

COLPOSCOPIA: HALLAZGOS MISCELANEOS

Luis González Torga

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

1.-CONDILOMA

Es una lesión del tracto genital inferior, periné y ano, producido por un virus de la familia *papovaviridae*, del cual se conocen más de 100 tipos. El del género a (papiloma), que es el que afecta a humanos, tiene dos características: no es cultivable, y es específico de especie y de tejido (epitelio pavimentoso). Se considera una infección de transmisión sexual (ITS), y en algún caso puede transmitirse por fomites.

Puede presentarse como infección clínica, subclínica o latente.

INFECCION CLINICA: CONDILOMAS EXOFITICOS O ACUMINADOS_

Visibles a simple vista. Aparecen como formaciones papilares, únicas o múltiples, en cresta de gallo, recubiertas por epitelio queratósico. En zonas pilosas simulan verrugas vulgares. Tienen una capa conectiva muy desarrollada, y la mayoría son debidos a HPV de tipos 6 u 11. Localizaciones más frecuentes: en la mujer: introito, vestíbulo, labios menores y zonas: perineal y perianal. Es rara en el cérvix. En el hombre: surco balano-prepucial, prepucio, glande y zona perianal.

INFECCION SUBCLÍNICA: CONDILOMAS PLANOS, INFECCIÓN VPH

Es la forma mas frecuente de infección VPH en cérvix y se atribuye al efecto citopático del VPH. Carece de componente conectivo, lo que diferencia del condiloma exofítico. Solo es visible_con colposcopio y acido acético al 5%. Se asocia con frecuencia a la CIN.

INFECCION LATENTE POR VPH

Solo se detecta con técnicas de DNA, en tejidos clínica e histológicamente normales

Después del contagio se produce la curación o latencia. Tanto el tiempo de latencia, como la persistencia o reinfección, hoy es difícil definir las.

HISTOLOGIA

Los condilomas planos y acuminados, se caracterizan por hiperplasia del estrato basal, acantosis y alteraciones citopáticas: halo coilocítico y disqueratocitos. Son células pequeñas con núcleos picnóticos, dobles o múltiples, con citoplasma maduro queratinizado y alteración de la maduración núcleo-citoplásmica.

DIAGNOSTICO DEL VPH

1. Colposcopia: Indispensable para el diagnóstico de la infección subclínica y clínica de cuello, vagina, vulva y pene.

2. Citología (es una técnica de cribado, no de diagnóstico): solo sirve como sospecha, cuando hay halo coliocítico y la presencia de disqueratocitos
3. Microscopia electrónica: Solo se observan partículas virales intranucleares en el 50% de las células coliocíticas.
4. Tipificación del DNA: Por captura de híbridos-2, validada por la FDA para uso clínico, o por PCR.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL COLPOSCOPICO VPH-CIN

LESION VPH

Superficie: irregular, bordes imprecisos.
 Localización: cérvix (dentro y fuera de la ZT), vagina, vulva.
 Test de Schiller: irregular.
 Vasos: finos

LESION CIN:

Superficie: regular, bordes nítidos.
 Localización: cérvix en la ZT.
 Test de Schiller: negativo
 Vasos: atípicos

CONDILOMAS: TRATAMIENTO (según localización y extensión)

TRATAMIENTOS INVASIVOS

- Cauterización
- Crioterapia
- Asa diatérmica
- Láser de CO2: vaporización o resección
- Bisturí frío

TRATAMIENTOS NO INVASIVOS

- Observación
- Podofilina
- Podofilotoxina
- Fluorouracilo
- Acido tricloroacético
- Interferón: tópica, intralesional, i.m. o subcutáneo.

2.-QUERATOSIS

A colposcopia es un área blanca queratinizada, plana o elevada, lisa o rugosa, sin vasos visibles. La queratosis plana solo es visible con colposcopia. La forma sobreelevada es visible a simple vista. Los bordes están bien definidos y con lugol la tinción es amarillenta leve.

