOCERVIX

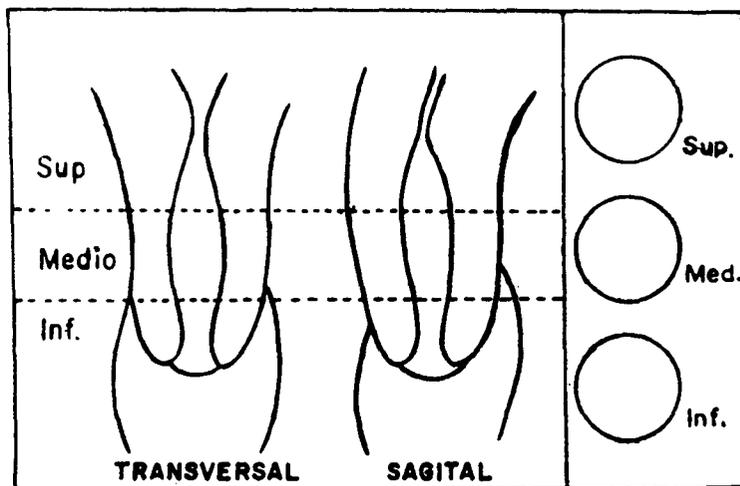


Fig. N° 1.

que emergen a través del orificio externo desconociéndose el sitio de su implantación; en aquellos procesos de flujos persistentes sin causa aparente con un exocérnix sano y posiblemente debidos a pólipos no visibles; en procesos que presentan flujos que nos demuestran la existencia de una endocervicitis sin poder conocer sus características.

Esta situación incómoda nos llevó a idear un método de exploración práctica y bastante efectiva del conducto endocervical, utilizando la colposcopia durante un simple examen de rutina. Comprobamos que con un dilatador de cuello adecuado, podíamos aplicar este procedimiento al endocérnix y así, tener un concepto integral del cuello uterino en el examen ginecológico.

La técnica es sencilla y no precisa manipulaciones especiales, lo cual constituye una gran ventaja para su aplicación rutinaria y nos permite visualizar con bastante exactitud casi todo el endocérnix y aquellos elementos procedentes de la cavidad uterina y retenidos en el mismo, sin llegar a emerger por su orificio externo. Además, este proceso de dilatación no provoca ningún dolor o molestia en la enferma durante su práctica.

COLPOSCOPIA DEL ENDOCERVIX

	ENDOCEVIX NORMAL	ENDOCERVICITIS	POLIPOS NO VISIBLES	POLIPOS VISIBLE	METAPLASIA HASTA EL TERCIO MEDIO	RESTOS OVULARES	FIBROMIAS
EXOCERVIX NORMAL 73 Casos	27	23	15	17	3	3	2
EXOCERVIX CON LESIONES 99 Casos	13	65	23	15	1		

Fig. N° 2.

En cierto número de casos estudiados en ambos grupos presentaban dos o más lesiones en el endocérnix

MATERIAL Y METODO

Un colposcopio para 10 y 20 aumentos, un aspirador para extraer el moco o sangre, un retractor de Rigbi, un juego de especulum de Gollin (Fig. N° 4), un juego de pinzas para biopsias y cuerpos extraños de Karl Storz (Fig. N° 5) y una especie de pinza construida por la casa Milex (Fig. N° 3), que hemos utilizado como dilatador del cuello uterino.

Se coloca la enferma en posición ginecológica, y se introduce el retractor de Rigbi en la vagina, lo más profundo que se pueda. Al accionarlo, se dilata ésta transversalmente; luego se introduce un especulum de Collin y, al abrir las valvas de éste, queda bien expuesto el cuello uterino. Dilatamos el mismo con el dilatador de Milex (Fig. N° 6), facilitándose de esta manera la observación colposcópica del endocérvix. Una vez dilatado el cuello, aspiramos su contenido, procurando no herir el endocérvix durante todas estas manipulaciones, a fin de evitar pequeñas hemorragias que impedirán una buena exploración.

Para complementar el estudio del endocérvix y facilitar el control de cada caso, se elaboró un diagrama (Fig. N° 1), el cual se anexa a la historia clínica con el objeto de reportar el resultado de cada examen colposcópico del canal. Como puede apreciarse, dicho diagrama consta de dos figuras y tres círculos. Las dos figuras muestran el cuello uterino de manera esquemática cortado en forma transversal y sagital y dividido teóricamente en tres tercios proporcionales a fin de señalar el sitio y la forma aproximada de las lesiones encontradas en cada exploración; indicando en el corte transversal, si la lesión corresponde a la mitad anterior o posterior; y en el corte sagital, si

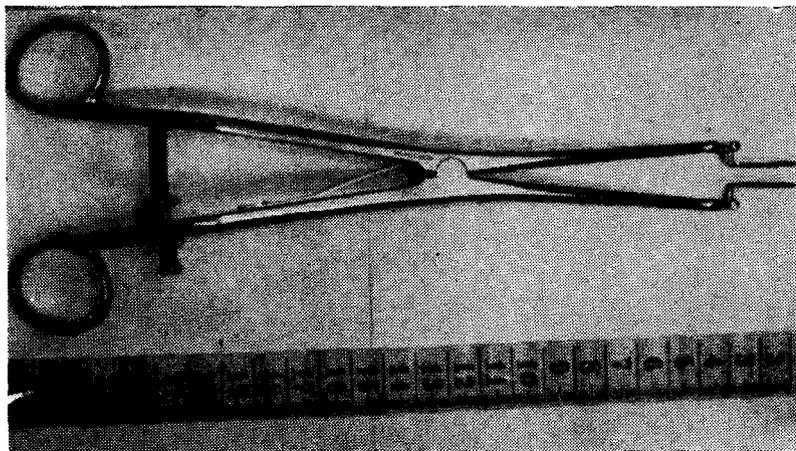


Fig. N° 3.

Instrumento construido por la casa Milex, de 25 cm. de longitud y accionado por un tornillo milimétrico, utilizado por nosotros como dilatador de cuello.

a la mitad derecha o izquierda. En los círculos se dibuja la imagen colposcópica encontrada en el tercio respectivo.

Este método de estudio del endocérnix ha sido empleado en nuestra consulta externa en el Hospital Universitario de Maracaibo desde el mes de enero de 1964. Hasta el presente hemos estudiado 172 casos, la mayoría de los cuales fueron seleccionados por presentar: (a) pólipos endocervicales que emergían por el orificio externo, para cuya extirpación completa era necesario saber con exactitud el sitio de su base de implantación; (b) flujo endocervical, purulento o no, con exocérnix sin lesiones; (c) exocérnix sano con metaplasia escamosa o prosoplasia que ascendía por encima del tercio inferior del mismo. Algunas pacientes con citología sospechosa o positiva.

RESULTADOS

En estas 172 pacientes se practicaron 385 exploraciones del endocérnix, habiéndose llegado a efectuar hasta cuatro explo-

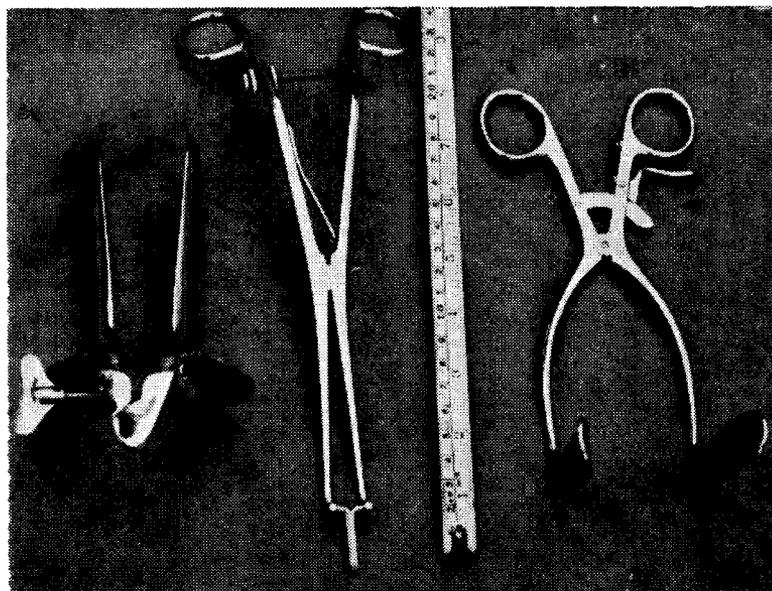


Fig. N° 4.

De izquierda a derecha, especulum de Collin, dilatador de Miles y retractor de Rigbi (utilizado en cirugía abdominal).

raciones en algunos de los casos, debido a la extirpación de pólipos múltiples endocervicales, tomas de biopsias y fotografías.

Tomando como referencia el aspecto del exocérvix, los casos explorados se dividieron en dos grupos: un primer grupo de pacientes que presentaban un exocérvix normal, con un total de 73 casos y un segundo grupo de enfermas con lesiones de exocérvix, con un total de 99 casos (Fig. N° 2).

