

VULVECTOMIA PARCIAL (SKINNING) POR NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR (VIN) GRADO 111

Dr. Humberto Acosta G.*
Dr. Jaime Piquero Martín**
Dra. María A. Valverde***
Dr. Jorge Caicedo****
Dr. Oscar Reyes Flores*****

Acosta G H, Piquero-Martín J, Valverde MA, Caicedo J, Reyes-Flores O. **Vulvectomía parcial (Skinning) por neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) grado III.** Derm Venez 1993; 31: 110-114.

RESUMEN

Se presenta una paciente joven portadora de Neoplasia intraepitelial vulvar grado III tratada quirúrgicamente por la técnica de vulvectomía Skinning con resultados satisfactorios, se hace una revisión actualiza

da de la literatura sobre el VIN y sus implicaciones médico-quirúrgicas.

SUMMARY

A young patient suffering from grade III vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) surgically treated with the skinning vulvectomy technique with satisfactory results is presented. An updating of literature on VIN and its medico-surgical implications is presented.

INTRODUCCION

La neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) representa los cambios celulares del epitelio vulvar expresados como pérdida de la maduración de las células epiteliales, hiper cromasia nuclear, pleomorfismo, mitosis anormal, desorden celular y formación de células disqueratósicas; es decir desorientación y pérdida de la arquitectura epitelial que se extiende en el espesor del epitelio.¹ Este término fue acuñado

por la Sociedad Internacional para el estudio de las enfermedades vulvares a partir de 1986, luego de haberse utilizado los términos de atipia y Ca insitu.² Su símil sería la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de quien se asocia en un porcentaje importante de pacientes; se ha encontrado que un 50% de las pacientes portadoras de VIN tenían asociado otra neoplasia genital, frecuentemente NIC.^{1,3}

El VIN presenta la siguiente gradación:

- 1.- VIN I: Cambios en 1/3 inferior del epitelio.
- 2.- VIN II: Cambios hasta la mitad de los 2/3 inferiores del epitelio.
- 3.- VIN III: Atipias en más de 2/3 del epitelio o todo el espesor, es lo que antes de llamaba CA irisitu o displasia severa.³

Dentro del concepto de VIN debe conocerse que los cambios atípicos pueden extenderse hasta el epitelio de las unidades pilosebáceas.⁴

* Adjunto del servicio de ginecología. Coordinador consulta de patología vulvar.

** Adjunto de dermatología Hospital Vargas. Coordinador de consulta de patología vulvar.

*** Adjunto de Ginecología del H. Militar Carlos Arvelo. Pasante de la consulta de patología de la vulva del H. Vargas de Caracas.

**** Ginecólogo. Ex-adjunto del Hospital Vargas de Caracas.

***** Dermatopatólogo. Profesor asociado de la cátedra de dermatología. U.C.V.

CASO CLINICO

Desde el punto de vista de la biología molecular se encuentra que el contenido de ADN es aneuploide, es decir el contenido del ADN es diferente a 23×2 .³ El contenido aneuploide del ADN es una característica del crecimiento maligno y se asocia además con un número de cromosomas anormales, con arquitectura anormal, defectos mitóticos bizarros o multipolares.⁵

Al igual que el NIC los VIN se han asociado al VPH en un altísimo porcentaje, en una comunicación se ha encontrado asociado en un 16% a condilomas,⁶ y en otra se ha evidenciado el VPH por técnicas de hibridización en un 90%,³ especialmente VPH-16.⁷

Con respecto a su comportamiento biológico este no es claro, aunque el VIN venía siendo una lesión más frecuentemente encontrada entre las mujeres postmenopáusicas, hoy en día no se aprecia este patrón, encontrándose cada vez más VIN en mujeres jóvenes,⁸ con una edad promedio de alrededor de los 47-49 años,⁹ aunque existen diferencias de presentación entre el VIN que aparece en las mujeres jóvenes y las postmenopáusicas, en las primeras se aprecia más frecuentemente lesiones multifocales mientras que en las mujeres de más edad se encuentran las lesiones en una disposición unifocal con una mayor proporción a transformarse en CA invasivo,^{8,1,16} aunque la tendencia de invasión de los VIN es baja e incluso en algunas oportunidades pueden regresar espontáneamente, la asociación de progresión hacia CA invasivo y alguna forma de inmunosupresión es muy frecuente.^{1,6,7,9,10}

Presentamos a una paciente joven con VIN multifocal grado III a la cual se le practicó vulvectomía económica con cierre simple, en la discusión hacemos consideraciones sobre diversas terapéuticas ensayadas y aspectos clínicos y diagnósticos del VIN

Paciente: KM.

Edad: 27 años.

Profesión:

Psicólogo.

Historia Pat. de vulva: V. 1347.

Paciente referida a la consulta de patología vulvar del Instituto de Biomedicina por presentar lesión vegetante de 2 cm. de diámetro localizada en horquilla vulvar, con zona perilesional eritematos@ y liquenificada. Biopsia reportada como VIN III (ver Foto N° 1 y 6). La evaluación con ácido acético y magnificación así como con el test de Richard-Collins situó el área a tratar en todo el tercio inferior de la vulva, por lo que se decide practicar vulvectomía tipo Skinning (sólo dermoepidérmica) en herradura (ver Dibujo y Foto N° 2). Se practica esta en pabellón con anestesia raquídea y con cierre simple tratando de conservar los planos naturales de la región (ver Fotos 3, 4 y 5).

La pieza operatoria es cortada en 11 secciones debidamente identificadas a fin de precisar lesión en borde o profundidad (ver Dibujo).

El reporte histológico de biopsia IB. 51787:

- 1.- Bordes laterales y profundidad libre de lesión.
- 2.- Bordes laterales y profundidad libre de lesión.
- 3.- Bordes laterales y profundidad libre de lesión.
- 4.- Lesión en borde lateral mucoso.
- 5.- Bordes laterales y profundidad libre de lesión.
- 6.- Lesión en ambos bordes laterales.
- 7.- Bordes laterales y profundidad libre de lesión.
- 8.- Bordes laterales y profundidad libre de lesión.
- 9.- Bordes laterales y profundidad libre de lesión.

10.- Bordes laterales y profundidad libre de lesión.

11.- Bordes laterales y profundidad libre de lesión.

Se decide mantener observación armada del área tratada con extirpaciones económicas del área cicatricial según evolución.

EVOLUCION

Enero 1993, 30 días postoperatorios: Prurito a nivel anal y fisura en horquilla vulvar.

Marzo de 1993: Prurito vulvar, excoriaciones, flujo, abundantes filamentos, tratamiento para candidiasis.

Julio de 1993: Buena evolución del área intervenida. Lesión verrugosa cerca del clítoris. Se practica electrocoagulación.

DISCUSION

Se han descrito las lesiones de VIN como placas lisas, granular o verrugosas en piel o máculas rosadas o rojizas a nivel de la mucosa, en oportunidades hiperpigmentadas e incluso queratinizadas, con mayor localización en labios menores e introito especialmente localizadas entre las 3 y las 9 según las agujas del reloj. En un 30% hacia el periano y ano. Otros seguimientos han encontrado las siguientes áreas de localización; 81% labios menores, 5% clítoris y 14% periné, en un gran porcentaje las lesiones son pruriginosas.^{6,8,10}

El diagnóstico clínico se corrobora utilizando ac. acético al 3% con lupa o colposcopio, a fin de buscar focos multicéntricos. El test con azul de Toluidina es impreciso, ya que puede aportar falsos negativos o positivos.^{1,7,8,10} Se recomienda la toma de biopsias múltiples dirigidas por el colposcopio.^{1,10}

Las terapias más utilizadas son:
4,7,8,9,10,11,12,13

- 1.- Vulvectomía simple, se encuentra en desuso ya que se aprecia recurrencia igual a la de



Foto N° 1:



Foto N° 4:

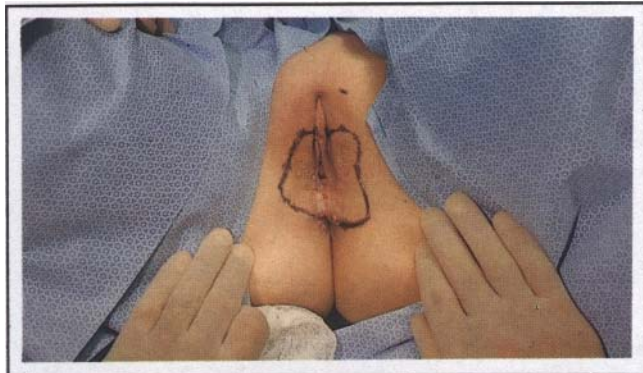


Foto N° 2:



Foto N° 5:



Foto N° 3:

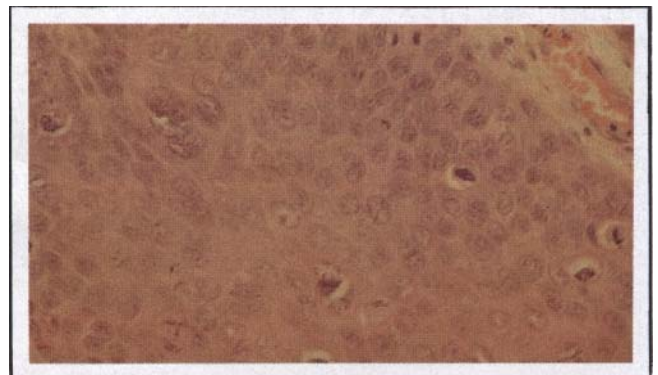


Foto N° 6:

tratamiento conservador con resección local de la lesión. Si el ano se encuentra tomado es muy difícil de delimitar ya que puede extenderse hacia la unión escamocolumnar de línea dentada, en estos casos se impone injerto o rotación de colgajo.

