

Abordagem das neoplasias intraepiteliais Vulvares diferenciadas (dVIN)



Cláudia Marcia de Azevedo Jacyntho

ORCID: 0000-0002-5941-2507

- Mestre em Ginecologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
- Chefe do Setor de Anogenitoscopia do HFSE-RJ-MS, aposentada
- Professora Associada de Ginecologia da Faculdade Souza Marques-RJ e Gama Filho-RJ, aposentada
- Membro Efetivo da ISSVD desde 1997
- Vice-Presidente Sudeste da ABPTGIC
- Membro da CNE de PTGI e Colposcopia da FEBRASGO



Marcela Ignacchiti Lacerda

ORCID: 0000-0002-7311-5496

- Mestre e doutora em Ciências Médicas pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro
- Chefe do Serviço de Ginecologia da Policlínica Militar da Praia Vermelha
- Médica do Instituto Fernandes Figueira (IFF-FIOCRUZ)
- Preceptora do Ambulatório Pré-Natal de Autoimunidade e Trombofilia (PrAT. HUPE) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ)
- MBA em Gestão Hospitalar pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (FACC/UFR)

As autoras declaram não ter conflito de interesses no assunto abordado

Palavras-chave: dVIN, neoplasia intraepitelial vulvar diferenciada, carcinogênese vulvar.

A neoplasia intraepitelial diferenciada (dVIN) é a principal via carcinogênica na vulva, comparada com a outra via do HPV de alto risco e cofatores, mas os estudos são limitados. (1)

Há três tipos de líquens vulvares, dos quais o líquen escleroso e o líquen plano apresentam relação com o carcinoma escamoso, dependendo de fatores de risco como idade, fumo, mutação do gene P53, metilação da p16 e falta de resposta ao tratamento. (2). O líquen simples crônico não tem relação com a carcinogênese vulvar, entretanto a liquenificação secundária que pode ocorrer no líquen plano e principalmente no líquen escleroso, pelo ato crônico de coçar pode facilitar a falta de resposta ao tratamento dessas desordens epiteliais não neoplásicas que são vias

carcinogênicas (líquens plano e escleroso) e esta falta de resposta ao tratamento é reconhecida como um fator de risco para a carcinogênese. (2-3)

A Sociedade Internacional de Estudos de Doenças Vulvovaginais (ISSVD) decidiu manter a terminologia VIN diferenciada (dVIN) nessa via carcinogênica das dermatoses, pois atenção histopatológica deve ser dada para a diferenciação com atipias marcantes na camada basal, (3) negativas para HPV, com maior potencial oncogênico que as lesões intraepiteliais escamosas de alto grau da via do HPV (HSIL), que aparecem em vulvas com líquen escleroso, líquen plano ou radiovulvite, já que não se deve confundir essa histopatologia com lesões intraepiteliais de baixo grau pelo fato de as atipias serem marcantes na camada basal, diferenciadas, porém acentuadas e sobrepostas a essas dermatoses. (3)

Clinicamente as dVIN apresentam-se como placas leucoplásicas rebeldes ao tratamento das dermatoses supracitadas ou úlceras, erosões ou nódulos palpáveis também podem ser expressões de dVIN, devendo sempre ser biopsiadas áreas suspeitas como essas no decorrer do seguimento obrigatório dessas dermatoses que têm nos dermocorticoides ultra potentes sua terapêutica de escolha e estabelecida pela ISSVD, que ainda não indica o uso de energias, salvo para estudos clínicos e deixa os inibidores da calcineurina como poupadores de corticoides, quando necessário. (4) Vale ressaltar que há quase unanimidade na literatura mundial quanto ao tratamento excisional para as dVIN, devido o grande potencial carcinogênico das mesmas. Não há possibilidade de tentativa terapêutica das dVIN com medicamentos ou energias, sendo indicada apenas a excisão cirúrgica da lesão de dVIN (5), com estudo histopatológico em cortes seriados. (3-5)

Seguimento amíúde deve ser mantido após a excisão das lesões, que são geralmente unifocais, dada a grande possibilidade de recidivas, devendo manter o tratamento preconizado para as dermatoses de base e vigilância extrema. As biópsias devem ser indicadas em todas condições que não podem ser diagnosticadas clinicamente, em qualquer suspeita de neoplasia e em todas as áreas refratárias ao tratamento das dermatoses de base (líquens escleroso, plano e radiodermite). (6)

Conclui-se que a via carcinogênica vulvar proveniente do líquen escleroso, líquen plano e radiodermite não deve ser negligenciada, requerendo exame vulvar sistemático nas consultas ginecológicas para diagnóstico das dermatoses, tratamento e seguimento adequado das mesmas, com biópsias em áreas suspeitas de dVIN, permitindo a excisão destas com prevenção do carcinoma escamoso.

REFERÊNCIAS:

1. Thuijs NB, van Beurden M, Bruggink AH, Steenberg RDM, Berkhof J, Bleeker MCG. Vulvar intraepithelial neoplasia: Incidence and long-term risk of vulvar squamous cell carcinoma. *Int J Cancer*. 2021 Jan 1; 148(1):90-98.
2. Day T, Marzol A, Pagano R, Jaaback J, Scurry J. Clinical Pathologic Diagnosis of Differentiated Vulvar Intraepithelial Neoplasia and Vulvar Aberrant Maturation. *J Low Genit Tract Dis*. 2020 Oct; 24(4):392-398.

3. Bornstein J, Bogliatto F, Haefner HK, Stockdale CK, Preti M, Bohl TG et al. The 2015 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) Terminology of Vulvar Squamous Intraepithelial Lesions. *Obstet Gynecol.* 2016 Feb, 117(2):264-8.
4. Preti M, Vieira-Baptista P, Digesu GA, Bretschneider CE, Damaser M, Demitkesen O et al. The Clinical Role of LASER for Vulvar and Vaginal Treatments in Gynecology and Female Urology: Na ICS/ISSVD Best Practice Consensus Document. *J Low Genit Tract Dis.* 2019 Apr; 23(2): 151-160.
5. Zanine RM, Bittencourt DD. Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV). In: *Doenças do Trato Genital Inferior e Coplosopia-Um Enfoque na Terapêutica.* 1.ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações; 2021. p. 153-9.
6. Lebreton M, Carton I, Brousse S, Lavoué V, Body G, Levêque J et al. Vulvar Intraepithelial Neoplasia: Classification, Epidemiology and Management. *Hum Reprod* 2020 Nov; 49(9):10180-1.