

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"CANCER DE LA VULVA, ANALISIS DE 53 CASOS EN EL
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA DE GUATEMALA.**

1965-1975

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

por

JORGE JAIME CACERES

previo a optar el título de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Marzo 1977

PREFACIO

HIPOTESIS

OBJETIVOS

MATERIAL DE METODO

PROCEDIMIENTO DEL TRABAJO:

- a. Visitas al Asesor
- b. Información Bibliográfica
- c. Sesiones con el Asesor
- d. Elaboración del Trabajo

GENERALIDADES

CANCER DE VULVA (Teoría).

1. Anatomía, Fisiología e importancia clínica de la Vulva.
2. Tumores benignos de la Vulva (enumerarlos)
3. Definición
4. Generalidades
5. Tumores malignos de la Vulva.
 - a. Generalidades
 - b. Etiología
 - c. Características Clínicas:
 - c1. Carcinoma de la piel en su parte externa.
 - c2. Carcinoma de las Glándulas del Clítoris.
 - c3. Carcinoma de la Región Vestibular.
 - c4. Adenocarcinoma de las Glándulas de Bartholin.
 - c5. Enfermedad de Paget.
 - c6. Melanoma. Maligno.

- c7. Sarcoma de la Vulva.
- d. Tumores Metastásicos de la Vulva.
 - d1. Curso Clínico
 - d2. Metástasis
 - d3. Linfáticos de la Vulva
 - d4. Incidencia de Metástasis de ganglios linfáticos.
 - d5. Metástasis por vía Sanguínea
 - d6. Clasificación Clínica.
- e. Principios de Tratamiento:
 - e1. Relación de edad con tratamiento
 - e2. Procedimiento
 - Irradiación
 - Estirpación radical quirúrgica en CA de Vulva.
 - Enfermedades Asociadas
 - Anestesia
 - Técnica de Operación
 - Diseción de Ingle
 - Vulvectomy
 - Excisión de estructura continua
 - Molde vaginal para prevenir contractura.

Radioterapia en Cáncer de la Vulva:

- a. Generalidades

VII. TRABAJO DE CAMPO:

- a. Búsqueda de pacientes en salas del Incan
- b. Determinación por estudio también Retrospectivo de Sintomatología clínica en dichos pacientes.
- c. Determinar la frecuencia en relación a la edad, raza, condición social.
- d. Determinar la procedencia y raza más afectada.
- e. Estado civil y evolución del paciente

- f. Examen físico de ingreso, histología.
- g. Métodos de laboratorio.

BIOPSIA

- h. Tratamiento que se efectuó
- i. Rehusaron tratamiento
- j. Casos curativos y paliativos
- k. Casos perdidos
- l. Tabulación de datos y representación de gráficas estadísticas.

VIII. CONCLUSIONES

IX. RECOMENDACIONES

X. BIBLIOGRAFIA

PREFACIO

A menudo se hace la pregunta de que por qué se escriben prefacios y de si alguien alguna vez los lee. Los que tendrán la oportunidad de leer y escuchar este trabajo lo juzgarán por la sustancia de su contenido y por su estilo; no por los pretextos aducidos por sus autores.

Podría decirse que si el invitado es ya habitual de la casa; seguramente sabrá que la bodega está bien surtida. Porqué entonces poner un prefacio a este trabajo titulado CANCER DE LA VULVA 1965-1975. Análisis de 53 casos en el Instituto de Cancerología de Guatemala.

De acuerdo con el enfoque clínico; el primer paso lógico es la consideración de manifestaciones fundamentales de la enfermedad. Los pacientes de Cáncer de la Vulva se presentan con síntomas, NO CON DIAGNOSTICO; por lo tanto, la base de una buena medicina clínica y quirúrgica es poder apreciar las diferentes causas de la manifestaciones diversas de la enfermedad y entender como pueden producirse. Para ésto, es necesario comprender la fisiología y las maneras de como las desviaciones de lo normal conducen a trastornos de un tipo o de otro. Por esta razón, el trabajo tiene incorporado conocimientos de importancia biológica fundamental; así también la fisiopatología lo mismo que métodos y técnicas Quirúrgicas Radiación y Quimioterapia, son parte esencial del trabajo.

En Cáncer de Vulva la interpretación de los síntomas y signos generales se logra mejor procediendo de lo general a lo particular. Los síntomas son consecuencia de factores etiológicos o mecanismos de la enfermedad que si pueden ser reconocidos y comprendidos, permiten planear y llevar a cabo en forma lógica y sistemática las medidas para un tratamiento adecuado para Cáncer de Vulva.

enfermedad y de los mecanismos que la pudo haber producido, asegura que se tomen en cuenta muchas posibles interpretaciones. Del cuadro clínico que presenta el paciente. Siguiendo este enfoque, es menos probable que se pase por alto un trastorno digno de consideración. Si nosotros practicamos en toda lesión de la Vulva un papanicolau y una biopsia para llegar lo más temprano a un diagnóstico definitivo; o si bien otros métodos como la colposcopía, tintura cromatóxica, etc.

Jaime Cáceres.

HIPOTESIS:

1. El cáncer de vulva en Guatemala es poco frecuente.
2. Los tratamientos para cáncer de vulva que se practican en el Incan son los adecuados.
3. El cáncer de vulva en Guatemala es más frecuente a partir de la sexta década de la vida y en la mujer soltera.

OBJETIVOS:

1. Tratar de determinar la supervivencia de cáncer de vulva en Guatemala.
2. Determinar la clase de tratamiento médico-quirúrgico que se practica en el Incan.
3. Casos perdidos en el Incan debido a las mismas circunstancias que ocurren en otros hospitales de nuestro país.
4. Tratar de relacionar este trabajo con trabajos extranjeros para comparaciones y conclusiones.

MATERIAL:

1. Trabajo sobre papeletas de pacientes en el Archivo del Incan de enero 1965 a diciembre 1975.
2. Investigación Bibliográfica.
3. Estadística retrospectiva.
4. Transparencias o slights de los casos más interesantes del trabajo.

METODOS:

1. Científico.

CANCER DE LA VULVA (TEORIA) ANATOMIA, FISIOLOGIA E IMPORTANCIA CLINICA DE LA VULVA

MONTE DE VENUS (mons pubis)

Aspecto macroscópico:

El monte de venus es una prominencia producida por depósito de tejido adiposo, situada por delante de la sínfisis pubiana y que se desarrolla a partir del tubérculo genital, no es un órgano, sino tan solo una región o punto de referencia. Está cubierto de vello rígido y oscuro, que aparece temprano en la pubertad. En el período de la vida reproductiva, el vello púbico es abundante, pero después de la menopausia se vuelve escaso. En la mujer normal su configuración es típica: forma un triángulo de base superior, en contraste con el triángulo de base inferior, típico del hombre.

Histología:

La piel del monte de venus contiene glándulas sudoríparas y sebáceas. La cantidad de tejido adiposo subcutáneo está condicionada por factores nutricionales y posiblemente hormonales.

Inervación:

Los nervios sensitivos de la región son el abdominogenital menor y el génitocrural.

Irrigación sanguínea y linfática:

La circulación sanguínea del monte de venus se realiza por medio de ramas de la arteria y vena pudendas externas. Los linfáticos están comunicados con los vulvares y superficiales del abdomen. Esta circulación linfática cruzada tiene interés clínico, ya que permite la aparición de metástasis de un carcinoma vulvar

tanto en los ganglios linfáticos inguinales homolaterales a la neoplasia, como en los lados opuestos.

Importancia clínica:

Las dermatitis son comunes en la región del pubis. Puede presentarse edema secundario a varicosidades o a infiltración carcinomatosa de los linfáticos. El cáncer vulvar puede extenderse al monte de venus.

LABIOS MAYORES

Aspectos anatómicos y generales:

En la mujer adulta representan las formaciones más prominentes de los genitales externos. Se originan de las prominencias genitales, que se extienden hacia abajo y atrás a partir del tubérculo genital. Son dos repliegues cutáneos longitudinales, elevado y redondeado que se originan en el cuerpo perineal, de donde se extienden anteriormente, por fuera de los labios menores, y se unen en el monte de venus. Ambos están adosados en la mujer nulípara, pero tienden a separarse con los partos sucesivos, y en la mujer de edad se adelgazan y sus vellos son escasos.

La piel en la cara externa de los labios es gruesa y con frecuencia pigmentada, y está cubierta de vellos similares a los del monte de venus. La piel de la cara interna es delgada, fina y carece de vello.

Histología:

Los labios mayores están constituidos por tejidos conjuntivos y areolar, con múltiples glándulas sebáceas. Son homólogos del escroto. Subcutáneamente se extiende una fascia delgada que es el dartos de la mujer. Los ligamentos redondos del útero pasan a través del conducto de Nuck, para terminar en una inserción fibrosa en la porción anterior y superior de los labios mayores.

Inervación:

En su porción anterior, los labios mayores están inervados por el abdominogenital menor y el pudendo interno. Lateral y posteriormente la inervación procede del ciático menor.

Irrigación:

Los labios mayores están irrigados por la arteria pudenda interna, que es rama anterior de la ilíaca interna (hipogástrica), y por la pudenda externa (rama de la arteria femoral). El retorno venoso es por las venas pudendas externas e internas.

Importancia clínica:

Los labios mayores no tienen una función especial, los quistes del conducto de Nuck son comúnmente confundidos con una hernia inguinal indirecta. La adherencia de los labios puede indicar vulvitis. Los traumatismos directos o las complicaciones del parto pueden producir hematomas vulvares.

LABIOS MENORES

Aspecto macroscópico:

Los labios menores son dos repliegues de la piel, pequeños y delgados, situados entre los labios mayores y el introito vaginal. Derivan de los pliegues cutáneos que se encuentran por debajo del clítoris en desarrollo. Posteriormente se unen por la horquilla, y en su anterior cada labio se divide dando un pliegue interno y en su extremo anterior que se fusiona con el opuesto correspondiente para formar el frenillo del clítoris y otro externo, para dar lugar al prepucio del clítoris.

La cara externa y el borde anterior de los labios menores están habitualmente pigmentados. Su cara interna es rosada y húmeda, semejando la mucosa vaginal.

Histología:

En los labios menores no se encuentran folículos pilosos ni glándulas sudoríparas; sin embargo, las glándulas sebáceas son numerosas.

Inervación e irrigación:

La inervación de los labios menores tienen lugar por el abdominogenital menor, el pudendo interno y el hemorroidal.

Los labios menores no son en realidad eréctiles, pero su rica vascularización permite una turgencia marcada en los estímulos emocionales o físicos. La circulación se realiza por las arterias pudendas externas e internas.

Importancia clínica:

Los labios menores aumentan de tamaño como resultado de la estimación hormonal ovárica. Después de la menopausia tiende a desaparecer, a no ser que se administren estrógenos. En estas estructuras pueden desarrollarse quistes sebáceos, y con frecuencia el carcinoma vulvar de células escamosas se origina en los labios menores. La fusión de los labios en la infancia puede indicar un defecto de diferenciación sexual. Los labios menores adherentes se deben comúnmente a inflamación.

CLITORIS.

Aspectos macroscópico e histología:

El clítoris es el homólogo del pene; mide de 2 a 3 cms y tiene localización media, un poco anterior al meato uretral. Está constituido por dos cuerpos eréctiles, fijos al periostio de la

sínfisis, y por una estructura diminuta, parcialmente cubierta por los labios menores, que es el glande (glans clitoridis). Está abastecido abundantemente por terminaciones nerviosas sensoriales.

Inervación e irrigación:

El clítoris está provisto de una rica inervación sensitiva. Los nervios hipogástrico y pudendo interno, como el simpático pélvico, le proporciona numerosas terminaciones. La irrigación se hace por ramas de la arteria y vena pudendas.

Importancia clínica:

El cáncer en el clítoris es raro, pero extremadamente serio por dar metástasis tempranas. Los ganglios inguinales y crurales son los primeros en ser invadidos.

VESTIBULO Y MEATO URETRAL

Aspecto macroscópico e histología:

El área triangular que se encuentra entre los labios menores hacia la parte anterior, en donde se abre la uretra, es el vestíbulo. Está cubierto por un delicado epitelio escamoso estratificado. El meato urinario ofrece el aspecto de una hendidura anteroposterior o de una V invertida. Está cubierto por un epitelio transicional como la uretra. La mucosa vascular del meato protrude o se evierte con frecuencia, lo cual hace que aparezca más rojo que la mucosa vaginal vecina.

Inervación e irrigación:

El vestíbulo y la uretra terminal están inervados por el pudendo e irrigados por la arteria y vena pudendas.

Importancia clínica:

En el área uretrovestibular pueden desarrollarse carúnculas y carcinomas de células escamosas o de células transicionales.

GLANDULAS DE SKENY
(Glándulas parauretrales).

Aspecto macroscópico e histología:

Dentro de la uretra, en la proximidad del meato urinario, existen posterolateralmente dos orificios correspondientes a los conductos tabulares poco profundos de las glándulas de Skeny. Estos conductos están cubiertos por células transicionales y representan el equivalente de las numerosas glándulas prostáticas masculinas.

Irrigación:

La arteria y vena pudendas son las encargadas de irrigar las glándulas de Skeny, como también el vestíbulo y el meato uretral.

Importancia clínica:

Las glándulas de Skeny son particularmente susceptibles a la infección gonocócica. La presencia de esta infección se manifiesta con frecuencia, primariamente en este sitio. Después de una terapéutica antigonocócica efectiva, comúnmente se observan infecciones secundarias inespecíficas.

GLANDULAS DE BARTHOLIN
Y SUS CONDUCTOS

(Glándulas vulvovaginales o paravaginales)

Aspecto macroscópico e histología:

Inmediatamente por fuera del himen, y a la mitad de la

altura del orificio vaginal, existen dos pequeñas aberturas a uno y otro lado. Ambas se comunican por un conducto estrecho de 1-2 cms de largo con una pequeña glándula mucosa aplanada, situada entre el labio menor y la pared vaginal. Estas glándulas vulvovaginales o de Bartholin son homólogas de las glándulas de Cowper en el hombre. Sus conductos están revestidos por epitelio transicional.

Inervación e irrigación:

Ramas de la arteria, vena y nervios pudendos internos, están destinados a las glándulas de Bartholin.

Importancia clínica:

La gonorrea causa frecuentemente la formación de abscesos o de quistes en los conductos de Bartholin. Las glándulas mismas comúnmente no resultan afectadas. Las infecciones bacterianas no venéreas producen estas complicaciones en pocas ocasiones. El adenocarcinoma se origina raras veces en los genitales externos, pero las glándulas de Bartholin pueden ser su punto de partida. También es posible observar carcinomas de células transicionales, desarrollados del epitelio de los conductos de Bartholin.

HIMEN

Aspecto macroscópico e histología:

El himen es una membrana circular o falciforme, situada por dentro y muy próxima de los labios menores, y que señala la entrada de la vagina. Este tabique moderadamente elástico ocluye parcial o, en raras ocasiones, totalmente el canal vaginal. El himen está constituido por dos caras cubiertas de epitelio que encierran un tejido fibroso vascular intermedio.

Inervación e irrigación:

Los vasos arteriales y venosos y los nervios del himen pertenecen a los troncos pudendos y hemorroidales inferiores.

Importancia clínica:

Un himen rígido puede constituir una ginatresia sintomática que demande dilataciones o himenotomía. Los restos del himen lacerado por el coito o el parto se denominan carúnculas mirtiformes o himeneales.

CUERPO PERINEAL, HORQUILLA Y FOSA NAVICULAR

Aspecto macroscópico:

El cuerpo perineal (correspondiente a la región perineal posterior) incluye a la piel y tejidos subyacentes que se encuentran entre el orificio anal y la abertura vaginal. Está sostenido por los músculos transversoperineales y las porciones inferiores de los músculos bulbocavernosos.

Los labios menores y mayores, derechos e izquierdos, están unidos en sus extremos inferiores para formar la horquilla. Inmediatamente arriba de esta comisura existe una depresión poco notable que se extiende en 1 cm. hasta el himen y que se conoce como fosa navicular.

Inervación e irrigación:

Estas estructuras están inervadas e irrigadas por ramas de los nervios, arterias y venas pudendas y hemorroidales inferiores.

Importancia clínica:

Estas formaciones sufren frecuentemente, durante el parto, laceraciones que pueden necesitar reparación. Dada su

vascularización, una episiotomía anticipada puede resultar en la pérdida de varios cientos de mililitros de sangre. Una reparación defectuosa puede dar lugar a dispareunia o bien a una insuficiencia perineal posteriormente.

TUMORES BENIGNOS O PRECANCEROSOS DE LA VULVA.

Se dividen en dos clases:

1. Lesiones premalignas granulomatosas y lesiones inflamatorias:
2. Tumores benignos de potencial maligno:
 - a. Condiloma Acuminatum
 - b. Nevi
 - c. Papilomas
 - d. Fibromas
 - e. Hidroadenoma
3. Tumores Quísticos:

Tumor sebáceo y quístico epidermoide

Tumor quístico del conducto de Bartholin

TUMORES MALIGNOS.

3. Carcinoma:
 1. Epidermoide
 2. Enfermedad de Paget en la vulva
 3. Basocelular
 4. Adenocarcinoma
 5. Carcinoma de células transcisionales
 6. Sarcoma.

a. Generalidades:

Estos tumores se caracterizan por la malignidad bastante alta y la fase tardía de la vida en que aparece por lo común.

El carcinoma de la vulva no es una enfermedad rara, constituye el 10o/o de todos los cánceres de la mujer, es el tercero en frecuencia del aparato reproductor femenino; únicamente el del útero y ovario lo adelantan.

Entre más edad tenga la mujer mayor es el riesgo de tener el cáncer, debido a la gran cantidad de elementos que toma el cáncer de la vulva es imposible algunas veces determinar si la neoplasia comienza en la vagina o en la vulva.

Dentro de las generalidades podemos decir, que la mayoría de los tumores son los carcinomas epidermoides que constituye el 3.5o/o de todo el cáncer ginecológico que nace en la mucosa vulva pero también puede ocurrir a nivel del clítoris; los cánceres glandulares, adenocarcinoma se desarrollan a partir de las glándulas sudoríparas y de las glándulas de Bartholin. Es más frecuente en la sexta década de la vida, pero también se ha observado en una muchacha de veinte años.

Procedimiento:

Se presenta primero como un engrosamiento de la epidermis que pronto muestra grietas y fisuras, como una pápula, verruga o vesícula localizada, o bien como un tumor más profundo de una glándula sudorípara o de Bartholin que precede a la aparición de las lesiones superficiales.

Las lesiones superficiales pueden ser múltiples. Asienta principalmente sobre los labios, en los surcos interlabiales y alrededor del orificio uretral. Dos notables estados patológicos, el PRURITO Y LA LEUCOPLASIA, precede a menudo al proceso maligno.

El prurito es el precursor muy común del carcinoma vulvar, pero su origen no está bien claro. Con frecuencia el prurito existe durante varios meses antes de que se descubra el carcinoma. La para queratosis y la infiltración del corión por células redondas en el prurito favorecen claramente el desarrollo del epitelio.

La relación de la craurosis y de la leucoplasia vulvar con el epiteloma parece que es positiva. Pero de ordinario existe alguna forma de infección o irrigación local. Se produce un estado blanco perlado y verrugosa de la mucosa que se presenta en muchos puntos o afecta casi todo el orificio.

El proceso comienza como una inflamación crónica de la mucosa con engrosamiento, edema e infiltración celular del corión, hipertrofia y queratosis del epitelio, que más tarde termina en una extensa esclerosis y atrofia coriónica con retracciones. A partir de uno o más puntos o bien de una amplia zona de esta lesión se desarrolla el epiteloma. Otros procesos locales relacionados con la enfermedad son la Psoriasis, las cicatrices sífilíticas los abscesos y diversas formas de traumatismo.

Evolución y desarrollo del carcinoma:

1. Verruga prominente o tumor lobular.
2. Ulcera profunda.
3. Infiltración difusa.

En los casos ulcerosos se acompaña a menudo de una infección grave que complica en gran manera el proceso local, originando el infarto de los ganglios inguinales en uno o ambos lados y acelera el proceso de la enfermedad. La invasión de los ganglios linfáticos se ha observado incluso a los tres meses y medio del comienzo del proceso y otras veces se ha retrasado más de tres años. Schwartz observó que los ganglios inguinales tumefactos eran invadidos por el cáncer tan sólo en la mitad de

sus casos y que aparece durante el segundo semestre de la enfermedad.

Las propagaciones se producen a lo largo de los tejidos profundos hasta el pubis, la pelvis y a través de los ganglios linfáticos inguinales y pelvianos de uno o ambos lados. Frisch observó una extensa proliferación periuretral. De ordinario la mucosa vaginal escapa a la invasión pero puede invadirse la pared vaginal e incluso el cuello uterino. Las metástasis locales aparecen alrededor del ano, en la parte abdominal y en los músculos.

Las metástasis generales se han observado en los ganglios abdominales, pulmones, corazón, hígado, bazo y riñones.

Diversas investigaciones han comprobado la implantación por contacto sobre el labio opuesto, pero no queda excluida la posibilidad de una propagación a través de los linfáticos.

CURSO:

El curso del carcinoma vulvar es rápido y termina en general cuando no es operado, a los dos años de descubierta la lesión. Se han observado casos de fallecimiento a los cuatro meses, este curso rápido puede explicarse por el abundante riego vascular y linfático de los tejidos, por descubrimiento tardío de la enfermedad y por infecciones concomitantes, algunos pacientes han recidivado tras los cinco años no obstante es probable que no pocos casos diagnosticados precozmente hallan curado por intervención e irradiación, se podría dar un pronóstico bastante favorable para las lesiones superficiales

Estructura:

El epiteloma vulvar presenta una estructura de estrechos cordones y columnas de células escamosas bastante indiferenciadas.

La cornificación y la formación de perlas es marcada. El carácter clínico maligno del proceso se manifiesta a menudo en la

estructura histológica en las fases avanzadas varían las proporciones de las células y del estroma y algunos autores hablan de tipos encefaloides y tipos escirrosos. Según Pick y H. Ruge, el adenoma de las glándulas sudoríparas puede hacerse maligno y seguir en curso de un epiteloma vulvar. La estructura de los tumores benignos recuerda la de los tumores de las glándulas sudoríparas, y la forma maligna se presenta como Adenocarcinoma.

Las glándulas de Bartholin da origen a raros adenomas y adenocarcinoma. Estos tumores suelen ser de mayor tamaño que el epiteloma y presentan una estructura adenóide. Se han publicado muchos casos de Melanoma vulvar. Las normales invaginaciones profundas del revestimiento epitelial de la uretra da lugar a un frecuente error diagnóstico de carcinoma uretral femenino. Al corte, esas invaginaciones pueden presentarse como islotes desplazados de epitelio atípico que se parece notablemente al epiteloma.

B. Etiología:

Desconocida. La neoplasia comienza en la parte anterior de las dos terceras partes del labio mayor. Este es el lugar donde hay leucoplasia y craurosis lo cual es positivo para cáncer.

La mayoría de los carcinomas ocurren después de la menopausia más o menos a los 60-69 años de edad.

También parece estar asociado en algunas personas con diabetes o sífilis. Se ha sugerido también que las lesiones del prepucio y las glándulas del clítoris y las colecciones de esmegma son sugestivas como factores que contribuyen al cáncer.

C. Características clínicas:

Cl. Carcinoma de la piel en su parte externa.

La mayoría aparece en labios mayores en parte anterior en sus dos terceras partes, puede haber masas de 3-4 cms. de diámetro cuando se rompe forma úlceras.

C.2 Carcinoma de las Glándulas del Clítoris.

Puede ocurrir en partes donde hay leucoplasia como es el clítoris y el prepucio.

C.3 Carcinoma de la región Vestibular.

Aparece en las regiones externas uretral-meato; muchas de las personas consultan al médico cuando es imposible determinar donde comenzó el proceso.

Aparece como moteados, úlceras con base necrótica y proliferando con márgenes duros. Desafortunadamente este cáncer produce poca sintomatología y demasiado tarde, que es imposible determinar el comienzo del proceso.

C.4 Adenocarcinoma de las Glándulas de Bartholin.

Es raro en el cáncer vulvar, viene de neoplasias de las glándulas y son raros los síntomas. Ocasionalmente el conducto epitelial es el síntoma primario de estos tumores.

C.5 Enfermedad de Paget.

Es un tumor que la naturaleza de su historia es diferente de otras neoplasias vulvares, es sumamente raro.

C.6 Melanoma:

Consiste en el 2-3o/o de las neoplasias vulvares malignas. Puede existir melano Sarcoma.

C.7 Sarcoma de la vulva:

Son los fibrosarcomas y dos terceras partes de estas están en los labios mayores. Histológicamente forman pequeñas y largas espirales de células tumorales. Ocurre generalmente en población joven con promedio de 40 años.

Comienza con pequeños nódulos en el tejido areolar debajo de la piel y va creciendo muy lento hasta alcanzar un buen tamaño.

D. Tumores Metastáticos de la Vulva:

DI. Curso clínico.

La incisión incompleta acelera el crecimiento del tumor de la vulva.

Los sarcomas y adenocarcinomas de las glándulas de Bartholín pueden permanecer por largos períodos.

Dentro de las metástasis: ocurren primero a nivel inguinal y Femoral,

Tumores ulcerosos le impiden comodidad al paciente, de tal suerte que cuando esto ocurre la vagina, uretra, ano y recto se encuentra invadido. Entonces es cuando entran en acción los procedimientos paliativos.

D2. Metástasis:

Excepto el melano sarcoma y la enfermedad de Paget, los tumores malignos de la vulva lanzan sus metástasis por vía linfática. Puede ocurrir esta metástasis por un émbolo siendo así que el canal entre el tumor y el ganglio linfático pueda favorecer el camino del tumor.

D3. Linfático de la Vulva:

- A. Los labios mayores y menores
- B. Vestíbulo
- C. Y el clítoris son ricos en Linfáticos.

Hay una gran comunicación entre los linfáticos y canales conductores. Ocasionalmente puede haber comunicación de la región posterior de la vulva y del periné con linfáticos paravertebrales.

Los canales linfáticos son los que llevan el retorno del líquido; proteínas, otros elementos sanguíneos; se ha calculado el paso de materias de dos micras de diámetro; que es suficiente para que las células malignas puedan pasar sin objeción de cadena en cadena. Hay tres clases de ganglios importantes en el Cáncer de la vulva:

1. Ganglios superficiales:

Inguinales de 12 a 20 recorre el ligamento inguinal, inmediatamente por debajo de éste; es común que sea envuelta en la membrana del carcinoma vulvar, y en la región superficial del anillo inguinal.

2. El femoral superficial:

Desde la fosa ovalis hasta la vena safena entrando por el canal femoral; son también envueltos cuando hay metástasis.

3. Ganglios intrapélvicos linfáticos:

Son llamados también de Rosenmüller y Cloquet. Son los que quedan en contacto con el peritoneo.

4. Linfáticos Ilíacos externos:

Hay series de éstos, caen detrás de la vena ilíaca externa y en el Retroperitoneo.

De aquí drenan hacia los linfáticos comunes ilíacos y luego a los linfáticos Aórticos.

D4. Incidencia de Metástasis de ganglios linfáticos:

Ocurre en el 50-60o/o de los pacientes. Todos los ganglios deben ser removidos en bloque.

D5. Metástasis por vía sanguínea:

Es ocasional. Da metástasis a la columna vertebral y mediastino.

D6. Clasificación clínica:

CARCINOMA DE LA VULVA FIGO METODO DE CLASIFICACION.

T	=	TUMOR PRIMARIO:
T1	=	Tumor confinado de la vulva: 2 cms. o menos en diámetro.
T2	=	Tumor confinado a la Vulva: más de 2 cms. en diámetro.
T3	=	Tumor de cualquier tamaño que alcanza la uretra y/o la vagina y/o el periné y/o el ano.
T4	=	Tumor de cualquier tamaño que ya infiltró la mucosa y/o el recto o la uretra y/o el hueso.
N=		NODULOS LINFATICOS REGIONALES:
N0	=	Nódulos no palpables.
N1	=	Nódulos palpables en cualquier ingle; nódulos movibles (no clínicamente sospechosos de neoplasia).
N3	=	Nódulos fijos y ulcerosos.
M	=	METASTASIS DISTANTES
M0	=	No hay metástasis clínica.
M1A	=	Nódulos palpables pélvicos.
M2B	=	Metástasis a distancia.

ESTADOS CLINICOS POR GRUPOS:

Estado 1: T1 NO Mo
T1 N1 M0

Estado 2: T2 NO Mo
T2 N1 M0

Estado 3: T3 NO M0
T3 N1 M0
T3 N2 M0
T1 N2 M0

Estado 4: T1 N3 M0
T2 N3 M0
T3 N3 M0
T4 N3 M0
T4 N0 M0
T4 N1 M0
T4 N2 M0

Todas las demás condiciones están contenidas en M1a o M1b:

Si la histopatología o citología de los nódulos linfáticos revelen células malignas: el signo + (más) debe ser añadido a la N; pero si el examen no revela células malignas; el signo - (menos) debe ser añadido a la N.

CLASIFICACION DEL CANCER EPIDERMOIDE DE LA VULVA.

ESTADO 0 = CANCER IN SITU:

A: Un sitio	C (*)	B: sitios múltiples	C
	L (**)		L
	CL (***)		CL

ESTADO 1: LESION INVASIVA (3 CMS O MENOS EN EL DIAMETRO).

A: Un sitio	C	B: sitios múltiples	C
	L		L
	CL		CL

ESTADO 2: LESION INVASIVA (MAS DE 3 CMS).

A: Un sitio	C	B: sitios múltiples	C
	L		L
	CL		CL

ESTADO 3: LESION INVASIVA CON EXTENSION SUPERFICIAL Y GANGLIOS LINFATICOS PALPABLES.

A: Nódulo linfático unilateral
B: Nódulo linfático bilateral

ESTADO 4: LESION VULVAR QUE (ENVUELVE) ORGANOS CONTINUOS Y/O METASTASIS DEBAJO DE LOS NODULOS LINFATICOS REGIONALES.

A: Organos contiguos envuelto

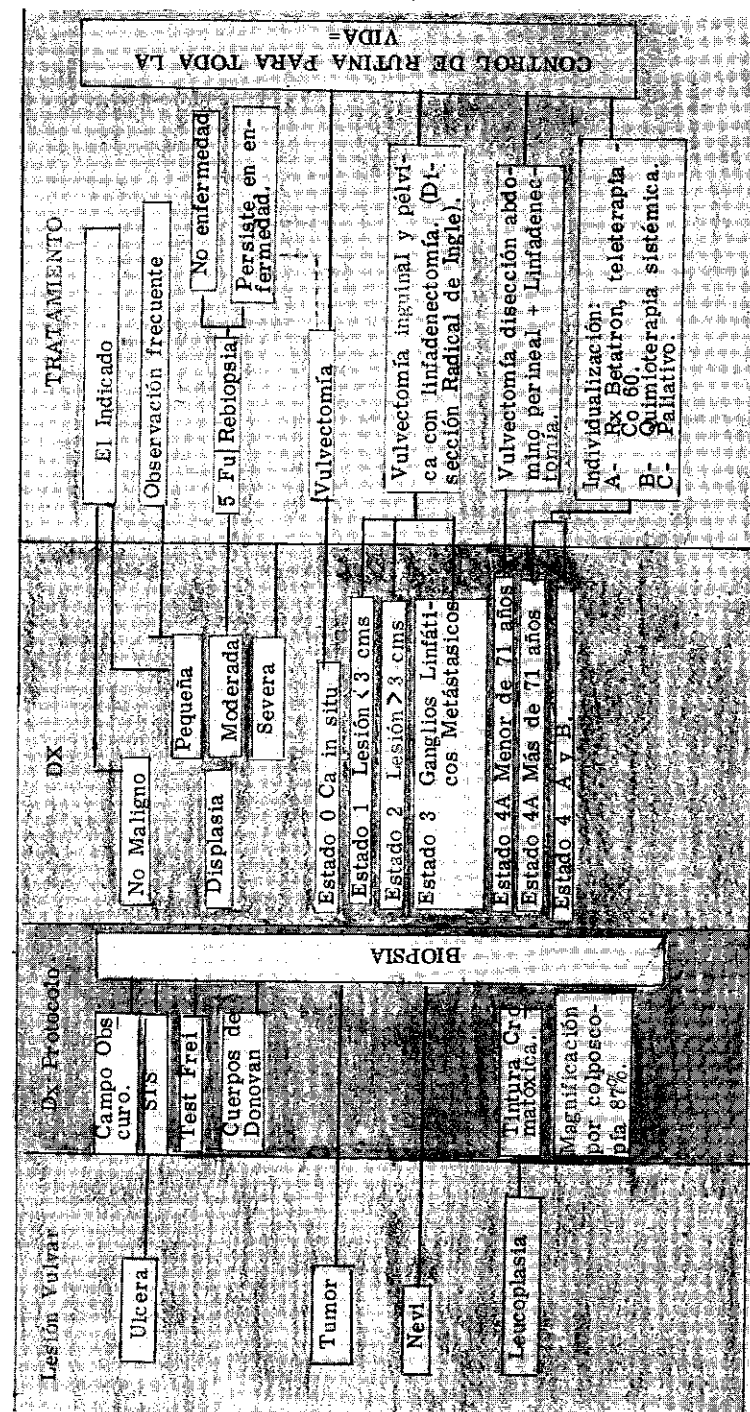
B: Metástasis a distancia

A Y B: Ambos dos

(*) C = (Central Sólo clítorix)

(**) LL = Lateral (Labial incluyendo fouchette).

(***) CL = Combinado.



E2: Procedimiento:

La simple excisión del tumor o la simple vulvectomy está condenada. Puede ocurrir ocasionalmente una cura que no quiere decir que funciona. El pronóstico de curación para tumores a temprana edad y detección temprana es del 60o/o.

CIRUGIA.

El tratamiento quirúrgico es el de elección; la radiación se efectúa para Estado 4 A y B o Estado 4A más de 71 años o en pacientes que por su condición médica no se les puede efectuar el acto quirúrgico.

Vulvectomy con disección radical de ingle: bilateral:

La vulvectomy fué practicada ocasionalmente desde hace 50 años, se usa para Estado 0 ó Ca in situ. La vulvectomy con disección radical de ingle bilateral se debe usar en Estados 1, 2, 3.

En estadíos 4A menor de 71 años se debe hacer: Vulvectomy con disección abdomino perineal más linfadenectomy.

Estado 4A más de 71 años: Individualización:

- A. Rx Betatrón, teleterapia, Co. 60.
- B. Quimioterapia sistémica.
- C. Paliativo.

Irradiación:

Radiación, Quimioterapia o Tratamiento Paliativo se aplica en pacientes que tengan estadíos 4A más de 71 años o Estadíos 4A y B; o cuando esté contra indicado el tratamiento quirúrgico.

Anestesia:

Muchos anestesiastas prefieren usar Anestesia General que es la más recomendada; sin embargo queda a criterio del Anestesista.

E5. Estudios sobre resultado de Vulvectomía Radical; Universidad de Minnessota 1938-1945.

De 64 pacientes 55 se le practicó vulvectomía con disección radical- 9 no se le practicó debido a lo extenso del Cáncer. Curados 44.4o/o.

Mortalidad de la operación: en USA aproximadamente 8o/o. Pero con el momento: EL MEJOR METODO CURATIVO ES LA VULVECTOMIA CON DISECCION RADICAL, DE INGLE BILATERAL.

**E6 EPIDERMOID CARCINOMA OF THE VULVA
STAGE AND SALVAGE. 1976,
TULANE UNIVERSITY MEDICAL CENTER.**

Stage	No. Of.	Patients	o/o	5yr-Salvage
0 A&B		41		100
I A&B		34		100
II		18		83
	A	15	87	
	B	3	66	
III		18		36
	A	7	43	
	B	4	25	
IV		18		39

A	7	75
B	4	25
A&B	6	0

**RADIATION THERAPY FOR CANCER
OF THE VULVA. 1976.
TULANE UNIVERSITY MEDICAL CENTER.**

Author	No. of Pte	Rad. source	tumor dose	Inguinal lymph gland dose	Severe comp.	Mortality	5-yr survival
Helagson	24	Telecobal + interstitial radium or beta tron.	3000 5840 rad	5000 rad	8o/o	12 +	8.3o/o
Frankendal	10	Betatron and- or 60 Co.	6000 6500 rad	3000 rad	30o/o	0	*
Frishbier	11	Betatron	4500	4500	24o/o	not stated	47.5 +
Huber	8	Orthovoltage	2400 rad	2200 rad	not stated	0	12.5o/o
Nobler	2	60Co	5000 7000	4800 6000	50o/o	50	not eligible.

**RADIOTERAPIA EN CANCER DE
LA VULVA.**

A. Generalidades:

Recordemos que la extirpación Radical quirúrgica es el método de elección para el tratamiento del Carcinoma Vulvar.

Pero hay ocasiones en que la paciente debido a muchas razones no es candidata para la cirugía y es allí donde entra la terapia a base de radiación, para UN TRATAMIENTO PALIATIVO DEL CANCER.

La terapia de radiación está indicada:

1. Cuando la paciente rehusa TX quirúrgico.
2. Malas condiciones generales de la paciente.
3. Cáncer se ha extendido que es imposible tratarle con cirugía.
4. Metástasis a distancia.

El cáncer vulvar no se trata con radioterapia. Pero de todos modos hay que ofrecérselo al paciente, como tratamiento paliativo.

Hay que individualizar cada caso que se trate con radioterapia dependiendo de la terapia del Terapeuta.

Métodos de Radiación:

Existen:

- a. Aguja con Radium y Cobalto 60; Cesium 137.
- b. Aplicador superficial con Radium, Cobalto 60; Cesium 137.
- c. Radioterapia y Teleterapia, Betatrón; las dosis que se utilizan son de: 3000 a 6000 rads.
- d. Irradiación combinada con cirugía.

Irradiación Combinada con Quimioterapia sistémica:

Radioterapia preoperatoria:

Es usada en dosis moderadas teniendo cuidado en las posibles reacciones. En muchos de los casos es seguido de una

parcial regresión de la infiltración. También ayuda al control de la infección. La intervención quirúrgica seis semanas después, es preferible en el campo de una mejor asepsia y con la parte del cáncer bastante esterilizada.

Radioterapia Postoperatoria:

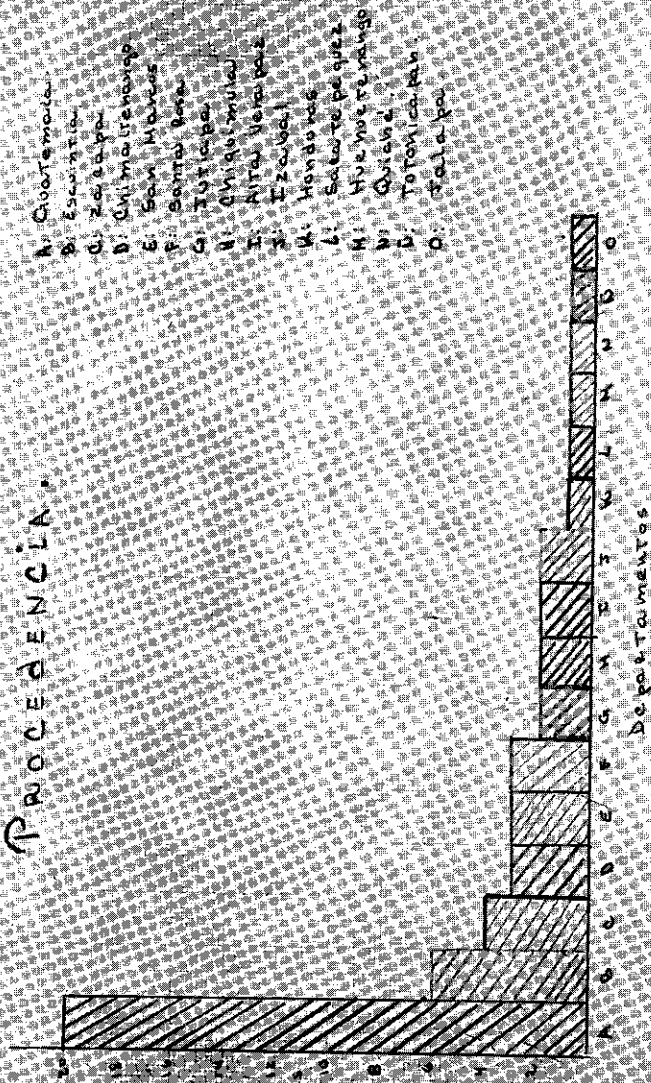
Es usada en menor frecuencia que la anterior, cualquier tipo de radioterapia debe ser individualizada para cada paciente.

Pero la combinación de la irradiación y la cirugía mejora los resultados paliativos y disminuye sus complicaciones.

Dentro de las secuelas se pueden mencionar:

- Esclerosis pequeñas
- Ulceras necróticas recurrentes de la vulva.
- Atresia vaginal.

PROCEDENCIA.



Dr. Armando Galvez Urrutia
Dr. Jorge Salma Cuevas

Estudio de Caudal de Volcan

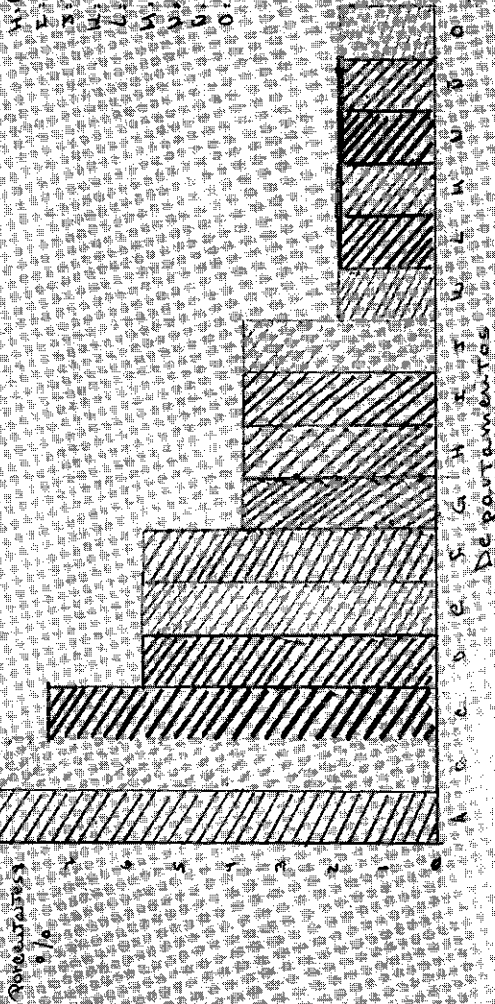
1965-1975

Instituto de Geología

Guatemala

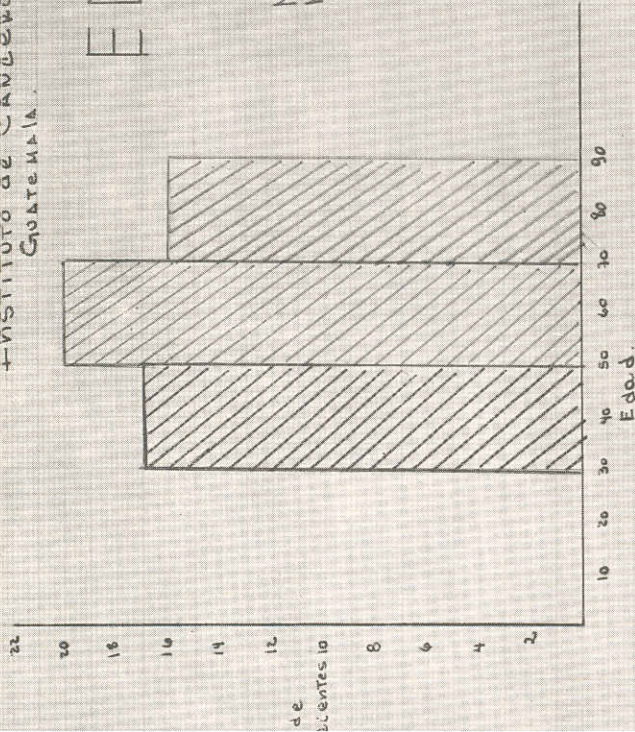
Procedencia - Porcentajes

- A. Guatemala
- B. Escuintla
- C. Zacapa
- D. Chimaltenango
- E. San Marcos
- F. Santa Rosa
- G. Totonicapán
- H. Chiquimula
- I. Alta Verapaz
- J. Izabal
- K. Honduras
- L. Sacatepéquez
- M. Huehuetenango
- N. Quiché
- O. Totonicapán
- P. Jalapa



Dr. Armando Galvez Uscaria
Dr. Jorge Solimón Olaverria

ANÁLISIS de ESTADÍSTICA.
 ESTUDIO de CÁNCER de VULVA.
 1965 - 1975
 INSTITUTO de CANCEROLOGÍA.
 GUATEMALA.



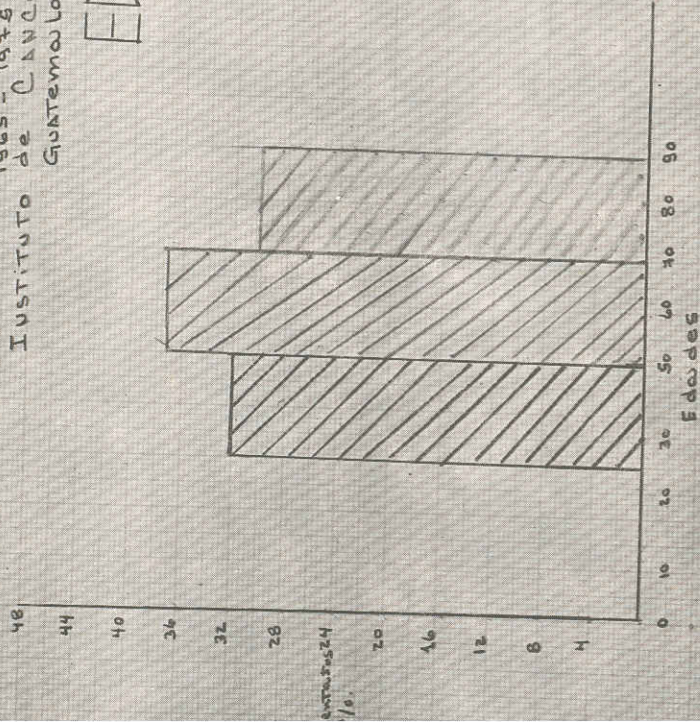
EDAD

Menor EDAD: 30 AÑOS
 Mayor EDAD: 90 AÑOS
 Promedio: 60 AÑOS

Estudio de Cáncer de VULVA.
1965-1975
INSTITUTO de CANCEROLOGÍA.
GUATEMALA.

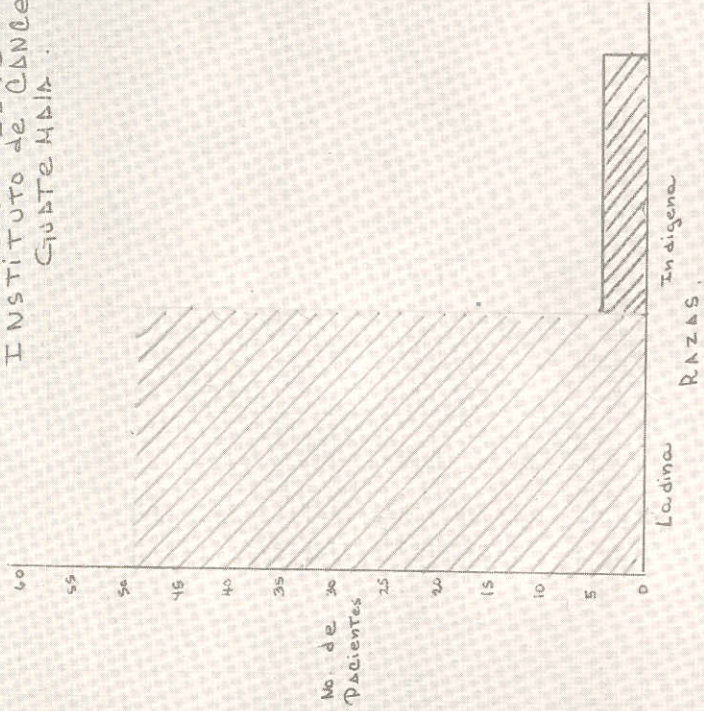
EDAD - PORCENTAJES.

Menor Edad: 30 AÑOS
Mayor Edad: 90 AÑOS
Promedio: 60 AÑOS



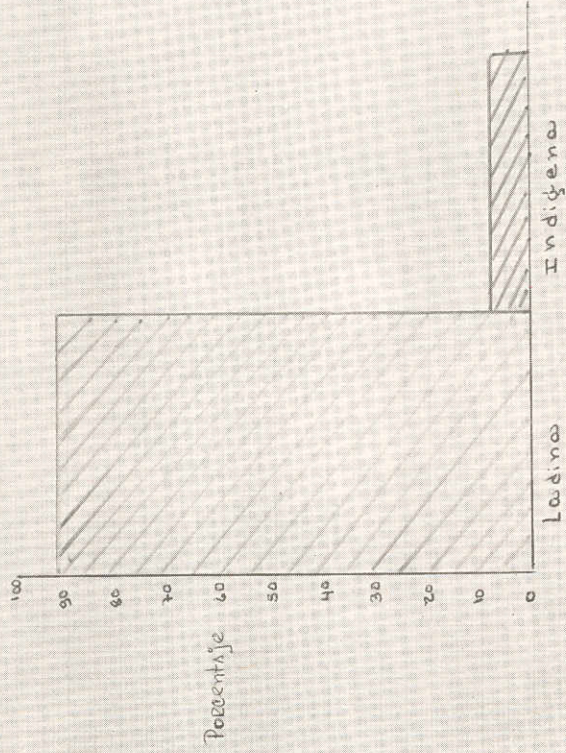
Estudio de Cáncer de VULVA.
1965-1975.
INSTITUTO DE ONCOLOGÍA.
GUATEMALA.

RAZA.



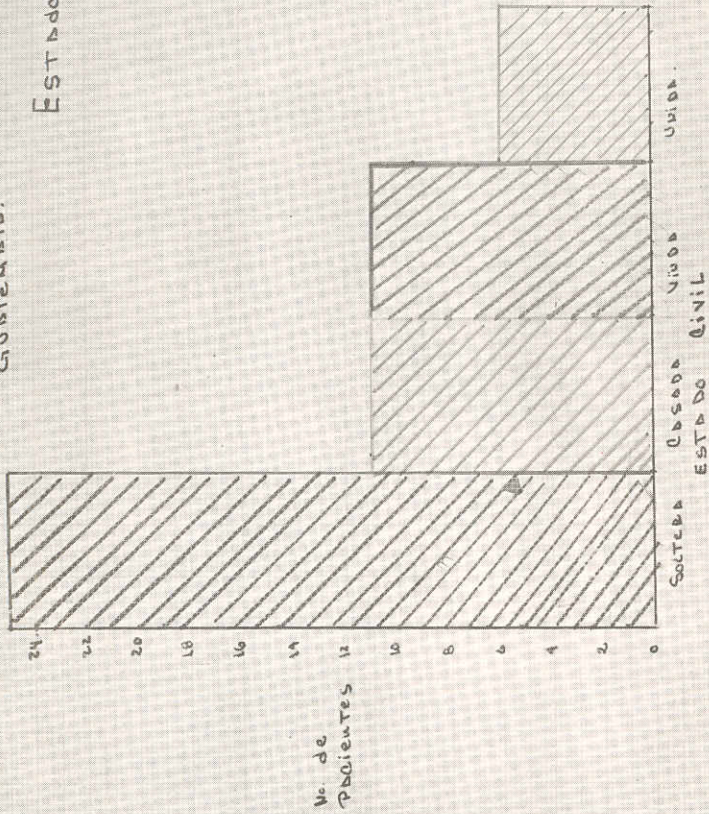
Estudio de Cáncer de La Vulva.
1965 - 1975.
INSTITUTO de Cancerología
Guatemala.

RAZA- Porcentajes



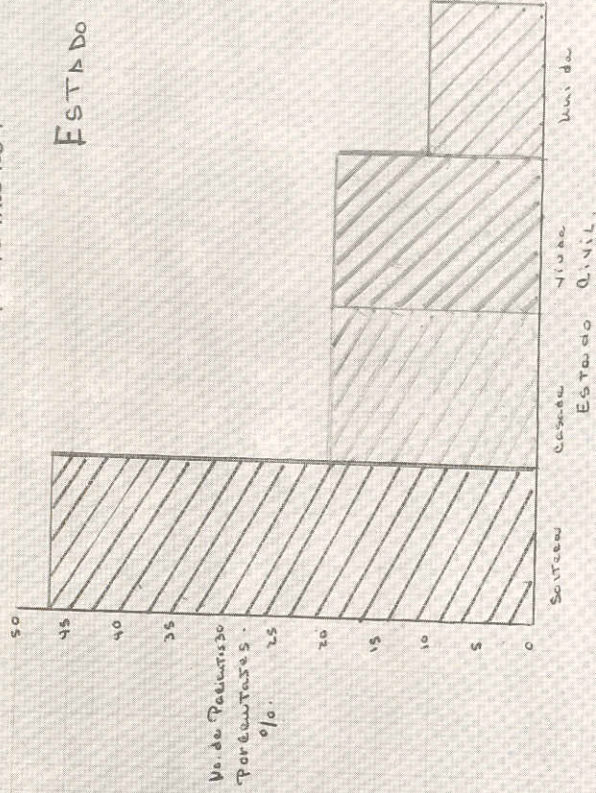
ESTUDIO DE CÁNCER DE VULVA
1965 - 1975
INSTITUTO DE ONCOLOGÍA.
GUATEMALA.

ESTADO CIVIL.



Estudio de Cáncer de Vulva 1965 - 1975 INSTITUTO DE CANCEROLOGIA. GUATEMALA.

ESTADO CIVIL - Porcentajes



ESTUDIO DE CÁNCER DE VULVA. 1965 - 1975 INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA. GUATEMALA.

Primer Signo o Síntoma.

A: Lesión Tumoral

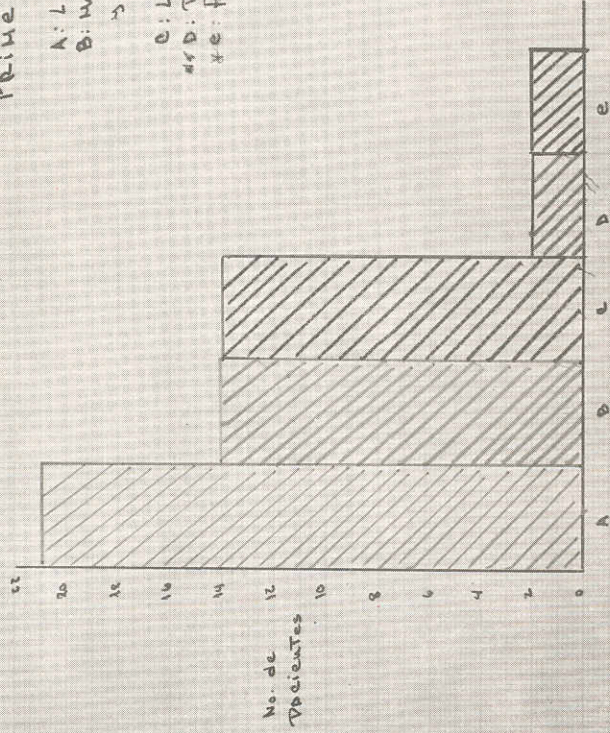
B: Molestias Urinarias

y Flujo Vaginal, Hemorragia.

C: Lesión Ulcerada.

y D: Post Vulvectomía.

E: Papulos y Prurito Anal.



Primer Signo o Síntoma.

Estudio de Cáncer de Vulva 1965-1975 INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA GUATEMALA

Primer Signo o Síntoma - Porcentajes

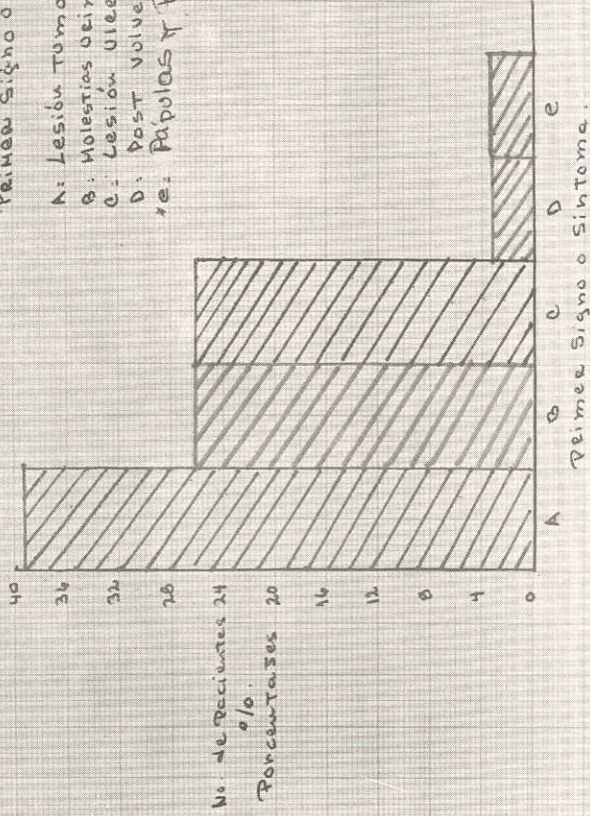
A: Lesión tumoral.

B: Molestias primarias y flujo vaginal. Hemorragias

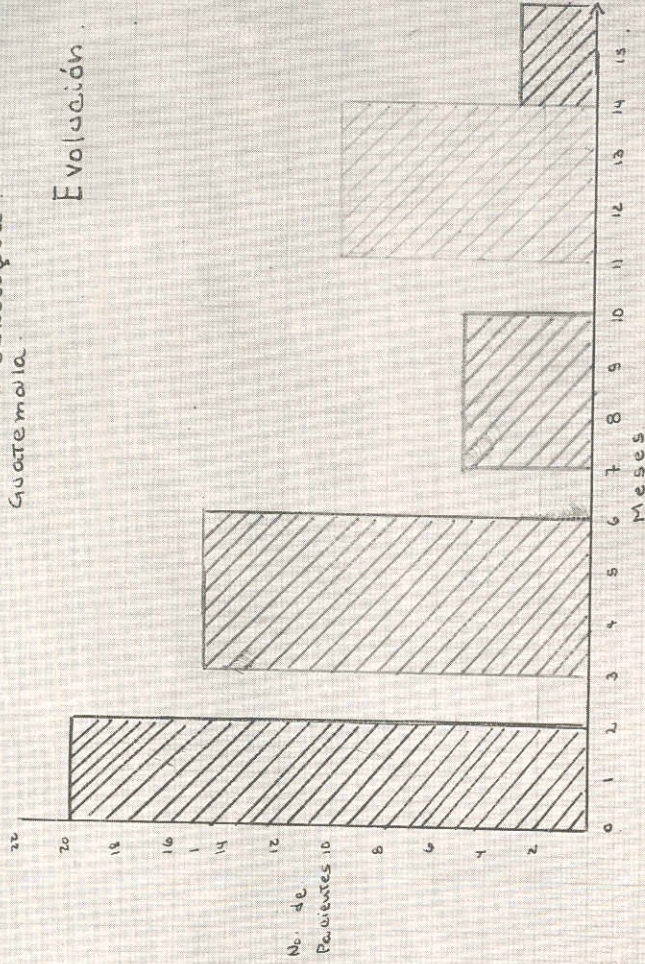
C: Lesión ulcerada.

D: Post vulvectomía.

re: Pápulas y prurito ANNC



Estudio de Cáncer de Vúlva.
1965 - 1975
Instituto de Oncología
Guatemala.



Menor Evolución - 3 Semanas
Mayor Evolución - 11 Años
Más # que se recupere
Incidencia: 2 Meses

Dr. Armando Galvez Uscoria
Dr. Jorge Jaime Cabezas

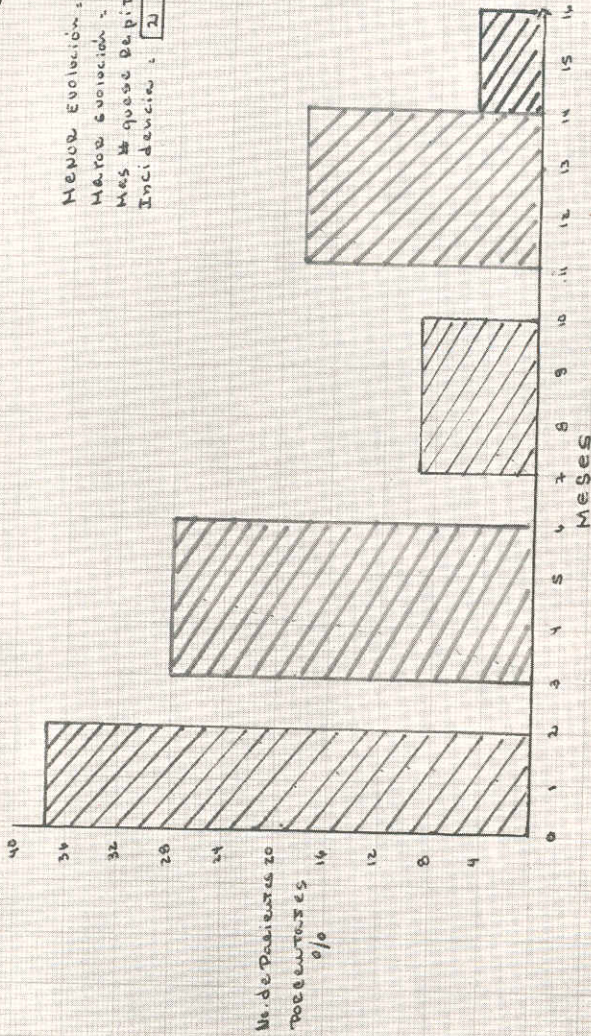
Estudio de Cáncer de Vulva

1965 - 1975

INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA.

GUATEMALA.

Evolución - Porcentajes



Mayor Evolución: 3 Semanas

Mayor Evolución: 12 años

Mes # quese Bebite:

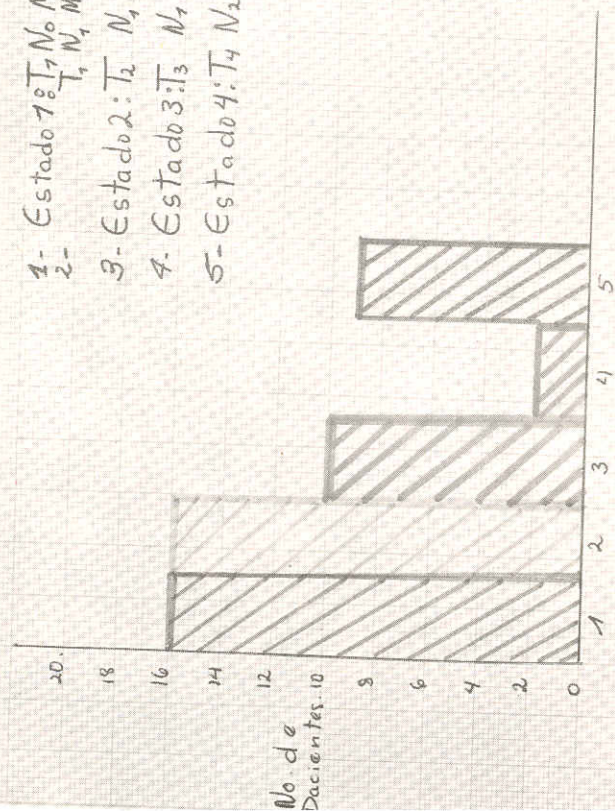
Incidencia: 2 Meses

1965 1975

Instituto de Cancerologia.
Guatemala.

Estados Clinicos por Grupos.

- 1- Estado 1: $T_1 N_0 M_0 = 16$
2- $T_1 N_1 M_0 = 16$
- 3- Estado 2: $T_2 N_1 MO = 10$
- 4- Estado 3: $T_3 N_1 MO = 2$
- 5- Estado 4: $T_4 N_2 M_1 A = 9$



Br. Jorge Jaime Cáceres

Estudio de Cáncer de Vulva.
1965 1975

Instituto de Cancerología
Guatemala.

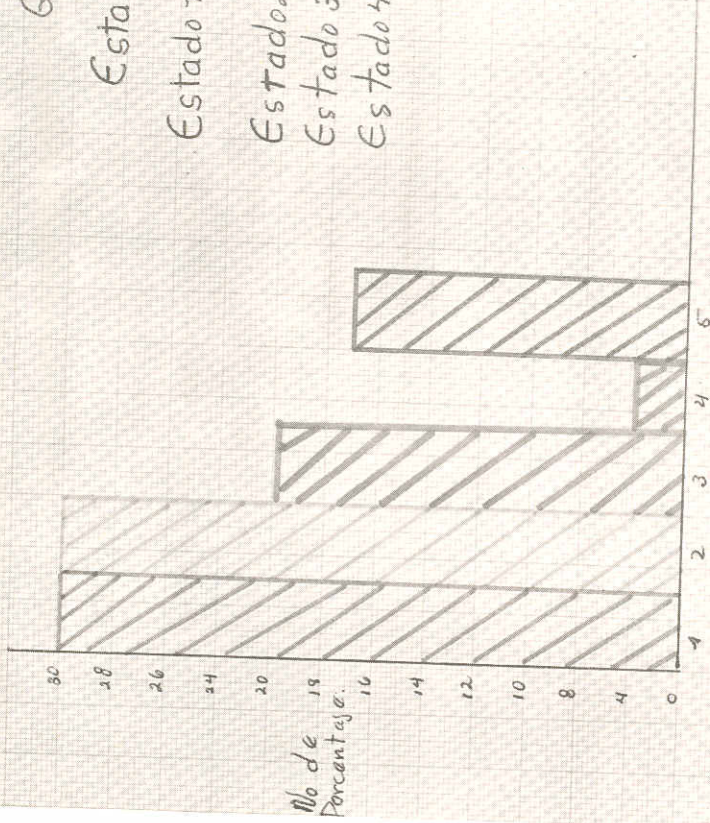
Estados Clínicos por Grupos.

Estado 1: $T_1 N_0 M_0 = 30\%$ $T_1 N_1 M_0 = 30\%$ $> 60\%$

Estado 2: $T_2 N_1 M_0 = 19\%$

Estado 3: $T_3 N_1 M_0 = 4\%$

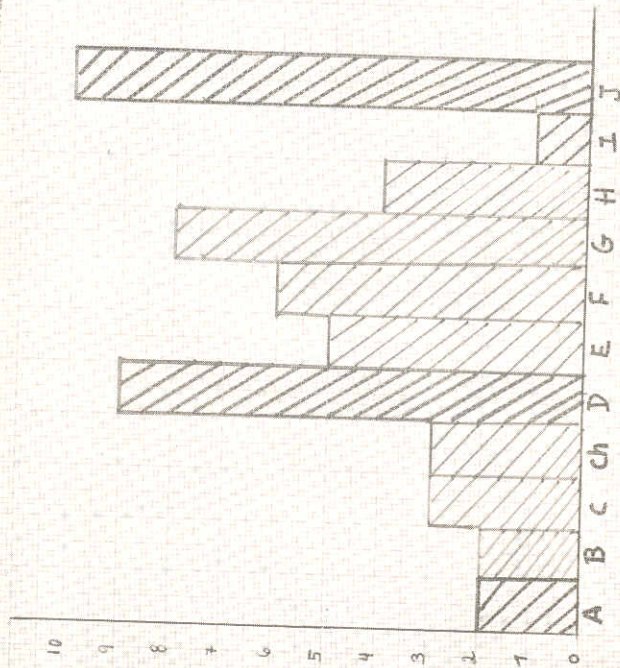
Estado 4: $T_4 N_2 M_2 A = 17\%$



ESTUDIO DE CÁNCER DE VULVA
1965 - 1975
INSTITUTO DE ONCOLOGÍA
GUATEMALA.

Año:

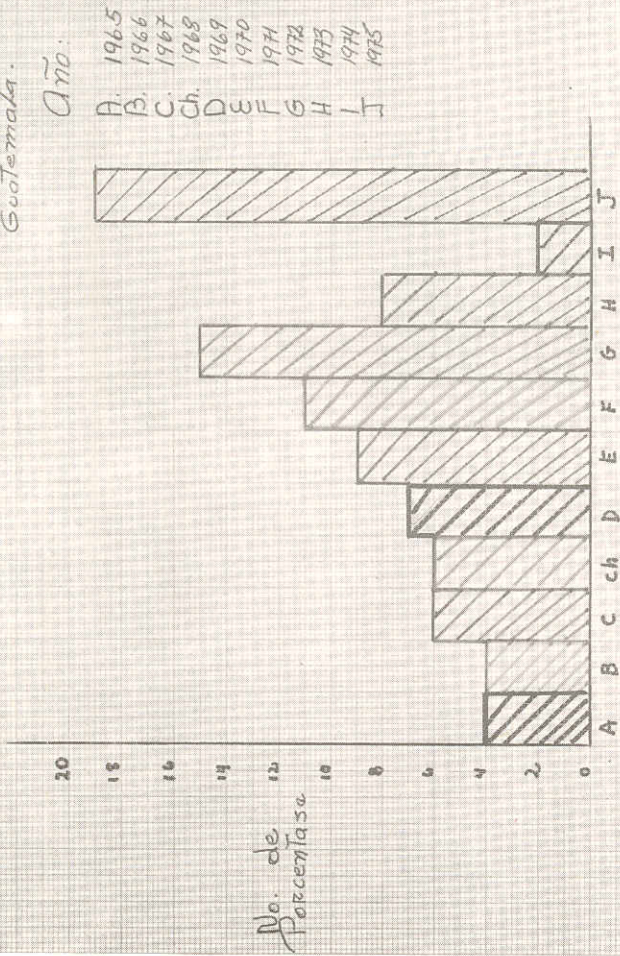
A. 1965
B. 1966
C. 1967
Ch. 1968
D. 1969
E. 1970
F. 1971
G. 1972
H. 1973
I. 1974
J. 1975



No. de
Pacientes

Año

Estudio de Cáncer de Vagina
1965 - 1975
Instituto de Cancerología
Guatemala.

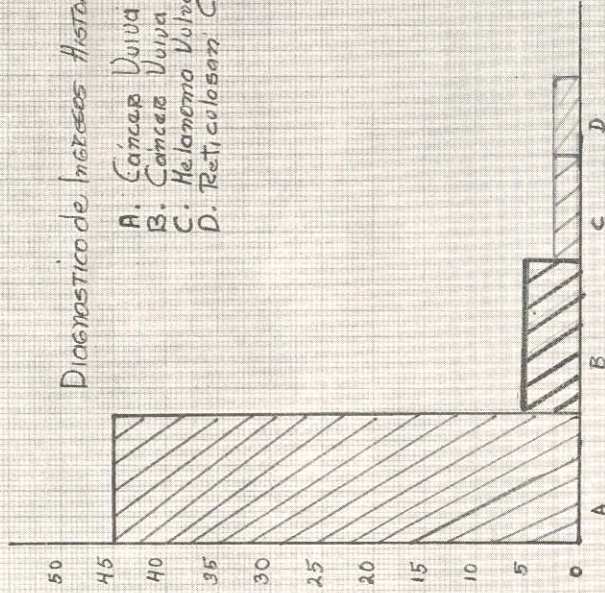


Dr. Armando Gálvez Uscutina
Br. Jorge Jaime Cáceres

ESTUDIO de Cáncer de Vagina.
1966 - 1975
INSTITUTO de Cancerología.
Guatemala.

Diagnostico de Ingresos Histológico:

- A. Cáncer Vagina de Células Escamosas (moderadamente diferenciadas)
B. Cáncer Vagina de Células Escamosas (Bien diferenciada)
C. Melanoma Vaginal.
D. Reticulosari Coma.

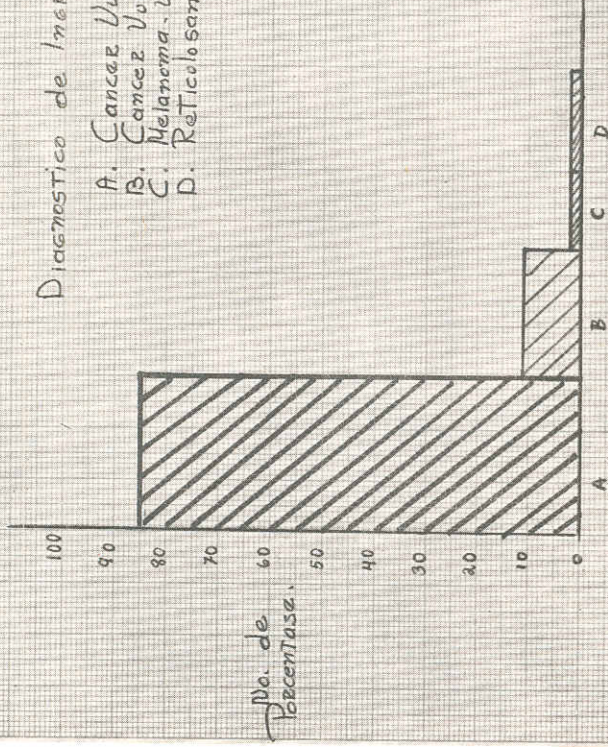


Diagnostico de Ingresos Histológico

ESTUDIO de Cáncer de Vulva
1965 - 1975
Instituto de Cancerología,
Guatemala.

Diagnostico de Ingresos Histológico:

- A. Cáncer Vulva de Células Escamosas (moderadamente diferenciada)
- B. Cáncer Vulva de Células Escamosas (Buen diferenciado)
- C. Melanoma - Vulva.
- D. Reticulosan Coma.

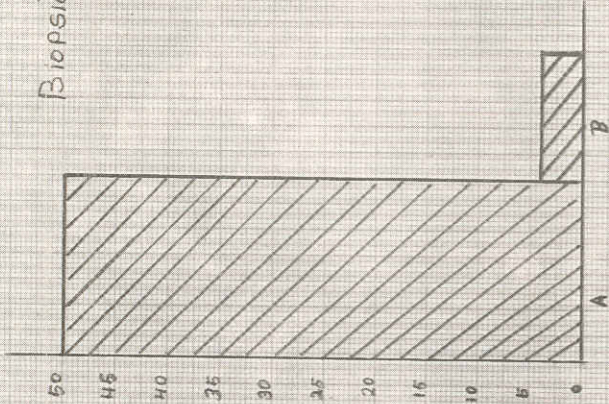


Diagnostico de Ingresos Histológico

Estudio de Cáncer de Vagina
1965 - 1975
Instituto de Cancerología,
Guatemala.

Biopsias:

A. Positivas.
B. Negativas.



No. de
Pacientes.

* Se Tomó Historia familiar para A = 8
* No se Tomó Historia familiar para B = 45

*

Biopsias.

Dr. Gerardo Galloza Verónica
Dr. Jorge Jaime Cáceres

Estudio de Cáncer de Uterina.
1965-1975
Instituto de Cancerología.
Guatemala.

Biopsias:

A: Positivas
B: Negativas

100

90

80

70

60

50

40

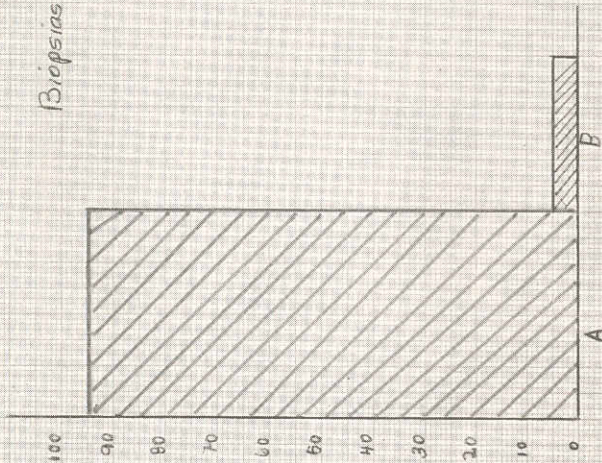
30

20

10

0

No. de
Porcentajes.



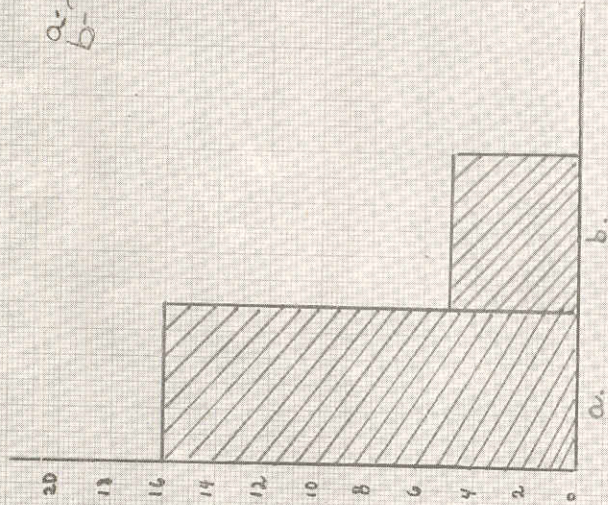
Biopsias

Dr. Armando Calvo Viret.
Br. Jorge Sandoval

ESTUDIO DE CÁNCER DE VUVA
1965 - 1975
INSTITUTO DE ONCOLOGÍA
GUATEMALA.

a- Tratamiento con Radiación
b- Refusaron Tratamiento

Total Radiación
21 Casos



No. de
Pacientes

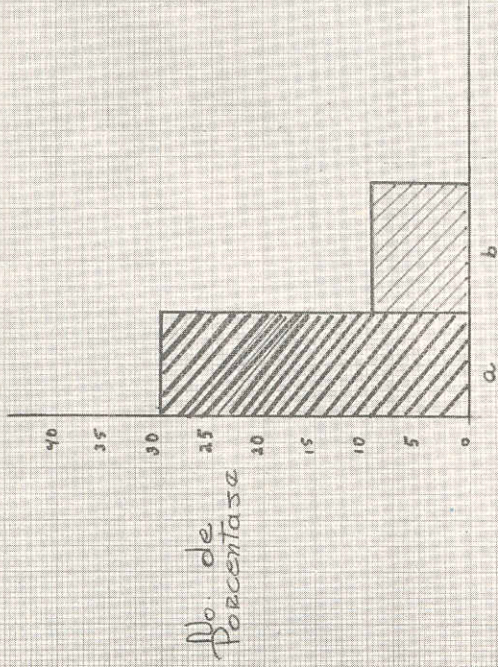
Tratamiento Con Radiación

Dr. Armando Galvez Urrutia
Dr. Jorge Jaime Cáceres.

ESTUDIO DA CANCER DE VULVA
1965 - 1975.
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA
GUATEMALA.

a- Tratamiento Con Radiación
b- Refusaron Tratamiento.

Total Radiación
21 Casos.

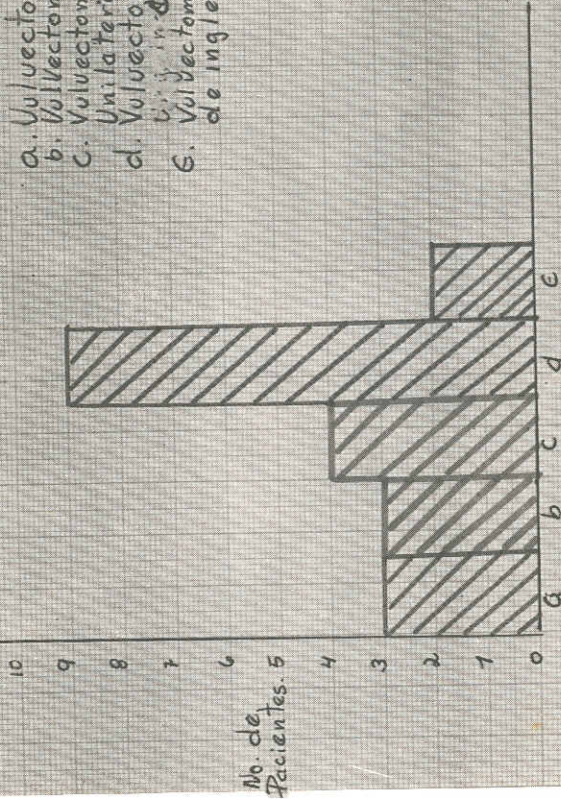


Tratamiento Con Radiación

Dr. Armando Gallego Ureña
Br. Jorge Jaime Cáceres

TraTamiento Querúlaro = 21 casos

- Vulvectomy Simple.
- Vulvectomy + Orquidoprostatectomy
- Vulvectomy + Dissection Inguinal Simple.
- Unilateral.
- Vulvectomy + Dissection Radical bilateral
- Vulvectomy + Dissection Radical bilateral de Ingle + Resección abdominoperineal.



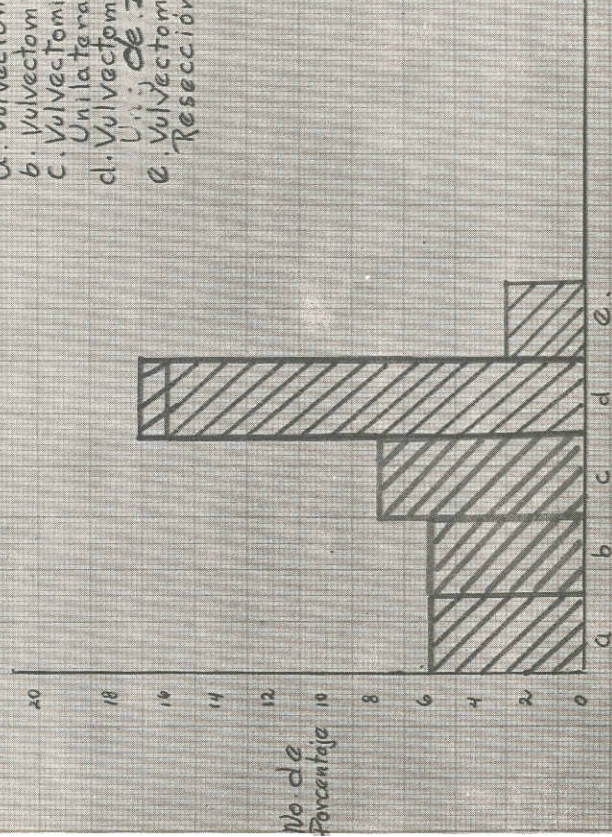
Dr. Armando Galvez Urrutia.
Dr. Jorge Jaime Cáceres

Estudio de Cáncer de Vulva. 1965-1975

Instituto de Cancerología.
Guatemala.

Tratamiento Quirúrgico: 21 pts = 40%

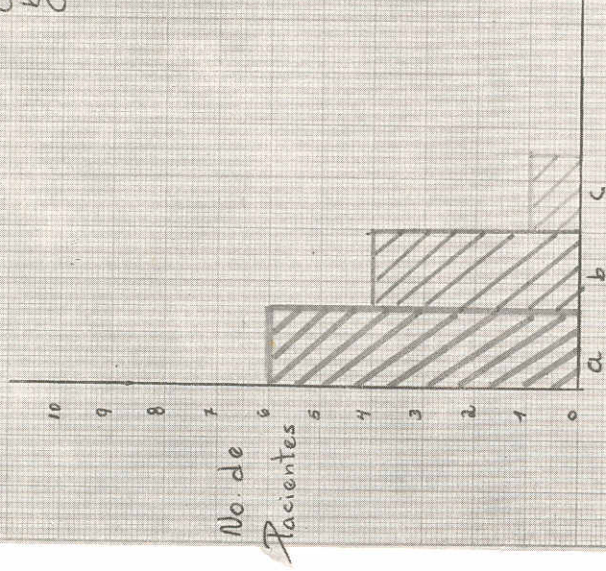
- a. Vulvectomy Simple
- b. Vulvectomy + ~~Dissección~~ **Dissección Perineal**
- c. Vulvectomy + Dissección Inguinal Simple.
- d. Vulvectomy + Dissección bilateral Unilateral.
- e. Vulvectomy + Dissección Radical bilateral Resección abdo-mi-no perineal.



Dr. Armando Gálvez Urutia.

Instituto de Oncología Guatemala.

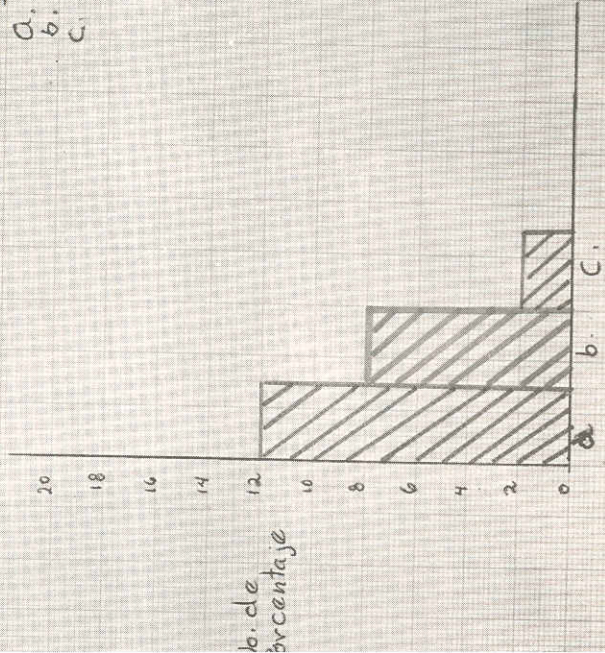
- a. Tx. Radiación + Quirúrgico = 6
- b. Quimioterapia = 4
- c. B.C.G. (Melanoma) = 1



Dr. Armando Galvez Urrutia
Dr. Jorge Jaime Cáceres.

Estudio de Cáncer de Vulva. 1965 1975 Instituto de Cancerología Guatemala.

a. Tx. Radiación + Quirúrgico
b. Quimioterapia.
c. B.C.G.



Dr. Armando Galvez Urrutia.

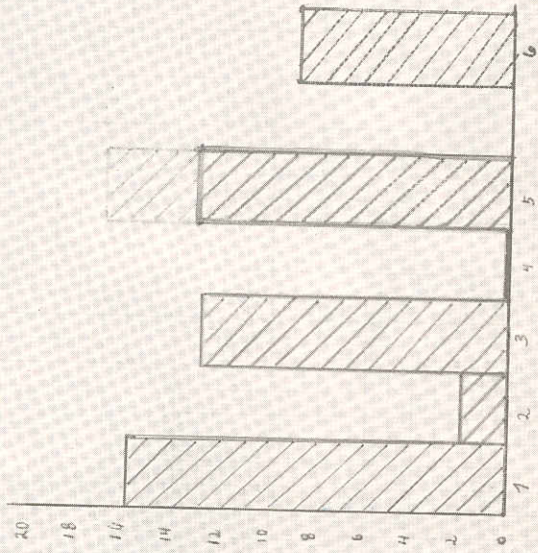
ESTUDIO de Cáncer de VULVA 1965 - 1975 Instituto de Cancerología Guatemala.

1. V₁ -
2. V₂ -
3. V₃ -
4. V₄ -
6. V₆ -

5. Casos Perdidos 13

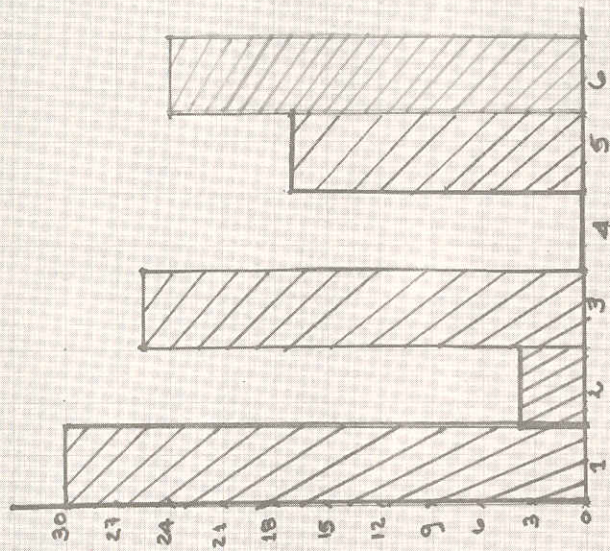
Referencias:

- V₁ - enfermo con carcinoma después del primer Tratamiento.
- V₂ - enfermo Tratado con Quimioterapia y/o cirugía actual de enf.
- V₃ - enfermo Tratado con cirugía pero con signos actuales de enfermedad.
- V₄ - enfermo con neoplasia no Tratada.
- V₆ - enfermos que nunca han sido Tratados.



No. de
Pacientes

Estudio de Cáncer de Vena:
1965-1975
Instituto de Cancerología
Guatemala.



No de
Porcentaje

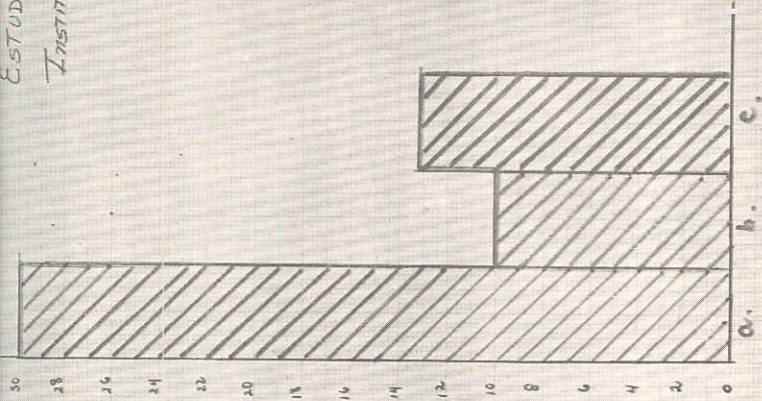
- 1- V1
- 2- V2
- 3- V3
- 4- V4
- 5- V6
- 6- Casos Píedrolas: 13

Referencias:

- V1 = informe por necropsia después del primer Tratamiento
 V2 = informe Tratamiento quirúrgico y sin signo actual de enf.
 V3 = informe Tratamiento quirúrgico pero con signos actuales de enf.
 de en función.
 V4 = informe con necropsia no Tratada.
 V6 = en fijos que nunca han sido Tratados.

ESTUDIO de Cáncer de Vúvula
1965-1975
Instituto de Oncología.
Guatemala.

- a. Vivos
- b. Muertos
- c. Se desconoce

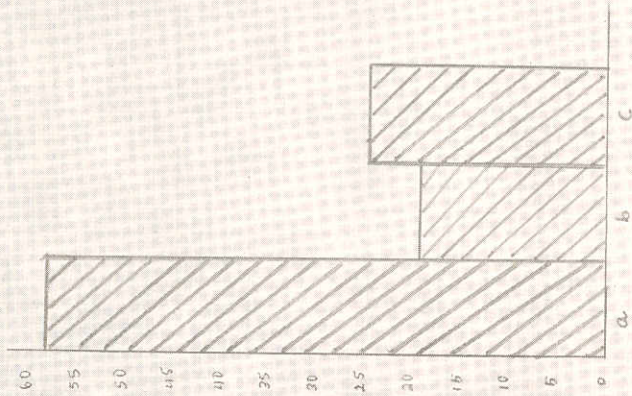


Vq. de
Pacientes

Dr. Armando Gálvez Urrutia
Br. Soberano y Cáceres

Estudio de Cáncer de Uterina
1965 — 1975
Instituto de Oncología,
Guatemala.

- a. Vivos
- b. Muertos.
- c. Se desconoce.



No. de
Porcentajes.

CONCLUSIONES

1. Durante los años de 1966 a 1975 se brindó un total de 33.988 consultas en el Instituto de Cancerología; de las cuales 27,781 casos pertenecen al sexo femenino, que vienen a ser 81.74o/o tan solo 6,207 casos pertenecen al sexo masculino que representa en 18.26o/o.
2. Del total de consultas atendidas a pacientes de sexo femenino 53 casos pertenecen a pacientes que consultaron por presentar Cáncer de Vulva lo que representa un 0.2o/o.
3. Con las cifras obtenidas nos podemos dar cuenta que la incidencia de Cáncer en Guatemala es alta y que la población más suceptible de padecerla es la mujer.
4. Entre más edad tenga la mujer mayor es el riesgo de tener Cáncer de Vulva.
5. El Carcinoma Vulvar de células escamosas se origina en los labios mayores. De 53 casos de mi estudio todos fueron así: constituyendo el 100o/o.
6. La evolución del Carcinoma Vulvar es así:
 - a. Verruga prominente.
 - b. Ulcera profunda.
 - c. Infiltración profunda.
7. El Cáncer de Vulva en Guatemala es más frecuente en la edad comprendida de 51 a 70 años (número de pacientes 20 siendo igual a 37o/o de los casos). Siendo su promedio de 60 años. El caso de menor edad fue de 30 años y el de mayor edad de 90 años.

8. Es frecuente en mujeres solteras: de 25 casos de los 53 que componen el estudio, lo que equivale a un 47o/o.
9. En cuanto a raza: 49 pacientes fueron ladinos lo que hace un porcentaje de 93o/o.
10. Procedencia: El Departamento de más aporte en este estudio fue Guatemala con 20 pacientes lo que es igual a un 37.3o/o, hay una paciente de Honduras. De todos los departamentos que constituyen la república de Guatemala hay cuatro departamentos que no aportaron pacientes: ellos son: Quezaltenango, Baja Verapaz, Petén y Sololá.
11. En cuanto a evolución: se podría decir que de 0 días a dos meses con 20 pacientes lo que equivale a 38o/o. Habiendo un caso de 3 semanas y el de mayor de 11 años.

La localización del cáncer se puede asegurar que comienza en la parte anterior de las dos terceras partes de los labios mayores según refiere toda la literatura. Esto se comprueba en mi estudio.

12. Se tomó historia familiar para cáncer solo en 8 casos. No se tomó en los 45 casos restantes.
13. En 1975 se reportan el mayor No de casos: 10 pacientes lo que hace un 19o/o. En 1974 solo se reportó un caso lo que hace el 2o/o.

Dentro de las manifestaciones y signos clínicos sobresalió: la lesión tumoral con 21 pacientes lo que es igual a 38o/o, luego el flujo vaginal y el prurito en 14 pacientes igual a un 26o/o.

14. Se hizo biopsia en todas las 53 pacientes siendo los resultados siguientes: positivas para cáncer 50 igual a 94.34o/o.
negativos para cáncer 3 igual a 5.66o/o

Dando como resultados los siguientes diagnósticos histológicos:

- a. Cáncer de Vulva de células escamosas moderadamente diferenciado; 45 pacientes, lo que hace un 84.9o/o.
- b. Cáncer de Vulva de células escamosas bien diferenciados, 6 pacientes, lo que hace un 11.32o/o.
- c. Se encontró un paciente con Melanoma de Vulva reportando como pieza operatoria, lo que hace 1.89o/o.
- d. Hubo un retículo sarcoma, lo que hace 1.89o/o.

15. De acuerdo a la clasificación internacional de Cancerología podemos agrupar a los 53 pacientes en los siguientes estados clínicos:

Estado 1: T1 N0 M0 a los 16 pacientes 30o/o
T1 N1 M0 a los 16 pacientes 30o/o 60o/o

Estado 2: T2 N1 M0 10 pacientes igual a 19o/o

Estado 3: T3 N1 M0 2 pacientes igual a 4o/o

Estado 4: T4 N2 M1A igual 9 pacientes lo que hace un 17o/o.

16. Debemos de recordar que los linfáticos de la vulva están: en los labios mayores y menores, en el vestíbulo y en el clitoris.

Todos los tumores malignos MENOS EL MELANOSARCOMA Y LA ENFERMEDAD DE PAGET lanzan sus metástasis por vía linfática de tal manera se

puede asegurar en este trabajo, que la diseminación fué en el 100o/o, linfática aunque puede haber diseminación sanguínea que atacaría la columna vertebral y el mediastino.

No debemos de olvidar que dentro de las metástasis locales, están las que aparecen en el ano, la pared abdominal y los músculos. Metástasis generales: los ganglios abdominales, pulmonares, corazón, hígado bazo, y riñón. Ganglios importantes de la Vulva son:

- a. Ganglios superficiales abdominales.
- b. Femoral superficial.
- c. Intrapélvicos linfáticos.
- d. Ilíacos externos.

La incidencia de metástasis de ganglios linfáticos en nuestro estudio fue de 50 a 60o/o de los pacientes.

17. El diagnóstico debe ser precoz para su adecuado tratamiento siendo importante y requisito UNA BIOPSIA.
18. LA EXTIRPACION QUIRURGICA ES EL TRATAMIENTO DE ELECCION: La cirugía se practicó en 21 casos de mi estudio, lo que equivale a 40o/o de los casos, de la siguiente forma:

PROCEDIMIENTO	PACIENTES	
Vulvectomy simple	3	6o/o
Vulvectomy más disección inguinal	3	6o/o
Vulvectomy + disección inguinal simple unilateral	4	8o/o
Vulvectomy + disección radical bilateral inguinal de ingle	9	17o/o
Vulvectomy + disección radical bilateral de ingle + resección abdominoperineal	2	3o/o

En cuanto a la clase de tratamiento de las dos disecciones abdominoperineales se hizo lo siguiente:

- a. Colostomía definitiva.
 - b. Disección radical bilateral linfadenectomía Ileo-Inguinal.
 - c. Vulvectomy total y Vaginectomy.
 - d. Recto y anectomía total.
19. La irradiación se utiliza para casos de recurrencias. Además está indicada en: pacientes que rehusan tratamiento quirúrgico, pacientes que están en malas condiciones generales, cuando el cáncer se ha extendido y es imposible tratarlo con cirugía y cuando hay metástasis a distancia. Se efectuó radiación en 16 pacientes, igual a un 30o/o.

Rehusaron cualquier clase de tratamiento 5 pacientes lo que nos da un 9o/o.

En todos los casos que compone el estado 3y 4 se hizo Teleterapia Co 60 en dosis que varían de 4500 a 6000 rads x 25 a 40 días.

La literatura reporta las siguientes secuelas: aunque no se pudo comprobar en este estudio:

- a. Esclerosis pequeña.
- b. Úlceras necróticas recurrentes de la Vulva.
- c. Atresia Vaginal.

20. Otro plan de tratamiento fué el quirúrgico más radiación preoperatoria se efectuó en 6 pacientes lo que equivale a un 12o/o.
21. Se efectuó Quimioterapia en 4 pacientes igual a un 8o/o. Dentro de la quimioterapia se utilizó metrotexate, 5 fluoracilo que se utilizó en una paciente con estado 0 de cáncer vulvar y que respondió perfectamente con dicha pomada. El tratamiento se aplicó por un período de 10 semanas; la función del 5 fluoracilo es la penetración intracelular del mismo lo que hace que se combine con el ARN y actúa inhibiendo el ADN produciendo una acción anticancerosa. Finalmente hay un caso en que se efectuó BCG, lo que equivale a un 2o/o y fué el de melanoma. Ya no se le pudo ofrecer al paciente ninguna clase de tratamiento quirúrgico ni radiación por lo que se utilizó únicamente BCG.
22. El tipo de anestesia que se usó en el Instituto Nacional de Cancerología fue la general.
23. El tipo histológico del cáncer de Vulva; el epidermoide, ocupó el 81o/o en Estados Unidos en 1976. En nuestro estudio el 95o/o.
24. Síntomas de cáncer vulvar en orden de frecuencia:
- a. Prurito.
 - b. Tumor.
 - c. Descarga del líquido vulvar
 - d. Dolor.

25. Estado de los pacientes cada período de 12 meses.

CLAVE	PACIENTE	o/o
V1: enfermo sin recidiva después del primer tratamiento	16	32o/o
V2: enfermo tratado con recidiva y sin signos actuales de enfermedad.	2	4o/o
V3: enfermo tratado por recidiva pero con signos actuales de enfermedad.	13	24o/o
V4: enfermo con recidiva no tratado.	0	0o/o
V5: enfermo que nunca han sido tratados	9	16o/o
Casos perdidos	13	24o/o
26. Finalmente podemos decir:		
A. vivos	30	57o/o
b. muertos	10	19o/o
c. se desconoce	13	24o/o.

RECOMENDACIONES

1. La lucha contra el cáncer en general, debe hacerse más constante y uniforme promoviendo un programa de estudio para la evaluación de la prevalencia del cáncer en la población Guatemalteca a nivel de toda la república.
2. Debe utilizarse en todo procedimiento el método diagnóstico de la biopsia para su adecuado tratamiento, ya que es el más económico y el más fiel, evitando así molestias a la paciente y aligerando también su tratamiento precoz.
3. Una llamada de atención para todos los médicos en general. Para que lleven adecuadamente su papeleta ya que es lamentable que sólo se han investigado sobre cáncer familiar en 8 casos, lo que demuestra la poca importancia a este renglón que es parte importante de una buena historia clínica.
4. Hacer conciencia en el personal médico que se encuentra prestando servicios en hospitales departamentales, de los problemas que se pueden ocasionar a la paciente sin hacer exámenes completos previamente, y principalmente si se trata de erradicar ulceraciones o tumores de la vulva sin un previo estudio histológico, evitando con ello procedimiento quirúrgicos inadecuados para el tratamiento del cáncer.
5. Si se utiliza la hospitalización que se procure que sea durante el tiempo necesario en el cual se dé el tratamiento intensivo y se logre sacar adelante al paciente, ya que son muchas las personas que están necesitadas y la disponibilidad de camas son escasas, habiendo otros pacientes que necesitan más su hospitalización.

6. Se debe idear una forma o sistema por el cual, un paciente que cambie de domicilio y no pueda seguir su tratamiento en el mismo lugar, pueda ser transferido al lugar más próximo de su nuevo domicilio para su control. Este control debe ser periódico de 6 a 12 meses como mínimo.
7. Con la creación reciente del registro general de cáncer de Guatemala (1976), deberán ser reportados los casos de cáncer de toda la república con el fin de obtener datos estadísticos completos sobre la incidencia de esta enfermedad y el seguimiento de los casos.
8. Crear normas para que todos los laboratorios de patología que laboren en el país reporten todos los casos de cáncer vistos, al registro general de cáncer de Guatemala, logrando así saber la prevalencia de esta enfermedad en toda la república de Guatemala.
9. Llevar a cabo una divulgación del cáncer a nivel nacional a través de medios publicitarios adecuados, logrando con ello incrementar el fácil diagnóstico precoz.
10. Tratar por todos los medios que todo paciente con cáncer sea clasificado de acuerdo a la clasificación internacional de cancerología usando las siglas TNM lo que podrá facilitar en lo sucesivo cualquier estudio retrospectivo.
11. Si se va a tener hospitalizado a un paciente por mucho tiempo, que le sean colocados medios de terapia ocupacional, productiva, de la cual se puedan agenciar fondos monetarios en el tiempo que dure su hospitalización. Medios de lectura instructiva, clases de alfabetización etc.
12. Es importante que la profesión médica esté al tanto del problemas del cáncer y que sea capaz para tratarlo y hacerle frente, o en su lugar poder referir a los pacientes a un centro más especializado.

13. Una cosa básica es la educación de un país, departamento, municipio, comunidad, familia e individuo, acerca de lo que es cáncer en general y sobre todo las consecuencias de la enfermedad.
14. Debe practicarse la cirugía radical en Cáncer de Vulva que es el tratamiento de elección. Ya que la radioterapia viene a constituir el tratamiento complementario así como la quimioterapia.
15. Finalmente sugiero a mis compañeros que hagan sus próximos estudios:
 - a. Concientizarse de que la lucha contra el Cáncer debe ser efectiva.
 - b. Tomar en cuenta todas las medidas posibles para que el problema sea reconocido a tiempo y así aplicar una Terapéutica más efectiva.
 - c. Dar más información al público para que se conozcan las medidas de prevención y curación más adecuadas.

CARCINOMA VULVAR

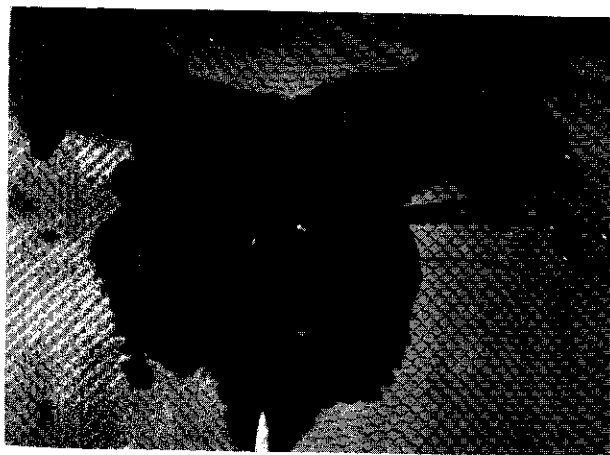


FIGURA 1 PIEZA OPERATORIA

**Técnica Operativa de Incisión de una Vulvectomy con
Disección Bilateral de Ingle**

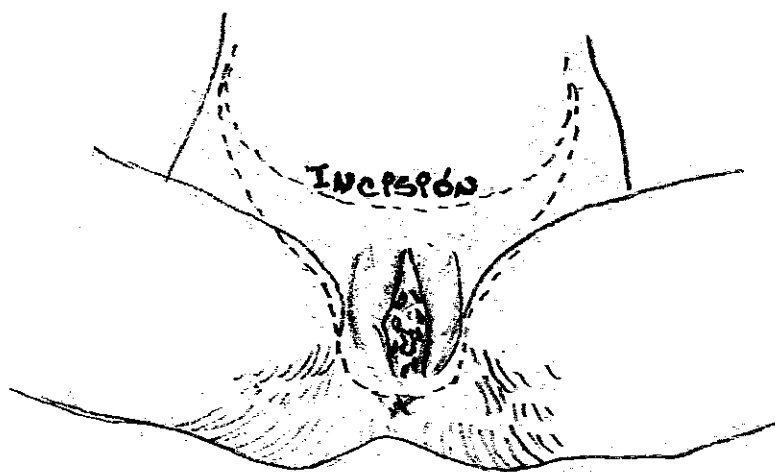
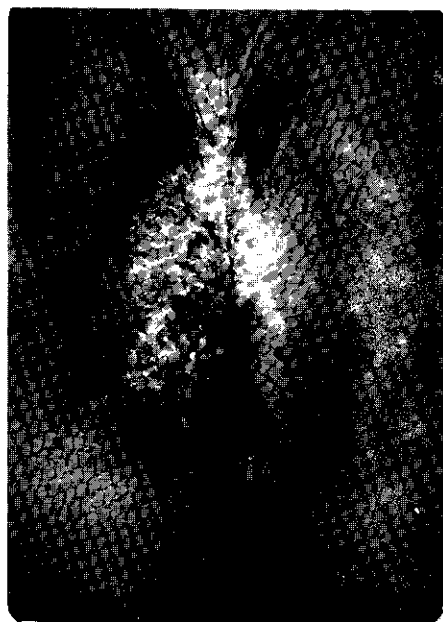




FIGURA No. 2 LEUCOPLASIA



**Figura No. 3 Cáncer de la Vulva
Estado I**



Figura No. 4 Cáncer de la Vulva
Estado I



Figura No. 5 Cáncer de la Vulva
Estado II



Figura No. 6 **Cáncer de la Vulva**
Estado III



Figura No. 7 **Cáncer de la Vulva**
Estado VI

CASOS ESPECIALES

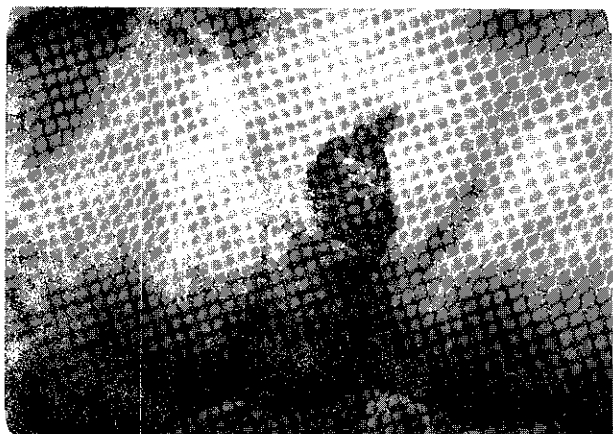


Figura No. 8 Hemangioma



Figura No. 9 Condiloma Acuminatum

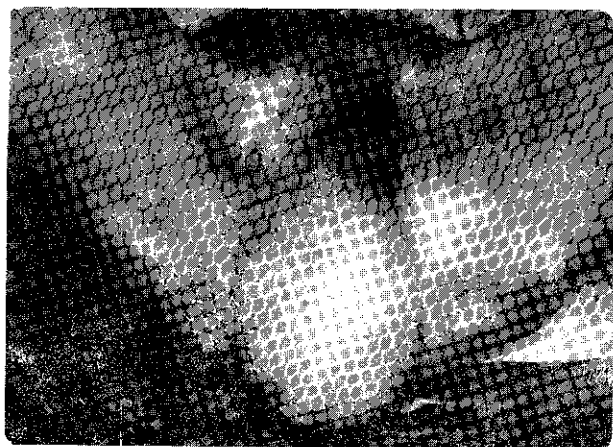


Figura No. 10 Quiste Gigante de Glándula de Bartholin



Figura No. 11 Blastomicosis Vulvar



Figura No. 12 Tuberculosis Vulvar

BIBLIOGRAFIA

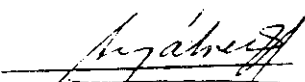
1. **INTRAEPITHELIAL CARCINOMA OF THE VULVA.** Bootsell JB. Am J obstet Gynecol 113: 733-8, 15 Jul. 1972.
2. **INTRAEPITHELIAL CARCINOMA OF THE VULVA.** Friedrich EG Jr. Am J obstet Gynecol 114: 1109; 15 Dic. 72.
3. **CANCER OF THE VULVA.** Disala PJ; et Al. Calif Med 118: 13-8 June 73.
4. **METASTATIC AND SECONDARY TUMORS OF THE VULVA.** Dehner LP. obstet Gynecol 42: 47-57; Jul 73.
5. **CARCINOMA OF THE VULVA PRODUCING HIPERCALCEMIA.** Nichols CE; et Al; obstet Gynecol 42: 58-6; Jul 73.
6. **THE CONTEMPORARY CHALLENGE OF CARCINOMA IN SITU OF THE VULVA.** Woodruff JD. et Al; Am J obstet Gynecol 115: 667-86; 1 Mar 73.
7. **MELANOMA OF VULVA AND VAGINA.** Fenn ME; et Al. Obstet Gynecol 41: 902-11; June 73.
8. **RADIATION THERAPY IN CARCINOMA OF THE VULVA A REVIEW OF 53 PATIENTS.** Helgson NM; et Al; Cáncer 30: 997-1000, Oct. 72.
9. **BASAL CELL CARCINOMA OF THE VULVA.** Breen JL; et Al obstet Gynecol 46 (2): 122-9; Aug. 75.
10. **CARCINOMA OF THE VULVA.** Gerbie MV: obstet Gynecol Amm 4: 369-84 1975 (44 ref).

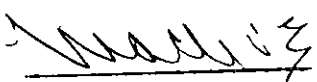
11. VULVAR CARCINOMA WITH HYPERCALCEMIA. Miebyl JR et Al *obstet Gynecol* 45 (3): 343-8; Mar. 75.
12. MICROINVASIVE CARCINOMA OF THE VULVA. Mortin DG. *Am J. obstet Gynecol* 122 (6): 793; 15 Jul. 75.
13. PROGNOSTIC PARAMETERS AND CLINICAL STAGING CRITERIA IN THE EPIDERMOIDE CARCINOMA OF THE VULVA. Krupp PJ et Al *obstet Gynecol* 46 (1) 84-8; Jul. 75.
14. RADICAL VULVECTOMY AND BILATERAL SUPERFICIAL AND DEEP GROIN AND PELVIC LYMPHADENECTOMY. Critique Green THJR *clin obstet Gynecol* 18 (1): 28-9, Mar. 75.
15. MELANOMA OF THE VULVA. Karten JR, et Al *obstet Gynecol* 45 (2): 181-5, Feb. 75.
16. CARCINOMA OF THE VULVA CLASSIFICATION TREATMENT AND RESULTS. M Ckelveryll *Proc Nat Cancer Conf* 6: 361-4, 1970.
17. CARCINOMA OF THE VULVA INFLUENCE OF RADICAL OPERATION ON CURE RATE. Shingleten HM et Al. *Obst. Gynec.* 35: 1-6 Jan 70.
18. CARCINOMA OF THE VULVA. Jones IS. *NZ. Med J* 73: 274-8 May. 71.
19. SARCOMA OF THE VULVA REPORT OF 12 PATIENTS. Disaia PJ et Al, *Obstet Gynecol* 38: 180-4, Aug. 71.

20. INTERMITTENT INTRAVENOUS METHOTREXATE IN THE TREATMENT OF ADVANCED EPIDERMOID CARCINOMA OF THE CERVIX AND VULVOVAGINA. Haffer WH. et Al, *Cáncer* 26: 812-5 Oct. 70.
21. DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PREMALIGNANT LESIONS OF THE VULVA A REVIEW. Underwood PB Jr. et Al, *Am J, Obstet Gynecol* 110: 849-57, 15 Jul. 71.
22. CHOICE OF OPERATION FOR VULVA CARCINOMA. Shingleton HM. et Al, *Surg Forum* 21: 409-10, 1970.
23. CARCINOMA OF THE VULVA. Charles AH *Br Med J* 397-402 12, Feb. 72.
24. CLINICAL STAGING OF CARCINOMA OF THE VULVA. Franklin EW ed *Obstet Gynecol* 40: 277-86, Sept. 72.
25. TOLUIDINE BLUE AND COLPOSCOPY FOR SCREERING AND DELINEATING VULVAR NEOPLASI. Broen EM et Al, *Obstet Gynecol* 38: 775-8, Nov. 71.
26. RADIOTHERAPY OF CARCINOMA OF THE VULVA. backstrom A; et Al, *Cicta Obstet Gynecol Scand* 51: 109-15, 1972.
27. HIDROADENOMA OF THE VULVA. NC. *Acta. Obstet Gynecol scand* 52: 387-9. 1973.
28. MANAGEMENT OF VULVAR MALIGNANIES. Boyce CR. et Al, *Am J Obstet Gynecol* 119: 59-68, 1 May. 74.
29. EPIDERMOID CANCER OF THE VULVA. Krupp PJ et Al, *CA-A Cancer Journal for clinicians. American Cancer Society*. Nov. Dic. 1976 vol: 26 No. 6; 360-367.

30. COLPOSCOPY. Stafi Adolff. Proceedings of the American Cancer Society's. National conference on Gynecologic cancer American cancer society, Sept. 1975 page 432-436.
31. CORRENT STATUS OF THE TREATMENT OF EPIDERMOID CANCER OF THE VULVA. Krupp PJ et Al, CA-A cancer Journal for clinicians American Cancer society; Sept. 1976 cancer 38: 587-595.
32. CANCER DE LA MAMA EN 441 CASOS DE 1966 A 1975 EN EL INSTITUTO DE CANCEROLOGIA DE GUATEMALA. Carlos Humberto Quan Berducido tesis de la Universidad de San Carlos de Guatemala previo a optar el título de Médico y Cirujano Septiembre 1976. páginas 1-70.
33. ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO. Dr. Benson Ralph C. Manual de Ginecología y obstetricia. Publicación los Altos California; USA. Pág 1-34, Tercera edición en español 1973.
34. CARCINOMA VULVAR. ROBBIMS STANLEY L. TRATADO DE PATOLOGIA. Editorial Interamericana. Página 1009-1014, tercera edición; 1968.
35. AN ATLAS OF PELVIC OPERATIONS. Parsons and Ulfelder. WB Saunders Company; Philadelphia London 1953. Page 115-118.
36. AN ATLAS OF PELVIC OPERATIONS. Parsons Ulfelder. WB Saunders Company; Philadelphia London 1953. Page 187-228.

BR. 
BR JORGE JAIME CACERES


DR ARMANDO GALVEZ URRUTIA


DR MARCO ANTONIO CHAVES
Dr. Marco Antonio Chaves O.
M.D. Gynecologist

Director de Fase III.
DR JULIO DE LEON

Secretario General
DR MARIANO GUERRERO

Vo. Bo.

Decano
DR CARLOS ARMANDO SOTO