

LA COLPOMICROSCOPIA *

Dr. J. M. USANDIZAGA-POMBO

EN este breve resumen del trabajo original, nos ocuparemos de algunos aspectos y problemas que plantea la Colpomicroscopia, así como de sus relaciones con la Colposcopia, la Citología y Anatomía Patológica.

El Colpomicroscopio

El aparato propiamente dicho no es más que un microscopio de luz incidente que permite el examen del cuello uterino «in situ» e «in vitro». Por medio de él observamos los elementos celulares, ya sea considerándolos como unidades aisladas, o como partes integrantes de un tejido, a aumentos de 120 y 240 veces, previo cambio del ocular (el objetivo no es móvil).

Técnica

Situada la enferma en posición ginecológica y precedido de la correspondiente Colpocitología y Col-

poscopia, se tiñe el cuello con azul de toluidina al 1 % (basta una simple pincelada con una turunda).

Obstáculos

No siempre resulta posible la práctica de una Colpomicroscopia a una paciente; para Walz esta imposibilidad tendría lugar en el 3 % de ellas.

Los obstáculos encontrados por Dzioba y Kasprzak dimanaban tanto de la incompatibilidad de diámetros del tubo guía con la vagina (vagina demasiado larga o estrecha, neoformación en el introito vaginal) cuanto de las inflamaciones existentes en anejos o parametrios, así como de la emisión de sangre en la superficie a examinar.

En nuestra práctica diaria hemos encontrado además otros inconvenientes que la imposibilitan. Así tenemos los cuellos colocados excesivamente en anteversión o retroversión, o los extraordinariamente móviles, propios de una

* Trabajo comenzado durante el disfrute de una Beca para la iniciación a la Investigación de la Comisaría de Protección Escolar (1962) y galardonado con el Premio «Anales de Medicina y Cirugía» de la Real Academia de Medicina de Barcelona en el Concurso del año 1964.

gestación. En otros casos la obesidad de la mujer ha supuesto un serio «handicap». Digamos finalmente que la irregularidad del hístico de tenca, a consecuencia de una lesión proliferativa allí existente, tiene efecto en este sentido.

Imágenes colpomicroscópicas

Las principales imágenes colpomicroscópicas con que nos podemos encontrar, son:

1.º *Epitelio plano normal.* — Las células parecen poligonales, de límites precisos. El protoplasma se tiñe pálidamente mientras que el núcleo lo hace de color oscuro. El epitelio cerca de la ovulación presenta, en una gran mayoría de casos, células bastante gruesas, de límites claros, núcleo pequeño y picnótico. Cerca de la menstruación tienden a agruparse entre sí.

En la atrofia senil observamos la presencia de células redondas con núcleos relativamente grandes, de forma que su tamaño depende del estado a que pertenecen.

2.º *Ectopia.* — Llama la atención la ausencia de núcleos y la presencia de orificios glandulares repletos de mucosidades.

El límite del epitelio plano y cúbico se nos ofrece a la vista, generalmente, como un borde afilado, pero otras veces no consiste más que en una zona no recubierta de epitelio.

3.º *Zona de epidermización.* — Una epidermización depende del grado de regeneración de un epitelio. Por esto, en el borde externo de la misma se aprecia una zona de variable extensión en la que existen células basales reconocibles por su núcleo redondo y citoplasma celular apenas visible claramente aumentado en su número y que desplazan el epitelio columnar. Esta zona de células basales se encuentra bordeada de otra, ya recubierta por células parabasales e incluso de células intermedias.

4.º *Erosión verdadera.* — Se reconoce claramente por la tinción homogénea del tejido necrótico y de la fibrina.

5.º *Inflamación del epitelio plano.* — En los casos en que existe una fuerte inflamación, se exhiben atipias nucleares y celulares clasificables como imágenes límites de un epitelio intranquilo. Aunque casi siempre sea muy difícil, es posible establecer un diagnóstico diferencial de ambos cuadros, dado el aumento del número de células, tumefacción celular, formas mitóticas, leucocitos y linfocitos, fenómenos que no tienen lugar generalmente en las transformaciones atípicas patológicas.

La práctica de un tratamiento antiinfeccioso, y repetición al cabo de poco tiempo del control, permite observar posibles modificaciones de la imagen colpomicroscópica. De todas formas, en algunos casos de

atipia acentuada, será necesaria la práctica de un examen anatomopatológico.

6.º *Leucoplasia*. — Sólo es visible una mancha blanca, no teñida, formada por escamas celulares anucleadas de citoplasma ligeramente ensuciado. Resultan difícilmente diferenciables de necrosis con apariencia clínica de leucoplasia.

En los carcinomas; en caso de hallarse la superficie epitelial cornificada, no presenta mayores dificultades la diferenciación, dado que la cubierta no es continua.

7.º *Metaplasia indirecta*. — Mientras que la cubierta del epitelio plano permanece intacta, no resulta diagnosticable, pero al cesar esta continuidad, aparece un epitelio indiferenciado de células ovales, casi romboides, de tamaño equivalente al de las células parabasales, ordenadas generalmente a modo de remolinos, con citoplasma ensuciado, núcleo vesicular o algodonoso y nucleolos policromáticos y polimorfos.

8.º *Hiperplasia de las células basales*. — Se ven células de formas sorprendentes, de citoplasma intensamente manchado, de gran afinidad tintórea, y con núcleos considerablemente alargados. Se agrupan en número de 4 ó 5 en la superficie.

9.º *Displasia*. — Entendemos

por displasia modificaciones del epitelio, que si bien se salen de la normalidad, no siempre son incluidas en un cuadro de atipia.

Existe notable polimorfismo y policromasia, de forma tal que el diagnóstico con un carcinoma puede ser muy difícil. Se distinguen dos tipos celulares, unas pequeñas y otras largas con tendencia a la cornificación.

10.º *Atipia epitelial*. — Hay pocas células superficiales diferenciadas, con núcleo considerablemente grueso, de acentuada policromasia y con límite celular solamente insinuado. Su diferenciación de un carcinoma se realiza solamente con garantías después de haberse practicado una biopsia.

11.º *Carcinoma*. — Las características determinables en las células son: polimorfia, molicromasia, fallos en el límite celular, aparición de núcleos grandes, ocasionalmente mitosis, distribución irregular de las células.

Además, pueden referirse otros síntomas no específicos tales como imágenes celulares sorprendentes, células inflamatorias, detritus celulares, disposición de las células en forma de cáscara de cebolla en las papilas celulares, formas en huso.

Si examinamos el límite de la lesión, se aprecia una delgadez del epitelio plano. En una zona más o menos ancha, los núcleos picnóticos se asemejan a los discarióticos,

que abundan en los estratos superficiales.

Walz distingue un carcinoma tipo I, desarrollado en medio de un epitelio plano, del tipo II en que los islotes carcinomatosos se asien-

El diagnóstico diferencial de algunas de estas imágenes no siempre resulta posible sin acudir posteriormente a una comprobación histológica. De todas formas, en el cuadro I reunimos un esquema

Cuadro I. Características colpomicroscópicas de inflamación, metaplasia indirecta, displasia y carcinoma

	Infl.	Met. Ind.	Displasia	Carcinoma	
				In situ	Invasivo
Borde	—	+	+	+	+
Superficie limpia	—	—	+	+	—
Superficie plana	+	+	+	+	—
Tejido conj. papilar	+ —	+	+	+ +	+ +
Polimorfina	+	+	+	+ +	+ +
Policromasina	— +	— +	— +	+ +	+ +
Límite celular	+	+	+ —	—	—
Detritus	+	—	—	—	+
C. Inflam.	+	+ —	+	—	+
Discariosis	+	—	+ —	+	+
Mitosis	—	—	—	+	+

tan en una ectopia o en una infiltración crónica que ha destruido el epitelio columnar.

El precisar colpomicroscópicamente el grado de invasión de una formación maligna no es posible. En general, la superficie de un carcinoma invasivo en contraposición al «in situ», es plana y limpia y no se observan detritus ni células inflamatorias.

comparativo de características más notables.

Valor de la Colpomicroscopia

Debido a que el número de casos examinado por nosotros no es lo suficientemente grande como para poder emitir juicios, preferimos recoger datos publicados por otros autores, que con más autoridad

que la nuestra, proclaman el valor de esta técnica.

Así Walz estudia por medio de la Colposcopia, Citología y Colpomicroscopia, 1.886 pacientes, entre los años 1951-1954, las cuales eran portadoras de algún síntoma sospechoso de neoformación o presentaban alteraciones macroscópicas del cuello. Diagnosticó 84 carcinomas de los que 19 resultaron ser superficiales y 5 preclínicos. Si se considera solamente los falsos negativos, tenemos que fueron el 3,2 por 100 en colpomicroscopia, por 13,3 % y 10 % en colposcopia y citología respectivamente, y si de un modo más concreto nos referimos a sus 19 carcinomas superficiales, vemos cómo no existe ningún falso diagnóstico de negatividad por nuestro método. En el caso de epitelios intranquillos o atípicos, el diagnóstico encierra indudablemente una mayor dificultad, pero con todo, el error continúa siendo inferior.

En un trabajo posterior del mismo Walz se demuestra cómo la cifra de 92,4 % de diagnósticos positivos no es igualada por ninguno de los otros métodos. Dicho tanto por ciento permanece inalterable, aunque se considere solamente los casos de epitelio atípico o intranquilo.

