

Lesiones vulvares en la menopausia

Dr. Francisco Tenorio González*

La vulva frecuentemente es afectada por lesiones dérmicas, principalmente infecciosas, pero en la menopausia son más frecuentes las degenerativas, cuyo diagnóstico es muy importante para descubrir carcinomas incipientes y para suprimir lesiones potencialmente malignas.

En una serie de 249 enfermas con cáncer de la vulva no tratadas (Rutledge, 1970), el 60 por ciento refirieron la presencia de tumor o endurecimiento durante un promedio de 10 meses antes del diagnóstico; 25 por ciento estuvieron con tratamiento médico sin que se les hiciera biopsia, y 30 por ciento sufrieron, por causa del médico, dilatación en el diagnóstico por tres o más meses.

En nuestro país, aunque el cáncer de la vulva es poco frecuente (constituye el 0.8 por ciento de los cánceres ginecológicos), esta dilación en el diagnóstico es evidente porque casi todas las enfermas enviadas al Hospital de Oncología del I.M.S.S., llegan en etapas III y IV, prácticamente fuera de tratamiento curativo.

En realidad, no hay razón para este retraso en el diagnóstico; por su situación anatómica la vulva es muy accesible a la exploración directa y los síntomas principales de sus lesiones en la menopausia son pocos y muy constantes: prurito, ardor, flujo, enrojecimiento o atrofia de la zona afectada, úlcera y tumor. Así que el diagnóstico es relativamente fácil, sólo requiere que el médico otorgue importancia a los síntomas que la enferma refiere, haga una exploración completa y conozca las diferentes lesiones que afectan a la vulva y a la zona anogenital en la menopausia.

Obviando las de tipo infeccioso y parasitario, cuyo análisis no es motivo de este trabajo, estas lesiones pueden agruparse como sigue:

- 1) Lesiones distróficas.
- 2) Carcinoma preinvasor.
- 3) Carcinoma invasor.

1) Lesiones distróficas

Con el término "distrofia" se designan diferentes alteraciones del crecimiento y maduración del epitelio vulvar que anteriormente se denominaban, indistintamente como *carcinosis*, *leucoplasia*, *atrofia*, *vulvitis leucoplásica* o *neurodermatitis* (Society for the Study of Vulvar Disease, 1976). Estos cambios pueden ser difusos o localizados, con engrosamiento o adelgazamiento del epitelio, el cual puede adquirir color blanquecino o rojizo. Según su estructura histológica, estos cambios se clasifican como sigue:

- I) Distrofia hiperplásica.
 - A) Sin atipia.
 - B) Con atipia.
- II) Liquen escleroso.
- III) Distrofia mixta (liquen escleroso con zonas de hiperplasia epitelial).
 - A) Sin atipia
 - B) Con atipia

La atipia epitelial se caracteriza por pérdida de la morfología celular, por modificación de las capacidades tintoriales del núcleo y alteración de la estratificación. Según el grado de estas alteraciones, la atipia vulvar se clasifica como leve, moderada o severa. Cuanto más acentuada es la atipia, su semejanza con el carcinoma *in situ* y sus posibilidades de transformarse en tal, son mayores.

Como ya se ha mencionado, clínicamente estas lesiones se manifiestan por prurito persistente puede haber atrofia del epitelio vulvar con coloración blanquecina, o bien

* Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional, I.M.S.S.

edema de aspecto rojizo.

El diagnóstico se hace con la biopsia de la zona más característica. La colposcopia previa tinción con azul de toluidina es de gran ayuda. La biopsia se hace con bisturí, después de infiltrar anestesia local, debe incluir buena parte de la zona sospechosa y, de preferencia, una porción del tejido aparentemente sano, incluyendo en profundidad todo el espesor del epitelio. Comúnmente es necesario hacer hemostasia con unos puntos de catgut.

El tratamiento de las distrofias sin atipias y de la atipia leve, tiende a suprimir el prurito, que es la manifestación más constante, con antiinflamatorios locales, estrógenos tópicos y, excepcionalmente sistémicos; este último tratamiento, si la enferma no tiene las características biotipológicas de alto riesgo para cáncer del endometrio, que son: obesidad, hipertensión arterial, diabetes, antecedentes de infertilidad y ciclos anovulatorios o antecedentes familiares de carcinoma del endometrio. El tratamiento con estrógenos sistémicos obliga a la vigilancia estricta de la enferma, con citologías cérvico-vaginales, exploración mamaria (incluyendo, de ser necesaria, la mastografía) y, si hay hemorragia vaginal, legrado endometrial.

En algunos casos con distrofia y atipia moderada o severa con prurito persistente que no cede al tratamiento médico, es necesario hacer excisión local de la zona más sintomática y si la lesión es difusa o multicéntrica, vulvectomía simple.

2) Carcinoma pre-invasor

En esta denominación se incluyen el carcinoma de células basales, a la enfermedad de Bowen, a la enfermedad de Paget extramamaria y al carcinoma epidermoide *in situ*.

A) *Carcinoma de células basales*. Es extraordinariamente raro en esta región, dos al cuatro por ciento de los cánceres vulvares (Hertig, 1960). Se localiza en la piel de los labios mayores (no se origina en la mucosa y excepcionalmente la afecta), se observa alrededor de los 60 años de edad. Se manifiesta como una zona ulcerada, de bordes levantados y nodulares, bien limitada, con fondo sucio, en ocasiones pigmentada.

Excepcionalmente se disemina por vía linfática, lo común es que crezca lentamente por extensión superficial. Su tratamiento consiste en la extirpación de la lesión con un margen mínimo de medio centímetro en la superficie y de todo el espesor de la piel en profundidad.

B) *Enfermedad de Bowen*. Es una variedad del carcinoma *in situ*, con ciertas características histológicas que no tienen trascendencia clínica. Se observa entre los 25 y 73 años de edad (Hertig, 1960), más frecuente después de los 40 años. Su manifestación principal es el prurito de larga evolución y macroscópicamente se aprecia como una placa de extensión variable, ligeramente elevada, de color café rojizo. Frecuentemente precede o acompaña al carcinoma invasor. Su tratamiento es el mismo que el del carcinoma *in situ*.

C) *La enfermedad de Paget extramamaria (de la zona ano-genital)*. Es una dermatosis rara en la vulva, con apariencia variable, comúnmente como lesión eccematosa, eritematosa, discretamente elevada, con zonas de hiperqueratosis o ulcerada. Fácilmente se confunde a simple vista, con un proceso inflamatorio. Aproximadamente en 20 a 25 por ciento de los casos se asocia un adenocarcinoma invasor de glándula apócrina (Disaia, 1976).

Como generalmente la lesión es amplia, abarca toda la vulva y hasta parte del periné, el tratamiento es la vulvectomía total, con amplio margen de tejido sano entre la lesión y el corte; lo que frecuentemente obliga a la colocación de injertos. El patólogo estudia cuidadosamente la pieza operatoria y si se encuentra carcinoma invasor debe hacerse linfadenectomía inguinal en un segundo tiempo (Disaia, 1976) (Franklin, 1978).

D) *El carcinoma epidermoide intraepitelial* es una variedad más común de cáncer pre-invasor de la vulva. Se asocia muy frecuentemente a la distrofia con atipias y cada vez se diagnostica con más frecuencia en mujeres que han padecido o padecen carcinoma *in situ* o invasor del cérvix o de la vagina. En dos enfermas jóvenes lo hemos encontrado en cicatrices por quemaduras de la región ano-rectal.

El síntoma fundamental, como en todas las distrofias, es el prurito. En la exploración se observa la lesión que puede ser rojiza, café o blanca, de mayor consistencia que el resto del tejido.

Con frecuencia es difícil el diagnóstico diferencial entre las diferentes distrofias, el carcinoma *in situ* y el carcinoma invasor pequeño. La extirpación de un fragmento adecuado de lesión, o de toda ella, si es pequeña, para estudio histológico proporciona el diagnóstico; pero en ocasiones la dificultad estriba en elegir la zona más representativa para tomar la biopsia, así puede ser necesario obtenerla de múltiples áreas de ser posible auxiliándose con la tinción con azul de toluidina y con el colposcopio.

El diagnóstico de esta lesión obliga al estudio completo del cérvix y de la vagina para descartar carcinoma en ellos.

Es necesario individualizar el tratamiento. Los factores que para ello deben considerarse son los siguientes (Rutledge, 1976):

- 1) Tamaño y localización de la lesión.
- 2) La existencia o no de distrofia en el epitelio vulvar no afectado por el carcinoma.
- 3) Características de la enferma (edad, actividad sexual, posibilidades de alteración emocional al suprimir los genitales).

4) Posibilidades de control después de un tratamiento conservador.

Valorados estos factores, el tratamiento puede ser excisión local de la lesión con margen suficiente, con aplicación subsecuente de injerto cuando el defecto quirúrgico sea amplio; o vulvectomía total (sin linfadenectomía) si la lesión es extensa o multicéntrica. Decidir esta operación en las enfermas menopáusicas no tiene problema; pero en las enfermas jóvenes es muy difícil. Por eso algunos autores (Sinclair, 1968) recomiendan como vulvectomía modificada la extirpación completa de la piel de la vulva, sin incluir las glándulas ni el tejido fibroadiposo subyacente.

En general, si se extirpa totalmente la lesión, sea por resección parcial o por vulvectomía simple, se consigue la curación en todos los casos. Sólo que la extirpación local de la lesión exige la vigilancia estrecha de la enferma por la posibilidad de multicentricidad de las lesiones.

Desde hace unos cinco años algunos autores (Hilliard, 1969; Carson, 1976; Woodruff, 1976) han preconizado la aplicación de 5 fluorouracilo tópico en el carcinoma *in situ*, como tratamiento conservador en mujeres jóvenes o en ancianas con mucho riesgo, quirúrgico. Su aplicación requiere primero, un diagnóstico histológico preciso y segundo, del uso del colposcopio para localizar y delimitar las lesiones. Aunque los informes son optimistas, aún no se dispone de resultados definitivos.

3) Carcinoma invasor

La variedad más frecuente es la epidermoide, el adenocarcinoma es muy raro y muy frecuentemente es precedido por lesiones distróficas aproximadamente el 70 por ciento se presenta en los labios, los mayores son más frecuentemente afectados. El sitio que sigue en frecuencia es el clítoris, 13 por ciento; otros menos frecuentes son la uretra y el periné: Su mayor frecuencia es después de los 50 años, y sus síntomas principales son, al principio, prurito vulvar; después sangrado, flujo hemático y tumor, que puede ser exofítico, ulcerado o infiltrante.

Generalmente su crecimiento es lento y se disemina fundamentalmente por vía linfática; la diseminación hemática es excepcional, salvo en las recurrencias después de tratamiento o cuando se asocia con melanoma.

El diagnóstico se hace por la exploración directa y con la biopsia de la lesión. Para definir la extensión del tumor es necesaria la exploración completa de la enferma, sobre todo de las regiones inguinales para buscar metástasis ganglionares. Si el tumor abarca la uretra o el ano, pueden requerirse la cistoscopia y la rectosigmoidoscopia. La radiografía de tórax, biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina, son rutinarios. La edad avanzada de las enfermas obliga al estudio completo de sus condiciones metabólicas y cardiopulmonares.

Definida la extensión del tumor, se clasifica en la etapa clínica correspondiente, de acuerdo con la clasificación Internacional de la FIGO (Kottmeier, 1973). Esta clasificación más las condiciones de salud de la enferma, son la base para decidir el tratamiento.

En las etapas I y II, si las condiciones de la enferma plantean un riesgo operatorio normal, el tratamiento es vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal bilateral. Si hay tumor en el clítoris o en alguno de los ganglios de Cloquet, se agrega linfadenectomía pélvica bilateral.

En estas etapas, la sobrevivida a 5 años, corregida en relación a enfermedades in-

tercurrentes, es de 90 a 95 por ciento (Franklin, 1978).

En las etapas III y IV se utiliza la radioterapia y la quimioterapia, con pocas posibilidades de curación; ocasionalmente se hace cirugía complementaria para reseca tumor residual pequeño o paliativa para extirpar el tumor necrótico y sangrante. □

Bibliografía

1. Carson, T. E., Hoskins, W. J. y Wurzel, J. F.: Topical 5-Fluorouracil in the treatment of carcinoma *in situ* of the vulva. *Obstet. Gynecol.* 47:59, 1976.
2. Disaia, P. J., Morrow, C. P. y Townsend, D.E.: Synopsis of gynecologic oncology. John Wiley and Sons, Nueva York, Pág. 219, 1975.
3. Franklin, E. W.: Malignancy of the vulva. En McGowan, L. *Gynecologic Oncology*. Appleton-Century-Crafts. Nueva York, pág. 167, 1978.
4. Hertig, A. T. y Gare, H.: Tumors of the female sex organs. Part 2. Atlas of Tumor Pathology. Armed Forces Institute of Pathology Washington, D. C. 57, 1960.
5. Hillard, G. D. Massey, F. M. y O'Toole, R. V.: Vulvar neoplasia in the young. *Amer. J. Obstet. Gynecol.* 135:185, 1979.
6. International Society for the Study of Vulvar Disease. New nomenclature for vulvar disease. Report of the Committee on Terminology. *Obstet. Gynecol.* 47. 122. 1976.
7. Kottmeier, H. L.: Ed. Annual Report on the results of treatment in carcinoma of the Uterus, Vagina and Ovary. Vol. 5, Stockholm, Sweden, 1973.
8. Rutledge, F., J. P. Smith y Franklin, E. V.: Carcinoma of the vulva. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 106:1117, 1970.
9. Rutledge, F.: Intraepithelial Carcinoma of the vulva. En Rutledge, F., Boronow, R. C. y Taylor Wharton, J. *Gynecologic Oncology*. John Wiley and Sons, Nueva York, pág. 226, 1976.
10. Sinclair, M. H.: *Am. J. Obstet. Gynecol.* 6: 806, 1968.
11. Woodruff, J. D.: Vulvar atypia and carcinoma *In situ*. *J. Reprod. Med.* 17:155, 1976.

