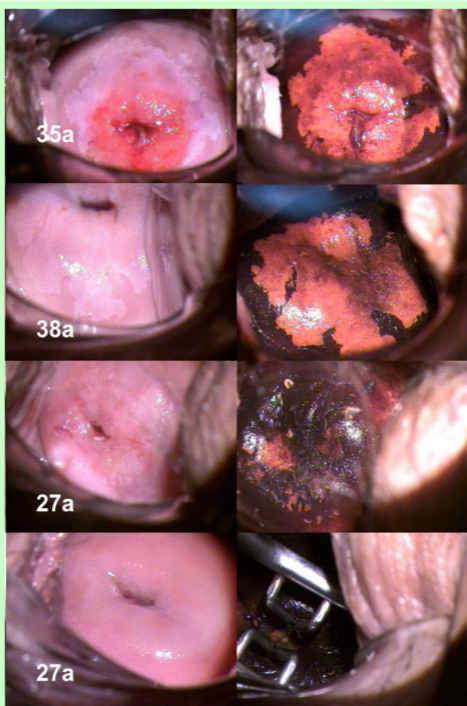


Colposcopia de bolsillo



Prof. Dr. Otilio D. Rosato
Méd. María del Carmen Minetti

recursos
fotográficos
EDITORIAL

2016

ISBN 978-987-4056-06-1



Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Si Ud. desea estar informado de nuestras publicaciones, sírvase remitirnos su nombre y dirección, indicando los temas que sean de su interés.

recursos fotográficos

Dirección:

Deán Funes 52 - 3er piso - Of 320

Pasaje Central - Córdoba - Argentina - X5000AAB

(54) 351 - 4244219 - recfot@gmail.com

www.recfot.com.ar

Colposcopia de Bolsillo

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Colposcopia de Bolsillo

Prof. Dr. Otilio Daniel Rosato

Dra. María del Carmen Minetti

Rosato, Otilio Daniel

Colposcopia de bolsillo / Otilio Daniel Rosato; María del Carmen Minetti.

- 1a edición para el profesor - Córdoba : Recfot, 2016.

60 p. ; 21 x 9 cm.

ISBN 978-987-4056-06-1

1. Colposcopia. I. Minetti, María del Carmen II. Título

CDD 618.1

Editorial:

recursos fotográficos

Deán Funes 52 - 3er piso - Of 320

Pasaje Central - Córdoba - Argentina - X5000AAB

(54) 351 - 4244219 - recfot@gmail.com

Argentina

Teléfono y fax: (54) 351-4244219

recfot@gmail.com - www.refcot.com.ar

Primera edición argentina

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Tirada 100 ejemplares

Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etc.; sin permiso previo por escrito de los autores y la editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the authors and Publisher.

recursos
fotográficos

Editorial científica a medida
Impresión digital a demanda

Alfredo E. BENITO

Deán Funes 52 - 3er piso - Of 320

Pasaje Central - Córdoba - Argentina - X5000AAB

(54) 351 - 4244219 - recfot@gmail.com

Argentina

Teléfono y fax: (54) 351-4244219

recfot@gmail.com - www.refcot.com.ar

Diseño de tapa: Alfredo Benito

Diseño, edición: Alfredo E. Benito

Dedicado a

... mi esposa, hijos y nietos

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Prólogo

Cuando el Profesor Otilio Rosato me encargó escribir el prólogo de su nuevo libro, acepté gustoso y honrado por hacerlo, les aseguro que no es una tarea fácil, tratándose de una obra destinada a los alumnos de Ginecología y Obstetricia, como así también al médico general y de familia y a los residentes de la especialidad

Cabe destacar que el Profesor Otilio Rosato está más que capacitado para escribir este libro, dada su vasta experiencia en el campo de la Colposcopia.

Hace muchos años que ambos atravesamos este inquietante “hobby” de hacer las veces de “detectives colposcópicos” ya que cuando el citólogo nos informa que hay una patología debemos ir con esa lupa binocular, creada por el Dr Hans Hinselmann, a encontrar el sitio de la lesión, utilizando todas las artes por nuestros Maestros enseñadas. Ya que, para un Maestro no hay nada mejor que formar discípulos, y la mejor manera de hacerlo, es sin mezquindades ni egoísmos, entregando todo su saber y arte al servicio de la enseñanza.

En mi caso, una de las enseñanzas que más valoro de mi Maestro el Dr. Carlos Hermansson fue la de ver la lesión y, fundamentalmente, poder clasificarla.

En nuestro país se confunde, a veces, nomenclatura con clasificación, pero actualmente casi se han unificado dichos términos, tan es así que en el Congreso Mundial de Colposcopia en Río de Janeiro en el año 2011, se publica conjuntamente un Consenso de Terminología Clínico-Colposcópica entre la IFPC y la ISSVD, que saliera a la luz en el 2012.

En esta obra, valiéndose de dichas nomenclaturas el Profesor Rosato coloca en forma práctica imágenes, esquemas y explicaciones de cada uno de los ítems que ambas clasificaciones y terminologías presentan.

Este libro, manual o atlas como le quieran llamar, es el instrumento ideal para que el médico lleve en el bolsillo del guardapolvos o tenga en su escritorio y como material de consulta ante imágenes sospechosas o que presenten dudas diagnósticas.

Con gran espíritu didáctico, Rosato nos presenta a la comunidad médica esta posibilidad de fácil consulta en tiempos que la computación, internet y demás avances tecnológicos están más al alcance de los profesionales, pero la gran diferencia es que este libro está elaborado por alguien experto en el tema, Maestro de la Colposcopia Latinoamericana, ex Presidente de la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia, Secretario de la Federación Latinoamericana de Pato-

logía del TGI y Colposcopia, Jefe del Servicio de Colposcopia y TGI y Director General del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de la Ciudad de Córdoba Argentina, y Profesor de Ginecología de la Universidad Nacional de Córdoba.

Mucho le agradezco al autor, haberme hecho participe de esta obra aunque más no sea prologándola.

Deseo firmemente que este material cumpla con los objetivos que el Maestro Otilio Rosato se ha impuesto, y que sea de gran utilidad para los colegas, que sepan aprovechar los años de experiencia en el tema resumidos en este “Colposcopia de bolsillo”.

Dr Ricardo J. Gueglio

Presidente de la Federación Latinoamericana de Patología del TGI y Colposcopia
Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Palabras del autor

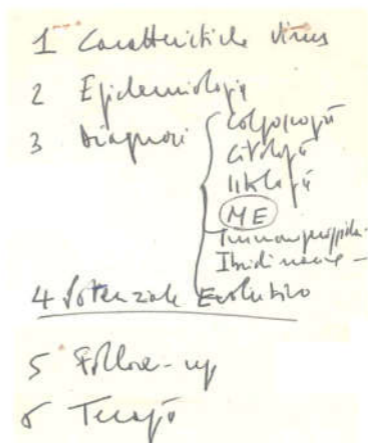
Mis primeros pasos en colposcopia y patología cervical iniciaron al poco tiempo de haber ingresado a la II^o Cátedra de Clínica Ginecológica, allí conocí las bondades de este método complementario en pleno auge en la ciudad de Córdoba a inicios de la década del '80, pero el puntapié que despertó mi entusias-



mo por esta especialidad sucedió al concurrir al Istituto Nazionale dei Tumori de Milán, bajo la tutela del Profesor Giuseppe de Palo (in

memoriam) pionero de la Colposcopia y luego Presidente de la IFPCP. Con él aprendí esta disciplina en profundidad y fue él quien de puño

y letra indicó el tema y desarrollo de mi Tesis Doctoral una tarde del otoño italiano en el bar del Instituto.



A partir de allí trabajé como Encargado y Jefe del Departamento de Patología Cervical y Colposcopia del HUMN, en el ámbito asistencial y universitario del Servicio y Cátedra dirigida por

el Prof. René A. Del Castillo, quién sería justamente el Director de la Tesis indicada por de Palo y más tarde me introdujera en la cirugía pelviana oncoginecológica, debo agradecer su confianza, apoyo y estímulo permanentes para mi desarrollo tanto profesional como personal.

Además, quiero reconocer el invaluable apoyo del Dr. Baltasar Lema, eximio patólogo, reconocido docente por su didáctica, que integró la Comisión de Tesis y examinó las muestras histopatológicas del trabajo.

A los miembros de la Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia por haberme permitido transcurrir 25 años en su seno aprendiendo un poco de todos ellos y que presidí en el período 2011-2012.

A mi amigo personal, Dr. Ricardo Gueglio, con quién compartí un trienio (2013-2016) de arduo trabajo en la Federación Latinoamericana de Tracto Genital Inferior y Colposcopia como Secretario General durante su Presidencia, situación que reforzó aún más nuestra amistad.

Finalmente, expresar mi agradecimiento a la Dra. María del Carmen Minetti por acompañarme en este proyecto con sus didácticas descripciones; y los Médicos del Servicio de Patología Cervical y Colposcopia del HUMN, particularmente a Víctor Cortez, Delicia Altamatino y Laura Lafuente, y al grupo de patólogos, Luis Spitale, Cristina Trezza, Carla Bongiorno y Andrea Calabresse.

Considero que la Colposcopia debe ser una metodología habitual del examen ginecológico, ya que permite realizar la semiología del cuello uterino, vagina, vulva y actualmente se extiende al periné y al ano.

En nuestro medio, al igual que en otros países, la Colposcopia se mantiene como un método eficaz, confiable y de bajo costo para la evaluación del TGI.

Colposcopia de Bolsillo, es la presentación de casos personales vivenciados en la consulta cotidiana como aporte a médicos jóvenes y en formación a modo de guía de aprendizaje de esta disciplina.

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Índice General

Prólogo	9
Palabras del autor	13
Historia de la Colposcopia	19
Colposcopia. ¿Qué es la Colposcopia?	23
¿Cómo debe hacerse la Colposcopia?	24
Biopsia: Procedimiento	27
Características colposcópicas del cérvix en adolescente	29
Hallazgos no vinculados a Lesiones Intraepiteliales	29
Menopausia	32
Modificaciones del cuello uterino durante el embarazo	34
Para tener en cuenta en la práctica diaria	35
Metodología Diagnóstica para el Estudio del Cuello Uterino	38
Prueba de Papanicolaou:	38
Toma de la muestra	38
Sistema Bethesda 2001 (resumido)	39
2012 IFCPC-ISSVD terminología clínico colposcópica	47
CUELLO UTERINO	53
Hallazgos Anormales	65
Hallazgos anormales inespecíficos	83
Hallazgos sospechosos de invasión	89
Hallazgos varios	90

VAGINA	101
Hallazgos Anormales	101
Hallazgos normales	102
Hallazgos anormales	103
Hallazgos varios	106
Hallazgos sospechosos de invasión	107
VULVA, ANO, PERINÉ	109

Historia de la Colposcopia

Hans Hinselmann nació el 6 de agosto de 1884, en Neumuenster, Alemania. Estudió Medicina en Heidelberg y Kiel en 1908. De 1912 a 1925 estuvo en Bonn con su maestro Otto von Franqué y llegó a ser jefe de departamento en la Clínica de Ginecología entre 1917-18. En 1924, Hans Hinselmann inició una investigación muy minuciosa para examinar la vulva y el cérvix.



Empieza por revisar el cuello uterino con una lámpara frontal de von Eicken con au-



mentos de 1.2 y 1.7, sin embargo esto resultaba difícil e insatisfactorio. Con la ayuda de los técnicos de la empresa Leitz, construyó un micros-

copio binocular con luz propia y distancia focal de 80 mm, dicha distancia focal hacía la colposcopia casi imposible.

En esta época, se consideraba cáncer temprano un cáncer de 1,5 cm de diámetro, era raro encontrar un cáncer más pequeño. Empleando el colposcopio, Hinselmann fue capaz de detectar cánceres cervicales iniciales.

El 9 de octubre de 1925, la Revista Münchner Medizinische Wochenschrift publicó su artículo: Un hito histórico, de la revisión espéculo-macroscópicas al examen espéculo-colposcópico.

En 1926, lo nombran Director del Departamento de Ginecología del Hospital de Altona y así creó el primer servicio de col-

poscopia en el mundo. En 1938, describió e introdujo la prueba del ácido acético, tan importante como el propio colposcopio; también describió la zona de transformación, el puntillado y el mosaico.

La prueba de Shiller: el Dr. Walter Schiller de Viena encuentra que la solución yodo yodurada (lugol) aplicada en el cérvix marcan los sitios de epitelios patológicos en la región cervical.

La colposcopia se difundió lentamente, por la falta de material didáctico y una nomenclatura compleja. Sin embargo, se propagó en Alemania gracias a Limburg, Mestwerdt y Gans quienes fueron los primeros en adoptarla; en Suiza Wespi, Glattar, Wattville y Antoine; Crumberger en Austria; todos dentro de la cultura Germana. En el resto del mundo se dificultó su propagación debido al idioma, a la segunda guerra mundial, a la difusión de la citología cervical.

Otros aportes referidos a la difusión de la colposcopia en el mundo fueron Coppleson en Australia; Schmitt, Bolten y Stafl en EUA; **Jacobs en Argentina**; De Morales en Brasil. En 1971 se forma el grupo colposcópico Británico, en 1980 la sociedad Italiana de colposcopia, en 1983 la sociedad Japonesa de colposcopia, etc.

Llegó a América en la década del '30, los países pioneros fueron Argentina y Brazil. En 1964 se fundó la Sociedad Argentina de Patología Cervical y Colposcopía y en 1972, en Mar del Plata, se reúnen los colposcopistas del mundo y se funda la Federación Internacional de Colposcopía y Patología Cervical (IFCPC).

La colposcopia moderna es uno de los aportes para la prevención y detección tem-

prana de la neoplasia cervical, contribuyendo al mejoramiento de la salud integral de la mujer.

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

COLPOSCOPIA

¿Qué es la Colposcopia?

Es un examen que sirve para localizar las lesiones detectadas previamente con la citología, para ser biopsiadas y diagnosticadas definitivamente, por medio de un aparato óptico que permite observar el cuello uterino de una distancia entre 20 mc y 30 cm y con un aumento que va de 5X a 40X (según las características del equipo). El aumento permite reconocer algunas alteraciones estructurales del epitelio, no visibles a simple vista y observar nítidamente la arquitectura del sistema vascular superficial.

Complementariamente al examen visual se utiliza la aplicación de una solución de ácido acético al 5% (colposcopia prolongada) que permite una mejor diferenciación de la mucosa exocervical de la endocervical.

Como el epitelio superficial endocervical contiene mucina, que coagula por acción del ácido acético y toma un color blanco opaco, lo distingue claramente de la mucosa exocervical revestido de epitelio pavimentoso, cuyo color permanece invariable.

A continuación se realiza el test de Schiller, que aplica solución yodo - iodurada o solución de Lugol o tintura de yodo con una torunda de algodón impregnada. Dado que el epitelio exocervical normal contiene glucógeno fija al yodo tomando una coloración marrón caoba (oscuro, negruzco, madera de caoba, marrón oscuro).

Esta coloración no aparece en muchas condiciones patológicas, en las cuales falta el glucógeno del epitelio superficial. El epitelio endocervical no se colorea o tiñe.

¿Cómo debe hacerse la Colposcopia?

Comprende el examen del exocérvix, del orificio externo, de la parte visible del conducto cervical, de la unión escamo cilíndrica, de los fondos de sacos vaginales, de las paredes vaginales, el examen vulvar y perianal.

Es conveniente comenzar con una explicación del procedimiento y que aportes brinda, también se debe informar sobre las sensaciones físicas que implica el estudio, esto permite una mayor colaboración y relajación de la paciente.

Se deben obtener y registrar: datos demográficos; información clínica respecto a: edad, FUM (fecha de última menstruación), paridad, PAC (práctica anticonceptiva), tratamiento hormonales, antecedentes de enfermedades del tracto genital inferior, tratamientos efectuados y todo dato de relevancia que se considere pertinente.

La paciente se ubica en posición ginecológica y según los datos clínicos obtenidos se selecciona y coloca el espéculo más adecuado perpendicularmente en el canal vaginal, evitando rozar la uretra, cuando aparece el cuello se separan las valvas para ubicarlas en los fondos de saco vaginal anterior y posterior. Es conveniente evitar traumatismos en la superficie del cuello que dificultan la posterior interpretación colposcópica y eventualmente citológica. Si es pertinente se toma material para muestreo citológico; a veces esto provoca un escaso sangrado que cede con una suave compresión con una torunda de algodón. Varios autores (Cartier, Apgar), antes de la aplicación del ácido acético, limpian el cérvix con solución fisiológica

para visualizar la vascularización con el filtro verde y valorar la presencia de leucoplasia que expresa el engrosamiento de la capa de queratina del epitelio.

Con un pulverizador se aplica abundante ácido acético al 5% y mediante torundas de algodón, gasas o hisopos se empapan suavemente el cérvix, fondo de sacos y paredes vaginales. El ácido acético debe permanecer en contacto con los epitelios entre 1 a 2 minutos, pasado ese tiempo hay que repetir la aplicación.

Se procede a la utilización del colposcopio para la observación sistematizada de los epitelios, comenzando desde el orificio cervical externo, hacia afuera hasta culminar en los fondos de saco y paredes vaginales. Se trata de visualizar alteraciones epiteliales que se manifiestan por la reacción acetoblanca, que se presenta rápida o lentamente según la gravedad de la anormalidad epitelial, de igual modo se valora la disminución de la reactividad.

Si dentro del área acetoblanca existen patrones vasculares, se examinan a mayor aumento y utilizando el filtro verde. Para la evaluación del endocérvix se utiliza un especulo endocervical o pinzas que permitan la apertura del orificio cervical externo para examinar la unión escamo cilíndrica cuando ésta no se encuentra en el exocérvix.

Antes de aplicar la solución de lugol, se debe preguntar si hubo previamente reacciones alérgicas al yodo, ésta tiñe los epitelios pavimentosos normales de color caoba, lo cual indica que las células contienen glucógeno en el citoplasma; la falta de tinción traduce la existencia de epitelios aglucogénicos. Los epitelios metaplásicos pueden mostrar una tinción

variada y el epitelio cilíndrico adopta un color amarillo mostaza.

Un aspecto importante del procedimiento es la documentación de los hallazgos, para ello se puede utilizar un diagrama del cérvix, donde estén detallados el orificio cervical externo, la unión escamocolumnar, los hallazgos normales o anormales visualizados en los epitelios. Es importante dejar registro de la visualización completa o no de la zona de transformación, la localización y extensión de las lesiones anormales y los hallazgos sospechosos de cáncer invasor.

Una vez completado el examen cérvico-vaginal y retirado el espéculo se procede al examen vulvoscópico, perineal y perianal, si es necesario también se puede utilizar ácido acético al 5%, en la pesquisa de lesiones superficiales.

Al finalizar hay que dar una apreciación preliminar sobre el resultado, responder, siempre que sea posible, las preguntas de la paciente en lenguaje claro y comprensible.

Biopsia: Procedimiento

Se realiza después de un minucioso examen colposcópico que permite valorar el gradiente de sospecha de las imágenes según su localización y aspecto, y elegir los sitios más adecuados para la toma de la muestra tisular. Hay algunos aspectos importantes a tener en cuenta:

Para tomar la muestra se utilizan pinzas sacabocado adecuadamente afiladas, de abertura amplia para lograr la profundidad adecuada, que permita que el fragmento obtenido tenga suficiente tejido conjuntivo.

Las muestras obtenidas se colocan en frascos debidamente rotulados con el nombre y apellido de la paciente, N° de historia clínica o en su defecto N° de DNI, el fijador ideal es el Bouin (fijador nuclear), aunque habitualmente se utiliza formol diluido al 10%.

Si la imagen a biopsiar abarca ambos labios del cérvix, se debe realizar primero la biopsia en el labio posterior, para evitar que la hemorragia dificulte la visión en la ulterior toma en el labio anterior. Cuando la lesión es única, con una sola biopsia es suficiente, pero en el caso de lesiones complejas es necesario realizar múltiples tomas para descartar invasión, en este caso es conveniente que cada toma sea fijada en frascos separados e identificados con el sitio del cual proviene.

Cuando la imagen a biopsiar está localizada en el borde del orificio externo, la parte fija de la pinza se introduce dentro del conducto y la parte móvil queda en el exterior; las biopsias del exocérvix a menudo son más dificultosas porque la pinza suele resbalar, para evitar esto se utiliza

una pinza de Pozzi con la cual se realiza un pliegue de la mucosa exocervical cercano al sitio a biopsiar.

Para las biopsias de cuello o tercio superior de la vagina, no es necesario aplicar anestesia; esta última es necesaria cuando se toman del tercio distal de la vagina o de la vulva. Para las biopsias vulvares se emplean punch o bien pinzas sacabocado. La pinza de biopsia, luego de la toma, debe permanecer cerrada mientras transporta la muestra hasta introducirla en el fijador. Debemos asegurarnos de tomar todas las muestras necesarias antes de realizar la hemostasia con torunda de algodón o hisopo empapado en solución de Monsel que se aplica sobre el tejido ejerciendo presión; también se puede utilizar barras de nitrato de plata.

Luego, se remiten los frascos rotulados al laboratorio de Anatomía Patológica y adjunto a los datos identificatorios de la paciente los antecedentes clínicos y el mapeo colposcópico en el cual se indican los sitios de las tomas de biopsias efectuadas.

Características colposcópicas del cérvix en adolescente

Las características anatómicas, histológicas y fisiológicas del cérvix, vagina y vulva varían según la edad, factores individuales y estímulo hormonal estrogénico (aumentado en diferentes etapas de la vida: período fetal, adolescencia, embarazo y uso de hormonas exógenas).

El aumento de estrógeno que se produce en la etapa post puberal (adolescencia temprana y media 12 a 16 años) imprime una marcada actividad en los epitelios del cuello uterino estimulando su proliferación.

Hallazgos no vinculados a Lesiones Intraepiteliales

El examen colposcópico en la adolescencia muestra cérvix de diferentes tamaños, con un orificio externo generalmente representado por una hendidura transversal pequeña. La presencia de epitelio glandular en el exocérvix (ectopia de variable extensión), es un hallazgo frecuente (70% de los casos entre los 13 y 15 años), como resultado de la estimulación estrogénica; uno de los caracteres que induce a determinar el origen congénito de la ectopia es la presencia de un borde nítido y cercenado que la separa del epitelio pavimentoso. Antes de la pubertad, el pH vaginal es menos ácido y permite la presencia de epitelio cilíndrico pero, al activarse la función folicular y producir estrógenos, el pH se acidifica y constituye un estímulo para que, a partir de las células subcilíndricas del epitelio columnar se desencadene el

proceso de metaplasia; que tiende a sustituir desde la periferia al centro a la ectopia, por un epitelio pavimentoso, esto da origen a la zona de transformación del cérvix adolescente que contiene, por su actividad celular, mayor cantidad de proteínas y bajo el efecto del ácido acético muestra una imagen acetoblanca. Debido a los cambios epiteliales del cuello uterino, en esta etapa de la vida aumenta la susceptibilidad para contraer patologías infecciosas del TGI.

Otro hallazgo colposcópico, que se encuentra en el 5% de las mujeres menores de 20 años, es una imagen acetoblanca con patrones vasculares tipo punteado o base (lugol negativo) y que al ser biopsiadas revelan una metaplasia escamosa detenida, sin madurar, llamada zona de transformación congénita; se ubican alejadas del orificio cervical externo, predominan en el labio anterior y se extienden hacia el saco vaginal anterior; también en las adolescentes cuyas madres recibieron estrógenos sintéticos durante la gestación, es posible encontrar epitelio cilíndrico en la vagina (adenosis), como consecuencia de una anomalía útero vaginal en la que se produce el desplazamiento de la unión escamo columnar.

Otros hallazgos colposcópicos inflamatorios o anormales vinculados a lesiones intraepiteliales no difieren de los encontrados en la mujer adulta.

En la adolescente es común encontrar hallazgos anormales vinculados a lesión de bajo grado por infección de HPV, hay que tener en cuenta que estas lesiones son generalmente infectivas y no transformantes y que suelen regresar espontáneamente a la normalidad, es importante te-

nerlo en cuenta para evitar el sobre-diagnóstico y sobretatamiento, sin dejar de considerar el grupo de adolescentes que presentan “factores de alto riesgo” a fin de tomar la conducta de seguimiento o tratamiento adecuada.

MENOPAUSIA

Cambios fisiológicos del cuello uterino

Disminuyen los estrógenos → atrofia → aplastamiento.

Estenosis del conducto cervical.

Desplazamiento del límite escamo-columnar (entropión).

Reemplazo del tejido conjuntivo por colágeno.

Pérdida del estrato intermedio y superficial.

Aspectos colposcópicos

Mucosa rosada pálida.

Fragilidad capilar.

Petequias subepiteliales.

Ácido acético: poco efectivo.

Yodo: color amarillento, moteado.

Epitelio columnar, cuando es visible es bajo y atrófico.

Según la Academia Internacional de Citología, los extendidos en la menopausia pueden ser:

Estrogénicos: cuando hay presencia de células superficiales.

Progesterogénicos: presencia de células de estrato intermedio.

Atróficos: predominan las células parabasales.

Prevalencia de VPH en la menopausia

En la mujer climatérica es de 34%, de las cuales 24% poseen tipos de alto riesgo oncogénico.

VPH 16 se encontró en el 72% de los casos y VPH 31 en el 16%

Smith EA, et al. Persistent HPV infection in postmenopausal age women. Int J Gynecol & Obstet 2004; 87: 131-137.

En la postmenopausia, la mucosa endocervical se retrae al interior del conducto cervical. Es un dato de importante consecuencia práctica que se confirma a través de la colposcopia.

Esta retracción puede estar relacionada con el proceso involutivo del cuello uterino.

Esta modificación también se aprecia en la cubierta epitelial, el epitelio plano exocervical, aparece hipotrófico, con escaso glucógeno, y sólo el 20% de las mujeres presenta un cuello yodo-oscuro después del año de la última menstruación, este adelgazamiento del epitelio puede dejar traslucir los pequeños vasos capilares que forman una red superficial. Esto explica el fácil sangrado del cuello y vagina en la postmenopausia.

Modificaciones del cuello uterino durante el embarazo

La gestación imprime al cuello uterino modificaciones histológicas que pueden cambiar notablemente el aspecto colposcópico.

1- Modificaciones del estroma

- A- Hipervascularización
- B- Edema
- C- Infiltrado inflamatorio
- D- Reacción decidual

2- Modificaciones en el epitelio plano estratificado

- A- Aumento del espesor
- B- Hiperactividad basal con aumento del número de mitosis

3- Modificaciones en el epitelio cilíndrico

- A- Hiperplasia glandular
- B- Hipertrofia glandular
- C- Hiperplasia epitelial
- D- Metaplasia escamosa a partir de células de reserva

Imágenes fisiológicas que se pueden observar durante el embarazo

- A- Ectropión: aparece en el primer trimestre del embarazo en labio anterior y posterior con bordes circinados y pasando bruscamente del epitelio plano al cilíndrico.
- B- Hiperplasia glandular: marcada, con quistes de retención aumentados de tamaño, transparentes y surcados por vasos dilatados en superficie.
- C- Deciduosis: hay que tenerla en cuenta para no confundirla con una le-

sión sospechosa, puede asentar en el epitelio cilíndrico de la ectopia o en la zona de transformación. En general aparece como una sobreelevación que se blanquea con la aplicación de ácido acético.

- D- Pólipos: originados en la mucosa que aumenta de tamaño con la gestación; colposcópicamente se distinguen las papilas de tejido cilíndrico tras la aplicación de ácido acético.

Dificultades para la visualización de las imágenes del cuello en las embarazadas relacionadas a la histofisiología del cuello:

- A- Aumento del volumen de las papilas.
- B- Coexistencia de infecciones específicas e inespecíficas
- C- Presencia de moco cervical con aumento de adherencia y densidad.
- D- Fragilidad capilar y hemorragia fácil.

Dificultades técnicas:

- A- Vagina exuberante en las multíparas
- B- Malposición del cuello uterino por la gestación

PARA TENER EN CUENTA EN LA PRÁCTICA DIARIA

- 1) Cualquier momento de la gestación es oportuno para realizar el estudio citocolposcópico, cuanto más temprano mejor.
- 2) La metodología diagnóstica es igual que en la paciente no embarazada, solo se evita el estudio del conducto

- cervical, ya que es muy peligroso.
- 3) La ectopia que se presenta en el primer embarazo, es más marcada que la que se produce en los siguientes.
 - 4) La ectopia favorece el estudio citocolposcópico por que la unión escamo-columnar se aleja del orificio cervical externo y se muestra fácilmente.
 - 5) El moco cervical espeso suele dificultar el diagnóstico citológico, se aconseja eliminarlo previamente.
 - 6) La muestra para biopsia debe ser bien seleccionada y la pinza bien afilada.
 - 7) Hacer hemostasia compresiva, tocar con Monsell, no dejar mechas vaginales.
 - 8) Muchas veces una sola muestra citológica no es suficiente, haciendo dos o tres con sesenta días de intervalo el acierto es mucho mayor.
 - 9) Ante la presencia viral, tranquilizar a la madre, debe saber que las lesiones se pueden multiplicar y crecer durante el tiempo de embarazo, pero debemos tratarlas en el momento oportuno.
 - 10) Las lesiones intraepiteliales, (no microinvasoras) se deben tratar en el puerperio alejado, después de 60 días y no son indicación de cesárea.
 - 11) La indicación de conización se debe limitar al máximo y solo se realizará ante la firme sospecha histológica de microinvasión.
 - 12) Recordar que el embarazo modifica el aspecto y morfología del cuello, no confundir imágenes fisiológicas con patológicas.
 - 13) Ante la presencia de cáncer invasor y embarazo, esmerarse en estadi-

ficar correctamente la enfermedad e informar a la paciente.

- 14) Tratar en lo posible que el embarazo y el cáncer terminen juntos.

Metodología Diagnóstica para el Estudio del Cuello Uterino

Prueba de Papanicolaou: Toma de la muestra

Según Curiel Valdez, el PAP es una de las pruebas que más se realizan con el propósito de detectar tempranamente el cáncer cervical, su sensibilidad y especificidad no es lo que se quisiera porque puede haber un 40% de falla en la detección de una lesión premaligna o cáncer. El procedimiento tiene cuatro fases:

1. Toma de la muestra, incluidas las condiciones previas de la paciente.
2. Interpretación citológica y reporte del resultado.
3. Oportunidad de la entrega de resultados (al profesional) e informe al paciente.
4. Seguimiento posterior.

La fase menos atendida es la obtención de la muestra, ésta tomada adecuadamente es la que asegura el resultado final en el reporte.

Es imprescindible recordar que el propósito del estudio es contar con cantidad suficiente de células de la zona de transformación y unión escamocolumnar. Dado que son las regiones más vulnerables debido a que su epitelio es más delgado y carece de células inmunocompetentes. Siguiendo las pautas establecidas por la OMS (2006) se recomienda el siguiente protocolo para el seguimiento de las mujeres con resultado de citología anormal:

Resultado de la citología: conductas a realizar

Insatisfactorio	Repetir citología lo antes posible.
Negativo	Repetir citología según norma nacional (frecuencia 1-1-3).
ASC-US	Repetir citología en 6 meses o un año.
ASC-H	Derivar para colposcopia y biopsia, y tratamiento si fuera necesario.
L-SIL	Repetir citología en 6 meses o un año.
H-SIL	Derivar para colposcopia y biopsia, y tratamiento si fuera necesario.
AGC o células malignas o AIS endocervical	Derivar al hospital para mayor investigación y tratamiento.

Debe asegurarse el traslado de las mujeres con lesiones que requieren tratamiento a los centros especializados donde se realizan dichas prácticas.

Fuente: OMS 2006.

Sistema Bethesda 2001 (resumido)

Adecuación a la muestra

- Satisfactoria para la evaluación
- No satisfactoria para la evaluación
 - o Muestra rechazada
 - o Muestra analizada pero insatisfactoria

Categorización general

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad
- Anormalidad celular epitelial
- Otro

Interpretación / resultado

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad
 - o Microorganismos: Tricomonas, Cándida, cambios en la flora sugestivos de vaginosis, Actynomices, imágenes ce-

lulares propias de infección por herpes simple. Otros hallazgos no-neoplásicos: cambios reactivos por inflamación, radiación o DIU, atrofia.

- Anormalidades celulares epiteliales
 - o Células escamosas
 - Células escamosas atípicas de significado incierto (ASC-US) no se puede excluir lesión alto grado (ASC-H)
 - Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-SIL)
 - Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-SIL)
 - Carcinoma de células escamosas
 - o Células glandulares
 - Células glandulares atípicas (especificar endometriales, endocervicales o no especificadas)
 - Células glandulares atípicas probablemente neoplásicas
 - Adenocarcinoma endocervical in situ
 - Adenocarcinoma
 - o Otras
 - o Células endometriales en mujeres de 45 o más años.

Fuentes: OMS 2006, IARC 2005. Nayar R, Wilbur DC. The Pap test and Bethesda 2014. Cancer Cytopathology 2015; 123(5):271–281.

