



NEOPLASIA VULVAR INTRAEPITELIAL



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA
AECC Divulgación



NEOPLASIA VULVAR INTRAEPITELIAL

ÍNDICE

1. ¿Qué es la Neoplasia Vulvar Intraepitelial (VIN)?
2. ¿Qué tipos de VIN existen y qué causas la producen?
3. ¿A qué mujeres afecta con mayor frecuencia?
4. ¿Qué riesgo tienen estas lesiones de progresar a cáncer de vulva?
5. ¿Qué síntomas produce y qué aspecto tienen las lesiones VIN?
6. ¿Cómo se diagnostican estas lesiones?
7. ¿Cómo se trata la VIN?
8. ¿Hay alguna situación en la que se pueda evitar el tratamiento?
9. ¿Cuáles son las consecuencias o secuelas más frecuentes que puede provocar el tratamiento?
10. ¿Qué controles deben seguir las pacientes tratadas?
11. ¿Qué papel pueden tener las vacunas frente al VPH en la prevención de la VIN?

NEOPLASIA VULVAR INTRAEPITELIAL



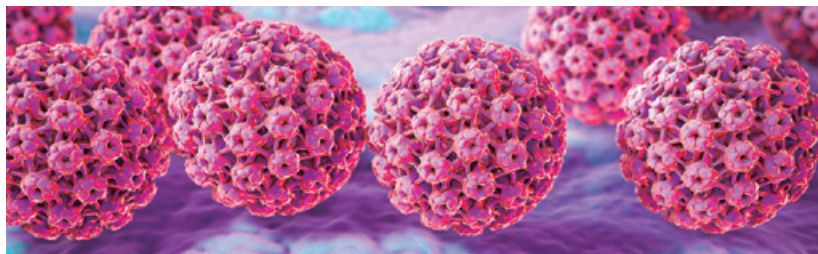
1. ¿QUÉ ES LA NEOPLASIA VULVAR INTRAEPITELIAL?

La neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) es una enfermedad de la piel de la vulva que representa una lesión previa o precursora del cáncer de vulva (lesión precancerosa o premaligna).

2. ¿QUÉ TIPOS DE VIN EXISTEN Y QUÉ CAUSAS LA PRODUCEN?

Existen dos formas de VIN claramente diferenciadas tanto por la causa que la origina como por la evolución y tratamiento:

- **VIN tipo común:** Lesión producida por una infección persistente por algunos tipos del virus del papiloma humano (VPH) que se consideran de alto riesgo (VPH-AR), fundamentalmente el tipo 16. La infección por VPH-AR es muy frecuente, especialmente entre las mujeres jóvenes y la mayoría de veces se resuelve espontáneamente sin dejar ningún tipo de secuela. Solo un mínimo porcentaje de pacientes, en las que esta infección persiste a lo largo del tiempo, pueden desarrollar una VIN tipo común.



- **VIN tipo diferenciado:** estas lesiones no se relacionan con la infección por el VPH, sino con procesos inflamatorios crónicos de la vulva como el liquen escleroso y el liquen simple crónico.

La VIN tipo común es más frecuente que la VIN tipo diferenciado y en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de mujeres afectas (paralelamente al aumento de la infección VPH en la población).

3. ¿A QUÉ MUJERES AFECTA CON MAYOR FRECUENCIA?

Cada tipo de VIN es más frecuente en un grupo específico de mujeres.



VIN tipo común: afecta más frecuentemente a:

- **Mujeres jóvenes** (en torno a los 30-50 años de edad)
- **Fumadoras**
- **Inmunodeprimidas:** pacientes con alteraciones en su inmunidad, ya sea por infección VIH o por la administración de medicamentos que bajan las defensas (mujeres trasplantadas, o con enfermedades que requieren la administración crónica de este tipo de medicación)
- **Pacientes que padecen o han padecido** otras lesiones premalignas relacionadas con la infección por VPH en el cuello del útero o en la vagina.



