

Hospital Dr. Luis Tisné Brousse
Facultad de Medicina. Universidad de Chile
Servicio de Obstetricia y Ginecología
Unidad de Oncología
Santiago de Chile



Colposcopía vaginal y vulvoscopía. Ventajas y desventajas

Quito, Ecuador

Mayo 2015

Dr. Jorge Tisné T.
Dr. Clemente Arab E.
Dr. Patricio Cisternas C.
Dr. Carlos Ibáñez B.
Dr. Sergio Sidgman G.

Consideraciones Colposcópicas

- Hinselmann 1925
- Colposcopía dinámica angloamericana 1970
- Curva marcada de aprendiz a maestro
- Gran protector de fallas citológicas del TGI
- Colposcopista moderno debe ser prudente y certero en:
 - Cervix
 - Vagina
 - Vulva
 - Ano
 - Pene

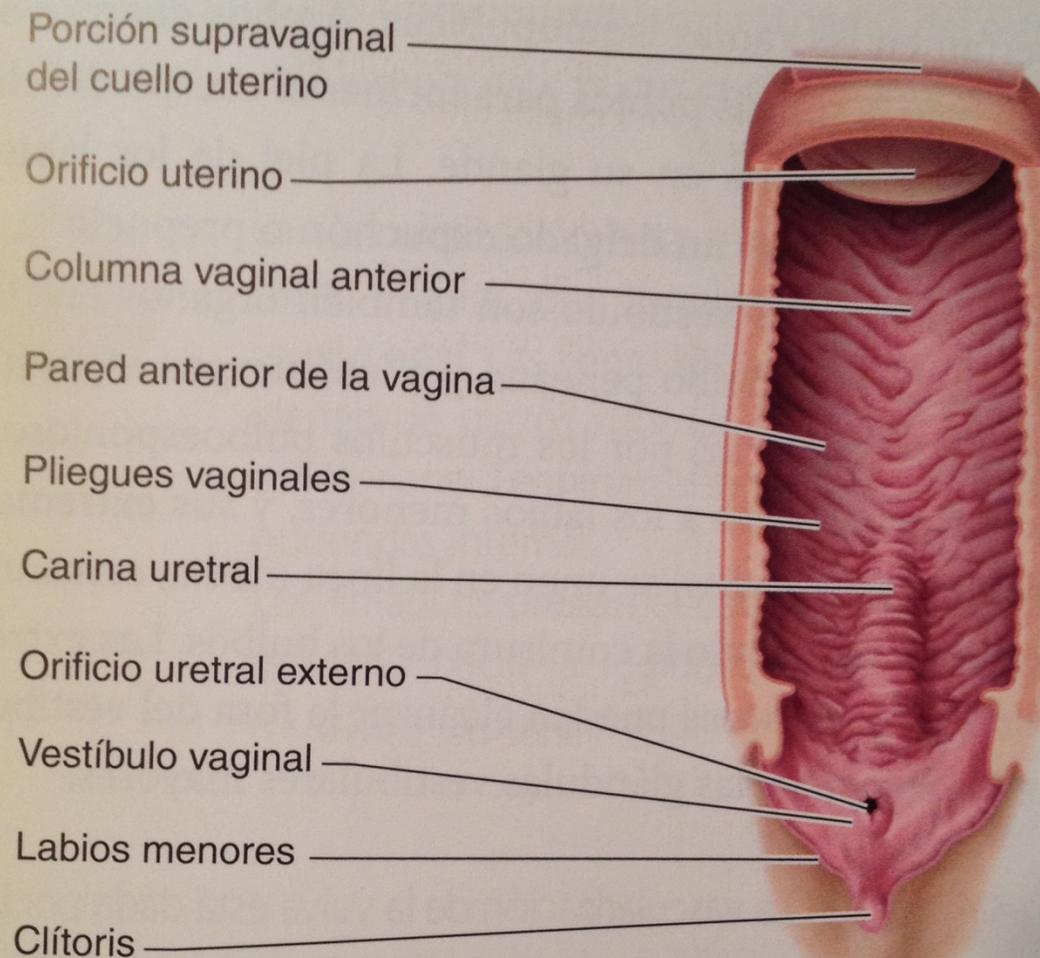


Fig. 1-3. Corte coronal de la vagina, vista posterior (Pró. Anatomía Clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2012:709).

Colposcopía vaginal

- Indicaciones:
 - Citología anormal con cervix normal
 - Histerectomizada por CIN o CACU
 - Paciente con NIE o VIN
 - HPV positivo especialmente alto grado
 - Cirugía cervical preinvasora o invasora
 - Orígenes de hemorragia genital
 - Leucorreas prolongadas

Desventajas de la vaginoscopía

- Déficit estrogénico
- Pacientes irradiadas
- Espéculo cubre 50% de la superficie
- Debe girarse el espéculo
- Torunda de algodón para fondos de saco
- Colposcopio ángulo recto, no permite rotación

Dificultades vaginoscopía

- Superficie extensa
- Rugosidades y pliegues ocultan lesiones
- Generalmente multifocales
- «Ear dogs» post histerectomía total
- Atrofia en climaterio
- Vagina actínica: corta, rígida, epitelio atrófico



Beneficios vaginoscopía

- Permite diagnóstico precoz de VAIN o CA vaginal
- Diferencia lesiones benignas de premalignas y malignas
- Permite terapia precoz, con mejor pronóstico
- Seguimiento de lesiones de cervix y vagina

