

Entrevista con Jacob Bornstein

“Actualizaciones sobre el cáncer de vulva: epidemiología y comienzo clínico”



Profesor y Presidente, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Centro Médico Galilee y Facultad de Medicina Azrieli, Universidad de Bar-Ilan, Israel.

Ex Presidente de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Enfermedad Vulvovaginal (ISSVD).
Presidente de los Comités de Terminología de ISSVD y Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC).

Editor del libro: "Vulvar Disease-Breaking the Myths" (Springer-Nature, 2019).
mdjacob@gmail.com

¿Qué es lo que distingue al cáncer vulvar y las lesiones precancerosas?

El cáncer y las lesiones precancerosas que se desarrollan en la vulva tienen características diferentes que las lesiones cervicales. La principal distinción, en mi opinión, es que conducen a la desfiguración de los genitales externos y, con frecuencia son tratados mediante procedimientos escisionales extensos. En consecuencia, las mujeres afectadas a veces desarrollan implicaciones psicosexuales inquietantes.

Este problema está creciendo, ya que la incidencia de cáncer y precáncer vulvar aumenta mientras que las mujeres afectadas se vuelven cada vez más jóvenes, como se presenta en este número de HPW por el Dr. Bray <https://www.hpvworld.com/articles/trends-in-the-incidence-of-vulvar-and-vaginal-cancers/>

Si bien la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino ahora se pueden prevenir con la combinación de la vacuna contra el VPH y la detección cervical, para el cáncer de vulva, el camino hacia una prevención significativa aún es largo.

Esto a pesar de la prevención absoluta de las lesiones precancerosas vulvares por las vacunas profilácticas disponibles contra el VPH, si se administran antes de la exposición a los tipos de HPV de la vacuna, se consideraba que "un efecto de campo" de un carcinógeno común, reconocido ahora como tipos de VPH de alto riesgo, causa todas las lesiones precancerosas y cancerosas en el tracto genital inferior. Sin embargo, en la vulva, la neoplasia de células escamosas se desarrolla a través de dos vías distintas, una de ellas asociada con el VPH y, por lo tanto, prevenible con la vacuna contra el VPH. Por lo tanto, en contraste con la asociación del 100% del carcinoma escamoso cervical

y la mayoría de los adenocarcinomas cervicales con el ADN del VPH, solo alrededor del 25% (rango de estimaciones 30-70%) de todos los cánceres vulvares contienen ADN del VPH, como se presenta en esta edición de HPW por el Dr. Bray <https://www.hpvworld.com/articles/trends-in-the-incidence-of-vulvar-and-vaginal-cancers/>

Los cánceres vaginales están más cerca del cáncer cervical, con una asociación del 78% con el VPH. Las dos vías diferentes que conducen al cáncer de vulva ya son evidentes en las etapas precancerosas: el VPH asociado se denomina actualmente "lesión intraepitelial escamosa vulvar de alto grado (VHSIL)". La otra vía no es causada por el VPH, sino un resultado poco frecuente a largo plazo de la dermatosis crónica, como el liquen escleroso vulvar (LE). Esta versión ahora se llama "neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada (dVIN)". También es exclusivo de la vulva que ambos tipos precancerosos, VHSIL y dVIN, son frecuentemente sintomáticos y causan prurito y dolor. En contraste, la etapa precancerosa cervical: "lesión intraepitelial escamosa cervical de alto grado (cHSIL)" es asintomática. Sin embargo, por extraño que parezca, a pesar de los síntomas premonitorios de larga duración, los retrasos largos son comunes antes de que los precánceres vulvares y el cáncer se diagnostiquen correctamente.

Esto se debe a que las mujeres ignoran los síntomas vulvares y se tardan en buscar consejo médico, como resultado de la vergüenza y el miedo a la indignidad. Además, los proveedores de atención médica a veces son reacios a realizar una biopsia de una lesión vulvar porque el cáncer precanceroso e incluso el cáncer de la vulva a menudo se presentan como un eccema sutil e "inocente". Además, actualmente no existe una prueba de detección masiva para la detección temprana del precáncer vulvar. Por lo tanto, es importante que sensibilicemos a las mujeres sobre la importancia de los cambios y síntomas vulvares e instruyamos a los cuidadores para que desarrollen un alto índice de sospecha de lesiones vulvares.

El estudio de las enfermedades vulvares y vaginales se ha retrasado durante muchos años. La razón es que tanto los ginecólogos, dermatólogos, terapeutas sexuales y otros tenían puntos de vista diversos sobre la historia natural, la terminología y los tratamientos preferidos de las afecciones vulvovaginales. La fundación de la sociedad internacional para el estudio de las enfermedades vulvovaginales (ISSVD) en 1970, resultó en un esfuerzo multidisciplinario consensuado para explorar soluciones a las dificultades únicas encontradas con el diagnóstico, el tratamiento y, como lo presenté en este número de HPW, también La terminología de la enfermedad vulvovaginal.

¿Cuál es el perfil epidemiológico del cáncer de vulva en comparación con otros cánceres genitales en la actualidad?

En todo el mundo, se diagnostican anualmente alrededor de 44.235 nuevos casos de cáncer de vulva. Esto representa 1/13 de la incidencia de cáncer de cuello uterino, donde se diagnostican 569,847 casos nuevos de cáncer de cuello uterino cada año. El riesgo acumulado de por vida (desde el nacimiento hasta los 74 años) de desarrollar cáncer vulvar y cervical es 0.09% y 1.36% respectivamente.

Según lo presentado en este número de HPW por el Dr. Bray, la tasa de incidencia de cáncer vulvar estandarizada por edad (ASR) más alta del mundo se encuentra en países de altos ingresos, como Alemania (ASR 4 - 6 por 100,000 por año). La ASR del cáncer vaginal, por otro lado, es significativamente más baja que el cáncer vulvar, y representa un perfil epidemiológico diferente, más parecido al cáncer cervical. La diferencia puede reflejar, nuevamente, el origen no relacionado con el VPH de muchos cánceres vulvares, en comparación con la asociación del VPH en la mayoría de los casos de cáncer vaginal.

Existe otra diferencia entre el pronóstico del cáncer vulvar y cervical: la tasa de letalidad anual del cáncer vulvar es del 34.4%, mientras que la del cáncer cervical es del 54.6%.

Los estudios de ADN-VPH ilustraron que los tipos de VPH de alto riesgo son responsables de prácticamente todos los casos de cáncer cervical y precancerosos. En la vulva, los tipos de VPH se pueden encontrar en el 86,9% de los precanceradores, pero solo en el 15% - 48% de los casos de carcinoma de células escamosas vulvares. Esta diferencia subraya el hecho de que dVIN no asociado a VPH conlleva un potencial maligno mayor que los precanceradores asociados a VPH. Otras afecciones vulvares que se han asociado con el desarrollo de carcinoma vulvar no relacionado con el VPH son la dermatosis vulvar crónica: liquen escleroso (LS) y los otros dos 'líquenes' vulvares: 'liquen plano vulvar' y 'liquen vulgar simple crónico'. No se determina si el cáncer evoluciona directamente de estas dermatosis, o a través de una fase de dVIN y de allí al cáncer. Estos dos tipos de neoplasia vulvar de células escamosas deben distinguirse en los estudios de perfil epidemiológico

¿El análisis de las tendencias en el tiempo apoya la noción de un aumento en el número de casos en mujeres jóvenes?

Hay un aumento gradual en el número de mujeres jóvenes registradas con precáncer vulvar y cáncer. Sin embargo, debemos ser cautelosos al interpretar los datos: hace 20 años, un informe en el Journal of the National Cancer Institute identificó el cáncer de vulva

como uno de los 12 cánceres que aumentaron su incidencia entre 1992 y 1998.¹ Sin embargo, el análisis combinó las tasas de neoplasia vulvar invasiva y preinvasiva.

Juntos aumentaron 2.4% por año de 1992 a 1998, con un aumento particularmente pronunciado en mujeres más jóvenes. De hecho, la mayor parte de este aumento parece ser con las lesiones vulvares precancerosas. En Noruega, el aumento del "carcinoma vulvar in situ", que incluye VHSIL y dVIN, se ha producido predominantemente en mujeres menores de 65 años, con una incidencia máxima observada en el grupo de edad de 40-49 años y luego disminuye constantemente. Esta distribución por edad de la neoplasia intraepitelial vulvar de alto grado fue similar a la observada en la neoplasia intraepitelial cervical de alto grado. La causa de este aumento de la lesión vulvar precancerosa puede reflejar una mayor incidencia de detección, y presentación de informes. Cuando se analiza por separado, a pesar del aumento del precáncer vulvar, solo hemos observado un aumento moderado en las tasas de incidencia de cáncer invasivo de la vulva.

Entre 1988 y 2007 se informó un aumento en la incidencia de cáncer de vulva en 13 países, principalmente Inglaterra, los Países Bajos, Noruega, los Estados Unidos y Australia. En estos países, los aumentos significativos en las tendencias se restringieron a ciertos grupos de jóvenes (de 20 a 69 años). Este aumento en la incidencia entre las mujeres más jóvenes en países de altos ingresos se relacionó con cambios generalizados en el comportamiento sexual y con las tendencias en las infecciones de alto riesgo de tipo VPH. Si ese es el caso, la alta cobertura de la vacuna contra el VPH eventualmente debería contrarrestar la creciente carga del cáncer de vulva.

Referencias:

1. Howe HL, Wingo PA, Thun MJ, Ries LA, Rosenberg HM, Feigal EG, et al. Annual report to the nation on the status of cancer (1973 through 1998), featuring cancers with recent increasing trends. J Natl Cancer Inst 2001; 93:824–42. Available from:

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Fuente: <https://www.hpvworld.com/articles/interview-with-jacob-bornstein/>