

La colposcopia en neoplasia intraepitelial vulvar, vaginal y anal

Víctor Manuel Vargas-Hernández,* Ulises Rodríguez-Wong**

RESUMEN

La vulvoscopy, vaginoscopy and anoscopy de alta resolución son técnicas complementarias de la exploración del tracto genital inferior. La metodología de la exploración colposcópica incluye a la vulva y a la vagina como parte integral de ella. Su objetivo es la localización y diagnóstico topográfico de lesiones. La colposcopia no es diagnóstica. La indicación principal es la prevención secundaria (diagnóstico precoz) de cáncer. Estas técnicas son de gran valor clínico, con implicaciones diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento. La manifestación colposcópica de estas lesiones en diferentes áreas anatómicas se considera enfermedad subclínica.

Palabras clave: Tracto genital inferior, vulvoscopy, vaginoscopy, anoscopy, neoplasia intraepitelial.

ABSTRACT

The vulvoscopy, vaginoscopy and high resolution anoscopy are complementary techniques for the exploration of lower genital tract. The colposcopic examination methodology includes the vulva and vagina as an integral part of it. Its aim is to locate and topographic diagnosis of lesions. Colposcopy is not diagnosed. The main indication is secondary prevention (early diagnosis) of cancer. These techniques are of great clinical value, with implications for diagnosis, treatment and monitoring. Colposcopy manifestation of these lesions in different anatomical areas are considered a subclinical disease.

Key words: Lower genital tract, vulvoscopy, vaginoscopy, high resolution anoscopy, intraepithelial neoplasia.

INTRODUCCIÓN

Se define la vaginoscopy y vulvoscopy como la exploración con magnificación iluminada de vagina y vulva mediante el colposcopio, y ambas exploraciones forman parte de la colposcopia integral del tracto genital inferior (TGI), la anoscopy de alta resolución (HRA) también forma parte del estudio del TGI en pacientes con enfermedad multifocal o multicéntrica y en grupos especiales que practican el sexo anal.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE LA VAGINA

La neoplasia intraepitelial de vagina (VaIN) tiende a desarrollarse en mujeres en edad reproductiva y sexualmente activas; con frecuencia se asocia a lesiones intraepiteliales escamosas (SIL) del TGI producidas por cambios neoplásicos multicéntricos en vulva, vagina y/o cérvix en asociación con infección del papiloma virus humano (HPV).¹⁻⁴

Definición

La VaIN es una variedad de cambios intraepiteliales que por lo general inician como una neoplasia bien diferenciada (displasia leve) y termina en cáncer de vagina. Estos cambios confinados al epitelio escamoso por arriba de la membrana basal incluyen pleomorfismo nuclear, pérdida de polaridad, mitosis anormales con pérdida de la diferenciación conforme las células pasan de la membrana basal al epitelio superficial. La verdadera incidencia de VaIN y el grado de progresión a enfermedad invasiva son desconocidos.¹⁻³

Clasificación

La VaIN se clasifica de acuerdo con el porcentaje de epitelio afectado:

- **Grado I (VaIN 1).** $\leq 33\%$ de la distancia entre la membrana basal y la superficie la lesión.
- **Grado 2 (VaIN 2).** $> 33\%$ y $< 66\%$.
- **Grado 3 (VaIN 3).** $> 66\%$, incluye la totalidad del espesor del epitelio, antes llamado carcinoma *in situ* (CIS).

* Ginecólogo oncólogo, Hospital Juárez de México.

** Cirujano coloproctólogo, Hospital Juárez de México.

**Cuadro 1.** Clasificación de la neoplasia intraepitelial de vagina.¹

Displasia leve	ValN 1	LSIL
Displasia moderada	ValN 2	HSIL
Displasia severa	ValN 3	HSIL
Carcinoma <i>in situ</i>	ValN 1	HSIL

LSIL: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado. HSIL: lesión intraepitelial escamosa de alto grado. ValN: neoplasia intraepitelial de vagina.

Con la nueva clasificación del Sistema Bethesda 2001 se denominan SIL de bajo grado (LSIL) que incluye ValN 1, y SIL de alto grado (HSIL) que incluye ValN 2 y 3. En LSIL las alteraciones están confinadas al tercio medio o inferior de la mucosa vaginal y las HSIL indican afectación del tercio externo de la mucosa e incluyen CIS, que abarca todo el espesor del epitelio. La clasificación se hace bajo los mismos criterios que para lesiones cervicales¹ (Cuadro 1).

La enfermedad en la vagina se inicia en cualquier área y a menudo es multifocal; sin embargo, existe una predilección para la afectación en la porción superior de la vagina o cúpula vaginal en mujeres hysterectomizadas; la zona de transformación (ZT) cervical es sensible a cambios oncogénicos y la falta de ZT en la vagina explica la menor incidencia de cáncer de vagina.

Epidemiología

Antes de 1960 la ValN no se reportó en la literatura y su mayor frecuencia fue con el incremento de la colposcopia integral en el manejo de citología con técnica de papanicolaou (Pap) anormal. Las neoplasias de vagina constituyen de uno a 4% del cáncer ginecológico. La mayoría de las pacientes son multíparas con similares factores de riesgo (FR) para cánceres del TGI, la hysterectomía por cáncer cervicouterino incrementa el riesgo de ValN y se desarrolla en 5% de ellas. El HPV es el agente causal que tiene efecto de campo, lo que pone en mayor riesgo todo el TGI (cuello del útero, vagina, vulva y complejo ano-perineal) para desarrollar carcinomas sincrónicos o metacrónicos en zonas afectadas por el estímulo carcinogénico del HPV junto con otros cocarcinógenos.¹

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de ValN se realiza con mayor frecuencia cuando se reporta un Pap anormal en mujeres con hysterectomía por SIL del TGI; la exploración total de la vagina se realiza desde el ápex o cúpula en hysterectomizadas hasta el introito de forma independiente y secuencial en sus cua-

Cuadro 2. Hallazgos colposcópicos.¹

- Epitelio acetoblanco: blanco grisáceo por incremento de la densidad celular y una mayor proporción de DNA.
- Leucoplaquia: deposición de queratina sobre la superficie de la mucosa vaginal de aspecto blanco a simple vista antes de la aplicación de ácido acético.
- Mosaico por la proliferación capilar.
- Punteado: compresión capilar por encima de donde finaliza la proliferación de células neoplásicas.
- Vasos atípicos en forma de coma, tirabuzón.
- Lesiones condilomatosas.

tro paredes en busca de lesiones múltiples, zonas azulosas de hiperemia. También se toma biopsia de todas las lesiones en general, el epitelio decolorado con ácido acético se considera anormal conforme aparecen atipias vasculares (puntillero, mosaico y vasos atípicos) que se tornan irregulares y aumenta la sospecha de invasión. Es más frecuente el puntillero que el mosaico en la vagina. Las lesiones elevadas, exofíticas o nodulares, con vasos atípicos, punteado burdo, presencia de mosaico y ulceración pueden despertar sospecha de invasión y deben someterse a biopsia. Son probables los condilomas planos como lesiones multifocales. Rara vez se presenta cáncer de vagina como una lesión primaria, puede manifestarse como tumor exofítico, erosiones o ulceraciones verdaderas, con vasos atípicos (Cuadro 2).

Las úlceras, erosiones traumáticas, cambios atróficos y posradioterapia (Rt), endometriosis, tejido de granulación poshysterectomía, prolapso de tubas uterinas poshysterectomía, adenosis vaginal postraumática y diversos trastornos inflamatorios simulan cáncer^{1,5 6} (Figura 1).

Técnica

La vaginoscopia requiere la cuidadosa inserción del espéculo vaginal, sin traumatizar el epitelio vaginal, sobre todo en mujeres con atrofia urogenital o radiada. Aplicación de ácido acético a 5%, observación al colposcopio a diferentes aumentos, con movilización del cuello uterino por medio de una pinza de anillos para ver los fondos de saco hasta la región retrohimenal, con rotación del espéculo vaginal y su retiro sin cerrar, previa aplicación de Lugol (prueba de Schiller) de manera similar a la aplicación de ácido acético. Esta prueba es de mayor utilidad para identificar, delimitar y diferenciar entre HPV y ValN, ya que en la infección por HPV se produce una captación parcial de Lugol, mientras que en la VAIN la tinción es yodo-negativa

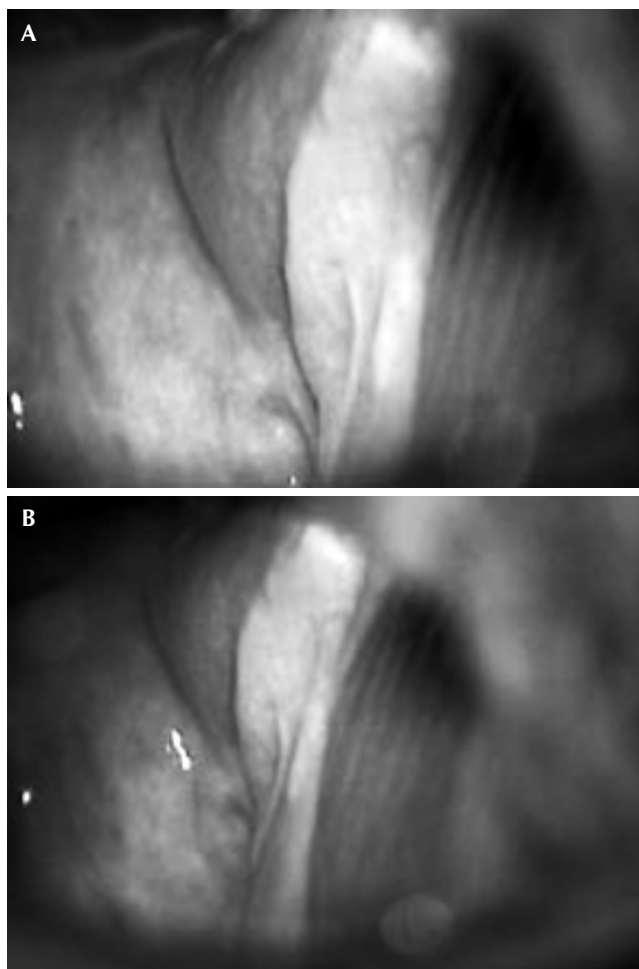


Figura 1. A. Colposcopia posterior a la aplicación de ácido acético a 5% y presencia de lesión acetoblanca delimitada, engrosada, compatible con neoplasia intraepitelial de vagina. **B.** Colposcopia con filtro verde, con hallazgos de lesión delimitada, engrosada, sin vasos atípicos, acetoblanca, en relación con una neoplasia intraepitelial de vagina.

y presenta bordes bien delimitados. La biopsia se realiza sin anestesia local, excepto cuando se realiza en el tercio inferior, donde puede ser dolorosa, el uso de un garfio para levantar y fijar la mucosa facilita la toma y evita que la pinza de biopsia se deslice; se corta de forma perpendicular al pliegue mucoso para evitar problemas de interpretación al patólogo. Si se precisa hemostasia puede aplicarse solución de Monsel.¹

Cuando se detectan sincrónicamente VaIN y lesiones cervicales las lesiones vaginales son del mismo grado o peores en 97% de ellas. La mayor parte de las pacientes son asintomáticas, aunque pueden referir manchado poscoital o leucorrea. Se recomienda también una palpación cuidadosa bimanual y rectovaginal.¹⁻⁷

VULVOSCOPIA

La vulva es un área anatómica donde se encuentran diversas estructuras histológicas (mucosa, piel, anejos cutáneos, etc.), una gran variedad de patologías la afectan, tanto dermatológicas como ginecológicas, accesibles a la observación directa; clínicamente presenta signos y síntomas de enfermedades locales y generales. La diversidad de enfermedades van desde infecciones, dermatosis e inflamatorias hasta las lesiones preinvasoras y cáncer invasivo; incluyendo los cambios fisiológicos que se presentan a lo largo de la vida de la mujer.^{2,8} La vulvoscoopia forma parte de la exploración ginecológica integral y particularmente cuando la mujer presenta lesiones multifocales o multicéntricas en el TGI o sintomatología como prurito y dolor crónico. La magnificación adecuada, con el uso de ácido acético (aa) y la aplicación de solución de lugol, azul de toluidina (Prueba de Collins) y algunas maniobras manuales permiten un diagnóstico adecuado. La vulvoscoopia permite la clasificación al identificar imágenes sospechosas, además de facilitar un diagnóstico temprano y así evitar estudios complejos y orientar en el tratamiento.^{2,8}

Técnica

La vulvoscoopia inicia con una visión general: labios menores y mayores, pliegues interlabiales, clítoris, horquilla vulvar, vestíbulo, todo el periné incluida la región perianal. La reacción acetoblanca permite el diagnóstico de lesiones específicas que de otro modo no se identificarían. Se utiliza poco aumento para el rastreo general de la vulva y mayor para las pequeñas lesiones. Se describen todos los hallazgos clínicos (color, topografía, superficie, vascularización) en conjunto con su exacta localización en un dibujo esquemático de la vulva o mediante colpofotografía. Existen hallazgos normales como la acidofilia y la papilomatosis vestibular que confunden al examinador y algunas veces son sujetas a sobretratamientos.

