

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA/REPORTE DE UN CASO

CARCINOMA VERRUCOSO DE VULVA

Dra. Karla Gamboa Espinoza¹, Dra. Yamileth Castro Segura², Dr. Federico Brenes Dittel³.

Resumen

El carcinoma verrucoso de vulva es una neoplasia poco frecuente y corresponde a menos del 1 % de todas las neoplasias malignas de vulva. Presentan un crecimiento lento con tendencia a la recurrencia, pero no es habitual en este tipo de carcinoma las metástasis a distancia ni a ganglios linfáticos, y el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica, teniendo un buen pronóstico si se realiza adecuadamente. Presentamos a continuación el caso de una paciente femenina de 87 años, con historia de prurito vulvar de más de 4 años de evolución, con una lesión verrucosa exofítica de 2.5 x 1.5 cm en labio mayor derecho.

ABSTRACT

Verrucous carcinoma of the vulva is a rare malignancy and corresponds to less than 1% of all malignant neoplasia of the vulva. They have slow growth with a tendency to recur, but it is unusual in this type of carcinoma distant metastasis or lymph nodes, and the treatment of choice is surgical excision, with a good prognosis if performed properly. We present following the case of a 87's years patient, with history of pruritus vulvar of over 4 years of evolution, with a lesion verrucosa exophytic 2.5 x 1.5 cm in greatest right lip.

INTRODUCCIÓN

Más del 90% de los cánceres vulvares son del tipo epidermoide o escamoso, los otros con menos del 10% son: melanoma (4%) que es el segundo en frecuencia, adenocarcinoma, sarcoma, carcinomas basocelulares (aproximadamente 1.4%) e indiferenciados.⁴

El carcinoma verrucoso (tumor de Ackerman) del tracto genital femenino constituye una entidad poco frecuente, representa del 1 al 4% de los cánceres en la mujer, ocupando el cuarto lugar dentro de las neoplasias del tracto genital femenino y puede afectar a vulva, vagina y cérvix, siendo más frecuente en vulva y su incidencia es menos del 1% de las neoplasias malignas de vulva.¹⁻³⁻⁴

Su etiología es desconocida. Se han comunicado casos en los cuales se ha detectado la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) tipos 6 y 11 en el tejido tumoral, aunque su papel no está del todo claro y se debe demostrar si la presencia del VPH es una coincidencia o un cofactor en la carcinogénesis.¹

Clínicamente se determina por un crecimiento lento, localmente invasivo, con una apariencia macroscópica de masa friable de aspecto verrucoso, ocasionalmente ulcerada, que como distintivo principal tiene la recurrencia local, pero habitualmente no metastatiza a ganglios linfáticos ni a distancia. Aproximadamente 2/3 de los cánceres de vulva, el 70%, se localizan en los labios mayores.³⁻⁴

Histológicamente se define por un crecimiento exofítico de superficie ondulada hiperqueratósica, a veces con proyecciones papilares con escaso tallo vascular; el margen profundo se caracteriza por ser compresivo, sin que se observen imágenes infiltrativas propias del carcinoma escamoso clásico.³

Aunque muchas pacientes son asintomáticas, en un buen número el síntoma predominante es el prurito. Otra característica especial es que a diferencia de otras lesiones malignas puede presentarse como una lesión evidente, engrosamiento blanquecino, pápulas pigmentadas o lesiones rojizas.⁴

El tratamiento es la escisión del tumor con márgenes libres de al menos 1 cm para evitar recurrencias. Las recurrencias deben tratarse con re-escisión y empeora el pronóstico.¹

Presentación de caso clínico

Paciente femenina de 87 años, portadora de hipertensión arterial (riesgo C), dislipidemia y cardiopatía hipertensiva, conocida múltipara, gesta 13, de los cuales tuvo 11 partos vaginales y dos por cesárea sin historia de abortos. La menopausia se le presentó a los 40 años y el último control de papanicolau fue cinco años previo a ser tratada por la patología comentada. Con historia de prurito vulvar de más de cuatro años de evolución. Al examen físico presentaba leucoplaquia en labios mayores, menores y clítoris, que se extendía a todas las paredes vaginales y cérvix. En el labio menor derecho presentaba una úlcera poco profunda de 0.5 x 0.5 cm y una lesión verrucosa exofítica de 2.5 x 1.5 cm en labio mayor derecho.

1. Médico General, Atención Primaria, Medicina de Empresa, Costa Rica.

2. Médico General, Gineco-Obstetricia, Costa Rica.

3. Médico General, Residente de Geriatría y Gerontología, C.C.S.S., Costa Rica.

El tacto vaginal no evidenció invasión cervical ni vaginal, pero presentaba leucorrea fétida. Un útero en retro verso flexión, sin palpar anexos. No presentaba adenopatías inguinales.

Se le realizó biopsia excisional de la lesión verrucosa, de la zona de leucoplaquia, así como de la piel libre de enfermedad. El reporte histopatológico de la biopsia corresponde a cortes de piel con una neoplasia exofítica, constituida por grupos de células escamosas bien diferenciadas que forman prolongaciones "empujantes" hacia la dermis, con células poligonales de citoplasma eosinofílico con mitosis basales y focal producción de queratina. La dermis presenta infiltrado inflamatorio crónico peritumoral. La lesión mide 1.4 cm de extensión horizontal por 0.4 cm de profundidad. El margen quirúrgico profundo se encuentra a 9 mm de la lesión. Uno de los márgenes quirúrgicos laterales muestra liquen esclero-atrófico. El otro margen quirúrgico lateral presenta positividad para carcinoma epidermoide microinvasor, tipo convencional. Diagnóstico: carcinoma verrucoso.

Al mes siguiente la paciente es llevada a sala de operaciones. Se le realizó una vulvectomía radical más reparación y rafia de lesión de recto distal; en la que se encontró una lesión de 3 cm a 8 cm que respetaba introito, vulva y ano. Se identificó una lesión en la luz rectal de 2 cm aproximadamente que se repara en capas. Al finalizar se realizó tacto rectal y se palpó lesión cerca del ano reparado y se decidió manejar conservadoramente. Posterior a la cirugía se colocó catéter epidural a nivel de L2 - L3 sin complicaciones y se dejó el catéter a 12cm de piel el cual fue retirado al día siguiente.

En el postoperatorio número tres hubo dehiscencia parcial de la herida quirúrgica, así como salida de heces por la vagina, a consecuencia de una fistula recto vaginal. El caso fue comentado con el médico ginecólogo que la operó y él indicó que la paciente debía ser llevada a sala de operaciones para realizarle una colostomía.

En su postoperatorio número cinco de la vulvectomía más la rafia de recto fue llevada a sala de operaciones nuevamente para reparar la fistula recto vaginal y se le realizó una colostomía de Hartman (para umbilical derecha). Al día siguiente de la cirugía la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, ostomía con adecuada producción y permeable.

Seis días posteriores a la colostomía se egresó del hospital, con control en "Clínica de Pacientes con Ostomía" y en Ginecología-Oncología.

Cinco meses después la usuaria fue valorada en el servicio de Ginecología -Oncología y se analizó el estudio patológico de la vulva, el cual describe piel de color café, de aspecto rugosa con lesiones blanquecinas, que impresiona neoplásico en la porción interna y que se extiende por los márgenes vaginales hacia la zona posterior. Los diagnósticos son: 1. Neoplasia intraepitelial de alto grado, 2. Márgenes quirúrgicos con compromiso focal en margen lateral izquierdo y 3. Tejido vulvar con liquen escleroso y atrófico y áreas cicatriciales.

Dada la edad de la paciente y las comorbilidades se pensó dar manejo conservador y no aumentar los márgenes en ese momento.

DISCUSIÓN

El carcinoma verrucoso es una variedad de carcinoma escamoso que corresponde a menos del 1% de todos los cánceres de vulva, el cual presenta típicamente una lenta evolución, así como un patrón de crecimiento invasivo localmente. La mayoría de los casos se presentan en mujeres posmenopáusicas, como fue el caso de nuestra paciente; aunque hay autores que lo refieren en mujeres en edades más tempranas.

La mayoría de la bibliografía reporta la etiología del carcinoma verrucoso de vulva como desconocida, pero existen casos, que han sido relacionados con el VPH, tipos 6 y 11. Aunque su papel no está del todo claro, se debe demostrar si la presencia del VPH es una coincidencia o un cofactor en la carcinogénesis. En este caso no se evidenció la presencia del VPH, por lo tanto la etiología en ella es desconocida. Clínicamente puede presentarse como una lesión verrucosa exofítica y se debe pensar en él cuando un condiloma no responde al tratamiento tópico o cuando se presente una gran lesión con aspecto de coliflor que destruye el tejido subyacente y que sugiere una conducta agresiva, características que se relacionan al caso aquí presentado.

Histológicamente el carcinoma verrucoso muestra un bajo grado de malignidad, con escasa atipia citológica. Presenta un patrón de crecimiento exo endofítico y esta arquitectura es su sello más característico. El crecimiento exofítico es un epitelio escamoso bien diferenciado con hiperparaqueratosis y el componente endofítico es un epitelio hiperplásico que empuja y comprime pero no infiltra el tejido subyacente.

Rubio, Moratalla, Santón, González Bernal, (2006) mencionan que el tratamiento es la escisión del tumor con márgenes libres de al menos 1 cm para evitar recurrencias. Las recurrencias deben tratarse con re-escisión y empeoran el pronóstico. A su vez Rubio et al, hacen referencia a que la radioterapia está contraindicada, porque se han descrito transformaciones anaplásicas del tumor.

Un punto que llama la atención, es la evolución del prurito, el cual se presentó durante cuatro años, por lo que surgen ciertas interrogantes como: ¿Por qué tenía cinco años sin PAP?, ya que si se hubiera realizado alguno en ese tiempo, las lesiones se hubiesen visto. ¿Consultaría la paciente por el síntoma presentado? ¿Si sí consultó, por qué no se notaron las lesiones?

Para responder lo anterior, se han planteado ciertos supuestos: Una de las probables razones (aunque no se cuentan con los datos que apoyen este argumento), es que el médico quien llevaba el control de la paciente se hubiera apegado a las recomendaciones para el tamizaje de cérvix del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, donde se establece que el tamizaje para cáncer de cérvix puede suspenderse en pacientes entre los 65 y 70 años, siempre y cuando dentro de su historial de exámenes no se presenten alteraciones en los resultados de los papanicolaou en los últimos 10 años, así como que en los últimos tres o más no se presente alteración alguna. Esto lleva a la idea que si a la paciente se le hubiera continuado el tamizaje, pese a que

se entiende que la citología no detecta el cáncer de vulva, pero al ser un proceso visual, de inspección y colocación del espéculo; hubiese sido posible observar las lesiones en vulva.

Respecto a la valoración del prurito se plantea la posibilidad de que la mujer no consultase en ese tiempo; dada la edad de la paciente y la anatomía del síntoma. Sin embargo, partiendo del supuesto que la señora sí hubiera consultado, probablemente se manejó como si fuese asociado a la atrofia vulvar que acompaña a una mujer post menopausia; quedándose en el cajón de las interrogantes la visibilidad de las lesiones y la realización o no de una inspección orientada al síntoma.

Todo lo anterior hace reflexionar sobre la importancia y utilidad del proceso llamado papanicolaou, ya que funciona en el tamizaje de cáncer de cérvix, pero la especuloscopia e inspección visual alertan ante cualquier anomalía vulvar y vaginal. También cabe recalcar el tomar en cuenta todos los síntomas, por mínimos y claros que parezcan para dar un diagnóstico, así como el realizar una adecuada historia clínica y un dirigido pero correcto examen físico.

CONCLUSIONES

1. El carcinoma verrucoso de vulva, corresponde a una neoplasia poco frecuente en ginecología su incidencia y representa menos del 1% de las neoplasias malignas de vulva.
2. Este tipo de carcinoma tiene una clínica muy pobre, siendo el prurito su síntoma cardinal.
3. El tratamiento consiste en escisión quirúrgica con márgenes, sin verse beneficiado de la radioterapia, ya que se han descrito casos en los que se ha visto la transformación anaplásica del tumor, por lo tanto ante recidivas la indicación es de nuevo el manejo quirúrgico.
4. Si bien algunos autores plantean la linfadenectomía inguinal superficial, ésta no es totalmente segura, primero porque es un cáncer que habitualmente no hace metástasis, y segundo porque aún en pacientes con pronóstico favorable existe un porcentaje de recurrencias ganglionares en ganglios parcialmente operados.
5. Es de suma importancia tener presente clínica del cáncer vulvar en toda paciente postmenopáusica, para así sospecharlo en toda clínica de prurito y no simplemente atribuirlo a la resequedad vaginal que es muy característica en este tipo de pacientes.
6. Se deber seguir el protocolo de tamizaje de cáncer de cervix, y si la paciente cumple con los requisitos para suspender el mismo, no debe dejarse lado, la inspección de la vulva y vagina ante cualquier síntoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. D. Rubio, E. Moratalla, N. Camarasa, A. Santón y M. González-Bernal, (2006) Carcinoma Verrucoso de vulva, Clin Invest Gin Obst.; 33(6):241-
2. G de Rosa, E Barra, R Gentile, A Boscaino. B Di Prisco, F Ayalat, (1989) Verruciform xanthoma of the vulva: case report, Genitourin Med;65:252-254
3. Lara Bohórquez C, et al. (2011) Carcinoma verrugoso de vagina. Presentación de un caso. Prog Obstet Ginecol. doi:10.1016/j.pog..07.002
4. M. de Jesús Ponce, O. Flores Funes, (1988). Cancer de Vulva, Revista Medica Hondur, Vol. 56.
5. Philip J. Di Saia, William T. Creasman, (2012) Clinical Gynecologic Oncologic, Octava Edicion, Elsevier.