

Capítulo 3

Análisis y registro de los resultados de la inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVL)

Instrumental y material necesarios:

- Una mesa de exploración con soportes o estribos para las piernas o las rodillas;
- Una fuente de iluminación potente (preferentemente lámparas halógenas de buena intensidad que puedan inclinarse para facilitar la exploración del cuello);
- Un espéculo estéril: espéculo de Cusco, de Grave o de Collin;
- Un par de guantes;
- Hisopo de algodón de distinto tamaño, gasa;
- Pinzas de anillos o pinzas para biopsia;
- Solución yodoyodurada de Lugol al 5%;
- Un recipiente de aluminio, de plástico, o de metal con una solución de cloro al 5% en la cual se colocan los guantes;
- Un balde o recipiente de plástico con solución de cloro al 0.5% para descontaminar los instrumentos;
- Un balde de plástico dotado de un bolso plástico para tirar los hisopos contaminados y otro material desechable.

Preparación de la solución yodoyodurada de Lugol

Disuelva 10 g de yoduro potásico en 100 ml de agua destilada. Una vez disuelto el yoduro potásico, agregue 5 g de yodo. Agitar hasta que los copos de yodo sean totalmente disueltos.

La solución debe ser almacenada en un recipiente herméticamente cerrado para evitar la evaporación del yodo y la pérdida de su poder colorante.

Competencias requeridas para practicar la prueba

Los conocimientos adecuados de la anatomía, fisiología y patología del cuello son esenciales para el desempeño satisfactorio de la inspección visual del cuello. El conocimiento de las características clínicas relacionadas con las condiciones benignas, la inflamación, las lesiones precancerosas y el carcinoma cervicouterino invasor son también esenciales.

Procedimiento

Deben explicarse en detalle los procedimientos de la prueba de tamizaje a todas las mujeres remitidas a esta prueba. Antes de empezar la prueba, las mujeres deben llenar un formulario de

consentimiento por escrito. En el Anexo 2 se presenta un ejemplo del formulario. Igualmente importante es reunir los antecedentes ginecológicos y obstétricos y registrarlos en un formulario diseñado para ello (Anexo 3). Finalmente, es importante explicar a la paciente que la prueba no es dolorosa y tranquilizarla para que esté relajada y que no sienta ninguna molestia durante la prueba.

Se invita a la mujer a colocarse en posición modificada de litotomía sobre una mesa de exploración con soportes o estribos para las piernas o las rodillas. Una vez bien instalada, debe notar la presencia de secreciones vaginales. A continuación, debe buscar en las áreas genitales externas o en el periné signos de excoriaciones, edemas, heridas o ulceraciones, así como la presencia de vesículas, granos o verrugas. Debe también buscar en la área inguinal/femoral cualquier signo de hinchazón.

Primero limpie la vulva mediante un hisopo o una gasa empapada de un líquido antiséptico. Introduzca suavemente un espéculo vaginal estéril previamente colocado en agua caliente, y abra las hojas del espéculo para observar el cérvix. Arregle la fuente de luz para lograr buena iluminación dirigida a la vagina y al cérvix. Una vez abierto el espéculo e inmovilizados los labios se tiene buena visión del cérvix. Debe inspeccionar su tamaño y forma.

Identifique el orificio externo, el epitelio cilíndrico rojizo, el epitelio escamoso rosado, la unión escamoso-cilíndrica y la zona de transformación cuyo límite superior se constituye por la unión escamoso-cilíndrica. Debe recordarse que las neoplasias cervicales se desarrollan en la zona de transformación más cercana a la unión escamoso-cilíndrica.

Deben buscarse el ectropión, los pólipos cervicales, los quistes de Naboth, las cicatrices obstétricas en los labios cervicales, signos de leucoplasia, condilomas y cervicitis. Tras la menopausia, el cuello tiene un aspecto pálido y frágil debido al estrechamiento y la atrofia del epitelio escamoso. Deben evaluarse las características de las secreciones en términos de cantidad, color, olor y consistencia. La visualización de una secreción transparente, mucosa, de aspecto hilachoso, a partir del orificio externo indica el período de ovulación. Durante la menstruación, si se visualiza un flujo sanguíneo a través del orificio externo, es preferible volver a examinar a la paciente para una IVL 10 a 15 días más tarde.