La vulvoscoopia permite la localización de lesiones sospechosas, pero no es diagnóstica sólo la toma de biopsia dirigida por colposcopia. Cuando las lesiones son difusas o multifocales se recomienda tomar biopsias de diferentes localizaciones.

La biopsia se indica si las imágenes en la mucosa son acetoblanas con relieve, hiperplasia papilar florida, lesiones exofíticas, especulas, vesículas y úlceras, tumores umbilicados; lesiones blancas, base mosaico, rojas, complejas, pigmentadas, despigmentadas, con ampollas, ulceradas o tumorales.^{2,8}

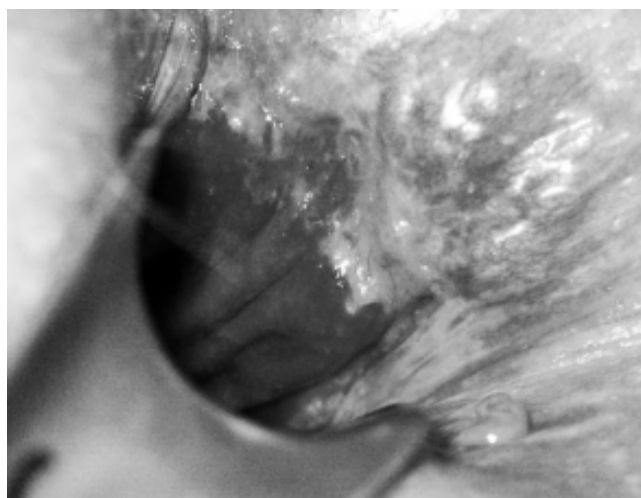


Figura 2. Paquete hemorroidal concomitantemente con AIN.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL ANAL

Neoplasia intraepitelial anal (AIN, por sus siglas en inglés *anal intraepithelial neoplasia*). Las AIN de alto grado (H-AIN) se localizan por lo general en el conducto anal. Clínicamente simulan verrugas anales (VA) o condilomas acuminados y paquetes hemorroidales (Figura 2); afectan la zona perianal y el canal anal, las verrugas anales (VA) se asocian a las verrugas genitales (VG).⁹

La AIN es más frecuente en pacientes HIV +; el riesgo absoluto cuando desarrollan síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) es uno por 1,000, consecuencia de la inmunosupresión crónica. Las neoplasias del TGI y el cáncer anal comparten algunos factores etiológicos y de riesgo comunes.⁹

Las lesiones anales pueden dividirse en las originadas en el conducto anal y en las originadas en el margen anal o piel perianal.

El conducto anal se divide en tres zonas tapizadas por distintos tipos de mucosa. La región superior (zona colorrectal) está recubierta por mucosa del tipo colorrectal. La zona intermedia [zona de transición anal (ZTA)] suele extenderse unos 10 mm por encima de la línea pectínea y está tapizada por epitelio transicional anal. Por debajo de la línea pectínea se halla la zona escamosa tapizada por epitelio escamoso que empieza a queratinizarse en la apertura anal. A continuación se halla la piel perianal que contiene pelos y glándulas sebáceas, ecrinas y apócrinas.

En general las VA suelen localizarse en piel perianal y la AIN y cáncer anal epidermoide en la ZTA y zona escamosa del canal anal. La ZTA es similar a la del cuello uterino que contiene células en proliferación altamente susceptible a efectos carcinogénicos, como el trauma de



Figura 3. Toma de biopsia dirigida colposcópicamente en la lesión de mayor grado.

repetición (coital) que induce inflamación y cambios celulares.

En pacientes con AIN la tasa de infección por HPV se incrementa en homosexuales, HIV +, con mayor desarrollo de AIN en hombres HIV + y presencia de enfermedad progresiva; las AIN II-III ocasionalmente remiten.⁹⁻¹²

Diagnóstico

El Pap anormal requiere la valoración con HRA y tacto rectal. Los cambios vasculares y epiteliales en la HRA son similares a los hallazgos clásicos; en la colposcopia de la zona de transformación del cuello uterino se encuentra metaplasia escamosa, hipervascularidad, puntillero hemorrágico, mosaico, lesiones hiperqueratósicas papilares blancas, rosadas o grisáceas; 78% tiene lesiones internas. Si los pacientes tienen masas anales, áreas de induración o mayor sensibilidad, ulceración, dolor anal o hemorragia significativa se debe tomar biopsia y examen bajo anestesia para descartar cáncer anal y ser referidos al cirujano colorrectal (Figura 3).

