

GINECOLOGIA

PATRONES MORFOLOGICOS DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO (HPV) EN VULVO-VAGINITIS

Mauro Fernández S.*
Jorge Soto Pérez**
Francisco Fuster Alfaro***

SUMMARY

Forty two patients with vulvo vaginal lesions suggesting PHV were studied, a colposcopy was made as well as a cervix vaginal biopsy, and the characteristics of the lesions were described, finding morphological patterns that correlate in more than 75% with the result of PVH through biopsy.

INTRODUCCION

El papiloma virus humano tomó una dimensión estelar cuando se logró comprobar su papel determinante en la génesis del cáncer de cervix.(13) Esta popularidad ha creado una atmósfera de terror en parte de la población médica y desde luego en los pacientes (11), sin embargo, se cree que el único virus de papiloma oncogénico es el que se encuentra a ni-

vel cervical, obviando el papel que juegan las lesiones vaginales y vulvares (2). La literatura menciona que estas lesiones vulvovaginales pueden servir de reservorios para infectar de manera recidivante al cuello, de manera que deben recibir tratamiento, para evitar fallos terapéuticos a mediano y largo plazo (8). El clásico condiloma descrito en la literatura (7), con forma de coliflor y de aspecto fungoide ha monopolizado la idea de lo que es una infección por virus del papiloma. Así, si no se encuentran las monstruosas lesiones se tiende a creer que la vagina y la vulva están libres del virus. Por otra parte si el cuello resulta sano desde el punto de vista colposcópico y además no se observan los condilomas clásicos, se

podría erróneamente tranquilizar a la paciente al asegurarle que está libre de infección. Para nosotros fue una sorpresa cuando comenzamos a estudiar a las pacientes de manera meticolosa no solo a nivel cervical si no también en el área vulvo vaginal, lesiones que fácilmente se pasan por desapercibidas resultaron en la biopsia y en la colposcopia como lesiones por el virus del papiloma. Creando esto una gran preocupación de como distinguir o reconocer clínicamente las lesiones del virus para poder estudiarlas colposcópicamente, tal y como lo menciona la literatura (1). Bajo esta perspectiva se decidió realizar el presente estudio con el objetivo de determinar si existe algún patrón morfológico sugestivo de lesión por

* Ginecólogo Obstetra
** Ginecólogo Oncólogo
*** Ginecólogo Oncólogo

virus del papiloma a nivel vulvar y vaginal

MATERIAL Y METODOS

En el período comprendido entre el 1 de abril de 1997 y el 30 de setiembre de 1997 se estudiaron 42 pacientes de la consulta privada de los autores. En estas 42 pacientes se tomaron 52 biopsias vulvares y 49 biopsias de lesiones vaginales, a través de la colposcopia. Se utilizó como criterios de inclusión las siguientes variables.

- 1 • Papanicolaus que reportaran el virus del papiloma.
- 2 • Antecedentes de riesgo para el virus de papiloma
- 3 • Antecedentes personales de condilomatosis
- 4 • Antecedentes de condilomatosis en algún compañero sexual
- 5 • Alteraciones morfológicas vaginales o vulvares de origen desconocido.

A todas las pacientes se les realizó una colposcopia del cervix y del tejido vulvo vaginal, procediéndose a tomar biopsias de las áreas sugestivas por morfología o por el patrón de la tinción. No se tomaron biopsias de las lesiones fungoides tipo coliflor ampliamente descritas en la literatura (7). Además se describió cuidadosamente cada una de las lesiones vaginales y vulvares, así como su ubicación y el número de ellas. Luego se procedió a analizar los diferentes patrones en relación al resultado de la biopsia y de la colposcopia.

