



Patología maligna vulvar en la mujer adulta

P. Revercez, M. De Rider, A. Nazac

La neoplasia vulvar es relativamente infrecuente, pero su presentación clínica y tratamiento han evolucionado de forma considerable en los últimos años, en particular gracias a la técnica del ganglio centinela. A menudo asintomático, el cáncer de vulva necesita un estudio minucioso del periné en las mujeres menopáusicas que acuden a la consulta, tengan o no síntomas. El diagnóstico se basa en el estudio histológico de una biopsia dirigida. En la gran mayoría de los casos es un carcinoma epidermoide, y éste es el tipo histológico que se describirá principalmente en este artículo. La clasificación TNM permite hacer una estadificación de la enfermedad y orienta hacia un tratamiento adecuado. El tratamiento de los estadios iniciales de la enfermedad es mínimamente invasivo, con resección local completa y asociada en algunos casos a biopsia del ganglio centinela, mientras que los estadios más avanzados, con ganglios inguinales palpables, necesitan un vaciamiento ganglionar inguinofemoral uni o bilateral.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cáncer de vulva; Carcinoma epidermoide; Biopsia; Cirugía; Ganglio centinela; Vaciamientos ganglionares; Vigilancia

Plan

■ Introducción y epidemiología	1
■ Manifestaciones clínicas	2
■ Diagnóstico	2
■ Clasificación	3
■ Tratamiento del cáncer epidermoide de la vulva	3
Opciones terapéuticas	3
Recomendaciones según el estadio TNM	6
■ Vigilancia	7
■ Tratamiento de los otros tipos histológicos	7
Carcinoma de las glándulas de Bartholin	7
Sarcoma de la vulva	7
Melanoma vulvar	7
Carcinoma verrugoso de la vulva	8
Carcinoma de células basales	8

■ Introducción y epidemiología

El cáncer de vulva es una proliferación maligna neoplásica desarrollada en los órganos genitales externos femeninos, a saber, los labios mayores y menores que encierran la vagina, el clítoris, el meato urinario, las glándulas de Bartholin y el periné. El cáncer de vulva es infrecuente y representa alrededor del 5% de los cánceres del aparato genital femenino. En Francia, por ejemplo, representa una incidencia de 2-4/100.000 mujeres [1]. Esta cifra se mantiene estable desde hace 20 años, pero la tasa de lesiones in situ se ha duplicado con creces por la presen-

cia en aumento del virus del papiloma humano (VPH) [2, 3]. Este cáncer afecta mayoritariamente a mujeres de 65-75 años, pero también se puede encontrar en mujeres más jóvenes. Los labios mayores y menores representan, respectivamente, el 50% y el 15-20% de los casos, mientras que el clítoris y las glándulas de Bartholin se afectan con menos frecuencia. Las lesiones son multifocales en el 5% de los casos. Los factores de riesgo están bien determinados: son neoplasias vulvares intraepiteliales (VIN) causadas por una infección crónica por VPH oncógeno, una distrofia vulvar (liquen escleroso) o una dermatosis inflamatoria crónica. Las VIN vinculadas al VPH, llamadas comunes, evolucionan hacia un carcinoma en menos del 5% de los casos, frente a casi el 40% de los casos de VIN diferenciadas asociadas a un liquen escleroso [4, 5]. El tipo histológico en caso de evolución es el carcinoma epidermoide (Figs. 1 y 2). También se señalan otros factores de riesgo como el tabaquismo activo, las inmunodeficiencias y un antecedente de carcinoma cervical.

La gran mayoría (90%) de las neoplasias vulvares está representada por carcinomas epidermoides. El resto son melanomas, adenocarcinomas, carcinomas basocelulares y sarcomas [6, 7].

El pronóstico depende esencialmente del estado ganglionar en el momento del diagnóstico, pero también de la profundidad de invasión y de la extensión a las estructuras adyacentes [8]. Un estudio afirma que en casi el 10% de las lesiones superficialmente invasivas (< 3 mm de profundidad) hay una metástasis ganglionar en el momento del diagnóstico [9]. Las pacientes con una lesión operable sin invasión ganglionar tienen una supervivencia a 5 años del 59-79%. Ésta cae al 43% en caso de compromiso ganglionar inguinofemoral.