El ectropión se traduce por la presencia en el cérvix de una amplia zona rojiza rodeando el orificio externo y una unión escamoso-cilíndrica lejos del orificio. Los quistes de Naboth se presentan como nodularidades protuberantes, de color blanco azulado o amarillo, con una pared lisa y frágil y vasos sanguíneos ramificados. En algunas mujeres, los quistes de Naboth pueden agrandarse y provocar una deformación del cuello uterino. Sin embargo, se ulceran o se vuelven necróticos muy rara vez. Un pólipo cervical se presenta bajo el aspecto de una masa lisa de color rojo oscuro o blanco rosado que sobresale del conducto cervical por el orificio externo. A veces un pólipo cervical necrótico se parece a un carcinoma cervicouterino. Las cicatrices obstétricas hacen pensar en pequeñas heridas en los labios cervicales, con un orificio externo de forma irregular. La leucoplasia cervical se traduce por la presencia de una lesión blanca de superficie lisa, que no se puede

rascar o retirar. En cuanto a los condilomas cervicales, tienen el aspecto de zonas sobreelevadas, de color blanco grisáceo, situadas dentro o fuera de la zona de transformación en el epitelio escamoso. Pueden ir acompañados con lesiones similares en la vagina o sobre la vulva.

Debe también inspeccionarse la presencia en el cérvix de pequeñas ampollas llenas de líquido o pequeñas úlceras. A veces se puede visualizar en el cérvix, amplias zonas de erosión rojiza que pueden extenderse hacia la vagina en caso de infección cervical grave y de inflamación. Debe observarse la presencia de sangrado cervical al tacto o la presencia de una masa proliferativa ulcerada. En efecto, los carcinomas invasores tempranos pueden manifestarse bajo el aspecto de una zona granulosa, rugosa y rojiza que sangra al tacto. Los cánceres invasores más avanzados pueden revelar un tumor exofítico voluminoso con una masa proliferativa ulcerada y una protuberancia que sobresalen del cérvix con excrecencias polipoideas o papilares: esta masa puede tener una infiltración cervical profunda, sustituyendo la mayor parte del cérvix. En ambos casos, el sangrado al tacto y la necrosis constituyen las características clínicas predominantes. También es común el flujo maloliente debido a una infección agregada. A veces, el cáncer invasor se presenta como una lesión infiltrante, con lo cual el cuello es irregular y hipertrofiado.

Tras anotar los resultados de esta primera prueba visual, aplique la solución yodoyodurada de Lugol suave pero generosamente mediante un hisopo de algodón. Procure no manchar la ropa de la paciente o la suya con el yodo! Tras retirar el hisopo, examine con cuidado el cérvix para ver si aparecen zonas yodo-negativas

(no empapadas de yodo), o sea zonas de color blanco pálido o blanco amarillo, en particular en la zona de transformación, cerca de la unión escamoso-cilíndrica. Una vez acabada la inspección visual, debe retirarse el exceso de yodo acumulado en los sacos vaginales mediante un algodón.

Fin de la prueba

Los hisopos contaminados, las gasas y otro material desechable deben tirarse en la bolsa de basura de plástico.

Retire el espéculo cuidadosamente y examine las paredes vaginales par ver si hay condilomas o lesiones yodo-negativas. Antes de quitarse los guantes sucios, coloque las manos en un recipiente con solución de cloro al 5% cuya preparación figura en anexo 4. Descontamine los guantes sucios hundiéndolos 10 minutos en un balde de plástico con solución de cloro al 5%.

El espéculo y los instrumentos utilizados para la IVL deben igualmente ser descontaminados hundiéndolos en una solución de cloro al 5% durante 10 minutos, antes de ser limpiados con detergente y agua. El material así limpiado podrá volver a ser utilizado tras esterilización al autoclave o desinfección de alto grado en agua hirviendo durante 20 minutos.