VIN tipo diferenciado: afecta con mayor frecuencia a:

- **Mujeres de edad avanzada** (a partir de los 60 años)
- **Mujeres que padecen** enfermedades inflamatorias crónicas de la vulva como el liquen escleroso.

4. ¿QUÉ RIESGO TIENEN ESTAS LESIONES DE PROGRESAR A CÁNCER DE VULVA?

Si no se realiza ningún tratamiento, estas lesiones pueden persistir en el tiempo, evolucionar a un cáncer de vulva o incluso, aunque es poco frecuente, desaparecer de forma espontánea.

Globalmente, se estima que entre el 7 y 10% de los casos de VIN evolucionan a cáncer de vulva, si bien el riesgo de progresión es considerablemente mayor y la evolución más rápida en el caso de la VIN tipo diferenciado.

La biopsia de las lesiones de VIN es imprescindible tanto para confirmar el diagnóstico, como para descartar la situación infrecuente de la coexistencia de dicha lesión con un cáncer incipiente de la vulva

En algunas situaciones, como en el caso de mujeres jóvenes o embarazadas es más frecuente observar la desaparición espontánea de las lesiones.

5. ¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE Y QUÉ ASPECTO TIENEN LAS LESIONES VIN?

Aproximadamente la mitad de las pacientes no presentan ningún síntoma, por lo que estas lesiones se diagnostican en una exploración ginecológica rutinaria.

Entre las mujeres que presentan síntomas, el más frecuente es el picor, seguido de dolor, escozor, disconfort o molestias al mantener relaciones sexuales.

El aspecto de las lesiones puede ser muy variado y estas pueden afectar a cualquier área de la vulva

Las lesiones pueden ser únicas (más frecuente en la VIN tipo diferenciado) o múltiples (más frecuente en la VIN tipo común), planas o sobreelevadas. Su coloración es muy variable (lesiones blancas, rojas o pigmentadas)

6. ¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN ESTAS LESIONES?

Para obtener un diagnóstico adecuado generalmente su médico realizará las siguientes pruebas:

1. Exploración vulvar y del área genital:

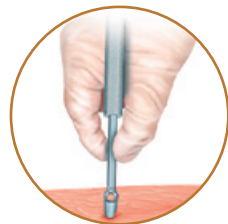
se trata de examinar minuciosamente toda la superficie de la vulva. Dado que las pacientes con VIN tipo común pueden tener también lesiones secundarias a infección por el VPH o premalignas en el resto del área genital se debe explorar con detalle la vagina, cuello del útero y area perineal.



2. Vulvoscoopia: se utiliza un aparato denominado colposcopio que permite una visión ampliada y magnificada de toda la superficie vulvar. Ocasionalmente se aplica una solución líquida (ácido acético a baja dilución) que permite definir mejor las características de las lesiones.



3. Biopsia: consiste en extirpar un fragmento de piel de la vulva para su estudio microscópico. La biopsia es imprescindible para confirmar el diagnóstico de VIN. Este procedimiento es sencillo, se realiza en la propia consulta y es mínimamente molesto ya que se administra anestesia local. Para evitar el sangrado se coagula con diferentes sustancias y ocasionalmente se da un punto de sutura.



7. ¿CÓMO SE TRATA LA VIN?

En general se recomienda tratar a las pacientes con VIN en todos los casos.

El médico consensuará con la paciente cual es el tratamiento más adecuado teniendo en cuenta:

1. Sus características (edad, alergias, enfermedades que pueda tener)
2. Las características de la lesión (tipo de VIN, localización, número de lesiones, etc...)