Lesiones benignas vaginales

- Erosio vera
- Condilomas (HPV 6,11)
- Pólipos
- Quistes
- Endometriosis (color azul pálido)
- Inflamaciones (infecciones)
- Estenosis vaginales

Técnicas de la vaginoscopía

- Siempre ácido acético 3% - 5%
- Espéculo adecuado
- Siempre lugol
- Buscar zonas lugol negativas

Búsqueda de hallazgos colposcópicos

- Epitelio aceto blanco
- Leucoplasia → queratina sobre mucosa
- Punteado → compresión capilar
- Mosaico → Proliferación capilar
- Vasos atípicos → forma de coma o tirabuzón
- Lesiones condilomatosas
- HPV capta parcialmente el lugol
- El VAIN es yodo negativo

Objetivos de la colposcopia

Localización y diagnóstico
topográfico de las lesiones

VAIN

- Epitelio solo escamoso
 - VAIN I hasta 33% de membrana basal a superficie
 - VAIN II > 33% hasta 66%
 - VAIN III > 66% hasta todo el epitelio
- Generalmente
 - Lesiones multifocales
 - Predilección por la cúpula en histerectomizadas totales

Hallazgos colposcópicos anormales I

- Grado I (menor)
 - Epitelio aceto blanco delgado
 - Puntillado fino
 - Mosaico fino
- Grado II (mayor)
 - Epitelio aceto blanco denso
 - Puntillado grueso
 - Mosaico grueso

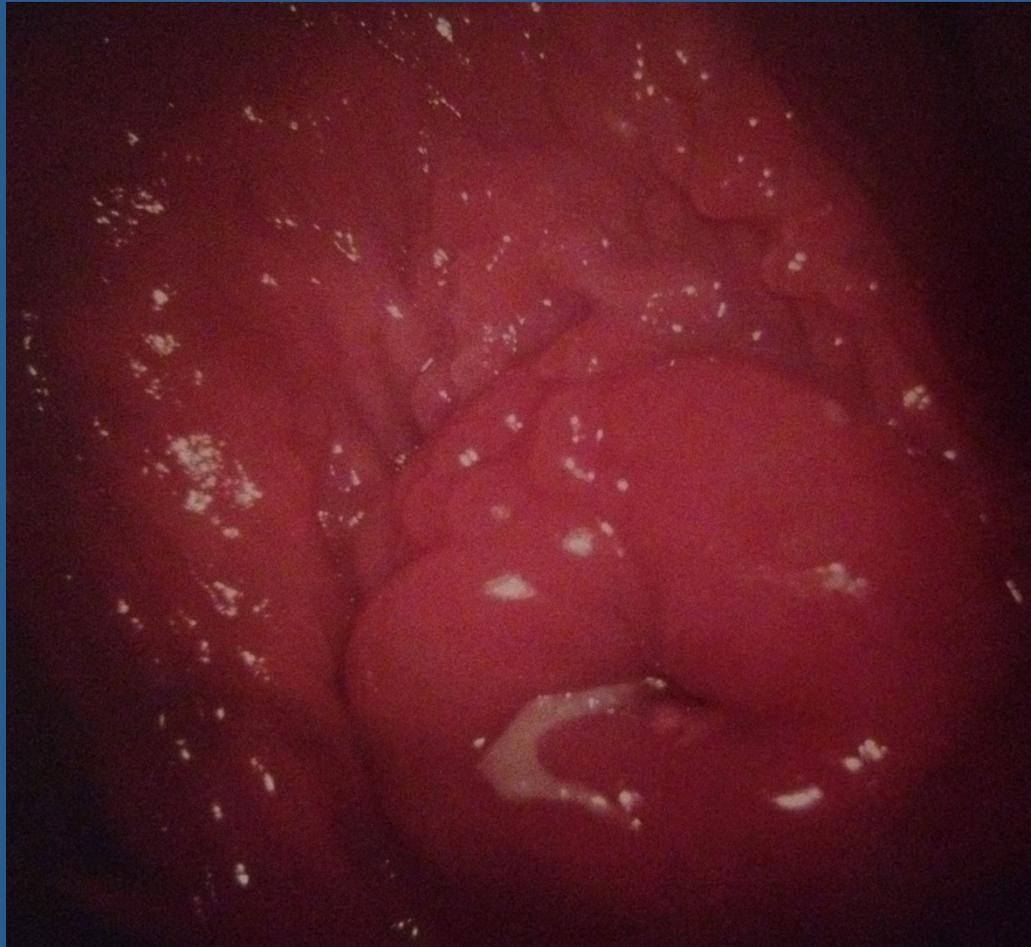
Hallazgos colposcópicos anormales II

Sospecha de invasión:

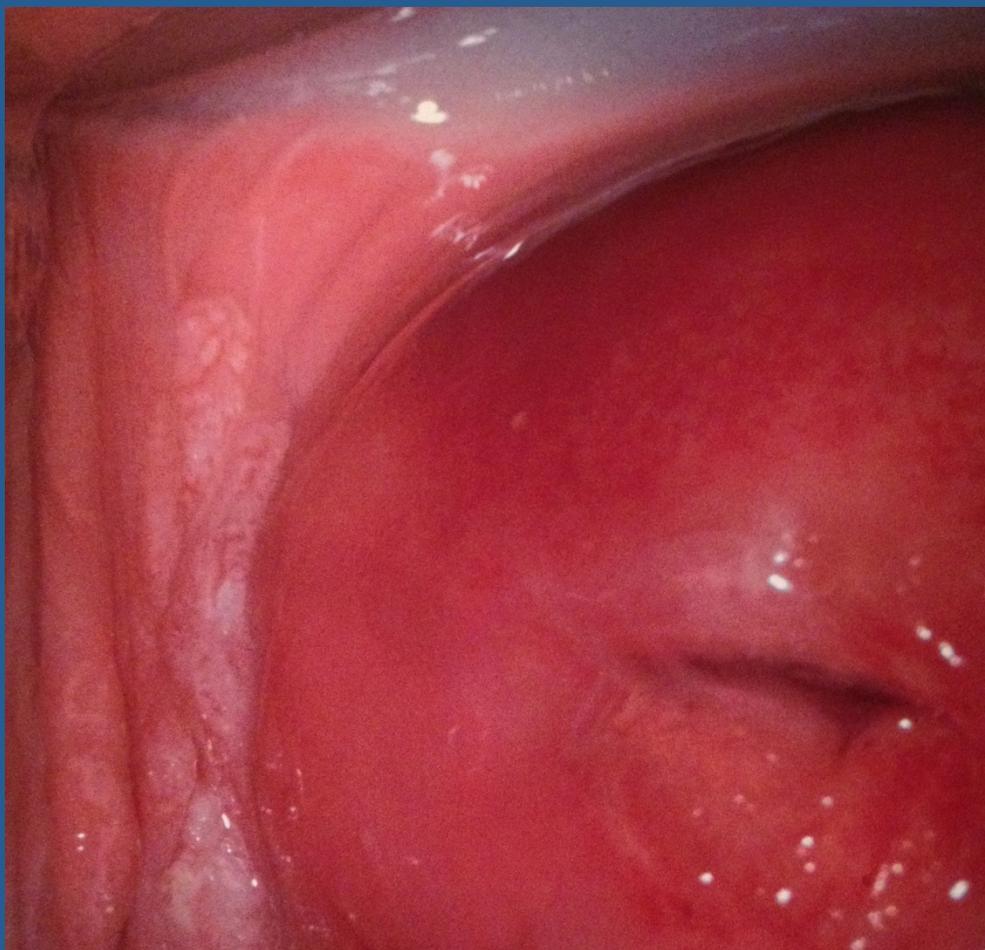
- Vasos atípicos
- Signos adicionales:
 - Vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración (necrotica), tumoración nodular



