UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

C-1

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS BIBLIOTECA U.S.C.G.

CARCINOMA DE LA VULVA

Revisión de 55 casos observados en el Hospital General San Juan de Dios de enero de 1956 a junio de 1971

RAUL ALFREDO SARTI AZMITIA

1972

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. CONSIDERACIONES GENERALES

III. MATERIAL Y METODOS

IV. INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

V. DISCUSION

VI. CONCLUSIONES

VII. BIBLIOGRAFIA

I – INTRODUCCION

El presente trabajo se propone la revisión de 55 casos de Carcinoma de la Vulva, observados en el Hospital General "San Juan de Dios" durante un período comprendido de enero de 1956 a junio de 1971.

Surgió la idea de elaborar el presente trabajo, debido a la poca frecuencia con que se publican en nuestro medio trabajos de esta índole, así como para formar nuestras propias estadísticas y de esta manera poder mejorar la detección, prevención y tratamiento del Cáncer en General.

II – CONSIDERACIONES GENERALES

El más importante de los tumores vulvares es el Carcinoma, por ser éste el más frecuente de todas las neoplasias malignas de la vulva; corresponde alrededor del 3 a 4 o/o de los cánceres del aparato genital femenino (18), y es el tercero en orden de frecuencia de todas las neoplasias de la pelvis siendo únicamente superado por el Carcinoma Uterino (1:20 a 1:30) y el carcinoma del ovario (7).

El carcinoma de la vulva constituye aproximadamente el 0.5 o/o de todas las admisiones ginecológicas (24).

EDAD

Es una neoplasia maligna de aparición tardía generalmente después de la menopausia (21), rara vez aparece antes de los 50 años y su frecuencia aumenta en las décadas sucesivas principalmente entre la 6a. 7a. décadas de la vida (7, 13, 18, 25).

Constituyen excepción aquéllos casos precedidos de enfermedad granulomatosa en los cuales el promedio de edad es alrededor de 40 años, como lo han señalado Saltzstein (22), Collins (4), Alexander (1), Stock Hausen (24) y Hay (12).

RAZA:

Proporcionalmente se encuentra una incidencia más alta en mujeres de raza negra, aumentando considerablemente cuando existe el antecedente

de enfermedad venérea (12, 21).

Taussig (25) ha enunciado la posibilidad que existe alguna, condición histopatológica en la piel de los negros que favorece el desarrollo de leucoplasia seguida posteriormente de malignidad de la vulva.

ETIOLOGIA:

Green y colaboradores (8) han encontrado el carcinoma de la vulva con más frecuencia en pacientes nulíparas o en las que únicamente han tenido un embarazo. En un número significante de pacientes con neoplasia vulvar, hay antecedentes de obesidad, hipertensión, arterioesclerosis así como diabetes sin embargo la vulvitis diabética es poco frecuente en estas pacientes. (8)

Se ha observado que pacientes con malignidad vulvar han tenido una pubertad más precoz así como la menopausia se ha hecho presente unos años antes que el promedio general (2, 8).

La sífilis ha sido incriminada como causa importante en la etiología del carcinoma de la vulva, sin embargo su mecanismo aún no ha sido explicado (21).

La Leucoplasia, las lesiones granulomatosas y el condiloma acuminado por estudios hechos (1, 5, 8, 12, 22, 24, 26) se ha observado que la frecuencia de la malignidad vulvar aumenta en un porcentaje elevado cuando existen estos antecedentes. Estas lesiones han sido consideradas como precancerosas, dándoseles suma importancia en la etiología del Cáncer de la Vulva.

Un número importante de pacientes con carcinoma de la vulva presentan otro carcinoma concomitante; Green (8) ha encontrado el 13.4 o/o de otros cánceres, en 238 pacientes con diagnóstico de malignidad vulvar.

PATOGENESIS:

El carcinoma es el tipo más frecuente de malignidad en la región vulvar; siendo relativamente raros el melanoma, la enfermedad de Paget, el linfoblastoma etc. (27, 28).

Histológicamente existen tres variedades de carcinoma; el de células basales, el de células escamosas y el de células adenomatosas.

Para fines prácticos el tumor de células escamosas se ha dividido en diferentes grados de malignidad según la clasificación de Broders,

dependiendo esta clasificación del número de mitosis observada, tamaño, forma y coloración de las células.

EXPANSION DEL CARCINOMA VULVAR:

La vulva posee un rico sistema de vasos y ganglios linfáticos es esta la razón de que los tumores malignos de la vulva se diseminen por esta vía, con excepción del sarcoma que lo hace por vía sanguínea.

Los 2/3 anteriores de la vulva drenan por los vasos linfáticos hacia el monte venus y de ahí a los ganglios inguinales. El 1/3 posterior van al grupo de ganglios inguinales directamente. Por lo tanto mientras más posterior es la localización del tumor, más grande debe de ser la extirpación de los tejidos que lo rodean (23).

Una rica red linfática comunica ambos lados de la vulva. Por este motivo un tumor localizado en un lado de ella deberá ser extirpado con la totalidad de la vulva y los ganglios de ambas regiones inguinales. El hecho de que las metástasis ganglionares sean bilaterales en un porcentaje que oscila entre 20 y 53 o/o de los casos, lo confirman (4).

En el carcinoma de la vulva las metástasis ganglionares se presentan primero en los ganglios inguinales superficiales y luego en los ganglios profundos o femorales. Posteriormente las metástasis se presentan en los ganglios ilíacos externos e ilíacos comunes. Todo este mecanismo de diseminación linfática, tan esquemático puede estar profundamente alterado en virtud de la apertura de comunicaciones linfático-venosas (16). Collins (4) dice que si la lesión tiene menos de 3 cms. de diámetro, el porcentaje de metástasis ganglionares es de 16.6 o/o y si mide más de 3 cms. de diámetro es de 50 o/o.

Las cifras de metástasis ganglionares en los ganglios palpables varían entre 28.3 o/o y un 73 o/o (2, 8); y en pacientes con ganglios no palpables, sometidos a disección inguinal, Green (8) encuentra un 68 o/o de metástasis ganglionares.

SINTOMATOLOGIA:

El síntoma prevaleciente es el prurito y el segundo, en frecuencia un tumor que no desaparece. Cuando el tumor se ulcera la paciente se queja de ardor al orinar o de sensibilidad local y posteriormente de dolor. Además puede presentar secreción y sangramiento (8, 9, 10).

DIAGNOSTICO

La lesión inicial es raramente observada por la paciente y se da cuenta de ella cuando se encuentra bastante avanzada; puede principiar como una área de hiperqueratosis, una fisura, úlcera superficial, lesión papilar o una elevación intradérmica que gradualmente va convirtiéndose en una masa de apariencia fungosa o una úlcera infiltrativa. El tamaño de la masa depende del tiempo de duración de la lesión, la superficie es irregular y puede tener áreas de ulceración y necrosis, la consistencia es dura, si existe úlcera el piso está cubierto con exudado sanguíno-purulento (13)

La Biopsia es necesaria para establecer el diagnóstico de Carcinoma y hacer la diferenciación entre un tumor benigno y maligno, así como para hacer la diferencia entre los diferentes tipos de malignidad..

Otros procedimientos diagnósticos que podemos utilizar son el test de Collins (4), la captación de fósforo radioactivo y la linfografía inguinal.

EVOLUCION:

Mientras mayor es el grado de diferenciación del tumor y de mayor edad la paciente, más lenta es la evolución de la enfermedad (20).

El compromiso linfático regional es irregular, a veces los ganglios se comprometen precozmente, pero a menudo lo hacen tardíamente.

Este hecho puede explicar las curas ocasionales que pueden producirse a continuación de una vulvectomía simple. El carcinoma al crecer puede invadir la vagina, uretra, vegiga y recto (23).

TRATAMIENTO:

El tratamiento del cáncer de la vulva es esencialmente quirúrgico. Debe extirparse la totalidad de la vulva junto con el territorio linfático que la drena en el mismo acto operatorio (2, 4, 7, 8, 18, 19, 23).

Siendo la cirugía el tratamiento de elección la radioterapia y la quimioterapia se utiliza para tratar los casos avanzados, las recidivas extensas, a pacientes que han rechazado la operación o que presentan una enfermedad concomitante grave, que impide un procedimiento quirúrgico o

U. S. C. G.

cuando hay metástasis a distancia. No se considera que la radioterapia pueda curar el cáncer de la vulva debido al elevado porcentaje de metástasis ganglionares que hace que la localización de la radicación sea difícil (7, 8, 18). La vulva no constituye un terreno adecuado para las radiaciones por tener abundante grasa, por su humedad permanente y por la atrofía e infección de la piel (21), sin embargo la radiación y quimioterapia han curado un número significativo de Cánceres de la Vulva y contribuido a la paliación de otros (21).

Existen varias clases de Tratamiento Quirúrgico.

EXTIRPACION LOCAL:

En vista del entrecruzamiento linfático y del elevado porcentaje de metástasis ganglionares regionales, este procedimiento está absolutamente contra indicado. Puede obtenerse una cura ocasional pero muchas pacientes que pudieron curarse se perderán (23).

Desde el momento que los ganglios estén clínicamente positivos puede haberse perdido la oportunidad de curación.

EXTIRPACION RADICAL DEL CANCER DE LA VULVA:

Todos los autores están de acuerdo en que debe practicarse vulvectomía total y disección ganglionar bilateral, pero discrepan en cuanto a la extensión de esta disección. Unos propician la disección de los ganglios pelvianos ((ilíacos y obturadores) sólo si la biopsia del ganglio de Cloquet o de los ganglios inguinales superficiales es positiva (20) y otros la disección ilioinguinal bilateral en forma habitual (8, 18, 19, 20). En la discusión del presente trabajo se puntualizan varios tipos de procedimientos quirúrgicos así como la sobrevida obtenida por algunos autores en las diferentes series presentadas.

PRONOSTICO:

El pronóstico del tratamiento quirúrgico del carcinoma de la vulva depende del grado de la lesión, de la existencia de tratamientos anteriores, del tipo de intervención realizado y de la presencia o ausencia de metástasis en los ganglios extirpados en la disección inguinal (23).

Si la operación es adecuada o inadecuada, la sobrevida a 5 años es de

61 o/o y 24 o/o para Boutselis (2) y Green (8) respectivamente, cuando los ganglios no tienen metástasis los porcentajes de sobrevida a 5 años oscilan entre 61 y 85 por ciento (8, 20) y cuando hay metástasis entre 9 y 4 o/o (20).

III – MATERIAL Y METODOS

El presente estudio comprende la revisión de 55 pacientes con Carcinoma de la Vulva, del Hospital General San Juan de Dios, durante un período comprendido de Enero de 1956 a Junio de 1971.

Para el desarrollo de dicho estudio se revisaron los informes histológicos y las fichas clínicas con el fin de seleccionar únicamente los casos de Carcinoma de la Vulva comprobado histológicamente y establecer una correlación clínica patológica.

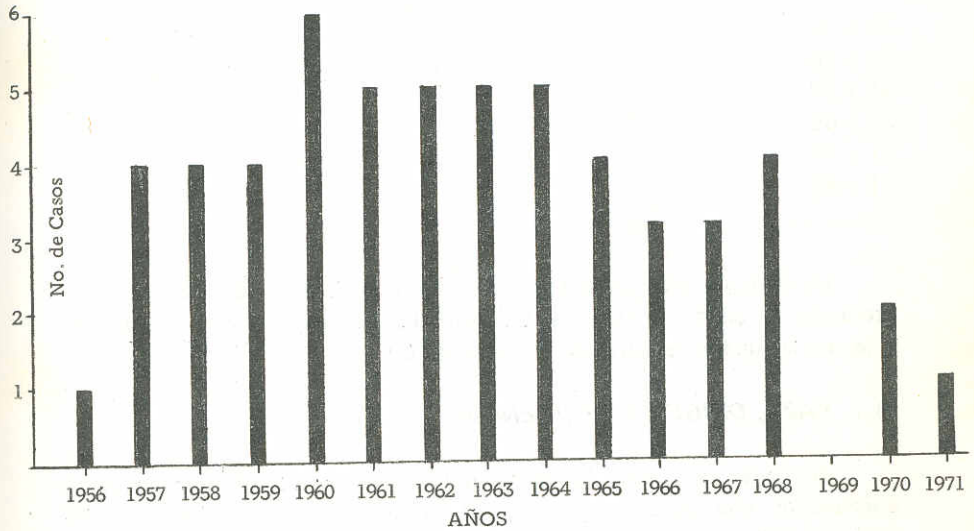
De cada una de estas 55 pacientes, se obtuvo la ficha clínica del archivo (10) tomándose como parametros estadísticos los siguientes: Edad, Raza, Profesión y Oficio, motivo de consulta, tiempo de evolución, antecedentes, Impresión clínica de ingreso, hallazgos al examen ginecológico, tratamiento, complicaciones y sobrevida.

IV – INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

1) INCIDENCIA ANUAL:

El número de pacientes que clínica e histológicamente se les diagnosticó carcinoma de la vulva a partir del mes de Enero de 1956 a Junio de 1971 se ilustra en la Gráfica No. 1.

GRAFICA No. 1
Carcinoma de la vulva – 55 pacientes.
Incidencia anual.



Como puede observarse el promedio de ingresos al Hospital General San Juan de Dios por Carcinoma de la vulva fue de 4 a 5 pacientes anualmente. La baja frecuencia observada en los últimos años, creemos se debe al ingreso de las pacientes a otros centros asistenciales.

2) *EDAD:*

El cuadro No. 1, ilustra la edad de nuestras pacientes por décadas.

CUADRO No. 1
Carcinoma de la Vulva – 55 pacientes
Edad:

Años	No. de pacientes	o/o
21 a 30	1	1.82
31 a 40	8	14.55
41 a 50	7	12.73
51 a 60	14	25.45
61 a 70	13	23.64
71 a 80	9	16.36

La enferma más joven tenía 21 años y la de más edad, 85 años. El promedio de edad fue 60 años. La casuística fue mayor en las décadas 5a. y 6a. en las que se registraron 27 casos (49.09 o/o).

3) *RAZA, ORIGEN Y RESIDENCIA:*

Tomando en cuenta la selección hecha en la admisión se encontró únicamente una paciente (1.82 o/o) clasificada como indígena y 54 pacientes (98.18 o/o) clasificadas como no indígenas.

El cuadro No. 2 ilustra el origen y residencia de nuestras pacientes. En cuanto a lugar de origen se refiere la mayoría de nuestras pacientes fueron originarias de los Departamentos, pero como podemos apreciar en nuestro cuadro al momento de consultar al Hospital la gran mayoría vivía en la Capital.

CUADRO No. 2
CARCINOMA DE LA VULVA 55 PACIENTES
ORIGEN Y RESIDENCIA.

	ORIGEN		RESIDENCIA	
	No. de pacientes	o/o	No. de pacientes	o/o
Capital	20	36.36	43	78.18
Deptos.	35	63.64	12	21.82

4) *PROFESION Y OFICIO:*

El 100 o/o de nuestras pacientes se dedicaban a oficios domésticos.

5) *MOTIVO DE CONSULTA:*

El motivo de consulta predominante fue aparecimiento de masa en genitales acompañada de ardor y/o prurito referidos por 20 pacientes, (36.36 o/o), le siguieron en orden de frecuencia, masa en genitales como único síntoma, 15 casos, (27.27 o/o), Ulceración en genitales, ardor y hemorragia, 7 casos (12.73 o/o), Ulceración y ardor, 7 casos (12.73 o/o), Hemorragia vaginal, 4 casos (7.27 o/o).

En dos pacientes (3.64 o/o) el carcinoma de la vulva fue un hallazgo al examen físico. Una de estas pacientes había ingresado por fractura de fémur izquierdo de origen traumático y la otra por insuficiencia cardíaca congestiva.

El cuadro No. 3 ilustra los síntomas y Signos referidos.

CUADRO No. 3
CARCINOMA DE LA VULVA 55 PACIENTES.
MOTIVO DE CONSULTA: SINTOMAS Y SIGNOS.

Síntoma o signo	No. de casos	o/o
Masa, ardor y/o prurito	20	36.36
Masa únicamente	15	27.27
Ulceración y Hemorragia	7	12.73
Ulceración y ardor	7	12.73
Hemorragia	4	7.27
Hallazgo incidental	2	3.64

6) *TIEMPO DE EVOLUCION*

El tiempo de evolución de los síntomas y Signos fue de 2 meses el menor y el mayor de 8 años con un promedio de 11 meses, como puede observarse la mayoría de pacientes consultó durante el primer año; hay que hacer notar que dos pacientes ignoraban el tiempo de evolución de la enfermedad, éstas fueron las pacientes en las cuales el Carcinoma fue un hallazgo incidental.

7) *ANTECEDENTES MEDICOS*

El cuadro No. 4 ilustra los antecedentes médicos observados en nuestras pacientes.

CUADRO No. 4
CARCINOMA DE LA VULVA 55 PACIENTES
ANTECEDENTES MEDICOS

Antecedentes	No. de pacientes	o/o
No referidos	41	74.44
Papilomatosis	5	9.09
Cardiolipina positiva	5	9.09
Vaginitis Senil	1	1.80
Leucoplasia	1	1.82
Ca. Cérvix hace 10 años	1	1.82
Tuberculosis Pulmonar	1	1.82

Como puede observarse únicamente el 23.64 o/o de las pacientes tuvieron antecedentes de enfermedades genitales incriminadas como "pre-cancerosas".

En el 76.36 o/o restante los antecedentes médicos no fueron investigados.

a) *Menarquía:*

Con excepción de una paciente (1.82 o/o) de 21 años de edad que no había menstruado, las 54 pacientes (98.18 o/o) restantes con carcinoma de la vulva iniciaron su menstruación en un tiempo que osciló entre los 10 años y los 18 años de edad, con un promedio de 14 años.

b) *Gestas, Paridad y Abortos:*

Los cuadros números 5, 6 y 7 ilustran la historia obstétrica de nuestras pacientes.

CUADRO No. 5
CARCINOMA DE LA VULVA 55 PACIENTES
ANTECEDENTES GINECO–OBSTETRICOS
GESTAS

No. de Embarazos	No. de pacientes	o/o
0	9	16.36
1	8	14.55
2	3	5.45
3	4	7.27
4	2	3.64
5	7	12.73
6	2	3.64
7	5	9.09
8	3	5.45
9	3	5.45
10	4	7.27
11	3	5.45
mas de 11	2	3.64

El promedio fue de 5 embarazos por paciente.

Hubo 9 pacientes nulíparas y una paciente con historia de 20 embarazos; ésta tuvo 16 hijos y 4 abortos.

CUADRO No. 6
CARCINOMA DE LA VULVA 55 PACIENTES
ANTECEDENTES GINECO–OBSTETRICOS
PARIDAD

No. de Partos	No. de Pacientes	o/o
o	10	18.18
1	8	14.55
2	5	9.09
3	1	1.82
4	2	3.64
5	8	14.55
6	4	7.27
7	3	5.45
8	4	7.27
9	2	3.64
10	6	10.91
11	1	1.82
más de 11	1	1.82

Promedio fue de 4.5 partos por paciente.

La duración del embarazo así como el tipo de parto no se conocen en nuestras pacientes ya que no fueron descritos en la historia clínica.