2.- 5-FU, recurrencia afta con muchos efectos indeseables.

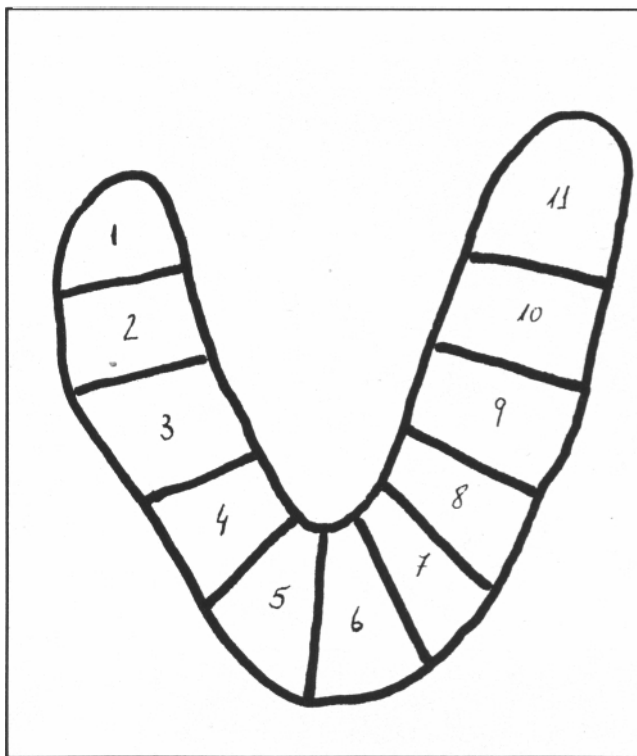
3.- Excisión local para lesiones únicas, tiene como ventaja la anestesia local, queda material para estudio histológico, con alto porcentaje de curación, debe tenerse en cuenta la baja agresividad biológica del VIN.

4.- Destrucción local con Láser, alto porcentaje de curación, con dos o tres tratamientos, aunque al igual que los otros métodos destructivos, no se puede tomar muestra para estudio histológico. Electrocoagulación accesible a la mayoría de los médicos aunque puede producir mucha morbilidad posterior. Crioterapia es un buen método en buenas manos aunque es muy molesto.

5.- Skinning vulvectomía: Introducida por Rutledge y Sinclair en 1968, se usa para lesiones extensas, o multifocales con buenos resultados cosméticos, y buen material para estudio histológico.

En nuestra pacientes se decidió el método de Skinning vulvectomía como se aprecia en la secuencia fotográfica, con el fin de obtener la pieza operatoria completa para su estudio histológico. A la fecha estamos manteniendo observación estrecha del área ya que se encontró lesión histológica en dos áreas, la conservación estética y funcional resultó "ad integrum".

Nota: ver también artículo original en la página 96.



Dibujo de la pieza operatoria. Secciones de estudio histopatológico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bernstein SG, Kovacs BR, Townsend DE. Vulva carcinoma in situ. *Obstet Gynecol.* 1983; 61: 304-7.
- 2.- Report of the ISSVD terminology committee. *J Reprod Med.* 1986; 31: 973-4.
- 3.- Wilkison EJ, Friederich EG. *Gynecologic Pathology.* St. Louis The C. V. Mosby Company. 1987. pp. 66-74.
- 4.- Bergeron C, Naghasfar Z, Canean C. et al. Human papillomavirus type 16 in intraepithelial neoplasia and coexistent invasive carcinoma of the vulva. *Int J Gynecol Pathol.* 1987; 6: 1-11.
- 5.- Crum CP, Liskow A, Petras P, King WC. Vulvar intraepithelial neoplasia (severe atypia and carcinoma in situ). *Cancer.* 1984; 54: 1429-34.
- 6.- Roy M. VIN latest management approaches. *Contemporary Obstet Gynecol.* 1988; 170: 179.
- 7.- Disaia PJ. *Clinical gynecologic oncology.* St. Louis The C. V. Mosby Company. 1989; pp. 36-44.
- 8.- Buscema J, Woodruff DJ, Parmley TH. Carcinoma in situ of the vulva. *Obstet Gynecol.* 1980; 55: 225-30.
- 9.- Townsend DE. *Synopsis of gynecologic oncology.* New York Churchill Livingstone. 1989; pp. 8-14.
- 10.- Caglar H, Delgado G, Hreshchysyn MM. Partial and total skinning vulvectomy in treatment of carcinoma in situ of the vulva. *Obst Gynecol.* 1986; 68: 504-7.
- 11.- Rutledge F, Sinclair M. Treatment of intraepithelial carcinoma of the vulva by skin excision and graft. *Am J Obstet Gynecol.* 1986; 102: 806-17.
- 12.- Disaia PJ, Rich WM. Surgical approach to multifocal carcinoma in situ of the vulva. *Am J Obstet Gynecol.* 1981; 140: 136-45.