

Endocervicoscopia: una herramienta precisa para el diagnóstico y tratamiento de lesiones intraepiteliales del endocérvix

María Alejandra Brito Pérez¹. Christian Sánchez Boccaccio², José Carugno³

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la endocervicoscopia como técnica diagnóstica y terapéutica de las lesiones endocervicales más frecuentes.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo que incluyó 46 pacientes referidas para histeroscopia, entre agosto 2015 - enero 2016. Se plantea a las pacientes evaluación de cuello uterino para despistaje de infección por virus de papiloma humano. Se realiza colposcopia, citología, vaginohisteroscopia, instilación de 1,5 ml de ácido acético al 5 % en canal endocervical y reevaluación histeroscópica. Se recolectaron los hallazgos colposcópicos, endocervicoscópicos, citológicos y de anatomía patológica.

Resultados: Hubo 31 pacientes (67,39 %) sin atipias colposcópicas y 15 (32,60 %) con atipias. En canal endocervical, 34 (73,91 %) sin atipias y 12 (26,08 %) con atipias (acetoblanco y papilomatosis). Otros hallazgos endocervicales: pólipos 12 (26,08 %), estenosis 7 (15,21 %), sinequias 7 (15,21 %). Resultados citológicos: 22 (47,82 %) resultados normales, 9 (19,56 %) lesiones de bajo grado, o atipias de significado incierto. Se tomaron 15 biopsias de exocérvix con asa, 13 (86,66 %) positivas para virus de papiloma humano y 12 biopsias de endocérvix con pinza de biopsia histeroscópica, de las cuales 11 (91,66 %) resultaron positivas para virus de papiloma humano.

Conclusiones: Se encontró una incidencia de 26,08 % de lesiones atípicas endocervicales por virus de papiloma humano diagnosticadas por colposcopia y endocervicoscopia, siendo esta una técnica segura y de fácil ejecución en consultorio, que permite realizar evaluación precisa de las lesiones de la mucosa endocervical, permitiendo la toma de biopsia bajo visión directa, complementando de forma magistral a la colposcopia.

Palabras clave: Endocervicoscopia, Lesiones intraepiteliales cuello uterino, Virus papiloma humano.

SUMMARY

Objective: To evaluate endocervicocopy as a diagnostic and therapeutic technique for the most frequent endocervical lesions.

Methods: A prospective and descriptive study involving 46 patients referred for hysteroscopy between August 2015 and January 2016. Patients were assessed for cervical screening for screening for human papillomavirus infection. Colposcopy, cytology, vaginohysteroscopy, instillation of 1.5 ml of 5% acetic acid in the endocervical canal and hysteroscopic reevaluation were performed. The colposcopy, endocervicoscopic, cytological and pathological findings were collected.

Results: There were 31 patients (67.39%) without colposcopic atypia and 15 (32.60%) with atypia. In the endocervical canal, 34 (73.91%) had no atypia and 12 (26.08%) had atypia (acetowhite and papillomatosis). Other endocervical findings: polyps 12 (26.08%), stenosis 7 (15.21%), synechia 7 (15.21%). Cytological results: 22 (47.82%) normal findings, 9 (19.56%) low grade lesions, or atypia of uncertain significance. Fifteen biopsies of exocervix with loop, 13 (86.66%) positive for human papillomavirus and 12 biopsies of endocervix with hysteroscopic biopsy had been taken, of which 11 (91.66%) were positive for human papillomavirus.

Conclusions: An incidence of 26.08% of atypical endocervical lesions for human papillomavirus was found, which were diagnosed by colposcopy and endocervicocopy, which is a safe and easy-to-perform technique in the office, which allows an accurate evaluation of the lesions of the endocervical mucosa, allowing the biopsy to be taken under direct vision, complementing in a masterful way the colposcopy.

Keywords: Endocervicocopy, Cervical Intreepithelial Lesions, Human Papiloma Virus.

INTRODUCCIÓN

El canal endocervical, es un delgado y pequeño trayecto que se encuentra comunicando la vagina con la cavidad uterina. Debido a su ubicación y función, representa una estructura fundamental para la fertilidad, así como para el proceso del parto. Pero también es sustrato

¹Médico Especialista II Obstetricia Ginecología. Curso de Ampliación Endoscopia Ginecológica Hospital Universitario de Caracas. Universidad Central de Venezuela. Especialista UCQ Noreste. ²Médico Especialista II Obstetricia Ginecología. Coordinador de la Unidad de Histeroscopia Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Ginecología. ³Médico Especialista II Obstetricia y Ginecología. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Miami. Florida, USA.

para el asentamiento de enfermedades infecciosas, patologías tumorales y cáncer. Representa una de las estructuras más difíciles de evaluar en la consulta habitual del ginecólogo, ya que no se encuentra al alcance del ojo del especialista, solo se limita a la apreciación de la superficie externa del cuello uterino, quedando el resto del conducto oculto hasta para el colposcopista más experto. Durante la evaluación y despistaje de lesiones ocasionadas por el virus del papiloma humano (VPH), se puede alcanzar células de su conducto con el paso del cepillo para la toma de citología (PAP), sin embargo, las técnicas de diagnóstico aplicadas al exocérnix, no pueden ser reproducidas para el canal endocervical.

