

COLPOSCOPIA DE LA PATOLOGÍA VAGINAL

Montserrat Cararach

Institut Universitari Dexeus. Barcelona

I. VAGINOSCOPIA

Denominamos vaginoscopia a la exploración magnificada de vagina mediante la utilización del colposcopio. Aunque la exploración forma parte integrada del examen colposcópico del Tracto Genital Inferior, determinadas situaciones clínicas hacen inexcusable su proceder.

Indicaciones

El examen colposcópico de la vagina esta especialmente indicado en las siguientes situaciones:

- 1. Citología anormal.** Estudiar el origen de una citología anormal, especialmente en mujeres con cuello normal, y en pacientes histerectomizadas.
- 2. Paciente con CIN o VIN.** Evaluar pacientes con Neoplasia Intraepitelial cervical o vulvar, por el riesgo de lesiones multicéntricas en el tracto genital inferior.
- 3. Paciente con VPH.** Evaluar pacientes con infección por el virus del papiloma humano, por la frecuente multifocalidad.
- 4. Antecedente de exposición al DES.** Detección y seguimiento en mujeres expuestas intraútero al Dietilestilbestrol (DES).
- 5. Pos-cirugía oncológica.** Pacientes tratadas por lesiones preinvasivas o invasivas. Asentamiento más frecuente de recidivas locales del carcinoma de cérvix y de endometrio.
- 6. Hemorragia genital.** Establecer el origen de la hemorragia.

Metódica exploratoria

Los pasos a seguir en la colposcopia de vagina son los mismos que en el cuello. La inserción del espéculo debe ser cuidadosa para evitar traumatizar la mucosa vaginal. Ésta es particularmente susceptible de lesionarse en situaciones de déficit estrogénico y post-irradiación.

Aplicación de la solución de ácido acético al 3-5%, y utilización del colposcopio a diferentes aumentos. Debe movilizarse el cérvix con una pinza porta-torundas para el estudio de los fondos vaginales. Para la observación de toda la mucosa vaginal, desde los fondos vaginales hasta la región retro-himeneal, es necesario ir rotando el espéculo y retirarlo sin cerrar. Antes de su extracción total se reintroduce de

nuevo para la aplicación de la solución de Lugol, siguiendo los mismos pasos que con el ácido acético.

El Test de Schiller es mucho más valioso en el examen colposcópico de la vagina que la solución de ácido acético. Las siguientes condiciones producen zonas que no se tiñen con Lugol: neoplasia intraepitelial, epitelio columnar, metaplasia escamosa, epitelio atrófico, leucoplasia, ulceraciones, tejido granulomatoso. La aplicación de una solución de Lugol resulta útil para la identificación de lesiones. También contribuye a delimitar los márgenes de la lesión y al diagnóstico diferencial entre VPH y VAIN, ya que en la infección por VPH se produce una captación parcial de Lugol, mientras que en la VAIN la tinción es yodo negativa y presenta bordes bien delimitados.

Dificultades

La colposcopia de la vagina presenta algunos problemas que hacen que sea más dificultosa que la del cuello.

- La superficie a estudiar es más extensa.
- La colocación del espéculo vaginal obstaculiza la visión de más del 50% de la superficie vaginal.
- Las rugosidades y pliegues de la vagina pueden ocultar pequeñas lesiones. La utilización de una torunda de algodón ayuda a aplanar los pliegues.
- Dificultad al explorar en ángulo recto con el colposcopio.
- Dificultad en la exploración de los ángulos vaginales en mujeres sometidas a histerectomía. Es necesaria la utilización de erinas para traccionar la mucosa de los ángulos vaginales y facilitar su observación.
- En pacientes posmenopáusicas la marcada atrofia de la mucosa vaginal puede presentar problemas diagnósticos. Antes de realizar un examen colposcópico en una mujer con déficit estrogénico, es necesario mejorar el trofismo vaginal mediante la administración de estrógenos. De esta forma se facilita la exploración y se evitan interpretaciones colposcópicas erróneas.

Biopsia de vagina

Al igual que en el cuello, la biopsia puede realizarse sin anestesia local, a excepción de cuando se realiza en el tercio inferior donde puede ser dolorosa. La biopsia se realiza con las mismas pinzas sacabocados de cuello. En ocasiones, especialmente en lesiones planas, la toma de la muestra puede resultar difícil. La utilización de un garfio, para levantar y fijar la mucosa, facilita la toma de la muestra y evita que la pinza de biopsia resbale. La biopsia debe cortar de forma perpendicular al pliegue mucoso para evitar problemas de interpretación al patólogo. Si se precisa hemostasia puede aplicarse solución de Monsel.