Las opciones de tratamiento son múltiples y en cada caso particular se seleccionará el tratamiento o combinación de tratamientos más adecuado. Los tipos de tratamiento más habituales son:

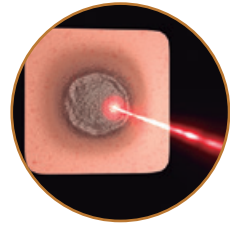
- **Extirpación completa de la lesión:** según la cantidad de tejido extirpado se denomina "extirpación simple de la lesión" o cuando implica una parte extensa de la vulva se llama "vulvectomía cutánea parcial o total". Estos procedimientos consisten en extirpar la capa superficial de la vulva conservando el clítoris. En los casos en los que se ha realizado una extirpación muy amplia puede ser necesario utilizar injertos o técnicas de cirugía plástica para el cierre de la herida producida. Estos procedimientos se realizan con anestesia locoregional o general.



- **Tratamiento tópico con Imiquimod:** es un tratamiento que se autoaplica la paciente sobre la lesión unas 3 veces a la semana. Este tratamiento induce una respuesta inmunitaria en la zona aplicada con la finalidad de que las defensas de la paciente eliminen la VIN. Generalmente se tolera bien, aunque es relativamente frecuente la irritación en el área aplicada.



- **Vaporización con láser de CO2.** Destruye selectivamente la lesión cutánea con una profundidad variable según la localización de la lesión. Requiere anestesia locoregional o general. Este tratamiento está especialmente indicado en lesiones que afecten al clítoris, labios menores o área vulvar contigua a la vagina ya que la curación posterior no provoca cicatrices ni deformidades.
- **Técnicas combinadas:** se utilizan diferentes procedimientos de forma sincrónica (por ejemplo, extirpación de algunas lesiones y destrucción con láser de resto) o de forma secuencial (se extirpan o destruyen algunas lesiones y el resto se trata posteriormente con imiquimod).



8. ¿HAY ALGUNA SITUACIÓN EN LA QUE SE PUEDA EVITAR EL TRATAMIENTO?

Efectivamente, en casos seleccionados de VIN tipo común es posible evitar el tratamiento. Por ejemplo, en gestantes o en pacientes con alteraciones de la inmunidad temporales se pueden realizar controles estrictos durante un periodo de tiempo, dado que estas lesiones pueden remitir espontáneamente.

9. ¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS O SECUELAS MÁS FRECUENTES QUE PUEDE PROVOCAR POR EL TRATAMIENTO?

Su médico intentará elegir siempre la opción de tratamiento más eficaz y menos agresiva para minimizar el impacto en su calidad de vida.

En algunos casos, el tratamiento de la VIN supone una repercusión emocional para las pacientes. Las principales dificultades que deben afrontar

estas pacientes derivan de la distorsión antómica post-cicatrización y de su impacto en la esfera sexual.

Por todo ello es muy importante el soporte a la paciente y la información detallada sobre la enfermedad, posibles tratamientos y consecuencias.

10. ¿QUÉ CONTROLES DEBEN SEGUIR LAS PACIENTES TRATADAS?

Las lesiones VIN con relativa frecuencia pueden reaparecer un tiempo después de haber efectuado el tratamiento. Por este motivo el seguimiento de las pacientes tratadas debe ser estricto.

En general se recomiendan controles periódicos durante un tiempo prolongado.

El control se basa fundamentalmente en realizar exploraciones vulvares muy minuciosas, con la finalidad de detectar la aparición de nuevas lesiones.

11. ¿QUÉ PAPEL PUEDEN TENER LAS VACUNAS FRENTE AL VPH EN LA PREVENCIÓN DE LA VIN?

El hecho de que la infección por el VPH sea la causa de las lesiones de VIN tipo común, justifica que la vacunación profiláctica frente a este virus sea fundamental en la prevención de estas lesiones. La eficacia de las vacunas frente al VPH para la prevención del VIN tipo común está entre el 90-100%.

Incluso en el caso que tenga lesiones, su médico podrá recomendarle la vacunación con la finalidad de reducir el riesgo de aparición de nuevas lesiones.

Las lesiones VIN tipo diferenciado no se benefician de estas vacunas, ya que su origen no se relaciona con el VPH. En estos casos la prevención se basa en una detección precoz y tratamiento adecuado de las lesiones para evitar su progresión a cáncer.



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE
PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPIA
AEPC Divulgación

