

LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VAGINAL: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

López Altuna M., Ruiz Minaya M., Alonso Mayo C., Amor Valera, F., Galvis Isaza C., Aedo Ocaña OP.

OBJETIVOS

La baja prevalencia de la neoplasia intraepitelial vaginal (VaIN) dificulta conocer su fisiopatología. Hay pocos estudios prospectivos y gran parte de la información disponible es extrapolada de las neoplasias intraepiteliales cervicales y vulvares. Este trabajo pretende ilustrar los casos de VaIN y su manejo clínico en un centro de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos un análisis descriptivo de los casos de VaIN diagnosticados en un centro de tercer nivel en el periodo comprendido entre 2016 y 2019.

RESULTADOS:

La VaIN es la lesión precursora del cáncer de vagina, donde se evidencia atipia de las células escamosas sin componente de invasión. Su incidencia real es de 0,5-1,3 casos por 100.000 mujeres-año. Es menos frecuente que el CIN (Neoplasia Intraepitelial Cervical) y VIN (Neoplasia Intraepitelial Vulvar), suponiendo el 0,4% de las lesiones premalignas del tracto genital inferior. En los últimos años se ha evidenciado un incremento del diagnóstico de VaIN.

Nuestra muestra cuenta con un total de 14 pacientes con una edad comprendida entre los 23 y los 76 años. El grupo etareo en el que aparece la VaIN con mayor frecuencia es el de mayor de 60 años. En este rango de edad está incluido el 21.4% de nuestra muestra.

Diferentes estudios apoyan que el cáncer de vagina en mujeres jóvenes se relaciona con el virus del papiloma humano (VPH), y en mujeres mayores probablemente está asociado a factores hormonales y traumatismos crónicos.

En nuestra muestra el 78.5% mostraron positividad para el VPH, de las cuales un 57.1 % presentaron genotipos de alto riesgo (AR) y un 21.4 % de bajo riesgo (BR). La literatura reporta que el genotipo de VPH con mayor implicación en estas lesiones en nuestro país es el VPH 16 seguido 18, 3, 56... En nuestra muestra no se ha objetivado ningún genotipo de AR predominante, en cambio sí que se observó predominancia del VPH 6 en LSIL (VaIN), seguido del genotipo 61 y 42.

Respecto a los cofactores asociados al desarrollo de VaIN, en nuestra muestra un 50% eran fumadoras, un 57.1% presentaban inmunosupresión (50% VIH) y solo una paciente había recibido radioterapia pélvica.

La lesión suele ser asintomática (85.7% de nuestros casos) y en >50% ocasiones son multifocales. Tal y como refleja la literatura la localización más frecuente de estas lesiones ha sido el tercio superior vaginal en el 85.7% de los casos.

Dado que el VPH afecta a todo el tracto anogenital es frecuente que la VaIN aparezca asociada a lesiones a otros niveles del TGI de manera sincrónica o metacrónica. El 78.5% de nuestras pacientes tenían antecedentes de otras lesiones a nivel del TGI: 91% CIN (81% HSIL, 9% cáncer cérvix), 27.2% VIN (18.1% HSIL y 9% cáncer de vulva); y 28.5% presentaron lesiones sincrónicas a otros niveles (VIN, CIN y cáncer escamoso perianal).

Ante el hallazgo de LSIL (VaIN), se realizará seguimiento. El tratamiento tópico es adecuado en lesiones multifocales o no candidatas a cirugía. En cambio, el tratamiento de elección de HSIL (VaIN) es quirúrgico.

En nuestra muestra de las 10 pacientes con LSIL (VaIN) 4 siguieron una conducta expectante (no obteniéndose resultados satisfactorios debido a la persistencia de la lesión en el 50% de los casos), 2 recibieron Imiquimod tópico (persistiendo la lesión en una de ellas y recurriendo en la otra), 3 fueron tratados con crioterapia y 1 mediante exéresis con una tasa de éxito del 100%.

De las 4 pacientes con diagnóstico de HSIL (VaIN) 3 fueron pérdidas de seguimiento y en 1 se realizó tratamiento quirúrgico encontrándose actualmente libre de enfermedad. Ninguna de estas pacientes ha desarrollado cáncer de vagina, siendo el periodo de seguimiento más largo de 3 años. No obstante, se debe tener en cuenta que el tiempo de progresión desde VaIN a cáncer puede oscilar entre 8 meses y 20 años.

CONCLUSIÓN

La VaIN es una entidad rara que supone un reto tanto diagnóstico como terapéutico. Suele cursar de manera asintomática y en un alto porcentaje de casos se asocia a lesiones en otras localizaciones del TGI, por tanto es imperativo realizar un correcto estudio colposcópico prestando especial atención al tercio superior de la vagina. Son escasos los estudios disponibles sobre esta entidad y su historia natural poco conocida. Todo esto junto con la falta de unanimidad sobre el manejo terapéutico de estas lesiones pone de manifiesto la necesidad de realizar nuevos estudios.