International Federation of Cervical Pathology and Colposcopy
IFCPC2017 World Congress
for Cervical Pathology and Colposcopy
 April 4-7, 2017 | Orlando, Florida

Friday, April 7

07:00 AM - 08:00 AM	Breakfast/Visit Exhibits/Poster Presentations Windermere Ballroom WX/Regency Rotunda
08:00 AM - 10:00 AM	Plenary Debates - Resolved! Moderators: Pierre Martin-Hirsch, MD & Alan Waxman, MD, MPH Room: Windermere Ballroom YZ
08:00 AM - 08:30 AM	Random Biopsies have no Place in Colposcopy Practice Charles Redman, MD (PRO) vs. Warner Huh, MD (CON)
08:30 AM - 09:00 AM	Cryotherapy has no Place in Colposcopy Practice Pierre Martin-Hirsch, MD (PRO) vs. George Sawaya, MD (CON)
09:00 AM - 09:30 AM	Endocervical Sampling (Curettage) has no Place in Colposcopy Practice John Tidy, BSc, MD, FRCOG (PRO) vs. Robert Pretorius, MD (CON)
09:30 AM - 10:00 AM	The Future of Colposcopy is Well Illuminated Walter Prendiville, MD (PRO) vs. David Chelmow, MD (CON)
10:00 AM - 10:30 AM	Break/Visit Exhibits/View Posters Windermere Ballroom WX/Regency Rotunda

Hosted By

The society for basic genetic and molecular medicine

PROGRAM

Random Biopsies have no Place in Colposcopy Practice
 Charles Redman, MD (PRO) vs. Warner Huh, MD (CON)

Cryotherapy has no Place in Colposcopy Practice
 Pierre Martin-Hirsch, MD (PRO) vs. George Sawaya, MD (CON)

Endocervical Sampling (Curettage) has no Place in Colposcopy Practice
 John Tidy, BSc, MD, FRCOG (PRO) vs. Robert Pretorius, MD (CON)

The Future of Colposcopy is Well Illuminated
 Walter Prendiville, MD (PRO) vs. David Chelmow, MD (CON)

Estudio del conducto cervical

Durante el último Congreso, de abril de 2017, de la IFCPC se planteó el beneficio de realizar una biopsia o un estudio citológico exhaustivo para detectar patologías en el conducto cervical. Los disertantes, John Tidy presentó información y casuística en detrimento de la biopsia y en favor del estudio citológico; mientras que Robert Pretorius defendió la biopsia. Un vez presentados ambos argumentos se le solicitó a los participantes su opinión en votación a mano alzada la cual arrojó un resultado que avaló el estudio citológico.

No obstante, el consejo del autor es la individualización de los casos, análisis del instrumental y recursos disponibles; ya que son situaciones especiales que deben ser solucionadas en base a la experiencia.

¿Por qué una nueva Nomenclatura Colposcópica IFCPC?

Modernizar la nomenclatura tomando en cuenta la nueva información disponible. Incluir las críticas hechas a la Nomenclatura 2002.

Agregar la nomenclatura vaginal y vulvar, para tener una nomenclatura del tracto genital Inferior.

Tomar en cuenta la nomenclatura del comité de la Sociedad Internacional para el estudio de las enfermedades vulvo vaginales.

Agregar la terminología de las diferentes técnicas de escisión con asa diatérmica del cuello uterino.

Se describen más las imágenes normales, buscando una diferenciación de lo anormal.

Al agregar a la nomenclatura conceptos de “adecuada o no” trata de describir los casos en los cuales la sensibilidad del método se ve disminuida y que escapan muchas veces a la experiencia del colposcopista.

Una vez más, se presta mucha atención a la zona de transformación.

Se describen los componentes tisulares del tracto genital inferior, su extensión y localización.

CUELLO UTERINO

Evaluación general del examen colposcópico

- A- Estudio es adecuado o inadecuado.
- B- Visibilidad de la unión escamosa.
- C- Establecer tipo de zona de transformación: 1 - 2 - 3.

A1. Evaluación General: adecuada

- Visión completa del cérvix.
- No inflamación.
- No sangrado.

A2. Evaluación General: inadecuada

- Trauma - inflamación.
- Atrofia severa.
- Cérvix no visible completo.

B. Visibilidad de la unión escamocolumnar

- Completamente visible.
- Parcialmente visible.
- No visible.

Determina la calidad del estudio.

Determina el grado y tipo de escisión.

C. Tipos zona de transformación

- Tipo 1: visible completamente situada en el exocérvix.
- Tipo 2: con componente endocervical pero visible completamente.
- Tipo 3: situada en el canal cervical y no se ve completamente.

Hallazgos colposcópicos

Normales

- a- Epitelio escamoso original: maduro / atrófico.
- b- Epitelio columnar (ectopía)

- c- Epitelio escamoso metaplasico (quistes, Naboth, aberturas glandulares).
- d- Deciduosis en el embarazo.

Anormales: principios generales:

- Ubicación de la lesión.
- Dentro/fuera de la zona de transformación.
- Ubicación según agujas del reloj.
- Tamaño de la lesión.
- Número de cuadrantes comprometidos.
- Porcentaje del cuello que abarca la lesión.

Anormales: grado I:

- Epitelio aceto blanco delgado.
- Aparición lenta y evanescencia rápida.
- Bordes geográficos e irregulares.
- Puntillado fino.
- Mosaico fino.

Anormales: grado II:

- Epitelio aceto blanco denso.
- Aparición rápida y persistente.
- Orificios glandulares abiertos con bordes engrosados.
- Bordes marcados y regulares.
- Puntillado grueso.
- Mosaico grueso.
- Signo del borde interno y de la cresta.

Anormales no específicos:

Pueden representar lesiones benignas como lesiones vinculadas anomalías celulares epiteliales.

- Leucoplasia (25% HSIL).
- Erosión.
- Test de Schiller.

Sospecha de invasión:

- Lesión exofítica.
- Superficie irregular.
- Ulceración necrótica.
- Tumoración nodular.
- Vasos atípicos.

Hallazgos varios o misceláneas

- Pólipo.
- Condiloma.
- Anomalías post-tratamiento.
- Endometriosis.
- Inflamación.
- Zona de transformación congénita.

Tratamiento y tipos de escisiones

- Tipo I: resección zona de transformación tipo 1 exocervical; 8 mm de longitud.
- Tipo II: resección zona de transformación tipo 2; compromiso endocervical, límite escamocolumnar visible; longitud acorde al límite distal.
- Tipo III: resección zona de transformación tipo 3; compromiso endocervical, límite escamocolumnar no visible; longitud 20 mm (Asa, Aguja Leep o bisturí).

** Longitud: distancia entre el margen distal al margen proximal.*

VAGINA

Evaluación general

- Adecuada/inadecuada a causa de (por ejemplo: inflamación, sangrado, cicatriz).
- Zona de transformación.

Hallazgos colposcópicos

Normales

- Epitelio escamoso: maduro / atrófico.

Anormales:

Principios generales: ubicación:

- Tercio superior/dos tercios inferiores, anterior/posterior/lateral (derecho o izquierdo).

Grado I (Menor):

- Epitelio acetoblanco delgado.
- Puntillado fino.
- Mosaico fino.

Grado II (Mayor):

- Epitelio acetoblanco denso.
- Puntillado grueso.
- Mosaico grueso.

Sospecha de invasión:

- Vasos atípicos
- Signos adicionales: Vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración (necrótica), tumoración nodular.

Anormales no específicos:

- Epitelio columnar (adenosis)

- Teñido de la lesión con solución de
- Lugol (Test de Schiller): positivo, leucoplasia.

Hallazgos varios o misceláneas

Erosión (traumática), condiloma, pólipo, quiste, endometriosis, inflamación, estenosis vaginal, Zona de transformación congénita.

2012 IFCPC-ISSVD terminología clínico colposcópica

VULVA

Clasificación clínica de la IFCPC - 2011

Definiciones básicas

Estructuras:

Uretra, aberturas conductos Skene, prepucio, frenillo, pubis, labio mayor, labio menor, surco interlabial, vestibulo, aberturas glándulas vestibulares, aberturas glándulas Bartholino, comisura posterior, perineo, ano, unión escamocolumnar anal (línea dentada).

Composición:

Epitelio escamoso; con vello, sin vello, mucosa.

Hallazgos clínicos normales

- Micropapilomatosis, glándulas sebáceas (puntos de Fordyce), enrojecimiento vestibular.

Hallazgos clínicos anormales

Principios generales: tamaño en centímetros y localización.

Tipo de lesión

- | | | |
|------------|----------|-----------|
| ● Mácula | ● Parche | ● Pápula |
| ● Placa | ● Nódulo | ● Quiste |
| ● Vesícula | ● Bulla | ● Pústula |

Color de lesión

- | | | |
|--------------|--------|----------|
| ● Pigmentada | ● Roja | ● Blanca |
| ● Oscura | | |

Morfología secundaria

- | | | |
|---------------|-------------------|-------------|
| ● Eczema | ● Liquenificación | |
| ● Excoriación | ● Erosión | ● Purpura |
| ● Cicatrizal | ● Fisura | ● Verrucosa |

Término - definición

- **Mácula pequeña** (<1,5 cm) área de cambio de color; no elevación no palpable.
- **Parche amplio** (>1,5 cm) área de cambio de color; no elevación no palpable.
- **Pápula pequeña** (<1,5 cm) lesión elevada y palpable.
- **Placa amplia** (>1,5 cm) lesión elevada, palpable y plana.
- **Nódulo una pápula amplia** (>1,5 cm), a menudo hemisférica o mal delimitado; puede estar en superficie, dentro o debajo de la piel; los nódulos pueden ser quísticos o sólidos.
- **Vesícula pequeña** (<0,5 cm) ampolla llena de líquido; el líquido es claro.
- **Bulla amplia** (>0,5 cm) ampolla llena de líquido; el líquido es claro.
- **Pústula ampolla** llena de pus; el líquido es blanco o amarillo.

Definición de presentaciones morfológicas secundarias

- **Eczema**: grupo de enfermedades inflamatorias que se caracterizan clínicamente por la presencia de placas rojas pruriginosas, mal definidas, a veces con microvesiculación y más frecuentemente con disrupción de la superficie epitelial.
- **Liquenificación**: engrosamiento del tejido y aumento de los márgenes de la piel. Puede existir o no niveles detectables. Puede ser rojo brillante, rojo sucio, blanco o pigmentado.
- **Excoriación**: ruptura superficial resultado del ciclo picor-rascado.
- **Erosión**: defecto superficial de la piel;

ausencia parcial o total de la epidermis a la membrana basal; la dermis está intacta.

- Fisura: una delgada erosión lineal de la superficie de la piel.
- Úlcera: defecto más profundo, ausencia de epidermis y parte o toda la dermis.

Hallazgos clínicos misceláneos

Malformación, trauma.

Sospecha de malignidad

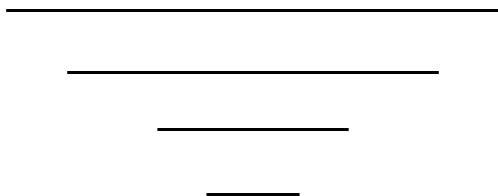
Gran neoplasian, ulceración, necrosis, sangrado, lesión exofítica, hiperqueratosis.

Hallazgos colposcópicos anormales

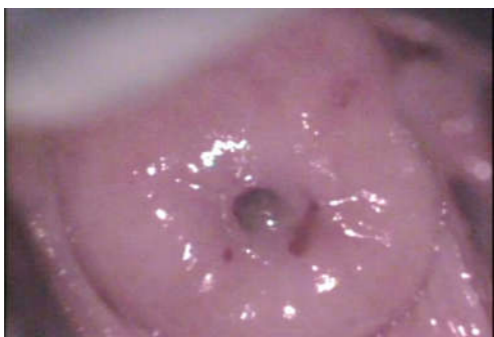
Epitelio acetoblanco, puntillado, vasos atípicos, superficie irregular, unión escamocolumnar anal.

CUELLO UTERINO

HALLAZGOS NORMALES



Caso 1



Evaluación general: colposcopia adecuada. Límite visible coincidente con orificio cervical externo. Zona de transformación tipo 2.

Hallazgos normales: epitelio pavimentoso maduro.



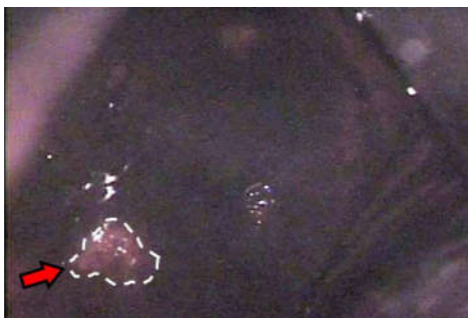
Test de Schiller negativo: Lugol positivo en epitelio pavimentoso maduro.

Caso 2



Evaluación general: colposcopia adecuada. Unión escamocolumnar no visible. Zona de transformación tipo 3.

Hallazgos normales: epitelio metaplásico maduro. Quistes de Naboth (línea de puntos y flecha).



Test de Schiller negativo. El lugol es tomado por el epitelio metaplásico maduro (línea de puntos y flecha), marca más débil en la zona del quiste.

Caso 3



Evaluación general: colposcopia adecuada. Límite escamo columnar visible totalmente. Zona de transformación tipo 1.

Hallazgos normales: ectopía y epitelio pavimentoso maduro.



Test de Schiller negativo. El epitelio glandular toma color amarillo pálido.

Caso 4



Evaluación general: colposcopia adecuada. Unión visible totalmente en exocérnix. Zona de transformación tipo 1.

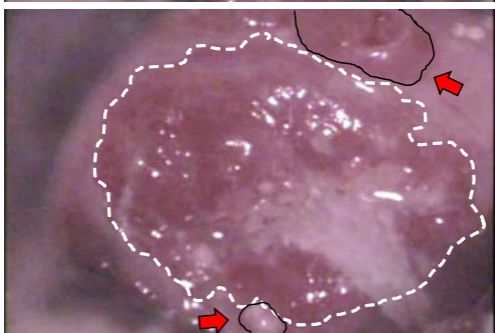
Hallazgos normales: ectopia congénita, micropapilas típicas, epitelio pavimentoso maduro, límite neto entre ambos epitelios.



Test de Schiller negativo. Lugol positivo en epitelio pavimentoso maduro. El epitelio glandular no colorea.

Caso 5

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Paciente gestante.

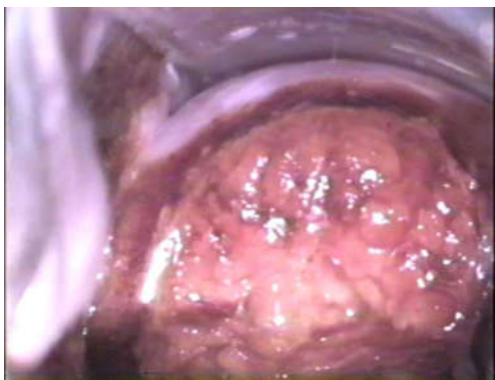
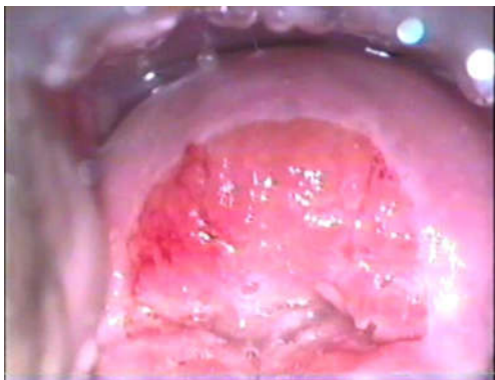
Evaluación general: colposcopia adecuada. Límite escamo-columnar visible (línea punteada). Zona de transformación tipo 1.

Hallazgos normales deciduosos (flechas y línea llena).



Test de Schiller negativo.

Caso 6



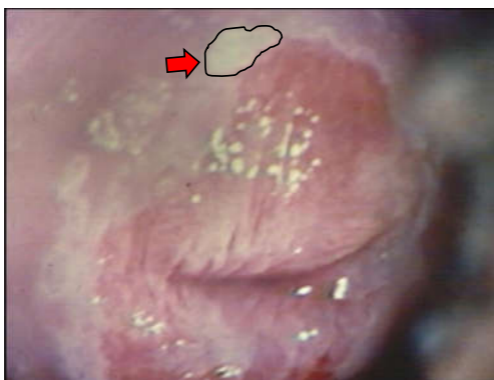
Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Evaluación general: colposcopia adecuada. Límite escamocolumnar visible completa en exocérvix. Zona de transformación tipo 1.

Hallazgos normales: ectopía amplia y epitelio pavimentoso maduro, se aprecian macopapilas. Paciente múltipara.

Caso 7

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Paciente gestante (5 meses)

Evaluación general: colposcopia adecuada. Límite escamocolumnar visible. Zona de transformación tipo 1.

Hallazgos normales: ectopía amplia con foco de deciduosis en epitelio metaplásico (flecha y línea).

Caso 8



Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Paciente gestante (3 meses)

Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible (línea punteada), zona de transformación tipo 1.

Hallazgos normales: ectopía y epitelio pavimentoso.

Caso 9



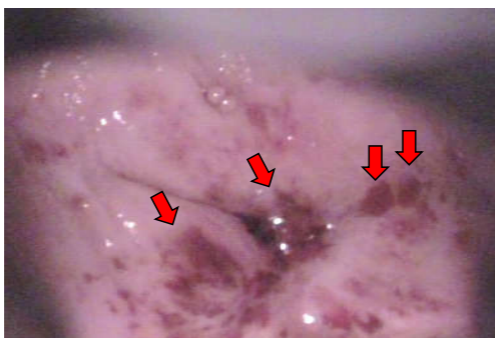
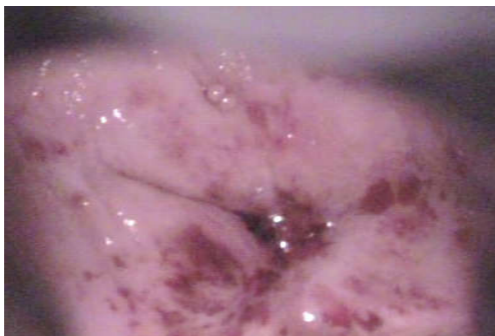
Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible, zona de transformación tipo 2.

Hallazgos normales: ectopía y epitelio metaplásico inflamatorio. Origen: candidiasis.



Test de Schiller negativo. Toma parcial del yodo en epitelio metaplásico.

Caso 10



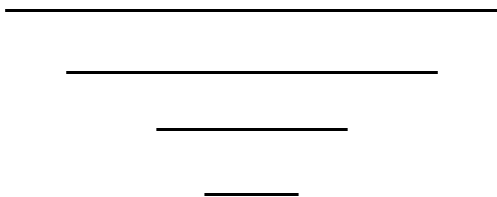
Paciente post-menopáusica.

Evaluación general: colposcopia inadecuada por marcada atrofia. Unión escamocolumnar no visible. Zona de transformación tipo 3.

Hallazgos: epitelio pavimentoso atrófico. Sufusiones hemorrágicas (flechas). Se recomienda repetir post-tratamiento hormonal local.

CUELLO UTERINO

HALLAZGOS ANORMALES



Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Caso 11

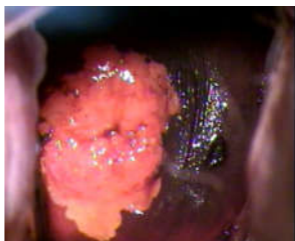
Grado I o menores



Evaluación general: colposcopia adecuada. Límite escamocolumnar visible (línea punteada). Zona de transformación tipo 1. Ectopia congénita.

Hallazgos anormales grado I: epitelio acetoblanco delgado en hora 6 (línea negra y flecha).

Test de Schiller positivo.



Caso 12

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

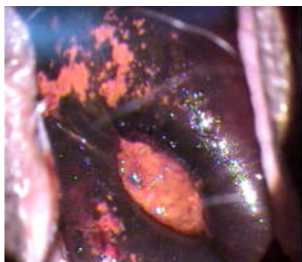


Recurrencia de lesión post tratamiento con LEEP.

Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible, zona de transformación tipo 2.

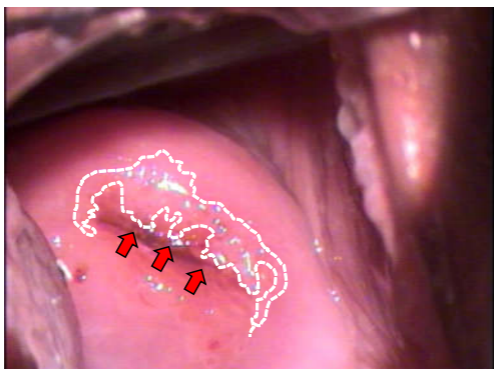
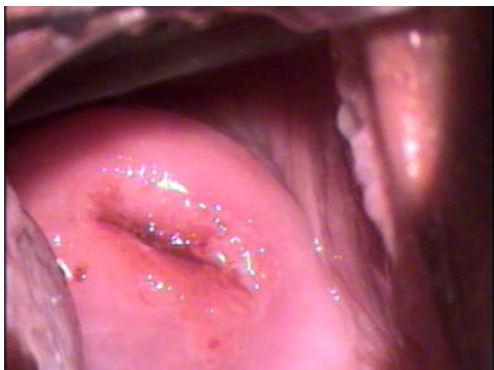
Hallazgos anormales Grado I: mosaico fino en hora 12 exocérnix que se insinúa el conducto (línea de puntos).

Test de Schiller positivo.



Caso 13

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

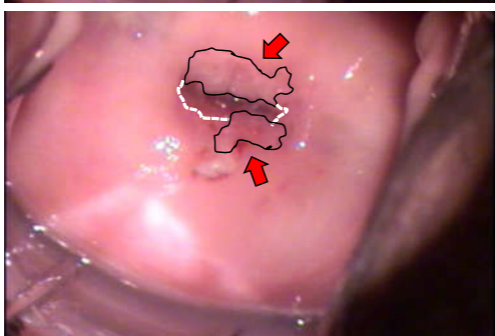


Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible, zona de transformación tipo 2.

Hallazgos anormales grado I; epitelio acetoblanco delgado que se insinúa en conducto. Anatomía Patológica: SIL de alto grado.

Anormales grado II

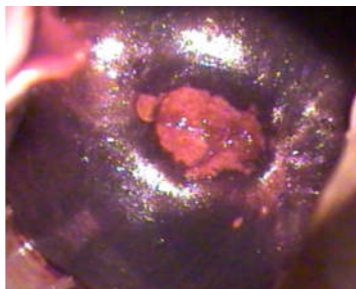
Caso 14



Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible (líneas y flechas), zona de transformación tipo 2.

Hallazgos anormales grado II; epitelio acetoblancos de bordes netos que se introduce en conductos. Anatomía Patológica: SIL de alto grado.

Test de Schiller positivo.



Caso 15

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



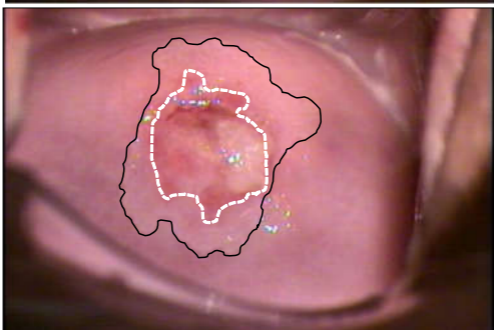
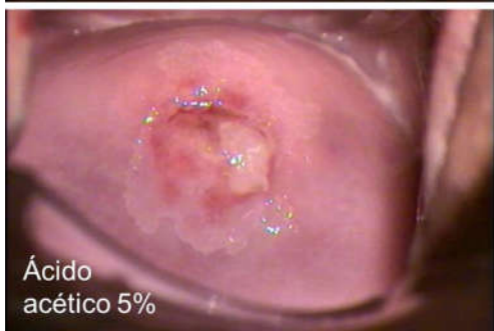
Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible (líneas), zona de transformación tipo 1.

