

Carcinoma de células escamosas de vulva. Presentación de 28 pacientes

Squamous cell carcinoma of the vulva. Experience in 28 patients

V. Parra¹, F. Flores², C. Sánchez de Giménez³, P. Daguerre⁴, V. García Llaver², F. Galdeano², N. Driban⁵

Resumen

Introducción. El carcinoma de células escamosas de la vulva constituye del 1 al 4 % de los tumores en la mujer, y ocupa el cuarto lugar de las neoplasias del tracto genital femenino.

Objetivos. Determinar la incidencia de carcinoma epidermoide de vulva, e identificar el grado de invasión.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de las pacientes atendidas en el consultorio de patología vulvar durante 4 años y 8 meses. Se estudiaron 28 mujeres con diagnóstico clínico e histopatológico de carcinoma de células escamosas.

Resultados. Del total de pacientes evaluadas en el consultorio, el 6,17% (28) presentó carcinoma de células escamosas. La edad promedio fue de 62,5 años. De las 28 pacientes, el 64,28% (18) presentó carcinoma de células escamosas invasor y el 35,7% (10) VIN, cuatro desarrollados a partir de liquen escleroso, tres con displasia epitelial (VIN diferenciado) y tres con diagnóstico de papulosis bowenoide (VIN usual). Todas las pacientes refirieron como signo predominante prurito y el tabaquismo se detectó en el 60% de los casos.

Conclusiones. Se presentan 28 casos de carcinoma epidermoide vulvar: el 64,2% fue invasor y el 35,7% neoplasia intraepitelial (VIN). De ésta, el 70% correspondió a VIN diferenciado y el 30% restante a VIN usual. Esta casuística nos ha permitido conocer la incidencia de neoplasia epitelial vulvar en nuestro medio además de poder diferenciar los grados de invasión y factores patogénicos (Dermatol Argent 2009;15(5):344-349).

Palabras clave: carcinoma de células escamosas vulvar, neoplasia intraepitelial vulvar, cáncer de vulva.

Abstract

Introduction. The squamous cell carcinoma of the vulva constitutes between 1 and 4% of cancers affecting women, occupying fourth place among neoplasias of the female genital tract.

Objectives. To determine the incidence of squamous cell carcinoma of the vulva and identify grade of invasion.

Material and methods. An observational retrospective study was conducted, in which 28 patients were studied with clinical and pathological diagnosis of squamous cell carcinoma of the vulva.

Results. Of the total genital carcinomas in our hospital, the vulvar carcinomas accounted for 6.17% of the genital tract tumours. Of the 28 patients included in the study, 18 invasive carcinomas (64.28%) were detected and 10 vulvar intraepidermal neoplasia (VIN 35.7%). The average age of incidence was 62.5 years. The predominant symptom was pruritus, and the most significant signs were tumour. In the 10 patients that were diagnosed with VIN, 4 developed from a lichen sclerosus, 3 from epithelial dysplasia and 3 with papulosis bowenoide. 60% of patients were smokers.

Conclusions. 28 cases of epidermoide carcinoma of the vulva were studied resulting in 64.2% invasive and 35.7% VIN. Of the latter, 70% corresponded to differentiated VIN and 30% usual VIN. This casuistry has permitted us to observe the incidence of squamous cell carcinoma in our region, and allowed us to differentiate the grades of invasion and pathogenic factors (Dermatol Argent 2009;15(5):344-349).

Key words: squamous cell carcinoma, vulvar intraepidermal neoplasia, vulvar carcinoma.

Fecha de recepción: 17/11/08 | **Fecha de aprobación:** 5/2/09

1. Jefa del Servicio de Dermatología, Hospital "Luis Lagomaggiore". Prof. Adjunta Área Dermatología.
2. Médicas Concurrentes del Servicio de Dermatología, Hospital "Luis Lagomaggiore".
3. Médica de Planta, Servicio de Ginecología, Hospital "Luis Lagomaggiore".
4. Médico de Planta. Servicio de Ginecología. Prof. Adjunto Área Ginecología, Universidad Nacional de Cuyo.
5. Prof. Titular Área Dermatología, Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Rep. Argentina.

