

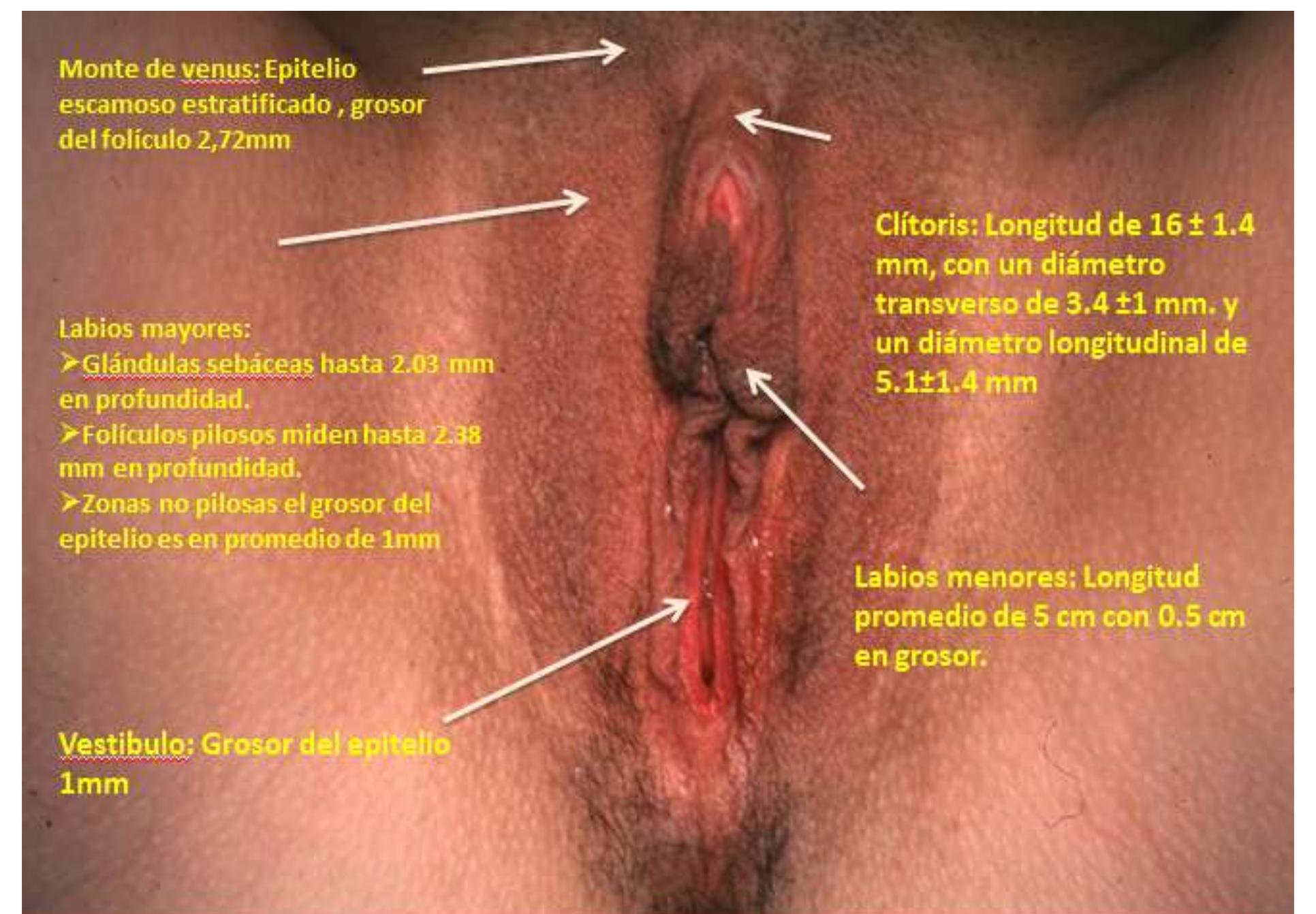
# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL VULVAR

**MSc. Daisy Hernández Durán**  
**Profesora Auxiliar**  
[\*daisyhd@infomed.sld.cu\*](mailto:daisyhd@infomed.sld.cu)

## Consideraciones generales para el tratamiento

La elección del tratamiento depende :

1. La lesión (localización, extensión y focalidad).
2. La paciente (edad, estado inmunológico y posibilidad de seguimiento).



**Monte de venus:** Epitelio escamoso estratificado, grosor del folículo 2,72mm

**Labios mayores:**

- **Glándulas sebáceas** hasta 2.03 mm en profundidad.
- **Folículos pilosos** miden hasta 2.38 mm en profundidad.
- **Zonas no pilosas** el grosor del epitelio es en promedio de 1mm

**Vestíbulo:** Grosor del epitelio 1mm

**Clítoris:** Longitud de  $16 \pm 1.4$  mm, con un diámetro transverso de  $3.4 \pm 1$  mm. y un diámetro longitudinal de  $5.1 \pm 1.4$  mm

**Labios menores:** Longitud promedio de 5 cm con 0.5 cm en grosor.

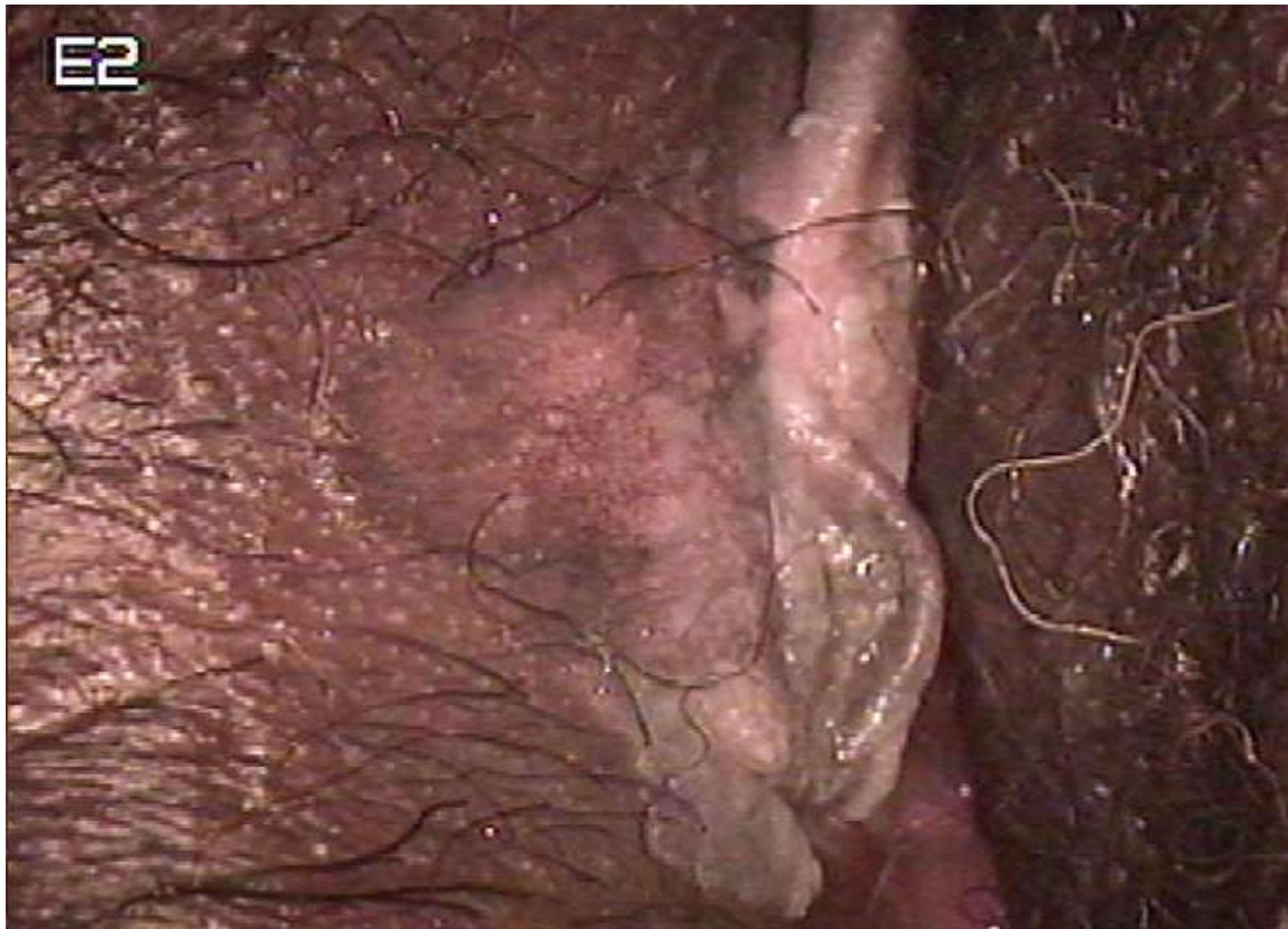


**Lesiones blancas  
sobreelevadas.**



**Lesiones  
multicéntricas  
blancas y  
pigmentadas.**

ER



E4





# Tipos de tratamiento

1. Observación. Conducta expectante.
2. Tratamientos quirúrgicos
  - ✓ Escisión local amplia.
  - ✓ Vulvectomy superficial con injerto cutáneo o no.
  - ✓ Vulvectomy simple.
3. Vaporización láser.
4. Aspiración asistida por ultrasonido (CUSA, Cavitation Ultrasonic Surgical Aspiration).
4. Terapia fotodinámica.
5. Terapias combinadas de exéresis y ablación.
7. Tratamiento médico tópico.

## Observación. Conducta expectante

- En pacientes jóvenes, bien seleccionadas, sobre todo si son gestantes o están temporalmente inmuno-deprimidas
- Período de observación de seis meses a un año.

# Tratamientos quirúrgicos

- Lesiones de VIN de alto grado localizadas se manejan con exéresis local asegurando márgenes libres de al menos 5 mm.
- En pacientes mayores se debe de realizar tratamiento escisional con la finalidad de descartar una invasión oculta.
- Si las lesiones son múltiples y afectan toda la vulva, entra en consideración la vulvectomía cutánea, extirpando todo el grosor de la piel con los folículos pilosos y anejos cutáneos, respetando el tejido subcutáneo y conservando el clítoris.

# Escisión Local

- En las lesiones pilosas involucrando una zona de epitelio sano de 3 a 4 mm., y vaporización en zonas sin pelo.
- La cifra de erradicación de la lesión por escisión amplia es de 78.4%.
- El índice total después de dos procedimientos es de 98.8%.

Se efectúan con bisturí frío o bien con entrenamiento adecuado con rayos laser de CO2 y con 3 a 4 mm., de tejido sano adyacente.

# Vulvectomía Cutánea

- Está indicada en lesiones muy extensas que afectan toda la vulva.
- Se puede combinar con vaporización con rayos Laser de CO2.
- Se extirpa todo el grosor de la piel con los folículos pilosos y anexos cutáneos respetando el tejido subcutáneo. El clítoris se conserva siempre, extirpando superficialmente cualquier lesión que se encuentre localizada en el prepucio el glande.
- Es una modalidad para el tratamiento para lesiones de alto grado.
- La morbilidad con este método de tratamiento es baja. Los resultados cosméticos son satisfactorios.

# Vulvectomy simple

➤ Este procedimiento produce deformidad importante y se reserva para pacientes mayores con lesiones sintomáticas y extensas de VIN III.

# Vaporización con rayos laser de CO2

- Imprescindible tener reporte de múltiples biopsias previas.
- Tiene la ventaja de su alto nivel de precisión por lo que se logra un adecuado control de la profundidad.
- Esta modalidad de tratamiento es efectiva sobre todo en lesiones localizadas en zonas no pilosas con excelente cicatrización.
- Se han publicado porcentajes de curación de 76.9% con una solo sesión de vaporización y de 78.4% tratados con escisión y de 96.8% después de dos tratamientos

# Vaporización con rayos laser de CO2

- Es conveniente tomar un margen de tejido sano de 3-5 mm., para disminuir el porcentaje de recurrencia.
- Tiene la desventaja de que no se obtiene espécimen para estudio histopatológico.
- Se debe efectuar hasta la dermis papilar, evitando profundizar más allá, por el riesgo de producir una cicatrización deficiente.

# Aspiración Quirúrgica Ultrasónica (CUSA).

- Otra modalidad de tratamiento de la VIN confinada a las zonas no pilosas.
- Tiene la gran ventaja de poder realizar resección con un espécimen para estudio histopatológico, sin dejar cicatriz en la zona tratada.
- La curación del área resecada ocurre entre 4 y 6 semanas

# Terapia fotodinámica

- Basada en una destrucción selectiva de las células neoplásicas previamente expuestas a un agente fotosensibilizador (ácido 5-aminolevulínico).
- Se aplica una luz con una longitud de onda determinada que produce una reacción de oxidación y necrosis celular.
- En pacientes con lesiones uni o bifocales, la terapia fotodinámica ha mostrado resultados esperanzadores.
- Preserva la anatomía normal y permite tratar lesiones multifocales.

# Quimioterapia tópica

## ➤ 5-fluorouracilo (5-FU):

- Requiere de 6 a 10 semanas de tratamiento.
- Pueden ocurrir eritema, edema, descamación de la piel y dolor significativo.
- Las ventajas de este método sería una cicatriz mínima, sin embargo, el epitelio neoplásico de las zonas pilosas no es tratada adecuadamente por la exfoliación superficial de 5-FU que puede salvar conductos sebáceos y los folículos pilosos.
- La ineficiencia potencial combinada con la interrupción prematura del tratamiento hace que este tratamiento de un valor limitado.

# Inmunoterapia



➤ **Imiquimod crema al 5%** : Modificador de la respuesta inmune con propiedades antivirales y antitumorales.

▪ **Puede ser utilizado como:**

1. Terapia de primera elección en pacientes que no quieren citodestructivos o métodos de escisión.
2. Terapia de segunda elección en pacientes con múltiples recaídas después de otras terapias.
3. Terapia de combinación.

➤ **Otros antivíricos como cidofovir al 1% también se han utilizado con éxito.**

**MUCHAS GRACIAS**