Otras dos conclusiones de sumo interés en dicho trabajo se refieren al valor de la Colposcopia en el diagnóstico del carcinoma, epitelio atípico y epitelio intranquilo, así como al considerable ahorro de

biopsias a que conduce la práctica de la Colpomicroscopia.

Creemos necesario recordar lo expuesto por Walz en la conferencia dada por él en el Servicio del Prof. Usandizaga en 1963. En ella nos refirió cómo en su Clínica de Heidenheim del año 1925 al 1951, el cáncer de grado I constituía el 24,5 % y el III-IV el 50 %, mientras que a partir de dicha fecha el valor del estadio I alcanza el porcentaje de un 54,7 % y el III-IV solamente un 24 %. Asimismo la frecuencia diagnóstica del carcinoma «in situ» ha evolucionado de un 4 % a un 48 %.

No menos importancia revisten las publicaciones de Grunderger. En una serie de 11 carcinomas cervicales demuestra que la Colpomicroscopia es el medio más seguro para poder efectuar un diagnóstico precoz del cáncer.

Posteriormente el mismo Grunderger en un total de 50 carcinomas se encontró con que 15 de ellos no diagnosticados macroscópicamente, 6 eran sospechosos por la Citología, 5 por la Colposcopia, y 8 por la Colpomicroscopia. Ahora bien, considerando los casos en los que el diagnóstico se había obtenido por una sola vía, correspondía dos veces a nuestro método, por una sola vez en los otros. Analizando 13 casos solamente sospechosos macroscópicamente, la Citología resultó 7 veces positiva, 10 la Colposcopia, y 8 la Colpomicroscopia.

En otro trabajo publicado en co-

laboración con Brandl, tiene recogidos 170 casos cuya Colposcopia no era reveladora de nada sospechoso, pero colpomicroscópicamente se podían apreciar células polimorfas y policromáticas. El estudio anatomopatológico reveló 7 carcinomas (1 preinvasivo y 6 invasivos).

Kaufman no cree que la Colpomicroscopia reemplace a la Citología, sino que solamente la utiliza como medio complementario, y aun así afirma que se necesita la confirmación anatomopatológica. De 314 casos, 295 fueron objeto de estudio completo por los cuatro métodos y de entre ellos hubo 19 carcinomas clasificables citológicamente, 3 en el grupo III, y 16 en el V, resultados equivalentes a los 3 dudosos y 16 positivos colposcópicamente.

Szamborski y Widy revisaron 83 casos de carcinoma epidermoide entre los que un 2,4 % fueron falsos negativos, un 8,4 % erróneo y un 75,9% correcto. En un 13,2 % no hubo posibilidad de llegar a un diagnóstico a causa de su localización (3), hemorragia (2), presencia de tejidos necróticos (4) y cambios seniles en vulva y vagina (2).

Dzioba y Kasprzak refieren igualmente la gran precisión diagnóstica de la Colpomicroscopia en erosiones, atipias de epitelio plano y carcinoma. Prassoli en un estudio de 1.365 pacientes, dice que no se puede llegar a conclusiones más alentadoras.

El único trabajo que hemos en-

contrado en autores de habla castellana ha sido realizado por Nagel y cols. En 100 casos estudiados de 1951 a 1962, encontraron concordancia de la Colpomicroscopia con la biopsia 92 veces, mientras que solamente hubo error diagnóstico en 3 pacientes. En 5 enfermas no pudo realizarse esta exploración.

Nuestra casuística

Superadas las dificultades iniciales con que nos encontramos durante bastante tiempo en la práctica de la Colpomicroscopia, hemos revisado 150 pacientes, no sólo por dicho método, sino también citológica y colposcópicamente y en los casos en que juzgamos de interés, practicamos un estudio histológico de la zona en cuestión.

El hocico de tenca se ha presentado con una absoluta normalidad en 93 pacientes y en los 57 casos restantes no ha existido concordancia entre la Colposcopia y la Colpomicroscopia 3 veces, y ninguna entre la Colpomicroscopia y la anatomía patológica. De todas formas, 3 diagnósticos de leucoplasia, 2 de base, 2 de mosaico y 1 de zona roja, no deben de ser considerados como definitivos, pues si bien implican la necesidad de practicar una biopsia, gracias al examen colpomicroscópico ésta hubiera resultado «de lujo».

Los hallazgos discordes consistían en 2 ectopias que examinadas a mayor aumento resultaron ser

ectopias con procesos inflamatorios, y una zona de transformación atípica que en realidad no era más que una simple zona de epitelización.

El examen citológico ha guardado relación correcta con las

otras pruebas; ahora bien, creemos interesante hacer la indicación de que la Citología no tiene otra misión que informar acerca de trastornos en territorios que no pueden ser visualizados colpomicroscópicamente (Ghosh y Ghosh).