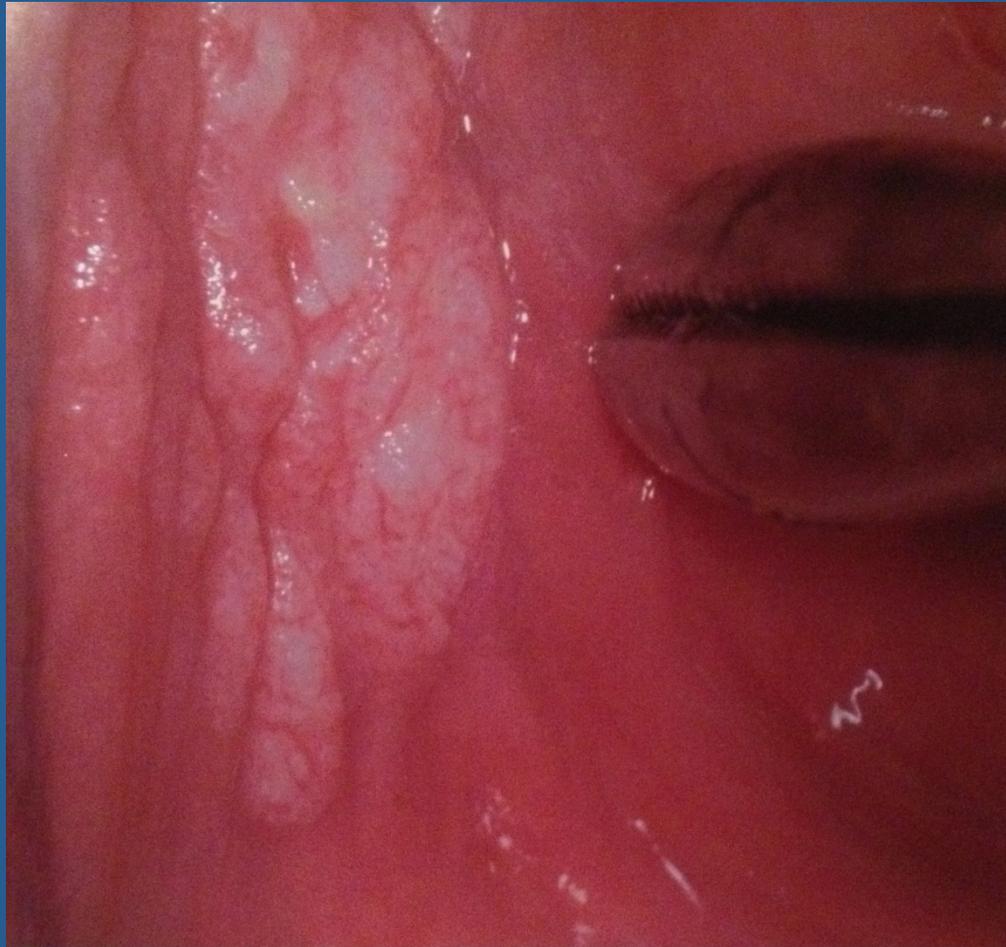
Papilomatosis vaginal



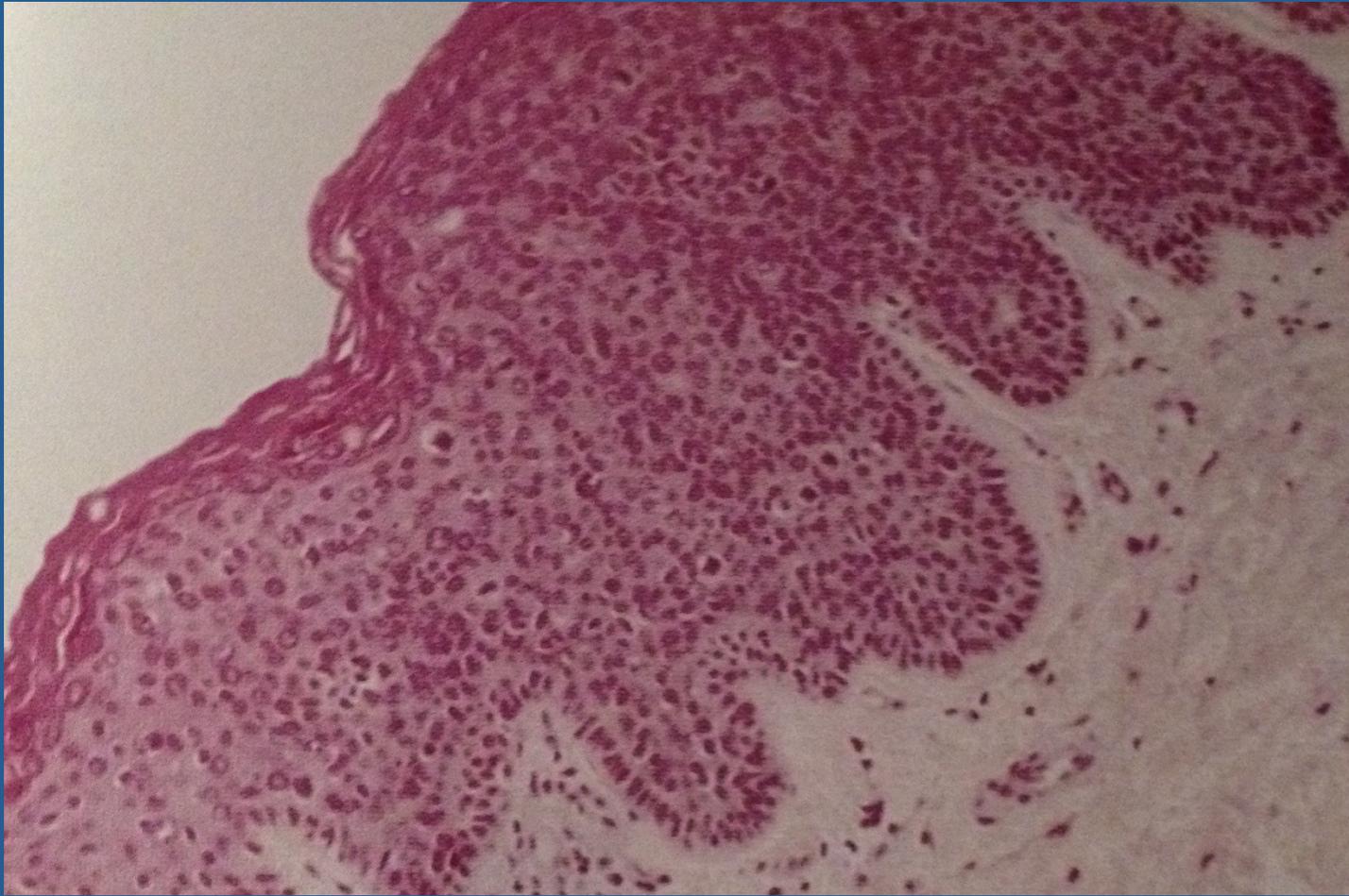
VAIN III



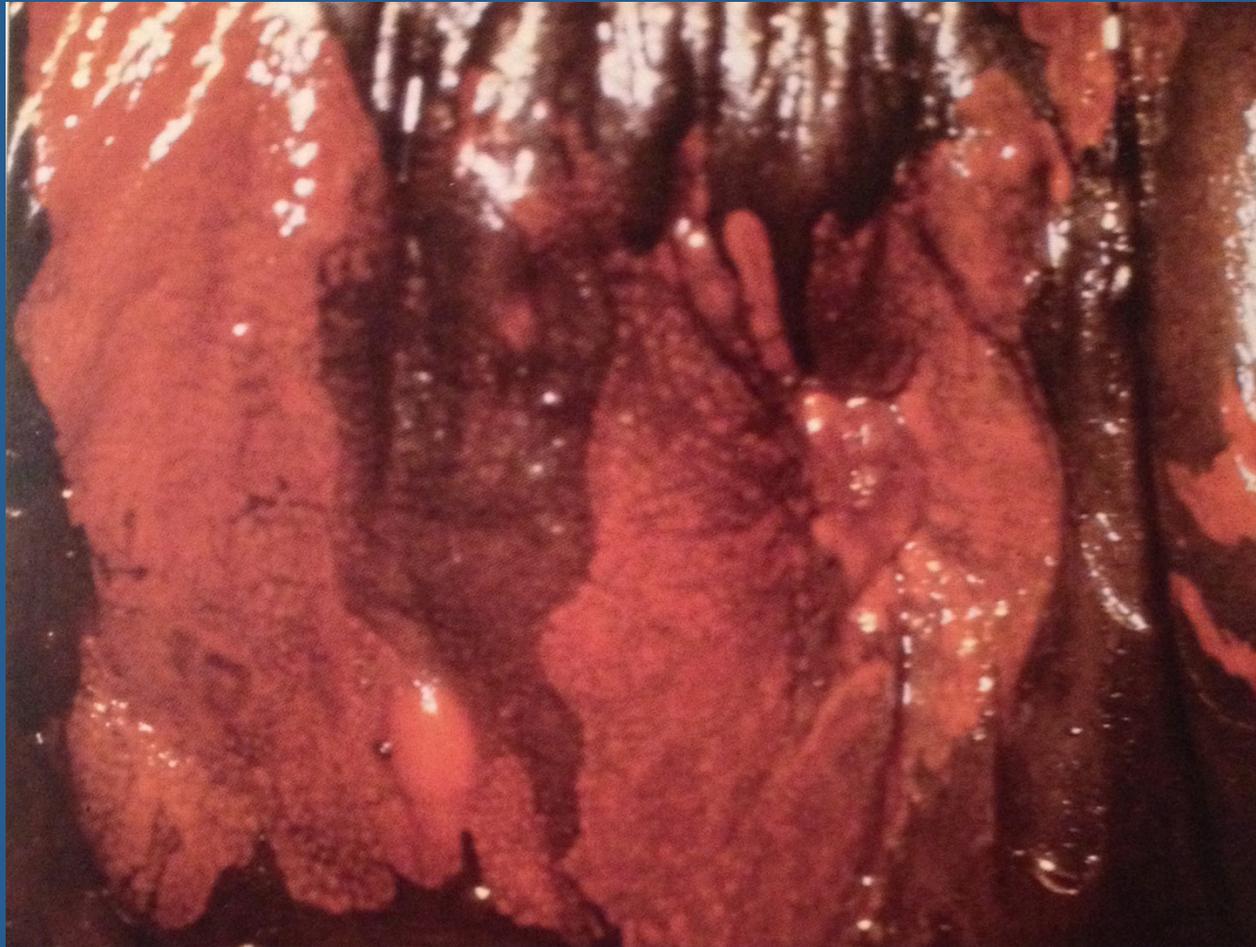
VAIN III



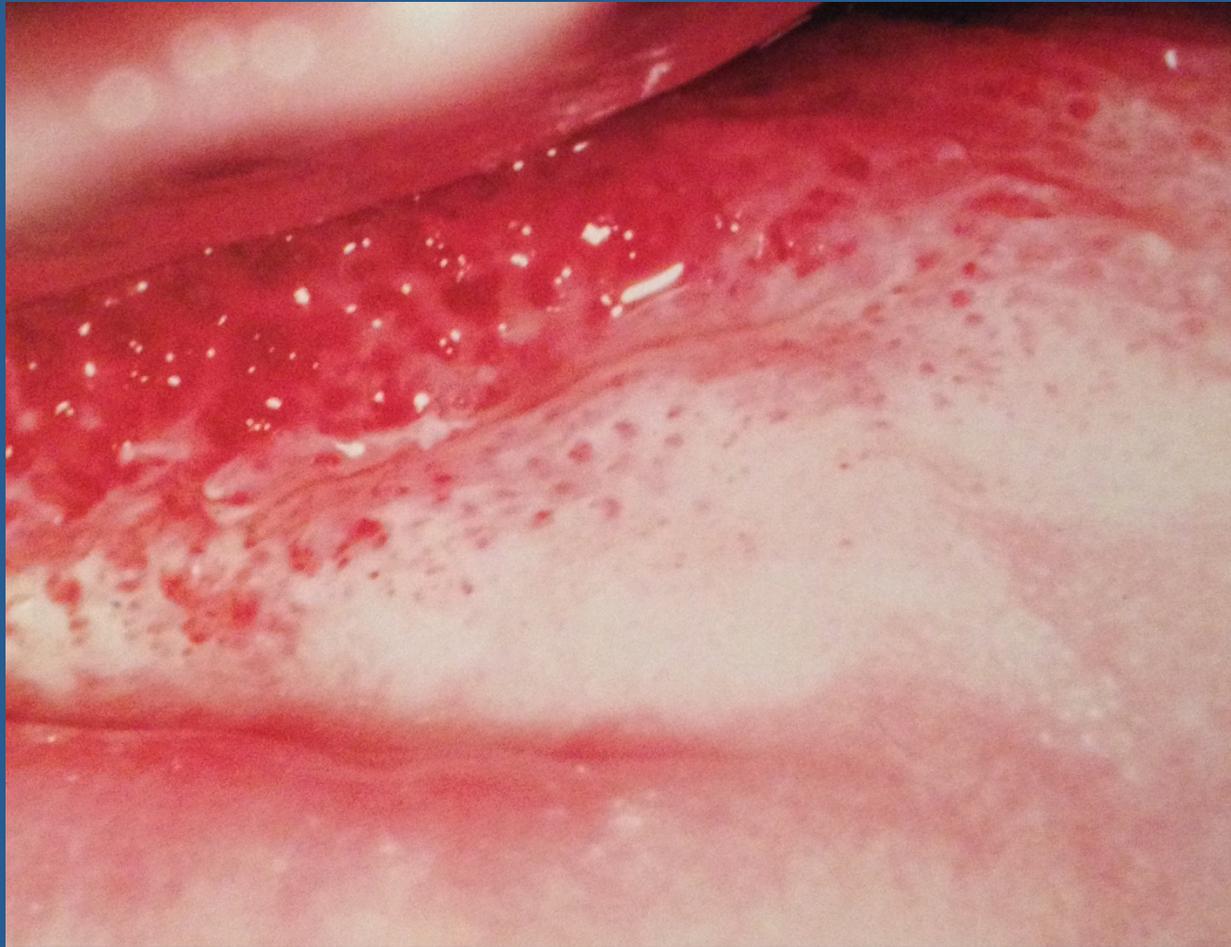
Histología VAIN III



VAIN III con lugol



CA invasor inicial de vagina



Monte de Venus

Comisura labial anterior

Prepucio del clítoris

Clítoris

Labio mayor

Labio menor

Orificio uretral externo

Vestíbulo vaginal

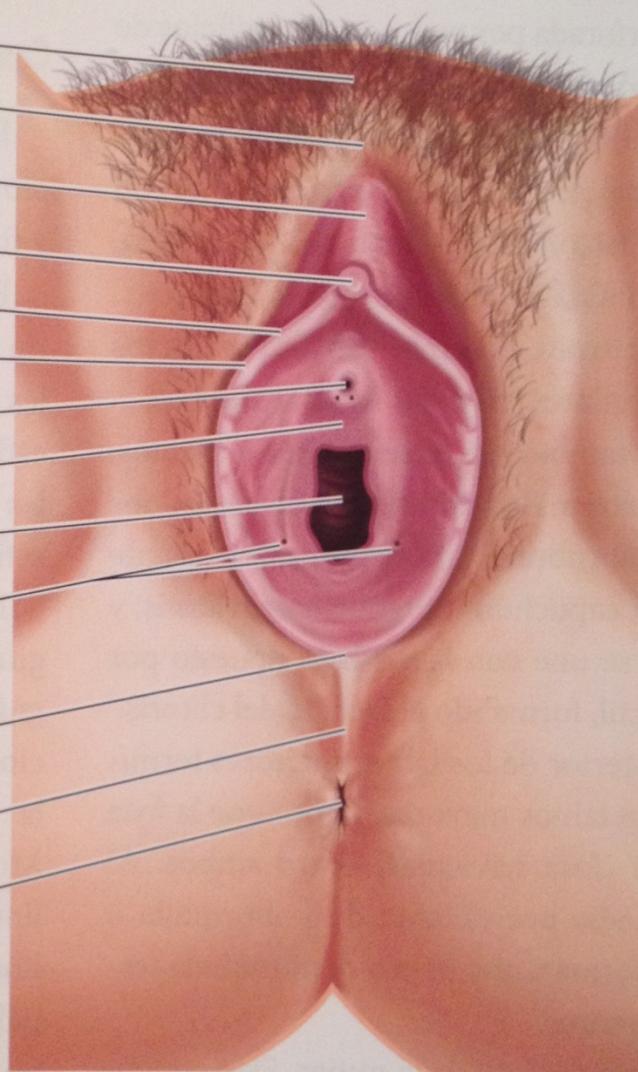
Orificio vaginal

Orificios de las glándulas
vestibulares mayores

Comisura labial posterior
u horquilla

Rafe perineal

Ano



La Clínica siempre antes que la vulvoscopía

- No todas las lesiones de la vulva requieren vulvoscopía (p. ej. Bartholinitis, quistes sebáceos, etc.)
- 50% de las pacientes: **asintomáticas**
- Lo más frecuente: prurito vulvar
 - sensación urente