En el primer grupo encontramos 27 casos con endocérvix normal (Figs. Nos. 7 y 8), 15 con pólipos no visibles (Figs. Nos. 9 a 12), 17 presentaban pólipos visibles (fuera del orificio externo), 23 tenían endocervicitis, 3 casos con metaplasia escamosa o prosoplasia hasta el tercio medio del canal, en uno de los

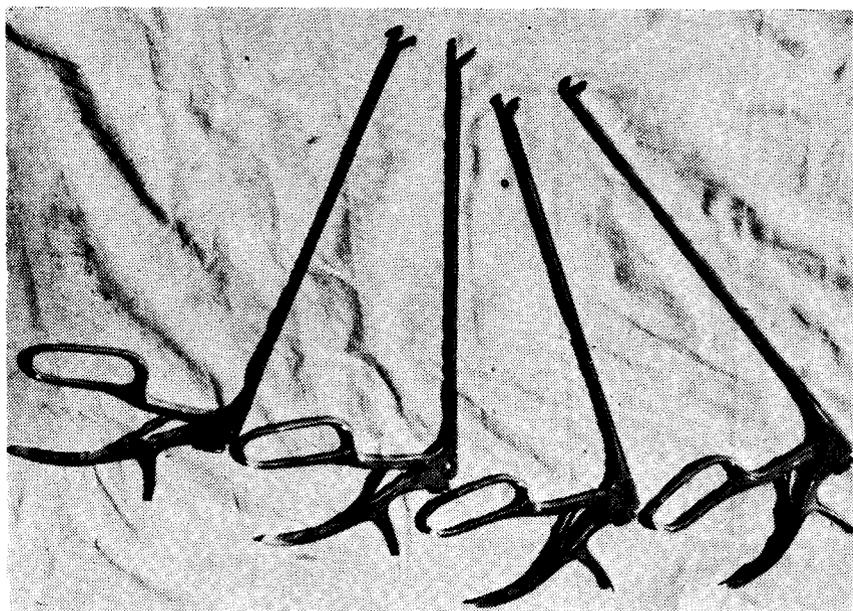


Fig. N° 5.

Juego de pinzas para biopsias y cuerpos extraños de Karl Storz.

cuales se registró citología grado III (Clasificación de Ayre) y en la que se localizó un carcinoma in situ en el tercio medio del canal en el límite de ambos epitelios; en el test de Schiller hubo fijación casi completa del yodo dentro del canal hasta el ter-

cio medio (Figs. Nos. 13 a 19). También se encontraron en este grupo tres casos con restos ovulares que no eran visibles al simple examen colposcópico del exocérnix, dos de los cuales fueron localizados en el tercio medio y uno en el superior (Figs. Nos. 20 y 21). En dos de estos casos las pacientes no presentaron hemorragia, ni reportaron historia de aborto alguno. Igualmente se encontraron 2 casos de fibromas, los cuales provenían de la cavidad uterina. En uno de estos casos, el fibroma se visualizaba parcialmente por el orificio externo al simple examen colposcópico (Fig N° 22); pero en el segundo caso el fibroma no era visible, pues llegaba hasta el tercio medio del canal y fue localizado mediante el procedimiento aquí expuesto, habiéndose establecido el diagnóstico definitivo por la biopsia.

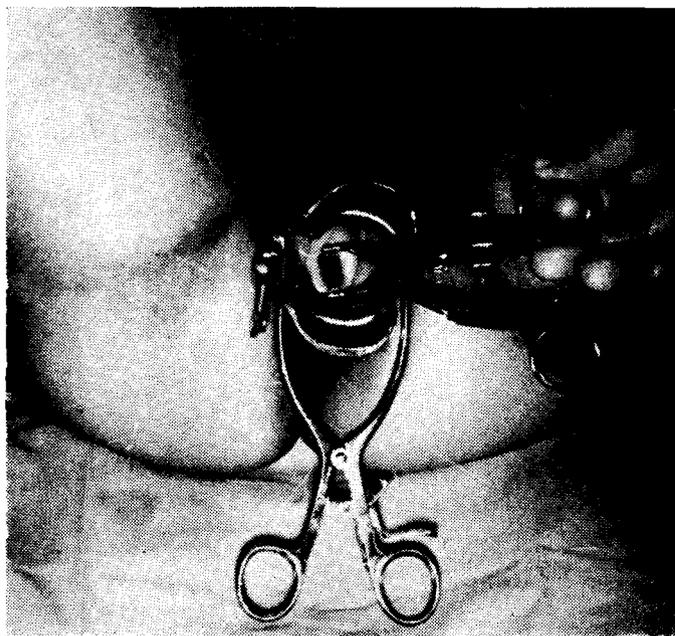


Fig. N° 6.

Ubicación del instrumental previo a la colposcopia del endocérnix. Obsérvese la exposición nítida del cuello y el endocérnix.

En el segundo grupo, exocérnix con lesiones que iban desde la simple colpitis hasta la displasia más agravada, a excepción del cáncer, encontramos: 13 casos con endocérnix normal, 65 con

endocervicitis, 23 con pólipos no visibles (Figs. Nos. 25 y 26) y 15 con pólipos visibles.

