NEOPLASIAS INFILTRANTES DE VULVA

ALFREDO BORGES GARNICA, HUMBERTO PONTILLO, LUIS YÁNEZ, NÉSTOR GUTIÉRREZ, MARÍA JIMÉNEZ, GUSTAVO BRACHO, RODOLFO PÉREZ

HOSPITAL "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO". VALENCIA, ESTADO CARABOBO. VENEZUELA

RESUMEN

OBJETIVOS: El cáncer de vulva es una enfermedad de mujeres en edad avanzada, también ha sido observado en mujeres premenopáusicas. Generalmente es del tipo carcinoma de células escamosas, aunque se presentan otros tipos histológicos. La cirugía es la terapéutica de elección por ser más eficaz, incluye exéresis amplias, vulvectomías parciales, simples, radicales (esta última con vaciamiento inguino femoral) y exenteraciones pélvicas. La radioterapia y poliquimioterapia son terapéuticas generalmente adyuvantes al tratamiento quirúrgico. **MÉTODOS:** Trabajo de investigación de tipo retrospectivo, descriptivo con estudios de distribución de frecuencias. El universo correspondió a 36 pacientes ingresados al servicio de ginecología oncológica del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" de la ciudad de Valencia, Venezuela, entre los años de 1995 y 2006, y con diagnóstico de neoplasia infiltrante de vulva. **RESULTADOS:** De la totalidad de las pacientes evaluadas se obtuvo que la mayor incidencia de esta patología se encontraba entre las pacientes mayores de 71 años con 36,11 %. La histología más frecuente fue el carcinoma epidermoide. Más de un 75 % de las pacientes ingresó en estadios avanzados. El tratamiento más realizado fue la vulvectomía radical con un 63,8 %. **CONCLUSIÓN:** En base a los datos obtenidos se sugiere lograr mejoras en los métodos de pesquisa para así lograr diagnósticos en etapas más tempranas, de esta manera evitar cirugías más agresivas que repercuten en un aumento de la morbi-mortalidad en este grupo de pacientes, y así lograr una mejor calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, infiltrante, vulva, vulvectomía radical, radioterapia

Recibido: 15/01/2007 Revisado: 06/02/2007
Aceptado para publicación: 02/03/2007

SUMMARY

OBJECTIVES: The cancer of vulva is fundamentally a disease of women in age outpost, but it has been observed in premenopausal women. It is generally the squamous type carcinoma the most common, although other types can be appearing. The surgery is the gold standard and includes big exeresis, partial and simple and radical vulvectomy, (these last with femoral inguinal evacuating), and pelvic exenterating surgery. The radiotherapy and the polichemotherapy are generally adjuvant treatment. **METHODS:** This is a retrospective, descriptive type of investigation with studies of distribution of frequency. The universe in study is 36 patients entered to the service of gynecology oncology of the Institute of Oncology. "Dr. Miguel Perez Carreño" of the city of Valencia, Venezuela, between the ages of 1995 and 2006, and with diagnostic of infiltrated neoplasia of vulva. **RESULTS:** From the totality of the evaluated patients it was obtained that the greater incidence of this pathology was found between 71 age and greater patients with 36.11 % the most common histology was squamous carcinoma. More of 75 % of the patients were in advanced stages. The most common treatment was radical vulvectomy with a 63.8 %. **CONCLUSION:** On the basis of the collected data it is suggested to manage improvements in the of search of early stages, this way let us avoid an aggressive surgery which they repel in an increase of the morbimortality in this group of patients, and to find one better quality of life.

KEY WORDS: Cancer, infiltrate, vulvas, radical vulvectomy, radiotherapy.

Correspondencia: Dr. Néstor Gutiérrez M. Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño" Bárbula Naguanagua, Valencia Estado Carabobo. Venezuela. Teléfono: 0 (0414)586506. E-mail: ndgn17@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de vulva es una enfermedad de la tercera edad que generalmente se diagnostica en etapas avanzadas, aunque en los últimos años la edad de aparición ha disminuido, y sobre todo las etapas precoces han sido detectadas en grupos etarios entre 45 y 60 años. El diagnóstico del cáncer de la vulva se realiza por medio de una biopsia, que a menudo puede hacerse en forma ambulatoria. El examen se lleva a cabo bajo anestesia. Para clasificar a la paciente en estadios, se utilizan los siguientes métodos, dependiendo de la necesidad: cistoscopia, proctoscopia, examen de radiografía de los pulmones y urografía intravenosa. Las sospechas de complicación de la vejiga o el recto deberán confirmarse por medio de una biopsia. Generalmente es del tipo carcinoma de células escamosas, aunque se presentan otros tipos histológicos como el melanoma de vulva ⁽¹⁻¹⁰⁾.

