

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

11217
26
2 ay

DIVISION DE ESTUDIOS DE POST GRADO E INVESTIGACION

ISSSTE

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

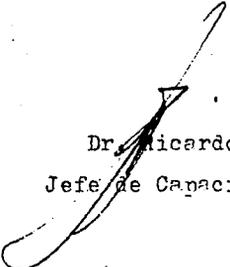
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE VULVA (NIVU); FRECUENCIA
Y TRATAMIENTO CON LASER

Trabajo de Investigación que para obtener
el título en la especialidad de

GINECOBSTETRICIA

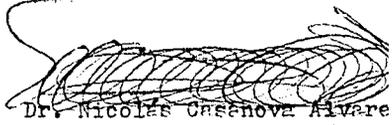
Presenta el

Dr. Raymundo Canales de la Fuente



Dr. Ricardo López Franco

Jefe de Capacitación y Desarrollo



Dr. Nicolás Casanova Alvarez

Profesor Titular de la
Especialidad

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

La neoplasia intraepitelial de vulva parece ser una patología que está incrementando su frecuencia y en posible relación con el condiloma. En éste trabajo se examinaron al azar 100 biopsias de vulva encontrándose una paciente con NIVU III la cual fué sometida a tratamiento con laser, realizando un cráter sobre toda la superficie de la lesión posterior al cual no hubo ningún tipo de complicación ni se han presentado recurrencias o recidivas de la enfermedad, haciéndose notar la asociación con infección por virus del papiloma humano tanto de la paciente como de su compañero sexual.

SUMMARY

The vulvar intraepithelial neoplasia looks like a disease that is increasing in frequency in the last years. We studied 100 vulvar biopsy specimens with the target to know the real number of this disease in our hospital. We find one patient who present VIN III and we treat her with a CO₂ Laser making a crater all around the affected skin without complications. All the citologic, colposcopic and histologic controls has been normal until today.

I INTRODUCCION

El cáncer de la vulva es una neoplasia relativamente rara ya que representa entre el 3 y el 5% del total de las neoplasias ginecológicas (1), y ésto ha hecho que a través de los años el ginecólogo no piense en esta posibilidad diagnóstica, lo que produce retardo en la detección de las lesiones que lo preceden, con las consecuencias obvias para la vida y la función en la mujer. Además se han desarrollado relativamente pocos métodos para su detección temprana (2), lo que también incide en la presentación de ésta neoplasia en etapas más avanzadas.

Con mucho, la variedad histológica más frecuente de este cáncer es el epidermoide, que constituye cerca del 80% del total de estos tumores.(3)

La clasificación más reciente aceptada por la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades de la Vulva, establece la existencia de la llamada Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIVU) (4) separada en tres grupos dependiendo de su severidad (I,II y III), en forma análoga a la neoplasia intraepitelial del cérvix, donde el primer grado comprende la displasia leve, el segundo la moderada-severa y el tercero la displasia severa y el carcinoma "in situ".

Al parecer, recientemente se ha comenzado a observar un aumento en el número de casos de NIVU en mujeres más jóvenes que las perimenopáusicas (grupo etario de mayor riesgo) (5), lo que obliga al clínico a una búsqueda más intensa de esta patología. Además quizá este hecho tenga relación con el incremento tan importante apreciado en los últimos años, de infección por el virus del papiloma humano a nivel genital.(6)

Otro hecho importante en relación con la NIVU es que de los casos diagnosticados, aproximadamente el 30% son multifocales(7)

y la mayoría de los pacientes tienen historia de enfermedad viral asociada. En cuanto a su distribución aproximadamente el 60% ocurren en el tercio posterior de la vulva (8).

Existen descritos en la literatura algunos hallazgos exploratorios y colposcópicos que pueden orientar hacia el diagnóstico de esta lesión; la captación aumentada del azul de Toluidina, y la presencia de puntilleo y mosaico (9).

En cuanto al tratamiento de la NIVU, existen varias alternativas; lo que clásicamente se ha considerado como tratamiento óptimo es la exéresis quirúrgica de la lesión, con bordes libres de la misma, sin embargo este enfoque terapéutico obliga en muchas ocasiones a realizar cirugías amplias y mutilantes en virtud de la gran frecuencia de lesiones multifocales, hay autores que ante este panorama han planteado la posibilidad de utilizar medios más conservadores como el 5 fluoracilo tópico y la criocirugía con no muy buenos resultados. La opción terapéutica más recientemente descrita es el Laser, que, como afirma Ferency (10) en sus trabajos al respecto, cumple con los criterios oncológicos de abarcar por completo una lesión hasta alcanzar bordes de tejido sano con mucha exactitud, al tiempo que destruye la menor cantidad de tejido posible, disminuyendo así las secuelas.

En el presente trabajo, presentamos algunos de los resultados del programa de detección de NIVU de nuestra clínica de colposcopia y planteamos la posibilidad de una nueva opción terapéutica comentando un caso demostrativo.

Para referirnos a la aplicación del Laser en estas lesiones debemos mencionar, a grandes rasgos, su mecanismo de acción. El Laser es una onda electromagnética que tiene gran afinidad por los líquidos, por lo que al entrar en contacto con los te-

cidos orgánicos, cuya constitución es a base de agua, es absorbido rápidamente y convertido en calor, con una temperatura de 100 grados centígrados. Instantáneamente la célula es evaporada al entrar en ebullición, y toda la estructura tisular es destruida y convertida en una corriente de humo y vapor de agua con detritus tisulares microscópicos. El efecto térmico es variable en respuesta al contenido de líquido tisular intra y extracelular: a mayor cantidad de líquido, mayor absorción de energía, y mayor precisión y adecuado control de la destrucción tisular.

II MATERIAL Y METODO

Para realizar este estudio tomamos al azar 100 resultados de biopsias de vulva obtenidas en nuestra clínica de colposcopia y que fueron tomadas entre junio y septiembre de 1989. En éstas biopsias estudiamos: la edad de las pacientes, la patología más frecuente, la presencia o ausencia de sintomatología vulvar, y la frecuencia del NIVU.

Los criterios para la toma de biopsia vulvar en nuestra clínica se basan en el estudio sistemático de la vulva de todas las pacientes que acuden por primera vez a la clínica de colposcopia. Este estudio incluye exploración vulvoscópica, aplicación de ácido acético y azul de Toluidina con toma de biopsia ante cualquier hallazgo, independientemente de si la paciente presenta o no sintomatología o signología macroscópica en la vulva. Descartamos del estudio a los pacientes que habían recibido tratamiento previo para enfermedad maligna de la vulva.

Las pacientes con NIVU se someterán a tratamiento con LASER empleando un equipo Sharpplan con colposcopio.

III RESULTADOS

Las edades de los pacientes oscilaron entre los 22 hasta los 57 años, siendo la media de 32.3 años. De las 100 biopsias analizadas, nos encontramos 20 que reportaron piel de vulva sin alteraciones, en 80 encontramos reporte de condiloma plano ordinario y de éstas últimas una presentaba además condiloma invertido y atípico acompañado de NIVU III (figura 1), que será el caso que comentaremos más adelante. De las pacientes con diagnóstico de condiloma solamente 27 presentaban sintomatología vulvar consistente básicamente en prurito y/o ardor vulvar, además de leucorrea crónica resistente a tratamiento (figura 2). La paciente del NIVU III además refirió sangrado ocasional a nivel vulvar. De las 20 pacientes que no mostraron alteraciones en la biopsia, ninguna presentaba sintomatología específica en la vulva.

REPORTE DE CASO

Se presentó a nuestra consulta un paciente femenino de 29 años de edad (580908-2), por tener un cuadro de leucorrea de 5 años de evolución, acompañándose de ardor y dolor vulvar, además de sangrado ocasional a éste nivel, y con los siguientes antecedentes: menarca a los 11 años con ritmo menstrual de 28x4, eumenorreica, inicio de vida sexual activa a los 22 años, con un solo compañero sexual (con el que tiene dos coitos por mes), no circuncidado de ocupación agente de ventas, y con verrugas genitales, la paciente es grávida 2, para 2, embarazos y partos vaginales sin complicaciones, PUP abril de 85, utiliza DIU desde entonces.

A la exploración no se le encontraron ganglios inguinales palpables, se aprecia vulva íntegra, de forma, tamaño y coloración normales, apreciándose lesión de 0.5 cm de diámetro a nivel de la horquilla, papular, de superficie irregular, y sin cambios de coloración con respecto a la piel adyacente, y que macroscópicamente corresponde a condiloma, sin presentar superficies erosionadas ni sangrantes, además se aprecia lesión exofítica condilomatosa, perianal de 1x1 cm; con espejo de graves se aprecia vagina normal, cérvix con zona hiperémica redondeada que ocupa alrededor del 30% alrededor del orificio externo, escasa leucorrea blanca no fétida, tacto vaginal que reporta vagina, cérvix, útero y anexos de tamaño, forma y consistencia normales. Con éstos datos se toma colposcopia y vulvoscopia que reporta: vulva con lesión papular en horquilla de .5 x .5 cm, redondeada, de superficie irregular, la cual se aprecia multilobular, con vasos únicos, regulares, sin datos de atipias, solo se aprecia mosaico grado 2 en una pequeña área como a las 6 hrs, la lesión es acetoblanca, iodonegativa, y capta en forma importante el azul de Toluidina, se toma biopsia, también se aprecian

pequeñas zonas acetoblancas en cara interna de labio mayor derecho, tercio anterior, se toma biopsia, vagina sin alteraciones, cérvix con ectopia periorificial con pequeñas zonas de metaplasia a las 11, 12 y 3, que son acetoblancas, no se aprecian vasos anormales ni datos de atipias, resto de zona de transformación normal, unión escamocolumnar visible, se toman biopsias, citología exfoliativa y legrado endocervical.

Se tomó penioscopia al esposo encontrándose zonas de condilomatosos en todo el surco balanoprepucial, acetoblancas y sin datos de atipias, se toma biopsia.

El reporte de papanicolau de la paciente en ésta fecha reportó negativo II con algunos collocitos; el reporte de patología dice: vulva con carcinoma epidermoide "in situ" (NIVU III), asociado a condiloma atípico y condiloma plano, cérvix con condiloma aplanado atípico, metaplasia escamosa, endocervicitis crónica y aguda intensas. La biopsia de pene reportó condiloma acuminado.

Con éstos datos se decide someter a la paciente a vaporización con laser de CO₂ de la zona del NIVU y crioterapia en el resto de las lesiones condilomatosas y de la ectopia. La pareja sexual se trató también con crioterapia.

El tratamiento consistió en realizar cráter de 8-9 mm de diámetro, con una potencia de 600 watts X cm² y con una profundidad de 3 mm en la zona del NIVU, efectuando un barrido final rápido con 1000 watts, y corroborando que todos los bordes del cráter estaban sin lesión demostrable mediante el colposcopio. Se empleó anestesia de infiltración local (5 cc de xilocaína al 1%). En una sesión posterior se hizo la criocirugía. En el posoperatorio inmediato y mediato no hubo complicaciones y los controles vulvoscópicos, citológicos e histopatológicos han sido normales hasta la fecha.

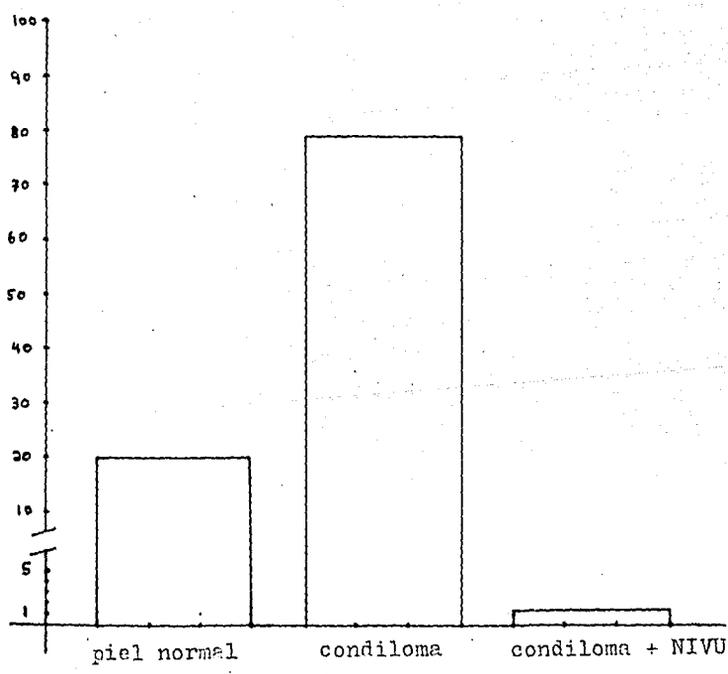
IV DISCUSION

Con mucho, la patología que estamos diagnosticando con mayor frecuencia es la infección por el virus del papiloma humano. Es conocido a la fecha el papel que juega en la génesis del cáncer cervicouterino y con éste tipo de hallazgos parece estar involucrado también en otras neoplasias del tracto genital. También es muy importante señalar la alta frecuencia de presentación de ésta infección en forma asintomática, y que probablemente permanece así durante mucho tiempo, hasta que hay algún factor desencadenante que la hace producir una neoplasia.

Además debemos mencionar que el ginecólogo actual debe desarrollar más métodos de evaluación y detección del NIVU, debido a que se está empezando a presentar en pacientes mas jóvenes; en el caso que aquí comentamos es importante señalar que la exploración vulvoscópica, si bien ayudó al diagnóstico, no arrojó los suficientes datos como para tener certeza en el diagnóstico y por lo tanto el clínico debe estar más atento a las alteraciones vulvares y quizá tomar mas biopsias en caso de cualquier duda. Además debemos mencionar que para esta paciente el Laser significó una magnífica opción terapéutica, prácticamente sin complicaciones de ninguna índole, ni para la función reproductora ni para la estética de la paciente.

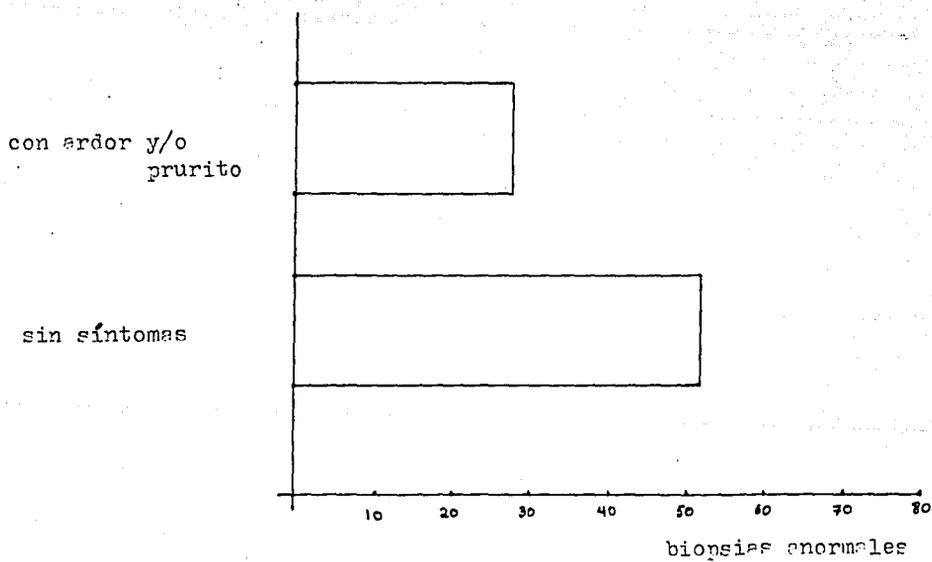
figura 1

pacientes
estudiadas



Reportes histopatológicos

figura 2



V BIBLIOGRAFIA

- 1) Tenorio González F., Temas Selectos en Reproducción Humana, México D.F. I.N.Per. Cap. 25, 1989.
- 2) Ferency A., Pathology of Malignant Tumor of Vagina and Vulva, en: Gynecologic Oncology, Fundamentals Principles and Clinical Practice, vol 1, Coppleson M (ed), Churchill livingston, London. p 285-302, 1981
- 3) Ferency A., Kitao M., et. al., Latent Papillomavirus and Recurring Genital Warts, N Engl J Med 313(13):784, 1985
- 4) ISSVD, Announcement, New Classification of Vulvar Disease, Am J Obstet Ginecol 161(2):315 1989
- 5) Ferency A. Conference in McGill University, 1987
- 6) Ferency A., Using the LASER to Treat Vulvar Condylomata and VIN, Can Med Assoc J 128:135 1983
- 7) Mene A., Buckley Ch., Involvement of Vulvar Skin Appendages by VIN, Br J Obstet Ginecol 92:634 1985
- 8) Goldberg G., Vermud S., et.al., Comparison of Cytobrush and Cervicovaginal Lavage Sampling Methods for the Detection of Genital Human Papillomavirus, Am J Obstet Gynecol 161(5): 1669-1672, 1989
- 9) Wriath W.C., Vulvar Intraepitelial Neoplasia: Etiologic Factors and Treatment Modes, Conference in McGill University, 1987
- 10) Ferency A., Using the LASER to Treat Vulvar Condylomata Acumminata and VIN, Cont Ob/Gyn 20:57 1986
- 11) Polanyi T., Phisics of Surgery with Lasers, Clin Chest Med 6(?):179-202, 1985
- 12) Christopher P., Crum P., et.al., Human Papillomavirus Type 16 and Early Cervical Neoplasia, N Engl J Med 310(14):880-883, 1984
- 13) Ferency A., Braun B., Shah K., Human Papillomavirus (HPV) in Condylomatous Lesion of Cervix Am J Surg Pathol 5(7):661-670, 1981