CUADRO No. 7
CARCINOMA DE LA VULVA 55 PACIENTES
ANTECEDENTES GINECO–OBSTETRICOS
ABORTO

No. de Abortos	Pacientes	o/o
0	39	70.91
1	13	2364
2	1	1.82
3	1	1.82
4	1	1.82

Como puede observarse hubo historia de aborto en 16 pacientes 29.09 o/o

c) Menopausia:

Cuarenta y nueve pacientes eran menopáusicas con un tiempo de duración que osciló desde los 6 meses hasta 35 años. El promedio de edad en que se presentó la menopausia fue de 40.16 años. En dos pacientes la menopausia fue artificial debida en ambas a histerectomía y Salpingo-Oforectomía por Carcinoma del Cuello Uterino en una y la otra por enfermedad pélvica inflamatoria; no se conoce qué clase de histerectomía se practicó en estas dos pacientes. Seis pacientes todavía estaban menstruando.

9) *HALLAZGOS AL EXAMEN FISICO:*

a) Localización de la lesión

El cuadro No. 8 ilustra la localzación anatómica del carcinoma de la Vulva, como fue descrito en la historia clínica.

CUADRO No. 8
CARCINOMA DE LA VULVA 55 PACIENTES
LOCALIZACION DE LA LESION
AL EXAMEN GINECOLOGICO

Región	No. de casos	o/o
Labio mayor derecho	20	36.36
Labio mayor izquierdo	16	29.09
Ambos labios mayores	5	9.09
Labios menores	5	9.09
Horquilla	5	9.09
Clítoris	3	5.45
Vestíbulo	1	1.82

Como podemos observar la localización predominante del carcinoma de la vulva en nuestra serie fue en labios mayores con un total de 41 casos (74.55 o/o) clínicamente la extensión local de la lesión hacia regiones anatómicas vecinas se obtuvo únicamente en 5 casos en los cuales la lesión neoplásica infiltraba el tercio inferior parte anterior de la vagina.

b) Tamaño de Lesión

En nuestro estudio encontramos que la lesión más pequeña fue de medio centímetro de diámetro y la mayor de ocho centímetros en la gran mayoría de pacientes la lesión tenía un tamaño que oscilaba entre tres a cuatro centímetros de diámetro.

c) *Tipo de Lesión*

La lesión predominante fue de tipo ulcerosos habiendo encontrado 31 pacientes (56.36 o/o) con este tipo de lesión de úlcera era de bordes no definidos de superficie irregular que sangraba fácilmente recubierta de material necrótico o bien material purulento como consecuencia de infección secundaria.

El grado de profundidad de las úlceras fue variable de paciente a paciente.

Le siguió en orden de frecuencia la presencia de masa exofítica de superficie verrucosa que sangraba fácilmente con áreas de necrosis e infección secundaria de extensión variable. Este tipo de lesión macroscópica se encontró en 16 ocasiones (29.09 o/o).

En siete pacientes 12.73 o/o) la lesión fue descrita como mixta es decir que la masa exofítica presentó ulceración con las características antes mencionadas.

Unicamente se encontró un caso (1.82 o/o) cuyo aspecto macroscópico fue el típico descrito para el carcinoma verrucoso; éste se presentó como una lesión sesil de base implantación amplia de superficie blanco grisásea con múltiples proyecciones papilares que recordaban el aspecto macroscópico del condiloma acuminado.

d) *Examen Físico de la Región Inguinal*

Se encontraron ganglios inguinales palpables en 26 pacientes (47.27 o/o), distribuidos así: Ganglios Inguinales Bilaterales en 15 pacientes (27.27 o/o), Ganglios inguinales derechos en 8 pacientes (14.55 o/o), Ganglios inguinales izquierdos en 3 pacientes (5.45 o/o) no hubo diagnóstico clínico respecto al tipo de lesión presente en los ganglios.

e) Otros hallazgos al examen físico

Desnutrición crónica del adulto en 9 pacientes (16.36 o/o),

Hipertensión arterial, 4 pacientes (7.27 o/o); anemia hipocrómica, 2 pacientes (3.64 o/o); Insuficiencia Cardíaca, una paciente, (1.82 o/o); Tuberculosis pulmonar, una paciente (1.82 o/o); Fractura cuello fémur izquierdo posttraumatismo, una paciente (1.82 o/o).

10) *IMPRESION CLINICA DEL INGRESO*

En 51 pacientes (92.72 o/o) el diagnósstico clínico fue el de "Carcinoma de la Vulva". En las cuatro pacientes restantes los diagnósticos fueron "Chancro Luético", "Papilomatosis vulvar", "Insuficiencia Cardíaca congestiva" y "Fractura del fémur izquierdo". En las 2 últimas pacientes el carcinoma de la vulva fue hallazgo incidental del examen físico (3.64 o/o).

11) *DIAGNOSTICO*

En las 55 pacientes estudiadas se confirmó el diagnóstico de Carcinoma de la Vulva por medio de estudio histológico el 100 o/o de nuestros casos fueron informados como Carcinoma Epidermoide en sus diferentes grados de malignidad según clasificación de Broders.

El cuadro No. 9 ilustra el grado de malignidad del Carcinoma de la Vulva encontrado en nuestro estudio.

CUADRO No. 9
CARCINOMA DE LA VULVA 55 C A S O S

GRADOS DE MALIGNIDAD SEGUN CLASIFICACION DE BRODERS

Grado de Malignidad	No. de Pacientes	o/o
G. I	10	18.18
G. II	36	65.45
G. III	6	10.91
G. IV	3	5.45

Los grados I y II de malignidad fueron más frecuentes en nuestro estudio con 10 y 36 pacientes respectivamente (83.63 o/o).

Seis carcinomas epidermoides fueron clasificados como Grado III (10.91 o/o) y tres como grado IV (5.45 o/o)

12) *TRATAMIENTO*

De las 55 pacientes de nuestro estudio 53 recibieron tratamiento quirúrgico, radioterapia o ambos. Unicamente dos pacientes debido a lo avanzado del proceso no pudo ofrecérseles algún tipo de tratamiento de los mencionados arriba. Estas dos pacientes fallecieron en los primeros 8 días de hospitalización.

De las 53 pacientes (96.36 o/o) tratadas, 42 recibieron tratamiento quirúrgico, (76.36 o/o) 5 pacientes radioterapia (9.09 o/o) y 6 pacientes, tratamiento combinado (10.91 o/o).

a) *Tratamiento Quirúrgico:*

El cuadro No. 10 ilustra el tipo de intervenciones quirúrgicas practicadas en nuestras pacientes.