II. CLASIFICACION DE LA PATOLOGIA VAGINAL

Las enfermedades vaginales pueden clasificarse según los siguientes apartados:

Adenosis vaginal

La adenosis vaginal se describe como la presencia de epitelio columnar en la vagina. Existen dos variedades clínicas:

1. Adenosis relacionada con el dietilestilbestrol (DES). Se observa entre el 30-90% de las mujeres con exposición intraútero al fármaco. Parece que el DES actuaría durante la embriogénesis interfiriendo el reemplazamiento normal del epitelio columnar original de origen mülleriano por epitelio escamoso del seno urogenital.

2. Adenosis sin relación evidente con el DES. Se observa en pacientes sometidas a tratamientos destructivos de la mucosa vaginal (vaporización láser, 5-Fluorouracilo). En este caso el mecanismo etiopatogénico sería el traumatismo tisular, quizás por estimulación de las células de reserva sub-epiteliales a diferenciarse hacia epitelio glandular.

El diagnóstico se establece casi siempre mediante colposcopia. Su presencia se pone de relieve después de la aplicación del ácido acético. Se observa como el epitelio columnar se extiende desde el cuello hasta los fórnix y paredes vaginales. Suele observarse epitelio metaplásico caracterizado por islotes de epitelio glandular y orificios glandulares. La metaplasia se observa como un epitelio acidófilo, delgado y plano, acompañado de un mosaico fino y regular. Tras la aplicación del Lugol la adenosis aparece como un área yodo-negativa, ya que ni el epitelio columnar ni el metaplásico captan la solución de Lugol.

Zona de Transformación Congénita

En ocasiones, especialmente en chicas jóvenes, pueden observarse unas áreas de epitelio acetoblanco acompañadas de un mosaico y punteado fino que se extiende hacia los fórnix vaginales. Se denomina zona de transformación cervicovaginal congénita o áreas tipo DES y traduce la persistencia del proceso de metaplasia escamosa que ocurre en la vida fetal. Estas áreas generalmente adoptan una forma triangular que se extienden hacia los fondos vaginales anterior y posterior.

Tanto la adenosis como la zona de transformación congénita son procesos que fácilmente pueden interpretarse como una CIN que se extiende a vagina. En estas pacientes, para evitar biopsias repetidas o tratamientos innecesarios de unos hallazgos anormales benignos, la experiencia del colposcopista es esencial.

Tumores benignos

Los tumores de la vagina son muy poco frecuentes. Están representados por el leiomioma, fibroma, rabdomioma y pólipo fibroepitelial.

Procesos de tipo tumoral (pseudos-tumores)

En este apartado se describen: Quiste de inclusión, Quiste endometriósico, Quiste ductal de Gartner, Granulomas y Ulceras.

Quiste de inclusión- Se origina a partir de la inclusión del epitelio escamoso tras traumatismo de parto o episiotomía, o bien después de cirugía ginecológica. Presenta un contenido líquido amarillento y espeso, con epitelio suprayacente positivo al yodo. Suele ser asintomático y no precisa tratamiento.

Quiste endometriósico - Poco frecuente. Generalmente se produce a consecuencia de cirugía obstétrica o ginecológica. Aparece como una lesión nodular única de color rojo o azulado. En ocasiones puede provocar dispareunia y requerir escisión quirúrgica.

Quiste Ductal de Gartner – Es un vestigio del conducto mesonéfrico (de Wolf). Aparece como un quiste único, pequeño, de pared fina y translucido, situado en la capa submucosa de la pared lateral vaginal. Contiene un líquido claro. Suele ser asintomático y detectarse de forma casual. En ocasiones es de gran tamaño y protuye en la vagina, con la consiguiente dispareunia y dolorimiento.

Tejido de granulación – Puede aparecer a consecuencia de inflamación crónica, pero más a menudo se observa en la línea de sutura después de una intervención quirúrgica. Aparece como una tumoración rojiza, de base ancha y bordes bien

delimitados, que sangra con facilidad por tratarse de una estructura muy vascularizada. El tejido de granulación se vuelve opaco tras la aplicación de ácido acético debido a la vasoconstricción, y no reacciona al Lugol. A menudo es causa de sangrado y requiere tratamiento.

Úlcera – El traumatismo repetido o crónico puede desarrollar una erosión y ulceración (pesario, actividad sexual excesiva).

Enfermedades inflamatorias e infecciosas

La vaginitis es un síndrome muy común y constituye una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica. Las tres causas de vaginitis más frecuentes son la infección por Gardnerella, por Candida, o por Tricomonas.

El patrón colposcópico no es característico en la vaginosis. En la Candidiasis se observan placas blanco-amarillentas, finas y mal definidas, y eritematosas. El patrón colposcópico de la infección por Tricomonas se caracteriza por la presencia de numerosas asas capilares finas y múltiples manchas eritematosas. Después de la aplicación del Lugol, las placas destacan sobre un fondo de color marrón, patrón denominado “piel de leopardo” o “en fresa”.