Histología: para o hiperqueratosis, según las células superficiales cornificadas tengan o no núcleos picnóticos

Etiología: prolapso, pesario, electrocoagulación o infección VPH.

Algunos carcinomas presentan queratosis, pero siempre junto con otras imágenes sospechosas.

Biopsiar: Las que están dentro de la ZT y se acompañan de otras imágenes anormales.

3.- EROSIÓN

Es la ausencia del epitelio pavimentoso, manteniéndose el conectivo normal. No tiene significado clínico específico. Además no es una ZTA por carecer de epitelio y cuanto mas alejada de la ZT, más probablemente sea benigna.

Etiología: Presión prolongada por pesario, prolapso o inflamación, atrofia, agentes químicos o neoplasias.

-Con acido acético se ve un área eritematosa, de superficie lisa y fácil sangrado.

-Para el diagnostico se debe conocer la historia. Si hay un proceso inflamatorio se debe tratar. En caso de atrofia se administraran estrógenos.

-Debe realizarse biopsia solo en caso de no conseguir aclarar el diagnóstico.

4.-INFLAMACIÓN

Etiología: -Traumas, agentes químicos o agentes infecciosos.

❖ AGENTES INFECCIOSOS

- La transmisión sexual (ITS) es la causa mas frecuente.
- ITS: sífilis, gonorrea, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, ulcera blanda y el granuloma inguinal. tricomonas, giardia, entamoeba, gardnerella, candida, e.coli, chlamydia, mycoplasma, ureaplasma y virus (VHS, VIH, VPH, CMV, hepatitis B-C)

❖ Causas del aumento:

- Cambios de conducta sexual secundarios al uso de ACH, DIU y no uso de condón.
- Precocidad en el inicio de relaciones sexuales.
- Incremento de viajes, sobre todo a zonas endémicas.

❖ PREVENCIÓN:

- Educación sexual y uso de condón

❖ DIAGNOSTICO:

- Un exudado abundante no es sinónimo de infección.
- No hay síntomas ni exudados patognomónicos, excepto en candidas y tricomonas.
- Para estudio microbiológico deben hacerse tomas: vaginal, endocervical, fondo vaginal posterior y uretral

ESTUDIOS A REALIZAR:

- Examen en fresco: suero fisiológico.
- Estudio con potasa al 10% = *clue cells*
- Cultivo
- Colposcopia (candidas: puntos blancos; tricomonas: colpitis en fresa)
- Estudio de la pareja
- Estudio de los contactos sexuales

VIRUS HERPES

- ❖ Pertenece a la familia Herpetoviridae, de los que se conocen más de 80 tipos según su DNA. El tipo 2 es el que afecta preferentemente a los genitales.

❖ INCIDENCIA

-La mayor incidencia se da a los 25 años, en un estrato social medio-alto y en la raza blanca, favorecida por la penicilina y píldora, al considerarse que con la penicilina estaban solucionadas todas las ITS y con ACH no había riesgo de embarazo.

Hay anticuerpos HSV-2 + en el 70 % de adultos sanos.

- ❖ Evolución: INFECCIÓN PRIMARIA: por las terminaciones nerviosas sensitivas los virus van a los ganglios sensoriales de las raíces espinales y quedan como INFECCIÓN LATENTE, sin replicación. En cualquier momento y por múltiples causas (fiebre, estrés, corticoides, fase premenstrual...), se puede producir una INFECCIÓN RECURRENTE que por vía nerviosa llega al locus primario.

VIRUS HERPES 2 - CLINICA

- ❖ Producido el contagio, a los 6 días aparecen vesículas cutáneas y mucosas, con halo rojo que 6 días después se rompen y se hacen úlceras dolorosas, con adenopatía (en 50%), y secreción fibrinoide y purulenta. A las tres semanas se produce la curación.
- ❖ CLINICA: dolor local, fiebre, adenopatía, cefalea y malestar general. En cérvix (rara) presenta úlceras múltiples o una cervicitis necrotizante, con dolor pélvico, que simula un cáncer de cérvix.

- ❖ En parto vaginal con HSV-2 activo, el 60 % de los R.N. la desarrolla. La mortalidad neonatal es del 50 % y los que sobreviven pueden tener graves afectaciones neurológicas.

VIRUS HERPES 2 - DIAGNOSTICO

Por cultivo: del líquido de las vesículas

Por COLPOSCOPIA:

- ❖ Múltiples vesículas cutáneas y mucosas, con halo rojo.
- ❖ Úlceras dolorosas, con adenopatía (50%), y secreción fibrinoide y purulenta.
- ❖ En cérvix presenta úlceras pequeñas y múltiples o una cervicitis necrotizante.

Diagnóstico Diferencial: Con la sífilis. Es una lesión única, tiene adenopatías++ y no recidiva.

VIRUS HERPES 2 - TRATAMIENTO

NORMAS GENERALES

- No romper las vesículas, no utilizar corticoides, utilizar antisépticos locales y cremas antibióticas. Administrar antiálgicos por el intenso dolor que con frecuencia existe. Mantener buena higiene genital y realizar sondaje vesical en casos de retención.
- ❖ TRATAMIENTO ANTIVIRAL: "no curativo": Aciclovir: vías: i.v., oral o tópica.

5.-ATROFIA

- CAMBIOS ESTRUCTURALES: Que consisten en: Reducción del volumen del cérvix. Pérdida de elasticidad del cérvix, que produce una estenosis del canal cervical. Retracción del exocervix hacia endocervix. Todo ello comporta más dificultad para el estudio colposcópico, ampliada además la dificultad por los cambios en la vagina y en la vulva, que consisten en el aplanamiento de los fondos de saco, la pérdida de la elasticidad de la vagina, la sequedad vaginal y la estenosis vestibular.

A COLPOSCOPIA: El epitelio es más pálido, se erosiona con facilidad, los vasos del estroma son más visibles y lesionables y el test de Schiller es negativo. Con frecuencia las colposcopias son insatisfactorias por imposibilidad para ver la ZT.

6.-DECIDUOSIS

Es una imagen cercana a la U.E.C., muy frágil, que aparece debajo del epitelio cilíndrico o escamoso con cambios similares a los producidos en el endometrio durante el embarazo. Se inicia en la semana 12, sin modificarse en todo el embarazo y desaparece después del parto.

- ❖ FRECUENCIA: 30 % de las colposcopias en gestación.
Con ácido acético se torna blanco-amarillenta y con límites poco precisos.
Con lugol son yodo negativas o positivas débiles.

7.-POLIPOS

- ❖ Tumor benigno, pediculado o sésil que se aprecia a ojo desnudo y tiene base endocervical o endometrial. Su frecuencia es alrededor del 4 %.

Clínica: son asintomáticos y en algún caso producen: leucorrea, metrorragia o coitorragia.

Colposcopia: con ácido acético la superficie es como un racimo de uvas, o lisa si el epitelio es metaplásico.

Con lugol la tinción es negativa.

Los tipos mas frecuentes son los mucosos, menos los fibrosos, adenomatosos y angiomatosos.

- ❖ TRATAMIENTO: extirpación para descartar la rareza de los malignos.
- ❖ Diagnóstico Diferencial: con miomas submucosos, hiperplasia del endocervix, pólipos endometriales y adenocarcinoma de endocervix
- ❖ EVOLUCIÓN:
Hacia la metaplasia, mas frecuente en el extremo del pólipo.
La necrosis, por torsión, en los pólipos con pedículo fino.
O la transformación maligna: muy rara (0,2-1 %). El mas frecuente es el carcinoma escamoso, menos el adenocarcinoma y raro el sarcoma.
- ❖ En los pólipos malignos hay que descartar si hay afectación del pediculo y de la base. El carcinoma escamoso y el sarcoma limitado al pólipo tienen buen pronóstico.
- ❖ TRATAMIENTO: En los benignos: extirpación por torsión. Tras la extirpación es aconsejable realizar una histeroscopia.