

Vulvoscopia en el diagnóstico de la patología vulvar

Drs. Alfredo Martell, Franklin Sánchez, Mireya González, Ulmary González

Servicio de Ginecología. Maternidad "Concepción Palacios"

RESUMEN

Objetivo. Evaluar la vulvoscopia como método de diagnóstico precoz de enfermedad vulvar.

Método. Se estudiaron 100 pacientes, de diversos grupos etáreos, sin lesión macroscópica. Se realizó inspección vulvos cópica complementada con prueba de Collins, y estudio histopatológico de los hallazgos.

Ambiente. Consulta externa del Servicio de Ginecología de la Maternidad "Concepción Palacios".

Resultados. El 89% de los casos correspondió a pacientes entre 20 y 49 años de edad, 33% presentaron lesiones vulvos cópicas, 4 de ellas con lesiones multicéntricas, éstas predominaron en los labios menores en un 56,76%. El diagnóstico de neoplasia intraepitelial vulvar fue 8,11%. El 30,37% de las pacientes asintomáticas presentaron vulvoscopia anormal o prueba de Collins positiva, de ellos el 95,81% resultaron positivos para enfermedad vulvar.

Conclusión. La vulvoscopia tiene excepcional valor como método primario de orientación diagnóstica en la detección de enfermedades vulvares.

Palabras clave: Vulva. Vulvoscopia. Prueba de Collins.

SUMMARY

Objective. To evaluate the vulvoscopy as an early diagnostic method in vulvar disease.

Method. One hundred patients, from several age groups, without macroscopic lesion were studied. Vulvoscopy inspection complemented with Collin's test and histopathological study was performed.

Setting. Outpatient clinic of Gynecology Service at Maternidad "Concepcion Palacios" Hospital.

Results. The 89% of patients were between 29 and 49 years of age, 33% had vulvoscopy lesions, 4 multicentricals, predominantly in minus labium in 56.76%. Diagnostic of vulvar intra epithelial neoplasia was 8.11%. In 30.37% of asymptomatic patients we found abnormal vulvoscopy or Collin's test positive, and 95.81% were positive for vulvar disease.

Conclusion. Vulvoscopy is extremely valuable as a primary method for diagnostic orientation and detection of vulvar disease.

Key words: Vulva. Vulvoscopy. Collin's test

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de las enfermedades de la vulva no es fácil, no siempre es posible distinguir entre las diversas formas de lesiones vulvares sobre la base del solo y simple aspecto colposcópico, que a menudo refleja impresiones individuales, no siempre exactas en lo que se refiere a la identificación de la lesión.

La sintomatología de las lesiones vulvares es inespecífica, se incluyen: prurito, dolor, parestesias y visualización de la lesión por la paciente, sin embargo, existe un alto porcentaje de casos donde no se presentan síntomas y la lesión se descubre sólo en un examen clínico de rutina (1). De hecho las lesiones neoplásicas asintomáticas, deben ser

detectadas en el examen físico, mediante inspección, palpación y vulvoscopia.

Como la vulva está cubierta por epitelio plano estratificado y cornificado, es asiento de una variada patología que causa frecuentes dificultades diagnósticas. Ante esta circunstancia, existe la posibilidad de que distintos cuadros, que afectan esta región anatómica, pasen desapercibidos, puesto que no existe una prueba de detección altamente sensible (2). Sin embargo la vulvoscopia, utilización del colposcopio en la exploración vulvar, a pesar de no tener la misma eficacia que en la exploración del cuello uterino, puede orientar sobre la presencia y característica de las lesiones que en ella se localizan (3,4).

La vulvoscopia es un procedimiento de fácil

Recibido: 09-10-98

Aceptado para publicación: 22-11-98

realización, ambulatorio, que permite visualizar la lesión y tomar biopsia dirigida para un diagnóstico final.

MATERIAL Y MÉTODOS

Después de la aplicación del ácido acético, que ayuda a identificar y definir la extensión de cualquier lesión, por su efecto de coagulación de proteínas intracelulares epiteliales, visualizamos el aspecto de la superficie de la zona a estudiar, sus márgenes, color de la lesión, así como la posible presencia de vasos y su distribución. No obstante, esta exploración, aun con gran aumento, no ofrece elementos probatorios suficientes para distinguir con claridad lesiones de superficie queratinizada, aunque es útil para aquellas otras con superficie no queratinizada (1,5,6).