Figura 1. Carcinoma epidermoide unifocal de la vulva (imagen de la Dra. C. Louis-Sylvestre).

Los demás factores pronósticos son el tamaño de la lesión y la profundidad de infiltración, la invasión de los espacios vasculolinfáticos y la edad avanzada [10, 11].

Sin embargo, la supervivencia parece aumentar en consonancia con cambios demográficos (pacientes más jóvenes con estadios menos avanzados en el momento del diagnóstico), pero también independientemente de estos factores mediante el uso de técnicas quirúrgicas menos invasivas y el desarrollo de terapias adyuvantes.

■ Manifestaciones clínicas

Hay esencialmente dos vías histopatógenas que conduce a distintas presentaciones clínicas: los carcinomas inducidos por la presencia de VPH y los derivados de una distrofia vulvar o una inflamación crónica.

Los carcinomas VPH inducidos (Fig. 3) se observan en mujeres de 30-50 años de edad. Están favorecidos por el tabaco, la inmunosupresión y las costumbres sexuales. De forma típica, se observan zonas elevadas, infiltrantes e incluso ulceradas. En más del 50% de los casos son multifocales, y no es raro encontrar una displasia mucosa anogenital, sobre todo cervical [12].

Los carcinomas asociados a una inflamación vulvar crónica y/o a un liquen escleroso (Fig. 4) se encuentran más bien sobre lesiones únicas, amplias, la mayoría de las veces alrededor de los labios mayores. A menudo se desarrollan a partir de VIN diferenciadas, es decir, placas o nódulos blancos gruesos que pueden aparecer descoloridos (gris blanco) en algunos lugares, posiblemente con una superficie rugosa [13]. Se encuentran en mujeres menopáusicas, con una frecuencia máxima a los 65-75 años.

El prurito es la queja más frecuente, pero también se describen hemorragias por contacto, irritación, dolor, disuria o un ganglio inguinal palpable, a menudo más



Figura 2. Carcinoma epidermoide multifocal de la vulva (imagen del Dr. A. Nazac).

inquietantes porque hacen presagiar una enfermedad más avanzada.

Las pacientes pueden ser asintomáticas o no informar al médico sobre la presencia de una lesión vulvar. Por lo tanto, en la consulta ginecológica de una mujer menopáusica es importante realizar una exploración minuciosa del periné. En caso de duda o de falta de respuesta a un tratamiento tópico, hay que efectuar una biopsia.

■ Diagnóstico

El diagnóstico de certeza es histológico, basado en una biopsia dirigida (en sacabocados [*punch*]). En el informe patológico se debe mencionar el tipo histológico, la profundidad de invasión tumoral y la existencia o no de émbolos vasculares.

Cuando las lesiones son heterogéneas o multifocales, o varias de ellas parecen anormales, hay que tomar varias muestras.

El ácido acético y la colposcopia deberían usarse idealmente para identificar y dirigir las biopsias.

Dada la alta prevalencia de portadoras de VPH en el cáncer de vulva en mujeres jóvenes, es fundamental evaluar las mucosas cervical y vaginal, ya que las lesiones malignas concomitantes (casi siempre la neoplasia cervical) no son infrecuentes.

La evaluación incluye una valoración clínica del periné y las mucosas cervical, vaginal, vulvar y anal, completada con citología cervical y colposcopia. Se hace una exploración física completa, en particular en busca de adenopatía inguinal o supraclavicular. También se evalúa el estado de salud general para determinar si la paciente es capaz de soportar una cirugía, una radioterapia y/o una quimiorradioterapia.

El diagnóstico diferencial incluye las queratosis seborreicas, el liquen escleroso y otras dermatosis o incluso los condilomas acuminados difusos. Si se sospecha una de estas patologías pero no responde al tratamiento tópico inicial, hay que hacer una biopsia.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777794>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777794>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)