 - dolor

La Clínica siempre antes que la vulvoscopía II

- Hay masas vulvares y condilomas acuminados
- Masa discreta con sangrado o ulceración sugiere cáncer
- El VIN I (bajo grado) no siempre tiene HPV
- El VIN II – III (alto grado) más sentido clínico

Vulvoscopía

- Detecta imágenes sospechosas
- Sugiere diagnósticos precoces
- Puede evitar estudios complejos (TAC, RNM, PET, etc.)
- Permite biopsiar solo lo necesario

Dificultades de la vulvoscopía

- Histología muy heterogénea
- Afecciones: Infecciones
Dermatosis
Lesiones pre invasoras y cáncer
- La piel vulvar tiene lesiones benignas y malignas
- La solución de lugol no es útil
- Sobretratamiento si no se es experto y acucioso (p.ej. papilomatosis vulvar)
- Lesiones multifocales, obligan a más de una biopsia

Indicación de biopsia en vulvoscopía I

Lesiones:

- Aceto blanco con relieve
- Hiperplasia papilar florida
- Exofíticas
- Vesículas y úlceras
- Tumores umbilicados
- Base y mosaico

Indicación de biopsia en vulvoscopia II

Lesiones:

- Lesiones rojas
- Complejas (mixtas)
- Despigmentadas
- Con ampollas
- Ulceradas
- TumORAles

Desventajas de la vulvoscopía

- Poca «expertise» por baja incidencia
- Ginecólogo en general va directo al cervix sin inspeccionar la vulva
- No amplifica la imagen vulvar
- Incita a tratamientos agresivos de atipias vulvares de bajo grado
- Aumenta trauma físico y a veces iatrogénico de la sensitiva piel vulvar

Técnica vulvoscópica

- Ácido acético 3% - 5% es lo más valioso
- Test de lugol no ayuda
- La mucosa vulvar y piel queratinizada carece de glicógeno
- El lugol delimita mucosa glicogenada de la vagina y sin glicogeno vulvar
- Debe esperarse de 1 a 5 minutos acción del ácido acético

