

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"CARCINOMA DE LA VULVA"

**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE DIEZ Y SEIS AÑOS (1964 - 1979)
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS**

VERNY DAGOBERTO GRAJEDA LETONA

PLAN DE TESIS

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

ANTECEDENTES

- 3.1 *Epidemiología*
- 3.2 *Etiología*
- 3.3 *Anatomía Patológica*
- 3.4 *Hallazgos Clínicos*
- 3.5 *Diagnóstico*
- 3.6 *Estadios Clínicos*
- 3.7 *Diagnóstico Diferencial*
- 3.8 *Métodos Diagnósticos*
- 3.9 *Tratamiento*
- 3.10 *Complicaciones*
- 3.11 *Pronóstico*

RESULTADOS Y COMENTARIOS

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL:

Realizar un estudio retrospectivo de diez y seis años (comprendidos de enero de 1964 a diciembre de 1979), sobre aspectos clínicos, patológicos y tratamiento de carcinoma de la vulva en el Hospital General San Juan de Dios.

1.2 ESPECIFICOS:

- A.- *Realizar una investigación bibliográfica sobre los aspectos más importantes del carcinoma de la vulva.*
- B.- *Conocer el manejo de cada paciente con carcinoma de la vulva en el Hospital General San Juan de Dios.*
- C.- *Dar algunas recomendaciones para el buen manejo de pacientes con Dx de carcinoma de la vulva.*

2. MATERIAL Y METODOS

RECURSOS HUMANOS

- a.- Archivo del Departamento de Patología
- b.- Archivo de Historias del H.G.S.J.D.
- c.- Archivo de las Ginecologías A y B del H.G.S.J.D.
- d.- Biblioteca de la U.S.A.C.
- e.- Biblioteca del Hospital Roosevelt

METODOS

Primera Parte

Investigación bibliográfica sobre distintos aspectos del carcinoma de la vulva.

Segunda Parte

El presente estudio se realizó en los departamentos de Patología y Ginecología del H.G.S.J.D.

Se hizo revisión retrospectiva de los casos de carcinoma de la vulva, diagnosticados en una forma histológica; comprendió el estudio únicamente casos de especímenes diagnosticados por biopsia.

Para ésto, se revisaron 82,591 informes de anatomía patológica correspondientes de enero de 1964 a diciembre de 1979.

En la revisión de estos informes se encontraron 40 casos de carcinoma de la vulva, de los cuales 14 correspondían a distintos departamentos de la república. De los 26 casos correspondientes al H.G.S.J.D. sólo pudieron localizarse 16 historias clínicas, pero como

una paciente tuvo carcinoma recurrente de la vulva, el total de casos es de 17.

Los parámetros investigados fueron los siguientes:

Edad, grupo etario, principales síntomas, tiempo de evolución de los síntomas, diagnósticos de ingreso y preoperatorio, tiempo de estudio por consulta externa, diagnóstico de anatomía patológica pre y post operatorio, tratamiento efectuado, complicaciones trans y post operatorias, días de estancia hospitalaria (total de días y días post operatorios y control post operatorio de las pacientes en visitas posteriores).

3. ANTECEDENTES

CARCINOMA DE LA VULVA

3.1 EPIDEMIOLOGIA:

La vulva es una zona muy especializada que puede ser el sitio de un grupo diverso de enfermedades neoplásicas de tipos histológicos ampliamente diferentes. Las lesiones malignas de la piel y mucosa vulvar, y de las estructuras subcutáneas, al igual que las del meato uretral, glándulas de Bartholin y sudoríparas, se incluyen todas en las neoplasias vulvares.

El Carcinoma de la vulva representa el 10/o(31), 1.60/o(30) y hasta 40/o(4), de las enfermas con cáncer del aparato genital. En el INCAN la incidencia de cáncer de la vulva fue de 0.20/o(5). Sin embargo, éste carcinoma ocupa en otras latitudes el cuarto lugar en relación con los del cuello uterino, ovario y endometrio, siendo la frecuencia reportada entre 2 y 50/o.(30,31).

Con relación a los tumores metastásicos, la vulva es el sitio menos frecuentemente afectado(7), pero al haber metástasis, éstas usualmente son secundarias al carcinoma del cervix en un 460/o.(7,14). El cáncer de la vulva es una enfermedad primordialmente de los años menopáusicos(3,4,15,31), con una incidencia máxima entre la quinta y sexta décadas de la vida(1,3,4,5,15,27), aunque otros autores lo han encontrado en la cuarta y octava décadas.(12). Se ha dicho que mientras más edad tenga la paciente hay mayor predominio de lesión maligna vulvar.(9).

Del Valle(9) encontró en su estudio que un 53.380/o eran multíparas o grandes multíparas. La raza más afectada es la caucásica.(4), seguida de las negras, latinoamericanas e indígenas.(15).

3.2 ETIOLOGIA

Aunque ciertos hidrocarburos han sido conocidos durante muchos años como productores de carcinoma de los genitales externos masculinos, no se ha implicado a carcinógenos específicos en el desarrollo del carcinoma vulvar. Muchas neoplasias malignas se desarrollan a partir de los trastornos llamados premalignos. Las causas predisponentes y contribuyentes incluyen las siguientes:

VULVITIS LEUCOPLASICA:

Es un padecimiento inflamatorio crónico de la piel y mucosas vulvares, de causa desconocida que habitualmente es observable durante la menopausia, pero que puede ocurrir mucho antes. El 49 y 50o/o de las pacientes con esta condición clínica desarrollan cáncer. Hasta hace poco a éste desorden inflamatorio crónico se le consideraba como lesión premaligna,⁽⁴⁾ pero actualmente los términos "LEUCOPLASIA y CRAUROSIS" ya no deben ser utilizados, ya que éstos términos son comunes a varias entidades clínicas neoplásicas o no, y por lo tanto deben de designarse con nombres específicos,^(4,17,18) Entre éstos tenemos:

A. LIQUEN ESCLEROSO Y ATROFICO:

Esta es la lesión más común de las lesiones blancas de la vulva. Este trastorno se caracteriza por una zona blanca prurítica, con un borde eritematoso que habitualmente aparece después de la menopausia. Los cambios cutáneos pueden extenderse desde el monte de Venus, hasta la piel sobre la tercera vértebra Sacra posterior y más allá del pliegue labiocrural en la cara lateral.

B. IRRITACION CRONICA:

Se consideran condiciones premalignas a las excoriaciones en la vulva durante meses o años, como resultado de prurito vulvar y su rascado, fricción y resequedad de la piel.^(4,15)

C. NEVUS PIGMENTADOS:

Estas lesiones pueden convertirse en malignas cuando son

estimuladas por el embarazo o están sujetos a una prolongada irritación por vestido, o por uso de paños perineales.^(15,24)

D. DESORDENES GRANULOMATOSOS CRONICOS:

Las pacientes que presentan por tiempo prolongado Condiloma Acuminado han presentado carcinoma de la vulva en un 7o/o,⁽¹⁵⁾ 13o/o⁽²⁰⁾ y hasta 85o/o que ha sido reportado por Kunschner.⁽²⁰⁾ En su estudio en niñas, Mildred Rodas⁽²⁹⁾ lo reportó como la lesión más común. José Ramírez⁽²⁶⁾ en su estudio de revisión de cortes histológicos de Condiloma Acuminado (86 en total), encontró que un 11.38o/o presentaba dos áreas antepuestas (una de cáncer y la otra del condiloma propiamente) y en un 11o/o se veían zonas sospechosas de Condiloma (forma arboriforme); Indica éste autor que el mayor problema que existe en el manejo del Condiloma Acuminado, es que en su gran mayoría el médico trata al Condiloma con PODOFILINA, sin hacerle biopsia previa y éste medicamento debido a las alteraciones que produce, dificulta el diagnóstico del patólogo.

Las enfermedades venéreas (especialmente la Sífilis y el Linfogranuloma venéreo), se consideran lesiones premalignas.⁽⁴⁾ Figgi⁽¹²⁾ y Franklin III-Rutledge⁽¹⁵⁾ han reportado que en un 6.5o/o y 13o/o respectivamente sus pacientes tenían historia de Sífilis o examen VDRL positivo.

E. ENFERMEDADES VIRALES:

Se piensa que las enfermedades virales juegan un papel importante en la etiología del carcinoma de la vulva, así como en otros.⁽¹⁵⁾ Kunschner⁽²⁰⁾ hace mención de que el HERPES VIRUS tipo II es factor predisponente importante en el carcinoma de la vulva.

F. AGENTES ARSENIACALES:

Algunos autores^(16,30) han reportado Carcinoma In Situ de la vulva por exposición a sustancias Arseniacales. El reporte más antiguo que se conoce sobre este tema, fue dado a conocer por Hutchinson hace más de un siglo, Friedrich⁽¹⁶⁾ reportó un estudio

en gemelas idénticas que padecían carcinoma de la vulva, con antecedentes de exposición crónica con insecticidas arseniacales y sugirió una posible predisposición hereditaria.

G. IRRADIACION:

Se ha postulado un potencial carcinógeno, al uso de irradiación para el tratamiento del prurito vulvar no específico⁽⁴⁾, esta teoría no está totalmente comprobada.

H. MEDIO ECONOMICO:

Rivero⁽²⁷⁾ en su estudio en Venezuela, sugiere que hay que buscar posibles causas etiológicas en personas de condición socio-económica baja, ya que en éstas personas la incidencia de carcinoma de la vulva es más elevada.

I. OTROS FACTORES ETIOLOGICOS:

Además de los factores predisponentes del carcinoma de la vulva mencionados anteriormente, otros autores han realizado informes como los siguientes: 1) Kunschner⁽²⁰⁾ sugiere que los cambios en el hábito sexual, cambios en la flora bacteriana de la vulva y el uso de anticonceptivos orales, pueden predisponer al carcinoma, 2) Dodson⁽¹¹⁾ indica que desde el punto de vista inmunológico, las laceraciones previas en las generaciones celulares y el cariotipo pueden predisponer al carcinoma.