Hallazgos anormales grado II; epitelio acetoblanco denso con bordes delimitados que se compromete los cuatro cuadrantes. Anatomía Patológica: Carcinoma in situ.



Caso 16

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

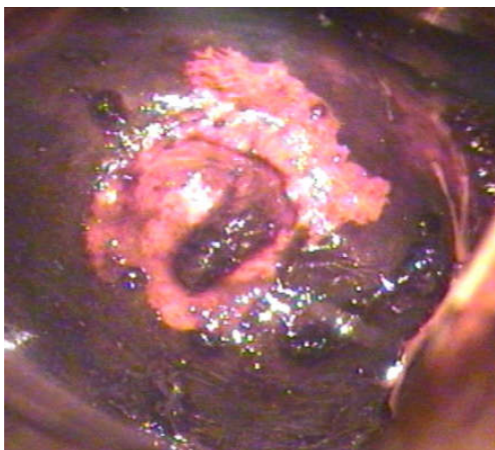


Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible (línea punteada), zona de transformación tipo 2.

Hallazgos anormales grado II; mosaico grueso, bordes netos (línea negra),

Caso 16

reactividad rápida y larga persistencia.
Anatomía Patológica: SIL de alto grado.



Test de Schiller positivo.

Caso 17



Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible en orificio cervical externo, zona de transformación tipo 2.

Hallazgos anormales grado II: epitelio acetoblancos denso, signo del borde interno en el labio inferior, orificios glandulares engrosados. Anatomía Patológica: SIL de alto grado.

Caso 18



Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar no visible, zona de transformación tipo 3.

Hallazgos anormales grado II: epitelio acetoblanco denso, reactividad rápida y persistencia (línea punteada).



Exige evaluación del conducto con endoespéculo: epitelio acetoblanco denso que se introduce en el mismo (línea punteada).

Caso 19

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible con componente endocervical, zona de transformación tipo 2.



Hallazgos anormales grado II: epitelio acetoblancos denso, orificios glandulares con bordes engrosados. Anatomía Patológica: SIL de alto grado.

Caso 20

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible completo, zona de transformación tipo 1.

Hallazgos anormales grado II: mosaico burdo en zona de transformación que compromete todos los cuadrantes. Anatomía Patológica: SIL de alto grado.

Caso 20



Test de Schiller positivo. Se aprecian los bordes netos.

Caso 21

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible que coincide con el orificio cervical externo, zona de transformación tipo 2.

Hallazgos anormales grado II: mosaico burdo extenso que compromete todos los cuadrantes, bordes netos y reactividad rápida. Anatomía Patológica: SIL de alto grado.



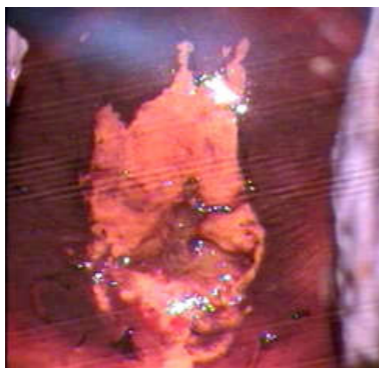
Test de Schiller positivo.

Caso 22



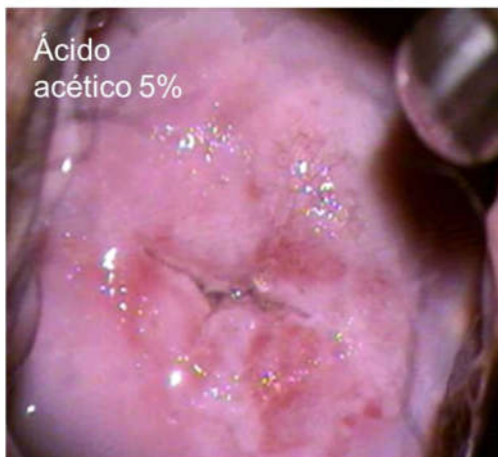
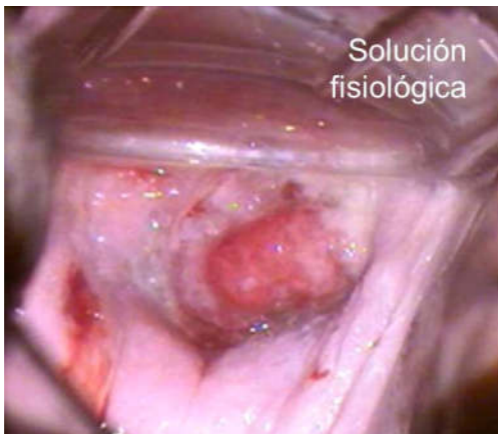
Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible que coincide con el orificio cervical externo, zona de transformación tipo 2.

Hallazgos anormales grado II: epitelio acetoblancos denso, reactividad rápida, orificios glandulares con bordes engrosados. Anatomía Patológica: SIL de alto grado.



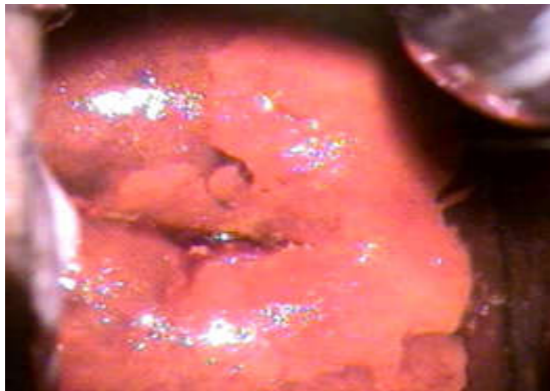
Test de Schiller positivo.
Franca negatividad al lugol.

Caso 23



Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar no visible, zona de transformación tipo 2.

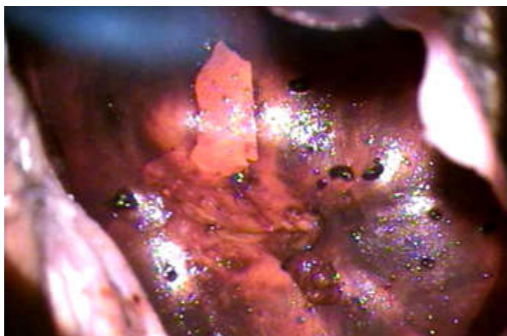
Hallazgos anormales grado II: mosaico burdo que compromete todos los cuadrantes, con signo del borde interno en el labio posterior. Anatomía Patológica: SIL de alto grado.



Test de Schiller positivo. Extensa área de negatividad al lugol.

Hallazgos anormales inespecíficos

Caso 24



Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar no visible, zona de transformación tipo 3.

Hallazgos anormales inespecíficos: Test de Schiller positivo. Lesión con bordes netos, lugol negativo. Evaluación del conducto negativa.

Caso 25



Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar no visible, zona de transformación tipo 3.

Hallazgos anormales inespecíficos: Leucoplasia.

Test de Schiller positivo.
Anatomía patológica:
SIL de alto grado

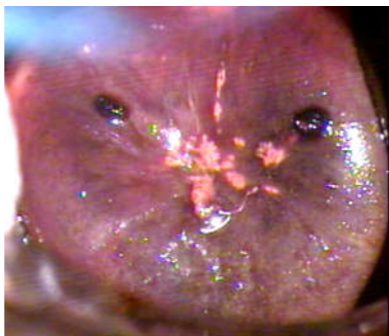


Imagen post-tratamiento con radiofrecuencia.

Caso 26

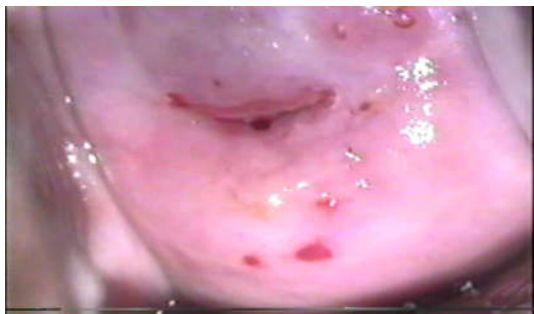
Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible con componente endocervical, zona de transformación tipo 2.

Hallazgos anormales inespecíficos: Leucoplasia en labios anterior y posterior.

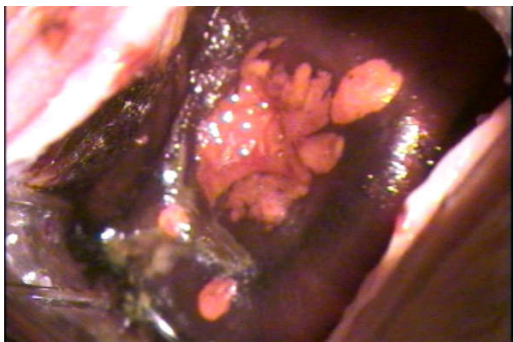
Caso 27



Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible que coincide con el orificio cervical externo, zona de transformación tipo 2.

Hallazgos anormales inespecíficos: Erosión.

Caso 28



Paciente gestante

Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar visible, zona de transformación tipo 1.

Hallazgos anormales inespecíficos: coloración de lugol negativa. Anatomía patológica: SIL de bajo grado.

Caso 29

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

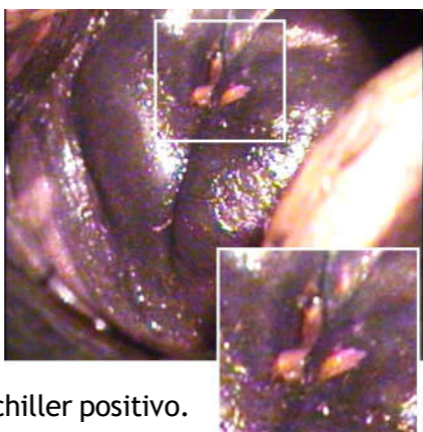


Citología previa: SIL de alto grado.

Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar

no visible, zona de transformación tipo 3.

Hallazgos anormales inespecíficos: leucoplasia pequeña, coloración de lugol negativa. Anatomía patológica: SIL de alto grado.



Test de Schiller positivo.

Hallazgos sospechosos de invasión

Caso 30



Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Evaluación general: colposcopia inadecuada por hemorragia. Paciente de 41 años.

Hallazgo sospechoso de invasión: vasos atípicos, lesión exofítica, superficie irregular, ulceración y necrosis. Anatomía patológica: adenocarcinoma.

Hallazgos varios

Caso 31



Evaluación general: colposcopia adecuada. Unión escamocolumnar no visible.

Hallazgos varios: pólipos endocervicales (1 y 2) e hilos de dispositivo intrauterino (flecha).

Caso 32

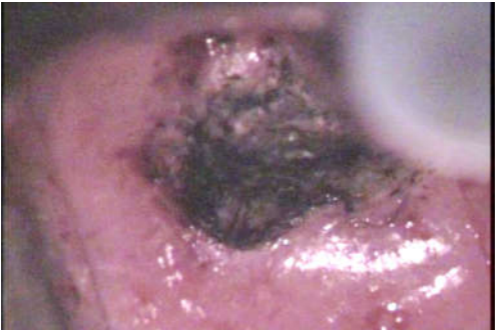
Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Pólipo endocervical grande.



Pólipo endocervical: extirpación con asa de radiofrecuencia.



Electrofulguración, post extirpación de pólipo, del lecho y pedículo.

Caso 33

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Epitelio acetoblanco en labio anterior (línea punteada) y posterior que se extiende a fondos de saco. Anatomía patológica: zona de transformación congénita. Lugol negativo en fondo de saco anterior.



Lugol negativo en fondo de saco posterior. Zona de transformación congénita.

Caso 34

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar no visible, zona de transformación 3.