Los estadios se definen según la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer (AJCC, por sus siglas en inglés). Las definiciones de la categoría T se corresponden con los estadios aceptados por FIGO y ambos sistemas se incluyen para fines de comparación. En la actualidad, la base del sistema de clasificación es más quirúrgica que clínica. El sistema de clasificación de FIGO de 1988 provee una discriminación de sobrevida mucho mejor entre estadios que el sistema de clasificación clínico de FIGO de 1970 ⁽¹¹⁻¹⁵⁾.

La cirugía es la terapéutica de elección que por ser la más eficaz, incluye exéresis amplias, vulvectomías parciales, simples y radicales (esta última con vaciamiento inguino femoral) y las exenteraciones pélvicas. La magnitud de la intervención está determinada por la etapa clínica, por lo que se debe insistir en todos los

niveles de atención de salud en lograr un diagnóstico de las lesiones en etapas tempranas en busca de obtener una curación con resecciones conservadoras y poco mutilantes. La radioterapia y la poliquimioterapia son terapéuticas generalmente adyuvantes al tratamiento quirúrgico, siendo sólo de primera opción en contraindicaciones al mismo, sea por problemas de la paciente, o por la extensión de la enfermedad ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

El cáncer de vulva es altamente curable en los estadios iniciales. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia del instituto en el tratamiento del cáncer de vulva.

MÉTODOS

El estudio se realiza en el servicio de ginecología oncológica del Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" de la ciudad de Valencia, Venezuela, entre los años de 1995 y 2006.

Se trata de un trabajo de investigación de tipo retrospectivo, descriptivo con estudios de distribución de frecuencias. El universo en estudio correspondió a 36 pacientes ingresados al servicio con diagnóstico de neoplasia infiltrante de vulva.

Criterios de inclusión: pacientes ingresados y evaluados por el servicio de ginecología oncológica con diagnóstico de neoplasia infiltrante de vulva, cuyas biopsias fueron revisadas y confirmadas en nuestro centro por el servicio de anatomía patológica.

Se utilizó una ficha epidemiológica, mediante la cual se obtuvo la recolección de la información a través de la revisión de las historias clínicas. Se analizaron las variables edad, histología, antecedentes, estadio, tipo de cirugía y tratamiento adyuvante.

RESULTADOS

De la totalidad de las pacientes evaluadas se obtuvo que la mayor incidencia de esta patología se encontraba entre las pacientes mayores de 71 años con 36,11 % seguido de las pacientes entre 61 y 70 % sumando entre ambas clases casi un 70 %. (Cuadro 1).

La histología más frecuente fue el carcinoma epidermoide de vulva con un 91 %, de los cuales un 66,6 % correspondió a las variedades bien diferenciados. Los melanomas vulgares se presentaron en un 5 %. (Cuadro 2).

Con respecto a los antecedentes de importancia se observa que un 41 % de las pacientes presentó hábitos tabáquicos acentuados, en conjunto con un 36 % de las mismas que presentó diabetes mellitus al momento de su ingreso al servicio.

Más de un 75 % de las pacientes ingresó en estadios avanzados, correspondiendo en un 55 % a las pacientes en estadio III. Un 5,5 % no fueron estadiadas clínicamente por haber ingresado posterior a cirugías extra-hospitalarias. (Cuadro 3).

Cuadro 1. Según grupo etario.

Edad	Pacientes	%
40-50	4	11,11
51-60	7	19,44
61-70	12	33,33
+ 70	13	36,11
	36	100,00

Cuadro 2. Según tipo histológico.

Histología		%
CA epidermoide bien dif.	22	61,11
CA epidermoide moderado dif.	10	27,77
CA epidermoide mal dif.	1	2,77
Melanoma	2	5,55
CA basocelular	1	2,7
	36	100,00

El tratamiento más realizado fue la vulvectomía radical con un 63,8 %, en contraste con un 22 % de las pacientes que no fueron intervenidas. (Cuadro 4).

El tratamiento radiante fue aplicado de manera adyuvante en un 41,6 % de los casos y sólo un 27,7 % de las pacientes recibió quimioterapia ya sea a manera concurrente o secuencial. El esquema más utilizado fue basado en el cisplatino.

Cuadro 3. Según estadios.

Estadio		%
I	0	0
II	6	16,66
III	20	55,55
IV	8	19,44
No estadiados	2	5,55
	36	100,00

Cuadro 4. Según tipo de cirugía.