Repasando un poco los aspectos anatómicos, se debe recordar que el cuello uterino representa la porción más inferior del útero y comunica la cavidad uterina con la vagina. Tiene forma de cilindro, sus dimensiones son aproximadamente 3 cm de longitud por 2 cm de ancho. Como todo conducto, tiene 2 orificios, uno inferior llamado orificio cervical externo (OCE) que se encuentra en la porción caudal del cuello uterino y hace contacto con el tercio superior de la vagina, por lo tanto, puede ser evaluado directamente a través del examen ginecológico con espéculo y complementariamente por colposcopia; y un orificio superior un poco más flexible, llamado orificio cervical interno (OCI) representa la entrada a la cavidad endometrial. El canal cervical tiene forma fusiforme y en su eje transversal es ligeramente oblicuo. Este conducto puede tener entre 3 mm a 10 mm de diámetro. Estructuralmente, el cuello está provisto de tejido fibroconectivo o matriz extracelular en un 85 % y 15 % de musculatura lisa. El tejido conectivo es rico en colágeno, elastina, proteoglicanos, células musculares lisas, fibroblastos, células epiteliales y vasos sanguíneos (1 – 4).

El cérvix en su porción expuesta a la vagina, está recubierto de epitelio escamoso. En cambio, el canal endocervical está tapizado por epitelio columnar. El sitio donde hacen contacto estos dos epitelios, se denomina unión escamo-columnar (UEC) y puede variar en su ubicación de acuerdo a la edad de la mujer, estatus hormonal, paridad, entre otros. La UEC va cambiando a lo largo de la vida de la mujer, allí ocurren permanentemente fenómenos de

transformación, de epitelio cilíndrico a pavimentoso, o lo que se conoce como metaplasia escamosa. En la mujer en edad reproductiva, esta unión suele encontrarse en la proximidad del orificio cervical externo, e incluso a veces un poco expuesto hacia el exocérnix.

El aspecto dentro del canal es variable según la edad y paridad, se describen como puentes longitudinales y oblicuos arboriformes, esta configuración es conocida como plica palmatae o también llamada Arbor Vita, debido a su parecido a las ramas de un árbol, estructura que desempeña un papel muy importante en el paso de espermatozoides hacia la cavidad uterina.

El cérvix se encuentra anatómicamente fijo en su posición, gracias a estar suspendido por los ligamentos útero-sacros hacia atrás y, lateralmente, por los ligamentos cardinales. El aporte vascular de esta estructura proviene directamente de la arteria uterina a través de su rama terminal, la arteria cérvico uterina, que le da irrigación al segmento inferior del útero y cuello. El plexo venoso se recoge en las venas uterinas de cada lado. La inervación del cuello uterino viene dada por raíces nerviosas que recogen los estímulos sensitivos de la parte inferior del útero y cérvix, a través del plexo de Frankenhauser (S2-S4). El resto de cuerpo uterino y fundus, está inervado por fibras que viajan hacia el plexo ovárico a través del ligamento infundíbulo pélvico. (1, 4)

El cuello uterino por su ubicación y función, suele ser sustrato de algunas lesiones. Estas pueden ser lesiones traumáticas durante el trabajo de parto, por ejemplo, pudiendo aparecer en forma de: desgarros, perforaciones o ulceraciones. También puede ser asiento de procesos inflamatorios o cicatrizales: endometriosis, pólipos, sinequias, o malformaciones mullerianas (5). Más frecuentemente, se ve afectado por agentes infecciosos, entre ellos, algunos de transmisión sexual (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas*, *Herpes virus* o VPH).

En la zona de transformación del cuello uterino, específicamente en la UEC, ocurren eventos de replicación celular de forma permanente. Cuando

agentes infecciosos virales, como el virus del papiloma humano, penetran las células de la capa basal de este epitelio, y se pierde el equilibrio subyacente entre el sistema inmunológico local, da origen a diferentes tipos de lesiones. Según la profundidad de afectación de las mismas, se logran clasificar en diferentes grados (6,7).

La importancia de realizar este estudio y, especialmente, ahondar en la evaluación del endocérnix, es la relación directa que tiene el diagnóstico precoz de las infecciones virales (VPH) y la evolución hacia la aparición de lesiones premalignas del cuello en algunas mujeres, sobre todo en las más jóvenes.

En Venezuela, para el año 2012, fueron diagnosticadas 4076 (18,42 %) mujeres con cáncer de cuello uterino, segundo en frecuencia después del cáncer de mama (8). El VPH es el principal factor asociado con la aparición del cáncer de cuello uterino. La infección genital por VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente que existe. Se calcula que hasta 80 % de las mujeres sexualmente activas, tendrán contacto en algún momento de su vida, con el virus. La prevalencia de la infección por VPH en adolescentes sexualmente activas, varía en un rango de 25 % al 65 % (2). Los principales cofactores de persistencia de la infección son:

- Ambientales o exógenos: tabáquicos, multiparidad, uso de anticonceptivos, coinfección por VPH, coinfección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), *Chlamydia*s, inmunosupresión o dieta.
- Virales: carga viral, coinfección con diferentes cepas de VPH (9,10).

Los sistemas de clasificación, los métodos diagnósticos, el instrumental utilizado en el tratamiento, y la continua investigación en esta área, tienen como único objetivo la eliminación de la neoplasia intraepitelial para evitar su progresión.

Desde la primera reunión de expertos patólogos, en el año 1983, en el Instituto Nacional de Salud en Bethesda, Maryland, algunos pocos especialistas en el área, buscaban llegar a un consenso acerca de los términos para la descripción de los hallazgos citológicos obtenidos por Papanicolau y su correlación con el término “displasia”, intentando darle un giro más práctico y útil a la clasificación de las lesiones producidas por el VPH.