En ambos grupos los pólipos no visibles fueron extirpados con las pinzas de biopsia de Karl Storz bajo control colposcópico (Fig. Nº 27). Los pólipos visibles que emergían fuera del orificio externo fueron extirpados por torsión con pinzas de Allys o de corazón, efectuándose un examen de control de sus bases de implantación 15 días después, para cerciorarnos de si su extirpación había sido completa. En algunos casos comprobamos que aún quedaban pequeñas porciones de los mismos a nivel de sus bases de implantación, las cuales fueron a su vez extirpadas bajo control colposcópico con pinzas de biopsia de Karl Storz. En los casos de restos ovulares, fibromas no visibles, y algunas endocervicitis, los diagnósticos fueron corroborados por biopsias directas bajo control colposcópico. Las endocervicitis encontradas en ambos grupos, que suman un total de 88, variaron desde las endocervicitis agudas, caracterizadas por conges-



Fig. Nº 7.
Cuello sano.

ción, edemas y flujos purulentos, hasta las endocervicitis crónicas, caracterizadas por flujo claro hialino e hipertrofia de los pliegues con aspecto polipoides y algunas con formaciones quísticas (Endocervicitis polipoides, figs. Nos. 28 y 29 y endocervicitis quísticas, figs. Nos. 30 y 31).

RESUMEN

Se describe una técnica sencilla para explorar el endocérnix, que no provoca dolor ni molestia alguna a la paciente durante su práctica y que demuestra que se puede estudiar con bastante exactitud casi todo el canal endocervical por medio de la colposcopia.

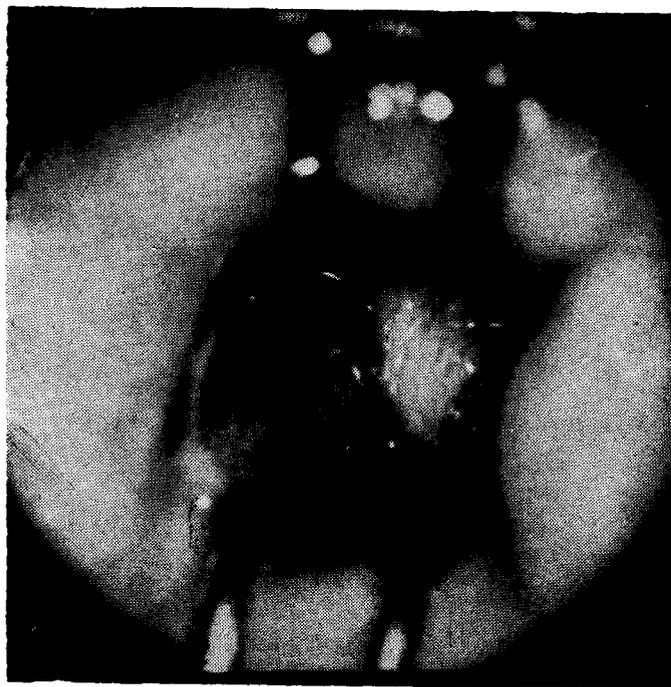


Fig. N° 8.

Endocérnix sano. Obsérvese que no existe engrosamiento de los pliegues endocervicales. Moco transparente de las 5 a las 7.

En 172 pacientes estudiadas se encontraron endocervicitis, metaplasias hasta el tercio medio, pólipos no visibles por el orificio externo del cuello, restos ovulares y fibromas con exocérnix sanos.

Por lo tanto, en nuestra opinión, el cuello uterino con exocérnix sano, no debe ser considerado como normal sin haber practicado una exploración colposcópica del endocérnix.

SUMMARY

A new technique for the exploration of the endocervical canal, which makes possible the study of almost the entire endocervix with ample exactitude by means of colposcopy, is introduced. The technique is simple and does not cause discomfort or pain to the patient.



Fig. N° 9.
Exocérnix sano.

In a series of 172 cases we found endocervicitis, metaplasia up to the middle third of the canal, polypus not detectable from the external os, ovular residues and fibromas in patients with normal exocervix.

In view of the above, it is our opinion that a uterine cervix with normal exocervix should not be considered normal, unless a colposcopic exploration of the endocervix has been performed.

RESUME

L'auteur décrit une technique d'exploration du canal endocervical par colposcopie. Cette méthode simple n'est pas douloureuse, est bien tolérée par les malades et permet d'étudier avec exactitude presque tout le canal endocervical.