La infección vaginal por VPH, al igual que en otras localizaciones del TGI, puede presentarse de forma clínica (lesiones apreciadas a simple vista), o subclínica (lesiones visibles con la ayuda del colposcopio y tras la aplicación de ácido acético).

1. Infección clínica. Desde el punto de vista clínico, las imágenes varían desde las del condiloma clásico (constituidos por papilas sonrosadas, carnosas, que blanquean con el ac. acético), hasta la presencia de lesiones hiperqueratósicas (placas blanquecinas, de superficie rugosa y sin vascularización aparente). La localización más frecuente es a nivel de fondos vaginales y tercio superior e inferior de vagina. Suelen ser múltiples y no muy extensos (exuberantes en pacientes embarazadas e inmunodeprimidas).

En ocasiones es necesaria la utilización del colposcopio para visualizar las pequeñas lesiones, que pueden pasar desapercibidas al encontrarse escondidas entre los pliegues de la mucosa vaginal.

2. La infección subclínica se detecta colposcópicamente tras la aplicación de ácido acético. Se manifiesta como epitelios aceto-blancos, tenues de bordes netos. Superficie lisa o levemente sobre-elevada, espiculada o micropapilar. A veces acompañados de un punteado fino y regular. Tras la aplicación del Lugol aparecen como áreas yodo negativas o parcialmente positivas. En ocasiones puede ser necesario diferenciar la infección por VPH de una VAIN, aunque debe considerarse la posibilidad de coexistencia de ambas lesiones.

Neoplasia intraepitelial vaginal. VAIN

La VAIN es mucho menos frecuente que la CIN. Sin embargo en los últimos años se ha observado un aumento en su incidencia, probablemente asociada al aumento general de la prevalencia de la infección por el VPH en el Tracto Genital Inferior. Este aumento se da especialmente en mujeres jóvenes. Los factores de riesgo son los mismos que para la CIN, principalmente la exposición al VPH. Esto explica el que la VAIN se encuentre frecuentemente asociada a la CIN.

La VAIN es una lesión totalmente asintomática y su detección viene precedida por lo general por la presencia de una citología anormal. La vaginoscopia es una técnica

esencial en el diagnóstico, ya que permite la localización de las lesiones y su confirmación histológica mediante biopsia dirigida.

La mayoría de lesiones de VAIN son multifocales y en el 80-90% de los casos se localizan en el tercio superior de la vagina. Cuando aparece en mujeres hysterectomizadas por CIN, la VAIN suele localizarse en los ángulos vaginales a las 3 y 9 horarias, denominadas "orejas de perro".

El aspecto colposcópico de la VAIN es parecido al de la CIN. Consiste en una lesión aceto-blanca, gruesa o fina pero de bordes bien definidos y superficie lisa y granular-queratósica. La observación de un patrón vascular es posible, especialmente punteado y más raramente mosaico. Cuanto más marcados sean los hallazgos anormales, más grave es la lesión. La aplicación de la solución de Lugol es imprescindible ya que la VAIN es yodo-negativa.

Una serie de lesiones vaginales pueden presentar dificultades en el diagnóstico de la VAIN: 1. ZT congénita, 2. Adenosis, 3. Infección subclínica por VPH), 4. Atrofia post-radioterapia.

Tumores malignos

Los tumores malignos primarios de la vagina son excepcionales. Representan el 2% de todos los tumores ginecológicos malignos. El carcinoma de células escamosas supone aproximadamente el 95% de los tumores malignos primarios de la vagina. El 5% restante incluye el adenocarcinoma de células claras, el sarcoma botrioides, el tumor del seno endodérmico y el melanoma.

Aproximadamente en el 50% de los casos, el CE vaginal se presenta como una lesión ulcerativa. La localización más frecuente es la pared posterior (60%). Aproximadamente un 50% de los tumores se sitúan en el tercio superior de la vagina.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con los tumores secundarios a otras localizaciones y tumores metastáticos.

Las lesiones no malignas que pueden mimetizar una neoplasia vaginal son: Adenosis vaginal, Zona de Transformación Congénita, ulceración inespecífica e infección clínica por VPH.

RESUMEN

La vaginoscopia es una técnica complementaria de la exploración del Tracto Genital Inferior.

Su objetivo es la localización y diagnóstico topográfico de las lesiones.

La indicación principal es la prevención secundaria (diagnóstico precoz) del cáncer, mediante el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia intraepitelial.

La vaginoscopia es una técnica de gran valor clínico, con implicaciones diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento.