



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
POSTGRADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA**



Lesiones Preinvasoras de Vulva

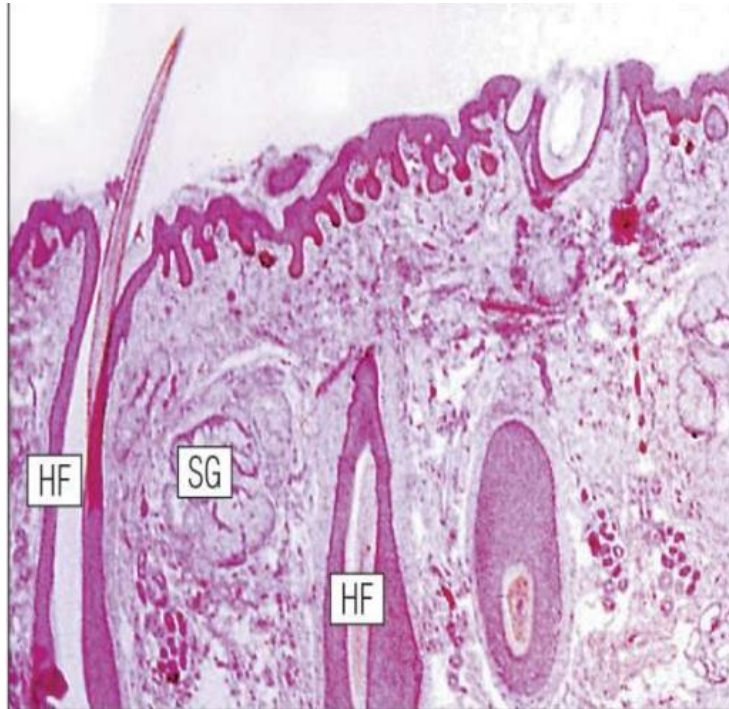
Expositor: Dr. Francisco Carrera

Tutor: Dra. Vanessa Díaz

OBJETIVOS

- Repasar la histología y anatomía de la vulva
- Conocer la clasificación y terminología de la patología vulvar (VIN)
- Describir la clasificación actual de la patología vulvar (NIV)según la ISSVD
- Entender la etiopatogenia
- Establecer los factores de riesgo y las diferentes manifestaciones clínicas del VIN, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las NIV

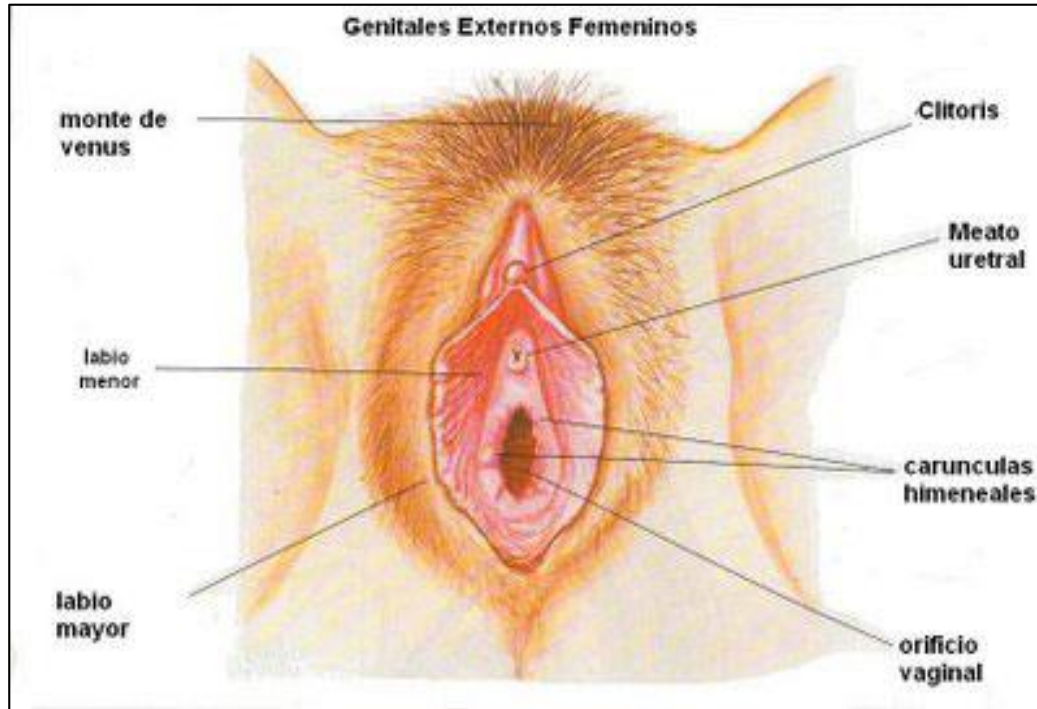
HISTOLOGIA



- **Epitelio escamoso estratificado queratinizado**
- **Tejido cutáneo, glándulas sebáceas, sudoríparas y folículos pilosos**