RESULTADOS

En el diagrama N°1 se aprecia los patrones morfológicos de las lesiones

vulvares, las cuales se identificaron en tres grandes grupos:

- *lesión digitiforme aislada*: es una lesión pequeña de 2 a 3 mm, del color de la mucosa, su forma recuerda la espina de la rosa, y la denominamos aislada porque aunque suelen haber varias, están totalmente separadas una de otra.
- *lesión centinela*: es una lesión que se ubica en por debajo del meato urinario, proyectándose hacia abajo, aunque morfológicamente es parecida a la anterior, su mayor tamaño (usualmente 4 a 5 mm), y su extremo distal abultado, la distinguen con facilidad.
- *lesión en rosario*: son lesiones pequeñas, de aproximadamente 1mm, redondeadas, aplanadas y agrupadas

en diferentes vectores, están predominantemente en la cara interna de los labios menores. Las tres lesiones muestran una correlación bastante alta con respecto al resultado de la biopsia, encontrando que la lesión descrita como centinela se asoció en este estudio con un 100% de biopsias positivas y las lesiones en rosario son las que muestran la asociación más laxa. (cuadro N°1). En el cuadro N°2 se observa que más del 75% de las pacientes con lesiones vulvares, presentaron alteraciones cervicales por el virus del papiloma diagnosticadas por colposcopia y biopsia. El diagrama N°2 muestra los patrones morfológicos de las lesiones vaginales, lográndose agrupar también en tres tipos:

DIAGRAMA N°1
CARACTERISTICA DE LAS LESIONES VULVARES

	DIGITIFORME	CENTINELA	EN ROSARIO
TEJIDO	Mucosa	Mucosa	Piel
COLOR	Rosado	Rosado	Pálido
NUMERO	Múltiples	Unica	Múltiples
MEDIDAS	2-3mm	4-5mm	1-2mm
ASPECTO	espinas de la rosa	Polipoide	Papular
LOCALIZACION	en toda la vulva	Debajo del meato urinario	Cara externa labios menores

DIAGRAMA N°2
CARACTERISTICA DE LAS LESIONES VAGINALES

	BORDE EN SIERRA	DIGITIFORME	HOJUELA
TEJIDO	Mucosa	Mucosa	Mucosa
COLOR	Rosado	Pálido	Pálido
NUMERO	Múltiples	Múltiples	Una o dos
MEDIDAS	1 X 2-3mm	2-3mm	7 x 15mm
ASPECTO	Cresta de gallo	Polipoide	Repliegue
LOCALIZACION	1/3 medio	Regiones laterales	regiones laterales

• *Digitiforme aislada:* es una lesión de 2 a 3 mm, que mantiene las características de su homólogo vulvar, se distribuye a lo largo del epitelio vaginal con predominancia en el tercio distal y el tercio medio, suelen ser múltiples pero sin contacto una con otra.

• *Borde en sierra:* este patrón es sumamente sugestivo de lesión coilocítica, es un grupo de 3 a 5 lesiones pequeñas unidas entre si, dando un aspecto de borde de sierra o dentado, como una diminuta cresta de gallo, usualmente miden 1cm de largo por 2 a 3mm de altura, el color es el de la mucosa.

• *Lesión en hojuela:* Es una lesión que parece un repliegue grande, de unos 7mm de altura por 15mm de largo, se encuentra sobre todo en las regiones laterales de la vagina, el color es también el de la mucosa. En el cuadro N°3, se aprecia que más de un 90% de las lesiones vaginales en borde de sierra y digitiformes fueron reportadas como lesiones por papiloma, la lesión en hojuela muestra una correlación menor en 25 puntos porcentuales. Las lesiones vaginales ponen en evidencia su origen viral al tñirlas de lugol, así más del 60% no captaron el colorante, tal como se observa en el cuadro N°4. En el cuadro N°5, se aprecia que las lesiones cervicales tipo coilocítico diagnosticadas por colposcopia y biopsia acompañaron a las lesiones vaginales en rubros superiores al 90%.