CUADRO No. 10

CARCINOMA DE LA VULVA 55 PACIENTES
TRATAMIENTO QUIRURGICO 42 PACIENTES
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS 44

Tipo de Cirugía	No. de Casos	o/o
a) Vulvectomía simple	10	22.73
b) Vulvectomía Radical	22	50.01
c) Vulvectomía con disección inguinal derecha	7	15.91
d) Vulvectomía con disección inguinal izquierda	5	11.35

En dos pacientes se practicó primero vulvectomía simple y luego

debido a recidiva del neoplasma se procedió a practicar vulvectomía radical.

La razón de practicar vulvectomía y disección inguinal unilateral según opinión de Cirujanos que practicaron dichas intervenciones fue cuando la paciente constituía un riesgo quirúrgico, había linfadenopatía unilateral y el grado de malignidad del Carcinoma de la Vulva era grado I o II.

b) *Radioterapia:*

Las pacientes que recibieron radioterapia como único tratamiento fueron cinco (9.09 o/o) estas pacientes clínicamente el carcinoma estaba en estadios avanzados y constituían un riesgo quirúrgico muy grande como para ofrecerles este tipo de tratamiento.

Las cinco pacientes (9.09 o/o) recibieron radioterapia externa en dosis que variaron de 3,000 a 6,000 r dependiendo del grado de lesión y de la respuesta del Carcinoma a la radiación.

Tres pacientes se les complemento el tratamiento con Telecobalto.

c) *Tratamiento combinado, quirúrgico y Radioterapia*

Seis pacientes (10.91 o/o) recibieron tratamiento combinado de Cirugía y radiación.

Cuatro pacientes recibieron primero tratamiento quirúrgico habiéndoseles practicado a tres pacientes vulvectomía radical y una pacinete vulvectomía simple y posteriormente recibieron radiación externa a dosis que variaron de 3,000 a 5,000 r.

Las dos pacientes restantes fueron tratadas primero con radiación externa (4,000r) y luego vulvectomía y disección inguinal izquierda.

13) *COMPLICACIONES*

En nuestro estudio de 55 pacientes con carcinoma de la vulva observamos las siguientes complicaciones después de haber recibido tratamiento.

Quemaduras post-radiación, 2 casos (3.64 o/o); una fístula recto-vaginal (1.82 o/o); una fístula vésico abdominal, una dehisencia de herida (1.82 o/o) y un caso de linfaedema de miembro inferior izquierdo (1.82 o/o).

14) *PRONOSTICO*

Observamos recidiva del carcinoma vulvar en 5 pacientes (9.09 o/o).

En dos (3.64 o/o) después de habérseles practicado vulvectomía simple y en las tres pacientes restantes (5.45 o/o) después de haber sido tratadas con vulvectomía radical.

La recurrencia de la malignidad se observó en un período que osciló entre dos meses y trece años.

Con el fin de averiguar la sobrevida de nuestras pacientes se trato de localizarlas personalmente, por medio de telegramas o pidiendo información en el registro Civil de esta capital sobre el paradero de nuestras pacientes.

Los resultados obtenidos desafortunadamente fueron poco alagadores ya que únicamente pudimos obtener información de 19 pacientes, (34.54 o/o) ignorándose si las 36 (65.46 o/o) restantes aún viven o ya fallecieron.

De estas 19 pacientes sabemos que 13 (23.63 o/o) han muerto en un tiempo que osciló de 8 días a 4 años, después de habérseles hecho el diagnóstico.

Seis pacientes (10.91 o/o) viven en la actualidad sin evidencia de recurrencia de malignidad después de un tiempo que oscila entre 14 años y un año seis meses después de habérseles tratado con vulvectomía radical.

V – DISCUSION

1) EDAD:

En nuestro estudio el promedio de edad de las pacientes con Carcinoma de la vulva fue de 60.3 años y el mayor número de casos observados en la 5a. y 6a. décadas de la vida; Resultados similares han sido informados por Taussig (25), Novak (18) y Crossen (7). Nuestros resultados concuerdan con los observados por Stock Haussen (24), Salzstein (22) Collins (4), Alexander (1) y Hay (12) quienes reportaron que el promedio de edad de pacientes con carcinoma de la vulva con antecedentes de enfermedades venereas estaba comprendido en la cuarta década de la vida.

2) RAZA:

De nuestras 55 pacientes estudiadas únicamente una fue clasificada como indígena y las 54 restantes como no indígenas. No encontramos ninguna paciente de raza negra en nuestra serie, probablemente por el porcentaje tan bajo de esta raza existente en nuestro país.

En estadísticas extranjeras el carcinoma de la vulva en la raza negra ocupa un elevado porcentaje del total de la población. Ruttedge (21) en Texas encontró que el 23 o/o de las pacientes por él estudiadas con carcinoma de la vulva eran de raza negra y que la raza de color constituía un 12.5 o/o de la población total de Texas.

3) *PROFESION Y OFICIO*

El 100 o/o de nuestras pacientes se dedicaban a oficios domésticos. Es posible que el Carcinoma de la Vulva al igual que el cáncer del Cervix sea más frecuente en mujeres prostitutas debido a la alta incidencia de enfermedades venereas en este tipo de personas.

4) *MOTIVO DE CONSULTA:*

El síntoma predominante en nuestras pacientes fue el aparecimiento de masa acompañada de ardor y/o prurito, siguiéndole en orden de frecuencia el aparecimiento de masa únicamente, ulceración o hemorragia.

El plurito y molestias vagas en la piel vulvar seguidas del dolor y presencia de Tumor han sido los síntomas predominantes observados por otros investigadores (18, 23) así como la presencia de masa ulcerado con sangramiento. En la serie de casos por nosotros estudiados, la mayoría de pacientes consultaron cuando la lesión neoplásica se encontraba en un estadio avanzado como consecuencia del bajo nivel cultural de las mismas. Gran parte de este retraso depende también de la resistencia de la paciente de edad avanzada para buscar consejo médico.

Hawson y Montgomery (11) afirmaron que en un porcentaje grande de casos era el médico el culpable ya que en fases tempranas de la enfermedad debido a lo ligero y superficial de las molestias no se les dá la importancia debida.

5) *TIEMPO DE EVOLUCION:*

En nuestro estudio el tiempo de evolución promedio fue de 11 meses, sin embargo por las razones arriba señaladas consideramos que este dato no es fidedigno del tiempo de evolución de la enfermedad, ya que los pacientes refieren como síntoma o signo inicial el aparecimiento de masa o ulceración. A este respecto en otros países el tiempo de evolución promedio para carcinoma de la vulva ha sido de año y medio a dos años (18).

6) *ANTECEDENTES:*

Taussig (26, 27) fue el primero en subrayar la importancia de la vulvitis leucoplásica como precursora del carcinoma de la vulva. En una serie por él presentada, el 50 o/o de los casos asentaron sobre una

leucoplasia. Las observaciones de Taussing han sido confirmadas más recientemente por Green (8) Jeffcoate y Woodstock (23) quienes establecieron que la leucoplasia debe ser considerada como una lesión pre maligna.

