

Cómo evitar errores en el examen colposcópico del cuello uterino y en el diagnóstico colposcópico provisional

- El conocimiento minucioso de la anatomía, la fisiopatología y la historia natural de las enfermedades del aparato genital femenino es esencial para evitar errores en la evaluación colposcópica.
- La observancia estricta de un protocolo de diagnóstico y conocer las limitaciones de la colposcopia son igualmente importantes.
- La interacción regular con los patólogos y las auditorías clínicas ayudan a mejorar la calidad de la colposcopia.
- Se recomienda establecer un diagnóstico provisional sobre la base de los resultados colposcópicos.

El conocimiento adecuado de la fisiopatología y de la historia natural de las enfermedades del aparato genital femenino que pueden diagnosticarse con el colposcopio, y luego tratarse, son esenciales para el desempeño satisfactorio de la colposcopia. Igualmente importante es conocer acabadamente el instrumental, los métodos de examen y la terminología. Con buen juicio clínico puede lograrse un alto grado de exactitud para diagnosticar la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y descartar el cáncer invasor. La observancia escrupulosa de un protocolo de diagnóstico y conocer las limitaciones y los escollos de la colposcopia son importantes.

Los errores comúnmente se deben a la falta de conocimiento y a la desviación del protocolo colposcópico y de la práctica establecida. Un buen entrenamiento, la experiencia, el interés innato y un algoritmo de diagnóstico establecido disminuirán la posibilidad de errores. Estos factores son particularmente importantes en los ámbitos con bajos recursos, donde las oportunidades para las interconsultas y la educación continua son limitadas. El colposcopista debe tratar de lograr el mismo grado de exactitud que un histopatólogo puede lograr con las muestras de conización cervical.

En el cuadro 10.1 se presenta un resumen de las fuentes comunes de errores en la práctica colposcópica. La interacción regular con el patólogo y

las auditorías clínicas, para correlacionar los diagnósticos colposcópicos con los histológicos, ayuda a mejorar la calidad de la colposcopia. Es importante que el prestador aprenda el arte de la toma de biopsias dirigidas colposcópicamente, del área apropiada en la zona de transformación, mediante pinzas de biopsia afiladas, sin aplastar las muestras. Si la unión escamoso-cilíndrica está escondida en el conducto cervical, es necesario realizar el legrado endocervical (LEC) o la conización biopsica para investigar el conducto adecuadamente. Después de una aplicación liberal de ácido acético es menester esperar 60 segundos para que su efecto sea total. Debe mencionarse, específicamente, la ubicación de la unión escamoso-cilíndrica y de las zonas acetoblancas con relación a la unión. Independientemente de la extensión de las lesiones cervicales, también debe efectuarse una inspección cuidadosa de la vagina. Es mejor hacerlo al final de cada examen, al tiempo de retirar el espéculo. Los hallazgos deben documentarse claramente y en forma legible. Para los principiantes, el empleo de un sistema de calificación objetiva como la puntuación de Reid (anexo 5) es particularmente útil para arribar a un diagnóstico colposcópico y seleccionar los sitios apropiados para las biopsias dirigidas. La educación continua es importante para que el colposcopista se mantenga al nivel de los desarrollos; de sus aptitudes depende, en gran parte, no pasar por

Cuadro 10.1: Causas comunes de los errores colposcópicos

- Capacitación y experiencia inadecuados
- Conocimiento inadecuado de la historia natural de las enfermedades
- No emplear un protocolo de diagnóstico establecido o desviación del protocolo
- No usar el espéculo más grande posible
- Unión escamoso-cilíndrica falsa causada por la abrasión
- No elegir los sitios de biopsia apropiados ni tomar suficientes biopsias
- No biopsiar cuando existe una duda
- Emplear un sacabocados de biopsia romo, no afilado, para obtener las muestras tisulares
- No tomar una biopsia colposcópica dirigida
- No biopsiar los condilomas o la leucoplasia
- No esperar el efecto completo del ácido acético
- No aplicar la solución yodoyodurada de Lugol y examinar
- No examinar el conducto cervical adecuadamente cuando no se observa el límite de la lesión o la unión escamoso-cilíndrica
- No hacer el legrado endocervical (LEC) cuando no se observa el límite de la lesión
- No realizar la escisión cuando no se observa el límite de la lesión con un espéculo endocervical o cuando el LEC es equívoco o positivo
- No realizar la escisión cuando se sospecha microinvasión
- No inspeccionar vagina y vulva
- No registrar adecuada y legiblemente los hallazgos colposcópicos
- No comunicarse con el anatomopatólogo
- No correlacionar los hallazgos histológicos y colposcópicos
- No consultar a los expertos en los casos difíciles
- No mantenerse actualizado mediante la educación continua
- No cuestionar la propia actuación

Adaptado de: Popkin (1995)

alto o subtratar un cáncer invasor y asegurar la provisión del tratamiento adecuado.

