Universidad de Costa Rica
Escuela de Medicina
Departamento Clínico HSJD
Cátedra de Gineco-Obstetricia

Lesiones Premalignas de Vulva

Dr. Loáiciga Vega.

Justificación…

"A pesar de la accesibilidad de la región vulvar tanto en la exploración clínica como en la obtención de las muestras citológicas, los conocimientos de su patología neoplásica maligna y de lesiones precursoras son muy inferiores a los que se han obtenido en otras estructuras del aparato genital femenino. No debemos olvidar que aunque la patología de esta región es menos frecuente, puede alcanzar cifras nada despreciables".

Puig Rullán AM, *et al.* Carcinoma de vulva y lesiones precursoras: estudio epidemiológico y citohistológico. Rev Esp Patol 2003; Vol 36, n.º 1: 53-58.

Justificación…

Se ha entendido que el carcinoma epidermoide de vulva es infrecuente y con una alta edad de presentación (70-80 años), muy raro a edades mucho menores, sin embargo dados quizás los cambios en la conducta sexual y los conocimientos médicos **su incidencia detectaba actualmente ha mostrado un ligero aumento a edades bajo los 45 años**.

Lesiones Premalignas

Son las que pueden convertirse en CA de vulva.

1983: la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades de la Vulva (ISSVD) sugirió el término neoplasia intraepitelial de vulva **(VIN)** en sentido análogo al concepto de neoplasia intraepitelial de cérvix **(CIN)**.

Carcinoma escamoso: VIN vs. Carcinoma Invasor

Lesiones Premalignas

1989: la ISSVD propuso establecer dos tipos de VIN:

los escamosos y los no escamosos.

También, determinó excluir de esta clasificación al liquen escleroso, a la hiperplasia de células escamosas (antes distrofia hiperplásica) y otras dermatosis, consideradas no neoplásicas.

Lesiones Premalignas

El término VIN ha sustituido a otra denominaciones empleadas con anterioridad:

Carcinoma in situ
Papilosis bowenoide
Enfermedad de Bowen
Eritroplasia de Queirat
Distrofia hiperplásica con atipias

Todas estas entidades tienen una gran semejanza histopatológica, clínica y evolutiva.

Clasificación

La VIN se clasificaba en:

- **VIN Escamosas:**
  - VIN 1 (displasia **leve**)*
  - VIN 2 (displasia moderada)
  - VIN 3 (displasia grave y carcinoma in situ)
- **VIN No escamosas:**
  - Enfermedad de Paget de la vulva
  - Melanoma in situ

Características

Correspondiente a un gran y variado número de tipos de lesiones epiteliales que cursan con:

- Cambios a la estructura y organización del tejido epitelial.
- Alteraciones de la maduración, diferenciación y con atipias celulares.
- Núcleos de tamaño aumentado.
- *Membrana basal conservada.*

Características

- Polimorfismo e hipercromatismo.
- Núcleo/citoplasma alterada.
- Etiología relacionada VPH (tipos 16 y 18).
- Escamosas son las más frecuentes.

Grado relacionado con la profundidad o espesor de la lesión.

Características

- Riesgo de Progresión a carcinoma invasor:

  Se le puede dividir en 2 grupos:

  - **V.I.N. en ♀ jóvenes:**
    - Riesgo muy bajo.
    - Lesiones asociadas a infexs por V.P.H.
    - Gnalte multifocales (otras localizac en el tracto genital).
  - **V.I.N. en ♀ edad avanzada o inmunosuprimidas.**
    - Mayor riesgo progresión.
    - Suelen ser lesiones unifocales.
    - Menor relación con infex V.P.H.

Características

"Las mujeres con positividad para el V.I.H. son más proclives a desarrollar V.I.N. y tienen mayor riesgo de recidiva después del tratamiento. Además, la lesión puede progresar a carcinoma invasor "

Puig Rullán AM, *et al.* Carcinoma de vulva y lesiones precursoras: estudio epidemiológico y citohistológico. Rev Esp Patol 2003; Vol 36, n.º 1: 53-58.

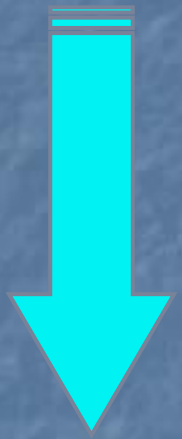
Características

"Para algunos autores las neoplasias vulvares están asociadas a factores sexuales tales como: edad temprana del primer coito, promiscuidad, infecciones venéreas, inflamaciones vulvares, condilomas genitales previos, cáncer del cérvix uterino e incluso hábito tabáquico."

Puig Rullán AM, *et al.* Carcinoma de vulva y lesiones precursoras: estudio epidemiológico y citohistológico. Rev Esp Patol 2003; Vol 36, n.º 1: 53-58.

Inconvenientes:

No fue satisfactoria.



VIN 1 incluía lesiones con displasia mínima, generalmente inflamatorias que no podía englobarse en el término de displasia.

Re-clasificación

La VIN se clasificaba en:

- **VIN Escamoso**: VIN 1, 2 y 3 según la displasia fuera leve, moderada o severa.
- **VIN No escamoso**: Enf. Paget de la vulva y Melanoma in situ.

Actualmente (2004):

–**VIN usual o clásico** (asociado a infx por HPV).

– **VIN diferenciado** (asociado a liquen escleroso y displasias epiteliales).

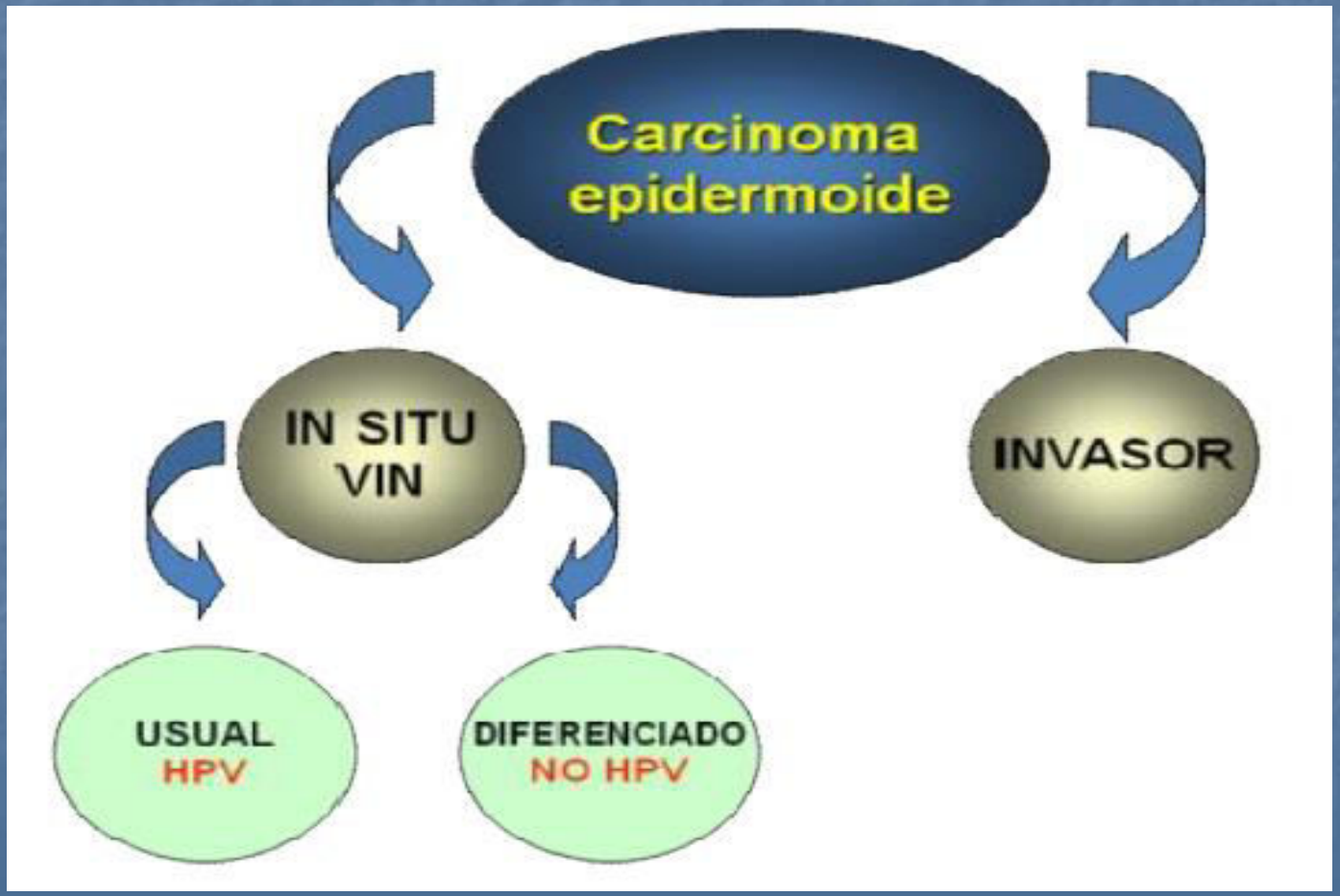
–**VIN NOS** (not otherwise specified).

VIN NOS (not otherwise specified)

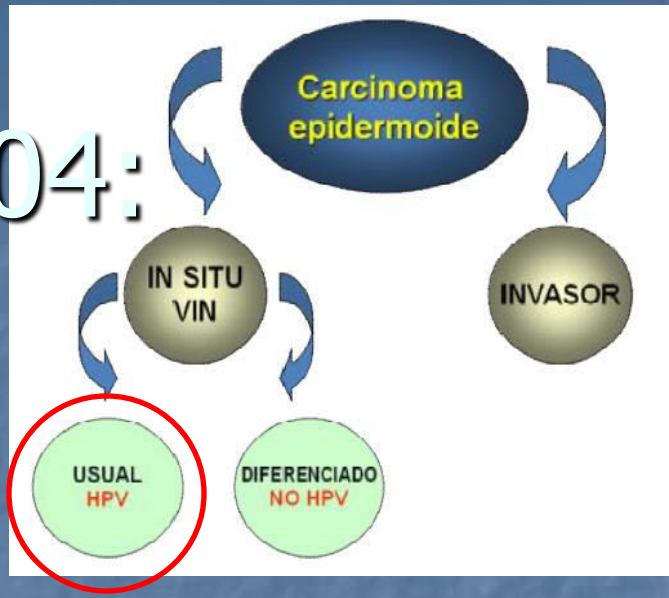
- Cambios Pagetoides
- VIN no clasificables (el patólogo observa VIN diferenciado y HPV por lo que no lo puede ubicar en ninguna de las otras categorías)

El melanoma in situ deja de formar parte de la clasificación de VIN y pasa a la de melanoma

A partir de 2004:



A partir de 2004:



El VIN usual o clásico:

El más frecuente

Aumentó en incidencia.

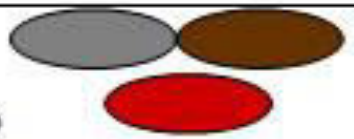
Se relaciona a HPV+.

En mujeres jóvenes y fumadoras.