En el año 2001, se produjo, quizá, el mayor aporte de este grupo a la comunidad científica y médica, porque pudo congregarse a más de 2000 especialistas en el área y produjeron una clasificación sencilla y aplicable a la práctica diaria, el Sistema Bethesda 2001 (TBS) y que fue y sigue siendo utilizado alrededor del mundo por laboratorios de patología, y especialistas en el área. En la clasificación Bethesda 2001, se describen los siguientes reportes diagnósticos (7):

1. Negativo para lesión intraepitelial o malignidad

2. Anormalidades de Células Epiteliales

2.1. Células Escamosas

2.1.1. Células escamosas atípicas (ASC)

2.1.1.1. De significado indeterminado (ASC-US)

2.1.1.2. No puede excluirse HSIL (ASC-H)

2.1.2. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG)

2.1.3. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG)

2.1.4. Carcinoma de células escamosas

2.2. Células glandulares

2.2.1. Células glandulares atípicas (AGC)

2.2.2. Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)

2.2.3. Adenocarcinoma endocervical, endometrial, extrauterino o no especificado

3. Otras Neoplasias Malignas

Con base en esta clasificación, se puede definir el algoritmo terapéutico que se debe llevar a cabo ante estos diagnósticos. La última reunión de trabajo de este grupo, ocurrió de Río de Janeiro en el año 2014, en el Congreso Mundial de Colposcopia, generó el sistema Bethesda 2014 (TBS) (7), el cual añade a la clasificación del 2001, la importancia de la presencia de células endometriales en pacientes mayores de 45 años, y la posible correlación de estas células y sus atipias a la aparición de lesiones premalignas y malignas del endometrio.

Hasta la actualidad, el tamizaje primario del cuello uterino sigue siendo: la citología cervico-vaginal, la colposcopia, la detección y tipificación del ADN-VPH y la biopsia o diagnóstico excisional, siendo la colposcopia y la evaluación anatomo patológica el *gold*

standard para el diagnóstico de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino.

Se han desarrollado nuevas tecnologías en el despistaje de cáncer cervical son: cervicografía, dispositivos de despistaje asistidos por computadoras, dispositivos ópticos de alto alcance, auto recolección de la muestra vaginal para ADN-VPH, y otros dispositivos de detección como espectroscopia electrónica, que complementan y facilitan de alguna manera el diagnóstico y la clasificación de las lesiones. (3, 11)

En cuanto al adenocarcinoma (ADC) de cuello o endocervical, es sabido tiene una prevalencia más baja que la variedad escamosa, pero así como esta última ha disminuido significativamente en aquellos sitios del mundo con programas de cribado efectivos, el ADC ha aumentado su frecuencia absoluta y relativa. Cuesta más detectarlo en etapas tempranas, pues se requiere de citólogos con mayor experiencia, especialmente en el caso de AGUS (del inglés *Atypical glandular cells of undetermined significance*). Es más, su localización en la parte alta del canal endocervical, a veces limita la obtención de una biopsia representativa para el diagnóstico histopatológico. Hay que tomar en cuenta que un estudio negativo del cérvix mediante colposcopia y citología, en una paciente con síntomas sin justificación, no excluyen una lesión endocervical. En esos casos, Grases (12), en su revisión sobre lesiones preinvasivas, recomienda repetir el estudio.

Como parte de la importancia de utilizar mejores recursos para realizar diagnósticos tempranos y más precisos, se cuenta con una herramienta diagnóstica que se utiliza a diario en la consulta especializada para la evaluación de la cavidad endometrial que es el histeroscopia. Este instrumento permite la evaluación directa de los genitales internos en un observador adiestrado (13). Es quizá un instrumento subutilizado en la evaluación del canal endocervical, probablemente asociado al alto costo de su tecnología, para efectos de estudio de tamizaje primario.

La histeroscopia es el procedimiento a través del cual se puede observar la cavidad uterina en su totalidad, desde el orificio cervical externo, hasta los *ostiums*

tubarios en el fondo de la cavidad endometrial, todo esto facilitado por un medio de distensión que puede ser gaseoso o líquido. Representa una herramienta sólida en el diagnóstico de patologías benignas, premalignas y malignas tanto del canal endocervical como de la cavidad endometrial, complementada siempre con el estudio anatomopatológico.

La combinación de la endocervicoscopia y la inspección visual con ácido acético (IVAA), puede ayudar en el tamizaje primario de la patología premaligna y maligna del endocérvix. La posibilidad de realizar la evaluación ampliada de este trayecto del cuello uterino, contribuiría a realizar el diagnóstico precoz, y parte de tratamiento de la mayoría de las lesiones del canal endocervical (3).

El adenocarcinoma de cuello uterino tiene una prevalencia más baja que la variedad escamosa, sin embargo, en varias partes del mundo ha aumentado en frecuencia absoluta y relativa. El ADC (incluida la variedad adenoescamosa) constituye entre el 10 % y 20 % de los tumores epiteliales malignos del cuello uterino. Tiene una mayor incidencia en las mujeres hispánicas en comparación a las no hispánicas (14).

En Venezuela, cada día más especialistas han logrado, con esfuerzo, formarse en procedimientos histeroscópicos, dentro y fuera del país. En la actualidad se realizan histeroscopias en más instituciones públicas y privadas, lo cual representa una oportunidad de llevar el procedimiento a dimensiones mayores de pesquisa.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la endocervicoscopia combinada con el uso de ácido acético al 5 %, como técnica para diagnóstico y tratamiento complementario de las patologías endocervicales más frecuentes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, observacional y descriptivo de un grupo de pacientes referidas a la consulta de histeroscopia en la Unidad Médico Quirúrgica Noreste entre agosto 2015 y enero 2016. Se realizó la descripción de las lesiones endocervicales más frecuentes, determinando la

prevalencia en el grupo evaluado.