Registro de los hallazgos y información a las mujeres

Es importante anotar con cuidado los resultados de la prueba en un registro (anexo 3). Deben explicarse los resultados de la prueba a la paciente, también exponiéndole las diferentes posibilidades de seguimiento. Se tranquilizará a las mujeres que dan negativo a las pruebas y se les puede recomendar repetir la prueba después de 5 años. En cambio, se orientará a las mujeres que dan positivo hacia otros



FIGURA 3.1:
Inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVL).



FIGURA 3.2:
IVL negativa: El epitelio escamoso es negro, mientras que el epitelio cilíndrico no cambia de tinte tras la aplicación del yodo.

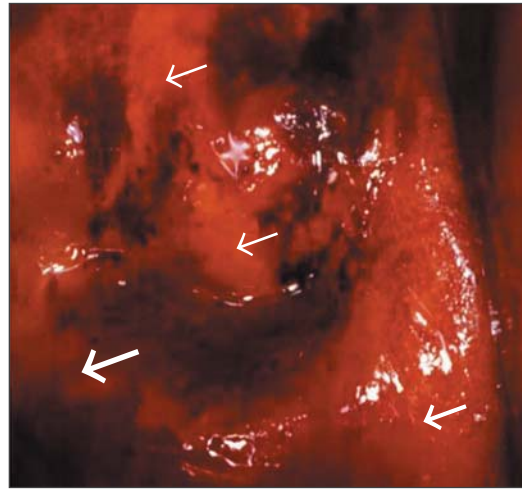


FIGURA 3.4:
IVL negativa: Se ven zonas mal definidas, no homogéneas, que no captan el yodo (flechas estrechas) o zonas parcialmente empapadas de yodo (flechas espesas).

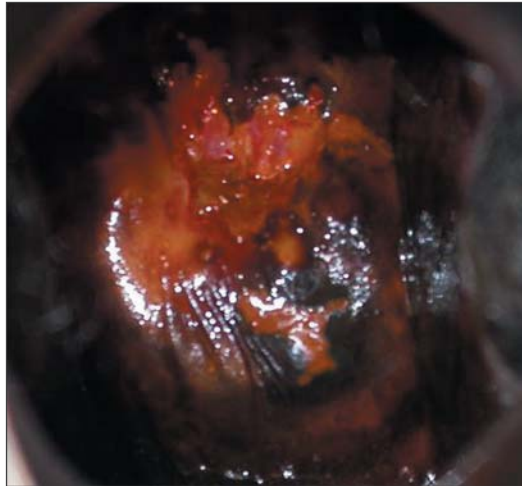


FIGURA 3.3:
IVL negativa: Se ven zonas mal definidas que no captan el yodo, no homogéneas, dispersas por todo el cérvix; no se limitan a la zona de transformación. Este aspecto traduce una inflamación del cérvix.

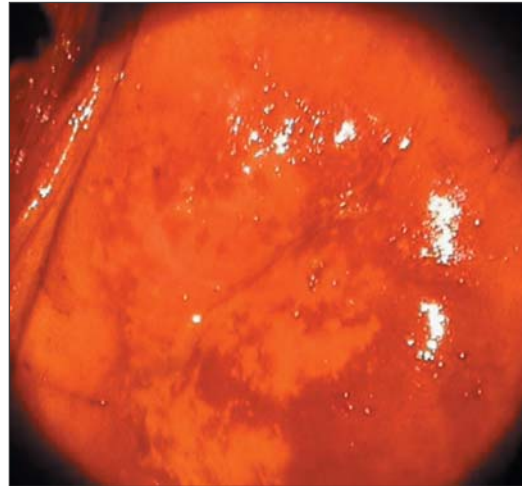


FIGURA 3.5:
IVL negativa: El epitelio escamoso permanece marrón. En la zona de transformación, se visualizan zonas irregulares que no captan el yodo o parcialmente empapadas de yodo, que corresponden a las zonas de metaplasia escamosa inmadura y de inflamación.

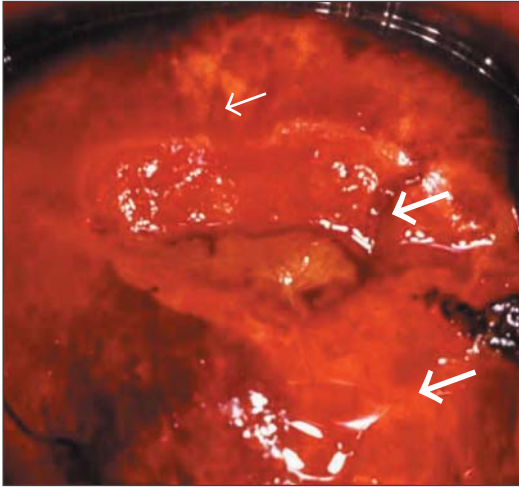


FIGURA 3.6:
IVL negativa: Se visualizan zonas no homogéneas, mal definidas, que no captan el yodo (flecha estrecha) y zonas parcialmente empapadas de yodo (flechas espesas).

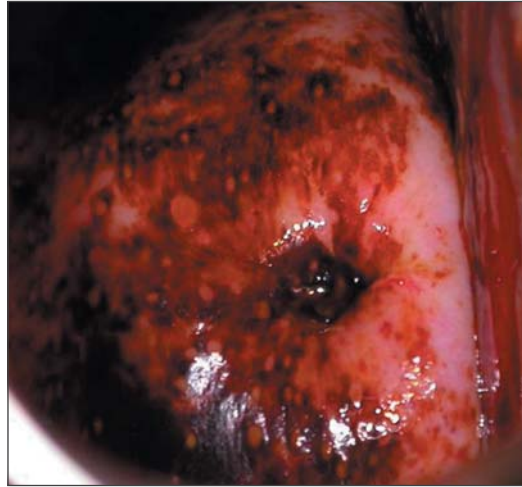


FIGURA 3.8:
IVL negativa: Se visualizan zonas que no captan el yodo, no homogéneas, dispersas por todo el cérvix, no limitadas a la zona de transformación. Este aspecto es característico de una cervicitis crónica.

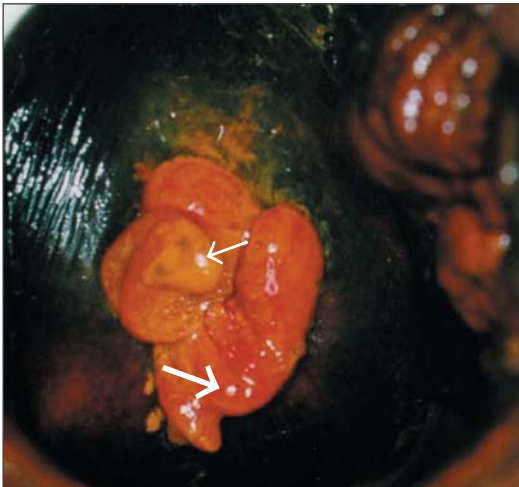


FIGURA 3.7:
IVL negativa: Se visualizan en el pólipo, zonas que no captan el yodo (flecha estrecha) y zonas parcialmente empapadas de yodo (flecha espesa). El epitelio escamoso es negro.



FIGURA 3.9:
IVL negativa: Se visualizan en el epitelio escamoso, zonas que no captan el yodo con apariencia de granos de pimienta. Este aspecto traduce una ulceración cervical consecutiva a una inflamación.