Ventajas de la técnica vulvoscópica

- Identifica zona de biopsia
- Permite extirpar menos tejido con más precisión
- Menor daño, menor dolor, menor hemostasia y menos cicatrices
- Aumenta la certeza del diagnóstico especialmente en lesiones multifocales

VIN III

- Lesiones papulares, máculas, únicas o múltiples, bien delimitada o confluentes
- Superficie cutánea 60% son blancas, liquenificadas o queratósicas (leucoplasia)
- 15% son pigmentadas y facilita diagnóstico, es la papulosis Bowenoide o VIN III
- La pápula es signo clásico de VIN de alto grado
- La pápula frecuentemente es múltiple

VIN III (continuación)

- Hay lesiones papulares planas, lisas y levantadas.
- Pueden estar en cualquier lugar de la vulva
- Color → gran variación: blanco

color carne

rojo

cafe oscuro

VIN III (continuación)

- A veces son resistentes a tratamientos médicos
- La biopsia puede mostrar efectos citopáticos de HPV y atipia coilocítica sin transformación displásica
- Pápulas se asocia 70% con HPV 16 y 18



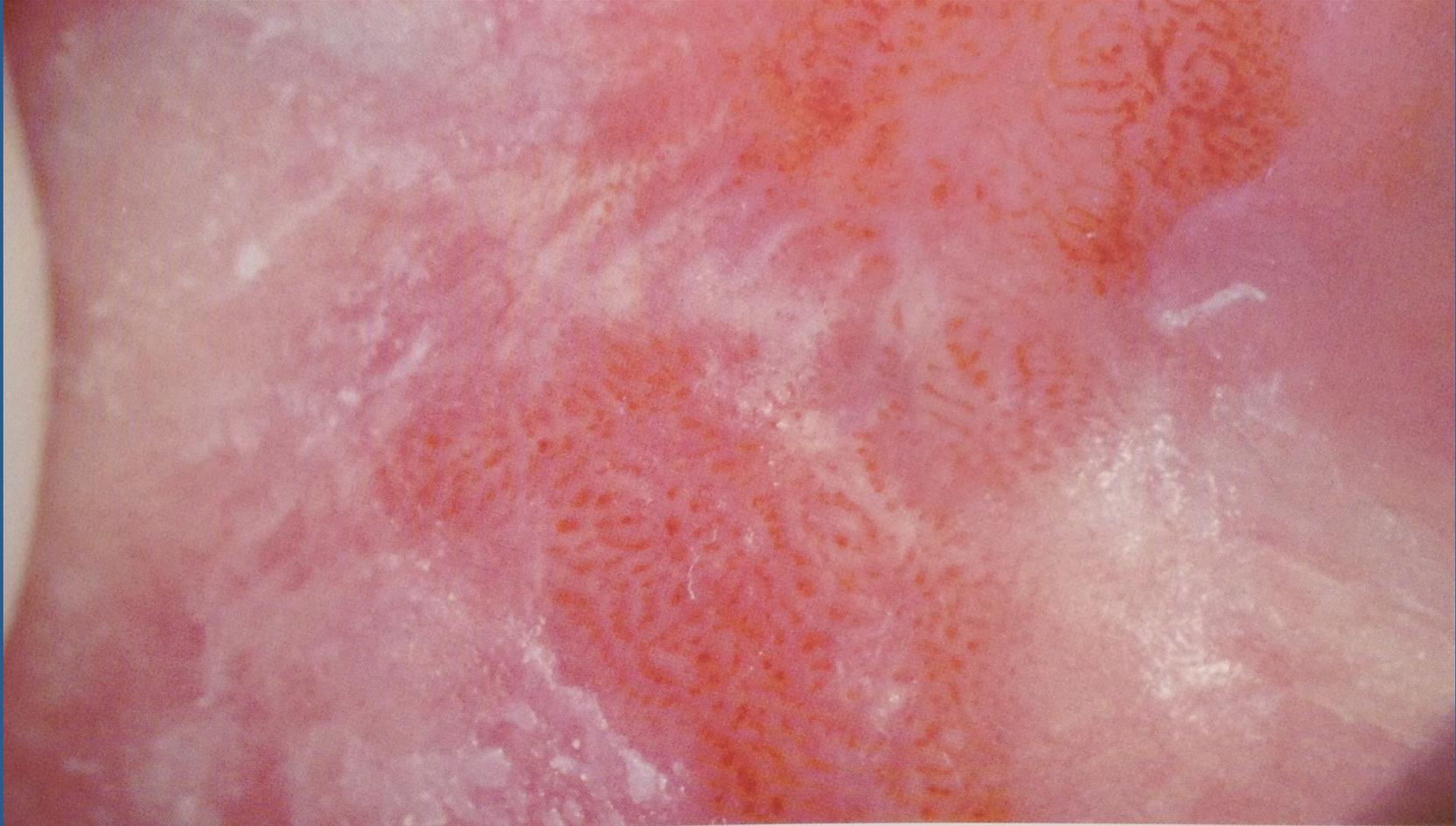
VIN III



VIN III



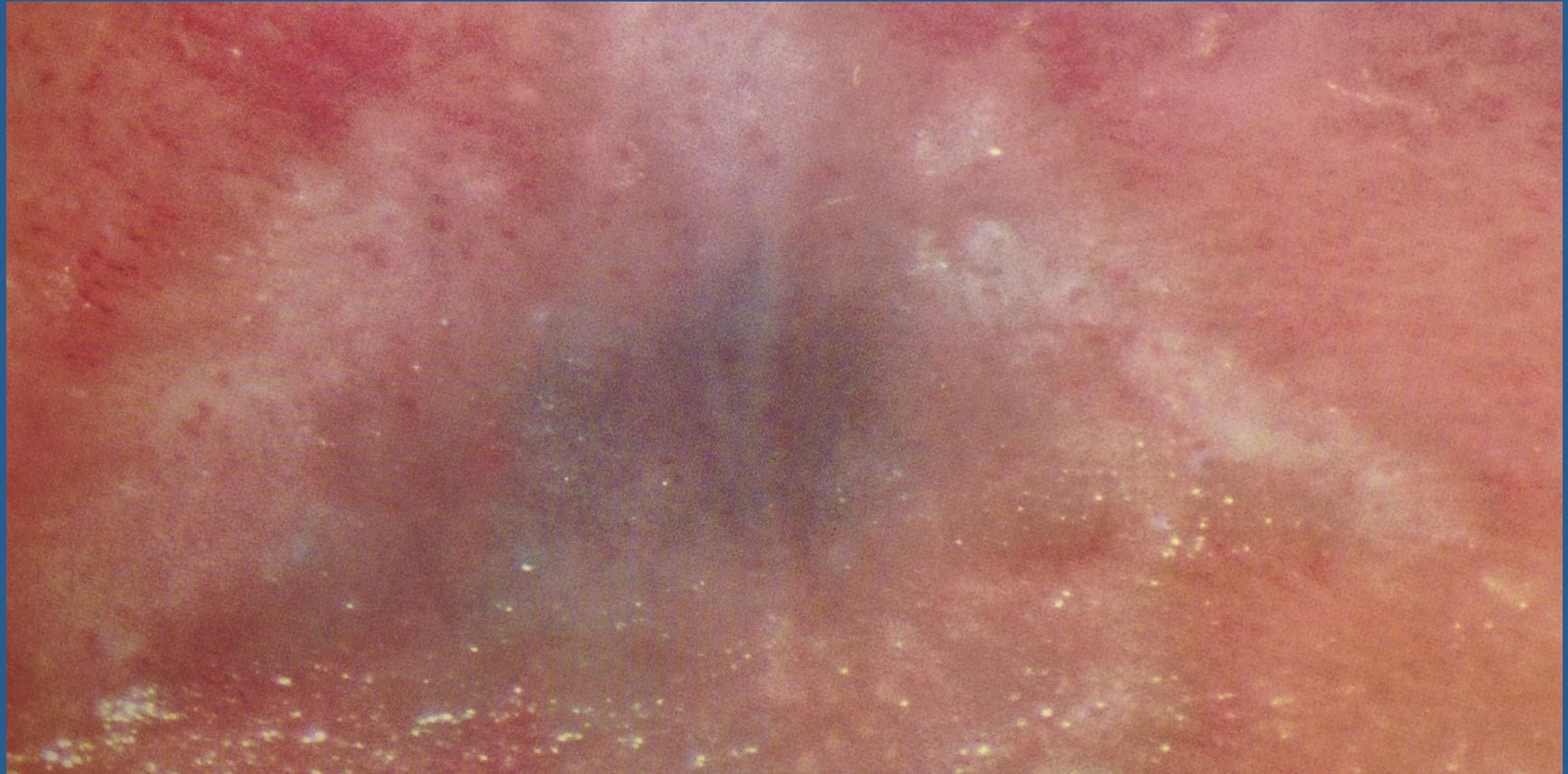
VIN III



VIN III



VAIN de alto grado pigmentado



VAIN de alto grado pigmentado



VAIN de alto grado pigmentado



Enfermedad de Paget vulvar



Referencias

1. Trietsch MD1, Nooij LS2 y cols. *Gynecol Oncology* 2015, Jan; 136 (1): 143-57.
2. Singh N1, Leensl y cols *Am. J. Pathology* 2015, Jan; 39 (1): 52-60.
3. Fiset PO1, Wouk, Arseneau, J. Vulvarcarcinoma a case review. *J. Low Genital. Tract Dis.* 2014 Jul; 18 (3): 74-9
4. Reyes MC1, Cooper K. An update on vulvar intraepithelial neoplasia. *J. Clinical Pathology* 2014 april; 57 (4): 290-4
5. Frega A1, AssorgiC. Vaginal intraepithelial neoplasia: a therapeutical dilema. *Anticancer Res.* 2013 Jan; 33 (1): 29-38.
6. Rodriguez M1, Leclair CM. Benign vulvar desmatoses. *Obst Gynecology Survey* 2012 Jan; 67 (1): 55-63.
7. Lix1, ZhuL, GuY y cols. A multicenter study of characteristics vulvar intraepithelial neoplasia in China. *Int. J. Ginecol. Obst.* 2012 April; 117 (1): 18-22.

Referencias (II)

8. Colposcopía moderna. Un enfoque práctico. Michael Champion, Daron Ferris, Fernando Guijón MD y cols. 1ra edición 1995 (American Association for colposcopy and cervical pathology (ASSCP).
9. Gross / Barraso. Human papiloma virus infection. A clinical atlas. 1995.
10. E. Wilkinson, J. Keith Stone MD Facog. Atlas de enfermedades de la vulva. 2012
11. Tati S, Fleides L, Maldonado V. Suzuki V. Enfermedades de la vulva, la vagina y la región anal 2013.

Muchas

gracias