

REVISIÓN TEMÁTICA

TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE LA VULVA (NIVU II-III)



Dr. Roberto Guadalupe Guzmán Martínez*, Dr. Drusso Vera Gaspar**.

* Gineco-obstetra, Maestro en ciencias médicas orientación ginecológica Jefe de la Clínica de Colposcopia CAME, Presidente Fundador de la Asociación Jaliscience de Colposcopia A.C. (2000 – 2002) Catedrático de asignatura del área Ciencias de la Salud en la UVM. Contacto: roberto83@prodigy.net.mx

** Presidente de Centro de Docencia e Investigación en Patología del Tracto Genital y Colposcopia S.C.

RESUMEN

El tratamiento de la NIV II-III, tiene como principal objetivo evitar la progresión a cáncer invasor de la vulva. Entre los factores a tomar en cuenta en el tratamiento de la NIV son la elevada tasa de recurrencia, la edad de la paciente y la extensión y localización de la lesión. Sin embargo es indispensable descartar siempre enfermedad invasora antes del tratamiento. El método ideal DEBE PRESERVAR la anatomía y la función ADEMÁS DE ELIMINAR sus síntomas. Existen métodos ablativos, métodos excisionales y métodos de aplicación tópica. Los procedimientos excisionales tienen la ventaja de obtener tejido para estudio histopatológico, tomando en cuenta que la profundidad adecuada es diferente entre zonas pilosas y no pilosas.

Palabras clave: NIV, enfermedad vulvar invasora, métodos ablativos, métodos excisionales, aplicación tópica, inmunomodulación.

ABSTRACT

The main goal of treatment of VIN II-III is to avoid progression to invasive vulvar cancer. Among the factors to consider for the treatment of VIN are the high recurrence rate, the patient's age, and the size and location of the lesion. Nonetheless, it is of upmost importance to rule out invasion before treatment. The ideal method should safeguard vulvar anatomy and function while treating any symptoms. There are ablative, excisional as well as topical application methods. Excisional techniques have the advantage of obtaining tissue for pathology, taking into consideration that correct excisional depth is different in hairy and non-hairy areas.

Key words: VIN, invasive vulvar disease, ablative methods, excisional methods, topical treatment, immunomodulation.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la NIVU II-III, tiene como principal objetivo evitar la progresión a la enfermedad invasora y eliminar los síntomas

originados por la enfermedad y por infecciones concurrentes que en ocasiones dominan el cuadro clínico.

Entre los factores que se deben de considerar en relación al tratamiento son los siguientes:

- El riesgo de progresión a cáncer invasor es bajo, probablemente menos del 5%¹
- El tiempo de progresión de la NIVU a cáncer invasor es largo, que puede ser de 20-30 años.(excepto en mujeres inmuno suprimidas)¹.
- Elevada tasa de recurrencia con cualquier método de tratamiento.
- Extensión
- Localización
- Si la lesión es única o multifocal.
- Edad.
- Un número importante de casos de NIVU que muestran regresión espontánea.
- Asociación con otras enfermedades o estados de inmuno compromiso.

Es en función de todos estos factores que se planea el tratamiento para cada paciente.

La Neoplasia Intraepitelial de la vulva (NIVU), se ha tratado por medio de varios procedimientos quirúrgicos conservadores y por procedimientos quirúrgicos más “radicales”, así como por métodos ablativos.

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS E HISTOLÓGICAS:

Es muy importante tener en cuenta los detalles anatómicos de la región vulvar ya que el grosor

de las diferentes áreas determina la profundidad necesaria. Una explicación de la persistencia de las lesiones tratadas se debe a un tratamiento con profundidad insuficiente.

En las zonas sin pelo el epitelio es mas delgado que en zonas con pelo.

La epidermis es vascular y varía en grosor y el límite entre la epidermis y la dermis no es uniforme, debido a numerosas proyecciones digitiformes conocidas como papillas dérmicas que se insinúan hacia la superficie de la epidermis.

Monte de venus, es una porción de la vulva, carnosa, prominente sobre la síntesis del pubis, compuesto por epitelio escamoso estratificado. La piel es similar a la de la vulva, la profundidad del folículo piloso puede ser hasta de 2.72 mm. El tejido subyacente del monte de venus está compuesto por tejido adiposo² (Fig. 1.).

El vestíbulo vulvar es la porción de la vulva que se extiende de la superficie exterior del himen hasta el frenillo del clítoris anteriormente, a la horquilla en sentido posterior y la línea de Hart lateralmente². El grosor de este epitelio es de aproximadamente 1 mm. (Fig. 1)

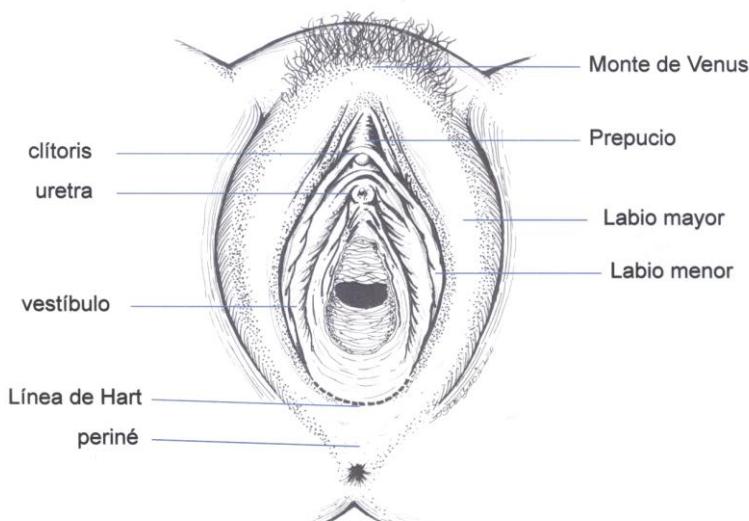


Fig.1. Topografía. Vulva y periné

El clítoris es homólogo de los cuerpos cavernosos del pene masculino, tiene una longitud de 16 ± 1.4 mm, con un diámetro transverso de 3.4 ± 1 mm. y un

diámetro longitudinal de 5.1 ± 1.4 mm en la mujer adulta. Aunque la talla y el peso no influyen en las dimensiones del clítoris, la multiparidad es un

factor que causa aumento en sus dimensiones¹ (Fig. 1).

Labios menores

Están separados lateralmente de los labios mayores por el surco interlabial. Tienen una longitud promedio de 5 cm en 0.5 cm en grosor. Por la parte anterior se divide y se funde debajo del clítoris y por arriba para formar el prepucio² (Fig. 1).

Labios mayores

Medialmente están limitados por el surco interlabial, labios menores y vestíbulo vulvar.

Lateralmente los labios mayores están limitados y fusionados con los pliegues incremento en las dimensiones de los labios mayores se debe al incremento en la grasa subcutánea.

Anteriormente los labios mayores se fusionan con el monte de venus y posteriormente con el cuerpo perineal. Las glándulas sebáceas miden hasta 2.03 mm en profundidad. Los folículos pilosos miden hasta 2.38 mm en profundidad. En el monte de Venus los folículos pilosos miden hasta 2.72 mm de profundidad. En las zonas no pilosas el grosor del epitelio es en promedio de 1mm² (fig. 2).

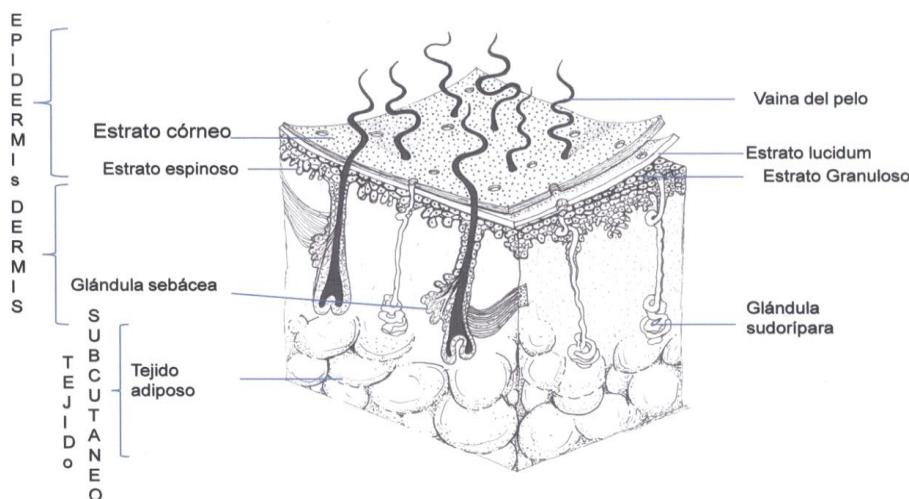


Fig. 2. Estructuras histológicas que representan las glándulas sebáceas, folículo piloso y glándulas sudoríparas.

TIPOS DE TRATAMIENTO

El tratamiento ideal se debe dirigir a los métodos eficaces que preserven la anatomía, la función y erradiquen los síntomas.

Es requisito indispensable para ofrecer un tratamiento conservador, descartar en enfermedad invasora.

Los métodos más utilizados en nuestro medio una vez que se ha descartado enfermedad invasora son:

- Vaporización con Rayos Laser de CO₂
- Coagulación con Unidad de Electrocirugía (Desecación y Fulguración).
- Escisión local con Laser de CO₂ o bisturí frío.
- Crioterapia
- Aspiración asistida por ultrasonido (CUSA, Cavitation Ultrasonic Surgical Aspiration).
- Interferones tópicos o sistémicos
- Quimioterapia tópica: 5 FU, dinitroclorobenceno y Bleomicina.

- **Vaporización con rayos laser de CO₂,**

Imprescindible tener reporte de múltiples biopsias previas.

Se alcanzan temperaturas de 100° C. y ocurre una vaporización instantánea, en la modalidad de ultrapulso para occasionar el menor daño térmico posible en el tejido y tiene la ventaja de su alto nivel de precisión por lo que se logra un adecuado control de la profundidad.

Esta modalidad de tratamiento es efectiva sobre todo en lesiones localizadas en zonas no pilosas con excelente cicatrización. (fig. 3).

Cuando se efectúa en procedimiento ablativo es conveniente tomar un margen de tejido sano de 3-5 mm., para disminuir el porcentaje de recurrencia. Tiene la desventaja de que no se obtiene espécimen Para estudio histopatológico.

Se debe de recordar que la vaporización se debe efectuar hasta la dermis papilar, evitando profundizar más allá, por el riesgo de producir una cicatrización deficiente.

En lesiones únicas se prefiere la escisión, de esta manera se logra el diagnóstico histopatológico definitivo.



Fig. 3. NIVU 2.
Se aprecian lesiones que involucran casi exclusivamente zonas no pilosas. Se advierte un epitelio acetoblanco con algunas áreas de mayor densidad.

Se han publicado porcentajes de curación de 76.9% con una sola sesión de vaporización y de 78.4% tratados con escisión y de 96.8% después de dos tratamientos³.

Escisión Local

En lesiones donde están involucrados tanto zonas pilosas como no pilosas se efectúa escisión en las lesiones pilosas involucrando una zona de epitelio sano de 3 a 4 mm., y vaporización en zonas sin pelo (Fig. 4). La cifra de erradicación de la lesión por escisión

Otras publicaciones con resultados similares, mencionan 75% de curación en una sola sesión⁴.

amplia es de 78.4%. El índice total después de dos procedimientos es de 98.8%³, como se mencionó previamente.

Estos procedimientos se efectúan con bisturí frio o bien con entrenamiento adecuado con rayos laser deCO2 (fig. 5), efectuando el procedimiento con 3 a

4 mm., de tejido sano adyacente, para reducir la posibilidad de recurrencia o persistencia de la lesión.

Con este último procedimiento quirúrgico se aprovecha y se efectúa vaporización en caso de lesiones periféricas.



Fig. 4.
Lesión que corresponde a
NIV 2 con una zona focal de NIV 3 que
involucra zona no
pilosa (labio menor derecho).



Fig. 5.
Lesión pigmentada que corresponde
NIVU 3. Predomina del lado izquierdo
de labios menores, superficie irregular
y elevada. En ésta paciente se
identificó lesión de bajo grado de
cervix uterino.

Cuando se utiliza cirugía con rayos laser de CO₂, se demarca la lesión como se mencionó previamente involucrando entre 3 y 4 mm., de tejido sano con el nivel de profundidad que se va a requerir en el procedimiento y se procede a efectuar la cirugía penetrando en promedio 3 mm.

(Fig. 6). Se coloca aspirador de humo potente colocado en promedio a una distancia de entre 1 y 2 cms. de la zona de corte.



Fig. 6. NIVU 3.

Se puede apreciar el área de demarcación de la lesión. La profundidad del corte es de 3 mm., aproximadamente, cuidando de no dejar lesión residual.



Fig. 7. Se observa el área después de resecar la lesión totalmente. Se colocó Solución de Monsel por escaso sangrado en capa.

Se puede apreciar el aspecto del defecto una vez concluido el acto quirúrgico. En estos procedimientos se espera siempre un resultado funcional y estético excelente y es una cirugía ambulatoria. Las indicaciones posoperatorias incluyen analgesia, mantener el área libre de ropa ajustada, no hemos encontrado diferencia importante entre usar o

no medicamentos promovidos para acelerar la regeneración tisular (Fig. 7).