Cirugía		%
Vulvectomía radical	23	63,88
Vulvectomía simple	5	13,88
No operada	8	22,22
	36	100,00

DISCUSIÓN

El cáncer de vulva es una entidad rara en la mujer y como causa de ingreso en nuestro centro, correspondiendo a menos del 5 % durante los años evaluados en esta investigación^(8,9).

De igual manera como está reportado en la literatura, encontramos en nuestro trabajo que esta entidad aparece en edades avanzadas, entre 60 y 70 años, no encontrando ninguna paciente menor de tres décadas.

Aun cuando no se ha logrado identificar

ningún factor determinante en la aparición de esta entidad (al contrario del carcinoma de cuello uterino), evidenciamos alta tasa de pacientes con tabaquismo y presencia de diabetes mellitus.

Debido a la gran cantidad de pacientes ingresadas en estadios avanzados, la vulvectomía radical fue la cirugía más realizada durante los años de estudio. Es de notar que en los últimos años se han realizado tratamientos modificados (más conservadores) y en un caso se realizó ganglio centinela con azul patente.

La radioterapia continúa siendo el

tratamiento adyuvante de esas pacientes, así como la quimioterapia, sobre todo de manera concurrente. En nuestro centro a su vez se ha venido trabajando en esquemas de tratamiento neoadyuvante para el mejor control de esta enfermedad ^(7,8, 12,16).

En base a los datos obtenidos se sugiere lograr mejoras en los métodos de pesquisa para así lograr diagnósticos en etapas más tempranas, de esta manera evitar cirugías más agresivas que repercuten en un aumento de la morbi-mortalidad y así lograr una mejor calidad de vida en este grupo de pacientes.

REFERENCIAS

1. Cavanagh D, Fiortica JV. Invasive carcinoma of the vulva changing trends in surgical management. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163:1007-1015.
2. Homesley H. Management of vulvar cancer. *Cancer.* 1995;76:2159-2170.
3. Robins. *Patología Funcional y Estructural.* 6ª edición. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2000:1084-1089.
4. Burrell M, Franklin E. The modified radical vulvectomy with groin dissection: An eight year experience. *Am J Obstetric Gynecol.* 1988;159:715-722.
5. Knapp R, Berkowitz R. *Gynecologic Oncology.* 2ª edición. EE.UU: Mc-Graw Hill; 1994:1292-1298.
6. Cavanagh D, Shepherd J. The place of pelvic exenteration in the primary management of advanced carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol.* 1982;13:22-38.
7. Rotmensch J, Rubin S, Sutton H. Preoperative radiotherapy followed by radical vulvectomy with inguinal lymphadenectomy for advanced vulvar carcinoma. *Gynecol Oncol.* 1990;36:189-195.
8. Homesley HD, Bundy ND, Sedlis A, Adeock L. Radiation therapy versus pelvic node resection for carcinoma of the vulva with positive groin nodes. *Obstet Gynecol.* 1986;68:733-740.
9. Hacker NF, Berek JS, Lagasse ID, Neberg RK, Leuchter RS. Individualization of treatment for stage I squamous cells vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol.* 1984;63:155-162.
10. Avoretsky FM, Bonfiglio TA, Helm Kamp T, Ramey G, Chvange CA. The pathology of superficially invasive thin vulvar squamous cell carcinoma. *Int J Gynecol Pathol.* 1984;3:331-342.
11. Disaia P, Creasman W. *Clinical Gynecologic Oncology.* 4ª edición. EE.UU: Mosby Year Book. 1994:46-52.
12. Dembo T. Review: Changing concepts in management of vulvar cancer. *Gynecol Oncol.* 1989;35:352-357.
13. Homesley H, Bindy N. Prognostic factor for groin metastasis in squamous cell carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol.* 1993;49:279-283.
14. Montalvo G, García F, Herrera A. Manejo del cáncer de vulva en el Hospital Juárez de México. *Cancerología.* 1999;45(4):225-229.
15. DiSaia P, Creasman W. *Clinical Gynecologic Oncology.* 4ª edición. EE.UU: Mosby Year Book. 1994:238-268.
16. Rowley KC, Gallion HH, Donalson ES. Prognostic factor in early vulvar cancer. *Gynecol Oncol.* 1998;31:43-49.
17. Berman M, Soper J, Creasman W. Conservative surgical management of superficially invasive stage of vulvar carcinoma. *Gynecol Oncol.* 1989;35:352-357.
18. Malfilato J, Piver S, Tsukada Y. Stage III and IV squamous cell carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol.* 1996;23:192-198.