Correspondencia

Viviana Parra: Guayaquil 115, (5519) Dorrego, Mendoza, Rep. Argentina.
Tel: 0261-4315618 | vivianaparra@arnet.com.ar

Introducción

El carcinoma escamoso de vulva (CE) constituye del 1 al 4% de los cánceres en pacientes de sexo femenino y ocupa el cuarto lugar dentro de las neoplasias genitales en mujeres.^{1,2}

Se clasifica de acuerdo con su forma de presentación clínica, anatomopatológica y etiológica, en dos grandes categorías (**Figura 1**):^{3,4}

1. **Neoplasia intravulvar (VIN) o carcinoma *in situ*.**
 - 1.1. VIN usual o clásico (asociado a infección por HPV).
 - 1.2. VIN diferenciado (asociado a liquen escleroso y displasias epiteliales).
 - 1.3. VIN inclasificable.
2. **Carcinoma invasor.**

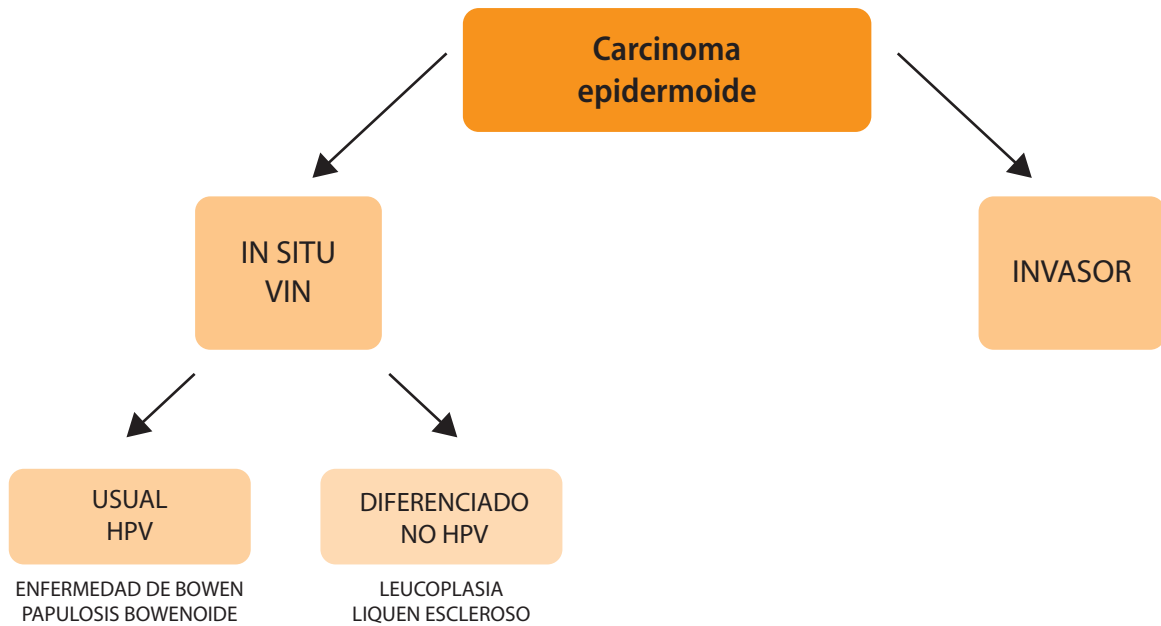


Figura 1. Clasificación del carcinoma escamoso vulvar

El VIN usual está relacionado con la infección por virus papiloma humano, especialmente los serotipos 16 y 18 y menos frecuentemente el 31, 33, 35 y 39. Se presenta en mujeres jóvenes y aumenta su incidencia según la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas, el tabaquismo y el uso de drogas inmunosupresoras.⁵⁻¹⁰ El VIN diferenciado se presenta en mujeres mayores asociado en el 15 al 40% de los casos a liquen escleroso.

Se considera carcinoma invasor al que atraviesa la membrana basal, y se clasifica según la estadificación de FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) en cuatro estadios.

Objetivos

1. Determinar la incidencia del carcinoma escamoso vulvar en nuestro medio.

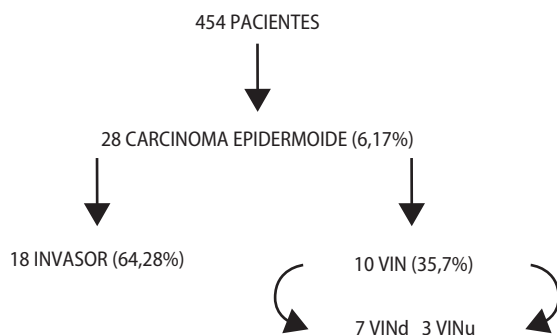


Figura 2. Material y métodos.