Además se ha encontrado que enfermedades sistémicas como la Diabetes, Hipertensión, arterioesclerosis, problemas cardíacos y la obesidad, influyen en el carcinoma vulvar, ya que en los estudios realizados, las pacientes han tenido éstas junto con el carcinoma.^(1,12,15,31)

3.3 ANATOMIA PATOLOGICA

El cáncer de la vulva es más semejante al cáncer cutáneo en otras partes del cuerpo, que el cáncer genital debido a su origen y situación externa. El cáncer de la vulva, se diagnostica muy a

menudo (en orden de frecuencia) en los labios mayores, el prepucio del clítoris, los labios menores, las glándulas de Bartholin y el vestíbulo de la vagina.^(4,5,24,27,28)

La literatura reporta que la gran mayoría del cáncer de la vulva es del tipo EPIDERMOIDE^(5,9,26,27,31), y de éste epidermoide el BIEN DIFERENCIADO es el más frecuente^(27,31), lo cual no coincide con el reporte de Cáceres en su estudio realizado en el INCAN, que reportó el MODERADAMENTE DIFERENCIADO. Lo anterior lo contradicen Franklin y Rutledge⁽¹⁵⁾, quienes reportaron el INDIFERENCIADO en un 84o/o.

Macroscópicamente, el cáncer de la vulva se clasifica como ulcerativo o no ulcerativo y en cada tipo será evertido o invertido. La mayoría de los cánceres vulvares son de crecimiento ulcerativo-evertidos y casi el 60o/o se encuentran situados en la porción anterior a la vulva. Muchos son del tipo de coliflor. Las neoplasias malignas no ulceradas son tumores firmes, suaves, intactos y la piel adyacente habitualmente tiene un aspecto de "cáscara de naranja". Estos rara vez son pedunculados, pero pueden hacer prociencia dependiendo de su tamaño y situación.

A. CARCINOMA EPIDERMOIDE:

El carcinoma epidermoide invasivo de la vulva se presenta en forma clásica como una lesión pequeña, enrojecida, costrosa, algo exudativa y no dolorosa, con cierto engrosamiento en la periferia. Este tipo de lesión representa un 85-90o/o^(4,5,27,31) de los cánceres vulvares. En su estadio inicial, puede ser intradérmico o no invasivo y a menudo es de origen multicéntrico.

Los carcinomas epidermoides de aparición central como los observados en el clítoris, vestíbulo y labios menores se encuentran más aptos para producir metástasis intrapélicas, debido al drenaje de los ganglios linfáticos de ésta zona; las lesiones de los labios mayores y del monte de Venus dan metástasis primero a los ganglios linfáticos.

Hay tres vías de drenaje linfático general:⁽⁴⁾

- 1) Un plexo superficial de vasos linfáticos que ascienden cefálicamente en el tejido adiposo del monte de Venus, hasta que se hacen laterales en los ganglios internos de cada lado. Hay anastomosis libres de un grupo al otro.
- 2) Los conductos linfáticos eferentes siguen la vía de la vena dorsal del clítoris hacia el diafragma urogenital, penetrando la cavidad pélvica por abajo de la sínfisis del pubis. Estos vasos se hacen laterales en el borde inferior de la sínfisis púbica extendiéndose hacia los ganglios del obturador.
- 3) Los conductos linfáticos cursan en dirección cefálica, provenientes de las estructuras del clítoris sobre la sínfisis púbica, para penetrar a la cavidad pélvica entre el origen del músculo recto anterior del abdomen. Se extienden lateralmente hasta drenar en los ganglios linfáticos del anillo femoral, algunas veces interrumpidos en su curso por algún ganglio linfático posterior a las ramas públicas. Estos patrones explican el por qué, los cánceres de situación central son más difíciles de controlar que las lesiones laterales.

Microscópicamente, muchos carcinomas epidermoides típicos de la vulva están constituidos por células escamosas o espinosas bien diferenciadas, muchas de las cuales forman perlas queratóticas. Se observan mitosis ocasionales. Los leucocitos y linfocitos infiltran al estroma y tejidos adyacentes a la neoplasia. Estos son cánceres grado I. También pueden ocurrir tumores menos bien diferenciados.

Las células malignas se diseminan a sitios distantes a través de los conductos de drenaje linfático de la vulva. Las células cancerosas dan metástasis a los ganglios linfáticos femorales e inguinales superficiales y profundos, a los ganglios ilíacos externos; obturador y ganglios linfáticos presinficiales. El ganglio de Cloquet o de Rosenmuller, es el ganglio más superior del grupo profundo en el

conducto femoral, justamente por abajo del ligamento de Poupert, es invadido a menudo por el cáncer vulvar.

Debido a que son estructuras bilaterales enlazadas, los linfáticos se anastomosan y se entrecruzan, y las células tumorales se diseminan de un lado a otro mediante la transferencia embólica o raramente mediante permeación de los conductos linfáticos. Las metástasis a los ganglios linfáticos a menudo resultan independientes del tamaño o la localización de la lesión, de la duración de los síntomas y del grado histológico de la magnitud. Mientras más anaplásico resulte el tumor, con mayor probabilidad dará metástasis.⁽⁴⁾

B. CANCER INTRAEPITELIAL:

El cáncer epidermoide puede en un período temprano no ser invasivo, o dicho en otras palabras en In Situ o intraepitelial sin penetración de la membrana basal. Aunque todos los cánceres intraepiteliales deberían de ser estudiados y descritos por un patólogo; varios tipos generales son de interés clínico.

1. CANCER IN SITU:

Es una forma específica del cáncer no invasivo, a menudo se encuentra asociado con enfermedad vulvar previa. Puede tener un pronóstico más pobre que las otras lesiones intraepiteliales y debería diferenciarse de ellas.⁽⁴⁾

La importancia del reconocimiento del carcinoma en sus estados preinvasivos necesita ser ampliamente conocida por aquellos que están familiarizados y conocen la alta mortalidad del carcinoma vulvar.

En 1958 Wooddruf y Brant⁽³²⁾ estudiaron 14 casos en el laboratorio del Hospital John Hopkins, en un período de 60 años; y en el período de 1966 a 1972 reportaron 44 casos más de carcinoma In Situ vulvar en el mismo hospital, lo que nos muestra que éste tipo de cáncer se ha incrementado.

Hay un único caso de carcinoma "Multifocal In Situ", de la vulva y vaginal el cual no estaba asociado con carcinoma del cervix, pero sí con cervicitis y prolapso de útero. Otro investigador⁽³²⁾ asocia el carcinoma In Situ de la vulva con neoplasia cervical en un 180/o y reportó que las pacientes tenían historia actual o pasada de Sífilis, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo y condilomatosis inguinal en un 90/o.

Se han utilizado otros nombres para describir el carcinoma in situ (enfermedad de Bowen, eritroplasia de Queyrat), pero los cuadros microscópicos no son suficientemente distintos para ser específicos. Macroscópicamente la neoplasia in situ puede presentarse como lesiones granulomatosas, leucoplásicas, blanquecinas con pigmentación diversa, ligeramente elevadas y usualmente de origen multicéntrico.

Microscópicamente las lesiones varían de un tipo a otro, en algunos casos muestran cambios clásicos de una enfermedad de Bowen⁽²⁾, con áreas de estratificación focal, y al mismo tiempo que en otras áreas hay cambios de grosor del epitelio. Las células anormales pueden reemplazar completamente la estratificación normal o pueden estar dispersas a lo largo de las capas residuales maduras; éstos cambios incluyen tamaño, forma y contenido cromático de los núcleos. La presencia de cuerpos redondos (células en huevo frito, con núcleo central hiperromático, citoplasma ancho y pálido). La superficie epitelial puede presentarse hiperqueratinizada.⁽²⁾

La enfermedad de Bowen fue descrita como una enfermedad cutánea maligna en 1912 y posteriormente descrita en la vulva en 1922. Se reportó en una enferma embarazada de quince años de edad con enfermedad de Bowen con regresión espontánea. No se pudo implicar al Herpes Virus II y la regresión fue completa y desapareciendo el padecimiento. Sin embargo en la mayoría de las enfermas el padecimiento progresa hasta volverse invasivo.

Puede aparecer un segundo carcinoma primario hasta en la tercera parte de las enfermas con la enfermedad de Bowen. La enfermedad de Bowen aparece en forma característica como una zona rojiza, levemente elevada, de aspecto aterciopelado, con un margen irregular en el labio cutáneo. A menos que ocurra infección o excoriación, el intertegumento está intacto antes que se desarrollen el cáncer invasivo. Este aspecto histológicamente se traduce en acantosis, engrosamiento de la capa espinosa, pérdida de la estratificación de las capas epiteliales, desorientación de las células por arriba de la capa basal, hiperromatismo nuclear y numerosas figuras mitóticas. Otras características de la enfermedad de Bowen es el aumento de la vascularidad de los tejidos subepiteliales y la infiltración leucocitaria.

Wooddruff⁽³²⁾ indica que las características histológicas son uniformes y de este modo el término "Carcinoma in situ" es más definitivo y del todo exclusivo.

2. ERITROPLASIA DE QUEYRAT:

Es una variedad del carcinoma intraepitelial que ocurre en las mucosas. El término es puramente descriptivo que incluye lesiones aterciopeladas, rojizas, con paraqueratosis más que hiperqueratosis en la superficie.⁽³²⁾

3. ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA:

La enfermedad de Paget es un padecimiento raro en la vulva. Se presenta como una lesión prurítica, húmeda, costrosa, bien demarcada. Puede surgir en cualquier parte de la vulva, debe siempre llevarse en mente que las células de Paget son células aberrantes en el epitelio de superficie e invasoras de una neoplasia subyacente palpable o no. La mayoría de las enfermas con padecimiento de Paget de la vulva pueden ser curadas mediante una resección quirúrgica.