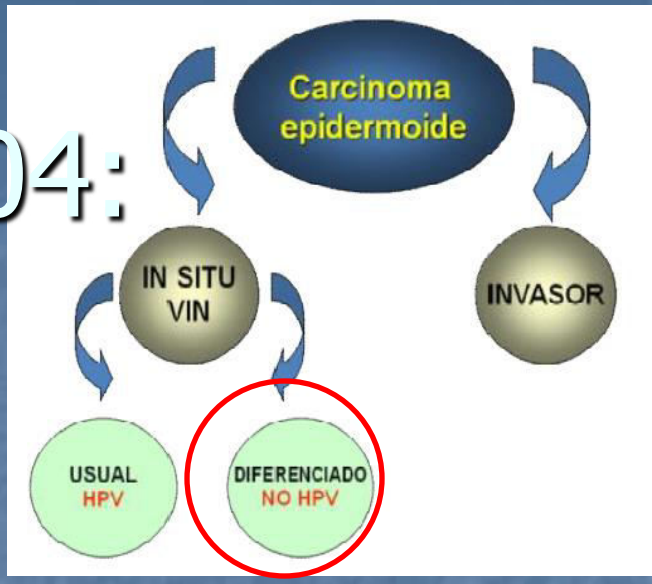
Es multifocal y multicéntrico (Se asocia a otras NIE del TGI).

Presenta un largo período de permanencia como tal (media: 8 años)

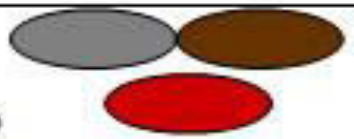
Poco potencial de progresión.

	VIN Indiferenciado o clásico
Etiología	HPV
Edad	
Características	 Pigmentado Multifocal Multicéntrico(se asocia a otras NIE)
Progresión al carcinoma	Muy baja

A partir de 2004:



El **VIN diferenciado:**
No relacionado al HPV (HPV-)
Asociado a los trastornos epiteliales no neoplásicos (Líquen escleroso y/o Hiperplasia epitelial).
Se da más frecuentemente en mujeres mayores.
Suele ser unifocal y unicéntrico.
Período corto como VIN, progresando rápidamente al CA invasor.
Es más fácil encontrarlo asociado al CA y no aisladamente.
1990: **VIN diferenciado como el probable precursor** de la mayoría (sino todos) los CA escamosos vulvares..

	VIN Indiferenciado o clásico	VIN Diferenciado
Etiología	HPV	TENN (Líquen escl. /Hiperplasia epitelial)
Edad		
Características	 Pigmentado Multifocal Multicéntrico(se asocia a otras NIE)	Blanco Unifocal Unicéntrico(no se asocia a otras NIE)
Progresión al carcinoma	Muy baja	Alta

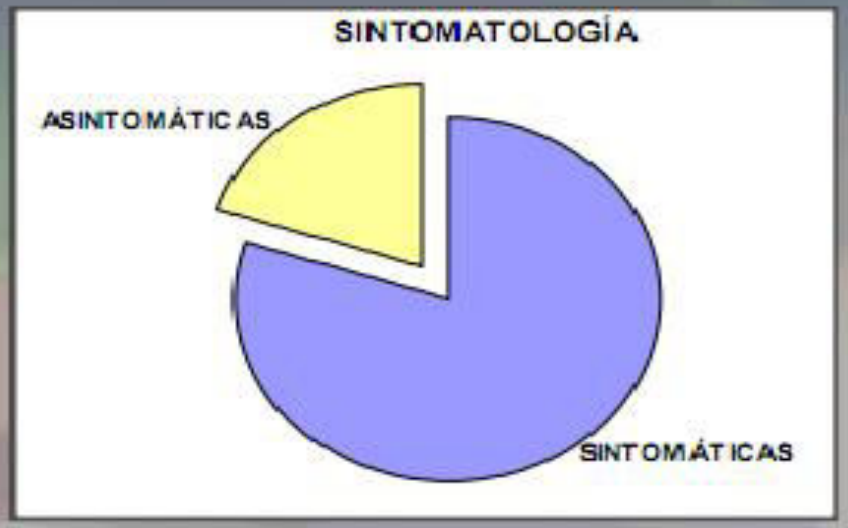
VIN Diferenciado

- Dx temprano en pacientes con estricto control por un carcinoma previo o por líquen escleroso y/o hiperplasia epitelial.

VIN

VIN. SINTOMATOLOGÍA

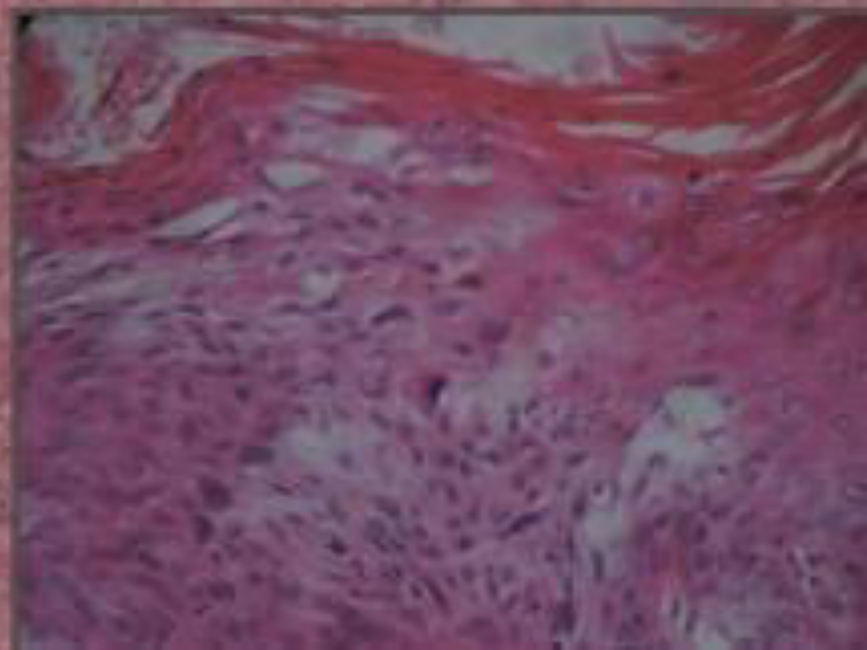
- PRURITO
- ARDOR
- DISPAREUNIA
- DISESTESIA



VIN-Diagnóstico

- Inspección.
- Vulvoscopía.
- Biopsia.

Cómo las observamos?



Cómo las observamos?

Fotos Nº 1-2: VIN usual (relacionado con HPV)

Cómo las observamos?

Foto Nº 3-4: VIN diferenciado (asociado a liquen escleroso)

CA Invasor

Fotos Nº 5-6: carcinoma escamoso invasor

Tratamiento

Tratamiento

- Individual
- Según
  - Edad
  - Localización
  - Extensión de las lesiones

- Debiendo ser:

"lo más conservador posible, sobretodo en mujeres jóvenes".

Tratamiento

Expectante en embarazadas por la posibilidad de regresión durante el puerperio y hasta el primer año.

Tratamientos Escicionales.
Vaporización Láser con CO_2
Tratamiento Médico. Imiquimod crema 5%

Tratamiento- Elección

Tratamientos Escicionales:

- Universalmente aplicado.
- Siempre cuando se sospecha invasión.
- En el VIN diferenciado.

Vaporización Láser con CO_2

- Se debe excluir invasión.
- Pacientes jóvenes con lesiones mucosas extensas
- En lesiones multicéntricas

Tratamiento Médico. Imiquimod crema 5%

- Tratamiento nuevo.
- Sólo para VIN indiferenciado.

Bibliografía.

1. Puig Rullán AM, *et al*. Carcinoma de vulva y lesiones precursoras: estudio epidemiológico y citohistológico. Revista Española de Patología. 2003; Vol 36, n.º 1: 53-58.

2. González Gleason, A., Vera Gaspar, D., López Castañares, C. Adenosis vaginal y neoplasia intraepitelial de vagina: revisión de la bibliografía y reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2009;77(7):329-34.

3. Parra Jefa, V. Carcinoma escamoso vulvar. Revisión de la literatura. Rev. Méd. Universitaria, Facultad de Ciencias Médicas-UnCuyo. 2008; 4(4): 1-13.