

Como eu trato Lesão intraepitelial escamosa de alto grau de vulva (NIV tipo usual)



Isabel do Val¹

Email: isabeldoval1@gmail.com

ORCID 0000-0003-1665-9929

Gutemberg Almeida², Susana Aidé³, Caroline Oliveira⁴, Renata do Val⁵, Karine Mello Duvivier⁶, Beatriz Dinau Gobel Coelho⁷

1. Professora Associada de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense - UFF; Mestrado e Doutorado em Ginecologia - UFRJ; Fellow da ISSVD.
2. Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ; Mestrado e Doutorado em Ginecologia - UFRJ; Fellow da ISSVD.
3. Professora Associada de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense - UFF; Mestrado e Doutorado em Ginecologia - UFRJ; Fellow da ISSVD.
4. Professora Adjunta de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense - UFF; Mestrado - UFF; Doutorado - UFF; Fellow da ISSVD.
5. Dermatologista do Hospital Federal da Lagoa - RJ; Mestre em saúde Materno-Infantil da Universidade Federal Fluminense - UFF; Membro da Sociedade Brasileira de Dermatologia.
6. Ginecologista do Hospital Universitário Antonio Pedro - UFF; Aluna do Mestrado em saúde Materno-Infantil da Universidade Federal Fluminense - UFF.
7. Aluna de graduação e bolsista PIBIC do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense - UFF

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Palavras chaves: NIV, Laser, tratamento.

INTRODUÇÃO

A Lesão intraepitelial escamosa de alto grau de vulva (NIV tipo usual) caracteriza-se por não ter uma aparência macroscópica uniforme. Pode se apresentar como pápulas ou máculas, coalescentes ou individuais, simples ou múltiplas. Estas lesões

podem ser hiperpigmentadas (escuras), liquenificadas e hiperkeratóticas (brancas), eczematóide e descamativa (róseas) ou eritroplásica (vermelhas), dependendo de sua localização (mucosa ou superfície cutânea).

Para escolha do tratamento considera-se o número, a localização, a extensão e a coloração das lesões.¹⁻³

CIRURGIA¹⁻³

Diversos autores, que usaram a cirurgia como tratamento primário e operações com extensões variáveis, chegaram à conclusão que operações mais conservadoras apresentavam taxas de sucesso e de recorrência semelhantes às aquelas mais alargadas. Dessa forma, recomenda-se tratamento cirúrgico conservador, sobretudo, em pacientes jovens.

Como a remoção total da lesão não é garantia de cura, deve-se realizar a excisão local ampla da lesão (sinônimos: vulvectomy parcial; vulvectomy setorial ou conservadora; excisão ou ressecção do setor vulvar), especificando a profundidade (superficial ou skinning) com margem de segurança de 2 cm em toda a extensão.

A cirurgia poderá ser realizada com bisturi frio ou com laser.

Um aspecto importante, sobretudo nas mulheres jovens, é a conservação do clitóris, mesmo quando forem realizados procedimentos maiores. A enxertia cutânea ou a rotação de retalhos cutâneos devem ser empregadas quando necessárias para reduzir a taxa de deiscência, promover a cicatrização per primum, reduzir o tempo de internação e melhorar o efeito cosmético.

LASER¹⁻³

A cirurgia pelo LASER é limpa, precisa e com poucos danos. Todavia a aparelhagem é cara e pouco disponível. O tratamento pelo LASER pode ser feito sob a forma de excisão ou de vaporização. A excisão permite a obtenção de espécime para exame histológico. A cicatrização se faz por segunda intenção, porém os cuidados pós-operatórios são importantes para evitar cicatriz viciosa e ter bom resultado cosmético e funcional. Os resultados da excisão são comparáveis ao da cirurgia convencional.

A vaporização é eficaz, em especial, em pacientes jovens nas quais o risco de invasão é mínimo e, em pequenas e múltiplas lesões localizadas em mucosa ou pele glabra. Contudo, a vaporização tem duas limitações: Primeira, como o método não fornece amostra de tecido para exame histopatológico as biopsias prévias deverão ser múltiplas para afastar invasão oculta. Segunda, a doença pode se estender para dentro do folículo pilo-sebáceo. Nesse caso recomenda-se que a profundidade de vaporização em pele pilosa seja de 3mm e de 2mm em pele glabra. A dor local é o principal efeito colateral.

