

TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA VULVAR INTRAEPITELIAL (VIN)

M. Ramírez Mena

En los últimos años se ha producido un incremento considerable en la incidencia de VIN, fundamentalmente en la población joven, menor de 40 años. El punto de inflexión podemos ubicarlo en la década de los setenta, constituyendo, por debajo de esta fecha el 17% del total de las neoplasias vulvares escamosas, porcentaje que alcanza actualmente cifras próximas al 44% según la serie consultada. Este incremento es atribuible a la introducción a partir de esa fecha de un protocolo de estudio de la vulva con biopsia de áreas anormales, y a un incremento en la infección por el virus del papiloma humano, secundaria a un cambio en la conducta sexual y al hábito tabáquico. Este incremento de incidencia en mujeres jóvenes, hace que la tendencia terapéutica en el VIN haya evolucionado hacia formas conservadoras.

Los objetivos del tratamiento, en el caso de las lesiones de alto grado, podemos resumirlos en cuatro: reducir la incidencia de carcinoma invasor de vulva (riesgo de progresión de 10-15%), eliminar/paliar los síntomas (presentes en el 60%), reducir las recurrencias (10-50%), y conservar la anatomía y funcionalidad vulvar.

Antes de seleccionar una opción terapéutica deberemos tener en cuenta una serie de factores:

- 1) Vulvoscopía y biopsia previa de toda lesión (sobre todo si se utilizan técnicas ablativas) por el riesgo de microinvasión subyacente (hasta en el 20%)
- 2) Multifocalidad lesional
- 3) Zona pilosa/no pilosa
- 4) Edad
- 5) Extensión lesional.

Podemos agrupar las diferentes opciones terapéuticas del VIN Escamoso en:

- **Actitud expectante:** de elección en VIN I. Temporalmente en casos muy seleccionados de VIN II-III.
- **Terapias Escisionales:** De elección en VIN de alto grado. 1) Escisión local amplia: en lesiones unifocales o multifocales aisladas. Precisa margen de seguridad de resección de 5mm. El riesgo de recurrencia (41,7%) esta notablemente influenciado por la multifocalidad y la afectación de márgenes. 2) Vulvectomía Cutánea con/sin injerto: (riesgo recurrencia 0-22%), 3)

Vulvectomía Simple (en pacientes ancianas con VIN extenso y como última opción tras múltiples recidivas), 4) CUSA (en estudio).

- **Terapias Ablativas**: Imprescindible biopsia previa. 1) Vaporización con Láser de CO₂: de elección en lesiones multifocales confluentes o extensas combinado con exéresis. Recurrencia del 35,5%. 2) Terapia Fotodinámica con 5-ALA: en lesiones uni-bifocales. Curación en el 50% y recidiva en el 53%.
- **Terapias Médicas**: 1) Imiquimod: curación en el 50-60% y reducción del tamaño lesional en el 29%. Recurrencia 40%. Duración y frecuencia de aplicación aún por determinar.

La tasa de recurrencia independientemente del tratamiento aplicado es cercana al 40%, encontrando como factores de riesgo en un análisis univariante: el grado lesional, la multifocalidad, la positividad para HPV-AR y la existencia de neoplasia intraepitelial multicéntrica.

A pesar de disponer de múltiples opciones terapéuticas, podemos concluir que no existe una técnica óptima para el tratamiento de las lesiones preneoplásicas de vulva, siendo aconsejada la actitud expectante en el VIN I con control estricto, e indicado el tratamiento en las lesiones de alto grado.