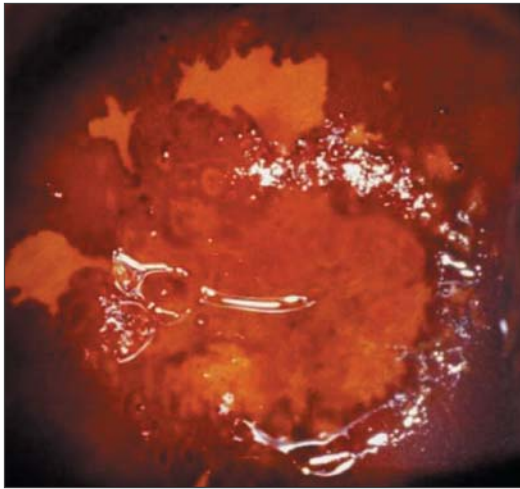


FIGURA 3.10:
IVL negativa: Se visualizan zonas que no captan el yodo, de color amarillo e irregulares, que se destacan de la unión escamoso-cilíndrica para constituir lesiones satélites.

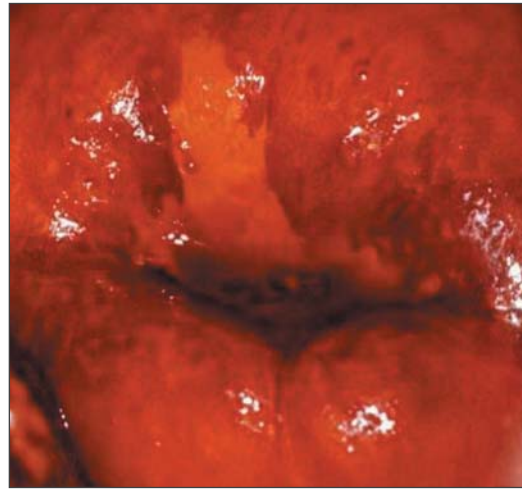


FIGURA 3.12:
IVL positiva: Se observa en el labio anterior, una lesión que no capta el yodo, de color amarillo mostaza, que toca la unión escamoso-cilíndrica.



FIGURA 3.11:
IVL positiva: Se observa en el labio anterior, una zona que no capta el yodo, de color amarillo azafranado, contigua a la unión escamoso-cilíndrica.

exámenes tales como la colposcopia y biopsia o hacia un tratamiento en caso de lesiones confirmadas. En caso de sospecha de cáncer invasor, se les orientará hacia un servicio dotado de infraestructura necesaria para el diagnóstico del cáncer y su tratamiento.

Registro de los hallazgos de la IVL

Las Figuras 3.1 à 3.21 presentan los diferentes aspectos observados durante una IVL.

IVL negativa (-):

La exploración por IVL es negativa cuando se observa, tras la aplicación del yodo:

- Un cérvix normal: el epitelio escamoso se tiñe de color caoba o negro, cosa que no sucede con el epitelio cilíndrico (Figura 3.2).
- Zonas sin color o parcialmente marrón, escasamente definidas, poco distintas y

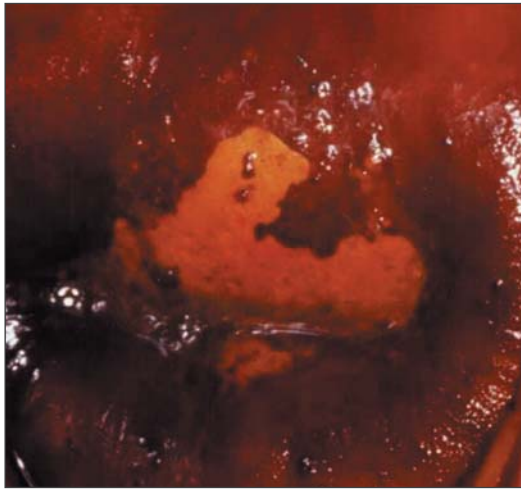


FIGURA 3.13:
IVL positiva: Se observa en el labio anterior, una zona que no capta el yodo, de color amarillo mostaza, contigua a la unión escamoso-cilíndrica.