CLÍNICO¹⁻³

O imiquimode 5% é um modulador da imunidade mediada por células e aumenta os níveis locais de interferons e interleucinas. A droga é usada sob a forma de creme

a 5%, aplicações em dias alternados, 3 vezes por semana, por até 16 semanas. Observaram-se boa aderência e boa tolerância ao tratamento, discretos efeitos colaterais locais (eritema, prurido e descamação vulvar) decorrentes da própria ação da droga e ausência de efeitos colaterais sistêmicos. Em nossa experiência, esta é uma boa opção terapêutica conservadora, nas lesões intraepiteliais escamosas de alto grau de vulva, principalmente em pacientes jovens, com lesões pequenas, múltiplas e de localização de difícil abordagem cirúrgica como os pequenos lábios e o clitóris, possibilitando a preservação da anatomia vulvar. Entretanto, assim como o LASER terapias medicamentosas não fornecem espécimes histológicos, sendo necessárias várias biopsias antes do início do tratamento para descartar invasão. A combinação do tratamento cirúrgico com bisturi frio e imiquimode 5% como adjuvante não parece oferecer vantagem em relação à recorrência, porém permite a realização de excisões menos extensas e mutiladoras. Um estudo multicêntrico, randomizado, placebo controlado realizado em 6 centros europeus utilizado imiquimode 5% em 43 indivíduos submetidos à transplante de órgão sólidos, não observou rejeição ou piora na função dos órgãos transplantados.

RECIDIVA E PROGRESSÃO ¹⁻³

O risco de progressão da lesão intraepitelial escamosa de alto grau de vulva (NIV tipo usual) tratada é em torno de 10% e de recorrência de 60%, sendo que cerca de 25% ocorre após 44 meses de tratamento, geralmente na mesma área da lesão inicial. Não há superioridade entre os tratamentos. Acredita-se que alguns fatores possam ser responsabilizados pelas recorrências ou pela progressão, tais como: a presença do HPV, o caráter multifocal e multicêntrico das lesões, os tratamentos destrutivos baseados apenas em resultados de biopsia, a grande variedade de modalidades terapêuticas, o comprometimento de margens cirúrgicas e de anexos da pele, idade avançada e Imunossupressão (transplante; HIV; fumo). Dessa forma, a periodicidade do seguimento deverá ser individualizado de acordo com o risco de progressão/recorrência.

CASO CLÍNICO



- 46 anos; HIV +; fumante
- Multifocal

- Excisão local ampla da área mais suspeita de invasão
- Imiquimod 5% 3x/semanas por 16 semanas
- Houve redução de 75% da lesão com 11 semanas

REFERÊNCIAS:

1. Preti M, Joura E, Vieira-Baptista P, Van Beurden M, Bevilacqua F, Bleeker MCG, Bornstein J. The European Society of Gynaecological Oncology (ESGO), the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the European College for the Study of Vulval Disease (ECSVD) and the European Federation for Colposcopy (EFC) Consensus Statements on Pre-invasive Vulvar Lesions. *J Low Genit Tract Dis.* 2022 Jul 1;26(3):229-244.
2. Val ICC, Ameida Filho GL, Valiante PM, Gondim C, Takiya CM, Carvalho MGC. Vulvar intraepithelial neoplasia: p53 expression, p53 gene mutation and HPV in recurrent/progressive cases. *J Reprod Med* 2004; 49:868-74.
3. Ulrich C, Bichel J, Euvrard S, Guidi B, Proby CM, van de Kerkhof PCM immunomodulation under systemic immunosuppression: results of a multicentre, randomized, placebo-controlled safety and efficacy study of imiquimod 5% cream for the treatment of actinic keratoses in kidney, heart, and liver transplant patients. *Br J Dermatol.* 2007 Dec;157 Suppl 2(Suppl 2):25-31.