

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma de la vulva. Informe de un caso

Vulvar neoplasm. Case report

Dra. Walkiria Bermejo Bencomo; Dra. Roisy Valladares Lorenzo

Hospital Provincial Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se presenta un caso de una paciente de 31 años que acudió al Servicio de Patología de Cuello de nuestro hospital, remitida desde el servicio de Nefrología del Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech, por condilomatosis múltiples perianal y vulvar que le impedían ocasionalmente sus funciones vitales. Fue evaluada en la consulta donde se corroboró el diagnóstico de condiloma acuminado (infección por papiloma virus humano (PVH). En adición, llamó la atención durante el examen físico el hallazgo de una zona despigmentada y pruriginosa en el tercio medio del labio menor izquierdo cuyas imágenes colposcópicas impresionaban lesión por carcinoma. Se le realizó resección parcial de dicha zona para estudio histológico y se confirmó la sospecha de la existencia de carcinoma in situ en labio menor. Convencidos de que no había infiltración se realizó la resección completa de la zona por fuera de los bordes de la lesión.

DeCS: NEOPLASMAS DE LA VULVA/diagnóstico/cirugía; INFORME DE CASO

ABSTRACT

A thirty-one-year-old patient, who attended to cervix pathology service of our hospital, was remitted from nephrology service of Manuel Ascunce Doménech Provincial Hospital; for perianal and vulvar multiple condylomatosis that hindered occasionally her vital functions. The patient was evaluated in the consultation where corroborated the diagnosis of acuminated condyloma (infection for human papilloma virus). Also, during physical examination, it was significant to us the finding of an unpigmented and pruriginous zone in the third half of the left lower labium whose colposcopic images showed lesion for neoplasm. Partial resection of this zone was performed for histologic study and it was confirmed the suspect of a neoplasm in situ in the lower labium. After proving that there was not infiltration, the complete resection of the zone, out of the lesion borders, was carried out.

DeCS: VULVAR NEOPLASMS/diagnosis/surgery; CASE REPORT

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de la vulva tiene una incidencia de aproximadamente un 3-5 % dentro de todas las enfermedades ginecológicas malignas.¹⁻⁴ El 90 % de los tumores malignos de la vulva está constituido por carcinomas epidermoides, el resto son adenocarcinomas, carcinomas de células basales y melanomas.^{1, 4}

Estudios anteriores plantean que esta enfermedad aparece ante de los 40 años,⁵ en la actualidad se diagnostica con cierta frecuencia en mujeres más jóvenes. Al John Hopkins fue uno de los primeros en plantear que en los últimos 100 años por cada década se diagnosticaban cuatro pacientes con carcinoma in situ vulvar. En 1980 ya eran cinco pacientes por cada mes, incrementándose la prevalencia probablemente debido al aumento de la incidencia a la exposición al Papiloma Virus Humano (PVH) durante y después de la revolución sexual y a la mayor atención pública y profesional a los signos y síntomas preinvasivos, así como al empleo de la vulvoscopía y biopsia.^{3, 6, 7, 8}

La historia natural de la neoplasia vulvar no es tan conocida como la del cérvix uterino, ⁹ se conoce que en gran número de pacientes va precedida de hiperplasia o displasia atípica y es reconocido el PVH como un factor etiológico de las neoplasias intraepiteliales vulvares (VIN) y del carcinoma epidermoide; el tipo 16 del virus es considerado el más agresivo. ^{1, 3, 6} Otros factores que intervienen en la aparición de esta entidad lo constituyen otras enfermedades de transmisión sexual, el hábito de fumar, las neoplasias anogenitales y la inmunosupresión por diferentes causas. ^{10, 11}

REPORTE DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 31 años, raza blanca, casada y sin hijos, con antecedentes de dos abortos provocados y de insuficiencia renal crónica desde los 16 años de edad, que recibió transplante renal de donante vivo (su padre) hace 10 años, con evolución satisfactoria y seguimiento en el servicio de Nefrología del Hospital Docente Provincial Clínico-Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech que fue remitida para su valoración al servicio provincial de Patología de Cuello por la presencia de múltiples verrugas anogenitales.

Al interrogatorio la paciente refirió molestias al defecar, escozor y malestar en sus genitales, así como que hace aproximadamente dos años presentó un área despigmentada y muy pruriginosa en el labio menor izquierdo que ha ido aumentando su diámetro.

En el examen físico general encontramos múltiples verrugas vulgares pequeñas diseminadas por el tórax, muslos y cara interna de ambos brazos.

Al colocarla en posición ginecológica se observaron múltiples verrugas irregulares de gran y mediano tamaño con aspecto clásico de coliflor o cresta de gallo en región perianal y vulvar, que al ponerse en contacto con el ácido acético al 5 %, se tornaban blanquecinas, éstos son detalles típicos de la infección por el PVH y confirmados posteriormente en estudios anatomopatológicos realizados.

En el tercio medio del labio menor izquierdo se observó también zona de aproximadamente 2 cm de diámetro, blanquecina que al identificarla con el colposcopio y previa preparación se constataron imágenes epiteliales acetoblancas con mosaico grueso umbilicado y vascularización atípica, lo que motivó a realizarle también estudio histológico para confirmación diagnóstica,

el resultado fue carcinoma in situ de la vulva; convencidos ya de no infiltración, se procedió a realizar resección completa de dicha zona por fuera de los bordes de lesión y tratamiento local destructivo de los condilomas acuminados antes descritos.

DISCUSIÓN

Cualquier punto de la vulva puede estar afectado y de hecho, un pequeño porcentaje también se desarrolla a partir de la piel perineal que rodea al recto. El 13 % de las pacientes está asociado a neoplasia intraepitelial cervical, el 4 % a neoplasia vaginal, el 3 % a ambas y el 15 % a neoplasia anal.¹¹

Estos tumores comienzan como pequeños focos de engrosamiento epitelial semejantes a leucoplasias que con el tiempo evolucionan para crear zonas firmes, duras, elevadas, de bordes geográficos que presentan grietas y con frecuencia infección secundaria.

Histológicamente son casi invariablemente carcinomas epidermoides, y aparecen cambios celulares característicos de displasia y anaplasia dentro de la mucosa, sin invasión del estroma así como imágenes mitóticas en todo el espesor del epitelio.

Aunque estas lesiones son tumores superficiales accesibles al paciente y al médico, pueden interpretarse equivocadamente como dermatitis, eczema o leucoplasias durante mucho tiempo.^{6, 12}

El carcinoma in situ de la vulva es un carcinoma intraepitelial epidermoide que se manifiesta clínicamente como una leucoplasia, las pacientes con cierta educación y conocimiento acerca del significado de los síntomas (molestias locales, escozor, exudación, cambios de coloración y especialmente prurito) pueden ayudar al diagnóstico de esta entidad.^{3. 6 .7. 8}

Décadas atrás Berstein reportaba que sólo alrededor del 18 % de las pacientes con carcinoma in situ de la vulva reflejaban síntomas anormales de las lesiones.

En la actualidad, con más educación y conocimiento acerca del desarrollo de esta enfermedad, acuden a consulta precozmente. Los ginecólogos y médicos de la atención primaria necesitan realizar las coordinaciones para el examen físico de todas las pacientes, que incluye citología cervical, posible anal y

colposcopía del tracto anogenital. La displasia vulvar puede ser el signo precoz para el diagnóstico.^{13. 14}

Después de contactar la zona a explorar con ácido acético al 5 %, se pueden precisar en detalle características de la lesión (punteado, mosaico, vasos atípicos), muy similares a las imágenes visibles por colposcopía, aunque en ocasiones no son fácilmente detectados por este proceder; sin embargo, Iverson establece que hay vasos anormales en un 58 % de las pacientes con esta enfermedad.¹⁵

En sus inicios el tratamiento para la neoplasia vulvar in situ era medicamentoso y hace veinticinco años atrás consistía en la vulvectomy, esto incluía la eliminación de la dermis, epidermis y tejido celular subcutáneo, así como la fascia profunda y se empleaba en las "leucoplasias" que eran consideradas en un 20 % como lesiones que progresaban al cáncer.^{16. 17} En la actualidad los métodos más usados son la excisión de la piel que incluye la dermis y epidermis a una profundidad de 5 mm y el láser.¹⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bergeran C, Naghashfar Z, Canaan C. Human papillomavirus type 16 in intraepithelial neoplasia (bowenoid papulosis) and coexistent invasive carcinoma of vulva. *Int J Gynecol Pathol* 1987;6:1-11.
2. Heywood M. Current concepts in management of vulvar cancer. *J Obstet Gynaecol Can* 1993;(2):1165-8. Disponible en http://www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps2.pdf
3. Sillman FH, Muto MG. The vulva. En: Kistner's gynecology. 1998 p. 50-78.
4. Vieira Sabas CV, Edmar Duarte Pádva Filho,. Antonio Fortes de Cáncer de vulva: estudio retrospectivo. *J Bras Med* 2001;80(5):32-6.
5. Ávila Medrano L, Torres Lobatón A, Cruz Ortíz H, Rojo Herrera G. Leomiosarcoma de la vulva: presentación de un caso con 22 años de seguimiento. *Rev Méd Hosp Gen Méx* 2001;64(2):100-3.
6. Gastrell FH, McConnell D. Human papillomavirus and vulvar intraepithelial neoplasia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol* 2001;15(5):769-82.
7. Rosenthal AN, Ryan A, Hopster O, Jacobs H. P53 codon 72 polymorphism in vulvar cancer and vulval intraepithelial neoplasia. *Br J Cancer* 2000;83(10):1287-90.

8. Levine TS, Rolfe KJ, Crow J. The use of cytospin monolayer technique in the cytological diagnosis of vulvar and anal disease. *Cytopathology* 2001;12(5):287-305.
9. Woodruff JD. Carcinoma in situ of the vulva. *Clin Obstet Gynecol* 1991;34:669-6.
10. Crun CP. Carcinoma of the vulva: epidemiology and pathogenesis. *Obstet Gynecol* 1992;79:3,448-54,.
11. Browse DJ, Baigrie RJ, Goldberg PA, Nevin J. Radical excision of multifocal anal intraepithelial neoplasia: report of a case. *Dis Colon Rectum* 2000;43(4):548-50.
12. Gasco M, Sullivan A, Repellin C. Coincident inactivation of 14-3-3 sigma and p16INK4a is an early event in vulvar squamous neoplasia. *Oncogene* 2002;21(12):1876-81.
13. Disaia PJ, Creasman WT. *Clinical gynecologic oncology*. 4th ed. St Louis: Mosby Year Book; 1993.
14. Rosenthal AN, Ryan A, Hopster D. High frequency of loss of heterozygosity in vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) is associated with invasive vulvar squamous cell carcinoma (VSCC). *Int J Cancer* 2001;94(6):896-900.
15. Iverson T, Abeler V, Kolstad P. Squamous carcinoma in situ of the vulva: a clinical and histopathologic study. *Gynecol Oncol* 1981;11:224.
16. Kaufman RH, Friedrich EG Jr, Gardner HL. *Benign disease of the vulva and vagina*. 3 ed. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1989.
17. Rutledge F, Sinclair M. Treatment of intraepithelial carcinoma of the vulva by skin excision and graft. *AM J Obstet Gynecol* 1968;102:806.
18. Muñoz GD, Robles FJ, Solorza LG. Morbilidad y recurrencia de la disección inguinofemoral con incisión limitada en carcinoma epidermoide de la vulva *Rev Inst Nac Cancerol (Méx)* 2000;46(3):171-4.

Recibido: 26 de abril de 2002

Aceptado: 17 de octubre de 2003

Dra. Walkiria Bermejo Bencomo Especialista. I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Instructora. Hospital Provincial Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba.