

CASOS CLÍNICOS

Carcinoma verrucoso de vulva

D. Rubio^a, E. Moratalla^a, N. Camarasa^b, A. Santón^b y M. González-Bernal^b

^aServicio de Ginecología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

ABSTRACT

Verrucous carcinoma of the vulva is a variant of squamous cell carcinoma and represents less than 1% of all vulvar malignancies. This type of tumor is characterized by slow progression and local invasive growth. Management consists of local excision with clear margins.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma verrucoso de la vulva es un tumor bien diferenciado, de crecimiento lento y aspecto verrucoso, que habitualmente no metastatiza en ganglios linfáticos ni a distancia. El tratamiento es la escisión con márgenes libres.

En 1945 Ackerman¹ utiliza por primera vez el término carcinoma verrucoso para describir una variante inusual de carcinoma escamoso de boca. En 1970² queda establecido el término de tumor de Ackerman o carcinoma verrucoso y en la década de los ochenta del pasado siglo se habían comunicado más de 400 casos, no sólo en cavidad oral, el lugar más frecuente, sino en otras localizaciones como piel, aparato genital externo masculino y femenino, cérvix uterino, canal anal, vejiga, pelvis renal y esófago³.

Se describe como un tumor bien diferenciado, de crecimiento lento, aspecto verrucoso y que habitualmente no metastatiza en ganglios linfáticos ni a distancia¹. El carcinoma verrucoso del tracto genital femenino constituye una entidad poco frecuente y puede afectar a vulva, vagina y cérvix⁴.

CASO CLÍNICO

Paciente de 26 años de edad, que acude a revisión ginecológica rutinaria. Refiere antecedentes familiares sin interés y entre los antecedentes personales me-

narquia a los 12 años con ciclos regulares, comienzo de relaciones sexuales a los 19 años y desde hace 1 año toma anticonceptivos orales. Reconoce haber tenido una sola pareja sexual, que es la actual. Fumadora de 10 cigarrillos/día. En la exploración presenta genitales externos normales con una pequeña lesión < 0,5 cm en tercio inferior de labio mayor derecho verrucosa de aspecto condilomatoso, cérvix de nulípara y útero y anejos normales. Se realiza citología cervical y ecografía que resultan sin alteraciones y se inicia tratamiento con imiquimod de la lesión vulvar. Tras finalizar el tratamiento y al no haber respondido la lesión, la paciente es remitida a la Consulta de Patología Cervical de nuestro Servicio para valoración de tratamiento destructivo local con láser CO₂. Se realiza vulvocolposcopia sin otro hallazgo que una pequeña lesión verrucosa, de consistencia dura y se decide hacer una biopsia de la misma. La determinación de virus de papiloma humano (VPH) por técnica de hibridación fue negativa. El resultado anatopatológico fue de carcinoma verrucoso de la vulva (figs. 1 y 2). Se realizó determinación de VPH por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en la pieza de biopsia que resultó negativa. Se decidió como tratamiento definitivo ampliación de márgenes, cuyo informe anatopatológico fue de tejido sano sin tumor residual.

DISCUSIÓN

El carcinoma verrucoso es un variedad de carcinoma escamoso que constituye menos de 1% de todos los cánceres de vulva⁵, caracterizado por una lenta evolución y un patrón de crecimiento invasivo local⁶. La mayoría de los casos se presentan en mujeres posmenopáusicas, aunque en edades más tempranas que el carcinoma epidermoide. También se ha descrito en mujeres más jóvenes, si bien no se ha encontrado en la bibliografía ningún caso en edades tan tempranas como el caso que se presenta^{7,8}.

Su etiología es desconocida. Se han comunicado casos en los cuales se ha detectado la presencia de VPH tipos 6 y 11 en el tejido tumoral^{6,9-11}, aunque su papel no está del todo claro y se debe demostrar si la

Aceptado para su publicación el 19 de julio de 2005.

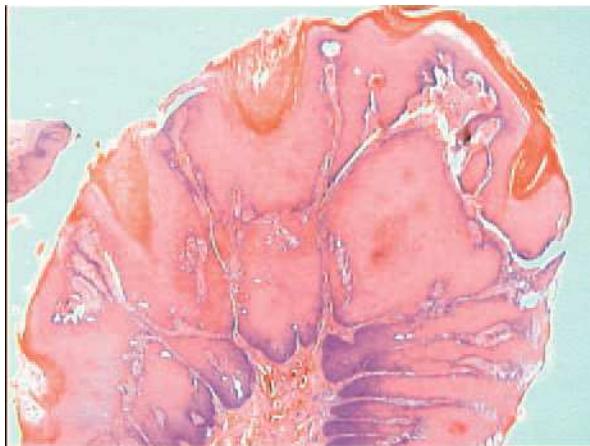


Fig. 1. Mucosa vulvar con lesión papilomatosa endofítica con recubrimiento de hiperqueratosis y parakeratosis, que corresponde a un patrón de carcinoma verrucoso (HE, 10).

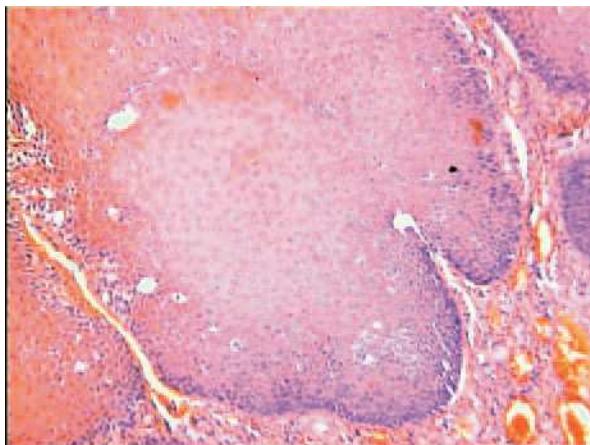


Fig. 2. Carcinoma verrucoso compuesto por células epiteliales escamosas grandes, bien diferenciadas, con apariencia benigna (HE, 40).

presencia del VPH es una coincidencia o un cofactor en la carcinogénesis⁶.

Clínicamente puede presentarse como una pequeña verruga excrecente, como en el caso que se presenta, y se debe pensar en él cuando un condiloma no responde al tratamiento tópico¹² o como una gran lesión con aspecto de coliflor que destruye el tejido subyacente y que sugiere una conducta agresiva.

Histológicamente el carcinoma verrucoso muestra un bajo grado de malignidad, con escasa atipia citológica. Presenta un patrón de crecimiento exoendofítico, 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^{2,13}.

El tratamiento es la escisión del tumor con márgenes libres de al menos 1 cm para evitar recurrencias⁶. La linfadenectomía no está indicada, ya que no se ha demostrado diseminación linfática ni a distancia^{2,7,14}. Las recurrencias deben tratarse con reescisión y empeoran el pronóstico¹⁵. La radioterapia está contraindicada, ya que se han descrito transformaciones anaplásicas del tumor hasta en el 30% de los casos^{16,17}. Este hecho no se ha constatado en recientes trabajos que describen dicha transformación en pacientes tratados quirúrgicamente^{18,19}.

RESUMEN

El carcinoma verrucoso es una variedad de carcinoma escamoso que constituye menos de 1% de todos los cánceres de vulva, caracterizado por una lenta evolución y un patrón de crecimiento invasivo local. El tratamiento correcto es la escisión local con márgenes libres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ackerman LV. Verrucous carcinoma of the oral cavity. *Surgery*. 1948;23:670-8.
2. Spiro RH. Verrucous carcinoma, then and now. *Am J Surg*. 1998;176:393-7.
3. Tomes K, Bang G, Koppang HS, Pederson KN. Oral verrucous carcinoma. *Int J Oral Surg*. 1985;14:485-92.
4. Crowther ME, Lowe DG, Shepherd JH. Verrucous carcinoma of the female genital tract: a review. *Obst Gynecol Survey*. 1988;43:263-80.
5. Iwamoto I, Kijima Y, Fujino T, Yoshinaga M, Douchi T. Verrucous carcinoma of the vulva in Turner syndrome. *Gynecol Oncol*. 2004;92:380-3.
6. Yorganci A, Serisoz E, Ensari A, Sercelik A, Ortac F. A case report of multicentric verrucous carcinoma of the female genital tract. *Gynecologic Oncology*. 2003;90:478-81.
7. Finan MA, Barre G. Bartholin's gland carcinoma, malignant melanoma and other rare tumours of the vulva. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000;17:609-33.
8. Gross GE, Barrasso R. External genitalia: Diagnosis en human papillomavirus infection: a clinical atlas. Berlin/Wiesbaden: Gross/Barrasso Ed.; 1997. p. 291-361.
9. Okagaki T, Clark BA, Zachow KR, Twiggs LB, Ostrow RS, Pass F, et al. Presence of the human papillomavirus in verrucous carcinoma (Ackerman) of the vagina. Immunocytochemical ultrastructural and DNA hibridación studies. *Arch Patol Lab Med*. 1984;108:567-70.
10. Nishikawa T, Kobayashi H, Shindoh M, Yamashita T, Fujinaga K, Ohkawara A. A case of verrucous carcinoma associated with human papillomavirus type 16 DNA. *J Dermatol*. 1993;20:483-8.
11. Kondi-Paphitis A, Deligeorgi-Politi H, Liapis A, Plemenou-Frangou M. Human papillomavirus in verrucous carcinoma of the vulva: an immunopathological study of three cases. *Eur J Gynecol Oncol*. 1998;19:319-20.

- | | |
|--|---|
| <p>12. Stewart Massad L, Ahuja J, Bitterman P. Verrucous carcinoma of the vulva in a patient infected with the human immunodeficiency virus. <i>Gynecologic Oncology</i>. 1999;73:315-8.</p> <p>13. Andersen ES, Sorensen IM. Verrucous carcinoma of the female genital tract: report of a case and review of the literature. <i>Gynecol Oncol</i>. 1988;30:427-34.</p> <p>14. González Barón M. Cáncer de vulva y vagina en oncología clínica. Patología especial. Madrid: Ed McGraw Hill-Interamericana de España; 1999. p. 341-52.</p> <p>15. Dvoretzky PM, Bonfiglio TA. The pathology of vulvar squamous cell carcinoma and verrucous carcinoma. <i>Pathol Annu</i>. 1986;21:23-45.</p> | <p>16. Gadducci A, De Punzio C, Facchini V, Rispoli G, Fioretti P. The therapy of verrucous carcinoma of the vulva. Observations on three cases. <i>Eur J Gynaecol Oncol</i>. 1989;10: 284-7.</p> <p>17. Demian SD, Bushkin FL, Echevarria RA. Perineural invasión and anaplastic transformation of verrucous carcinoma. <i>Cancer</i>. 1973;32:395-401.</p> <p>18. McDonald JS, Crissman JD, Glukman JL. Verrucous carcinoma of the oral cavity. <i>Head Neck Surg</i>. 1982;5:22-8.</p> <p>19. Tharp ME, Ditchel W. Radiotherapy in the treatment of the verrucous carcinoma of the head and the neck. <i>Laryngoscope</i>. 1995;105:391-6.</p> |
|--|---|

INFORMACIÓN

**XXVII CURSO DE ECOGRAFÍA
EN OBSTETRICIA GINECOLOGÍA,
MAMA Y DIAGNÓSTICO PRENATAL
DE MALFORMACIONES**
Granada, 6-17 de noviembre de 2006.

Grupos semanales de 8 cursillistas que se dividirán en cuatro grupos de trabajo.

Información e inscripciones:

Srta. M^a Jesús
Hospital Materno Infantil “Virgen de las Nieves”
Tfno.- 958.02.02.28
FAX.- 958.02.02.26

**VI CURSO DIATROS SOBRE
“NUEVAS MOLÉCULAS, NUEVAS
INDICACIONES, NUEVAS ESTRATEGIAS
EN LA SALUD DE LA MUJER”**
Barcelona, 18-24 de abril de 2007.

Secretaría Técnica:
Diatros División Congresos
Av. Mas Sellares, 16
08850 Gavà (Barcelona)
Tel. 93.662.05.00
Fax. 93.638.39.49
e-mail: congresos@diatros.com
web: www.diatros.com/profesionales.asp