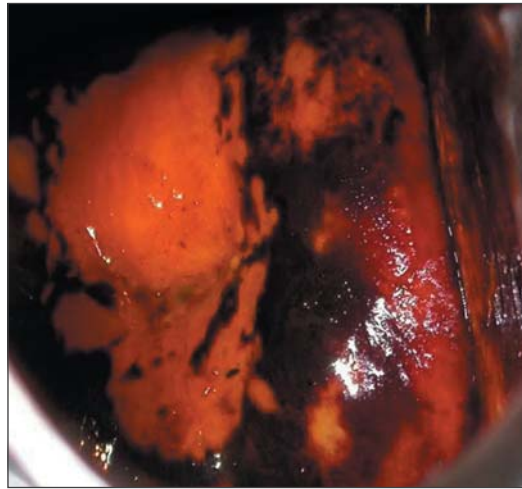


FIGURA 3.15:
IVL positiva: Se visualizan en los labios anteriores y posteriores, zonas que no captan el yodo, de color amarillo mostaza que penetran en el conducto cervical.

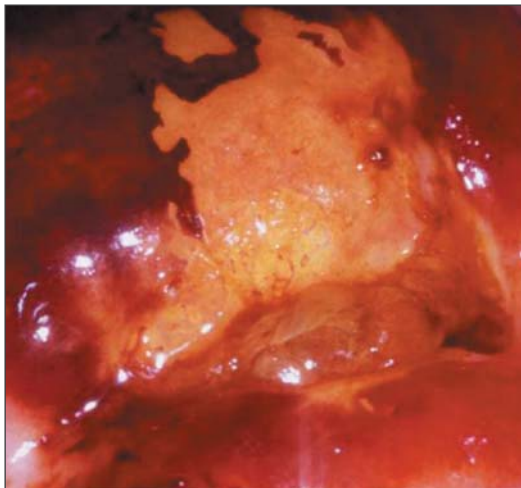


FIGURA 3.14:
IVL positiva: Se observa en el labio anterior, una zona densa que no capta el yodo, de color amarillo mostaza, con bordes irregulares y angulosos, contigua a la unión escamoso-cilíndrica.

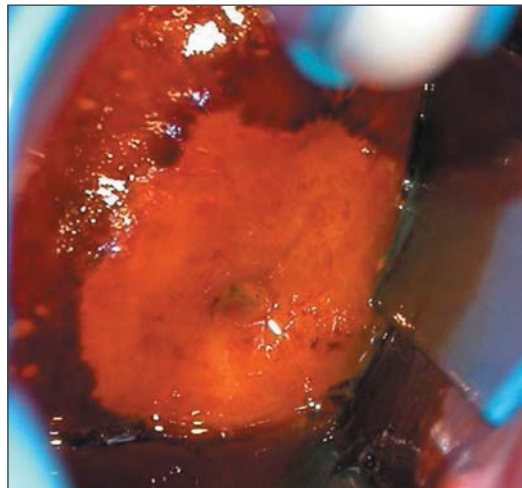


FIGURA 3.16:
IVL positiva: Se observa una zona importante que no capta el yodo, de color amarillo azafranado, muy densa, de superficie irregular, que afecta los cuatro cuadrantes del cuello y que penetra en el conducto cervical.

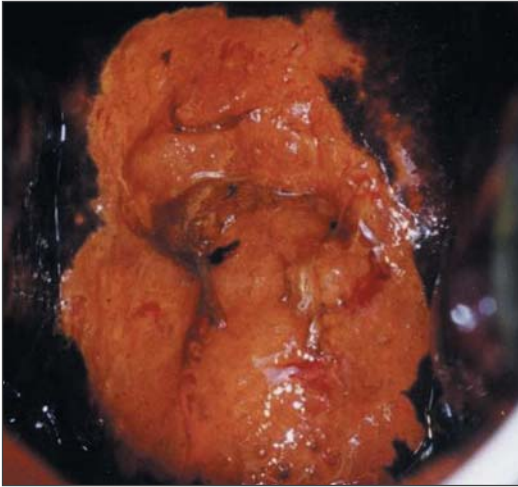


FIGURA 3.17:
IVL positiva, cáncer invasor: Se observa una zona de color amarillo mostaza, densa, espesa y extendida, de superficie irregular y nodular, que afecta todos los cuadrantes del cuello. El orificio externo está obliterado.