Hallazgos varios: condiloma en orificio cervical externo. Anatomía patológica: condiloma.



Tes de Schiller: se observa imagen de lugol negativo en hora 12.

Caso 35



Queratosis seborreica en labio anterior
alejada de la zona de transformación.
Diagnóstico diferencial con condiloma-

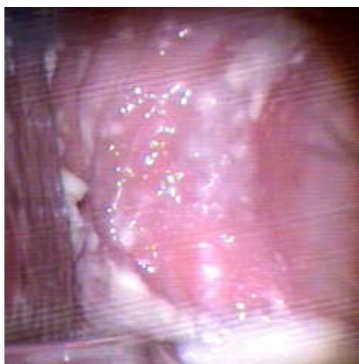
Caso 36

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Evaluación general: colposcopia adecuada unión escamocolumnar no visible, zona de transformación 3.

Hallazgos varios: inflamación por candida.



Caso 37



Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Evaluación general: colposcopia inadecuada por inflamación, clínicamente flujo por Gardnerella.

Caso 38

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Visión directa:
presencia de flujo
de aspecto
tricomoniásico.

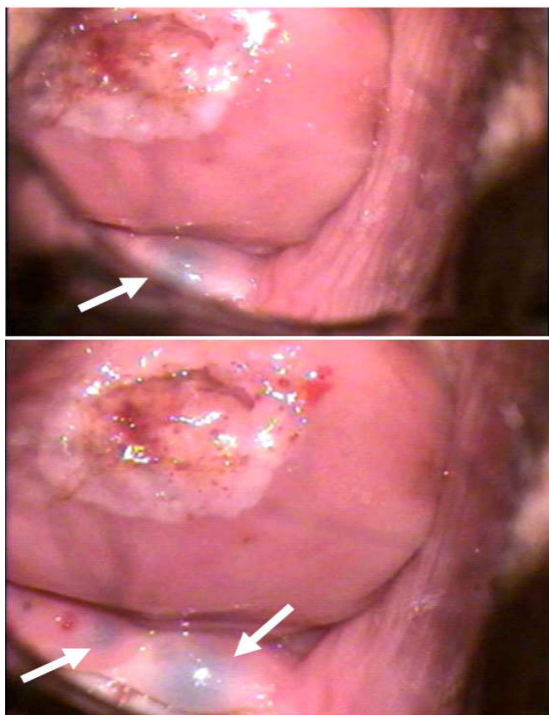


Ácido acético al
5%: hallazgos in-
flamatorios.



Aplicación de
Lugol que
muestra
típica imagen
atigrada.

Caso 39

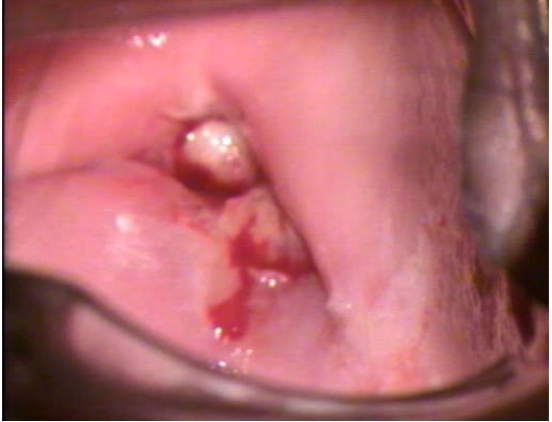


Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

Evaluación general: colposcopia adecuada, límite escamocolumnar totalmente visible, zona de transformación 1.

Hallazgos varios: endometriosis (flechas).

Caso 40



Paciente de 50 años. Cáncer de cuello uterino tratado con: radioquimioterapia y braquiterapia.

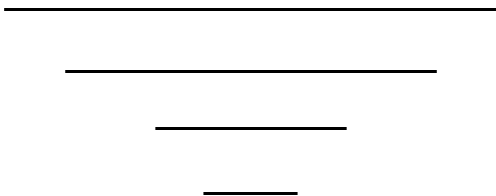
Examen dificultoso por vagina infundibuliforme y cuello pequeño.

Evaluación general: colposcopia inadecuada, se observan secuelas vasculares post braquiterapia.

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

VAGINA

HALLAZGOS ANORMALES

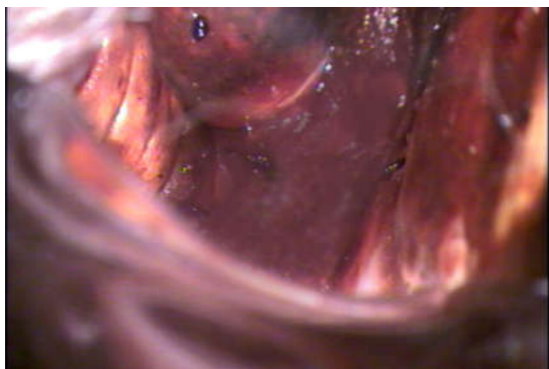


Hallazgos normales

Caso 41



Colposcopia de vagina adecuada. Epitelio pavimentoso trófico.



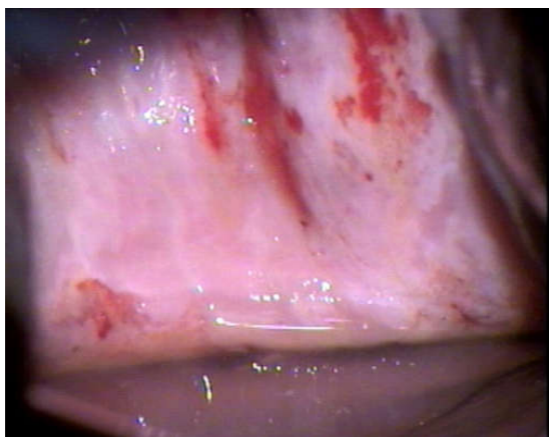
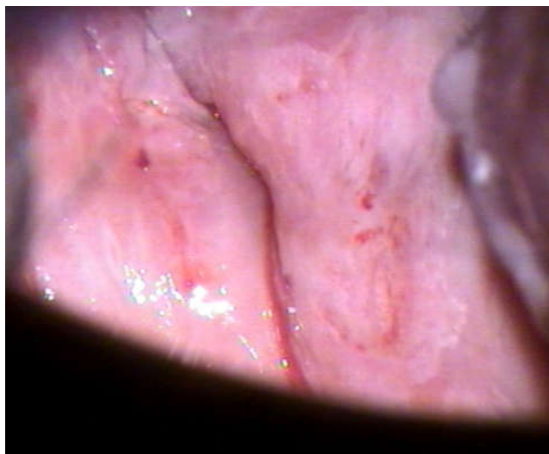
Test de Schiller negativo.

Se recomienda examinar prolijamente los extremos de la síntesis vaginal (cicatriz) en las pacientes histerectomizadas, porque forman pliegues que podrían ocultar lesiones.

Hallazgos anormales

Caso 42

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

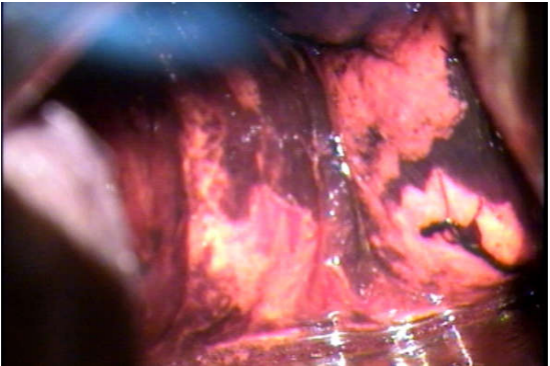
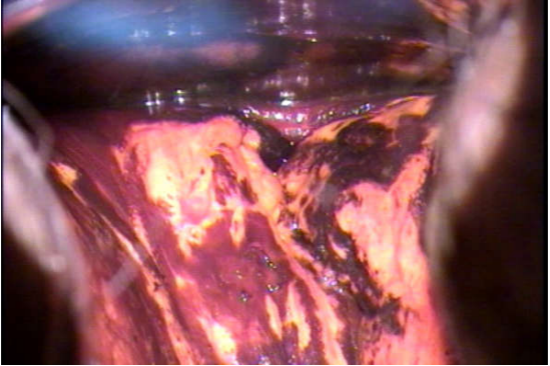


Paciente de 47 años hysterectomizada por patología benigna, en el examen vaginal de rutina: colposcopia adecuada.

Hallazgos colposc6picos anormales grado 2: epitelio acetoblanc0 y presencia de vasos at6picos en tercio superior.

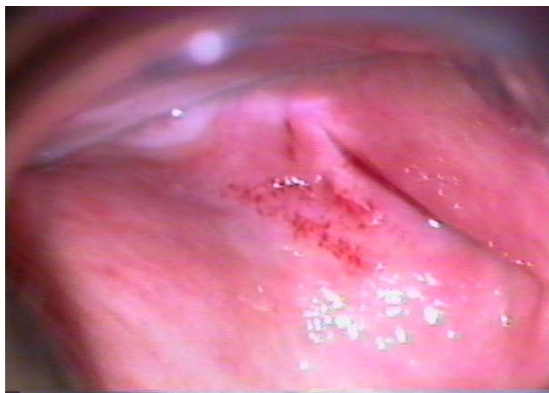
Caso 42

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Test de Schiller positivo. Amplias áreas Lugol negativo en paredes y fondos vaginales. Anatomía patológica: VAIN II.

Caso 43



Paciente hysterectomizada por carcinoma *in situ* de cuello uterino 5 años antes.

Ácido acético: puntillado grueso en tercio superior de vagina.



Tinción lugol negativa. Anatomía patológica: VAIN III.

Hallazgos varios

Caso 44

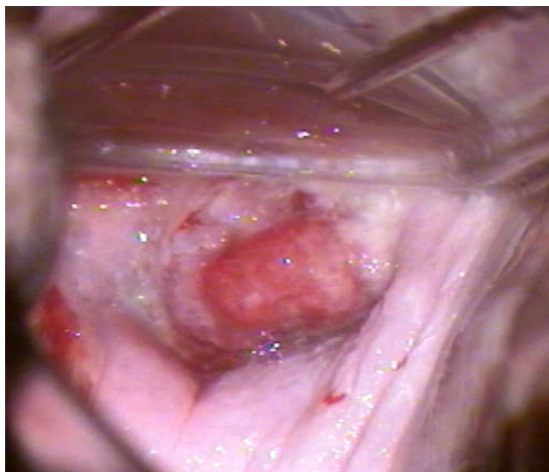
Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Imagen típica de condilomatosis vaginal múltiple en ambas paredes y en los tres tercios.

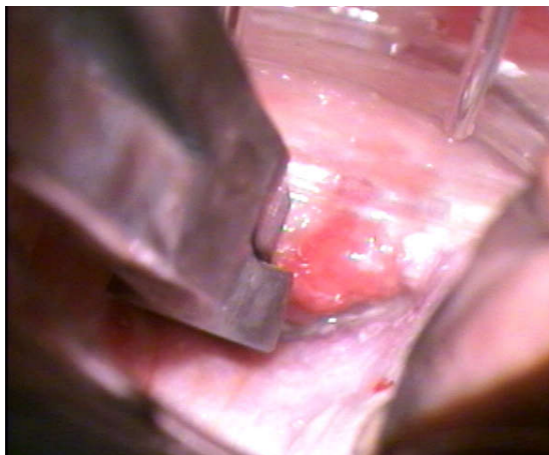
Hallazgos sospechosos de invasión

Caso 45



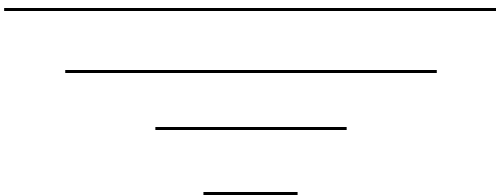
Paciente de 56 años histerectomizada por mioma uterino 9 años antes. Motivo de consulta: sinusorragia.