Como método complementario a la vulvoscoopia, realizamos la prueba de Collins, con azul de toluidina al 1%, el cual es un colorante nuclear que se fija en las zonas paraqueratóticas y en las de hiperactividad metabólica (7). Esta prueba es útil porque orienta el lugar para la biopsia, destaca las lesiones iniciales de neoplasia intraepitelial vulvar y define los límites de la exéresis quirúrgica; sin embargo puede dar resultados falsos tanto por exceso como por defecto. La prueba es considerada positiva cuando la zona de la vulva persiste coloreada de azul después del lavado con ácido acético (3,8-11).

Para este trabajo se utilizó la terminología establecida por la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvares (1987), que a continuación se menciona (12):

- I Enfermedades inflamatorias:
 1. Bacterianas.
 2. Virales.
 3. Micóticas.
 4. Otras.
- II Tumores benignos:
 1. Quísticos.
 2. Sólidos.
 3. Mixtos.
- III Desórdenes epiteliales no neoplásicos de piel y mucosa vulvar:
 1. Liquen escleroso.
 2. Hiperplasia de células escamosas.
 3. Otras dermatosis.
- IV Condiciones neoplásicas no invasoras de la vulva:
 1. Escamosas.
 - 1.1. Neoplasia intraepitelial vulvar I
 - 1.2. Neoplasia intraepitelial vulvar II.

1.3. Neoplasia intraepitelial vulvar III.

2. No escamosas.

2.1. Enfermedad de Paget.

2.2. Melanoma *in situ*.

V Condiciones neoplásicas invasoras.

Ante este problema, se formula la siguiente hipótesis: ¿Tiene la vulvoscoopia importancia como método diagnóstico en la enfermedad vulvar?

Entre nuestros objetivos están: 1. evaluar la vulvoscoopia como método de diagnóstico precoz de la enfermedad vulvar, y 2. destacar la importancia de la vulvoscoopia como método de evaluación primaria en la exploración ginecológica.

Población

Se estudiaron cien pacientes tomadas al azar en la consulta de Ginecología de la Maternidad "Concepción Palacios", de diversos grupos de edad, desde noviembre de 1995 hasta agosto de 1996.

Se estableció como criterio de inclusión: pacientes sin lesión macroscópica en la vulva, y como criterios de exclusión: embarazo, puerperio, trastornos metabólicos, colagenopatías, dermatopatías, enfermedad neoplásica y trastornos hematológicos.

Se recolectaron los siguientes datos: edad, síntomas, imagen vulvoscópica en relación a la respuesta al ácido acético y ubicación anatómica de la lesión, prueba de Collins y hallazgos histológicos.

Se realizó inspección vulvoscópica simple y directa con el colposcopio modelo OCS-3 (Olympus Óptica y Japón) con la aplicación del ácido acético al 3% durante 5 minutos.

Posteriormente se practicó la prueba de Collins: aplicación de azul de toluidina al 1%, durante tres minutos y lavado con ácido acético. Se consideró positiva, si la zona coloreada persistía azul después del lavado con ácido acético, y negativa, si la misma no persistía. Se tomó muestra para biopsia solamente en pacientes con imágenes vulvoscópicas anormales o prueba de Collins positiva. Previa infiltración local con lidocaína al 1% se practicó la biopsia con la utilización de hoja de bisturí número 15 o pinza de Kevorkian. Se comprobó hemostasia durante cinco minutos y en algunas pacientes se aplicaron puntos de sutura con material absorbible (crómico 000). El tejido obtenido fue fijado en formalina al 10% para su estudio histopatológico, realizado en el Servicio de Anatomía Patológica de la Maternidad "Concepción Palacios". Las pacientes recibieron tratamiento adecuado según la lesión. Se realizó análisis porcentual de las variables a estudiar.

RESULTADOS

En el Cuadro 1 se aprecia la distribución de pacientes según la edad, destacándose el hecho de que el 89% correspondió a edades entre 20 y 49 años. La mínima fue 15 años, la máxima 66 años, edad promedio 38,06 años.

Cuadro 1
Edad

Grupo etáreo	Frecuencia	Porcentaje
10 - 19	2	2
20 - 29	13	13
30 - 39	47	47
40 - 49	29	29
50 - 59	7	7
60 - 69	2	2
Total	100	

En relación a los síntomas, es importante resaltar el alto porcentaje de pacientes asintomáticas (79%). Entre las pacientes sintomáticas el prurito fue la manifestación más frecuente (Cuadro 2).

Cuadro 2
Síntomas

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Asintomáticas	79	79,00
Prurito	19	19,00
Ardor	2	2,00
Total	100	

Del total de pacientes evaluadas, 33% presentaron lesiones vulvoscópias o prueba de Collins positiva (Figura 1 y 2), en 4 de ellas las lesiones eran multicéntricas, por lo que consideramos 37 casos para la evaluación final. De ellas, 89,19% (33 casos) correspondieron a epitelio acetoblancos y 10,81% (4 casos), a punteado vascular.

Con respecto a la ubicación anatómica de la lesión, predominó en los labios menores, 56,76% (21 casos). El resto de la ubicación se observa en el Cuadro 3.



Figura 1. Vulvoscopia mostrando epitelio acetoblancos.



Figura 2. Prueba de Collins positiva.

Cuadro 3

Ubicación anatómica de la imagen vulvoscópias		
Ubicación anatómica	Frecuencia	Porcentaje
Labios menores	21	56,76
Horquilla vulvar	10	27,03
Labios mayores	5	13,51
Vestíbulo	1	2,70
Total	37	

Los hallazgos histopatológicos, según la clasificación de la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades Vulvares, están representados en el Cuadro 4, donde se observa predominio de las lesiones condilomatosas, (56,76%- 21 pacientes) e hiperplasia de células escamosas (21,62% - 8 casos). Se presentó la neoplasia intraepitelial vulvar en 3 pacientes, 8,11% de los casos, (Figuras 3, 4 y 5).

En los Cuadros 5 y 6, observamos la relación entre las lesiones encontradas y el hallazgo histológico.

Cuadro 4
Hallazgos histopatológicos

Hallazgos histológicos	Frecuencia	Porcentaje
Condilomatosis	21	56,76
HCE*	8	21,62
Negativo	4	10,81
NIV I**	3	8,11
Léntigo	1	2,70
Total	37	

*HCE: hiperplasia de células escamosas.

**NIV I: neoplasia intraepitelial vulvar I.



Figura 3. Hallazgo histopatológico: condilomatosis.

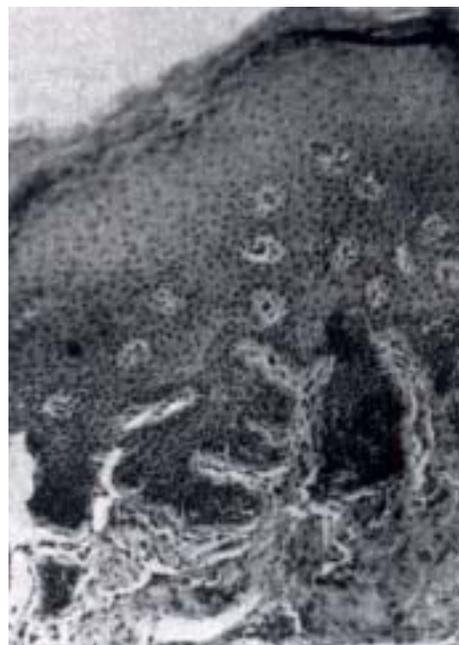


Figura 4. Hallazgo histopatológico: hiperplasia de células escamosas.



Figura 5. Hallazgo histopatológico: neoplasia intraepitelial vulvar.

Se aprecia que las imágenes vulvoscópicas no son específicas para ninguna patología en particular. Sin embargo llama la atención que del total de condilomatosis, el 90,47% se expresó como epitelio

VULVOSCOPIA

Cuadro 5
Hallazgos vulvoscópicos e histológicos

Hallazgo vulvoscópico	Hallazgo histológico	Frecuencia	%
Epitelio acetoblanco	Condilomatosis	19	57,58
	HCE*	7	21,21
	Negativo	4	12,12
	NIV I**	3	9,09

Total 33

*HCE: hiperplasia de células escamosas.

**NIV I: neoplasia intraepitelial vulvar I.

Cuadro 6
Hallazgos vulvoscópicos e histológicos

Hallazgo vulvoscópico	Hallazgo histológico	Frecuencia	%
Punteado vascular	Condilomatosis	2	50,00
	HCE*	1	25,00
	Léntigo	1	25,00

Total 4

*HCE: hiperplasia de células escamosas.

Cuadro 7
Hallazgos histológicos en pacientes asintomáticas

Hallazgos histológicos	Frecuencia	Porcentaje
Condilomatosis	17	70,83
HCE*	4	16,67
NIV I**	1	4,17
Léntigo	1	4,17
Negativo	1	4,17

Total 24

*HCE: hiperplasia de células escamosas.

**NIV I: neoplasia intraepitelial vulvar I.

Cuadro 8
Hallazgos histológicos en pacientes sintomáticas

Hallazgos histológicos	Frecuencia	Porcentaje
Condilomatosis	4	30,77
Hiperplasia de células escamosas	4	30,77
Negativo	3	23,08
Neoplasia intraepitelial vulvar I	2	15,38

Total 13

blanco, así como todos los casos de neoplasia intraepitelial vulvar.

Finalmente, presentamos la distribución con vulvoscoopia positiva sintomática o no, (Cuadros 7 y 8). Es importante destacar que el 30,37% de las pacientes asintomáticas (24 de 79), presentaron hallazgos vulvoscópicos anormales o prueba de Collins positiva y de ellas el 95,81% resultaron positivas para enfermedad vulvar, con la presencia de un caso de neoplasia intraepitelial vulvar.

DISCUSIÓN

Del análisis de los resultados obtenidos en este trabajo, podemos decir, que en relación a la edad de las pacientes, ésta se ubicó en un 89% entre los 20 y 49 años, lo cual es reflejo de la población que con mayor frecuencia acude a la Maternidad "Concepción Palacios". Las enfermedades vulvares en general aparecen a cualquier edad, encontrándose su máximo para lesión benigna en la edad reproductiva y premenopáusica (13-17).

En cuanto a los síntomas, estos no son específicos para determinar enfermedad vulvar, el síntoma más resaltante es el prurito, el cual es aviso frecuente que obliga a efectuar un examen local cuidadoso, y se asocia la mayoría de las veces con lesiones macroscópicas, éste predominó como motivo de consulta en nuestras pacientes, sin embargo, destacamos que de 24 pacientes asintomáticas y sin lesión macroscópica, el 95,81% presentó enfermedad vulvar, lo que reafirma que éstas no son siempre sintomáticas, ni son fácilmente evidentes. Muchos autores están de acuerdo en que clínicamente el hecho de que dependamos de la descripción de la paciente en la calidad e intensidad de sus molestias, siempre ha hecho difícil el diagnóstico, porque las quejas subjetivas y los signos físicos pueden ser equívocos (10,13).

El mayor porcentaje de lesiones se encontró en los labios menores (56,76%) y en segundo lugar la horquilla vulvar (27,03%), lo que coincide con la literatura consultada que señala que la patología vulvar se ubica más frecuente en los labios menores, seguida de la horquilla vulvar. Es de hacer notar que los tres casos de neoplasia intraepitelial vulvar estaban en los labios mayores, lo cual coincide con las referencias revisadas (3,8,17).

En este estudio un 89,18% de los hallazgos vulvoscópicos, correspondieron a epitelio acetoblanco, lo que demuestra la utilidad de la aplicación de ácido acético, previa a la vulvoscoopia. Para la

literatura internacional, aproximadamente un 35% de los casos de epitelio acetoblanco, son lesiones micropapilares asintomáticas o pruriginosas, que representan infecciones víricas subclínicas (14,15). En nuestra evaluación no encontramos lesiones micropapilares.

La utilización de la prueba de Collins fue útil para la toma de biopsia, porque destaca los límites de la exéresis quirúrgica, aunque se ha comprobado que las lesiones hiperqueratósicas, aun siendo neoplásicas, pueden colorearse poco, en tanto que las escoriaciones o lesiones de rascado, toman el azul de toluidina en forma manifiesta. De allí el alto porcentaje de falsos positivos y negativos de la prueba (16). Sin embargo, en casos de reacciones negativas es poco probable la presencia de lesiones neoplásicas (10,17-19). En nuestro estudio, obtuvimos 4 pacientes con prueba de Collins positiva y resultado histopatológico negativo, lo que representa un 10,81% de falsos positivos. No obstante, para la mayoría de los autores, esta prueba cuya utilidad diagnóstica teórica es evidenciar áreas con alta concentración nuclear, tiene, como método único de diagnóstico escasa utilidad práctica, por el alto índice de falsos positivos y negativos (1,7,16). Cabe destacar que en el mercado nacional existe poca posibilidad de adquirir colorante azul de toluidina al 1%; sin embargo, la prueba de Collins puede realizarse con otros colorantes nucleares, tales como, la hematoxilina de Harris. En este estudio dicha prueba fue altamente sensible combinada con la vulvosocopia. No encontramos ningún caso con vulvosocopia anormal y prueba de Collins negativa, pero nos resultó imposible determinar el índice de falsos negativos de la misma.

Encontramos 89,29% de enfermedad vulvar en pacientes sin lesión macroscópica, lo cual demuestra un alto valor de la vulvosocopia en el diagnóstico de las enfermedades vulvares y concluimos recomendándolo como método primario de orientación diagnóstica, tanto en pacientes con signos clásicos como sin ellos.

REFERENCIAS

1. De Palo G, Stefano B. Enfermedades de la vulva. En: De Palo G, editor. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1992.p.317-347.
2. Puig T, Collell J, Casanova D, Legarcegui F, Guix M. Neoplasia intraepitelial vulvar y cáncer de vulva. En: González Merlo, editor. Oncología. Barcelona: Editorial Salvat; 1991.p.1-60.
3. Benmoura D, Blanc B. Examen clinique et exploration paraclinique. Sémiologique et lésions élémentaires. En: Blanc B, editor. Pathologie de la vulve et du vagin. París: Ediciones Vigot Freres; 1992.p.45-68.
4. Friedrich E, Burch K, Bahr J. The vulvar clinic: an eight year appraisal. Am J Obstet Gynecol 1979;135:1036-1039.
5. Ridley C. Nomenclature of non neoplastic vulvar conditions. Br J Dermatol 1986;115:647-652.
6. Friedrich E, Maclaren N. Genetic aspects of vulvar lichen sclerosus. Am J Obstet Gynecol 1994;150:161-166.
7. Collins C, Hansen L, Theriot E. A clinical stain for use in selecting biopsy sites in patients with vulvar disease. Obstet Gynecol 1996;26:158-160.
8. Sayag J. Examen clinique. Explorations paracliniques de la vulve. En: Blanc B, editor. La vulve et sa pathologie. París: Editorial Arnette, 1988.p.19-28.
9. Mossetti C, De Palo G. La colposcopia ayer y hoy. En: De Palo G, editor. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1992.p.51-77.
10. Hewitt J, Pelisse M, Paniel B. Enfermedades de la vulva. México: Editorial Interamericana McGraw-Hill, 1989:7-25.
11. De Palo G. Diagnostic value of vulvoscopy. Eur J Gynecol Oncol 1991;12(3-4):320-324.
12. Ridley M, Olle Frankman C, Jones I, Pincus S. New nomenclature of vulvar disease. J Reprod Med 1990;35(5):483-484.
13. Mackay M. Vulvodinia y prurito vulvar. Clin Obstet Gynecol 1985;28:151-164.
14. Lambert B, Lepage Y. Vulvar intraepitelial neoplastic, evolution and control. Colposk Gynecol Laser Surg 1988;4:15-21.
15. Friedrich E. Distrofia vulvar. Clin Obstet Gynecol 1985;28:219-230.
16. Broen E, Ostergard D. Toluidine blue and colposcopy for screening and delineating vulvar neoplasia. Obstet Gynecol 1971;38:775-780.
17. Kaufman R, Brown D. Current concepts in vulvar disease. Curr Probl Obstet Gynecol Fertil 1994;17:1-40.
18. Martínez de Oliveira T, Seleiro U. Involucrin expression in vulvar lesion. J Reprod Med 1986;31:828-830.
19. Nauth H. Current vulvar diagnostic methods, with special reference to vulvar cytology. J Reprod Med 1986;31:788-795.