ANATOMIA



- Monte de Venus
- Labios Mayores
- Labios Menores
- Clítoris
- Orificio Vaginal
- Orificio Uretral

TERMINOLOGIA

- VIN se considera la **lesión precursora del cáncer escamoso de vulva**.
- Dos entidades etiopatogénicas diferentes:
 - Asociado a dermatopatías crónicas
 - Asociado a infección por VPH



Este modelo etiopatogénico diferente lleva a dos patrones lesionales

- VIN tipo diferenciado.
- HSIL (VIN tipo común).

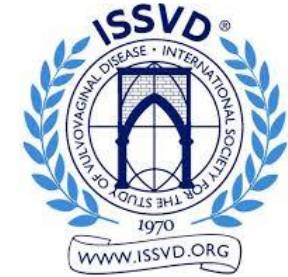
Nueva clasificación de ISSDV de 2015

- Importancia de su conocimiento por variabilidad clínica, alto riesgo de invasión oculta, varias opciones terapéuticas, alto % de recurrencias.

Clasificación

ISSVD 1986

- **Establece 3 grados de VIN: VIN 1, VIN 2 y VIN 3**
- **Reconoce la existencia de VIN tipo diferenciado**



Clasificación

ISSVD 2004



- **VIN etiología y clínica distintas: VIN común (VPH) VIN diferenciado (dermatosis inflamatorias)**
- **Limitó la clasificación VIN a la neoplasia intraepitelial escamosa (descarta Melanoma in situ y Enf. Paget vulvar)**
- **Elimina VIN1 como lesión premaligna y Se agrupa VIN2/VIN3 en una sola categoría denominada VIN**

Clasificación

ISSVD 2004



Tabla 3. Clasificación de la Neoplasia Vulvar Intraepitelial ISSVD 2004⁵

VIN	Características	
VIN tipo común	Asociado VPH	Patrón condilomatoso
		Patrón basaloide
		Patrón mixto
VIN tipo diferenciado	No asociado a VPH	

Clasificación

ASCCP (LAST) 2012



TABLE 2. Comparison of the ISSVD Terminologies and LAST of Vulvar Squamous Intraepithelial Neoplasia

Year of publication	Friedrich ⁸ (1976)	Wilkinson et al. ⁹ (1986)	Sideri et al. ⁴ (2004)	Darragh et al. ¹ (2012, LAST)
Terminology categories	Vulvar atypia	VIN 1	Flat condyloma or HPV effect	LSIL (VIN 1)
	A. Without dystrophy	VIN 2	VIN, usual type (Bowenoid, basaloid, mixed)	HSIL (VIN 2,3)
	B. With dystrophy			
	Squamous carcinoma in situ	VIN 3		
		Differentiated VIN	VIN, differentiated type	—

VIN indicates vulvar intraepithelial neoplasia; HPV, human papillomavirus; LSIL, low-grade squamous intraepithelial lesion; HSIL, high-grade squamous intraepithelial lesion.

Clasificación

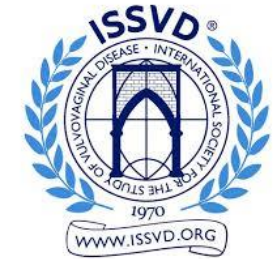
2012 – Terminología de las Lesiones Escamosas Anogenitales (LAST): LSIL y HSIL

- Obviar lesiones potencialmente malignas
- Sobrediagnosticar y sobretratar lesiones benignas

CONSENSUS TERMINOLOGY

The 2015 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) Terminology of Vulvar Squamous Intraepithelial Lesions

Jacob Bornstein, MD, MPA,¹ Fabrizio Bogliatto, MD,² Hope K. Haefner, MD,³ Colleen K. Stockdale, MD, MS,⁴ Mario Preti, MD,⁵ Tanja G. Bohl, MD,⁶ and Jason Reutter, MD,⁷ for the ISSVD Terminology Committee



Clasificación

ISSVD 2015

**LSIL Vulvar
(VIN 1)**

- Condiloma plano
- Efectos VPH

**HSIL Vulvar
(VIN 2 y VIN 3)**

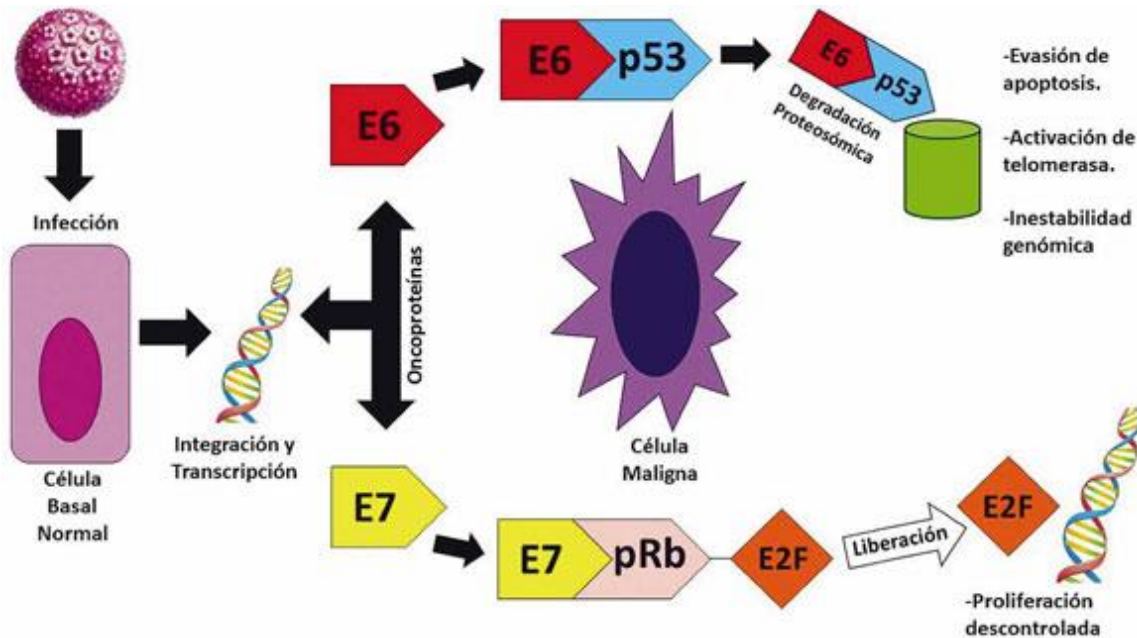
- VIN tipo común

VIN tipo diferenciado

ETIOPATOGENIA MOLECULAR

VIN tipo común

VIN tipo diferenciado



1. Mecanismo patogénico desconocido
2. Otras Vías moleculares Alteradas
 - Expresión P53
 - MUT : la CDKN2A, Hras, Pik13a, EGFR

ETIOPATOGENIA

HSIL (VIN tipo común)

1. VPH oncogénicos (serotipo 16 > 33 > 18)
2. 90% infecciones transitorias
3. Respuesta inmunitaria resuelve en 2 años
4. Infección persistente
5. Defecto p14 p16



ETIOPATOGENIA

VIN tipo diferenciado

1. No relacionado con VPH
2. Dermatitis vulvar (Liquen escleroso)
3. Menos frecuente que HSIL (NIV tipo común)
4. Defecto de p53



FACTORES DE RIESGO

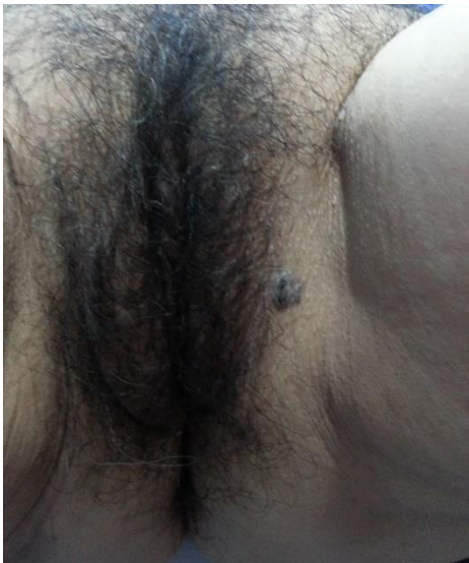
HSIL (VIN tipo común)

1. Infección por VPH
2. Tabaco
3. Inmunosupresión (HIV/Trasplante)
4. Prácticas Sexuales (# parejas)

VIN tipo diferenciado

1. Edad (60-80 años)
2. Irritación
3. Inflamación, estrés oxidativo
4. Estrés isquémico

CLINICA



CLINICA

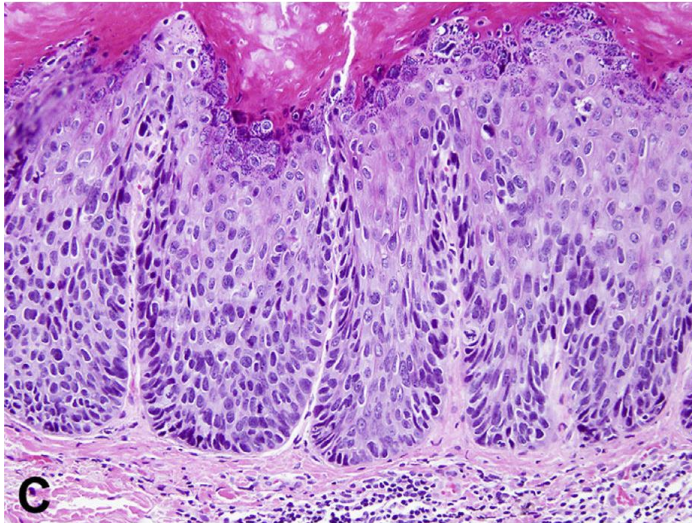
VIN

1. Heterogenea
2. 50% asintomáticas
3. Prurito
4. Dolor
5. escozor
6. Dispareunia
7. disuria



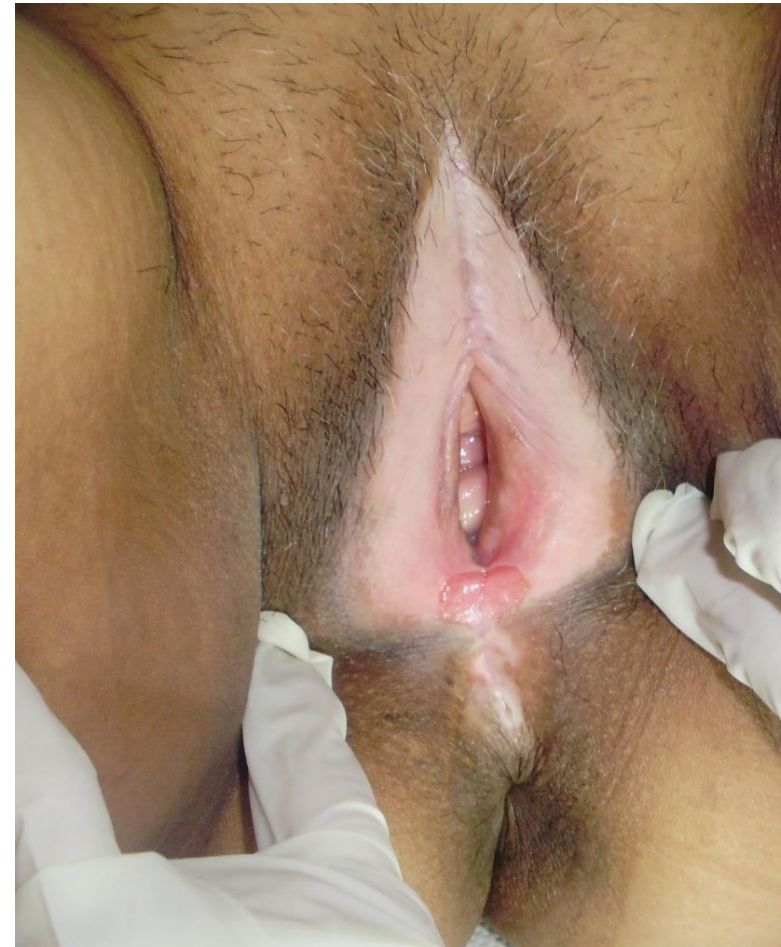
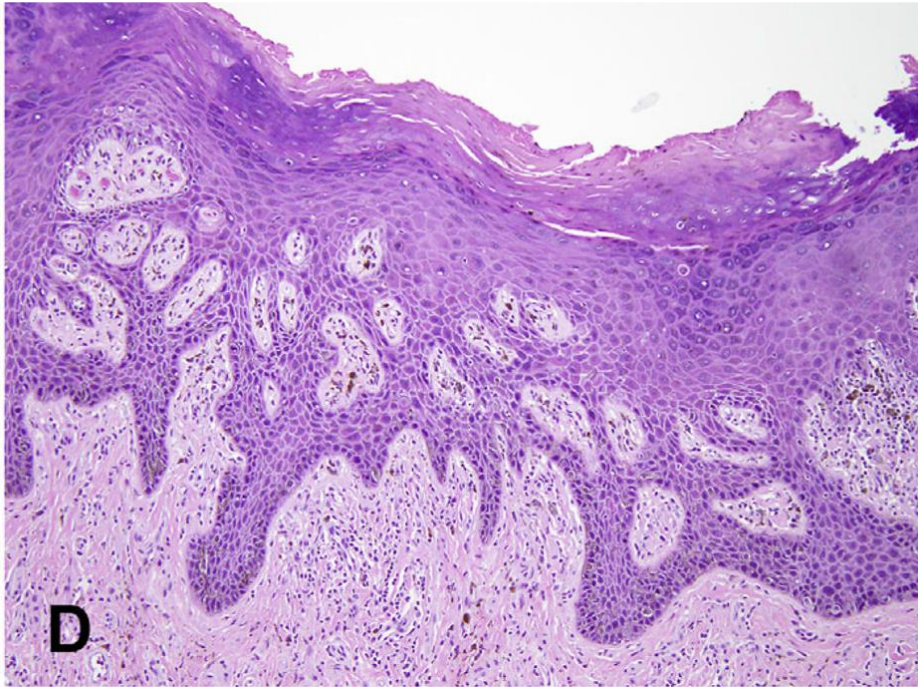
CLINICA

HSIL (VIN tipo común)



CLINICA

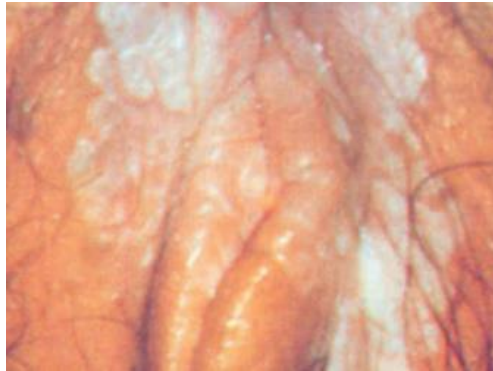
VIN tipo diferenciado



Diagnóstico

- No existe un screening para la prevención del cáncer vulvar.
- Visualización directa

Ácido acético 5%



Azul de Toluodina 1%



- Vulvoscopia
- Confirmación Histológica
- Inmunohistoquímica



DIAGNOSTICO

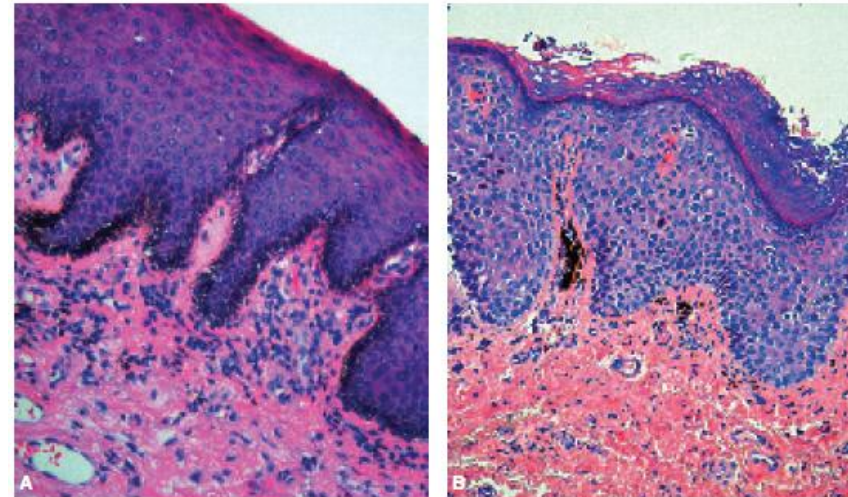
Tabla 7. Indicaciones de biopsia de lesión vulvar ³⁷

Lesiones pigmentadas
Condilomas/lesiones verrucosas mujeres menopáusicas
Lesión vulvar clínicamente no filiada y con duda diagnóstica
Sospecha de invasión
Previamente a tratamiento destructivo/médico

Biopsia

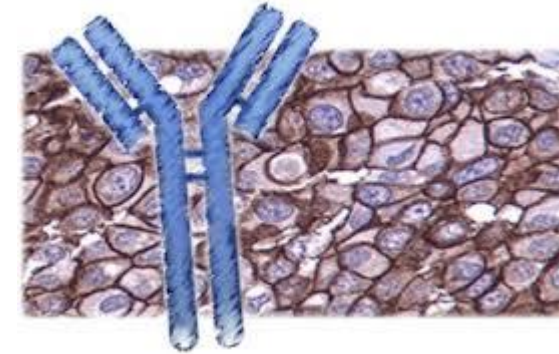
Toma de la muestra:

1. Infiltración anestésica
2. Tejido de piel, subcutáneo o estroma.
3. Control de sangrado.
4. Múltiples muestras de ser necesario



INMUNOHISTOQUIMICA

- P16
- P53
- Ki-67 / MIB-1
- Otros Marcadores: telomerasa, β - La catenina y osteopontina, así como la pérdida anormal de E-cadherina



Cancer of the vulva

Linda J. Rogers^{1,2,*} | Mauricio A. Cuello³¹Division of Gynecological Oncology, Groote Schuur Hospital/University of Cape Town, Cape Town, South Africa²South African Medical Research Council/University of Cape Town Gynaecological Cancer Research Centre (SA-MRC/UCT GORC), Cape Town, South Africa³Division of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

*Correspondence

Linda J. Rogers, Department of Obstetrics and Gynecology, Groote Schuur Hospital, Cape Town, South Africa.
Email: linda.rogers@uct.ac.za**Abstract**

Vulvar cancer is an uncommon gynecological malignancy primarily affecting postmenopausal women. There is no specific screening and the most effective strategy to reduce vulvar cancer incidence is the opportune treatment of predisposing and preneoplastic lesions associated with its development. While vulvar cancer may be asymptomatic, most women present with vulvar pruritus or pain, or have noticed a lump or ulcer. Therefore, any suspicious vulvar lesion should be biopsied to exclude invasion. Once established, the most common subtype is squamous cell carcinoma. Treatment of vulvar cancer depends primarily on histology and surgical staging. Treatment is predominantly surgical, particularly for squamous cell carcinoma, although concurrent chemoradiation is an effective alternative, particularly for advanced tumors. Management should be individualized, and carried out by a multidisciplinary team in a cancer center experienced in the treatment of these tumors.

KEYWORDS

Cancer staging; Chemotherapy; Diagnostic imaging; FIGO Cancer Report; Radiotherapy; Risk



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



The society for lower genital
tract disorders since 1964

A correction was published in January 2017 for this title. [Click here to view the correction.](#)

COMMITTEE OPINION

Number 675 • October 2016

(Replaces Committee Opinion Number 509, November 2011)

Committee on Gynecologic Practice American Society for Colposcopy and Cervical Pathology

This Committee Opinion was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice and the American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) in collaboration with committee member Oluwatosin Goje, MD, and ASCCP members and experts Jason Reutter, MD, Herschel Lawson, MD, and Colleen Stockdale, MD, MS. This document reflects emerging clinical and scientific advances as of the date issued and is subject to change. The information should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure to be followed.

Management of Vulvar Intraepithelial Neoplasia

TRATAMIENTO

- Prevención Primaria Vacuna contra VPH
- Quirúrgico
- Ablación Laser
- Médico
- Vigilancia

PREVENCION

Vacuna contra VPH

- Vacuna tetravalente (genotipos 6, 11,16,18)
- Vacuna nonavalente (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58)
- Disminuye Riesgo HSIL vulvar (VIN tipo común)
- Recomendado a niñas de 11-12 años

Abandono del hábito tabáquico

Tratamiento de trastornos dermatológicos



QUIRURGICOS

Escisión local amplia

- Escisión total de la lesión con márgenes de 5mm y 1 cm alrededor de la lesión visible.
- Excluye la invasión histológicamente.
- Lesiones unifocales o multifocales aisladas.
- Morbilidad Psicosexual



LASER

Ablación con Laser

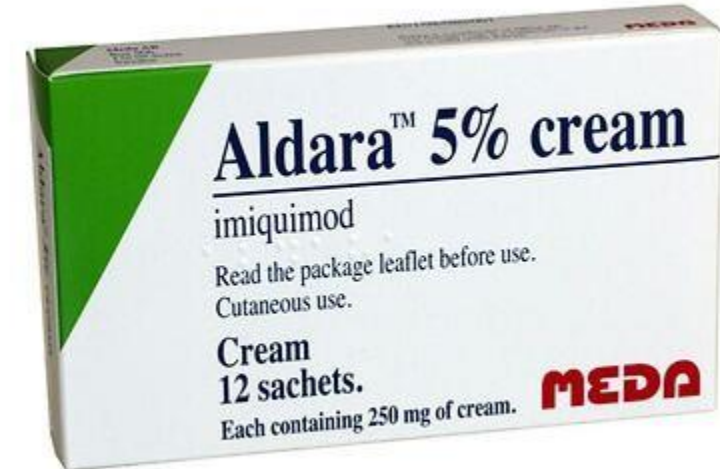
- Usado en el tratamiento de HSIL (NIV tipo común).
- Usado en lesiones simples, multifocales o confluentes.
- Márgenes de 5mm a 1cm alrededor de la lesión visible.
- Profundidad mínima de 4mm.



TERAPIA MEDICA

IMIQUIMOD 5%

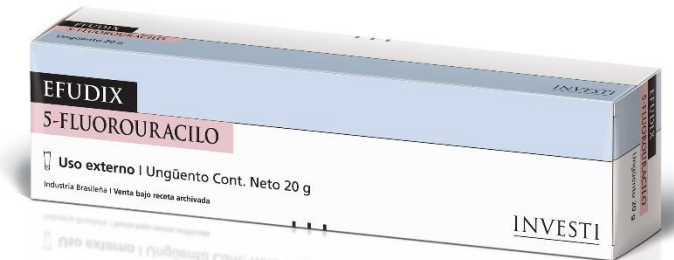
- Usado en el tratamiento de HSIL (NIV tipo común).
- Aplica 3 veces/ Semana hasta 20 semanas
- Colposcopia en 4/6 semanas
- Lesión residual amerita tratamiento Qx.
-



TERAPIA MEDICA

5-Flúorouracilo

- Usado en el tratamiento de HSIL (NIV tipo común)
- Descamación Química.
- Aplica 1-2 veces día de 6-10 semanas
- Controles en 4/6 semanas
- Comienza respuesta inflamatoria intensa a las semanas.



VIGILANCIA MEDICA

- Recurrencia 9-50% con todos los regímenes de tratamiento
- Excepcionalmente en HSIL (NIV tipo común).
- No hay indicación en NIV tipo diferenciado (progresión 35%).
- Seguimiento cada 6 meses por posibilidad de regresión

SEGUIMIENTO

FIGO CANCER REPORT 2018

WILEY



Cancer of the vulva

Linda J. Rogers^{1,2,*} | Mauricio A. Cuello³

¹Division of Gynecological Oncology, Groote Schuur Hospital/University of Cape Town, Cape Town, South Africa

²South African Medical Research Council/University of Cape Town Gynaecological Cancer Research Centre (SA-MRC/UCT-GCRC), Cape Town, South Africa

³Division of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

*Correspondence

Linda J. Rogers, Department of Obstetrics and Gynecology, Groote Schuur Hospital, Cape Town, South Africa.
Email: linda.rogers@uct.ac.za

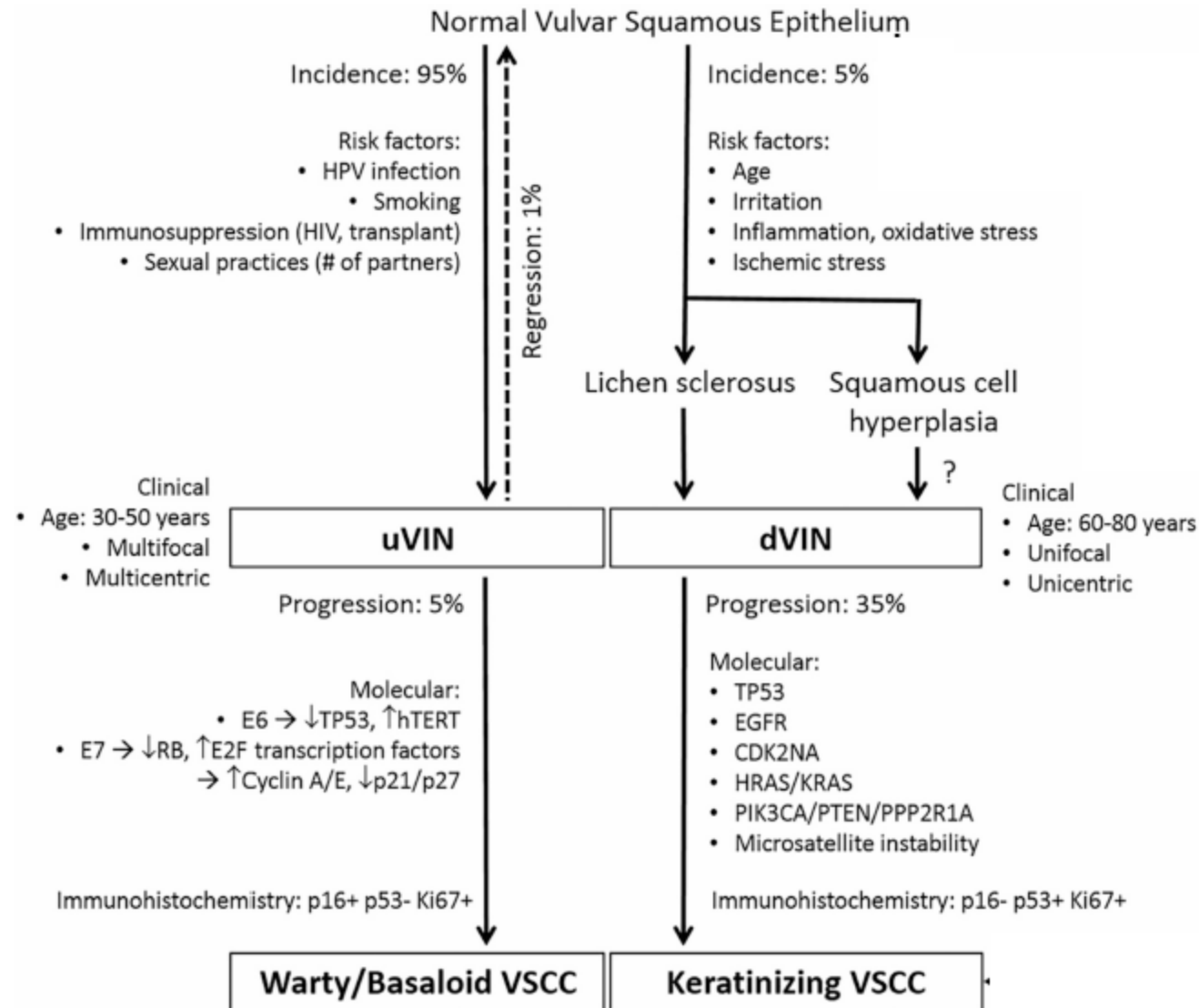
Abstract

Vulvar cancer is an uncommon gynecological malignancy primarily affecting postmenopausal women. There is no specific screening and the most effective strategy to reduce vulvar cancer incidence is the opportune treatment of predisposing and preneoplastic lesions associated with its development. While vulvar cancer may be asymptomatic, most women present with vulvar pruritus or pain, or have noticed a lump or ulcer. Therefore, any suspicious vulvar lesion should be biopsied to exclude invasion. Once established, the most common subtype is squamous cell carcinoma. Treatment of vulvar cancer depends primarily on histology and surgical staging. Treatment is predominantly surgical, particularly for squamous cell carcinoma, although concurrent chemoradiation is an effective alternative, particularly for advanced tumors. Management should be individualized, and carried out by a multidisciplinary team in a cancer center experienced in the treatment of these tumors.

KEYWORDS

Cancer staging; Chemotherapy; Diagnostic imaging; FIGO Cancer Report; Radiotherapy; Risk factors; Surgery; Therapy; Vulvar cancer; Vulvar neoplasms





CONCLUSIONES

1. Patología es usualmente asintomática
2. Es importante la evaluación exhaustiva de la región vulvar
3. La Clasificación se modificó para poder adaptarse a mejores métodos terapéuticos
4. Existe un aumento en el diagnóstico de la NIV pero la incidencia de cáncer de vulva permanece similar
5. El tratamiento quirúrgico elección
6. Seguimiento a largo plazo es indispensable



GRACIAS...