La presencia de numerosas células de Paget en la epidermis con rasgos diagnósticos de esta enfermedad de la vulva.

El citoplasma de las células en la enfermedad de Paget contiene mucopolisacáridos. Su núcleo es grande y oscuro con varios nucleolos. Las células de Paget nunca se queratinizan.⁽²⁾

Gormey⁽¹³⁾ se refiere a la enfermedad de Paget como un cáncer *In Situ*, crecido de elementos epiteliales indiferenciados y diferenciándose dentro de una célula tipo apócrino, ambas situadas en el epitelio de superficie y en sus anexos. Refiere que hay otra variedad, la cual proviene del epitelio glandular profundo y ésto desafortunadamente se piensa sea cáncer invasivo primario, muchos de éstos casos aparecen inicialmente con lesiones metastásicas.

C. CARCINOMA DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN:

Representa el 5o/o de los cánceres de la vulva. Puede tratarse de un Adenocarcinoma que surge de la misma glándula en sí o carcinoma epidermoide que aparece del conducto de Bartholin. Como estas lesiones son profundas y centralmente colocadas con el drenaje linfático abundante, son más difíciles de controlar que el carcinoma epidermoide.

La tasa de supervivencia de cinco años para el carcinoma de la glándula de Bartholin es más o menos de 33o/o.

D. CARCINOMA DE CELULAS BASALES:

El 3o/o de las lesiones malignas de la vulva corresponden al carcinoma de células basales. Afortunadamente este cáncer no produce metástasis sino en casos esporádicos.

El carcinoma de células basales puede ulcerarse, hipertrofiarse, cicatrizar superficialmente, tener eritema, o ser pigmentado de color café. Pueden ser afectados tanto los labios mayores como los menores.

El carcinoma de células basales consiste en células neo-plásicas basófilas, redondeadas, derivadas de las capas más profundas de la epidermis. Las células frecuentemente penetran las capas de tejido conectivo, se observa ocasionalmente mitosis y queratinización.

E. MELANOMA MALIGNO:

Representa el 3o/o de los cánceres de la vulva. El tumor generalmente es único, hiperpigmentado, elevado y ulcerado, el cual sangra fácilmente. Lo han descrito sin producir dolor.

F. VULVITIS LEUCOPLASICA:

Es un desorden hipertrófico o atrófico de la piel de los genitales femeninos y en menor grado de la superficie mucosa del introito. Progresa de una etapa hipertrófica temprana a través de la fase leucocraurótica hasta la etapa craurótica tardía. Las pacientes con infecciones vulvares crónicas tienen zonas fistulizadas o exhuberantes que pueden tener un cáncer epidermoide atípico.

El período temprano de la vulvitis leucoplásica raramente está asociada con cáncer. La fase intermedia a menudo precede y acompaña al cáncer, y la fase tardía sólo muy ocasionalmente se asocia con cáncer.

3.4 HALLAZGOS CLINICOS

Las lesiones nodulares ulcerativas, especialmente en las mujeres post-menopáusicas en quienes se hallan presentes cambios granulomatosos o leucoplásicos, son sugestivos en particular de cáncer de la vulva^(4,15).

SINTOMAS Y SIGNOS

A. PRURITO VULVAR:

Es el síntoma más común en el cáncer de la vulva^(30,31). Cáceres lo encontró en un 26o/o. Rivero⁽²⁷⁾ ha reportado que aunque el prurito no fue el motivo de consulta en su investigación, éste estaba presente en el 100o/o de las pacientes al indagar sobre ello.

Otros autores como Franklin y Rutledge⁽¹⁵⁾ indican que el prurito no es específico, ya que es de larga duración, pero en pacientes con historia de el mismo recomiendan realizar biopsia.

B. TUMORACION:

Este es el principal síntoma para algunos autores(4,31), Figget(12) lo reporta en 73o/o; Cáceres(5) en 38o/o y Del Valle(9) en 21.36o/o. Aun en niñas éste se ha encontrado que es el principal motivo de consulta, como lo demuestra Mildred Rodas en su estudio que realizó en el H.G.S.J.D.(29),

C. OTROS SINTOMAS:

Figge(12) y Franklin(14) han reportado que la disuria es otro síntoma asociado a carcinoma de la vulva. Igual importancia le confieren al flujo vaginal.(5).

La ulceración, secreción fétida y el sangrado se presentan en un período de tiempo más largo del que se espera,(15), aunque en aquellas enfermas que han padecido de granulomas, éstos síntomas y signos pueden aparecer tempranamente.

El dolor constituye un síntoma tardío, su intensidad dependerá del tamaño y de la localización del tumor y de la presencia o ausencia de ulceración e infección sobreagregada.

El tiempo promedio de la evaluación de los síntomas es para Rivero de 25 meses.

3.5 DIAGNOSTICO

Lo más importante es el reconocimiento temprano de la enfermedad(4,12,27,31) y su clasificación por estadios clínicos según normas de la F.I.G.O.(4,5,12,24). Existe relación estrecha entre el tamaño de la lesión primaria y la posibilidad de enfermedad ganglionar.(31). Acosta(1) recomienda un buen diagnóstico, ya que la recurrencia del carcinoma por error diagnóstico y por consiguiente su mal tratamiento es muy alto.

Al efectuar relación entre los hallazgos clínicos, un buen examen de la región y los resultados de anatomía patológica, el error

diagnóstico es de 20-30o/o para Villalva(31). El apareamiento de carcinoma in situ del cérvix ha sido asociado con el carcinoma de la vulva, por lo que el papanicolau de rutina en estas pacientes debe realizarse inmediatamente.(2,8,26).

Además, Ramírez(26) recomienda especial cuidado ante la presencia de un Condiloma Acuminado, ya que puede estar asociado con el carcinoma de la vulva, y es por ello que al tratar un condiloma acuminado, lo primero que hay que efectuarle es la biopsia, principalmente si se usará Podofilina, ya que éste medicamento produce cambios celulares que pueden enmascarar al carcinoma.

Se ha dicho que desde que se ha puesto más énfasis en el diagnóstico precoz ha subido la incidencia del carcinoma in situ de la vulva.(18).

3.6 ESTADIOS CLINICOS

Las enfermas deberán clasificarse como que tienen un carcinoma vulvar, cuando el sitio primario del crecimiento se localiza en la vulva. No deberán registrarse como tales, tumores vulvares que representan un crecimiento secundario a partir de un sitio primario genital o extragenital, ni tampoco aquellas pacientes con Melanoma maligno.

A continuación se dan las clasificaciones de los estadios clínicos aprobados por la Federación Internacional de Obstetras y Ginecólogos (FIGO) 1976 y por el Colegio Estadounidense de Ginecología y Obstetricia 1976.

ESTADIOS CLINICOS DEL CARCINOMA VULVAR

T. Tumor Primario

T1 Tumor confinado a la vulva; con tamaño de 2 cm. o menos en su diámetro mayor.

- T2 Tumor confinado a la vulva; de más de 2 cm. en su diámetro.
- T3 Tumor de cualquier tamaño con extensión continua a la uretra, vagina, perineo, ano o cualquiera de ellos.
- T4 Tumor de cualquier tamaño que infiltra la mucosa de la vejiga y la mucosa rectal, incluyendo la parte superior de la mucosa uretral y que se ha fijado a hueso.

G: Ganglios linfáticos regionales:

- G0 No se palpan ganglios.
- G1 Se palpan ganglios en cualquiera de las ingles, sin aumento de tamaño, móviles (no son clínicamente sugestivos de neoplasia).
- G2 Ganglios palpables en cualquiera de las ingles o en ambas, con aumento de tamaño, firmes y móviles (son clínicamente sugestivos de neoplasia).
- G3 Ganglios Fijos y ulcerados.

M: Metástasis a distancia

- MO No hay metástasis clínica
- M1a Ganglios linfáticos profundos pélvicos palpables.
- M1b Otras metástasis a distancia.

GRUPOS DE ESTADIOS CLINICOS

Estadio I	T1 GO MO	Estadio IV	T1 G3 MO
	T1 G1 MO		T2 G3 MO
			T3 G3 MO
Estadio II	T2 GO MO		T4 G3 MO
	T2 G1 MO		T4 G0 MO
			T4 G1 MO
Estadio III	T3 GO MO		T4 G2 MO
	T3 G1 MO		
	T3 G2 MO		
	T1 G2 MO		
	T2 G2 MO		

Y todos los otros padecimientos que contienen M1a y M1b

Si el estudio citológico o hístico de los ganglios linfáticos revela células malignas, deberá añadirse a la G el símbolo + (más): si estos exámenes no revelan células malignas, deberá añadirse a la G el símbolo - (menos).

Tomado de Current Obstetric & Gynecology, Diagnosis & Treatment Lange Medical Publications, 1976.

Si no se usa la clasificación clínica de la FIGO en las pacientes con carcinoma de la vulva, Ernest Franklin III⁽¹⁴⁾ indica que aumenta el error diagnóstico y con ello el pronóstico de las pacientes al no recibir el tratamiento adecuado.

3.7 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial hay que tomar en cuenta otros tipos de carcinoma que pueden afectar la vulva, como por ejemplo: el carcinoma de células basales que se designa también como úlcera Rodens, que puede aparecer en cualquier parte de la piel. El adenocarcinoma generalmente deriva de la glándula de Bartholin, aunque el sitio primario pueden ser las células de las glándulas sudoríparas y parauretrales. El melanocarcinoma puede desarrollarse de células pigmentadas de la lámina basal de la piel. Pocos carcinomas

vulvares son secundarios a tumores primarios de la mama, riñón, ovario, vejiga o intestino.

Las siguientes manifestaciones del cáncer de la vulva pueden tener otras causas (4):

- 1.- Prurito Vulvar: Este puede ser inespecífico (a menudo psicógeno) o secundario a dermatosis (liquen plano, psoriasis), por vaginitis (senil, tricomona y/o monilia), incontinen-
cia urinaria (relajación del esfínter vesical o vejiga neurogénica) o a una enfermedad sistémica (diabetes, hipotiroidismo o alergias).
- 2.- Lesiones Nodulares: Los nódulos pueden ser sebáceos, quistes epidermoides de inclusión, quistes de las glándulas de Bartholin, hidradenomas o neurofibromas.
- 3.- Ulceraciones y secreciones purulentas de la vulva pueden ser causadas por infección piógena o venérea, o por tejido cicatrizal infectado.
- 4.- Linfadenopatías que pueden ser secundarias a linfadenitis.

3.8 METODOS DIAGNOSTICOS

1. Siempre el diagnóstico debe ser confirmado por la biopsia de la lesión (1,2,3,8,16,20,23,24,26,27). Nichols recomienda realizar biopsia de cualquier lesión que no cicatrice en una semana. Además otros autores(8,11,2) han recomendado el uso de la colposcopia simultáneamente con la biopsia.
- 2.- El uso de la linfografía, evalúa la invasión ganglionar (27,31).
- 3.- La inmunofluorescencia se ha utilizado para diferenciar la sífilis, y un estudio realizado por Pertschuk(25) sobre la inmunofluorescencia, lo utilizó para diferenciar el carcinoma

in situ del carcinoma invasivo.

4. Dodson(11) llegó a la conclusión de que la malignidad de una célula debe determinarse por tres factores: A) del cariotipo, B) de la citología anormal de la célula y C) habilidad de las células para propagarse en un medio de Agar.

3.9 TRATAMIENTO

3.9.1 PREVENCIÓN:

El diagnóstico temprano de factores irritativos que predisponen al cáncer de la vulva, podrían ser prevenidos en muchos casos. Las lesiones vulvares pre-cancerosas deben ser identificadas y realizar biopsia en cada una de ellas para identificarlas, en especial con los Condilomas Acuminados, nevos prominentes y extensos, antes que se conviertan en malignos.

3.9.2 QUIRURGICOS:

Continúa siendo el tratamiento de elección para el carcinoma de la vulva (6,18,27,29,31). Cuando el carcinoma es in situ, la vulvectomía simple con amplio margen quirúrgico de tejido normal, es la técnica quirúrgica de elección (13,14,18,20,32).

Se ha encontrado mejor supervivencia con la utilización de la vulvectomía radical más linfadenectomía inguino-femoral, en carcinomas invasivos (12,18,20,22,24,31), pero realizada en un solo tiempo como lo sugiere Rivero(27) ya que en dos tiempos el grado de invasión y mortalidad operatoria aumenta.

Krupp(29) recomienda además de la linfadenectomía inguino-femoral, que se realice la linfadenectomía pélvica en el estadio IV, ya que según sus resultados al utilizar la resección pélvica, la recurrencia del cáncer baja hasta un 4.60%, en comparación del 20% de recurrencia sin utilizar la última técnica.

En contraposición de la recomendación de Krupp, otros autores como Benedet⁽³⁾ y Disaia⁽¹⁰⁾, no están de acuerdo con el uso de la linfadenectomía pélvica, ya que esta técnica conlleva una mortalidad operatoria muy alta y es por ello que recomiendan se individualice en cada paciente. Poniendo especial cuidado en el tratamiento a efectuarse en pacientes jóvenes, pues el tratamiento radical les puede ocasionar problemas en el hábito sexual y con ello problema marital.⁽⁹⁾ Delgado⁽⁹⁾ recomienda respetar lo más que se pueda las zonas erógenas, para el buen funcionamiento sexual.

Otros autores^(1,3) sugieren el uso combinado de la cirugía y la radioterapia en el cáncer de la vulva.

3.9.3 IRRADIACION:

Para Benson⁽⁴⁾, la irradiación no tiene efecto sobre la lesión primaria del cáncer vulvar, debido a que es ineficaz y a menudo se desarrolla una vulvitis grave. A menos que se descubra metástasis en los ganglios linfáticos, el empleo de la radioterapia no justifica el daño suplementario que se ocasiona en la piel; la obstrucción linfática y lesión a grandes vasos sanguíneos, intestino y sistema urinario.

En contra a lo comentado por Benson, Acosta⁽¹⁾ señala que el uso de la radioterapia pre-operatoria con cobalto 60 y Betatron, da buenos resultados en el tumor primario, ya que el cáncer puede ser significativamente reducido de tamaño y malignidad; recomienda una dosis de 5200 a 6900 rads 31 a 70 días, para el tumor primario y una dosificación de 2900 a 6000 rads por 10 a 41 días para el carcinoma invasivo, también primario en la vulva.

3.9.4 OTROS TRATAMIENTOS:

Además del tratamiento quirúrgico y la radioterapia, otros estudios dados a conocer en la literatura, los mencionaré seguidamente, pero no están del todo aceptados: A) El 5-fluoroucil de uso tópico ha sido utilizado en el tratamiento de carcinoma in situ.⁽⁸⁾

Benson⁽⁴⁾ lo recomienda en la eliminación de lesiones epidermoides tempranas en otras regiones anatómicas y refiere que resulta prometedor en lesiones vulvares, B) Benedet⁽³⁾ ha utilizado los rayos laser, C) El uso del sulfato de Bleomicina con vulvectomía radical en el estadio IV, ha dado un resultado promedio de 50% de regresión.⁽³³⁾ D) Dodson⁽¹¹⁾ afirma que eventualmente las pacientes han respondido a la inmunoterapia con el bacilo de CALMETTE-GUERIN.

3.10 COMPLICACIONES

3.10.1 SIN TRATAMIENTO:

El cáncer vulvar sin tratamiento, crece, se necrosa, se ulcera, se infecta secundariamente con fétidas, se producirá hemorragia, fístulas rectovaginales y vesicovaginales; los ganglios inguinales aumentan de tamaño e invaden la piel con ulceración y fistulización acompañada de edema linfático, dolor y tromboflebitis. Las pacientes mueren generalmente de debilidad, inanición o hemorragia vulvar.⁽⁴⁾

Además se ha descrito la HIPERCALCEMIA como complicación rara del carcinoma de la vulva. El primer reporte de hipercalemia en tumores malignos fue reportado en 1958, dos en 1965, uno en 1969 y el más reciente en 1973 por Nichols⁽²³⁾. En este último caso se consiguió la desaparición de la hipercalemia al extirpar el tumor (carcinoma de células escamosas de la vulva), el cual no estaba asociado a metástasis ósea.

Hay cuatro teorías con respecto a la hipercalemia causadas por tumores sin compromiso óseo (tomada de Nichols 23):

1. El tumor elabora una sustancia parecida a la paratohormona.
2. El tumor produce una sustancia que estimula la glándula paratiroides.

3. El tumor produce una sustancia parecida a la vitamina "D", que promueve la absorción del Calcio por el tracto gastrointestinal.
4. El tumor produce una sustancia que acumula Calcio y lo transporta al plasma en grandes cantidades.

Aunque hay otros autores que debaten las teorías, como por ejemplo Sherwood citado en su estudio por Nichols (23), quien demostró que ningún tumor de glándulas paratiroides, producía alguna sustancia parecida a la paratohormona.

3.10.2 CON TRATAMIENTO:

- a. Linfaedemas debido a retorno venoso incompetente, causada por las linfadenectomías, en especial con la bilateral (1,29).
- b. Hernias inguinales y femorales post-operatorias. (4,19).
- c. Estenosis vaginal (4,8).
- d. Prolapso cervical y del útero. (4,12).
- e. Dehiscencia e infección de heridas operatorias (1,12,27,31).
- f. Incontinencia urinaria. (1,12).
- g. Además las enfermedades sistémicas tales como la obesidad, hipertensión, cardioangiosclerosis, diabetes, aumentan la morbilidad operatoria. (1,11,12,15,20,31).

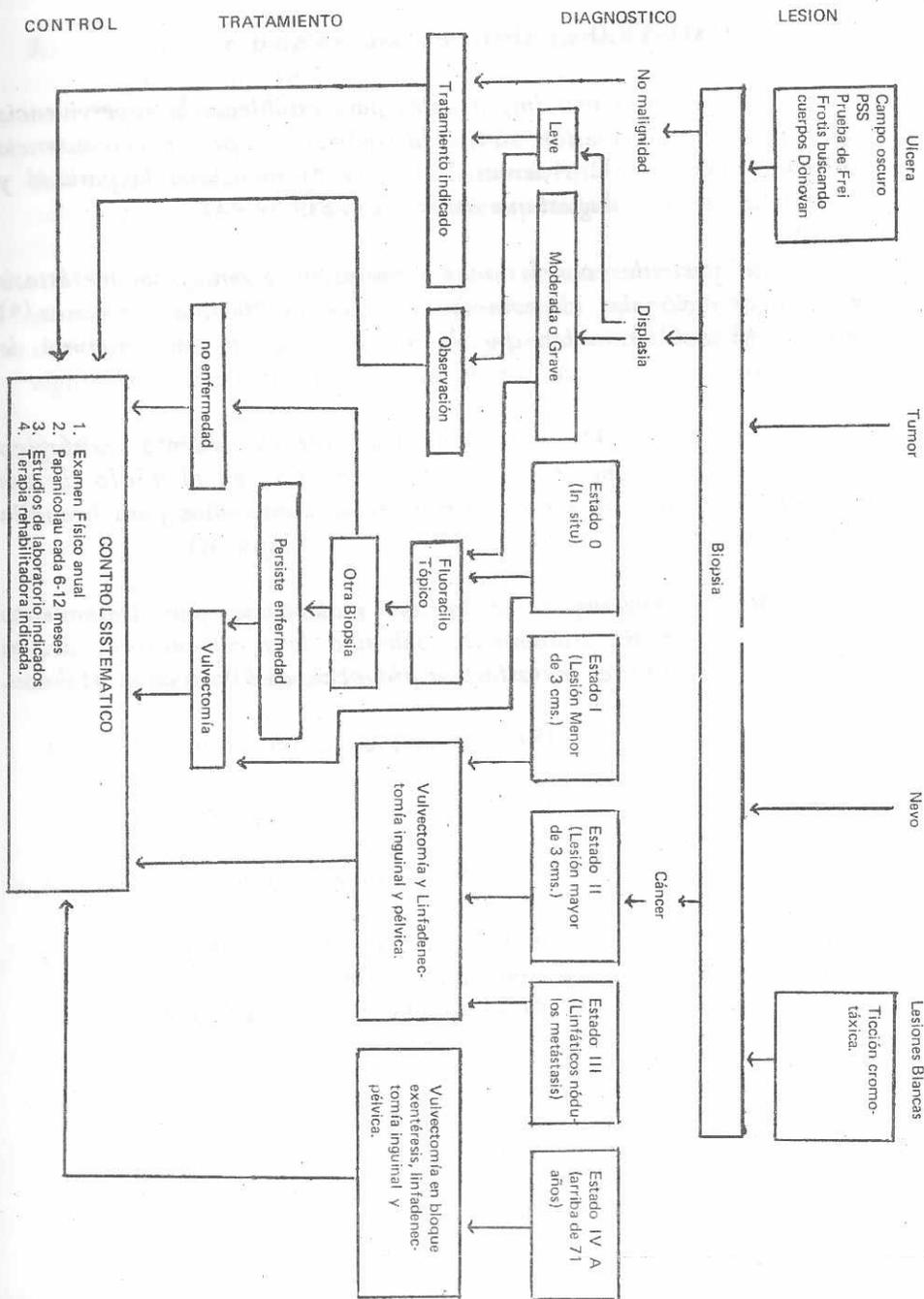
3.11 PRONOSTICO

Los factores más importantes para establecer la supervivencia son: el tamaño de la lesión, su tipo histológico y la presencia o ausencia de metástasis. (1,4,31). Además Del Valle(9) menciona la paridad y edad de la paciente al igual que otros autores (3,15,31).

En pacientes con lesiones menores de 3 cm. y sin metástasis a linfáticos regionales, el promedio de vida es de 90o/o a cinco años (4), aunque Krupp(19) indica que la lesión de 3 cm. es sinónimo de metástasis.

Para Acosta(1) la sobrevivencia con tratamiento quirúrgico y radioterapia preoperatoria es de cinco años en el 45o/o de sus pacientes, y 35o/o de sobrevida por cinco o más años para Franklin y Rutledge.

Se ha observado 18o/o de recurrencia con tratamiento adecuado (12); y sin tratamiento paliativo la recurrencia es de un 92o/o (1). Los tumores metastásicos provocan un 90o/o de mortalidad.



4. RESULTADOS Y COMENTARIOS

DISTRIBUCION POR EDADES:

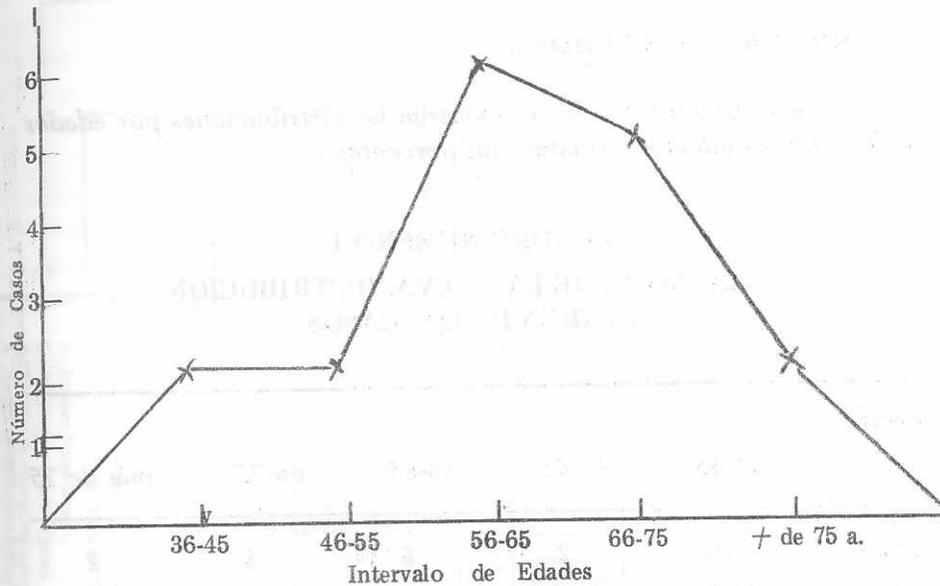
En el Cuadro No. 1, se muestran las distribuciones por edades de los casos estudiados, así como sus porcentajes.

CUADRO NUMERO 1
CARCINOMA DE LA VULVA, DISTRIBUCION
ETAREA DE LOS CASOS

Edad (años)	36-45	46-55	56-65	66-75	más de 75
Casos	2	2	6	5	2
o/o	11.8	11.8	35.2	29.4	11.8

Ver gráfica en página siguiente.

GRAFICA NUMERO 1



Promedio: La edad promedio fue de 62 años, que coincide con lo indicado por otros autores (4,5,15,27). Con una incidencia más alta en la quinta y séptima décadas de la vida.

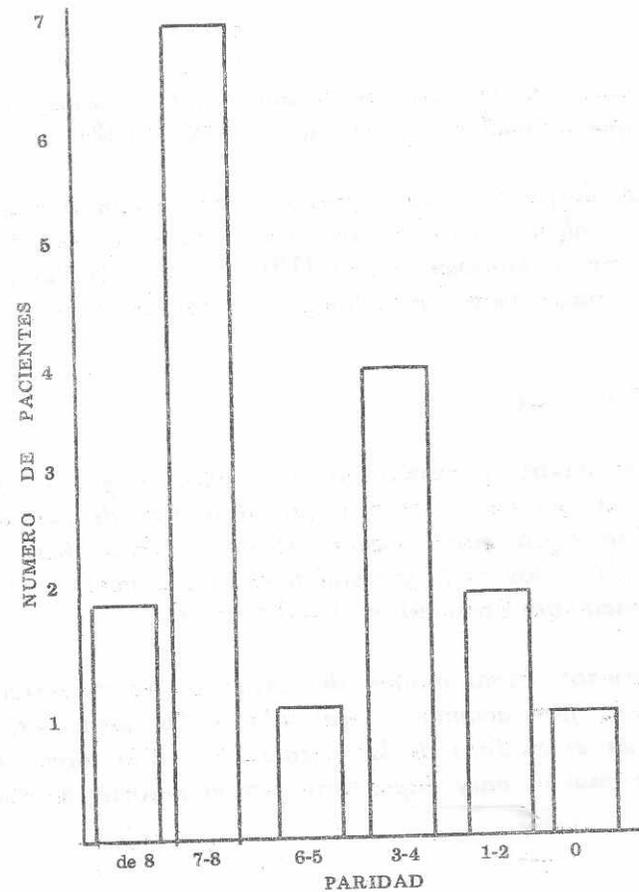
DISTRIBUCION POR PARIDAD:

En el cuadro Número 2 y Gráfica No. 2 se muestra la paridad de las pacientes. Donde podemos observar que un 58.8o/o corresponde a pacientes con más de 6 partos, el cual es un poco más elevado que el 53.3o/o reportado por Del Valle, (9).

CUADRO NUMERO 2
CARCINOMA DE LA VULVA, ESTUDIO DE
CASOS POR PARIDAD

No. de Partos	0	1-2	3-4	5-6	7-8	Más de 8
Casos	1	2	4	1	7	2
o/o	5.9	11.8	23.5	5.9	41.1	11.8

GRAFICA NUMERO 2



De acuerdo a los resultados de la paridad, el carcinoma de la vulva afecta más a las multíparas o grandes multíparas (6 partos en adelante), con un 58.8o/o, que coincide con lo reportado por Del Valle.(9). Sólo una paciente era nulípara, a quien se le diagnosticó el Melanocarcinoma.

No existen en la literatura reportes que relacionen la paridad con el carcinoma vulvar, por lo que se necesitan estudios posteriores a este respecto. La mayor incidencia en este estudio fue de 7 a 8 partos.

RAZA:

La raza más afectada fue la ladina con 15 casos, que equivale al 88.2o/o, que coincide con el estudio en el INCAN.(3).

Esta clasificación no se puede comparar con estudios extranjeros, ya que algunos autores han clasificado a sus pacientes como: blancas, negras y latinoamericanas.(18). Aunque considero que este parámetro es muy subjetivo para tomarse en consideración.

SINTOMATOLOGIA:

En el cuadro y gráfica No. 3 se observa que la tumoración o masa en los genitales externos, fue el motivo de consulta en el 52.9o/o. Este signo muy ocasionalmente doloroso hizo postergar en la mayoría de los casos la visita temprana al médico. Y coincide con lo informado por otros autores.(12,15,18,27).

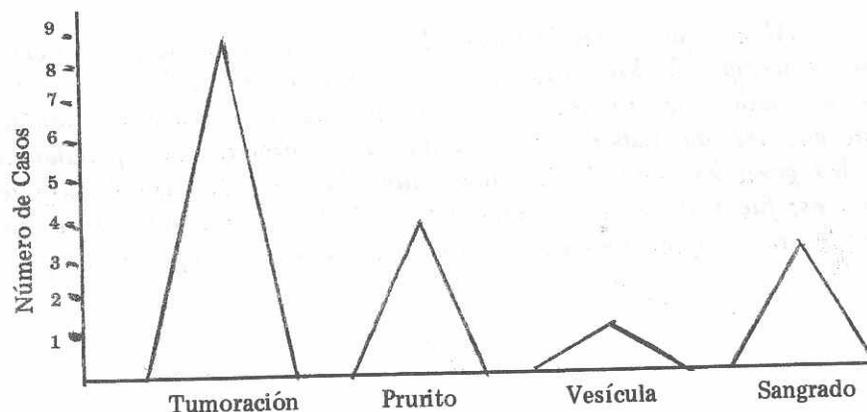
El prurito, como motivo de consulta, fue encontrado en un 23.6o/o, pero por anamnesis realizada a las pacientes, éste se presentaba en el 82.3o/o de las mismas, en algún momento de su historia. Lo cual es muy importante por el reporte de Rivero.(27),

quien lo encontró en un 100o/, además Franklin y Rutledge(15) indican que, aunque este síntoma no es específico, siempre que exista es recomendable practicar biopsia.

CUADRO NUMERO 3
CARCINOMA DE LA VULVA, ESTUDIO DE CASOS
POR SINTOMAS Y SIGNOS

Motivo de Consulta	Tumoración	Prurito	Vesícula	Sangrado
Casos	9	4	1	3
o/o	52.9	23.6	5.9	17.6

GRAFICA NUMERO 3



A continuación represento esquemáticamente en el Cuadro No. 4, las secuencias más importantes de la evolución de los síntomas:

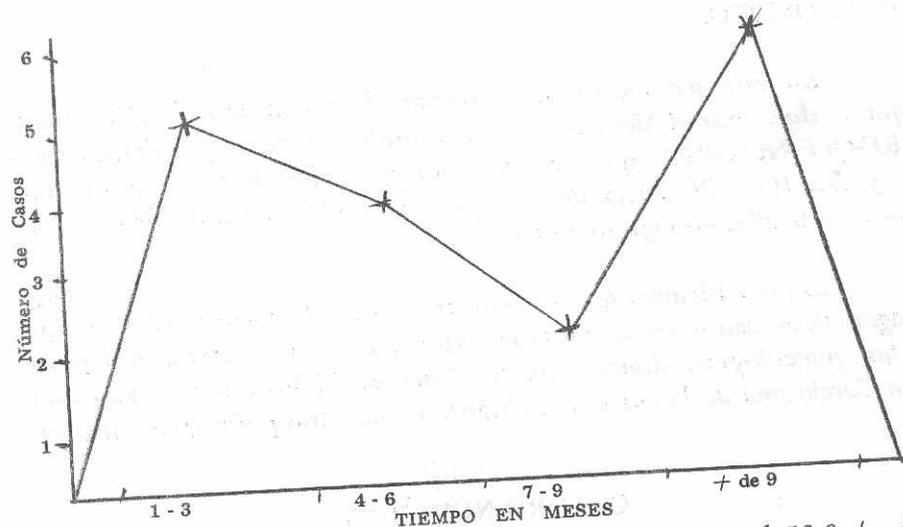
CUADRO NUMERO 4
CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS
POR SECUENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS

Síntomas y Signos	No. de Casos	Porcentaje
Prurito - Inflamación - Masa	6	35.4
Ardor al Orinar - Prurito	3	17.6
Masa - Prurito - Masa	3	17.6
Masa - Ulcera - Sangrado	3	17.6
Flujo Vaginal - Prurito	1	5.9
Prurito - Vesícula	1	5.9

TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS SINTOMAS:

Al indagar en las historias clínicas de las pacientes, se observó que el tiempo de los síntomas varió desde 1 mes a 96 meses, con un promedio de 15 meses. Y únicamente tres pacientes tenían antecedentes de haber sido tratadas anteriormente por problemas de los genitales, una de las cuales tuvo hemorragia vaginal durante un mes, fue tratada con cremas a base de ESTROGENOS, y no fue sino hasta el apareamiento de una masa que se le efectuó biopsia.

GRAFICA NUMERO 4
CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS POR
TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS SINTOMAS



Como se puede observar en la gráfica No. 4, el 52.9% de las pacientes consultaron entre los primeros seis meses desde el inicio de sus síntomas. Relativamente las pacientes consultan tempranamente, pero aunque es un poco más de la mitad de las pacientes, no es suficiente si vemos la variación que existió entre la paciente con menos tiempo a la de más tiempo de evolución de síntomas.

TIEMPO DE ESTUDIO POR CONSULTA EXTERNA:

Este parámetro no es exacto ya que 3 pacientes fueron referidas a otros departamentos del hospital, 4 no tenían tiempo de estudio; y de las 10 restantes el promedio fue de 31 días.

LOCALIZACION DE LA LESION:

No se puede dar información ya que la mayoría de las historias, no describían la localización ni el aspecto macroscópico de la lesión.

DIAGNOSTICO:

En este parámetro se utilizarán el diagnóstico de INGRESO (que es dado por el Médico Jefe de Consulta Externa) y el diagnóstico PRE-OPERATORIO (que es dado por los Jefes de las Ginecologías A y B). Hay diferencia de una paciente entre los diagnósticos, ya que una de ellas no ingresó a sala.

Esquemáticamente se muestran en el cuadro No. 5 los diagnósticos dados en la consulta externa a las pacientes a su ingreso a las ginecologías, donde notamos que el 70.5o/o fue relacionado con Carcinoma de la vulva y el 29.5o/o como otras patologías vulvares.

CUADRO NUMERO 5

CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO POR DIAGNOSTICO DE INGRESO

Carcinoma de la vulva	7	} 70.5o/o
Carcinoma de la vulva intraepitelial	1	
Carcinoma de la vulva recurrente	1	
Carcinoma de la vulva metastásico	2	
Melanocarcinoma de la vulva	1	
Granuloma de la vulva	1	} 29.5o/o
Tumoración de labio mayor	1	
Vitiligo vulvar	1	
Condilomatosis	1	
Vulvovaginitis(*)	1	

(*) Paciente que no ingresó para evaluación y tratamiento

Los diagnósticos de metástasis a vulva, eran de pacientes con historia y diagnóstico comprobado de Cáncer de cervix, con tratamiento previo, lo que equivale al 11.7o/o de mi estudio, en la literatura está reportado en un 46o/o.(7,15). De éstos, uno era relacionado con embarazo, por lo que se le efectuó cesárea corpórea e histerectomía.

En el diagnóstico pre-operatorio se puede observar en el Cuadro No. 6, que el 82.3o/o es relacionado con cáncer de vulva, mejorando en un 11.8o/o del diagnóstico de ingreso. Otras investigaciones refieren similares resultados. Se hace la aclaración que las pacientes ingresan con el resultado de anatomía patológica pre-operatoria.

CUADRO NUMERO 6

CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS POR DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO

Carcinoma de la vulva	10	} 82.3o/o
Carcinoma de la vulva recurrente	1	
Metástasis a vulva	1	
Carcinoma intraepitelial	1	
Melanocarcinoma de la vulva	1	
Condiloma Acuminado	1	} 17.7o/o
Verruga vulvar	1	

ANATOMIA PATOLOGICA:

De los 17 casos del estudio, todos tenían informe de anatomía patológica pre-operatoria; pero en el control post-operatorio sólo lo tenían 15, ya que una paciente no ingresó a sala para tratamiento y una paciente no tenía control.

A continuación presento los informes de anatomía patológica pre y post-operatoria:

CUADRO NUMERO 7

CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS, DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO PRE-OPERATORIO

Diagnóstico	Casos	Porcentaje
Ca. Epidermoide grado I	5	88.2
Ca. Epidermoide grado II	4	
Ca. Epidermoide grado III	1	
Ca. Intraepitelial	1	
Melanocarcinoma	1	
Ca. Verrugoso	1	
Compatible c/Ca. epidermoide G. I	1	
Espiroadenoma Echrino benigno	1	11.8
No evidencia de malignidad	1	
No suficiente para diagnóstico de malignidad	1	

CUADRO NUMERO 8

CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS, DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO POST OPERATORIO

Diagnóstico	Casos	Porcentaje
Ca. Epidermoide grado I	5	86.6
Ca. Epidermoide grado II	5	
Ca. Edpidermoide Grado III	1	
Ca. In situ	1	
Melanocarcinoma	1	
Leucoplasia	1	13.4
Tumores cutáneos benignos	1	

Por lo anteriormente expuesto se deduce que el tipo histológico predominante es el epidermoide con un 64.7o/o de los informes de anatomía patológica pre y post operatoria, y de éste principalmente el BIEN DIFERENCIADO, sólo un caso de Intraepitelial hubo, y un caso de Melanocarcinoma, el cual es el primero que se diagnostica en el Hospital General.

ESTUDIO CITOLOGICO (PAPANICOLAU):

De los 17 casos en estudio, sólo cinco pacientes contaban con Papanicolau cervico-vaginal, entre los estudios relizados a su ingreso, lo que representa un 29.4o/o.

TRATAMIENTO:

El tratamiento fue básicamente quirúrgico en un 88.2o/o de las 16 pacientes a quienes se les dio tratamiento y de este porcentaje a 2 se les dio tratamiento combinado (quirúrgico y radioterapia).

Una paciente recibió sólo radioterapia con agujas de radio, decisión que se tomó en la sala de operaciones al efectuarle examen ginecológico bajo anestesia general y darse cuenta que la lesión era mayor de lo que se pensaba.

CUADRO NUMERO 9

CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS, TRATAMIENTO EFECTUADO

Tratamiento	Casos	Porcentaje
Vulvectomía simple	3	88.2
Vulvectomía radical	8	
Vulvectomía simple c/linfadenectomía en dos tiempos	1	
Extirpación de masa vulvar y quiste de glándula de Bartholin más Cobalto 60	1	
Extirpación de masa vulvar, biopsia de ganglios ilíacos externos bilaterales	1	
Vulvectomía simple, agujas de radio	1	
Radioterapia	1	5.9
Sin tratamiento	1	5.9

En los siguientes cuadros se relacionan los informes anatómopatológicos pre y postoperatorios con el tratamiento recibido.

CUADRO NUMERO 10

CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS, ANATOMIA PATOLOGICA PREOPERATORIA Y TRATAMIENTO RECIBIDO

Tipo histológico	Casos	v. simple	V. radical	Resec. masa	Linfadenectomía	Radioterapia	Otras operaciones	Sin tratamiento
Ca. grado I	5	1	4				1	
Ca. grado II	4		2	1		2	1	
Ca. grado III	1							1
Compatible c/grado I	1	1						
Melanocarcinoma	1			1	1(*)			
Ca. Verrugoso	1		1					
Enchrino benigno	1	1			1			
No Dx. de malignidad	1	1						
No malignidad	1		1					
Ca. Intraepitelial	1	1				1		
Totales	17	5	8	2	2	3	2	1

(*) Biopsia de ganglios ilíacos externos bilaterales

V.: Vulvectomía

Resec.: Resección

Ca.: Cáncer

CUADRO NUMERO 11
CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS, ANATOMIA
PATOLÓGICA POSTOPERATORIA Y TRATAMIENTO RECIBIDO

Tipo histológico	Casos	v. simple	V. radical	Resec. masa	Linfadenectomía	Radio terapia	Otras operaciones	Sin tratamiento
Ca. grado I	6	2	4		1		1	
Ca. grado II	4		2	1		2	1	
Ca. grado III	1		1					
Melanocarcinoma	1			1	1(*)			
Tumores cutáneos benignos	1	1						
Leucoplasia	1	1						
Sin control	1		1					
Totales	16	5	8	2	2	3	2	

De los cuadros anteriores, No. 10 y 11, notamos que no coinciden en el tipo histológico. Esto se debe a que hubo variación entre los diagnósticos de patología pre y postoperatorio, es por ello que a continuación aclaro los tratamientos efectuados a las pacientes donde el diagnóstico no coincide:

- a. A quien se le diagnosticó NO MALIGNIDAD, se le efectuó vulvectomía radical; no tuvo control postoperatorio, esta paciente fue referida del INCAN con diagnóstico de Ca. de vulva, pero sin resultado de patología.
 - b. El reporte de "no suficiente para diagnóstico de malignidad", fue reportado en el post como Leucoplasia y se le efectuó vulvectomía simple.
 - c. El reportado el pre operatorio como compatible con grado I, se le efectuó vulvectomía simple y reportado en el post como tumores benignos cutáneos, considero que fue precipitado este tratamiento, pues hubiera bastado la resección de las masas.
 - c. A la paciente con Melanocarcinoma de la vulva se le efectuó resección de masa, y por medio de laparoscopia se le efectuó biopsia de ganglios ilíacos, que se informaron con Melanocarcinoma.
- La precipitación existente en los tratamientos efectuados se debe principalmente a que las pacientes no son clasificadas en los estadios clínicos. Además de las operaciones mencionadas anteriormente se efectuaron otras operaciones simultaneas:
- a. Hernioplastia con vulvectomía radical en carcinoma grado I. (2 pacientes).
 - b. Extirpación de quiste de glándula de Bartholín con resección de masa y Cobalto 60 en un carcinoma grado II.
 - c. Al Echrino se le efectuó vulvectomía simple y linfadenectomía en dos tiempos.
 - d. Agujas de radio en un carcinoma grado II.

- e. *Vulvectomy simple y radioterapia en el cáncer intraepitelial.*
- f. *Vaginectomía, uretroectomía con vulvectomy radical en carcinoma grado I.*

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS:

En el transcurso de la intervención quirúrgica, únicamente 5 pacientes presentaron complicación alguna.

CUADRO NUMERO 12
CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS,
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

Complicación	Hemorragia	Dificultad técnica	Ninguna
Casos	4	1	11
Porcentaje	25	6.3	68.8

Como se observa en el cuadro No. 12, la pérdida de sangre fue la complicación más frecuente con un 25o/o, en todos los casos de transfundio a las pacientes. La dificultad técnica fue en la paciente que al efectuarle examen ginecológico, la lesión era más grande y se le dio radioterapia.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

Durante el período postoperatorio la dehiscencia e infección de herida fue la complicación más frecuente en el 43.8o/o, luego la infección urinaria con 31.2o/o, hipotensión con 6.4o/o y en un 18.6o/o no hubo complicación, como lo demuestra el cuadro No. 13.

CUADRO NUMERO 13
CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS,
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Complicación	Casos	Porcentaje
<i>Dehiscencia e infección de herida</i>	7	43.8
<i>Infección urinaria</i>	5	31.2
<i>Hipotensión arterial</i>	1	6.4
<i>Ninguna complicación</i>	3	18.6

Nuestra principal complicación postoperatoria, dehiscencia e infección de la herida operatoria coincide con Acosta (1).

ESTANCIA HOSPITALARIA:

En este parámetro se tomaron dos períodos de estancia hospitalaria: 1ro. la estancia total y 2o. la estancia postoperatoria.

CUADRO NUMERO 14

CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS,
ESTANCIA HOSPITALARIA TOTAL

Días	35-65	56-96	97-127	más de 127
Casos	13	2	0	1
Porcentaje	81.2	12.5	—	6.3

Como se aprecia en el cuadro No. 14, el intervalo de días de permanencia en el hospital osciló entre 35 a 182 días, siendo el promedio de 59 días. El 81.2o/o permaneció en el hospital entre 35 a 65 días, lo cual es alto, ya que en la literatura lo mencionan entre 21 días para Morley y 33 días para Parker (1).

CUADRO NUMERO 15

CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS,
ESTANCIA HOSPITALARIA POSTOPERATORIA

Días	12-20	21-29	30-38	39-47	48-56	más de 56 días
Casos	4	6	2	2	2	0
Porcentaje	25	27.5	12.5	12.5	12.5	—

La estancia hospitalaria postoperatoria osciló entre 12 a 56 días, con un promedio de 30 días, el 62.5o/o permaneció de 12 a

29 días en el hospital. No hay reportes sobre el aspecto de estancia post-operatoria en la literatura.

CUADRO NUMERO 16

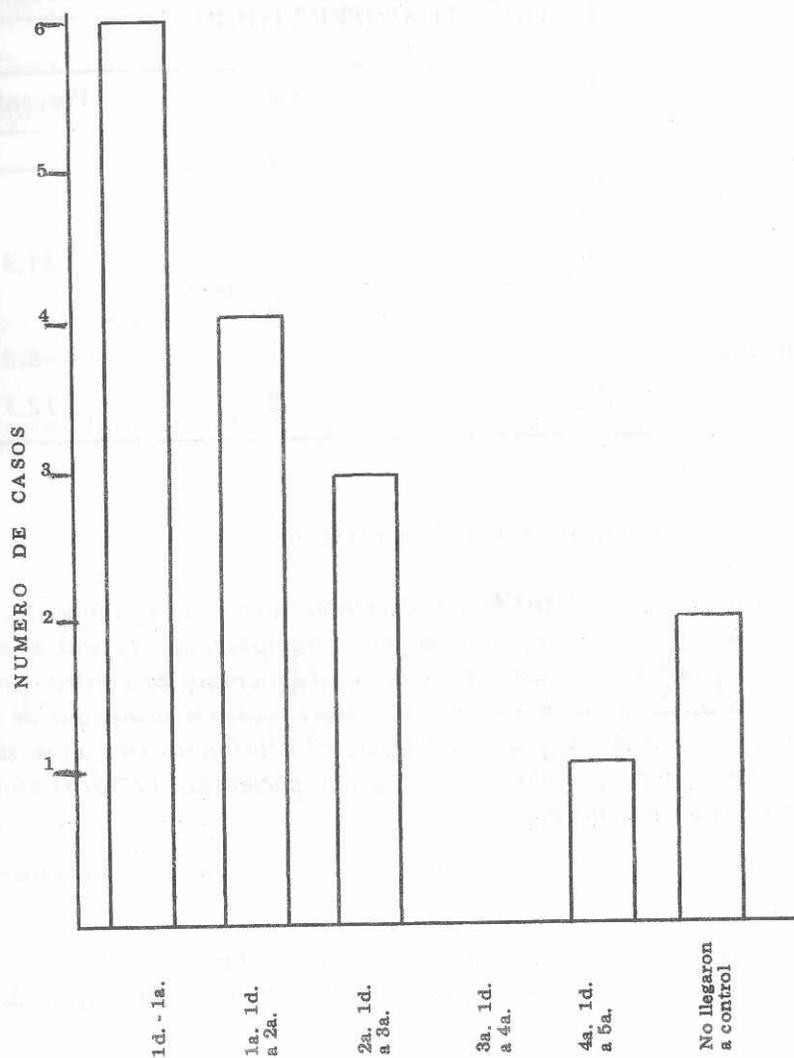
CARCINOMA DE LA VULVA: ESTUDIO DE CASOS,
CONTROL POSTOPERATORIO

Tiempo	Casos	Porcentaje
1 día 1 año	6	
1 año, 1 día . . . 2 años	4	
2 años, 1 día . . . 3 años	3	81.3
3 años, 1 día . . . 4 años	0	
4 años, 1 día . . . 5 años	1	6.2
no llegaron a control	2	12.5

TIEMPO DE CONTROL POSTOPERATORIO.

En el seguimiento de las pacientes luego del tratamiento, se detectó un caso de recurrencia de carcinoma de la vulva con tratamiento anterior, a los cuatro años. El tiempo de control post-operatorio osciló entre 6 meses a 60 meses, con un promedio de 18 meses. El 81.3o/o de las pacientes llegaron los primeros tres años, sólo una paciente llegó por cinco años, y dos pacientes (12.5o/o) nunca volvieron a visitar el hospital.

GRAFICA NUMERO 5
CARCINOMA DE LA VULVA: TIEMPO DE CONTROL
POSTOPERATORIO



5. CONCLUSIONES

1. En el carcinoma de la vulva, la edad más frecuentemente afectada es por arriba de los 50 años, siendo el promedio de 62 años.
2. El carcinoma de la vulva afecta más a las grandes multíparas (seis partos o más).
3. El principal motivo de consulta es la tumoración, aunque el prurito aparece en el 82.30/o en algún momento de la secuencia de síntomas.
4. El tiempo promedio de aparición de los síntomas es de 15 meses.
5. El tipo histológico predominante del carcinoma de la vulva, es el epidermoide, y de éstos, el bien diferenciado (grado I).
6. El Melanocarcinoma es el primero reportado en el Hospital General.
7. A ninguna paciente se le clasificó su estadio clínico, como lo recomienda la F.I.G.O.
8. El tratamiento básicamente fue el quirúrgico.
9. La principal complicación postoperatoria fue la dehiscencia e infección de la herida.
10. La mortalidad operatoria fue de cero.
11. La estancia se prolonga por la tardanza en completar estudios pre-operatorios y luego por las complicaciones postoperatorias.
12. Existe mal seguimiento de las pacientes en sus controles post-operatorios; por lo que no se puede dar la sobrevivencia de las pacientes con carcinoma de la vulva luego de su tratamiento.

6. RECOMENDACIONES

1. Se necesitan investigaciones posteriores, para relacionar la paridad con el carcinoma de la vulva.
2. Toda paciente con sintomatología localizada en la vulva (prurito, tumor, tumefacción y/o dolor), debe ser examinada minuciosamente y tomársele biopsia de la lesión.
3. Toda paciente con diagnóstico de carcinoma de la vulva debe tener papanicolau cérvico vaginal de rutina.
4. Toda paciente debe tener clasificación clínica de la F.I.G.O; para evaluar mejor el tratamiento a efectuar.
5. Se recomienda el uso de otros métodos diagnósticos para evaluación de metástasis inguinal, como la linfografía.
6. A todo Condiloma Acuminado hay que efectuarle biopsia antes de dar tratamiento, especialmente si se usará Podofilina (ya que este medicamento dificulta el diagnóstico del patólogo).
7. El tratamiento debe individualizarse en cada paciente dependiendo de la edad; se recomienda Vulvectomy Simple en carcinoma in situ y Vulvectomy Radical en el invasivo.
8. Es necesario que se agilicen los estudios pre-operatorios, para que la estancia hospitalaria no se prolongue y el gasto económico del hospital por cada paciente disminuya.
9. Se recomienda a los practicantes que lleven ordenadamente las papeletas de las pacientes, ya que por deficiencia de éstas las investigaciones como la presente no suministran los parámetros investigados con exactitud.
10. Así mismo recomiendo estudio prospectivo de los nuevos casos que aparecerán de carcinoma de la vulva; ya que la actual investigación ha sido realizada retrospectivamente de los últimos diez y seis años (enero 1964 a diciembre 1979).

7. BIBLIOGRAFIA

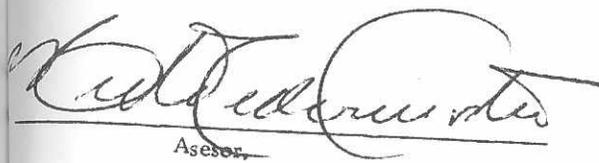
1. Acosta, A. *Preoperative radiation therapy in the management of squamous cell carcinoma of the vulva: preliminary report.* *Am. J. Obstet Gynecol.* 132 (2): 198-205, sept. 15 1978.
2. Anderson, W.A.D. *Pathology.* 5 ed. U.S.A., The C.V. Mosby Company, 1966 vol. II, pp. 1140-1145.
3. Benedet, J.L. *Squamous carcinoma of the vulva: results of treatment, 1938 to 1976.* *Am. J. Obstet Gynecol.* 134 (2): 201-207, may 15 1979.
4. Benson, R.C. *Current Obstetric & gynecology, diagnosis & treatment.* U.S.A., Lange Medical Publications, 1976 pp. 161-167.
5. Cáceres, J.J. *Cáncer de la vulva; análisis de 53 casos en el Instituto de Cancerología de Guatemala. Tesis (Médico-Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1977 50 p.*
6. Castro, J.R. *Carcinoma invasivo de la vulva: estudio retrospectivo de 10 años en el Hospital Roosevelt 1964-1976.* Guatemala, Sociedad de Gineco-obstetricia de Guatemala, 1977 12 p.
7. Dehener, L.P. *Metastasis and secondary tumors of the vulva.* *Obstet Gynecol.* 42 (1): 74-87, july 1 1973.
8. Delgado G. *Plastic procedures in cancer of the lower genital trac.* *Am. J. Obstet Gynecol.* 131 (7): 775-777, august 1 1978.
9. Del Valle Ramírez, L. *Tumores vulvares y vaginales.* *Rev. de Obst. y Gin. de Venezuela.* 37 (3): 429-443, 1977.

10. Disaia, P. An alternate approach to early cancer of the vulva. *Am. J. Obstet Gynecol.* 133 (7): 825-830, april 1 1979.
11. Dodson, M.G. Establishment and characterization of a squamous cell carcinoma of the vulva in tissue culture and immunologic evaluation of the host. *Am. J. Obstet Gynecol.* 131 (6): 606-618, july 15 1978.
12. Figge, D.C. Invasive carcinoma of the vulva. *Am. J. Obstet Gynecol.* 119 (3): 382-395, june 1 1974.
13. Forney, J.P. Management of carcinoma in situ of the vulva. *Am. J. Obstet Gynecol.* 127 (8): 801-806, april 15 1977.
14. Franklin III, E.W. Clinical staging of carcinoma of the vulva. *Am. J. Obstet Gynecol.* 40 (3): 277-286, sept. 1972.
15. —————, and Rutledge, Felix D. Epidemiology of epidermoid carcinoma of the vulva. *Am. J. Obstet Gynecol.* 39 (2): 165-172, febr. 1972.
16. Friedrich, E.G. Vulvar carcinoma in situ in identical Twins—An occupational hazard. *Obstet Gynecol.* 39 (6): 837-841, june 1972.
17. International Society for the Study of Vulvar Disease. New nomenclature for vulvar disease. *Obstet Gynecol.* 47 (1): 122-124, jan. 1976.
18. Japaze, H. Primary vulvar neoplasia; a review of in situ invasive carcinoma, 1935-1972. *Obstet Gynecol.* 49 (4): 404-411, april 1977.
19. Krupp, P.J. Lymph gland metastasis in invasive squamous cell cancer of the vulva. *Am. J. Obstet Gynecol.* 130 (8): 943-947, april 15 1978.
20. Kunschner, A. Early vulvar carcinoma. *Am. J. Obstet Gynecol.* 132 (6): 599-606, nov. 15 1978.
21. Levy, D.L. Primary multifocal carcinoma in situ of the vulva and vagina in a young woman. *Am. J. Obstet Gynecol.* 127 (3): 327-328, febr. 7 1977.
22. Nakao, C.Y. "Microinvasive" epidermoid carcinoma of the vulva with an unexpected natural history. *Am. J. Obstet Gynecol.* 120 (8): 1122-1123, dec. 1974.
23. Nichols, C.E. Carcinoma of the vulva producing hypercalcemia. *Obstet Gynecol.* 42 (1): 58-61, july 1973.
24. Novak, E.R. *Tratado de Ginecología*, 9 ed. México, edit. Interamericana, 1977, pp. 196-201.
25. Pertschuk, L.P. An immunofluorescent study of basement membranes in squamous cell carcinoma of the cervix, vagina and vulva. *Obstet Gynecol.* 49 (4): 417-420, april 1977.
26. Ramírez Gómez, J.A. y colaboradores. Relación entre los carcinomas y condilomas acuminados de la vulva. *Rev. de Obst. y Gin. de Venezuela*, 36 (4): 735-736, 1976.
27. Rivero, E. y González J. Cáncer de la vulva. *Rev. Obstet y Gin de Venezuela*, 34 (2): 189-193, 1974.
28. Robbins, S.L. *Patología estructural y funcional*, México, edit. Interamericana, 1975. pp. 1164-1167.
29. Rodas M.A. Tumores de la vulva y vagina en niñas (H.G.S.-J.D.). Tesis (Médico-Cirujano), Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1976. 35 p.
30. Simkim, R.M. Basal cell epithelioma of the vulva. *Obst*

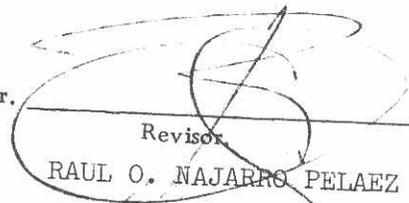
Ginecol, 49 (5): 617-619, may 1977.

1. Villalva, R. Tratamiento del cáncer de la vulva. Rev. Obst y Gin de Venezuela, 34 (2): 203-211, 1974.
32. Woodfruff, J.D. The contemporary challenge of carcinoma in situ of the vulva. Am. J. Obstet gynecol. 115 (5): 677-686, march 1 1973.
33. Yahia, C. Succesful long-term pallation of stage IV vulvar carcinoma with operation and bleomycin sulfate. Am. J. Obst Gynecol, 130 (3): 360-361-, febr. 1 1978.

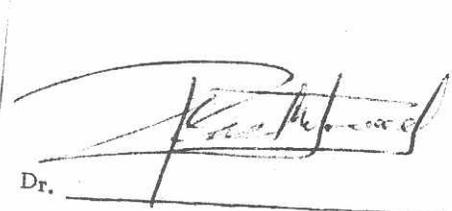
Br. 
VERNY DAGOBERTO GRAJEDA LETONA


Asesor.
FEDERICO CASTRO


Director de Fase III
HECTOR NULLA

Dr. 
Revisor
RAUL O. NAJARRO PELAEZ

Dr. 
Secretario
RAUL CASTILLO RODAS


Dr.
Decano.
ROLANDO CASTILLO MONTALVO