Se incluyeron 46 pacientes, con edades entre 28 y 65 años, quienes fueron referidas a la consulta de histeroscopia para evaluación. A cada una de las pacientes se les realizó una historia clínica, revisión de antecedentes, evaluación de estudio de ultrasonido previo. En las pacientes en edad reproductiva, se planificó el estudio en fase proliferativa del ciclo menstrual, a las pacientes menopáusicas, se les realizó la evaluación en el momento en que se recibió para la misma. Se incluyeron todos los datos en tablas de Excel®.

El día del estudio, se orientó a la paciente sobre el procedimiento y se solicitó el consentimiento informado por escrito. Con la paciente en posición de litotomía, se colocó el espéculo. En primer lugar, se realizó la toma de muestra por cepillado exo y endocervical para citología (PAP *smear*). A continuación, se procedió a realizar la colposcopia: visualización directa de exocérviix, aplicación de ácido acético al 5 % (AA) y luego lugol, descripción de hallazgos y reporte en la tabla de datos e historia de cada paciente. Se retiró el espéculo y se inició la siguiente fase: vaginohisteroscopia con medio de distensión acuosa (solución fisiológica 0,9 %), descripción anatómica de los hallazgos en cada segmento anatómico estudiado, reporte de datos en la tabla de recolección de datos.

La siguiente parte de la evaluación, consistió en la aplicación de ácido acético en canal endocervical, para lo cual, en la misma posición de litotomía, se procedió a colocar nuevamente el espéculo, se instiló 1,5 ml de ácido acético al 5 % en el canal endocervical, con jeringa sin aguja. Se esperó 1 minuto para la impregnación de la mucosa. Se procedió a realizar endocervicoscopia con medio de distensión acuoso (solución fisiológica 0,9 %) y visualización de canal.

Los hallazgos de la endocervicoscopia, fueron recogidos en las tablas respectivas. Para realizar la descripción colposcópica y endocervicoscópica, se utilizó la nomenclatura de la Sociedad Internacional de Colposcopia y Patología Cervical (IFCPC 2011) (6).

1. Hallazgos colposcópicos normales a la evaluación general: epitelio escamoso original maduro o atrófico, epitelio columnar, epitelio escamoso metaplásico (Quistes de Naboth, aperturas glandulares)
2. Hallazgos colposcópicos anormales: identificación de tamaño y ubicación de la lesión.
 - 2.1. Grado 1 (Menor): epitelio acetoblanco (mosaico fino, puntillado fino).
 - 2.2. Grado 2 (Mayor): epitelio acetoblanco grueso o mosaico grueso, puntillado grueso.
 - 2.3. No específicos: leucoplasia, queratosis, erosión. Prueba de Schiller positiva /negativa.
 - 2.4. Sospecha de invasión: vasos atípicos, vasos irregulares, signos de necrosis, lesión exofítica, tumoración nodular, ulceración.
3. Hallazgos varios: condiloma, pólipo exo o endocervical, inflamación, estenosis, anomalía congénita, anomalías post tratamiento o endometriosis.

Ante la presencia de hallazgos colposcópicos anormales, se procedió a la toma de la biopsia con pinza de biopsia histeroscópica, en lesiones amplias se utilizó electrocirugía con asa diatérmica en canal.

RESULTADOS

Del total de las 46 pacientes evaluadas en el estudio, 21 (45,65 %) fueron referidas por hallazgos anormales en el ultrasonido transvaginal previo, realizado en su consulta ginecológica de control; 16 pacientes (34,78 %) tenían deseos de fertilidad y solo 3 (6,52 %) tenían sangrado genital anormal. Todas las indicaciones se presentan en el gráfico 1.

En relación a la distribución por edad, 4 mujeres tenían menos de 30 años (9 %), 29 (63 %) estaban entre 30 y 40 años y las 13 restantes tenían entre 30 y 40 años (28 %). Según la paridad, 28 (60,86 %) eran nuligestas, 9 pacientes tenían solo 1 hijo (19,56 %) y 9 tenían 2 o más hijos (19,56 %). En cuanto a la edad de inicio de la vida sexual, 13 pacientes (28,26 %), iniciaron antes de los 15 años de edad, 13 (28,26 %) iniciaron entre los 15 y 18

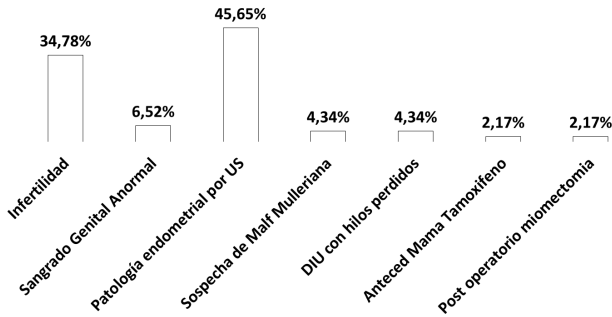


Grafico 1. Indicaciones para Histeroscopia N:46

años de edad y 20 (43,47 %) iniciaron su actividad sexual después de los 18 años. El número de parejas sexuales varió de 1 pareja, 15 pacientes (32,60 %) y 2 o más parejas sexuales 31 (67,39 %).

De las 46 pacientes, 14 (30,43 %) tenían algún familiar cercano (madre, hermana o tía) con antecedente de cáncer de cuello uterino. Antecedentes personales y patologías crónicas: 5 (10,86 %) pacientes hipertensas y 7 mujeres (15,21 %) con hiperglicemia o resistencia periférica a la insulina. Hubo 3 pacientes fumadoras (6,52 %).

En los resultados del cepillado de exo y endocérnix para citología, se obtuvo 37 negativos para LIE o malignidad (80,43 %), de ellas, 22 (59,46 %) eran normales, lo que representa el 47,83 % del total, 7 (18,92 % de los casos negativos y 15,22 % del total) fueron vaginosis, 6 (16,22 % de los negativos y 13,04 del total) candidiasis y 2 (5,41 % de las negativas y 4,35 del total) cervicitis severa. Hubo 2 casos de ASC-US (4,35 %) y 7 LIEBG (15,22 %) (Tabla 1).

En cuanto a los hallazgos colposcópicos, en el grupo de 46 pacientes, se encontraron 31 (67,39 %) sin atipias colposcópicas y 15 (32,60 %) con atipias colposcópicas tipo: acetoblanco, mosaico fino, mosaico grueso y zona iodo negativa de contornos netos (ZINCN). Las biopsias de estas 15 pacientes reportaron: 2 (4,34 %) cervicitis severa, 12 (26,08 %) LIEBG, una (2,17 %) con LIEAG.

Se obtuvieron hallazgos varios en la evaluación endocervical a la inspección con solución fisiológica al 0,9 %, en 29 pacientes (Figura 1). La distribución de tales hallazgos se presenta en la tabla 2. Después de la aplicación del ácido acético se encontró que, de las

Tabla 1

Distribución de pacientes según el resultado citológico.

Citología	N	Porcentaje
Negativa para malignidad	37	80,43
Normal	22	47,83
Vaginosis bacteriana	7	15,22
Candidiasis	6	13,04
Cervicitis severa	2	4,35
ASC-US/AGUS	2	4,35
Lesión intraepitelial de bajo grado	7	15,22

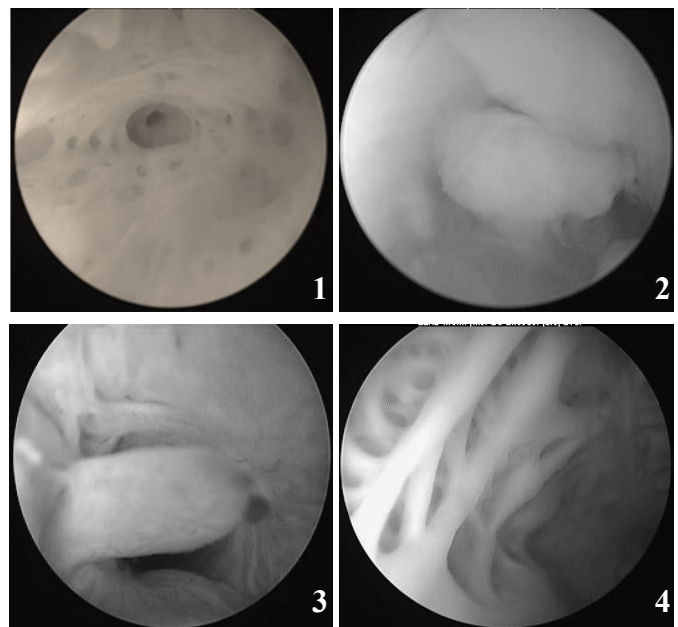


Figura 1. Antes de la aplicación de ácido acético: 1) Canal endocervical y orificio cervical interno; 2) Sinequia gruesa de canal, hacia el orificio cervical interno (¿traumático?); 3) Pólipo pediculado endocervical; 4) Canal endocervical (*Plicae palmatae*).

46 pacientes, 34 no tenían atipias endocervicoscópicas (73,91 %) y 12 (26,08 %) presentaron cambios de la morfología del epitelio endocervical (Figura 2). En la tabla 3, se presentan los hallazgos colposcópicos y los de la endocervicoscopia. Es importante recalcar que la mayoría de las pacientes evaluadas, presentan cambios morfológicos visibles en el epitelio columnar tras la aplicación del ácido, sin embargo, se consideró como hallazgo anormal, aquellos cuya expresión histeroscópica tomó aspecto condilomatoso,

ENDOCERVICOSCOPIA: UNA HERRAMIENTA PRECISA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES INTRAEPITELIALES DEL ENDOCÉRVIX

papilomatoso o de superficie acetoblanca. A estas pacientes se les tomó biopsia guiada con pinza histeroscópica.

De las 12 lesiones encontradas, 9 (75 %) se encontraban en el tercio inferior, en la proximidad de la unión escamo columnar (UEC) y 3 (25 %) en tercio

Tabla 2

Distribución de pacientes según los hallazgos varios a la inspección cervical con solución fisiológica.

Hallazgo	N	Porcentaje
Pólipos	12	26,09
Estenosis	7	15,22
Sinequias	7	15,22
Tabique cervical	1	2,17
Quiste de Naboth	1	2,17
Divertículo cervical congénito	1	2,17

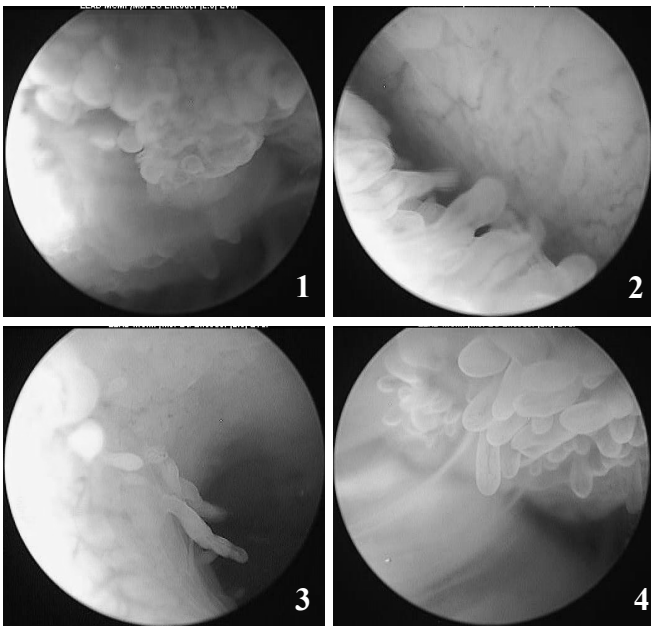


Figura 2. Después de la aplicación de ácido acético: 1) Lesión papilomatosa acuminada del canal endocervical; 2) Lesión papiliforme del canal endocervical, nótese cada pequeño vaso sanguíneo en su interior; 3) Lesión papiliforme del istmouterino, más elongadas que las anteriores; 4) Lesión papiliforme del canal endocervical. Impresiona corresponder a formaciones glandulares propias del epitelio columnar endocervical.

Tabla 3

Distribución de pacientes según los hallazgos de la colposcopia y la endocervicoscopia.

Hallazgo	Colposcopia		Endocervicoscopia	
	n	%	n	%
Normal, sin atipias	31	67,39	34	73,91
Acetoblanco fino, mosaico fino, lugol positivo	14	30,3	3	6,52
Acetoblanco grueso, mosaico grueso, lugol positivo	1	2,17	0	-
Papilomatosis	0	-	9	19,57
Queratosis	0	-	0	-

distal del canal, pero no en la proximidad de la UEC. Ninguna de las lesiones superó en tamaño, los 4 mm de superficie, lo cual fue medido referencialmente por el tamaño de la pinza de biopsia histeroscópica.

De las 12 pacientes a quienes se les realizó biopsia de endocérvix, resultaron 11 (91,6 %) con presencia de infección por virus de papiloma humano: 3 (25 %) eran LIEAG y 8 (66,66) eran LIEBG (7 infección por VPH y 1 NIC 1). La biopsia restante (8,33 %) fue reportada como epitelio reactivo, sin coilocitos (Tabla 4). No se encontró ningún caso de adenocarcinoma del endocérvix o cuello.

Quince pacientes, que representan 32,60 %, tuvieron enfermedad viral en sus cuellos uterinos, bien sea exo o endocervical. La evaluación colposcópica y endocervicoscópica y sus atipias, estuvieron

Tabla 4

Distribución de pacientes según los hallazgos de anatomía patológica.

Hallazgo	Colposcopia n=15		Endocervicoscopia n=12	
	n	%	n	%
Cervicitis severa	2	13,33	0	-
Epitelio reactivo	0	-	1	8,33
Lesión de bajo grado VPH	4	26,66	7	58,33
Lesión de bajo grado NIC 1	8	53,33	1	8,33

altamente correlacionados con los resultados positivos para VPH.

DISCUSIÓN

El adenocarcinoma de cuello uterino de variedad escamosa, tiene una incidencia menor que el cáncer escamoso queratinizado de cuello, representa el 20 % de las neoplasias del cérvix. Los métodos de pesquisa para tumores o lesiones endocervicales, están limitados y se hace difícil el diagnóstico temprano (2, 12, 14). Este tipo de ADC es un tumor epitelial de la mucosa endocervical que se origina en el epitelio de revestimiento superficial; de allí puede o no extenderse y sustituir el epitelio glandular. Los cambios preinvasivos tienen grados diversos que van desde las atipias reactivas hasta la displasia y el carcinoma *in situ* (12).

El epitelio metaplásico del cuello uterino y el epitelio glandular cercano a la UEC guardan afinidad demostrada por el virus del papiloma humano, por lo tanto, no solo es susceptible la zona de transformación, sino también sus adyacencias, tal como el canal endocervical (14).

Las lesiones premalignas y malignas del endocervix afectan generalmente a mujeres jóvenes (14). En la población del estudio, la mayoría de las pacientes se ubicó entre 30 a 40 años.

Los factores de riesgo para las lesiones ocasionadas por el virus del papiloma humano en cuello uterino incluyen las mujeres jóvenes, el inicio temprano de la vida sexual, la promiscuidad, el uso de anticonceptivos, el origen hispánico (15 - 18). La población estudiada está expuesta a la mayoría de los factores de riesgo mencionados. Más del 50 % iniciaron su vida sexual antes de los 18 años, y 67,39 % tuvieron 2 o más parejas sexuales hasta el momento del estudio.

La colposcopia realizada por un ginecólogo entrenado, con el equipo adecuado, combinando las pruebas con ácido acético entre 3 % a 5 % y prueba de inspección visual con iodo de lugol (VILI) sobre la superficie del exocervix, tienen una sensibilidad y especificidad elevadas (4). La evaluación de estas pacientes, cuyos hallazgos colposcópicos evidenciaron zonas atípicas, resultó coincidir con el hallazgo anatómico patológico de infección viral, con una alta correlación, menos evidente

que con los resultados de las citologías. En exocervix se obtuvo 15 casos (32,60 %) de atipias tipo acetoblanco, mosaico fino y zona iodo negativa de contornos netos, al comparar con los resultados de citologías, solo 17,39 % resultaron positivas para VPH, en cambio, el estudio anatomopatológico reportó 86,66 % positivas para LIEBG y NIC 1, siendo esta última herramienta diagnóstica, altamente sensible para diagnóstico de infección viral y lesiones premalignas del cérvix.