* Vulvectomía Cutánea

Este procedimiento fue introducido en 1968 por Rutledge y Sinclair y modificado por DiSaia y Rich, está indicada en lesiones muy extensas que afectan toda la vulva. Según la topografía de las lesiones es posible practicar

una exéresis cutánea parcial y se combina con vaporización con rayos Laser de CO₂. En la vulvectomía cutánea se extirpa todo el grosor de la piel con los folículos pilosos y anexos cutáneos respetando el tejido subcutáneo. El clítoris se conserva siempre, extirmando superficialmente cualquier lesión que se encuentre localizada en el prepucio el glande. En la mayoría de las lesiones localizadas en los labios es factible una vez removida la lesión efectuar la aproximación de los bordes con buenos resultados.

Es una modalidad para el tratamiento de la NIVU 2 y 3. En un estudio publicado por Ayhan A y Cols., fueron analizados 21 casos tratados. De estos pacientes, 15 (71.5%), correspondieron a NIVU 2 y 6 (28.6%) a NIVU 3, al momento de la evaluación preoperatoria⁵.

De acuerdo al reporte anatomicopatológico, no se demostró evidencia de neoplasia en 3 pacientes (14.2%), la multifocalidad se observó en solo 3 pacientes (14.2%)⁵.

La morbilidad con este método de tratamiento es baja. Los resultados cosméticos son satisfactorios.

* Vulvectomía simple

Este procedimiento produce deformidad importante y se reserva para pacientes mayores con lesiones sintomáticas y extensas de NIVU 3.

* Aspiración Quirúrgica Ultrasónica (CUSA).

Otra modalidad de tratamiento de la NIVU confinada a las zonas no pilosas. Tiene la gran ventaja de poder realizar resección con un espécimen para estudio histopatológico, sin dejar cicatriz en la zona tratada. La curación del área resecada ocurre entre 4 y 6 semanas. Las recurrencias de 35% fueron comentadas por el autor en 16 meses⁶.

En cuanto a comparación de recurrencias en un período de 53.7 meses entre los diversos métodos de tratamiento: Vaporización con laser de CO₂ (47 pac.) con 40.4%. Terapia fotodinámica (27 pac.), con un 48.1%. Escisión (12 pac.) 42%, vulvectomía (7 pac.) ninguna⁷.

* Terapia fotodinámica

Una modalidad más de tratamiento es la Terapia Fotodinámica, ofrece resultados similares a los métodos convencionales de tratamiento. Tiempos de curación cortos y excelente apariencia vulvar. Sin embargo no tenemos experiencia en esta modalidad de tratamiento.

Referencias:

1. Wright VC , Lickrish GM, Shier RM. *Basic and Advanced Colposcopy. Part Two: A practical handbook for treatment.* Second edition. Biomedical Communications Incorporated. Komoka, On, Canada, 1995. Chapter 25, P. 1.
2. Edward J. Wilkinson y I. Keith Stone. *Atlas of Vulvar Disease.* Second Edition. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. USA 2008. Pp2-4.
3. Penna C, Fallani MG, Fambrini M. CO₂ laser surgery for vulvar intraepithelial neoplasia. Excisional, destructive and combined techniques. *J Reprod Med.* 2002 Nov;913-8.
4. Sideri M. Evaluation of CO₂ laser excision or vaporization for the treatment of vulvar intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol.* 1999;75(2):277-81.
5. Ayhan A, Tuncer ZS, Doğan L, Yüce K, Küçükali T. Skinning vulvectomy for the treatment of vulvar intraepithelial neoplasia 2-3: a study of 21 cases. *Eur J Gynaecol Oncol.* 1998;19(5):508-10.
6. Miller BE. Vulvar intraepithelial neoplasia treated with cavitational ultrasonic surgical aspiration. *Gynecol Oncol.* 2002 Apr;85(1):114-8.
7. Hillemanns P. Evaluation of different treatment modalities for vulvar intraepithelial neoplasia (VIN): CO₂ laser vaporization, photodynamic therapy, excision and vulvectomy. *Gynecol Oncol.* 2006 Feb;100(2):271-5. Epub 2005 Sep 16.
8. Fehr MK, Hornung R, Schwarz VA, Simeon R, Haller U, Wyss P. Photodynamic therapy of vulvar intraepithelial neoplasia III using topically applied 5-aminolevulinic acid. *Gynecol Oncol.* 2001 Jan;80(1):62-6