

## HSIL CITOLÓGICO CERVICAL PERSISTENTE. VaIN

Sáenz Pascual, MP; Arribas García, S; Dieste Peres, P; Fernández Ladrón, V; Elizalde Martínez-Peñuela, CR; Eraso Guerrero, L.

### ANTECEDENTES

- HSIL representa entre el 0,5 y 1% de todas las citologías cervicales de cribado. Su prevalencia es mayor entre los 20-29 años (0,6%). Ante una citología de HSIL, el diagnóstico histológico definitivo demuestra una lesión  $\geq$  a HSIL/CIN2 aproximadamente en el 60% y carcinoma invasor en el 2%.
- El riesgo de persistencia o recurrencia de CIN permanece alto hasta al menos 10 años, siendo una lesión persistente, aquella incompletamente tratada, que se diagnostica en el primer año tras tratamiento.
- La neoplasia vaginal intraepitelial (VaIN) se considera una lesión precursora del cáncer de vagina. Es una entidad infrecuente (incidencia aproximada es de 0,2/100.000) y asintomática, que puede pasar desapercibida fácilmente a la exploración. Su diagnóstico representa el 0,4% de todas las lesiones premalignas del tracto genital inferior. La infección VPH esta implicada causalmente hasta en el 90% de los casos de VaIN.

### MÉTODOS

Se presenta el caso clínico de una mujer de 39 años con HSIL persistente.

### RESULTADOS



- 39 años
- Española
- No antecedentes personales conocidos de interés
- Fumadora 15 cigarrillos/día
- Nuligesta
- Método anticonceptivo: Preservativo.

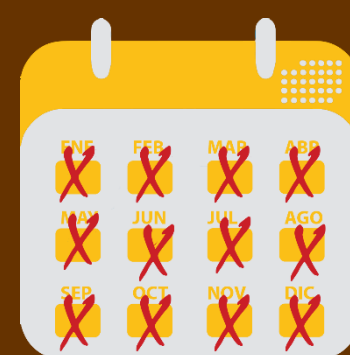
#### ACUDE ASINTOMÁTICA A REVISIÓN GINECOLÓGICA

- **EXPLORACIÓN:** cérvix de múltipara sin hallazgos.
- **CITOLOGÍA CERVICAL DE CRIBADO:** Atipia de células escamosas (ASCUS)
- **DETERMINACIÓN DNA HPV:** 16 y otros AR +, 18 -.
- **COLPOSCOPIA:** Adecuada, ZT1, sin lesión.

Se recomienda dejar de fumar y Vacunación VPH.

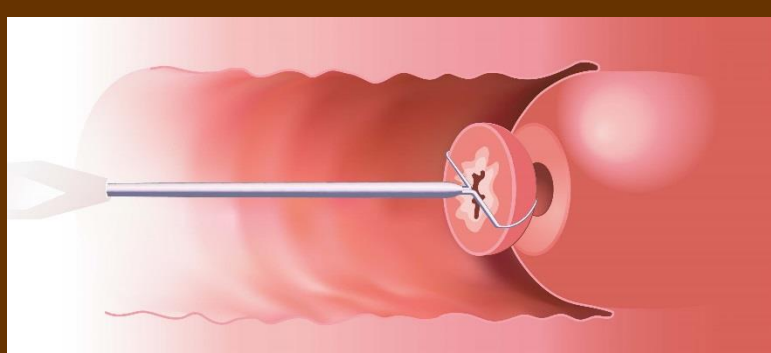


**CITOLOGÍA CERVICAL:** Displasia cervical leve (L-SIL)  
**COLPOSCOPIA:** Adecuada, ZT1, sin lesión.



**CITOLOGÍA CERVICAL:** L-SIL, no se puede descartar H-SIL.  
**COLPOSCOPIA:** Adecuada, ZT1, sin lesiones.  
**DETERMINACIÓN DNA HPV:** 16 y otros AR +, 18 -.

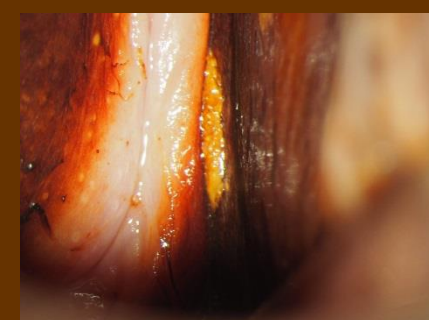
ANTE LA DISCORDANCIA CITOLÓGICA Y COLPOSCÓPICA, SE REALIZA CONIZACIÓN Y MICROLEGRADO DE CANAL ENDOCERVICAL



**HISTOLOGÍA:** Sin alteraciones.



**CITOLOGÍA CERVICAL:** L-SIL, no se puede descartar H-SIL.  
**DETERMINACIÓN DNA HPV:** 16 y otros AR +, 18 -.  
**COLPOSCOPIA:** adecuada, ZT2, sin lesiones.  
**VAGINOSCOPIA:**



Fondo de saco vaginal tras movilización lateral cervical, tras la aplicación de ácido acético al 5% se visualiza, área sobre elevada de 4 mm con superficie rugosa, acetoblancas intensas y yodo negativa homogénea con bordes regulares, que sugieren cambios grado 2. Exéresis completa.  
**Histología:** CONDILOMA CON DISPLASIA MODERADA

### CONCLUSIONES

- El diagnóstico de la VaIN requiere de una exploración cuidadosa de la vagina mediante vaginoscopia. Aunque idealmente la vagina debería evaluarse sistemáticamente en todos los casos en los que se realiza una colposcopia, la baja prevalencia de VaIN, la dificultad y laboriosidad de la vaginoscopia explican que en la práctica, muchas veces no se realice. No obstante hay situaciones clínicas en la que esta es necesaria.
- El tercio superior de la vagina es la localización más frecuente de la VaIN. Muchas de estas lesiones son multifocales o multicéntricas y se desarrollan de forma metacrónica o sincrónica con las neoplasias intraepiteliales de cuello uterino.