En cuanto a los hallazgos endocervicoscópicos, se hicieron dos tipos de evaluaciones, la inspección inicial que se realiza con el uso del histeroscopio y solución fisiológica, en la que se describen lesiones o hallazgos varios (6): pólipos endocervicales (26,08 %), estenosis del canal (15,21 %), sinequias endocervicales (15,21 %), que son las lesiones benignas más frecuentes a cualquier edad, corroborado por estudios histeroscópicos de diferentes instituciones (10, 19, 20).

A continuación, se realizó la endocervicoscopia con inspección visual con ácido acético (IVAA) al 3 % - 5 %. Se obtuvieron 12 pacientes (26,08 %) con atipias en el epitelio endocervical, 3 de ellas caracterizadas por epitelio acetoblanco y 9 pacientes con papilomatosis (21, 22). Existe poca experiencia publicada sobre técnicas de evaluación del epitelio endocervical con ácido acético e histeroscopia. Respecto a la recolección de los datos de la evaluación endocervicoscópica, resultó un tanto engorroso, ya que las características de la zona evaluada, no es similar a la de la superficie externa del cuello uterino, se seleccionó la aplicación de ácido acético al 5 %, porque la aplicación de lugol dificultaría la evaluación histeroscópica de la zona, por su coloración oscura.

Bifulco y col. (21) publican su serie con 95 pacientes, en el año 2010, y concluyen que, al parecer, esta nueva técnica segura, eficaz y de consultorio, pudiera realmente mejorar el trabajo diagnóstico de las lesiones intarepiteliales en canal y disminuir las consecuencias que tienen sobre el mismo, las biopsias realizadas a ciegas, sobre todo en mujeres sin hijos.

En un grupo de 46 pacientes, 15 de ellas, que representan un 32,60 %, tuvieron enfermedad viral en sus cuellos uterinos, y estaban asintomáticas y habían acudido por otra razón a la consulta. Que la evaluación colposcópica

ENDOCERVICOSCOPIA: UNA HERRAMIENTA PRECISA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LESIONES INTRAEPITELIALES DEL ENDOCÉRVIX

y endocervicoscópica y sus atipias, estuvieran altamente relacionadas con los resultados positivos para VPH por anatomía patológica, consolida la importancia de realizar estudios de pesquisa permanentemente, no olvidando el canal endocervical.

El procedimiento histeroscópico representa un mayor costo, y requiere personal especializado y entrenado, quizá no pueda actualmente superar los otros métodos de pesquisa para lesiones premalignas y malignas del endocérvix, pero debe ser considerado como una herramienta altamente eficaz y segura para diagnóstico, además de ser de consultorio.

En la actualidad la citología, colposcopia y biopsia dirigida de cuello uterino siguen siendo la triada para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino. Sin embargo, es notable la limitación para la evaluación de canal endocervical, realizándose biopsias agresivas de canal a ciegas. Williams y col. (23), presentan dos casos de adenocarcinoma mucinoso endocervical, cuyas biopsias de endocérvix realizadas por curetaje a ciegas, resultaron no concluyentes. Es importante destacar la importancia de la evaluación del canal endocervical por histeroscopia en combinación con el uso de ácido acético, de manera de resaltar las lesiones intraepiteliales ocultas en el canal y así poder realizar las biopsias dirigidas con instrumentos mínimamente invasivos. El factor cervical en las pacientes infértiles, es de vital importancia; su obstrucción, inflamación, reducción del diámetro suelen estar asociados a procedimientos fallidos de fertilidad.

Los autores agradecen a todas las pacientes que gentilmente colaboran con el desarrollo de la investigación en las instituciones venezolanas.

REFERENCIAS

1. Alonso L, Cayuela E, Nieto L, Gubbini G, Lagana A, Carugno J, et al. Histeroscopia básica: cervix uterino. *Hysteroscopy newsletter*. 2016 [Revisado enero, 2017]; 2 (6): 11 – 12. Disponible en: http://www.hysteroscopy.info/1/upload/1_hysteroscopy_newsletter_vol_2_issue_6_spanish_def.pdf
2. De La Fuente J, Zapardiel I, Benavides P. Patología tumoral benigna del cérvix y lesiones cervicales intraepiteliales. En: Bajo Arenas JM, Lailla Vicens JM, Xercavins Montosa J, editores. *Fundamentos de Ginecología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2009. p. 373-380
3. Ferreccio C, Gage J. Inspección Visual del Cuello Uterino con Ácido Acético (IVAA): reseña crítica y artículos seleccionados. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Unidad de enfermedades no transmisibles. Biblioteca sede OPS; 2003. [Revisado 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/767/92%2075%2012444%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. De Palo G, Dexeus S, Chanen W, editores. *Patología y tratamiento del tracto genital inferior*. Barcelona: Elsevier Masson; 2001.
5. Gomez Fernández, J. *Patología benigna y lesiones premalignas del cérvix*. Granada: Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario de Las Nieves; 2007. [Revisado febrero 2017. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr07.patologia_benigna_cervix.pdf
6. Bornstein J, Bentley J, Bösze P, Girardi F, Haefner H, Menton M, et al. 2011 colposcopic terminology of the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynecol*. 2012 Jul;120(1):166-72.
7. Nayar R, Willbur DC. The Pap test and Bethesda 2014. *Cancer Cytopathol*. 2015; 123 (5): 271 - 281.
8. Capote Negrin L. Resumen de las Estadísticas de cáncer del año 2012. Registro Central de Cáncer Venezuela. Caracas: Sociedad Venezolana de Oncología; 2013 [Revisado enero 2017] Disponible en <http://www.oncologia.org.ve/site/userfiles/svo/Estad%C3%ADsticas%20de%20c%C3%A1ncer%20en%20el%202012.pdf>
9. Ghahiry AA, Refaei Aliabadi E, Taherian AA, Najafian A, Ghasemi M. Effectiveness of hysteroscopic repair of uterine lesions in reproductive outcome. *Int J Fertil Steril*. 2014; 8 (2): 129 - 134.
10. Stamatellos I, Stamatopoulos P, Bontis J. The role of the hysteroscopy in the current management of the cervical polyps. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 276 (4): 299 - 303
11. Van Niekerk WA, Dunton CJ, Richart RM, Hilgarth M, Kato H, Kaufman RH, et al. Colposcopy, cervicography, speculoscopy and endoscopy. International Academy of Cytology Task Force summary. *Diagnostic Cytology Towards the 21st Century: An International Expert Conference and Tutorial*. *Acta Cytol*. 1998; 42 (1): 33 - 49.
12. Grases, P. Adenocarcinoma de Cuello Uterino y sus lesiones preinvasivas. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2010; 70 (2): 112 – 115.
13. Pluchino N, Ninni F, Angioni S, ArtiniP, AraujoVG, Massimetti G, et al. Office vaginoscopic hysteroscopy in infertile women: effects of gynecologist experience, instrument size, and distention medium on patient discomfort. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010; 17 (3):

- 344 - 350.
14. Contreras L, Pelay E, Negrinho S. Adenocarcinoma de cuello uterino: una patología en incremento. *Salus*. 2007; 11 (1): 35 – 39.
 15. Moberg PJ, Einhorn N, Silfverswärd C, Söderberg G. Adenocarcinoma of the uterine cervix. *Cancer*. 1986; 57 (2): 407 - 410.
 16. Korhonen MO. Adenocarcinoma of the uterine cervix. Prognosis and prognostic significance of histology. *Cancer*. 1984; 53 (8): 1760 - 1763
 17. Lee KB, Lee JM, Park CY, Lee KB, Cho HY, Ha SY. What is the difference between squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix? A matched case-control study. *Int J Gynecol Cancer*. 2006;16 (4): 1569 - 1573.
 18. Leminen A, Paavonen J, Forss M, Wahlström T, Vesterinen E. Adenocarcinoma of the uterine cervix. *Cancer*. 1990; 65 (1): 53 - 59.
 19. Poncelet C, Sifer C, Hequet D, Porcher R, Wolf JP, Uzan M, Ducarme G. Hysteroscopic evaluation of endocervical and endometrial lesions observed after different procedures of embryo transfer: a prospective comparative study. *Eur J Obstet Gynecol Repord Biol*. 2009; 147 (2): 183 - 186
 20. Cevrioglu AS, Esinler I, Bozdag G, Yarali H. Assessment of endocervical and endometrial damage inflicted by embryo transfer trial: a hysteroscopic evaluation. *Reprod Biomed Online*. 2006; 13 (4): 523 - 527.
 21. Bifulco G, Piccoli R, Lavitola G, Di Spiezio Sardo A, Spinelli M, Cavallaro A, Nappi C. Endocervicoscopy: a new technique for the diagnostic work-up of cervical intraepithelial neoplasia allowing a tailored excisional therapy in young fertile women. *Fertil Steril*. 2010; 94 (7): 2726 - 2731.
 22. Di Spiezio Sardo A, De Rosa N, Bifulco G, Piccoli R, Nappi C. Endocervicoscopy: an important diagnostic tool in patients with cervical intraepithelial neoplasia undergoing LLETZ. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012; 91 (6): 760.
 23. Williams AS, Kost ER, Hermann J, Zahn C. Hysteroscopy in the evaluation and treatment of mucinous adenocarcinoma. *Obstet Gynecol*. 2002; 99 (3): 509 – 511.

Viene de pág. 40

PARTO POR CESÁREA A SOLICITUD MATERNA (continuación)

Traducido y resumido por Mireya González Blanco

Los beneficios neonatales del parto vaginal planificado incluyen un menor riesgo de problemas respiratorios y de prematuridad iatrogénica y una estancia hospitalaria más corta.

Aunque las diferencias de riesgo absoluto son pequeñas, los beneficios neonatales de la cesárea planificada incluyen una menor mortalidad fetal, menor tasa de infección del recién nacido, reducción del riesgo de hemorragia intracraneana, asfixia neonatal, encefalopatía, y menos lesiones al nacimiento. En modelos epidemiológicos, la cesárea a solicitud materna realizada a las 40 semanas, reduciría la mortalidad fetal debido a que el parto vaginal planificado puede ocurrir hasta las 42 semanas de gestación. Las tasas de hemorragia intracraneal son similares para partos vaginales espontáneos y partos por cesárea sin trabajo, pero son más elevadas en partos vaginales operatorios y partos por cesárea con trabajo de parto. El mencionado documento señala que también hay débil evidencia de un menor riesgo de encefalopatía neonatal y asfixia con la cesárea electiva sin trabajo en comparación con los riesgos combinados de parto vaginal espontáneo, parto vaginal operatorio, cesárea de emergencia y cesárea con trabajo de parto. La incidencia de lesión del plexo braquial es significativamente menor para el parto por cesárea que para el parto vaginal. La incidencia de laceraciones fetales en el momento del parto por cesárea es menor para la cesárea electiva sin trabajo (0,8%) que para la cesárea no programada (1,4 % – 1,5%). Estudios sobre la mortalidad neonatal y los resultados neonatales a largo plazo carecen de poder estadístico y calidad de los datos para evaluar el efecto de la vía del parto.

Continúa en pag. 57