El tacto rectal es efectivo para la detección de cáncer anal y el Pap del conducto anal es efectivo para disminuir la incidencia de H-AIN y cáncer de ano. En la HRA por medio de la aplicación de ácido acético a 3% se identifican áreas acetoblanas y con la solución de yodo-Lugol a 10% se identifican áreas yodo-Lugol negativas.⁹⁻¹²

CONCLUSIONES

El uso del colposcopio en el estudio de la vagina, la vulva y el ano forma parte de la exploración del

tracto anogenital. Su objetivo es la localización y diagnóstico topográfico de las lesiones. La indicación principal es la detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer, así como las lesiones precursoras, además de su seguimiento. Se requiere la valoración con anoscopia como parte del estudio en pacientes con enfermedad multicéntrica e individuos con actividad sexual anal. Los hallazgos colposcópicos son similares a las lesiones cervicales.

REFERENCIAS

1. Vargas-Hernández VM, Aguado PRA, Muñoz CSB, González SJL. Neoplasia intraepitelial de la vagina. En: Vargas HVM. Cáncer en la Mujer. Tomo 1. Cap. 62. 1a Ed. México: Editorial Alfil; 2011, p. 729-42.
2. Cardosi R, Bomalasky J, Hoffman M. Diagnosis and Management of Vulvar and Vaginal Intraepithelial Neoplasia. Clin Obstet Gynecol 2001; 4: 633-41.
3. González SJL, Chávez BJ, Menéndez VJ, Deolarte MJM. Neoplasia intraepitelial vaginal. Diagnóstico y Manejo. Ginec Obstet Mex 1993; 61: 219-22.
4. Cardenes HR, Roth LM, McGuire WP, Look KY. Vagina. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, Barakat R, Markman M, Randall M. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. 4th. Ed. Chap. 21. USA: Edit. Lippincott Williams & Wilkins; 2005, p. 707-42.
5. De Palo G., Marchionni M, Boselli F. Enfermedades de la vagina. En: De Palo G. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. 2a. Ed. 3a. Reimpresión. Argentina: Editorial Panamericana; 2000, p. 335-50.
6. Heinzl S. The value of colposcopy in assessment of intraepithelial neoplasia of the lower genital tract. Arch Gynecol Obstet 1995; 257: 425-30.
7. Davis GD. Colposcopic examination of the vagina. Obstet Gynecol Clin North Am 1993; 20: 217.
8. Vargas-Hernández VM, Madrigal MAC, Cararach MT. Vulvoscopy, terminología actual. En: Vargas HVM. Cáncer en la Mujer. Tomo 1. Cap. 56. 1a. Ed. México: Editorial Alfil; 2011, p. 645-71.
9. Vargas-Hernández VM, Valle GA, Rodríguez WU. Neoplasia intraepitelial anal. En: Vargas HVM. Cáncer en la Mujer. Tomo 1. Cap. 58. 1a. Ed. México: Editorial Alfil; 2011, p. 673-8.
10. Panther LA, Wagner K, Proper J, Fugelso DK, Chatis PA, Weeden W, et al. High resolution anoscopy findings for men who have sex with men: inaccuracy of anal cytology as a predictor of histologic high-grade anal intraepithelial neoplasia and the impact of HIV serostatus. Clin Infect Dis 2004; 38(10): 1490-2.
11. Kreuter A, Brockmeyer NH, Hochdorfer B, Weissenberg SJ, Stücker M, Swoboda J, et al. Clinical spectrum and virologic characteristics of anal intraepithelial neoplasia in HIV infection. J Am Acad Dermatol 2005; 55: 603-8.
12. Khatri VP, Chopra S. Clinical presentation, imaging, and staging of anal cancer. Surg Oncol Clin N Am 2004; 13(2): 295-308.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Víctor Manuel Vargas-Hernández
Insurgentes sur, Núm. 605-1403
Col. Nápoles
C.P. 03810, México, D.F.
Tel.: 5574-6647
Correo electrónico:
vvargashernandez@yahoo.com.mx