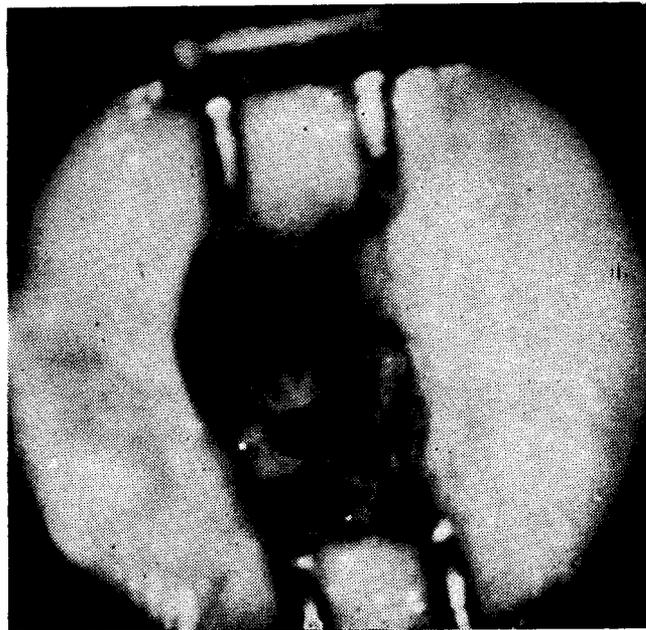


Fig. N° 10.

Endocervix del mismo cuello, mostrando un pólipo en el tercio medio con base de implantación a las 8.

Chez 172 malades étudiées on a trouvé: endocervicitis, métoplasie, jusqu'au tiers moyen, des polypes non visibles par l'orifice externe du col, des résidus ovulaires et des fibromes, alors que l'examen externe du col était normal.

Dans l'opinion de l'auteur, le col de l'uterus avec un exocervix sain ne doit être considéré normal sans pratiquer une exploration coloscopique de l'endocervix.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

No hemos conseguido nada que trate sobre el tema expuesto, en los textos y trabajos sobre coloscopia consultados por nosotros.

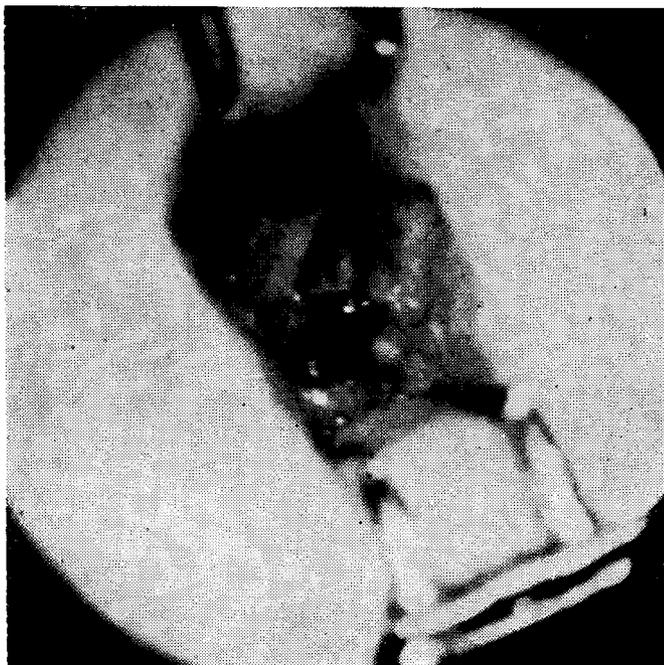


Fig. N° 11.

Dos pólipos endocervicales con base de implantación a las 9.



Fig. N° 12.

El mismo endocérvix, 15 días después de extirpados ambos pólipos. Obsérvese el espolón correspondiente a las bases de ambos a las 9.

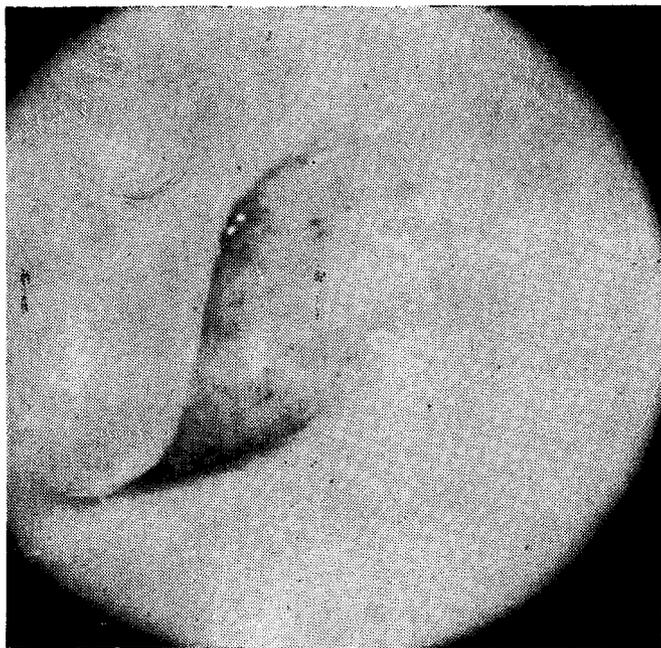


Fig. N° 13.

Exocérvix sano con orificios glandulares.

Fig. N° 14.

En el mismo cuello, endocérnix aparentemente sano. Obsérvese el epitelio escamoso (metaplasia) hasta su tercio medio.



Fig. N° 15.

Test de Schiller en el mismo cuello. Obsérvese la fijación del yodo hasta el tercio medio, de la una a las seis.





Fig. N° 16.

En el mismo endocervix, el test de Schiller en la cara anterior del canal. Obsérvese la fijación irregular del yodo, hasta el tercio medio en el cuadrante superior izquierdo.

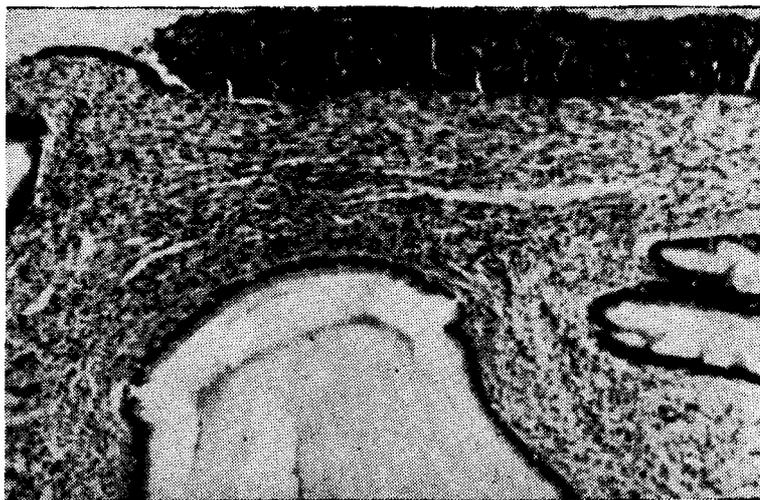


Fig. N° 17.

Biopsia N° 22.235 (18-6-65), historia N° 01-87-19, tomada de un corte en el tercio medio del mismo endocervix. Carcinoma in situ.

Fig. N° 18.

La misma biopsia N° 22.235, a mayor aumento. Obsérvese, a la izquierda, las características del epitelio cilíndrico endocervical normal. A la derecha, Carcinoma In situ.



Fig. N° 19.

Pieza operatoria correspondiente al mismo caso. Obsérvese el endocérvix de apariencia normal, correspondiendo a la imagen colposcópica del mismo en la foto N° 14.



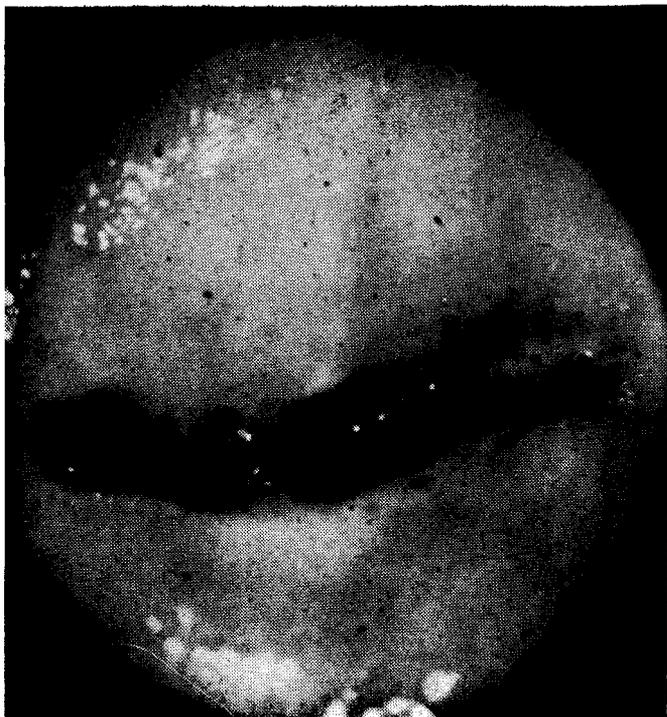


Fig. N° 20.

Exocervix sano.

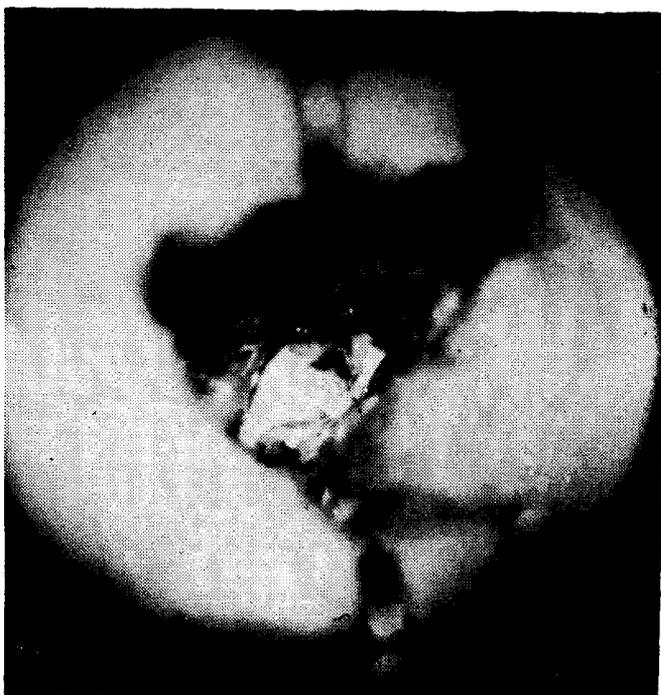


Fig. N° 21.

Endocervix del mismo cuello, mostrando restos ovulares necróticos en el tercio superior. La paciente no presentaba hemorragia ni reportó historia de aborto alguno. Biopsia N° 22.235 (24-19-65). Historia N° 05-64-05.

Fig. N° 22.

Fibroma, emergiendo por el orificio externo, en los dos cuadrantes inferiores; y quiste de retención, a las 12.

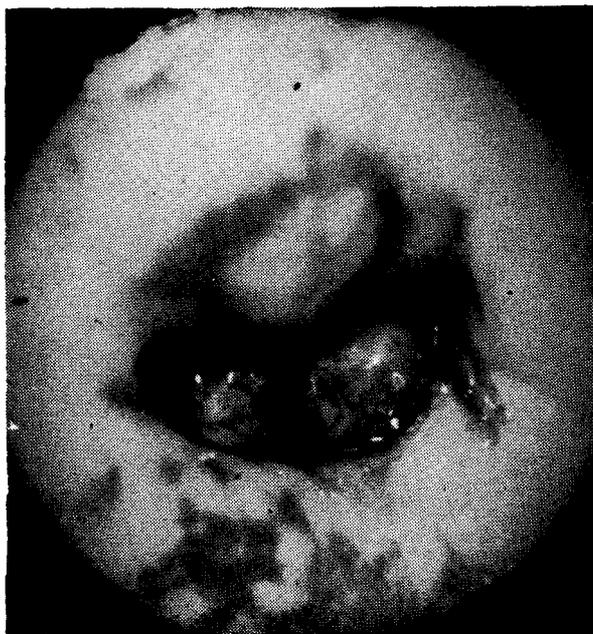


Fig. N° 23.

Pólipo en el tercio medio del endocérnix, a las 12, en el mismo cuello. Obsérvese el fibromioma ocupando el cuadrante inferior izquierdo (de las 5 a las 9).





Fig. N° 24.

Pieza operatoria de la misma enferma, cortada por uno de sus bordes, mostrando el fibromioma gigante que emergía por el orificio externo (Foto N° 22). Obsérvese el pólipo en el tercio medio del canal.

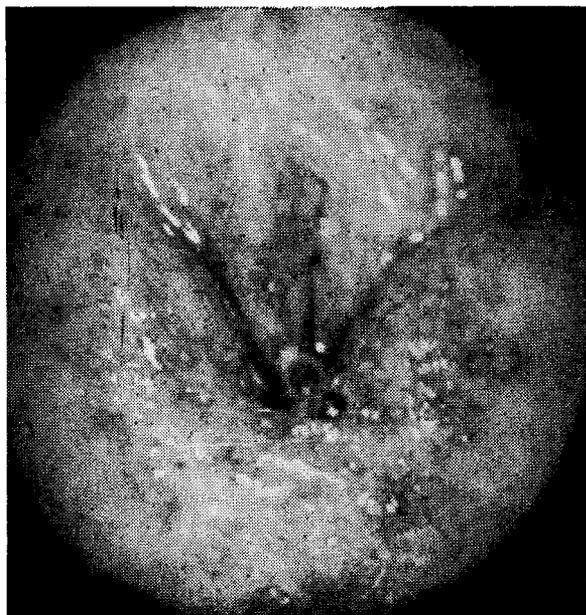


Fig. N° 25.

Exocervix con zona extensa de regeneración periorifical, con orificios glandulares, y múltiples huevos de Naboth.

Fig. N° 26.

En el mismo cuello, pólipo a las 12; en el tercio medio del canal.

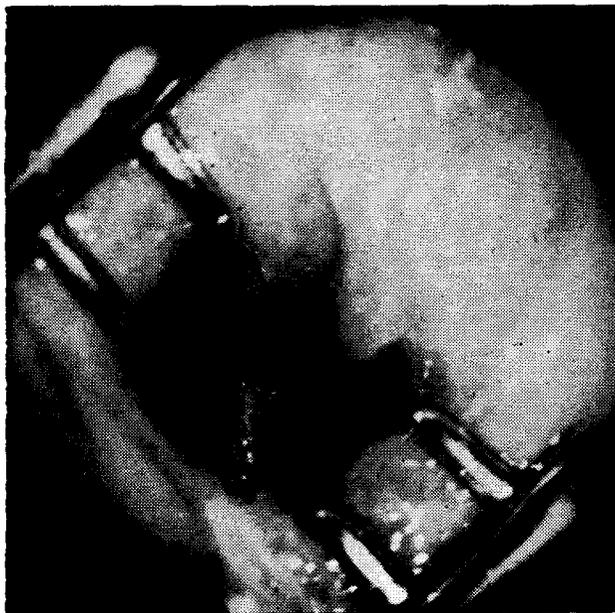


Fig. N° 27.

Pinza de Karl Storz mostrando un pólipo no visible, de 5 mm. de longitud, extirpado en el tercio medio del canal.



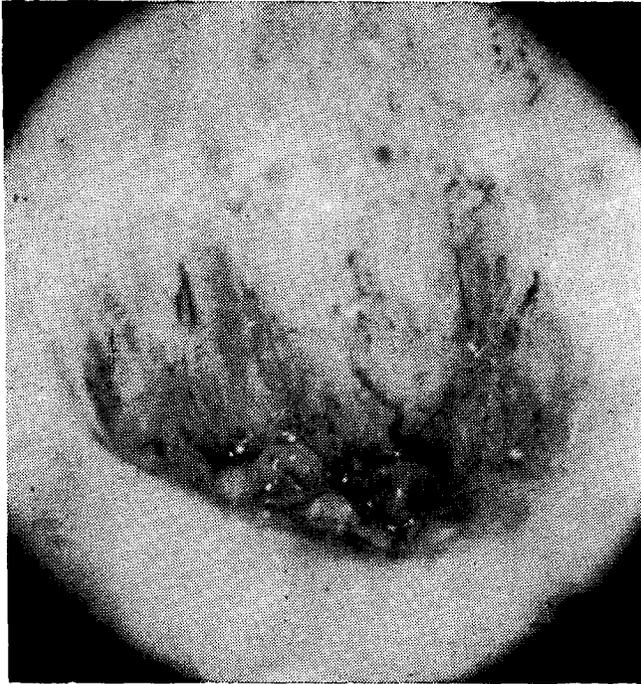


Fig. Nº 28.

Exocervix con extensas zonas de regeneración, hiperplasia vascular, orificios glandulares y quistes de Naboth en el labio anterior. Las tumoraciones que aparecen en los cuadrantes inferiores, corresponden al extremo inferior de los pliegues endocervicales hipertróficos.



Fig. Nº 29.

En el mismo cuello, endocervix mostrando hipertrofia de los pliegues, sobre todo en sus extremos inferiores, que simulan pólipos. Endocervicitis polipoides.

Fig. Nº 30.

Cuello con desgarro a las 3; extensas zonas de regeneración. Orificios glandulares y quiste de Naboth.

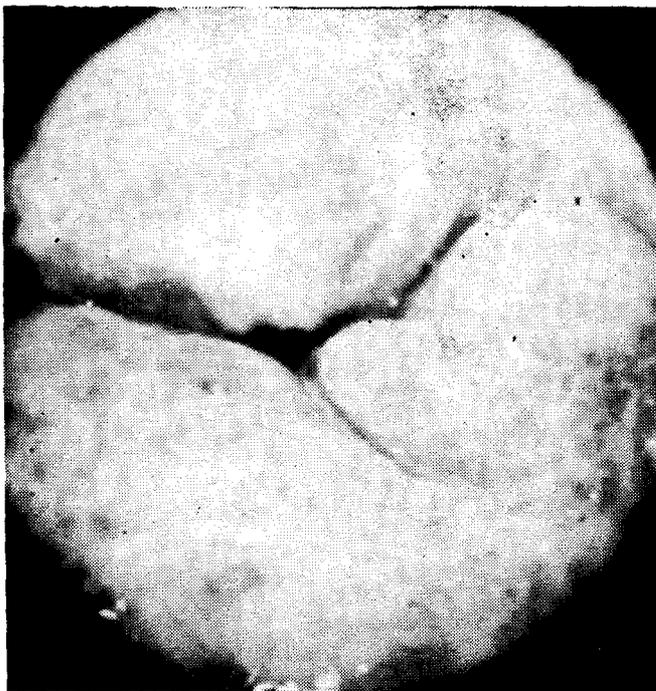


Fig. Nº 31.

Endocérnix mostrando formación quística a las 5. Obsérvense los capilares sanguíneos en la superficie del mismo. Endocervicitis Quística.



El adelanto científico depende de la existencia de investigadores de larga y cuidadosa formación. Estos no se improvisan ni se consiguen con decretos o dinero, sino por una formación metódica, larga y delicada, como el cultivo de una planta preciosa. Se necesita la semilla, el terreno, el ambiente, la nutrición y los cuidados adecuados.

BERNARDO A. HOUSSAY
"La investigación científica"