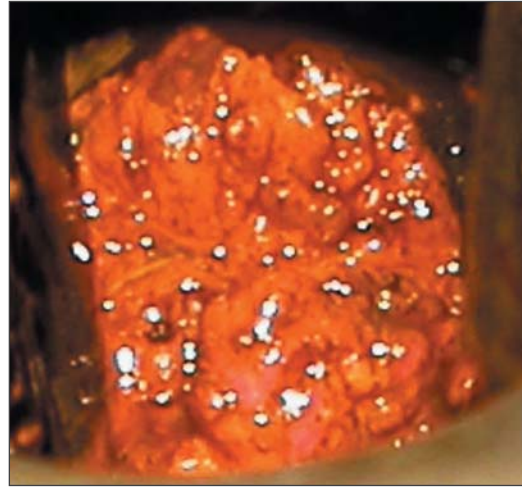


FIGURA 3.19:
IVL positiva, cáncer invasor: Se observa en el cuello, una zona de color amarillo mostaza, espesa y extendida, que presenta una superficie irregular y nodular.

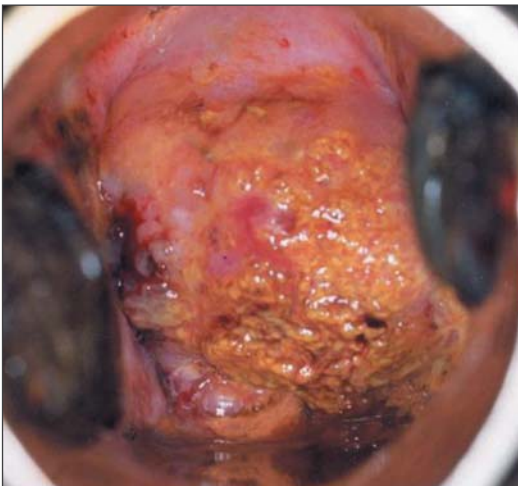


FIGURA 3.18:
IVL positiva, cáncer invasor: Se observa una lesión nodular de color amarillo mostaza, extendida, espesa e irregular, evocadora de un cáncer invasor.

mal definidas (Figuras 3.3-3.6).

- La presencia en los pólipos de zonas pálidas que no toman, o sólo parcialmente, el color del yodo (Figura 3.7).
- Un aspecto en piel de leopardo con infección al T. vaginalis (Figura 3.8).
- Zonas no empapadas de yodo con forma de grano de pimienta en el epitelio escamoso, lejos de la unión escamoso-cilíndrica (Figura 3.9)
- Lesiones satélites no empapadas de yodo, delgadas, de color amarillo, con bordes digitiformes o angulosos, semejantes a regiones geográficas, lejos de la unión escamoso-cilíndrica (Figura 3.10).

IVL positiva (+):

El resultado es positivo cuando se observan, en la zona de transformación, zonas yodo-negativas densas, espesas, brillantes, de

color amarillo mostaza o azafranado, cercanas o contiguas a la unión escamoso-cilíndrica, o cercanas al orificio externo si no se ve la unión (Figuras 3.11-3.15). También se considera positiva la prueba IVL, cuando el cuello se vuelve enteramente amarillo (Figura 3.16).

IVL negativa, cáncer invasor:

El cáncer invasor se caracteriza por la presencia en el cérvix, de una masa proliferativa ulcerada, irregular y nodular, que se vuelve francamente amarillo tras la

aplicación de yodo (Figuras 3.17-3.19).

Auto-evaluación del personal sanitario que realiza la IVL

Se recomienda al personal sanitario que realiza estos exámenes, comparar los resultados de la IVL con los de la histología (si ésta ha sido realizada). Un profesional de la salud capacitado clasifica aproximadamente entre el 10 y el 15% de las mujeres examinadas en la categoría IVL positiva, y entre ellas el 20 y el 30% desarrollan una CIN, cualquiera que sea su grado.