

## CARACTERÍSTICAS DEL VIN DIFERENCIADO Y VIN COMÚN EN LA MISMA LESIÓN

ELENA PRIETO RUIZ<sup>1</sup>, VERÓNICA ANDRÉS HERNÁNDEZ<sup>2</sup>, MARIA YOLANDA JUBETE CASTAÑEDA<sup>1</sup>, LAURA ALLER DE PACE<sup>1</sup>, JOSÉ ESTÉVEZ TESOURO<sup>1</sup>, ESTELA GUTIÉRREZ LÓPEZ<sup>3</sup>

1. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. 2. HOSPITAL COMARCAL DE LAREDO 3. HOSPITAL DE SIERRALLANA. TORRELAVEGA

**OBJETIVO:** Exponer la dificultad de clasificar las VIN en base a ciertas características determinadas en las guías clínicas, puesto que no todas esas variables (edad, localización, focos lesionales, presencia de VPH, etc) son patognomónicas de cada tipo histológico de VIN.

**CASO CLÍNICO:** Mujer 52 años, sin antecedentes de interés. 5 partos eutócicos, menopausia 47 años y revisiones anuales normales. En 2009 nódulo supraclitoroideo verrucoso y pruriginoso de 2 cm. La biopsia informa: Carcinoma epidermoide condilomatoso. Plan: extirpación amplia (estudio anatomopatológico: Piel vulvar con extenso liquen escleroatrófico incipiente y ausencia de tumor residual) Controles posteriores normales. En 2017 consulta por lesión verrucosa bilateral, en comisura posterior introital de crecimiento rápido, sangrante y con extensión a vagina de 6 meses de evolución. Biopsia: VIN alto grado con márgenes afectos. Se decide Vulvectomía parcial con colgajos glúteos en avance V-Y (estudio de la pieza: VIN con foco de carcinoma escamoso superficialmente invasivo respetando márgenes; P16 negativo p53 positivo difuso

La PCR-VPH no fue valorable en ninguna de las muestras del caso por degradación del DNA genómico.

➤ Al no disponer del VPH lesional, no podemos descartar que se trate de un VIN común. La última lesión (2017) es multifocal, polimorfa y asienta en 1/3 inferior vulvar, datos que apoyan el VIN común.

➤ Por contra, los 52 años, la existencia de liquen escleroatrófico vulvar concomitante, la P53 positiva y la existencia de un foco de carcinoma escamoso en la pieza quirúrgica, sugieren que estamos ante un VIN diferenciado (éste tiene más riesgo de progresar a cáncer) que no guardaría relación alguna con la infección por VPH.

En nuestro caso, el tratamiento de la lesión supraclitoroidea informada como carcinoma escamoso (2009) fue un escisión local amplia; Posteriormente en 2017 para tratar la lesión informada como VIN, se realizó vulvectomía parcial por la extensión, ya que presentaba varios focos de gran tamaño.

**CONCLUSIONES:** Una lesión VIN, pese a ser una lesión precancerígena, puede precisar terapias escisionales más agresivas que en casos de carcinoma vulvar.

Es muy importante mantener un seguimiento de aquellas pacientes con lesiones vulvares como puedan ser carcinomas, VIN o incluso liquen escleroatrófico por el riesgo de recidiva y progresión a cáncer respectivamente.

Las características clínicas y epidemiológicas más comunes de un tipo de VIN histológico no son patognomónicas del mismo.