DISCUSION

Este tipo de trabajos, encierran su verdadero objetivo en el área operacional, en tratar de ablandar las difi-

CUADRO N°1
DISTRIBUCION DE LAS LESIONES VULVARES
ACORDE AL RESULTADO DE LA BIOPSIA

	BIOPSIAS			
	POSITIVA		NEGATIVA	
	N	%	N	%
DIGITIFORME UNICA	19	92	2	8
CENTINELA	12	100	0	0
ROSARIO	14	72	5	28

N: 52

CUADRO N°2
DISTRIBUCION DE LAS LESIONES VULVARES
ACORDE AL RESULTADO DE LA COLPOSCOPIA CERVICAL*

	N	%
CERVIX CON PVH	41	78
CERVIX SANO	11	22
	52	100

*Incluye biopsia

CUADRO N°3
DISTRIBUCION DE LAS LESIONES VAGINALES
ACORDE AL RESULTADO DE LA BIOPSIA

	N	%	N	%
DIGITIFORME UNICA	16	93	1	7
BORDE EN SIERRA	18	90	2	10
HOJUELA	9	75	3	25

N: 49

CUADRO N°4
DISTRIBUCION DE LAS LESIONES VAGINALES
ACORDE AL RESULTADO DE LA COLPOSCOPIA VAGINAL

	EN SIERRA		DIGITIFORME		HOJUELA	
	N	%	N	%	N	%
LUGOL NEGATIVA	16	80	12	73	7	61
LUGOL POSITIVA	4	20	5	27	5	49

cultades diagnósticas y terapéuticas a los profesionales que se inclinan por trabajar en el campo de la patología

cervical. Siguiendo la ruta marcada por otros autores en nuestro país (3), hemos decidido publicar esta expe-

CUADRO N°5
DISTRIBUCION DE LAS LESIONES VAGINALES
ACORDE AL RESULTADO DE LA COLPOSCOPIA CERVICAL*

	N	%
CERVIX CON PVH	45	92
CERVIX SANO	4	8

*Incluye biopsia

riencia y darle la rigurosidad científica, para con ello comprender más el fenómeno del papiloma, pero ante todo darle una dimensión acorde a nuestra población, son ya muchos los reportes médicos que señalan que nuestro país no se comporta de manera similar a lo señalado para otras latitudes. Inicialmente, este estudio surgió cuando los autores comenzamos a observar que pacientes que tenían el diagnóstico de virus del papiloma a nivel cervical, presentaban ciertas lesiones vulvo vaginales que sencillamente no sabíamos que eran, al tratar de plantear un tratamiento para el virus del cuello nos quedaba la duda si podría fracasar una terapia exclusivamente cervical o si debíamos dar tratamiento a estas lesiones vulvo vaginales. Así se decidió, realizar colposcopías no solo cervicales sino también de toda la superficie vaginal, incluyendo los fondos de saco y moviendo el espéculo en 180 grados para observar las lesiones de las 12 y de las 6 (1), como algunas tenían características colposcópicas sugestivas del virus se decidió biopsiarlas, para con ello decidir se debían formar parte de la propuesta terapéutica que se le formulara al paciente. Concomitantemente, observamos que algunas pacientes que se le habían dado tratamientos para el virus cervical con criocirugías o cauterio y que habían

fracasado, tenían lesiones vaginales múltiples que no fueron contempladas dentro del esquema terapéutico. Al revisar la literatura, la incertidumbre aumentó aún más, el origen viral de las lesiones vaginales es diferente al origen viral de las lesiones cervicales, de manera que si no tratábamos las lesiones vaginales estas no servirían de reservorios para reinfectar el cuello. Luego, analizamos reportes que señalaban que hasta un 5% de los virus del papiloma que infectan vagina pueden tener potencial oncogénico (8). Esto unido al comentario aportado por Reid, recientemente: "...un porcentaje significativo de pacientes tiene papilomas no detectables dentro de "sitios santuarios". Los papilomas no destruidos pueden retardar una respuesta inmunocompetente desde otros puntos de vista..." (9) nos indicó que debíamos confirmar si las lesiones observadas correspondían a papiloma, para darles tratamiento. Porque tenemos que recordar que hoy se considera que los diferentes tratamientos lo que realmente provocan no es erradicar el virus sino disminuirlo en niveles importantes para que las defensas del cuerpo logren controlarlo o eliminarlo. Es decir que la enfermedad viral se produce porque la carga del virus es mayor que las defensas que el cuerpo puede aportar, tanto así que se