Diagnóstico provisional colposcópico

Se recomienda decididamente a los colposcopistas que efectúen un diagnóstico provisional, basado en los hallazgos del examen colposcópico. El diagnóstico provisional puede consignar: normal, inflamación, leucoplasia, condiloma, NIC de bajo grado, NIC de alto grado, cáncer invasor temprano, cáncer invasor evidente, otros (atrofia, pólipo cervical, cambios por radiación, etc.) y no concluyente. Tal diagnóstico se basa en la evaluación de todos los hallazgos, como las características de las zonas acetoblancas, las características vasculares, el cambio de coloración después de la lugolización, las características superficiales como la ulceración y los signos de otro tipo, como sangrado al tacto, naturaleza del exudado cervical y vaginal y los hallazgos del examen anogenital externo, de la ingle y del abdomen inferior. Del capítulo 6 al 9 se los describe detalladamente. Una vez efectuado un diagnóstico provisional, debe elaborarse un plan para el manejo del cuadro diagnosticado. El cuadro 10.2 proporciona un resumen de los hallazgos colposcópicos que facilitan el diagnóstico provisional.

Cuadro 10.2: Resumen de las características colposcópicas que orientan el diagnóstico provisional

Diagnóstico	Acetoblanqueo					Duración del efecto	Características vasculares	Captación de yodo	Sangrado al tacto	Úlceras	Secreción
	Tonalidad	Demarcación	Margen	Superficie	Relación respecto de la ZT y la UEC						
Normal	-	-	-	-	-	-	Patrón vascular normal	Epitelio escamoso de color negro; epitelio cilíndrico, ningún cambio de color	Nulo	Nulo	Secreción clara del epitelio cilíndrico
Normal, metaplasia inmadura	Blanco rosado o níveo, zonas acetoblancas translúcidas, irregulares	Nulo	Indistinto, se mezcla con el resto del epitelio	Lisa; se observan orificios de criptas e islotes de epitelio cilíndrico	Restringido a la ZT; prominente cerca de la UEC	< 1 minuto	Patrón vascular normal	Ninguna o captación parcial	Nulo	Nulo	Secreción clara del epitelio cilíndrico
Normal, metaplasia madura	Matiz blanco rosado claro. Ningún área acetoblanca confluyente	Nulo	Se mezcla con el resto del epitelio	Lisa, revela orificios de criptas, quistes de Naboth	Restringido a la ZT	-	Patrón vascular normal	Capta el yodo, vira al negro o pardo	Nulo	Nulo	Secreción clara del epitelio cilíndrico
Inflamación	Áreas pálidas, irregulares, con zonas rojas o necróticas intermedias	Nulo	Indistinto, se mezcla con el resto del epitelio	Aspecto irregular, jaspeada	No restringido a la ZT, puede estar ampliamente diseminado	< 2 minutos	Punteado rojo fino difusamente distribuido en cuello uterino y vagina	Captación parcial de yodo	Puede estar presente	Puede estar presente	Secreción, fétida, mucopurulenta, profusa, o seropurulenta o blanca inodora, espesa, pegajosa
NIC de bajo grado	Lesiones moderadamente densas, brillantes, opacas, estrechas	Lesiones bien delimitadas, confluentes	Irregular, plumoso, melado, digitiforme, angular o geográfico	Plana, lisa o microcondilomatosa, o micropapilar	Principalmente visto en la ZT, linda con la UEC. Las lesiones muy tempranas pueden ser externo a la ZT como lesiones satélites	1-2 minutos	Puede verse punteado fino o mosaico dentro de la lesión acetoblanca	Ninguna captación	Nulo	Nulo	Nulo

Cuadro 10.2 (cont.): Resumen de las características colposcópicas que orientan el diagnóstico provisional

Diagnóstico	Acetoblanqueo				Duración del efecto	Características vasculares	Captación de yodo	Sangrado al tacto	Úlceras	Secreción
	Tonalidad	Demarcación	Margen	Superficie						
NIC de alto grado	Lesión mate, densa, blanco grisácea o blanco nacarado opaca	Lesiones bien delimitadas, confluentes; pueden estar presentes demarcaciones y bordes internos	Bordes lisos, regulares, lisos; ocasionalmente sobrelevados y dehiscentes	Menos lisa, más irregular o ocasionalmente superficie nodular	Restringido a la ZT, limitando con la UEC	Puede verse mosaico grueso o punteado grueso dentro de la lesión acetoblanca; vasos atípicos (+)	Ninguna captación de yodo	Puede estar presente en las lesiones graves	Nulo	Nulo
Cáncer invasor preclínico	Lesiones blanco yeso, espesas, densas, opacas	Bien delimitado	Sobrelevados y dehiscentes	Irregular, nodular o patrón de picos y depresiones	Puede afectar todo el cuello uterino, lesiones complejas grandes que obliteran el orificio cervical externo	Mosaicos sobrelevados gruesos, mosaicos quebradizos o punteados gruesos; vasos atípicos siempre presentes (+++++)	Ninguna captación de yodo	Sangrado/exudado superficial común	Puede observarse	Puede estar presente debido a infección secundaria
Cáncer invasor evidente	Áreas blancas densas, pueden estar obliteradas por hemorragia profusa	Todo el cuello uterino reemplazado con el crecimiento	Todo el cuello uterino reemplazado con el crecimiento	Crecimiento ulceroproliferativo	Todo el cuello uterino reemplazado con el crecimiento que se extiende a los tejidos adyacentes	Vasos atípicos siempre presentes (+++++)	Ninguna captación, pero la hemorragia oblitera los patrones de captación de yodo	Sangrado profuso	Siempre presente	Secreción fétida, sanguinolenta, purulenta debida a infección secundaria

ZT: zona de transformación; UEC: unión escamoso-cilíndrica