2. Detectar la edad promedio y los signos y síntomas predominantes.
3. Objetivar el grado de invasión clínico-patológico de las lesiones.
4. Identificar los factores de riesgo predominantes.
5. Determinar los tipos de tratamiento realizados.

Material y métodos (Figura 2)

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, que incluyó a 454 pacientes atendidas en el Consultorio de Patología vulvar del Hospital “Luis Lagomaggiore”, desde enero de 2003 a agosto de 2008. Es de destacar que este consultorio se realiza en forma conjunta con profesionales dermatólogos y ginecólogos y recibe exclusivamente pacientes por derivación, por lo que se atienden pacientes cuyas patologías no han sido resueltas en los efectores primarios de la salud.

Se incorporaron al estudio 28 pacientes con diagnóstico clínico patológico de carcinoma de células escamosas vulvar. Se analizaron los datos de las historias clínicas y los archivos anatómopatológicos e iconográficos.

Resultados

Desde enero de 2003 a agosto de 2008 fueron atendidas 454 pacientes con un rango etario que

CUADRO 1. ESTADIFICACIÓN DE LAS LESIONES.

ESTADIO	N	%
E0	10	35,7%
E1	2	7,14%
E2	8	28,5%
E3	4	14,2%
E4	4	14,2%

osciló entre los 13 y 90 años (media 51,5 años). Se realizó diagnóstico de carcinoma de células escamosas en 28 pacientes, que constituye el 6,17% de nuestra población. Del total de carcinomas genitales, el carcinoma de células escamosas vulvar ocupó el 5% de los tumores del tracto genital, antecedido por el carcinoma de cuello uterino, endometrio y ovario.

La edad promedio de incidencia del carcinoma de células escamosas, incluyendo la neoplasia epitelial y el carcinoma invasor fue de 62,5 años con una distribución etaria de: 20 a 30 años: 10,7%, 31 a 40 años: 7,14 %, 41 a 50 años: 3,57%, 51-60 años: 22%, 61-70 años: 22%, 71-80 años: 19% y 81-90 años: 15%.

De los 28 carcinomas de células escamosas, se detectaron 18 carcinomas invasores (64,28%) (**Fotos 1, 2 y 3**) y 10 VIN (35,7%) (**Fotos 4 y 5**).

El síntoma predominante fue el prurito en el 85,7% de los casos, seguido por dolor 42,8%. Los signos más destacados fueron tumor en el 32% y sangrado en el 40%.

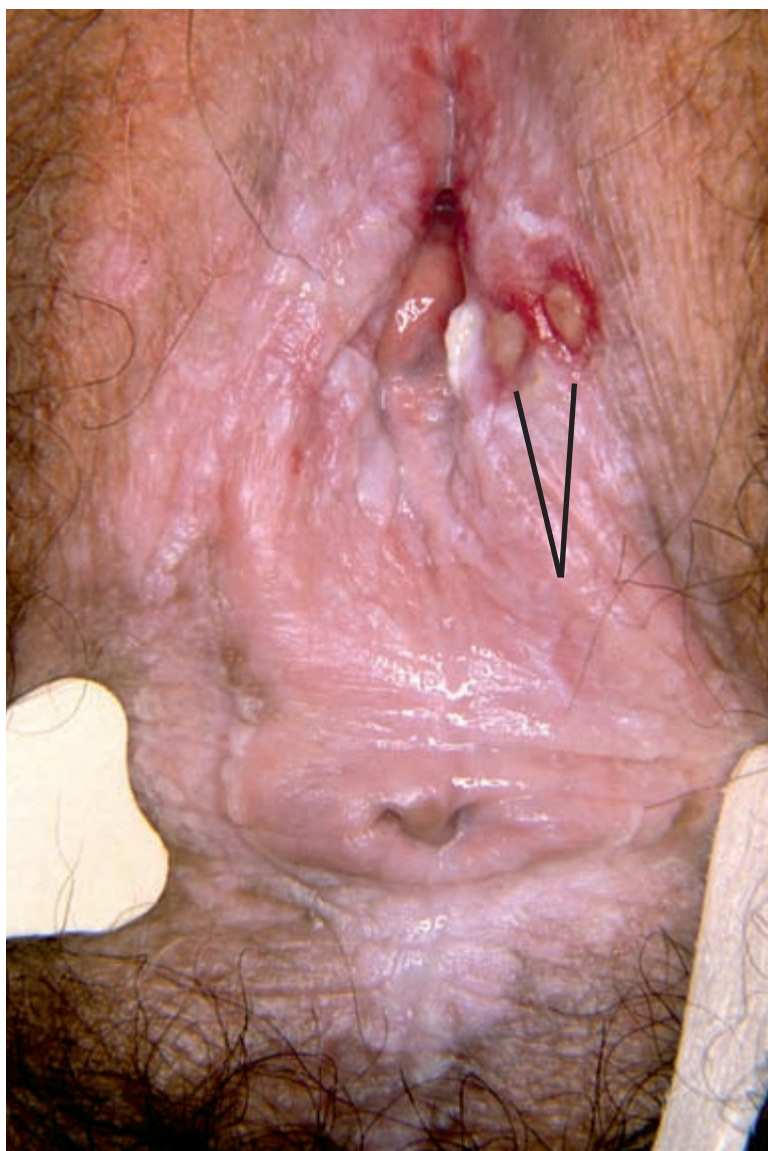
La localización coincidió con la descrita en la literatura: fue predominante en labios (57%), seguida por formas difusas de afectación (28%), clítoris (10,7%) y periné en una paciente (3,57%).

La estadificación en el momento del diagnóstico fue en el caso de los carcinomas invasores el 58% estadio II o mayor y en los VIN estadio 0 (**Cuadro 1**).

El tiempo desde la aparición de lesiones hasta el momento de la consulta fue mayor de 8 meses en más del 80% de los casos.

De las neoplasias de células escamosas, en 10 pacientes se efectuó el diagnóstico de VIN (35,7%), cuatro desarrolladas a partir de liquen escleroso, tres de displasia epitelial (VIN diferenciado) y tres con diagnóstico de papulosis bowenoide (VIN usual).

El tratamiento realizado fue tópico con imiquimod crema en 3 pacientes (10,7%), resección parcial en 7 (25%), vulvectomía simple en 4 (14,2%), vulvectomía radical más linfadenectomía en 10 pacientes (35,7%) y paliativo en 4 (14,2%).

**Foto 1.** Carcinoma epidermoide sobre liquen escleroso.

El tabaquismo fue detectado en el 60% de las pacientes.

Discusión

El carcinoma escamoso vulvar representa, según las estadísticas, del 1 al 4% de los tumores en el sexo femenino. Su incidencia presenta un aumento progresivo exponencial en relación a la infección con virus papiloma humano, especialmente asociado a serotipos 16, 18, 31 y 33.⁸

Los factores predisponentes son: edad de inicio de las relaciones sexuales, número de parejas, presencia de condilomas acuminados, inmunosupresión, liquen escleroso, mala higiene y tabaquismo, principalmente.^{9,10} El número de carcinomas escamosos vulvares (5% de los carcinomas del tracto genital) encontrados en el Hospital "Luis Lagomaggiore", excede el porcentaje referido en la literatura, probablemente por ser éste un centro de referencia en la provincia con mayor afluencia de pacientes con patologías poco frecuentes.^{1,2}

La edad de incidencia detectada fue de 62,5 años, la cual es de esperar que con el transcurso de los años sea menor por el exponencial aumento de la infección por virus papiloma humano, que afecta principalmente a mujeres jóvenes.

La localización de las lesiones y los signos y síntomas predominantes corresponden a los citados en la literatura internacional; se destaca la consulta tardía de nuestras pacientes, con mayor incidencia de lesiones en estadio II o superior.¹¹

Los tratamientos realizados fueron variados, en correspondencia con el tipo de lesión y el grado de invasión.¹²⁻¹⁴

En los casos de neoplasia vulvar intraepidérmica tipo usual (papulosis bowenoide), se instauró tratamiento con imiquimod en régimen de tres veces por semana durante 14 o 16 semanas, con buena respuesta.^{15,16} Las lesiones correspondientes a VIN diferenciado, tanto con antecedentes de liquen escleroso como de displasia epitelial severa, fueron tratadas principalmente con resección local, excepto cuando las lesiones se presentaron clínicamente multicéntricas, las cuales fueron extirpadas quirúrgicamente en forma más amplia (vulvectomía simple).^{17,18}

Con el transcurso de los años se ha intentado disminuir el tamaño de las escisiones a nivel vulvar debido a que presentan gran morbilidad sin mejora en la sobrevida. La vulvectomía radical ha sido reemplazada por la escisión local amplia con márgenes de por lo menos 1 cm; se observa que en T1 (< 2 cm) no hay aumento de las recidivas y en T2 (> 2 cm) o más, faltan aún datos estadísticos. Montones y cols. observaron un 50% de recurrencias cuando los márgenes eran de menos de 8 mm, mientras que De Hullu comunicó 0% de recidiva si los márgenes eran mayores de 8 mm y 22,5% cuando el margen era menor de 8 mm.¹⁸

El tratamiento estándar actual es la extirpación local amplia, con margen de 2 cm y linfadenectomía unilateral o bilateral inguinofemoral, con la técnica de la triple incisión (preferentemente con preservación de la fascia lata y vena safena) posterior a la realización de la detección de ganglio centinela.¹⁹⁻²³

Este trabajo se realiza con la intención de determinar la incidencia del carcinoma de vulva en nuestro medio; se destaca la consulta tardía de las pacientes, probablemente por desinformación.

Se resalta la necesidad de intensificar las campañas educativas para la prevención del carcinoma vulvar mediante difusión amplia de información, tanto a nivel de la población general como del personal de salud, ya que sólo el examen minucioso de la región



Foto 2. Carcinoma epidermoide en clítoris.



Foto 3. Carcinoma epidermoide invasor.



Foto 4. VIN multicéntrico.



Foto 5. VIN sobre liquen escleroso.

vulvar y el trabajo en conjunto de dermatólogos y ginecólogos permitirá la detección de lesiones pre-neoplásicas y neoplásicas tempranas.

Referencias

1. Wagner W, Prott FJ, Weissmann J, Niewöhner-Desbordes U, Ostkamp K, Alfrink M. Vulvar carcinoma: a retrospective analysis of 80 patients. *Arch Gynecol Obstet* 1999;262:99-104.
2. van de Nieuwenhof HP, van der Avoort IA, de Hullu JA. Review of squamous premalignant vulvar lesions. *Crit Rev Oncol Hematol* 2008;68:131-156.
3. Sideri M, Jones RW, Wilkinson EJ, Preti M, et al. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia: 2004 modified terminology, ISSVD Vulvar Oncology Subcommittee. *J Reprod Med*. 2005;50:807-810.
4. Bergeron C. New histological terminology of vulvar intraepithelial neoplasia. *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36:74-78.
5. Jones RW, Rowan DM, Stewart AW. Vulvar intraepithelial neoplasia: aspects of the natural history and outcome in 405 women. *Obstet Gynecol* 2005;106:1319-1326.
6. van Seters M, ten Kate FJ, van Beurden M. In the absence of (early) invasive carcinoma, vulvar intraepithelial neoplasia associated with lichen sclerosus is mainly of undifferentiated type: new insights in histology and aetiology. *J Clin Pathol* 2007;60:504-509.
7. Leroy JL, Vinatier D, Collier F, Thomas P. Diagnosis of vulvar intraepithelial neoplasias (VIN). *Gynecol Obstet Fertil* 2008;36:190-199.
8. Hillemanns P, Wang X. Integration of HPV-16 and HPV-18 DNA in vulvar intraepithelial neoplasia. *Gynecol Oncol* 2006;100:276-282.
9. Wassila S, Leila S, Noureddine H, Sihem H, et al. Prognostic factors in squamous cell carcinoma of the vulva. About 35 cases Tunis Med 2005;83:612-616.
10. Hussain SK, Madeleine MM, Johnson LG. Cervical and vulvar cancer risk in relation to the joint effects of cigarette smoking and genetic variation in interleukin 2. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008;17:1790-1799.
11. Preti M, Rouzier R, Mariani L, Wilkinson EJ. Superficially invasive carcinoma of the vulva: diagnosis and treatment. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:862-868.
12. Masak L, Hudakova G. Comparison of the treatment results in the vulvar and clitoris squamous cell carcinoma. *Neoplasma* 1998;45:377-379.
13. Chiesa-Vottero A, Dvoretzky PM, Hart WR. Histopathologic study of thin vulvar squamous cell carcinomas and associated cutaneous lesions: a correlative study of 48 tumors in 44 patients with analysis of adjacent vulvar intraepithelial neoplasia types and lichen sclerosus. *Am J Surg Pathol* 2006;30:310-318.
14. Bousema MT, Romppanen U, Geiger JM, Baudin M, et al. Acitretin in the treatment of severe Echen sclerosus et atrophicus of the vulvae: a double-blind, placebo-controlled study. *J Am Acad Dermatol* 1994;30:225-231.
15. Moore A, Edwards J, Hopwood J, Hicks D. Imiquimod for the treatment of genital warts: a quantitative systematic review. *BMC Infectious Diseases* 2001;1:3.

16. Le T, Hicks W, Menard C, Hopkins L. Preliminary results of 5% imiquimod cream in the primary treatment of vulva intraepithelial neoplasia grade 2/3. *J Obstet Gynecol* 2006;194:377-380.
17. Rouzier R, Haddad B, Atallah D, Dubois P, Paniel BJ. Surgery for vulvar cancer. *Clin Obstet Gynecol*. 2005;48:869-878.
18. van der Avoort IA, Shirango H, Hoevenaars BM, Grefte JM, et al. Vulvar squamous cell carcinoma is a multifactorial disease following two separate and independent pathways. *Int J Gynecol Pathol* 2006;25:22-29.
19. Balega J, Van Trappen PO. The sentinel node in gynaecological malignancies. *Cancer Imaging* 2006;28;6:7-15.
20. Wydra D, Sawicki S, Emerich J, Romanowicz G. Evaluation of sentinel node detection in vulvar cancer. *Nucl Med Rev Cent East Eur* 2005;8:128-130.
21. Douay-Hauser N, Akerman G, Tulpin L, et al. Sentinel node biopsy in vulvar cancer. *Bull Cancer* 2008;95:701-706.
22. Johann S, Klaeser B, Krause T, Mueller MD. Comparison of outcome and recurrence-free survival after sentinel lymph node biopsy and lymphadenectomy in vulvar cancer. *Gynecol Oncol* 2008;110:324-328.
23. Beriwal S, Heron DE, Kim H, King G, et al. Intensity-modulated radiotherapy for the treatment of vulvar carcinoma: a comparative dosimetric study with early clinical outcome. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;64:1395-1400.

Estimados/as colegas:

Estamos aunando esfuerzos para indexar *Dermatología Argentina* en Medline. Uno de los puntos que se evalúan es el factor de impacto de la publicación, que está directamente relacionado con la citación del material publicado en diferentes revistas científicas. Tomando como referencia una estrategia diseñada por nuestros colegas españoles, les sugerimos que cuando remitan artículos para publicación a revistas dermatológicas internacionales, traten de incluir citas de *Dermatología Argentina*. Es muy probable que encuentren algún trabajo reciente de autores argentinos al respecto en *Dermatología Argentina* que les sirva como referencia. Recuerden, además, que desde el punto de vista de la evaluación sólo serán válidos los artículos de los últimos años. Pueden emplear la página web www.dermatolarg.org.ar para buscarlos. Muchas gracias.



Melanoma y Parkinson.

El melanoma se encuentra con mayor frecuencia en personas con enfermedad de Parkinson, y aún falta una explicación biológica para este hecho de observación. Es sabido que los genes involucrados en la pigmentación juegan un papel importante en el desarrollo de melanomas. Se sugiere que el nexo entre ambas patologías residiría en estos genes reguladores de la pigmentación, principalmente los vinculados con la síntesis de dopamina y compuestos asociados. Estrategias terapéuticas dirigidas a la melanogénesis podrían mantener o restaurar las concentraciones fisiológicas de neuromelanina en la sustancia nigra y proteger el daño neuronal en personas con riesgo de desarrollar enfermedad de Parkinson.

Herrero Hernández E.
Med Hypothesis 2009;72:280-284.

LMdF



Factores de riesgo para recaídas en pacientes con penfigoide ampollar en remisión clínica.

Se realizó un estudio de cohorte, multicéntrico, prospectivo, entre el 2000 y el 2006, sobre pacientes con penfigoide ampollar en remisión que recayeron dentro del primer año de cesación del tratamiento. Se tuvieron en cuenta características clínicas, biológicas e inmunológicas. Los autores concluyeron que altos títulos de anti-BP 180 ELISA y, en menor grado, la inmunofluorescencia directa positiva en el momento de suspender el tratamiento predicen recaídas, por lo que sugieren que al menos uno de estos estudios debe ser indicado antes de discontinuar la terapéutica.

Prodanovich S, et al.
Arch Dermatol 2009;145:537-542.

RR



Dermatoscopia en el diagnóstico de tungiasis.

La tungiasis es una ectoparasitosis cutánea producida por una pulga de arena. La dermatoscopia es un método eficaz para el diagnóstico de esta infección. Se describe un anillo marrón central y un área de velo negro azulado distribuidos con un patrón radial, que corresponde a los huevos.

Cabrera R, Daza F.
Br J Dermatol 2009;160:1136-1137.

VL