Trabajos Originales

TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA INTRA EPITELIAL VULVAR MEDIANTE VULVECTOMÍA TEGUMENTARIA

Ricardo Orellana H.¹, Patricio Cisterna C.¹, Fernando Saavedra Y.¹, Javiera Román M.^a, Nicolás Goycolea R.^a

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Gineco-Oncología, Hospital San Juan de Dios.

^aInternos de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

Entre 1999 y 2005 ingresaron 12 pacientes con el diagnóstico de neoplasia intraepitelial de la vulva. La edad promedio fue 50 años, con rango de 26 a 74 años. El diagnóstico se hizo mediante biopsia dirigida por vulvoscoopia. Se efectuó vulvectomía tegumentaria a 9 pacientes según técnica que se describe. 54,5% de las pacientes presentaba lesiones vulvares múltiples y 45,5% presentó una lesión al examen. En la biopsia, 63% de las lesiones presentaban signos sugerentes de infección por virus papiloma humano. 55,5% de las pacientes tratadas no presentó nuevas lesiones y 33% tuvo una o más recurrencias, 11% no asistió a control, no hubo complicaciones quirúrgicas ni mortalidad.

PALABRAS CLAVES: *Neoplasia intraepitelial vulvar, vulvectomía tegumentaria, virus papiloma humano*

SUMMARY

Between 1999 and 2005, 12 patients with the diagnosis of vulvar intraepithelial neoplasia were ingresses. The average age was 50 years (r: 26-74 years). The diagnosis was made by means of biopsy directed by vulvoscopy. In 9 women tegumental vulvectomy were performed according to technique that is described. 54.5% of the patients presented multiples vulvar lesions and 45.5% only one lesion at the examination. In biopsy, 63% of the lesion presented suggestive signs of infection by HPV. 55.5% of the treated patients did not present new lesions and 33% had one or more recurrences, 11% did not attend control, there were no surgical complications or mortality.

KEY WORDS: *Vulvar intraepithelial neoplasia, tegumentary vulvectomy, human papilloma virus*

INTRODUCCIÓN

En el año 1983 la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades de la Vulva (ISSVD) introdujo el término de neoplasia intraepitelial de vulva (VIN) de una forma análoga al concepto de neoplasia intraepitelial de cuello uterino (CIN) (1).

En 1989 la ISSVD propuso diferenciar dos tipos de VIN: escamosas y no escamosas (Figura 1); además se excluyen de esta clasificación el

liquen escleroso, la hiperplasia de células escamosas (antes distrofia hiperplásica) y otras dermatosis que se consideran lesiones no neoplásicas (2, 3).

Clínicamente se distinguen dos tipos de VIN. La que se presenta en la mujer entre los 35-65 años, asociada fuertemente al virus HPV y por lo tanto su incidencia está altamente ligada a la prevalencia del cáncer cérvico uterino y la VIN de la mujer mayor (>65 años), también llamado VIN simplex o diferenciado, con menor asociación al

virus papiloma, pudiendo subyacer junto con lesiones disqueratósicas o a distrofia vulvar (4).

La VIN es asintomática en 50% de los casos, en el resto predomina el prurito vulvar crónico y la presencia de masa palpable. El aspecto clínico de las VIN es muy variable, en general en las mujeres premenopáusicas se presentan como lesiones multifocales grises, rosadas o pigmentadas; en las post menopáusicas por lo general aparecen como lesiones blancas de aspecto queratósico. En aquellas pacientes en que la enfermedad cursa en forma asintomática, la única forma de llegar al diagnóstico es realizando de rutina una inspección cuidadosa de la vulva, efectuando biopsias cada vez que se encuentren lesiones sospechosas.

El tratamiento de las VIN está orientado a evitar la progresión a cáncer de las lesiones y controlar los síntomas. La extirpación quirúrgica sigue siendo el método de elección por su alta tasa de curación (5, 6). Otras consideraciones que aconsejan la cirugía son el carácter multicéntrico de la gran mayoría de estas lesiones, la posibilidad siempre presente que exista invasión incipiente u oculta hacia el estroma y la coexistencia de estas lesiones con neoplasias intraepiteliales o invasoras en cuello y vagina (7). El tratamiento inmunológico con vacunación contra el serotipo 16 del HPV en mujeres con VIN no demostró respuesta de regresión adecuada de las lesiones (8). En la actualidad se estudia el rol terapéutico de compuestos tópicos como por ejemplo el imiquimod, que aún no tiene indicación formal (9, 10).

Para el tratamiento de las VIN se describen la vulvectomía simple, la vulvectomía parcial y la vulvectomía tegumentaria o Skinning vulvectomy (11). Este último procedimiento lo utilizamos especialmente en las lesiones multifocales y extensas ya que permite adecuados márgenes de resección permitiendo su correcto estudio histopatológico y disminuyendo las recidivas locales. La complicación más frecuente es la dehiscencia de la herida operatoria y la infección, las que con un adecuado tratamiento pueden ser solucionadas sin dificultad.

El objetivo de esta comunicación es presentar la experiencia del Servicio en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial de vulva mediante la técnica de la vulvectomía tegumentaria.

PACIENTES Y MÉTODOS

Entre los años 1999 y 2005 ingresaron al Servicio 12 pacientes con edad promedio de 50 años y rango de 26 a 74 años, con diagnóstico de neoplasia intraepitelial de la vulva. El diagnóstico se hizo mediante biopsia dirigida por vulvoscopia a lesiones de distintas características macroscópicas. De estas pacientes, 9 fueron sometidas a vulvectomía tegumentaria según técnica que se describe a continuación, siendo citadas en el postoperatorio a controles regulares, consignándose su evolución clínica, aparición de nuevas lesiones sospechosas y los informes finales de las biopsias.

Técnica operatoria. El acto quirúrgico comienza acomodando a la paciente en posición ginecológica. Utilizamos preferentemente piñeras tipo estribo las que son sujetadas a 50 cm de la horizontal, con esto logramos una adecuada abducción de las piernas lo que permite además que los tres cirujanos trabajen en un mismo plano (Figura 2). No aplicamos la prueba de Collins por no representar realmente las lesiones neoplásicas a extirpar, preferimos demarcar la zona en base a las imágenes macroscópicas y vulvoscópicas previas. Una vez demarcada la zona realizamos una incisión utilizando electro bisturí partiendo desde la zona del vestíbulo y terminando en la horquilla vulvar. El objetivo es lograr una exéresis lo más simétrica posible abarcando piel y tejido celular subcutáneo (Figura 3).

Se debe considerar la importante vascularización de los labios mayores proveniente fundamentalmente de la arteria pudenda externa, rama de la femoral y de la arteria perineal inferior, rama de la pudenda interna. Dichos paquetes vasculares son muy prominentes en relación al clítoris y capuchón por lo que constituye el primer reparo a considerar para evitar una hemorragia excesiva. Los vasos más grandes son fijados con pinzas Kelly y posteriormente ligados. En pacientes mayores y sin actividad sexual la escisión incluirá clítoris cuando exista dificultad técnica para conservarlo o cuando éste se encuentre comprometido por la lesión.

El objetivo de la cirugía es extirpar toda la

Lesiones escamosas	VIN 1	Lesiones no escamosas	Enfermedad de Paget vulvar
	VIN 2		Melanoma <i>in situ</i>
	VIN 3		

Figura 1. Tipos de neoplasia intraepitelial de vulva (VIN).

Figura 2. Presentación adecuada.

lesión dejando un borde externo constituido por piel y un borde interno por mucosa vaginal, libres de la enfermedad, cerrando en dos planos (celular subcutáneo con puntos subcuticulares de afrontamiento y piel con puntos separados de Vicryl 3/0). Otros autores utilizan injertos cutáneos los que no usamos ya que en casi todos los casos la elasticidad de la piel permite su afrontamiento primario. No consideramos necesario utilizar drenajes dado que el afrontamiento deja muy poco espacio entre los tejidos (Figura 4). Al finalizar instalamos una sonda vesical la que mantenemos por no más de 48 horas (Figura 5).

RESULTADOS

La edad promedio al ingreso fue 50 años con un rango amplio entre 26-74 años lo que se debió por el ingreso de una paciente de 26 años VIH +,

Figura 3. Exéresis en zona demarcada.

Figura 4. Sutura con puntos subcuticulares.

la siguiente paciente tiene 50 años. El rango de paridad fue de 1-8 partos. La mayoría de las pacientes (88%) era asintomática al ingreso. Un 54,5% presentaba lesiones vulvares múltiples y 45,5% sólo presentó una lesión al momento de la consulta. En la Tabla I se presentan la patología asociada y las pacientes con HPV según informe de biopsia.

Del total de lesiones el 72,7% fueron descritas como lesiones queratósicas solevadas, el 18,1% fueron descritas como hiperpigmentadas y ninguna de ellas estaba ulcerada o erosionada (Tabla II). La ubicación de las lesiones se presenta en la Tabla III, el 63,6% se encontraban en el triángulo perineal posterior.

Tras ser biopsiadas la mayoría (63%) de las lesiones presentaban signos sugerentes de infección por HPV. Fueron clasificadas como VIN III el 91,8% de las lesiones, encontrándose un caso de NIE II.

Figura 5. Puntos de piel y sonda Foley.

Tabla I
INFECCIÓN POR HPV Y ANTECEDENTES
MÓRBIDOS EN EL GRUPO ESTUDIADO

<i>Antecedentes</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Signos sugerentes de infección por HPV consignados en informe de biopsia	7	87
Patología previa asociada (Cáncer cérvico uterino, VIH)	4	47
Patología médica previa	6	67

De las pacientes tratadas, 88,8% asistió a dos o más controles después de la cirugía. Del mismo grupo, el 55,5% no había presentado nuevas lesiones pero un 33% presentó una o más recurrencias (1,6 recurrencias en promedio) y el 11% restante no asiste a control. No se registraron en los nueve casos complicaciones quirúrgicas ni mortalidad.

DISCUSIÓN

La vulvectomy cutánea o skinning vulvectomy descrita por Rutledge y Sinclair en 1968 (11) constituye una técnica útil en el tratamiento de la neoplasia intraepitelial vulvar especialmente en las lesiones multifocales y extensas, ofreciendo la posibilidad de diagnosticar una lesión invasora oculta o incipiente. Puede ser realizada con anestesia regional y según nuestra experiencia en forma simplificada evitando la aplicación de injertos cutáneos en la mayoría de los casos y sin necesidad de drenajes ni cateterismo permanente.

El período de hospitalización no sobrepasa los tres días y en general el dolor postoperatorio es muy bien tolerado con las medidas habituales de analgesia.

La principal y más frecuente complicación es la dehiscencia de la sutura la que es manejada con antibióticos, curaciones y resutura, con éxito en la mayoría de los casos. No hemos tenido mortalidad intra o post operatoria, por lo que se puede considerar como una cirugía segura.

Tabla II
MORFOLOGÍA DE LAS LESIONES

<i>Morfología de la lesión al diagnóstico</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Condilomatosa	2	18%
Queratósica plana	1	9%
Queratósica solevantada o mamelonada	8	72,7%
Ulcerada o erosionada	0	0%

Tabla III
UBICACIÓN DE LAS LESIONES

<i>Ubicación de la o las lesiones principales al momento del diagnóstico*</i>	<i>n</i>	<i>% del total de pacientes</i>
Triángulo vulvar anterior	4	44,4%
Triángulo vulvar posterior	7	77,7%
Periné	3	33%
Pliegue interglúteo	2	22%
Toda la vulva	2	22%

* Cada paciente presenta una o mas lesiones en distinta ubicación. Los porcentajes expresan la proporción de pacientes que presentaban lesión en cada ubicación.

Como es evidente la neoplasia intraepitelial vulvar afecta a mujeres adultas siendo la excepción en este estudio la existencia de sólo una paciente de 26 años portadora de VIH, condición relacionada a una mayor prevalencia de lesiones precursoras y de infección por virus HPV. Como se sabe, en estos casos las lesiones por el virus papiloma y la displasia tienden a ser multicéntricos y comprometen una mayor área de la vulva. La concomitancia de lesiones vulvares con lesiones cervicales en diversos estudios puede ir del 13 al 74 %, en nuestro caso, esta relación llegó al 84%. Se destaca la existencia de diversa patologías concomitantes lo que corresponde al perfil epidemiológico del grupo estudiado. En general, las lesiones tienden presentarse como lesiones elevadas y mamelonadas y en menor caso como lesiones planas, esto puede deberse a que la consulta se realiza cuando la lesión es palpable o visible por la paciente y en menor medida por hallazgos clínicos. Finalmente, debemos destacar el adecuado control y seguimiento de estas lesiones especialmente después de la cirugía dado la alta tasa de recurrencia detectada. Recomendamos al menos 3 controles durante el primer año y luego un control anual por los siguientes cinco años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jones RW, Rowan DM. Vulvar intra epithelial neoplasia III. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 741-5.
2. Hildesheim A, Han CL, Brinton LA *et al.* Human papillomavirus type 16 and risk of preinvasive and invasive vulvar cancer. Results from a seroepidemiological case-control study. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 748-54.
3. Van Beurden M, Ten Kate FW, Tjong A Hung SP *et al.* Human papillomavirus DNA in multicentric vulvar

- intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Pathol* 1998; 17: 12-6.
4. Sturgeon SR, Brinmnton LA, Devessa SS. In situ and invasive vulvar cancer incidence trends (1973-1987) *Am J Obstet Ginecol* 1992; 1669: 1482-5.
 5. McNally OM, Mulvany NJ, Pagano R, Quinn MA, Rome RM. VIN 3: a clinicopathologic review. *Int J Gynecol Cancer* 2002, 12:490-5
 6. Thuis N, Campion M, Fox H. Contemporary experience with the management of vulvar intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Cancer* 2000, 10: 223-7.
 7. Barbero M, Micheletti L, Preti M *et al.* Vulvar intraepithelial neoplasia. A clinicopathologic study of 60 cases. *J Reprod Med* 1990; 35: 1023-8.
 8. Roden RB, Ling M, Wu TC. Vaccination to prevent and treat cervical cancer. *Human Pathology* 2004; 35(8): 971-82.
 9. Mackenzie-Wood A, de Kossard S, Launey J *et al.* Imiquimod 55 cream in the treatment of Bowen's disease. *Am J Acad Dermatol* 2001; 44: 462-70.
 10. Joura EA. Epidemiology, diagnosis and treatment of vulvar intraepithelial neoplasia. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002; 14: 39-43.
 11. Rutledge F, Sinclair M. Treatment of intra epithelial carcinoma of the vulva by skin excision and graft. *Am J Obstet Gynecol* 1968; 102: 807-18.
-