

PATOLOGÍA VULVAR EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

Fernández López, Natalia María; Fernández López, Ana Covadonga; Fernández Pérez, María Luisa; Silva Deustua, Vicente Carlos.
Hospital Virgen de la Salud-Toledo. Servicio de Obstetricia-Ginecología

OBJETIVOS

Las pacientes con infección por VIH tienen mayor riesgo de patología neoplásica vaginal y/o vulvar. Así como en la patología cervical, sabemos que dentro de las lesiones premalignas y malignas tanto vulvares como vaginales existe correlación entre el grado de severidad y el grado de inmunosupresión de la paciente, teniendo mayor riesgo de persistencia de lesiones comparado con la población general.

La incidencia de VIN y VAIN en pacientes VIH no está estudiado extensamente, pero se estima una incidencia del 2,9 y 0,9-0,3/100000 respectivamente. El VPH principal agente etológico de patología cervical, vulvar y vaginal, interactúa junto con el HIV favoreciendo su persistencia y presencia de lesiones de alto grado en el tracto genital inferior.

Se recomienda (grado 2B) la vacuna VPH para estas pacientes, ya que además podría tener beneficios en la prevención de verrugas anogenitales.

RESULTADOS

Los resultados de anatomía patológica de las muestras tomadas son:

-Vulvar (derecho/izquierda) **VIN III, HSIL , p 16+**

-Citología: LSIL.

-Anal: **Neoplasia intraepitelial anal de bajo grado/Neoplasia escamosa de bajo grado**

Ante dichos resultados la paciente es programada para realización de vulvectomía total y anoscopia intraoperatoria para valoración de canal anal (pendiente de cirugía conjunta con Servicio de Cirugía General).

CONCLUSIONES

La información de los resultados en pacientes con VAIN/VIN e VIH son limitados. El riesgo de recurrencia en la población general es del 20-70% con riesgo de progresión a cáncer invasor entre el 1-5%, siendo por tantos estos porcentajes mayores en pacientes VIH

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 52 años con los siguientes antecedentes:

-Diagnostico de HIV en 1991 durante embarazo, en tratamiento actual con Rezolsta+Dolutegravir.

Ultima revisión Mayo 2018;Linfocitos CD4:942, CV indetectable.

-TBC pulmonar 1996, Toxoplasmosis cerebral 2006, Linfoma encía 1994.

-Histerectomía total simple abdominal por útero miomatoso en 2015,

-**VIN alto grado 2011:** Resección vulvar.+ Radioterapia (Extrahospitalario)

-**Cáncer anal (VPH) 2014** tratada con **Radioterapia.** (Extrahospitalario)

-G2A1C1 FUR: 36 años. **No vacunada VPH**

Acude a nuestras consultas a revisión y valoración de lesión excrecente en labio derecho desde hace 2 meses. Asintomática.

Se realiza exploración ginecológica general y específica con vaginoscopia, vulvoscope.

*Vaginoscopia: Imposible por sinequias hasta 0,5cm cercano a vulva.

*Vulvoscope. Placa blanquecina con superficie rugosa en labio derecho e izquierdo desde capuchón del clítoris hasta región perianal. Impresiona no afectación uretral.

*Citología: toma única del 1/3 externo vaginal.

Se toman biopsias vulvares tanto derecha como izquierda.

Así mismo en seguimiento paralelo con CGD por recidiva de lesión anal, realizada biopsia y exéresis de pólipo endoanal.

