



Carcinoma vulvar *in situ* en mujer de 19 años, reporte de un caso y revisión de la bibliografía

RESUMEN

El cáncer de vulva es una neoplasia poco frecuente, con incidencia aproximada de 2.2 casos por cada 100,000 mujeres. La incidencia de cáncer invasor de vulva y carcinoma *in situ* se incrementa en 2.4% por año, por eso el National Cancer Institute (Estados Unidos) lo reportaba como uno de los 12 tumores malignos con aumento en su incidencia. Se expone el caso de una paciente de 19 años con diagnóstico de cáncer de vulva *in situ* diagnosticado como hallazgo durante un legrado uterino por aborto diferido. Se trató con resección amplia de la piel perineal y los condilomas residuales con reconstrucción vulvar y con láser argón los condilomas vaginales. También se trató con imiquimod al 5%, tres veces por semana, durante ocho semanas, con remisión completa de las lesiones y sin recurrencia temprana.

Palabras clave: carcinoma vulvar *in situ*, cáncer de vulva, cáncer en mujer de 19 años.

Vulvar carcinoma *in situ* in 19 year old woman: a case report and literature report

ABSTRACT

The vulvar cancer is a rare disease. Its incidence is about 2.2 cases per 100,000 women. The presentation of invasive vulvar cancer and *in situ* vulvar cancer has arise in its presentation with an increase of 2.4% per year. The National Cancer Institute has reported that vulvar cancer has been one of the twelve malignant tumors that have increased their incidence.

The following is a case report of a 19 years old woman with diagnosis of *in situ* vulvar cancer found incidentally on the perineal skin during the performing of a uterine curettage, with the diagnosis of abortion.

The treatment consisted in a wide resection of the perineal skin and residual condilomas and evaporation of vaginal condilomas with laser argon, following vulvar reconstruction. After the surgical treatment 5% imiquimod cream was used in the site of the surgery three times a week for an eight weeks period. Complete remission was achieved and there was not early recurrences.

Key words: Vulvar cancer *in situ*, vulvar cancer, cancer in 19 years old woman.

José María Togo-Peraza¹
Luis Roberto Togo-Osuna²
José de Jesús Montoya-Romero²

¹ Ginecólogo-oncólogo.

² Ginecoobstetra.

Central Médica Quirúrgica, Mazatlán, Sinaloa.

Recibido: febrero 2014

Aceptado: mayo 2014

Correspondencia: Dr. José María Togo P
Avenida Ejército Mexicano 2207
82010 Mazatlán, Sinaloa, México
drjosedtogo@hotmail.com

Este artículo debe citarse como
Togo-Peraza JM, Togo-Osuna LR, Montoya-Romero JJ. Carcinoma vulvar *in situ* en mujer de 19 años, reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2014;82:558-562.



ANTECEDENTES

El cáncer de vulva es una neoplasia poco frecuente, con una incidencia aproximada de 2.2 casos por cada 100,000 mujeres. La incidencia de cáncer invasor de vulva y carcinoma *in situ* se incrementa en 2.4% por año, por eso el National Cancer Institute de Estados Unidos los ubica entre los 12 tumores malignos con aumento permanente en su incidencia.¹

Aunque el cáncer de vulva es poco frecuente en mujeres jóvenes (es común en mujeres en la séptima y octava décadas de la vida), Messing y Gallup reportaron una disminución en la edad promedio de presentación que ahora se ubica en 55 a 69 años (1979-1993).²

En una revisión de los datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) se reporta un incremento de 411% en la incidencia de cáncer *in situ* de vulva, sobre todo en mujeres menores de 65 años (grupo etario de 40-49 años).³

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 19 años de edad, soltera, de ocupación cosmetóloga, sin antecedentes médicos de importancia vinculados con la neoplasia. Fumadora y bebedora social. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 11 años, con ciclos menstruales regulares, primigesta sin revisiones ginecológicas previas. Acudió a consulta con embarazo de 8 semanas y 3 días por fecha de la última menstruación, con sangrado transvaginal activo de 24 horas de evolución, lesiones verrucosas en el área genital de 3 semanas de evolución, lapso en el que crecieron de manera importante, sobre todo en la semana previa a su consulta. La paciente negó prurito, flujo vaginal u otros síntomas.

En el ultrasonido transvaginal se encontró un embrión, sin frecuencia cardiaca, con longitud cráneo-caudal (LCR) de seis semanas y saco gestacional irregular. En la exploración vaginal se observaron lesiones de aspecto verrucoso, de aproximadamente 4 cm en la piel del periné, de localización central, a 1 cm del introito vaginal; además, lesiones agrupadas de aspecto verrucoso de 1 cm de diámetro en derredor del pubis (1 cm por encima del clítoris). En el cuello uterino no se observaron lesiones macroscópicas aparentes, sólo sangrado transcervical moderado; por eso no se realizó colposcopia o toma de Papanicolaou.

Por lo anterior se le practicó un legrado uterino y resecaron las lesiones perineales, procedimientos que transcurrieron sin complicaciones.

El informe de patología reportó: carcinoma escamoso de tipo condilomatoso, no invasor de la vulva.

La biometría hemática no demostró leucopenia (hemoglobina 11.5 g/dL, hematocrito 34.4%, leucocitos 8,600 por mm³, neutrófilos 62%, linfocitos 27%, bandas 1% y 324,000 plaquetas). La serología para VIH, hepatitis B y C se reportó negativa. En la colposcopia y Papanicolaou el cuello uterino se encontró colposcópicamente sano y sin cambios inducidos por el virus del papiloma humano. En la vulvoscopia se encontraron lesiones de tipo condilomatoso en los labios mayores y en la región del pubis. El sitio de la lesión principal no mostró cambios. La TAC de abdomen y pelvis reportó: adenomegalias reactivas en la región inguinal, sin evidencia de enfermedad a nivel abdómino-pélvico. Figura 1

Debido a que los márgenes quirúrgicos reportados por patología tenían células neoplásicas, la paciente se operó para ampliación de los márgenes con resección de piel del periné y de 2



Figura 1. Adenomegalias reactivas en la región inguinal.

cm de la pared posterior de la vagina; además de evaporación con láser argón de todas las lesiones de tipo condilomatoso en la vulva y la vagina, y resección con márgenes de 1 cm, de condilomas en la región del pubis. (Figuras 2, 3, 4)

El informe de patología reportó cambios asociados con el virus del papiloma humano (anteriormente NIV 1) en la región del periné y tejido vaginal, con límites quirúrgicos libres de neoplasia y condilomas por virus del papiloma humano en la región del pubis.

A los 10 días postquirúrgicos aparecieron nuevos condilomas en la región de los labios mayores y pubis. Se le indicó imiquimod crema al 5%, tres veces a la semana (lunes, miércoles y viernes) durante ocho semanas. Después de tres aplicaciones las lesiones mostraron regresión paulatina y no hubo recurrencia neoplásica en la piel remanente del periné. Dos meses después de la cirugía y con la aplicación de imiquimod,



Figura 2. Resección con márgenes de 1 cm de condilomas en la región del pubis.



Figura 3. Resección de condilomas.

la paciente continuaba sin condilomas vulvares ni datos de recurrencia tumoral.

DISCUSIÓN

La neoplasia intraepitelial de la vulva es una lesión premaligna de la piel que, generalmente, ocasiona prurito intenso y de larga evolución, dolor y disfunción psicosocial. Se divide en dos tipos histopatológicos.

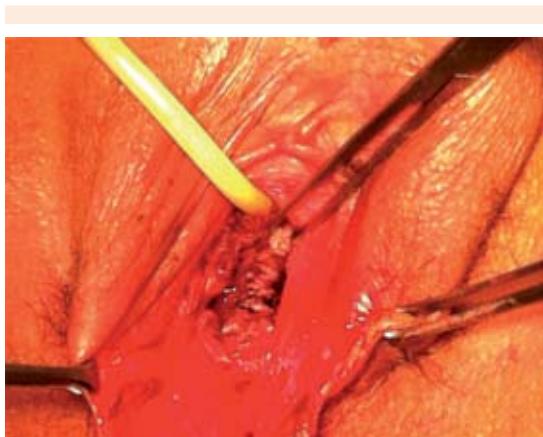


Figura 4. Resección de condilomas.

La neoplasia intraepitelial de la vulva más común es causada por virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo y la variedad de tipo diferenciado se asocia, principalmente, con líquen escleroso.

En el año 2004 la Sociedad Internacional para el Estudio de la Patología Vulvar (ISSVD) introdujo un cambio en la clasificación de esta neoplasia: la eliminó de la clasificación de lesiones de bajo grado y denominó neoplasia intraepitelial vulvar sólo a las de alto grado (VIN 2 y 3).^{3, 4, 5}

En mujeres jóvenes el tratamiento de este tipo de lesiones es un desafío porque la resección es con márgenes amplios de la lesión, y debe tratarse de afectar lo menos posible la función sexual. Por esto la ablación quirúrgica con láser argón o CO₂^{6,7} es especialmente útil en este grupo de pacientes, porque la seguridad del procedimiento y los resultados a largo plazo son equivalentes a una resección quirúrgica amplia de la piel vulvar, sin efectos psicosexuales.⁸

En la paciente joven el tratamiento médico se dirige a preservar la anatomía vulvar, por esto es importante la evaluación colposcópica y la toma

de biopsias, para excluir la enfermedad invasora antes de iniciar esta línea de tratamiento.

El imiquimod es un modulador tópico de la respuesta inmunitaria con efecto antiviral y antitumoral mediado por la estimulación local de la producción de citocinas y aumento de la inmunidad celular.⁹

En publicaciones recientes que revisan la eficacia de imiquimod en esta enfermedad se reportan respuestas completas de las lesiones en 51% de los casos, parciales en 35% y recurrencias en 16%.^{10, 11}

El curso de tratamiento va de 8 a 16 semanas, con aplicaciones de 2 a 3 veces por semana. Los principales efectos adversos son: eritema y erosión en 75% de los casos.

CONCLUSIÓN

La incidencia y frecuencia de la neoplasia intraepitelial de la vulva se han incrementado de forma importante en la mujer joven como consecuencia del mayor contagio por el virus del papiloma humano y su asociación con los cambios en el estilo de vida de nuestras jóvenes: tabaquismo y promiscuidad que favorecen la adquisición de enfermedades de transmisión sexual. Este caso es interesante porque la presentación de este tipo de lesiones no es común en la mujer joven, pensamos que un factor de peso en la etiología de la enfermedad de la paciente fue el embarazo que, como es conocido, es un estado de inmunosupresión.

Queda en duda si la toma de PCR para detección del virus del papiloma humano es útil en esta paciente por su edad porque, como es conocido, esta prueba se realiza a mujeres mayores de 30 años en búsqueda, principalmente, de persistencia. Por esto debe mantenerse una vigilancia estrecha con Papanicolau y colposcopia cada

cuatro meses durante los siguientes dos años, ampliando las citas con base en la evolución. Es indispensable que antes de indicar tratamiento para cualquier lesión vulvar se disponga de los reportes del laboratorio de patología para que éste sea el específico y el pronóstico de la paciente sea más favorable.

REFERENCIAS

1. Lanneau GS, Argenta PA, Lanneau MS, et al. Vulvar cancer in young women: demographic features and outcome evaluation. *Am Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009;200:645.e1 - 641.e5
2. Messing MJ, Gallup DG. Carcinoma of the vulva in young women. *Obstet Gynecol* 1995;86:51-4.
3. Judson PL, Habermann EB, Baxter NN, Durham SB, Varnig BA. Trends in the incidence of invasive and in situ vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol* 2006;107:1018-22.
4. Cararach Tur, M. Neoplasia Vulvar Intraepitelial. http://aepcc.org/download/congresos/xxi/ponencias/cara-rach_tur.html. 2009.
5. Heller DS. Report of a new ISSVD classification of VIN. *J Lower Gen Tract Dis* 2006; 11: 46-7.
6. Brown JV, Goldstein BH, Rettenmaier MA, et al. Laser ablation of surgical margins after excisional partial vulvectomy for VIN: effect on recurrence. *J Reprod Med* 2005; 50:345-50.
7. Penna C, Fallani MG, Fambrini M, Zipoli E, Marchionni M. CO₂ Laser surgery for vulvar intraepithelial neoplasia. Excisional, destructive and combined techniques. *J Reprod Med* 2002; 47:913-8.
8. Hillemanns P, Wang X, Staehle S, Michels W, Dannecker C. Evaluation of different treatment modalities for vulvar Intraepithelial neoplasia (VIN): CO₂ laser vaporization, photodynamic therapy, excisional and vulvectomy. *Gynecol Oncol* 2006; 100:271-75.
9. Holschneider, CH. Vulvar intraepithelial neoplasia. http://www.uptodate.com/contents/vulvar-intraepithelial-neoplasia?source=search_result&search=VIN&selectedTitle=1~24. 2014.
10. van Seters M, van Beurden M, ten Kate FJ, et al. Treatment of vulvar intraepithelial neoplasia with topical imiquimod. *N Engl J Med* 2008; 358:1465.
11. Mathiesen O, Buus SK, Cramers M. Topical imiquimod can reverse vulvar intraepithelial neoplasia: a randomised, double-blinded study. *Gynecol Oncol* 2007; 107:219.