

**XII Reunión Nacional de la AEPC y "HPV Clinical Workshop of the  
18<sup>th</sup> International Papillomavirus Conference"  
BARCELONA, 21-23 de Julio 2000**

**Resúmenes de Ponencias**

**Primera Ponencia: TERAPÉUTICA ACTUAL EN PATOLOGÍA VULVAR**  
**Coordinadores: E. López de la Osa (España) - J. M. Capdevila (España)**

**NEOPLASIA VULVAR INTRAEPITELIAL**

**Dra. Montserrat Cararach i Tur**

Institut Universari Dexeus. Barcelona

Los estudios epidemiológicos muestran que en los últimos 20 años ha habido una disminución importante de la mortalidad por cáncer de vulva, mientras que su incidencia ha permanecido estable. Por el contrario la incidencia de la VIN se ha duplicado en las últimas décadas, especialmente en mujeres jóvenes (aumento del 1.2 a 2.1 por 100.000 mujeres por año) (1). Los mismos datos aparecen en el Registro del Cáncer de Noruega, donde la incidencia de la VIN ha aumentado 3 veces en los últimos 40 años (2). Entre las causas que pueden explicar estos fenómenos se encuentra el diagnóstico precoz y un aumento real de la incidencia de la VIN, debido a cambios en la conducta sexual con una mayor exposición a la infección por el virus del papiloma humano (HPV). Es sobradamente conocido el papel etiológico del HPV sobre las lesiones preinvasoras e invasoras de todo el tracto genital inferior.

Un avance importante ha sido la introducción de la clasificación recomendada por la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades de la Vulva (ISSVD) (3), de común acuerdo con la Sociedad Internacional de Patólogos Ginecólogos, donde introducen el término de Neoplasia Intraepitelial Vulvar (VIN) como lesión preinvasora, diferenciándola en escamosa (VIN1, VIN2, VIN3) y no escamosa (Enfermedad de Paget y Melanoma in situ). La VIN sustituye términos confusos utilizados en el pasado como: Eritroplastia de Queyrat, Carcinoma in situ simplex y Enfermedad de Bowen.

Actualmente se acepta la subdivisión de VIN en dos tipos Bowenoide y Basaloide (4), basándose en que existen diferencias clínicas, epidemiológicas y etiológicas. El tipo Bowenoide se daría en pacientes jóvenes, con lesiones multifocales, multicéntricas y polimorfas. Relacionadas con la infección por HPV y lesiones intraepiteliales en otras localizaciones del TGI y con un bajo riesgo de desarrollar un cáncer. El tipo Basaloide aparece en mujeres mayores como una lesión única, asociada a trastornos epiteliales no neoplásicos o distrofias de la vulva y con un alto riesgo de progresar a un cáncer invasor. La VIN presenta sintomatología únicamente en aproximadamente el 50% de los casos: prurito, irritación y sensación de hinchazón vulvar. El 50% restante son asintomáticos y solo se detectan durante el examen clínico (Vulvoscofia). De ahí la importancia de la vulvoscofia, ya sea como exploración rutinaria o de forma selectiva en pacientes con factores de riesgo. Las lesiones pueden localizarse tanto en el área pilosa como

en la área mucosa , aunque preferentemente en la zona más posterior de la vulva. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples, adoptando un aspecto totalmente polimorfo, por lo que la biopsia y el diagnóstico histopatológico es obligado.

Hay dos aspectos que deben considerarse en la VIN, y que obligan al tratamiento:

- Es una lesión preinvasora que puede progresar a un cáncer invasor.
- Es una enfermedad de la piel y como tal puede producir sintomatología.

Es indudable que el correcto tratamiento de las lesiones preinvasoras constituye la mejor prevención del Cáncer de vulva. Sin embargo en el tratamiento hay que ser muy prudentes y en la actualidad se tiende más hacia los tratamientos conservadores que los radicales, por varias razones:

El bajo riesgo que presentan estas lesiones de progresar hacia un cáncer invasor. Los únicos factores de riesgo de progresión son la edad y la inmunosupresión. La VIN suele presentarse en mujeres jóvenes, y una cirugía extensa y mutilante crea graves problemas sexuales y psicológicos.

Las recurrencias de la VIN son frecuentes, independientemente en muchas ocasiones, del tipo de tratamiento empleado. Las recurrencias son más frecuentes en lesiones multifocales y multicéntricas. Por otra parte se prefieren los métodos escisionales que permiten obtener material para estudio histológico, evitando de esta forma que pueda pasar desapercibido un carcinoma invasor oculto. No existe un consenso sobre cual es el tratamiento óptimo, por lo que el tratamiento debe ser individualizado, teniendo en cuenta los factores antes mencionados.

Las diferentes opciones de tratamiento son:

- Conducta expectante.
- Tratamiento médico
- Escisión local amplia.
- Escisión local amplia con recubrimiento vaginal.
- Vaporización láser.
- Vulvectomía superficial con injerto cutáneo ("skinning vulvectomy").
- Vulvectomía simple.

El tratamiento del VIN requiere un seguimiento largo ya que son frecuentes las recurrencias. Las pacientes inmunodeprimidas deben seguir un control estricto, pues presentan un riesgo alto de progresión a un cáncer invasor.

A pesar de que el Cáncer de vulva es un tumor poco frecuente, la morbilidad de los tratamientos que precisa podría evitarse con una detección, diagnóstico y tratamiento de las lesiones preinvasoras.

### Bibliografía

Sturgeon SR, Brinton LA, Devesa SS, Kurman RJ. In situ and invasive vulvar cancer incidence trends (1973 to 1987). Am J Obstet Gynecol 1992; 166:1482-5.

Iversen T, Tretli S. Intraepithelial and Invasive Squamous Cell Neoplasia of the Vulva: Trends in incidence, recurrence and survival rate in Norway. Obstet.Gynecol 1998; 91:969-72.

Wilkinson EJ, Kneale B, Lynch PJ. Report of the ISSVD terminology committee. J.Reprod.Med 1986; 31:973.

Park JS, Jones RW, McLean MR, et al: Possible etiologic heterogeneity of vulvar intraepithelial neoplasia. A correlation of pathologic characteristics with human papillomavirus detection by in situ hybridization and polymerase chain reaction. *Cancer* 1991; 67: 1599-1607.