

DISPLASIA VULVAR Y VAGINAL PERSISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Delgado Martínez A, Blanco Herraiz I, Álvarez Gil C, Ferreira Borrego I, Pineda Domínguez L, Sanz Baro R.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de displasia vaginal y vulvar de alto grado en pacientes jóvenes constituye un reto en cuanto a diagnóstico y manejo, debido a la alta variabilidad en la presentación clínica, la existencia de múltiples opciones terapéuticas, y la necesidad de preservar la anatomía y función del tracto genital inferior.

MATERIAL

Revisión retrospectiva de un caso de lesión vaginal y vulvar de alto grado, persistente durante 9 años pese a la aplicación de todas las opciones terapéuticas disponibles en nuestro centro

RESULTADOS

Mujer de 33 años, antecedente de resección de lesiones condilomatosas anales, no fumadora, no vacunada contra VPH, no emplea preservativo. Es derivada a consulta por citología LSIL y HPV 16 positivo en Septiembre 2010, diagnosticándose mediante biopsias múltiples de CIN I, VaIN III y VIN II. Se descartan ETS y factores inmunosupresores y en 2011 se realiza exéresis de lesiones verrucosas vulvovaginales y vaporización láser de cérvix y vulva, con resultado de VIN III y VaIN III con márgenes quirúrgicos afectos, por lo que 4 meses después se realiza vaporización del lecho quirúrgico.

Se sigue un manejo conservador con Imiquimod, se completa la vacunación VPH y se realizan controles citohistológicos 12 meses con persistencia de VaIN I y VIN II-III, por lo que se programa electrocoagulación cervical, vulvar y perianal y vulvectomy parcial derecha con resultado de VIN II-III con márgenes libres.

Se realizan controles periódicos 12 meses más, persistiendo VaIN III y VIN II-III pese a vaporización extensa, por lo que en se realiza nueva vaporización y vulvectomy parcial izquierda, con informe de VIN II-III con márgenes quirúrgicos afectos.

Se aplica nuevamente Imiquimod durante 5 años, en los que se realizan controles con citología y VPH negativos, y biopsia vulvovaginal sin displasia, hasta que en Junio 2019 reaparece VPH 16 positivo, biopsia vulvar VIN III y una lesión en canal anal que es extirpada con diagnóstico de neoplasia intraepitelial anal de alto grado, con invasión superficial focal y bordes quirúrgicos afectos, por lo que la paciente, con 42 años, continúa en seguimiento.

	CITOLOGÍA	VPH	CERVIX	VAGINA	VULVA
Ene 2010	LSIL	16	CIN I	VaIN III	VIN II
Feb 2011	Extirpación de lesión verrucosa en fórnix vaginal y vulva, vaporización cervical y vulvar: VaIN III y VIN III márgenes afectos				
Jun 2011	Vaporización de lecho quirúrgico				
Ago 2011	LSIL	16/18/45	Sin displasia		VIN III
Dic 2011	Negativa	16/18/45	Sin displasia	VaIN I	VIN II-III
Mar 2012	Negativa				
Abr 2012	LSIL			VaIN I	VIN III
Jun 2012	LSIL				
Ago 2012	Electrocoagulación cervical y vaginal. Vulvectomy parcial de labio menor derecho VIN II-III asociado a infección HPV. Sin infiltración, borde quirúrgico libre				
Dic 2012	ASCUS	16/18/45	CIN I	VaIN I	VIN II-III
Mar 2013	Vaporización láser de vulva y cérvix				
Sep 2013	LSIL	16/18/45	Sin displasia	VaIN III	VIN II-III
Nov 2013	Vulvectomy parcial izquierda y vaporización vulvovaginal y cervical VIN II-III asociado a infección HPV, con márgenes quirúrgicos afectos				
My 2014	Negativa	Negativo	Sin displasia		Sin displasia
Dic 2014	LSIL		Sin displasia	Condiloma	Sin displasia
Abr 2015	Negativa	Negativo			
Nov 2015	VIN III condilomatoso				
Abr 2017	Negativa	Negativo			
Jun 2018	Control vulvar que no precisa biopsia				
Jun 2019		16			VIN III
Ago 2019	Exéresis de lesión anal condilomatosa: AIN-III con invasión superficial focal, márgenes afectos				
Sep 2019	Derivación a Oncología Médica				