Lesión exofítica de tercio superior (hora 2) con alteraciones vasculares.



Toma biopsia. Anatomía patológica: carcinoma invasor.

VULVA, ANO, PERINÉ



Caso 46

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Expresión del VPH en condilomas típicos (flecha) y aplanados (línea punteada), lesión extensa, expresado clínicamente como máculas hiper Cromáticas.

Caso 47



Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

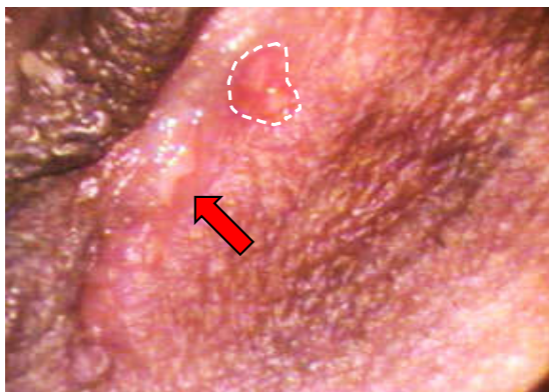
Verrugas genitales distribuidas en mucosa y en la unión de semimucosa y piel. Aplicación de ácido tricloroacético al 90%.

Caso 48

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Herpes vulvar. Lesiones vesiculares en diferentes etapas. Vesícula (línea punteada; vesícula rota con exudado fibrino-leucocitario (flecha).
Líquen simple crónico.



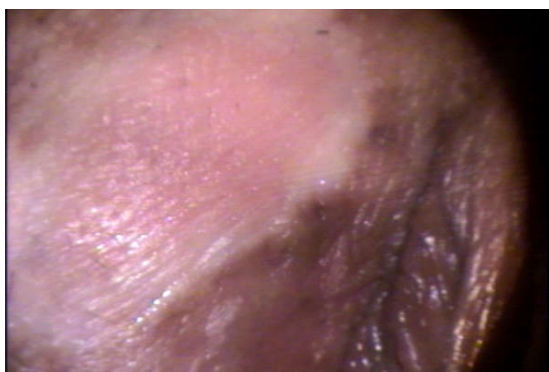
Caso 49

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Paciente de 63 años, placa amplia, blanca. Anatomía patológica: líquen simple crónico.

Caso 50

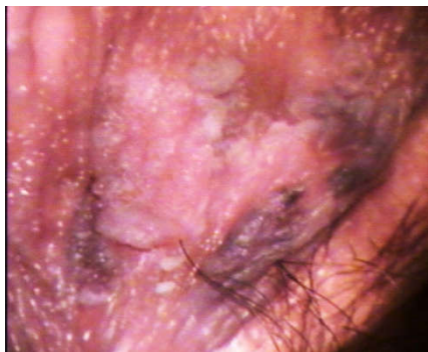
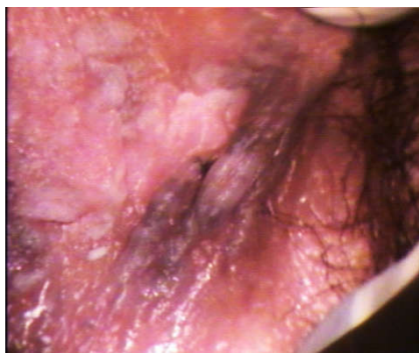
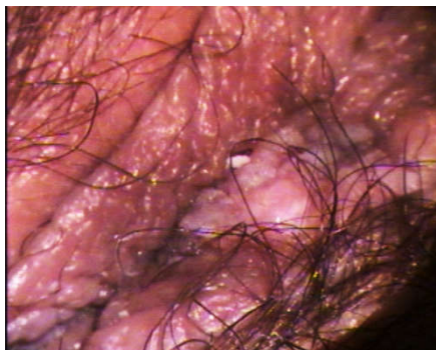


Paciente de 66 años. Lesión vulvar de coloración blanquecina; definida como parche amplio (>1,5 cm).

Anatomía patológica: líquen simple crónico.

Caso 51

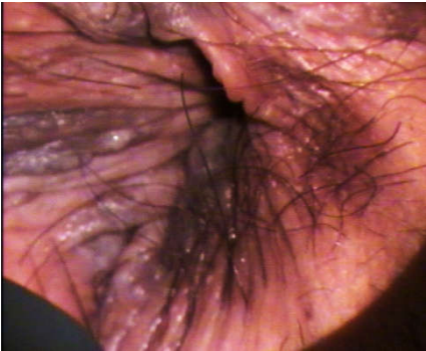
Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Paciente de 32 años, lesiones multicéntricas maculares y papulares, hipopigmentadas e hiperpigmentadas que comprometen vulva y periano.

Caso 51

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Anatomía patológica: VIN III y PEIN III.

Caso 52

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Paciente de 32 años con lesión expresada en forma de parches y verrugas hipo e hiperocrómicas alternadas. Anatomía patológica: infección por VPH.

Caso 53



Gran neoplasia, ulceración, necrosis y lesión exofítica. Anatomía patológica: carcinoma espinocelular de vulva.



Imagen clínica postratamiento.

Caso 54

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Placa con áreas hipo e hiperpigmentadas. Anatomía patológica: carcinoma vulvar con microinvasión de labio mayor derecho (arriba); zona de escisión con marcación azul patente para ganglio centinela (abajo).

Caso 55



Pápula rojiza con áreas escamosas y zonas erosivas. Anatomía patológica: enfermedad de Paget.

Caso 56

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Lesión vulvar sobreelevada única, en cara externa de labio mayor con sospecha de invasión (arriba), marcación con azul patente (abajo). Anatomía patológica: VIN III.

Caso 57

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



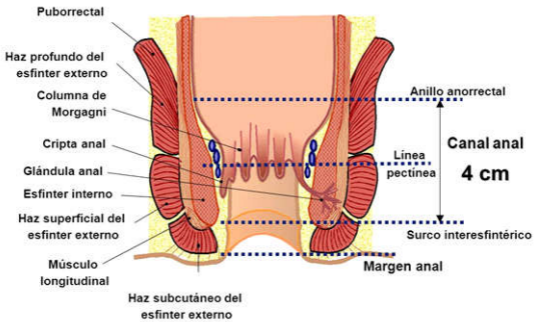
Lesión tumoral de coloración rojiza (arriba). Anatomía patológica: carcinoma de clítoris. Vulvectomía (abajo).

Caso 58



Ulceración extensa que compromete mucosa y semimucosa (arriba). Anatomía patológica: Carcinoma invasor. Vulvectomía (abajo).

ANO



Diagnóstico:

- Citología.
- Anoscopia magnificada.
- Biopsia.

Grupos de Riesgo:

- HIV (+).
- Trasplantadas, inmunosuprimidas.
- L.E.S., Enfermedad de Crohn.
- Pacientes con VIN, VAIN, CIN, Ca TGI.
- Sanas sin factores de riesgo.

No se aconseja el tamizaje antes de los 30-35 años a menos que tengan patología asociada a TGI.

ANCHOR, The Annual Cancer H-SIL Outcomes Research NCT02135419 tiene como objetivo determinar si las lesiones intraanales de alto grado son precursoras de cáncer anal.

Las lesiones intraepiteliales anales (AIN) forman parte de las infecciones multicéntricas del TGI producidas por el VPH. Se consideran potencialmente malignas y pueden progresar a carcinoma anal. El 87% relacionadas al HPV 16 y el 7% al HPV 18.



Condiloma perineal. Paciente de 67 años

Cáncer anal

- 2,6% de los tumores colorrectales.
- En EEUU, 1,8/100.000 mujeres.
- 31/100.000 relacionado H+H.
- 75/100.000 con VIH(+).

En inmunosuprimidas con antecedentes de VIN/CIN: hasta el 5%.

La coexistencia con lesiones CIN, VIN, VAIN:

- Scholfield y cols 19%
- Santoso y cols 12,2%
- HNC BsAs, n=481 con lesiones de cuello uterino:

Las pacientes con VIH tuvieron más lesiones VIN/AIN que las inmunosuprimidas por otras causas.

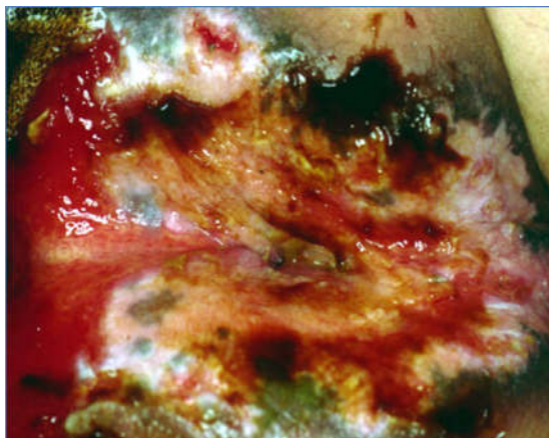
Caso 59

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



Gran condiloma que complete regiones anal y perianal e introito vaginal.

Caso 60



Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar

VPH y cáncer de ano. Gentileza: Prof. Dr. Héctor Baistrocchi

Prof. Dr. Otilio D. Rosato

Médico Cirujano.

Doctor en Medicina y Cirugía. FCM. UNC.

Profesor de Ginecología. FCM. UNC.

Jefe del Departamento de Patología Cervical y Colposcopia. HUMN. UNC

Especialista en Ginecología y Tocoginecología. CMC/UNC

Especialista en Ginecología Oncológica. AAGO

Past President y Miembro de Comisión Directiva. SAPTGlyC-Argentina

Past President y Director del Capítulo de Tracto Genital Inferior SOGC.

Maestro de la Colposcopia Latinoamericana.

Secretario de la Federación Latinoamericana de TGlyC (2013-2016).

Director del Comité de educación de la mujer de la Federación

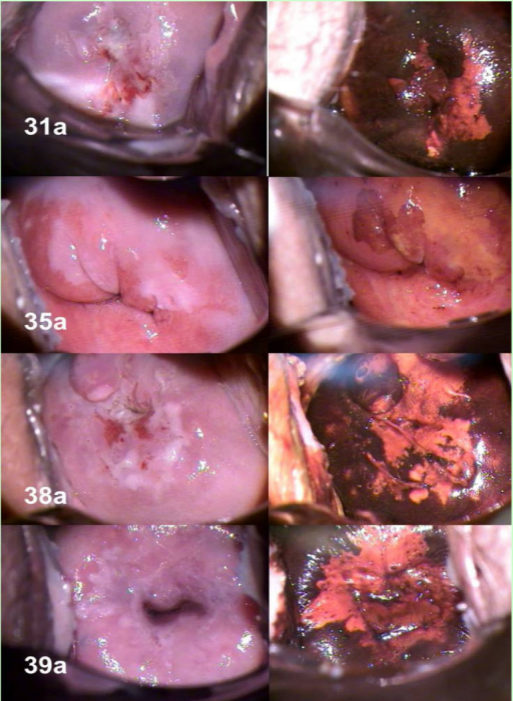
Latinoamericana de TGlyC (2016-2019).

Miembro del Board IFCPC (2011-2014)

Director General del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología.

FCM. UNC.

Gentileza: Prof. Dr. Otilio D. Rosato - Editorial recursos fotográficos - recfot.com.ar



ISBN 978-987-4056-06-1



9 789874 056061

recursos
fotográficos
EDITORIAL