



# PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



## Editorial

### Santiago Dexeus

Editor asociado de Progresos De Obstetricia y Ginecología

Si pudiéramos escuchar la opinión de los grandes pioneros de la colposcopia, desde Hinselmann —su introductor—, pasando por Wespi, Cartier, De Palo, etc., sobre el estado actual de la técnica, probablemente se mostrarían bastante sorprendidos.

Los inicios de la colposcopia se basaron en demostrar que ciertas imágenes tenían una notable relevancia y debían ser biopsiadas.

La historia natural del cáncer de cuello uterino era prácticamente desconocida. La idea de una continuidad en el desarrollo de la enfermedad nos llegó de la mano de los histopatólogos, que en 1961, en Viena, acabaron con la torre de Babel que era la nomenclatura histológica de las lesiones preinvasoras, y las agruparon en el término displasia. De Brux en Francia con su metaplasia inmadura (1964) y, posteriormente, Richart en los años ochenta, con su *cervical intraepithelial neoplasia* (CIN), definitivamente establecieron el criterio de continuidad de las lesiones preinvasoras del cuello uterino que posteriormente se comprobó podían retrogradar. En la actualidad, la explicación científica nos ha llegado con el conocimiento del papel etiopatogénico de los virus.

Con Coupez y Carrera, en 1977<sup>1</sup>, demostramos la posibilidad de que el colposcopista, basándose en unos signos determinados, fuera capaz de diagnosticar la lesión que el patólogo iba a descubrir en la biopsia guiada por aquél y con una alta probabilidad de coincidencia.

Nuestro libro, publicado en EE. UU., recibió las más duras críticas, pues los norteamericanos que estaban descubriendo la colposcopia, principalmente de la mano de los patólogos, no podían ni imaginar que una técnica tan rematadamente subjetiva y observador-dependiente pudiera competir con la sacrosanta histología. Desde luego, no se trataba de esto, sino simplemente de elevar el nivel colposcópico a través de

una semiología clínica, tan aceptable como pueda ser la lupa del dermatólogo o el cistoscopio del urólogo.

Para que una técnica pueda extenderse, necesita una nomenclatura estable y que permita la fácil comunicación entre los científicos. La terminología que fue aceptada en el Congreso de Barcelona en el año 2002<sup>2</sup> representó un logro incuestionable pues no solo consiguió unificar un lenguaje científico, propiamente colposcópico, sino que también simplificó grandemente la clasificación de las imágenes, manteniendo la concepción de una colposcopia dinámica, es decir, capaz de aventurar el substrato histológico al que corresponde la imagen colposcópica.

Las modificaciones propuestas por el comité de terminología de la Internacional Federation of Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC) se distribuyeron a todas las sociedades nacionales miembros de la IFCPC. En el reciente Congreso de Río de Janeiro se ha publicado el primer documento que recoge las diferentes modificaciones que se han propuesto.

Recientemente ha aparecido un artículo<sup>3</sup> en el que, retomando la clasificación de Reid, que determinaba la gravedad de la lesión mediante un *score*, se añade otra serie de valoraciones que permiten, según los autores, mejorar la especificidad de la técnica. Debo de reconocer que tengo un especial rechazo a intentar simplificar el pensamiento científico a unas tablas numéricas, pero la corriente actual, incluida la clasificación de Río de Janeiro, sigue la tendencia «aritmética». En esta se habla de grado 1 y grado 2, que desde luego no es otra cosa que los cambios menores y mayores de la clasificación de Barcelona y con este criterio tan matemático nos proponen tres tipos de tratamiento que se corresponden con los tres tipos de zonas de transformación (ZT). No tenemos que olvidar que gracias al estudio colposcópico se pudo precisar la historia natural de la ZT y el conocimiento de que la infección por el virus del papiloma humano es la causante de las lesiones intraepiteliales neoplásicas. Tampoco hay que olvidar que la colposcopia ha sido la técnica que nos está permitiendo los tratamientos conservadores de

Correo electrónico: [santiagodexeus@santiagodexeus.com](mailto:santiagodexeus@santiagodexeus.com).

las lesiones cervicales, al individualizar la lesión según su extensión exo y/o endocervical.

Sigue llamándome la atención la escasa o nula importancia que se da a la colposcopia rutinaria, realizada por el propio ginecólogo en su consulta diaria<sup>4</sup>. El colposcopio es un instrumento versátil que tiene múltiples aplicaciones que no se reducen al diagnóstico de las lesiones preinvasoras.

En un reciente *meeting* de la European Federation of Colposcopy (Berlín, mayo de 2011) para determinar los estándares de calidad que permitieran una mayor efectividad de la colposcopia, se pudo evidenciar que, entre los representantes de las 23 naciones participantes, existían notables diferencias en cuanto a la utilización de la colposcopia. La práctica rutinaria de aquella es habitual en unos países, mientras que en otros se limita su utilización ante determinadas situaciones, como simple guía de la biopsia.

En España, según el medio asistencial, el 20% de las colposcopias son rutinarias y el 80% por citología anormal pero, aunque la diferencia sea considerable, opino que nuestro empeño debe tender a que la colposcopia sea un

elemento indispensable de la consulta ginecológica. Es evidente que deberían establecerse los mecanismos de control para asegurarnos de la calidad de la colposcopia a cualquier nivel que se realice y precisamente debemos felicitarnos de que la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (AEPC), desde hace años, haya tenido como objetivo prioritario la formación de colposcopistas competentes.

## Bibliografía

1. Dexeus S, Carrera JM, Coupez F. Colposcopy. Ed. Saunders; 1977.
2. Walker P, Dexeus S, De Palo G, et al. International Terminology of Colposcopy: Un updated report from the International Federation for Cervical Pathology and Colposcopy. *Obstet Gynec.* 2003;101: 175–7.
3. Bowring J, Strander B, Young M, et al. The Swede score: Evaluation of a scoring system designed to improve the predictive value of colposcopy. *J Lower Genital Tract Disease.* 2010;14:301–5.
4. Dexeus S, Dexeus D. The place of Colposcopy today. En: 5<sup>th</sup> EFC Congress; 2010.