habla que esta carga viral inhibe localmente la respuesta inmunitaria.(14) Por otra parte la inmunidad genital se comporta como una unidad de manera que lesiones distantes de cuello pueden suprimir la respuesta inmunitaria a nivel cervical como menciona Reid. La dificultad para contar con la prueba de PCR, de manera accesible y rápida, unido a que los reportes de la PCR que hemos observado los autores, indican que probablemente en Costa Rica las infecciones por virus del papiloma son mixtas, es decir, que se detectan virus de bajo riesgo como el 6,11,43,44, de riesgo intermedio como el 31,33,35, y los tipos 16 y 18 que son de alto riesgo oncogénico. Además hay que recordar que este último subtipo de virus, el 18, es capaz de producir condiloma de aspecto benigno a nivel vulvar y a la vez producir displasias altamente progresivas a nivel cervical (14). Por último, la literatura es muy abstracta en la descripción de las lesiones vulvo vaginales (1,10), de manera que los patrones morfológicos descritos en esta investigación, pueden realmente ser útiles en el manejo del virus del Papiloma y ante todo biopsiar aquellas lesiones que no se tenga la certeza de su origen, sobre todo si recordamos que estas lesiones virales son las más frecuentes del epitelio genital inferior. (12)

RESUMEN

Se estudiaron 42 pacientes con lesiones vulvo-vaginales sugestivas de PVH se les realiza una colposcopia y biopsia cérvico vaginal y se describe las características de las lesiones; encontrando patrones morfológicos que

correlacionan en más de un 75% con el resultado de PVH por hropsia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Campion M. J. Manifestaciones clínicas y evolución natural de infecciones genitales. *Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales.* 4:731-733, 1996.
- 2) Campion M.J. Manifestaciones clínicas y evolución natural de infecciones genitales. *Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales.* 4:850, 1996
- 3) Cascante J.F. Aspectos epidemiológicos de la Neoplasia Intraepitelial e invasora del cuello uterino. *Act. Med. Cost.* 22-4. 1979-347-360 Costa Rica.
- 4) Ferenczy A. Efectos tisulares y respuesta del huesped. *Clinicas de Ginecología y Obstetricia . Temas Actuales.* 4: 695, 1996
- 5) Fernández S.M. "Ruptura Pretérmino de membranas" *Memorias del XII Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología.* 26 - 30 octubre, 1987. Guatemala.
- 6) Krebs H.B. Infecciones genitales por papiloma virus humano en varones *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas* 1:175,1989.
- 7) Krebs H.B. Estrategias del tratamiento. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas* 1:192, 1989.
- 8) Reid R. Lesiones del cuello uterino relacionadas con papiloma virus humano. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas* 1:160, 1989.
- 9) Reid Richard. Tratamiento de condilomas genitales, neoplasia. *Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales.* 4: 857, 1996
- 10) Reid Richard. Tratamiento de condilomas genitales, neoplasia *Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales.* 4:849. 1996
- 11) Reid Richard. Tratamiento de condilomas genitales, neoplasia. *Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales.* 4:850, 1996.
- 12) Schneider V. Diagnóstico microscópico de infección por papiloma virus humano. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas* 1:143, 1989.
- 13) Smotkin D. Virología del papiloma virus humano *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas* 1:117, 1989.
- 14) Wright T.C. Infección por HPV a neoplasias anogenitales. *Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales.* 4:800, 1996