

BIBLIOGRAFÍA

1. Garbe C, Bauer J. Melanoma, en Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. 4ª ed. *Dermatología*. España: Elsevier 2019:1989-2019.
2. Santos R, González A, Casas J, Mazzucco J, et al. Consenso nacional intersocietades sobre melanoma cutáneo. *SAD* 2011. Disponible en: www.sad.org.ar
3. Dennis LK. Cumulative sun exposure and melanoma in a population-based case-control study: does sun sensitivity matter? *Cancers (Basel)*. 2022;14:1008.
4. Swetter SM, Thompson JA, Albertini MR, Barker CA, et al. Melanoma: cutaneous. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology*. 2022. Disponible en: NCCN.org
5. Del Marmol V. Prevention and screening of melanoma in Europe: 20 years of the Euromelanoma campaign. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022;36 Suppl 6:5-11.
6. Argenziano G, Albertini G, Castagnetti F, De Pace B, et al. Early diagnosis of melanoma: what is the impact of dermoscopy? *Dermatol Ther*. 2012; 25:403-409.
7. Lallas A, Longo C, Manfredini M, Benati E, et al. Accuracy of dermoscopic criteria for the diagnosis of melanoma *in situ*. *JAMA Dermatol*. 2018;154:414-419.
8. Polesie S, Jergéus E, Gillstedt M, Ceder H, et al. Can dermoscopy be used to predict if a melanoma is *in situ* or invasive? *Dermatol Pract Concept*. 2021;11:e2021079.
9. Valdez R, Bonavía P, Busso C, Stringa O. Comparación epidemiológica de los casos de melanoma maligno del Hospital Universitario Austral (HUA) vs. el Registro Argentino de Melanoma Cutáneo (RAMC). *Dermatol Argent*. 2010;16:34-38.
10. Welch HG, Mazer BL, Adamson AS. The rapid rise in cutaneous melanoma diagnoses. *N Engl J Med*. 2021;384:72-79.
11. Campaña Nacional de Prevención del Cáncer de Piel. *Sociedad Argentina de Dermatología*. Disponible en: <https://www.cancerdepiel.org.ar/>
12. Conte S, Ghazawi FM, Le M, Nedjar H, et al. Population-based study detailing cutaneous melanoma incidence and mortality trends in Canada. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:830254.
13. Rosés-Gibert P, Podlipnik S, de la Torre Gomar FJ, Saenz-Aguirre A, et al. Incidence of melanoma in the Basque Province of Álava, Spain, from 2015 to 2018: a descriptive study. *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113:178-182.
14. Amarillo D, De Boni D, Nantes F, Tambasco C, et al. Melanoma cutáneo en Uruguay: características clínico-epidemiológicas y sobrevida en cohorte de pacientes de dos centros de referencia en el período 2008-2017. *Rev Med Urug*. 2020;36:146-154.
15. Estadística local de la población del Municipio de Pilar. 2018. Disponible en: <https://www.pilar.gov.ar/estadistica/poblacion/>
16. Grau-Pérez M, Borrego L, Carretero G, Almeida P, et al. Assessing the effect of environmental and socio-economic factors on skin melanoma incidence: an island-wide spatial study in Gran Canaria (Spain), 2007-2018. *Cancer Causes Control*. 2022;33:1261-1272.
17. Berman-Rosa M, Logan J, Ghazawi FM, Le M, et al. Analysis of geographic and environmental factors and their association with cutaneous melanoma incidence in Canada. *Dermatology*. 2022:1-12.
18. Buja A, Ruge M, De Luca G, Bovo E, et al. Cutaneous melanoma in alpine population: incidence trends and clinicopathological profile. *Curr Oncol*. 2022; 29:2165-2173.
19. Garbe C, Amaral T, Peris K, Hauschild A, et al. European consensus-based interdisciplinary guideline for melanoma. Part 1: Diagnostics: Update 2022. *Eur J Cancer*. 2022;170:236-255.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

Mitos y verdades. LESIÓN INTRAEPITELIAL VULVAR DE ALTO GRADO

Antonella María Cilio

Médica Residente de Dermatología, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina



ENUNCIADOS

1. El agente etiológico de la lesión intraepitelial vulvar de alto grado (HSIL, por su sigla en inglés) es el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo. La infección persistente confiere un riesgo de progresión al cáncer de vulva invasor.
2. Las lesiones HSIL se caracterizan por su color rosado y siempre son sintomáticas (prurito o dolor).
3. El imiquimod tópico es el tratamiento de primera línea en las mujeres inmunocompetentes con lesiones unifocales.

RESOLUCIÓN

1. VERDAD. Los tipos más frecuentes de VPH causantes de HSIL son VPH 16 (77,2%), VPH 33 (10,6%), VPH 18 (2,6%) y VPH 31 (1,2%), llamados VPH de alto riesgo.

La infección persistente y la actividad oncogénica de las proteínas E6 y E7 son cruciales para el desarrollo de HSIL. Los factores de riesgo para la progresión a HSIL son el tabaquismo, la inmunosupresión, los anticonceptivos orales y la terapia de reemplazo hormonal. La HSIL tiene riesgo de progresión al cáncer de vulva invasor, aunque menor que la VIN diferenciada.

2. MITO. La clínica de la HSIL es muy heterogénea, puede ser única o múltiple, plana o sobrelevada, y de diferentes colores (rojo, blanco o pigmentado). El síntoma más frecuente es el prurito. Otros síntomas son dolor, disuria y dispareunia. Es importante destacar que el 50% de las lesiones HSIL son asintomáticas.

3. VERDAD. En los estudios que compararon la respuesta al tratamiento con imiquimod con respecto a la cirugía, se encontró que el primero no era inferior

al tratamiento quirúrgico. En otros ensayos clínicos, se comprobó que el imiquimod es seguro, efectivo y puede considerarse la primera opción para el tratamiento de la HSIL.

Está indicado el imiquimod al 5% 2 o 3 veces por semana durante 12 a 20 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lebreton M, Carton I, Brousse S, Lavoué V, et al. Vulvar intraepithelial neoplasia: classification, epidemiology, diagnosis, and management. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020; 49:101801.
2. Andía D, Bosch JM, Cararach M, Coronado P, et al. AEPCC-Guía: Neoplasia vulvar intraepitelial (VIN). *Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia* 2015:1-39.
3. Voss FO, van Beurden M, Jordanova ES. Topical imiquimod as first-line treatment for vulvar intraepithelial neoplasia. *Lancet*. 2022;399:1755-1757.