El antecedente de enfermedades venereas principalmente el granuloma inguinal, el linfogranuloma venereo así como la sífilis, han sido mencionados como precursores del Carcinoma de la vulva (1, 4, 12, 22, 24). El condiloma acuminado es otra lesión considerada como pre maligna, encontrándose frecuentemente asociado con malignidad vulvar (21).

En nuestra serie el 23.64 o/o de nuestras pacientes tuvieron antecedentes de enfermedades genitales incriminadas como premalignas; sin embargo creemos que este porcentaje es bajo debido a que no fueron exhaustivamente investigadas en nuestros casos.

7) *ANTECEDENTES GINECO–OBSTETRICOS:*

a) *Menarquía:*

Green (8) y Boutselis (2) hacen notar que las pacientes con carcinoma vulvar han tenido una pubertad más precoz que el promedio de las mujeres.

En nuestra casuística la menarquía se sucedió a los 13 años como promedio; habiendo encontrado únicamente una paciente que había iniciado su menstruación a los 10 años.

b) *Gestas, Paridad y Abortos:*

Gestas:

En nuestro estudio encontramos 9 pacientes (16.36 o/o) nulíparas y con antecedentes de un embarazo, 8 pacientes (14.55 o/o) que hacen un total de 30.91 o/o, nuestras observaciones no concuerdan con las de Green y colaboradores (8) quienes en una revisión de 238 casos encontraron que el carcinoma de la vulva era más frecuente en mujeres nulípara o en pacientes con antecedente de un solo embarazo.

Paridad:

Encontramos en nuestra revisión de 55 casos de Carcinoma de la vulva un promedio de 4.50 o/o partos por paciente. Aún no se ha llegado a una conclusión definitiva si el traumatismo que ocasiona el parto sobre la vulva, tenga que ver con la etiopatogenia del mismo pero lo más probable es que no.

Aborto:

En la literatura revisada no encontramos ningún dato que indique mayor frecuencia de carcinoma vulvar en pacientes con antecedente de aborto.

c) *Menopausia:*

La vulva es una región sometida a la influencia hormonal particularmente de los estrógenos, y al sobrevenir el climaterio va a faltar el efecto trófico de los mismos.

El promedio de edad en que se sucedió la menopausia en nuestras pacientes fue de 40 años, siendo ésta una edad inferior a la observada en la mayoría de las mujeres de nuestro medio. Hallazgos similares han sido informados por otros investigadores (18, 21).

9) *HALLAZGOS ANATOMICOS AL EXAMEN FISICO*

a) *Localización de la Lesión:*

En nuestro estudio encontramos que la localización más frecuente del carcinoma de la vulva fue en los labios mayores siguiéndole en orden de frecuencia los labios menores, orquilla, clítoris, vestíbulo e introito.

Frecuencia y distribución similar a la nuestra han sido informadas en otras latitudes (7, 14, 18, 23, 24).

Consideramos que los labios mayores es el lugar más frecuente de carcinoma vulvar ya que es el asiento más común de las lesiones incriminadas como pre-malignas.

b) *Tamaño de la lesión*

El tamaño de la lesión en nuestros casos fue de 3 a 4 cms. como promedio.

Parson (19) encontró en sus casos que el tamaño promedio cuando la enferma consulta por primera vez era mayor de 4 cms. de diámetro.

c) *Tipo de Lesión:*

El carcinoma de la vulva puede presentarse en forma de un nódulo indurado, de masa tipo fungoide, granulomatoso, verrucoso o ulcerado, (7, 18, 23) dependiendo generalmente del proceso evolutivo del mismo.

Llama la atención que en nuestro estudio el motivo principal de consulta fue la presencia de masa no ulcerada acompañada de prurito, sin embargo al examen ginecológico la lesión predominante encontrada fue la de tipo ulceroso, siguiéndole en orden de frecuencia la presencia de masa tipo fungoide, lesiones mixtas y únicamente un caso de carcinoma verrucoso.

d) *Examen físico de la región inguinal:*

En nuestro estudio de 26 pacientes (27.27 o/o) con ganglios inguinales palpables únicamente 16 (29.09 o/o) se comprobó histológicamente invasión metastática del carcinoma, y el resto fue reportado como proceso inflamatorio crónico como responsable de la linfopatia inguinal.

Las cifras de metastasis ganglionares en los ganglios palpables varian de 28.3 o/o a un 73 o/o (2, 8)

e) *Otros hallazgos al examen físico:*

El carcinoma de la vulva afecta principalmente a mujeres de edad avanzada y como consecuencia es frecuente encontrar otro tipo de patología asociada, especialmente cardiopatías, nefroesclerosis, hipertención arterial y diabetes (8, 21, 23). En nuestro estudio encontramos 9 pacientes (16.36 o/o) con desnutrición crónica del adulto, probablemente secundario al proceso neoplásico, cuatro pacientes (7.27 o/o) hipertensas; y dos pacientes (3.64 o/o) con anemia hipocrómica severa..

10) *PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS:*

Todos los autores concuerdan que la biopsia de la lesión neoplásica es el procedimiento más importante y seguro para establecer el diagnóstico definitivo del Carcinoma de la vulva (7, 18, 21, 23)

Collins (4) usando azul de Toluidina en las lesiones premalignas o malignas ha obtenido magníficos resultados para seleccionar cual es el mejor sitio para tomar la Biopsia. El procedimiento que usa es el siguiente: La vulva es pintada con azul de Toluidina al 1 o/o y luego lavada con ácido acético al 1 o/o. En condiciones normales el azul de Toluidina es completamente removido al lavar la región con ácido acético, pero al haber lesión premaligna o maligna el colorante se fija en el proceso neoplásico. Clark (3) Jan Ovski (15) y Grönroos (9) empleando fósforo radioactivo han notado que la captación de este farmaco en las lesiones pre-malignas y malignas de la vulva esta varias veces aumentada.

También ha sido utilizada la linfografía inguinal como procedimiento

diagnóstico para establecer si el carcinoma vulvar ha dado metastasis a los ganglios inguinales; los resultados obtenidos han sido satisfactorios (6). En nuestra revisión de 55 casos encontramos que únicamente se utilizó la biopsia de la lesión como procedimiento diagnóstico.

Los 55 casos estudiados fueron reportados por el departamento de anatomía patológica como carcinoma epidermoide de la vulva y fueron clasificados en diferentes grados de malignidad según la clasificación propuesta por Broders, encontrando que la mayoría fueron grado dos, siguiendo en orden de frecuencia los grados uno, tres y cuatro.

Esta clasificación nos da un buen índice del grado de malignidad, pero es bastante subjetiva dependiendo en gran parte de la apreciación personal de cada examinador y del número de secciones examinadas.

11) *TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:*

Es indudable que el principal tratamiento para el carcinoma de la vulva es quirúrgico pero pueden ser empleados otros métodos como lo son la radioterapia y la quimioterapia, así como una combinación de estos tres sistemas terapéuticos.

a) *Tratamiento Quirúrgico:*

Se han empleado tratamientos quirúrgicos tan variados desde la más remota antiguedad para curar el Carcinoma vulvar.

Los primeros procedimientos quirúrgicos fueron timidos e insuficientes, ya que por su naturaleza o tipo daban lugar a reproducciones mucho más extensas y graves (Resecciones locales, Hemivulvectomías, etc.)

Kiestner (29) en 1982 postula la necesidad de que el tratamiento quirúrgico extirpe tanto el carcinoma primario como los ganglios inguinales bilaterales. En 1886 Rupfrecht (29) realiza por primera vez en una paciente la vulvectomía con vaciamiento inguinal bilateral. En una segunda comunicación en 1912 (29) dá a conocer los lineamientos para el manejo clínico terapéutico de los carcinomas de la vulva basados en su experiencia personal.

En el mismo año Basset (29) en su tesis de graduación recalca la necesidad de que el tratamiento quirúrgico se dirija tanto a la extirpación del cáncer primario como de los territorios linfáticos de ambas regiones ingino-crurales. Casi por la misma época Stoechel (29) y Kehrer (16) insistieron en que la disección de los ganglios superficiales de ambas regiones inguinales y o la extirpación del ganglio de Rosenmuller-Cloquet no eran lo suficientemente radicales para tratar el carcinoma de la vulva

sino que debía extenderse la disección haciendo la linfademectomía pélvica por vía transperitoneal o por la vía retroperitoneal.

En norteamérica, Taussing (28) preconizó la extirpación de la vena safena desde su desembocadura en la femoral hasta el vértice del triángulo de Scarpa, porque alrededor de ella se agrupan los ganglios de la ingle.

Desde el trabajo de Taussing se han publicado varias series de casos de Carcinoma vulvar y el criterio general está a favor de la vulvectomía radical con resección bilateral de los ganglios.

Mckelvey (7) haciendo vulvectomía radical y disección ganglionar en un tiempo en su serie de 36 enfermas reportó que al cabo de 5 años vivían 16, lo que da una supervivencia de 44.5 o/o Stanley Way (7) de Inglaterra también hace el procedimiento radical en un tiempo y en su serie de 35 casos operados, 30 enfermas vivían después de 5 años, sin manifestación de enfermedad residual.

Sherman y Ruch (7) revisaron 74 casos de carcinoma de la vulva tratados por vulvectomía y disección bilateral de los ganglios inguinales. De los que tenían participación ganglionar, solamente sobrevivieron 3 años el 15.6 o/o y en los que no había metástasis ganglionares la supervivencia fue mayor de tres años en un 52.4 o/o.

Palmer y colaboradores (7) publicaron una supervivencia de cinco años de 83.5 o/o de los casos sin manifestación clínica de participación ganglionar, mientras que en aquellos que se pensó que los ganglios estaban afectados hubo 55.5 o/o de supervivencias después de la vulvectomía seguida por radioterapia.

En nuestro estudio observamos que el tratamiento quirúrgico no fue unificado sino que varió de paciente a paciente así como de cirujano a cirujano, dependiendo del tamaño de la lesión y del estado general de la paciente. En nuestras 55 pacientes, 42 recibieron tratamiento quirúrgico solamente; habiendo sido tratadas con vulvectomía simple, sulvectomía racial con o sin disección de ganglios inguinales derechos, izquierdos o bilaterales.

Desgraciadamente no podemos saber la sobrevida de cada una de nuestras pacientes ya que la mayor parte no volvieron a control.

b) *Radioterapia*

La radioterapia como única arma terapéutica no es recomendable ya que los beneficios obtenidos son muy pocos debido a que deben usarse dosis bajas, porque la piel de dicha región ofrece muy poca tolerancia a la radiación. Puede usarse como método paliativo, ya que en algunas pacientes muestran regresión temporal del tumor (21). En nuestro estudio se les ofreció este tipo de tratamiento únicamente a 5 pacientes (9.09 o/o) no con propósitos curativos sino que únicamente paliativo debido a lo avanzado del proceso.

c) *Tratamiento combinado*

Quirúrgico y Radioterapia. La mayoría de autores (7) concuerdan en que es poco alagador este tipo de tratamiento combinado, no ofreciendo mayores ventajas sobre el quirúrgico.

En nuestro estudio únicamente seis pacientes (10.91 o/o) recibieron este tipo de tratamiento; en cuatro pacientes la radioterapia fue posterior a la cirugía y en las dos pacientes restantes fue anterior. Desconocemos los resultados ya que estas pacientes no volvieron a control después de habérseles tratado.

a) *Quimioterapia:*

En la actualidad la quimioterapia del Carcinoma epidermoide de la vulva sólo debe de tomarse en cuenta en pacientes con recurrencia local y metastática y en quienes se han empleado infructuosamente las demás modalidades de tratamiento. No hay un fármaco específico que tenga eficacia contra estas lesiones (17).

En nuestro estudio ninguna de las 55 pacientes recibió quimioterapia.

Profilaxis

Teniendo en cuenta que una gran proporción de casos de cáncer de la vulva van precedidos de leucoplasia o de otra irritación crónica su posible prevención adquiere mucha importancia por lo que creo necesario puntualizar las siguientes conclusiones enunciadas por Taussing (28).

1) Practicar vulvectomía total en todas las enfermas con diagnóstico leucoplasia bien caracterizada y vigilar atentamente a aquéllos otros en el que el proceso no está avanzando y rehusan la operación.

2) Hacer tratamiento antisifilítico intensivo.

3) Extirpar papilomas vulvares que hubiere después de la menopausia y mandarlos a examinar.

4) Observación cuidadosa o escisión de las glándulas de Bartolini abultadas en las mujeres que pasen de los 40 años.

5) Escisión con cauterio o radiación de las curunculas de la uretra previa, toma de biopsia.

VI – CONCLUSIONES

1) El carcinoma de la vulva es una enfermedad rara en Guatemala y ataca en su mayoría a personas arriba de los 50 años.

2) En nuestro medio las personas que padecen de carcinoma de la vulva consultan cuando el proceso neoplásico se encuentra en estadíos avanzados; por lo que creo necesario hacer más divulgación sobre síntomas y signos del carcinoma en general y en especial de la vulva para poderlo tratar en sus estadíos iniciales.

3) Deben vigilarse muy estrechamente todas las pacientes post-menopáusicas con lesiones "pre-cancerosas" como lo son leucoplasia, enfermedades granulomatosas y Sífilis.

4) Es importante practicar un buen examen físico en todos los pacientes, ya que muchas veces podemos encontrar lesiones insospechadas.

5) El carcinoma epidermoide de la vulva es el más frecuente en nuestro medio, al igual que en estadísticas extranjeras revisadas.

6) El tratamiento del carcinoma de la vulva, si el estado general de la paciente lo permite, debe de ser siempre la vulvectomía radical; no aconsejándose la vulvectomía simple o la vulvectomía con disección unilateral de la ingle, ya que la sobrevida en pacientes tratados con cirugía radical es mucho mayor.

7) La radioterapia y la quimioterapia deben de emplearse únicamente como tratamiento de segundo orden, o cuando la paciente ofrece un riesgo muy grande para tratarla quirúrgicamente.

8) Para poder tener estadísticas reales con respecto a la sobrevida de los pacientes tratados en una u otra forma, es necesario mantener estrecho contacto con ellas, con citas periódicas a los diferentes hospitales en donde se les ofreció tratamiento; se deduce lo anterior debido a que en este estudio la gran mayoría de pacientes no

pudieron ser localizadas para evaluar así, sobrevida y evolución de las mismas.

9) Deben mejorarse las historias clínicas de nuestros hospitales, para así poder hacer mejores trabajos de investigación, ya que es la base para cualquier estudio que se programe.

VII – BIBLIOGRAFIA

1. Alexander, L.J. and Shields, T.L.: Squamous all carcinoma of vulva Secondary to granuloma inguinale. Arch Derm; 67: 395, 1953.

2. Boutselis. J. G.: Ullery. J.C. and Teteris, N.J. Epidermoid carcinoma of the Vulva. Obstet Gynec 22: 713, 1963.

3. Clark, C.D.; Zunoff, B; Brunshweing, A; and Hellman, L. Preferential uptake of Phosphate by premalignantand malignant lesions of the Vulva. Cancer 13:775, 1960.

4. Collins, C.G.; Collins, J.A.; Barclay, D.L. and Nelson, E.W. Cancer involving the vulva a report on 109 consecutive cases; Amer. J. obstet Gynec. 87:762, 1963.

5. Collins, C.; Collins, J.; Nelson E.W., Smith, R.C. and McCollum, E.A.: Vulvar cancer. Amer. J. Obstet Gynec. 62:1198, 1951.

6. Comas, M.R. et al. Lymphography and vulvar carcinoma. Obstet Gynec 33: 117-81 Feb. 1969.

7. Crossen, Robert James. Enfermedades de los órganos genitales externos y de la vagina. EN SU: Enfermedades de la mujer. Trad. por Antonio Capella Bustos, 3a. ed. México, UTEHA, 1959, pp. 227-329.

8. Green T.H., J.R., Ulfelder, H; and Meigs, J.V. Epidermoid carcinoma of the vulva: Analysis of 238 cases. I: Etiology and diagnosis. II: Therapy and end results. Amer. J. Obstet Gynec 75: 834, 1958.

9. Grönroos, Metal. 32 P uptake in vulval dysplastic and malignant epithelium. Ann Chir Gynaec Fenn. 58: 118-21, 1969.

10. Guatemala. Hospital General "San Juan de Dios" Archivo del Hospital, 1956-1971.

11. Hawson J.V. and Montgomery, T.L.: Delay Period in diagnosis of Genital Cancer. Amer. J. Obstet Gynec 57: 1098, 1949.

12. Hay, D.M. Et al. Postgranulomatous epidermoid Carcinoma of the vulva. Amer. J. Obstet Gynec 108: 479 Oct. 70.

13. Herbut, Peter a. Vulva. IN HIS: Gymecologial and obstetrical

patology, Philadelphia, Lea & Febiger, 1953. pp. 39-122.

14. Herting, Arthurt. and Hazel Gore. Carcinoma. IN: Tumors of the Female Sex organs. II: Tumors of the vulva, vagina and uterus. Washington, D.C., Armed Forces Institute of Pathology, 1960. pp. 29-33.

15. Janovsky, N.A. Jopa oxidase and P-32 uptake in extra mammary Paget disese of the vulva. Gynaecologia (Basel) 153: 354, 1962.

16. Koehler, P.R. and Schaffer, B. Peripheral limpatico – Venous anastomoses. Report of Two cases. Circulation 35: 401, 1967.

17. Malkasian, G.D. Jr., et al. Chemotherapy of squamous cell carcinoma of the cervix, vagina and vulva. Clin Obstet Gynec 11: 367-81, Jun. 1968.

18. Novak, Edmund R. et al. Enfermedades de la vulva. EN SU: Tratado de ginecología. Trad. por Alberto Folch y Pi. 7a. Ed. México, Ed. Interamericana, 1966. pp. 155-188.

19. Parson. L. and Sommers, S.C. Gynecology. Philadelphia, W.B. Saunders, 1966. p. 1147.

20. Ramse, O.B. Carcinoma of the vulva. Act. Obstet Gynec. Scand. 45 Suppl 9: 127, 1966.

21. Ruttedge, Felix N. Cancer of the vulva and vagina. Clinical Obstetrics and Gynecology 8 (4): 1051-1079, December 1965.

22. Saltzstein S.L., Wodruff, J.D. and Novak E.R.: Postgranulomatous carcinoma of the vulva. Obstet Gynec; 7: 80, 1956.

23. Sepúlveda, L. et al. Carcinoma of the vulva. Rev. Chile Obstet Gynec. 33: 221-32, 1969.

24. Stock, Haussen B. Cáncer involving the vulva. Indian Med J. 17:103-8, Jun'68.

25. Taussing F. Cancer of vulva. Amer. J. Obstet Gynec 40: 764, 1950.

26. Taussig, F. Leukoplasic vulvitis and cancer of the vulva. Amer. J. Obstet Gynec 18: 472; 1929.

27. Taussig, F. Diseases of vulva. N.Y. Appleton, 1921. pp. 110-113.

28. Taussig, F. The Prognosis of cáncer of the Vulva. Interstate Med. 19:1052 – 1055, 1912.

29. Urrutia Ruiz, M. Radical vulvectomy. Cir Cir. 36: 522-41, Sep.-Oct. 68.

Vo. Bo.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria.