

NEOPLASIAS MALIGNAS DE VULVA. INCIDENCIA REGISTRADA EN EL SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DE LOS SEGUROS SOCIALES

FÉLIX ANZOLA G, JUAN CARLOS LOBO, MORAIMA MÁRQUEZ S, JENNIE JURADO
SERVICIO ONCOLÓGICO HOSPITALARIO DE LOS SEGUROS SOCIALES. CARACAS, VENEZUELA

RESUMEN

El carcinoma primario de vulva representa 3 % - 8 % de los cánceres ginecológicos, predomina en pacientes mayores de 60 años. **OBJETIVO:** Determinar incidencia del carcinoma de vulva en nuestra institución en el período de 2003-2014 y su comportamiento epidemiológico. **MÉTODO:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con neoplasia maligna de vulva vistas en el Instituto Oncológico de los Seguros Sociales. Se revisaron historias clínicas y se recolectaron los datos respectivos en fichas para tal fin y analizadas mediante sistema estadístico. **RESULTADOS:** Se identificaron 24 casos de pacientes con neoplasia malignas de vulva, encontrándose mayor incidencia durante el año 2012 con 21 % de casos. El promedio de edad fue de 53 años. El tipo histológico más frecuente fue el epidermoide (80 %) seguida por el melanoma (8 %). El síntoma que prevaleció en estas pacientes fue la aparición de lesión tumoral vulvar en labios mayores. El 33 % se clasificó en estadio II y el 50 % en estadios III y IV. El 25 % de las pacientes recibió tratamiento adicional luego de la toma de la biopsia, siendo la vulvectomía radical el procedimiento mayormente realizado (8 %). **CONCLUSIONES:** Durante el período analizado podemos decir que tanto los datos epidemiológicos como demográficos coinciden con la literatura mundial. Las pacientes tardaron en promedio 18 meses en acudir entre la aparición de los síntomas y la primera consulta, de allí que gran parte de estas pacientes se diagnosticuen en estadios avanzados.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma, vulva, epidemiología, incidencia, tratamiento.

SUMMARY

The malignancy of the vulva accounts only 3 % to 8% of gynecological cancers, prevalent in patients older than 60 years old. **OBJECTIVE:** To determine the incidence of malignancy carcinoma of vulva at our institution in the period 2003-2014 and review its epidemiological behavior. **METHOD:** We do a retrospective descriptive study of patients with diagnostic of carcinoma of vulva served from 2003-2014 in the Oncology Institute of Social Security. The clinical records were reviewed and the relevant data were collected for this purpose chip and analyzed for the statistical system. **RESULTS:** 24 cases of patients with malignancy of the vulva were identified, with the highest incidence in 2012 with 21 % of cases. The average age was 53 years old. The most common histological type was squamous (80 %) followed by melanoma (8 %). The symptom that prevailed in these patients was the occurrence of vulvar tumor lesion and prevalence of labia. 33 % were classified in stage II and 50 % for stages III and IV. 25 % of the patients received additional treatment after taking the biopsy, being mostly radical vulvectomy procedure performed in (8 %). **CONCLUSIONS:** During the period under review we can say that both demographic and epidemiological data are consistent with the literature. Highlight the fact that the patients took an average of 18 months to go between onset of symptoms and the first consultation; hence most of these patients are diagnosed in advanced stages.

KEY WORDS: Carcinoma, vulva, epidemiology, incidence, treatment.

Recibido: 22/05/2015 Revisado: 11/06/2015

Aceptado para publicación: 18/07/2015

Correspondencia: Dr. Félix Anzola. Servicio Hospitalario de Los Seguros Sociales Urb. Los

Castaños. Calle Alejandro Calvo Clairret. El Cementerio. Caracas, Venezuela.
E-mail: anzola_gomez@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La vulva es la región anatómica más accesible del aparato genital femenino, por tanto debería ser el órgano cuya patología se conozca mejor y cuyo diagnóstico sea fácil y rápido; sin embargo, la patología vulvar ha sido subestimada por ser asintomática u oligosintomática, de mucho menor frecuencia con relación al cáncer en otras partes del aparato genital femenino, por ser asiento de enfermedades dermatológicas diversas no malignas y se ha considerado, erróneamente, como producto de somatización de estados de ansiedad y conflicto ⁽¹⁾.

Para Rodríguez C, la metodología diagnóstica debe incluir una minuciosa anamnesis en la que deben constar, los antecedentes de transmisión sexual, inmunosupresión y hábitos higiénicos. La inspección debe realizarse a simple vista para identificar cambios de coloración y trofismo, lesiones macroscópicas, lesiones de piel y mucosas, examen de la vagina y el cuello uterino así como la exploración de la región inguinal ⁽¹⁾.

Entre los métodos diagnósticos disponemos de la colposcopia con la aplicación de ácido acético y la realización del Test de Collins, aunque no es tan específico ⁽²⁾. La biopsia representa el método definitivo (biopsias ambulatorias con sacabocados dermatológico de Keyes). La biopsia se debe realizar en medio de la lesión y se debe llegar hasta el tejido celular subcutáneo. Las lesiones menores de 1 cm pueden ser extirpadas en su totalidad ⁽²⁾.

Las neoplasias malignas de la vulva es uno de los tumores malignos de origen ginecológico menos frecuentes, aunque se ha reportado un aumento progresivo en las últimas décadas, pues pasó del 3 % al 8 % de todos los tumores ginecológicos y corresponde al 0,5 % de todos los tumores en la mujer ⁽³⁾. En EE.UU, el cáncer

de vulva representa aproximadamente 5 % de los casos de cáncer del sistema genital femenino, proyectando número de nuevos casos de 4 850 y número de defunciones por esta causa de 1 030 para 2014 ⁽³⁾.

En Venezuela, según el Anuario Estadístico de Mortalidad 2011, del Ministerio del Poder Popular para la Salud de registraron 21 casos de tumores malignos de vulva ⁽⁴⁾. El carcinoma de vulva es una enfermedad que predomina en mujeres mayores de 60 años 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 ^(5,6).

El diagnóstico del cáncer de vulva se realiza por medio de una biopsia, con la finalidad de determinar el tipo histológico ⁽³⁾. La clasificación por estadios de la paciente, genera una competencia: clínico, imagiológica e histológica, constituida por los siguientes métodos cistoscopia, proctoscopia, Rayos X de tórax y urografía intravenosa ⁽⁷⁾. La afectación a otros órganos como vejiga o recto, debe ser confirmada por estudio anatomopatológico ⁽⁸⁾.

Los factores pronósticos descritos en la literatura para el cáncer vulvar son estadio FIGO, tamaño tumoral, profundidad de la invasión, invasión linfovascular y metástasis a ganglios ⁽⁹⁾. El tipo histológico más frecuente corresponde al carcinoma de tipo escamoso, con variabilidad en sus grados histológicos que dependerán directamente de la capacidad o no de la producción de queratina; generándose así dos tipos de carcinomas escamosos el queratinizante y el no queratinizante, seguido del melanoma, adenocarcinoma y sarcomas ⁽¹⁰⁾.

Se revisaron en un período de 33 años, con una serie de 181 pacientes, reportando el cáncer de vulva en un 0,48 % del total de cánceres y al 1,66 % del total de cánceres ginecológicos; predominando en el grupo etario, entre 40 y 69 años (67,7 %). El síntoma más frecuentemente

reportado fue prurito, y en la variedad histológica el 80 % correspondió a carcinoma epidermoide⁽⁹⁾.

La base principal del tratamiento del carcinoma invasor de vulva es la vulvectomía radical con linfadenectomía inguino-femoral bilateral, no practicándose en general una linfadenectomía pélvica adicional⁽¹¹⁾. Es necesario acotar que el tratamiento va a depender del estadio de la enfermedad, la edad de la paciente, el estatus performance de la misma y la ubicación anatómica de la lesión⁽¹²⁾.

El tratamiento quirúrgico manifiesta una tendencia hacia la cirugía más preservadora, evolucionando de las extensas vulvectomías radicales clásicas, a las radicales modificadas mediante la técnica de triple incisión hasta resecciones locales amplias acompañadas, en los casos precoces, de biopsia de ganglio centinela inguinal, seguidas o no de reconstrucción inmediata; esto, debido al impacto que genera en la esfera urinaria y sexual de la mujer⁽¹³⁾.

Algunos estudios, como el de Medina y col.⁽⁵⁾, han encontrado alta frecuencia de tratamiento quirúrgico, lo cual puede estar reflejando la alta frecuencia de estadios avanzados. Esto iría en contra de las tendencias actuales, encaminadas a utilizar más quimio-radiación y menos cirugía, especialmente en mujeres mayores con comorbilidad, en las cuales la intervención quirúrgica tiende a presentar resultados menos eficaces⁽⁸⁾. En nuestra institución hemos evidenciado una casuística considerable motivo por el cual hemos revisado desde el año 2003 los casos registrados y analizar su comportamiento epidemiológico.

MÉTODO

El estudio se realiza en el Servicio de Ginecología Oncológica del Instituto Oncológico Hospitalario de los Seguros Sociales de la ciudad de Caracas, Venezuela, entre los años de 2003

y 2014.

Se trata de un trabajo de investigación de tipo retrospectivo, descriptivo con estudios de distribución de frecuencias.

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.

Previamente se realizó la búsqueda de artículos tanto series de casos como de revisiones en las bases de datos de: COCHRANE, MEDLINE, PUBMED, ELSEVIER, Revista Venezolana de Oncología entre otras.

RESULTADOS

Al revisar el registro de historias clínicas de nuestra institución se encontraron 24 pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva entre enero de 2003 y marzo de 2014. En la Figura 1 podemos apreciar la distribución por años, siendo el año 2012 cuando se presentaron el mayor número de casos con 21 %, seguido del 2011 con 16,7 %.

El grupo etario más afectado fue el comprendido entre los 50 a 59 años con 37,5 % de los casos. Las pacientes mayores de 50 años afectadas con esta neoplasia maligna representaron casi el 80 % de las pacientes (Figura 2).

Solo el 16,7 % de las pacientes eran nulíparas (Figura 3) y solo el 37,5 % referían consumo de cigarrillos.

En cuanto el motivo de consulta podemos ver en la Figura 4, que la lesión tumoral fue el motivo de consulta más frecuente con un 87 %

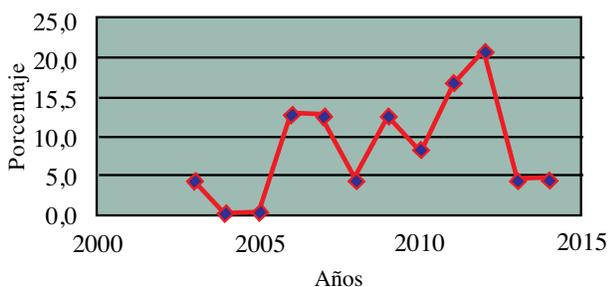


Figura 1. Distribución por años.

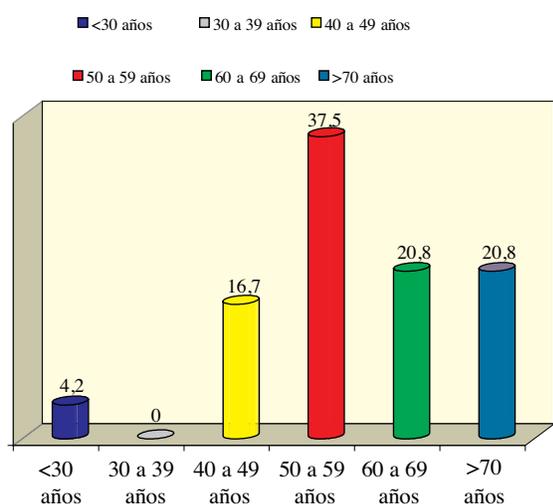


Figura 2. Grupos etarios.

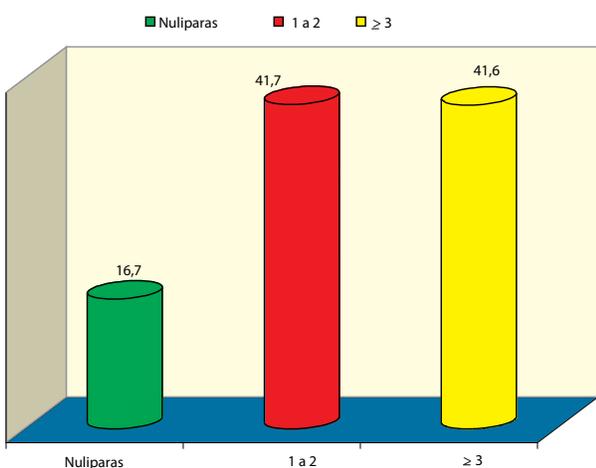


Figura 3. Paridad.

de los casos y solo 13 % estuvo representado por el prurito. Los labios mayores se afectaron en mayor proporción con respecto a los labios menores con porcentaje de 75 % siendo el labio mayor derecho el más afectado con 58 %.

En cuanto al tipo histológico, el carcinoma escamoso fue el más frecuente con casi el 80 % de los casos seguido por el adenocarcinoma y el melanoma con igual frecuencia para ambos

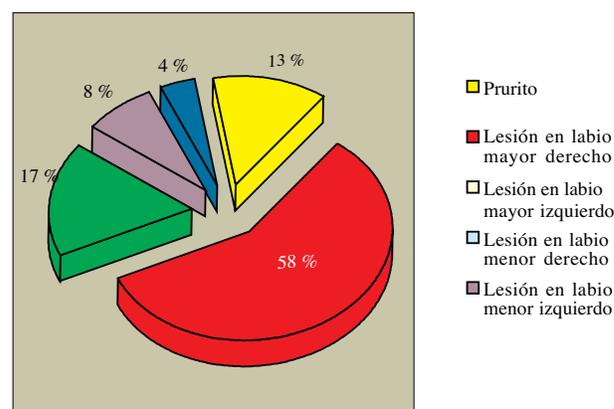


Figura 4. Motivo de consulta.



Figura 5. Lesión tumoral hipocrómica en labio menor derecho.

de 8,3 % (Figura 6).

En cuanto al grado de diferenciación del subtipo escamoso el 68 % (13 casos) eran grado 1 y el restante 32 % (6 casos) eran grado 2. No se reportaron casos grado 3.

El 50 % de las pacientes acudieron en estadios avanzados (III y IV), sin embargo, el estadio II obtuvo la más alta frecuencia como lo podemos apreciar en la Figura 7.

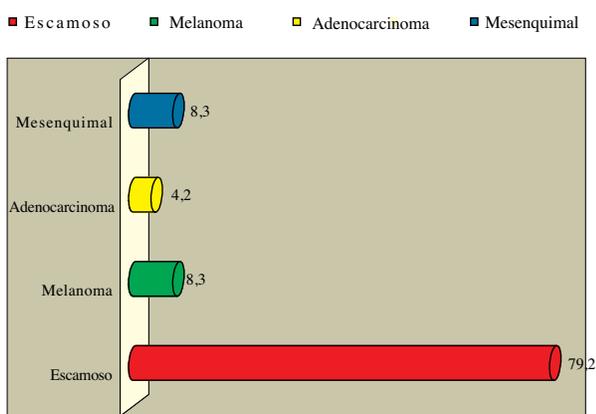


Figura 6. Tipo histológico.

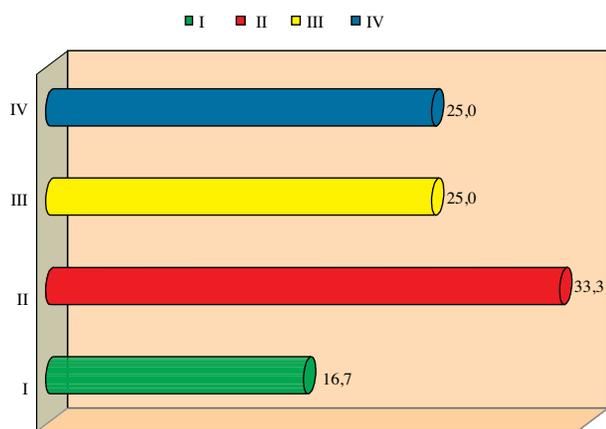


Figura 7. Estadio de la enfermedad.

El tiempo promedio de la paciente en acudir una vez que aparecieron los síntomas fue de 18 meses, con un rango muy variable entre 1 mes hasta 48 meses (4 años).

El 100 % de las pacientes se sometió a biopsia de lesión tipo punch y solo el 37,5 % recibió tratamiento quirúrgico adicional. Como se muestra en la Figura 8, la escisión local amplia representó el 45 %.

Se aplicó técnica de ganglio centinela al 66,67% (6 casos) de los cuales 4 pacientes resulto positivo para malignidad.

La media de seguimiento para estas pacientes fue de 26,5 meses con un amplio rango de 1 a 92 meses. Solo tres pacientes recibieron quimioterapia (12,5 %) y solo dos (8,3 %) recibieron radioterapia.

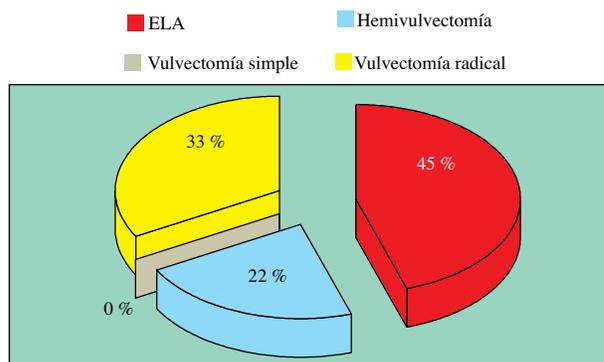


Figura 8. Tratamiento adicional.

DISCUSIÓN

El carcinoma de vulva representa una entidad poco frecuente representando solo del 4 % al 5 % de las neoplasias malignas del tracto genital femenino (14-16). En nuestra revisión la edad más frecuente de presentación fue de 53 años dato

que concuerda con un estudio similar realizado en nuestra institución por Pacheco y col. ⁽¹⁴⁾ y a diferencia de otras series de casos como Disaia y col., donde el grupo etario más frecuente el comprendido de 65 a 75 años ⁽⁸⁾. Según Molero y col., esta entidad es rara antes de los 30 años ⁽¹⁵⁾, lo cual corresponde con nuestra casuística en donde se reportó un solo caso (4,2 %).

En la literatura médica se ha descrito el prurito como el síntoma más frecuente en el carcinoma de vulva ^(16,17). En un estudio publicado por Medina y col., el síntoma más frecuente fue lesión tumoral, seguido de prurito. Probablemente, este hallazgo se deba a la característica de esta cohorte, relacionada con la frecuencia de estadios avanzados ⁽⁵⁾. Similar a lo observado en nuestro trabajo donde el síntoma principal fue la aparición de una masa a nivel de la vulva. Para Molero y col., el síntoma más frecuente es el prurito vulvar (55 %) que suele ser de larga evolución, seguido por tumoraciones en genitales externos (35 %) y ulceraciones (10 %) ⁽¹⁵⁾.

Para Molero y col., la lesión se localiza de forma más frecuente en los labios mayores (40 %) siendo en los labios menores en un 20 %, en ambos labios en el 15 %, en el clítoris en el 10 % y en horquilla y perineo en el 15 % de los casos ⁽¹⁵⁾. En nuestra serie el 75 % de las lesiones comprometían los labios mayores, no hubo compromiso del clítoris, ni de región perineal, ni en horquilla. Igualmente no apreciamos lesión bilateral.

El tipo histológico más frecuente fue el escamoso con un porcentaje del 80 % de los casos, esto se compara con series como la de Wylam F y col., en donde el 90 % de los casos correspondió a este tipo histológico ⁽¹⁷⁾ y con Molero y col., donde el tipo escamoso representó entre el 80 % y 90 % ⁽¹⁵⁾. Para Borges y col., representó el 79 % ⁽¹⁸⁾. El melanoma representó el 8 % de los casos cifra que coincide con la serie de Wylam F y col., ⁽¹⁷⁾. Llama la atención que un 8 % de los casos estuvo representado por

estirpe mensesquimal lo cual supera a lo expuesto por autores como o Borges A y col., quienes no encontraron este tipo histológico en su serie ⁽¹⁹⁾, para Molero y col., los sarcomas representan apenas el 2 % ⁽¹⁵⁾.

Actualmente sigue existiendo una demora entre la aparición de la sintomatología y el diagnóstico de casi 12 meses en el 30 % de los casos debido, en gran parte, al retraso de las pacientes en consultar ⁽¹⁶⁾. En nuestra serie el promedio de retraso en el diagnóstico fue de 18 meses, evidenciándose que más 60 % acudieron pasados los doce meses. Según Martos V, el promedio de retraso fue de 14 meses con un rango de 8 a 25 meses ⁽¹⁹⁾.

El estadio más frecuente estuvo representado por el II con un 33 % de los casos seguidos por los estadios III y IV con 25 % de los casos cada uno. Borges y col. evidenciaron 55 % de los casos en estadio III seguido por 20 % en estadio IV ⁽¹⁸⁾. Pacheco y col. ⁽¹⁴⁾, evidenciaron una frecuencia similar a la observada por nuestro grupo, donde el estadio II, III y IV presentaron un porcentaje de 25 % cada uno.

En cuanto al tratamiento todas las pacientes se sometieron a biopsia y solo el 25 % recibieron un tratamiento adicional, siendo la escisión local amplia el método más usado (9 %), a diferencia de Borges y col., donde la vulvectomía radical representó el 63 % ⁽¹⁸⁾. En nuestro estudio la vulvectomía radical se realizó en apenas el 8 % de los casos cifra muy inferior a la registrada por Pacheco S y col., en la misma institución entre 1987 y 1992 donde se evidenció 31,5 % ⁽¹⁴⁾.

En este estudio pudimos apreciar una baja incidencia de la enfermedad analizándose solo 24 casos durante el período de estudio. Datos tanto demográficos como patológicos concuerdan con estudios publicados en otros países. Llama la atención que la mayoría de las pacientes consulta luego de un período largo desde la aparición del primer síntoma, de allí que muchas se presenten en nuestra consulta en estadios avanzados.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios proveedor de sabiduría y guía en el camino recorrido en el día a día.

Al servicio de Historias Médicas de los Servicios Oncológicos Hospitalarios de Los Seguros Sociales, Caracas. A todos aquellos que nos orientaron en la elaboración de la investigación.

REFERENCIAS

- Rodríguez CC, González E, Guerra A. Cáncer de Vulva. *Más Dermatol.* 2008;4:5-13.
- Maldonado V. Guía Práctica Clínica: Cáncer de Vulva. Disponible en: URL: http://www.osecac.org.ar/documentos/guias_medicas/GPC%202008/Ginecologia/Gin-57%20Cancer%20de%20Vulva_v0-1
- Expert Panel on Radiation Oncology-Gynecology, Kidd E, Moore D, Varia MA, Gaffney DK, Elshaikh MA, et al. Management of loco-regionally advanced squamous cell carcinoma of the vulva. *Am J Clin Oncol.* 2013;36(4):415-422.
- Anuario de Epidemiología del Ministerio Para el Poder Popular de la Salud. Venezuela. 2011. Disponible en: URL: <http://www.mpps.gob.ve>.
- Medina M, Sánchez PR, Ortiz NM, Rodríguez A, Oróstegui CS. Comportamiento del cáncer de vulva durante 16 años en el Instituto Nacional de Cancerología (Colombia). *Rev Col Cancerol.* 2009;13(1):22-28.
- [No authors list] Cancer Management Guidelines: Gynecology Vulva: Management. Disponible en: URL: <http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/professional-resources/cancer-management-guidelines>.
- Montalvo G, García F, Herrera A. Manejo del cáncer de vulva en el Hospital Juárez de México. *Cancerología.* 1999;45(4):225-229.
- DiSaia P, Creasman W. *Clinical Gynecologic Oncology.* 7ª edición. EE.UU: Mosby Year Book; 2012.
- Rodríguez CC, Guerra TG, Bravo MJ, Álvarez P, Pérez V. Vulvar dysesthesia: New treatments for a real therapeutic challenge. *The Open Dermatology Journal.* 2008;2:73-76.
- Luesley DM, Bartion DPJ, Bishop M, Blake P, Buckley CH, Davis JA, et al. Management of vulvar cancer. Disponible en: URL: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/wprvulvacancerfull2006.pdf>.
- Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;105(2):103-104.
- Ansik A, Van der Velden J. Surgical interventions for early squamous cell carcinoma of the vulva. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD002036.
- Mc Millan HM, Martin F, Walsh TA, Boyd WD, Coughlan BM. Vulvar cancer, 1992-2002 audit-multidisciplinary care and prognostic factors. *Ir Med J.* 2006;99(8):234-236.
- Pacheco SC, Zambrano A, Reyes A, Hidalgo I, Peña J. Carcinoma de vulva: Experiencia en el Hospital Oncológico "Padre Machado". *Rev Venez Oncol.* 1998;10(1):29-36.
- Molero J, Hernández JJ, Lailla JM. Carcinoma de Vulva. Disponible en: URL: http://www2.univadis.net/microsites/area_salud_mujer/pdfs/28-Carcinoma_de_la_Vulva_Otros.pdf
- Puig Tintore LM, Ordi J, Vidal Sicart S, Lejárcegui JA, Torné A, Pahisa J, et al. Further data on the usefulness of sentinel lymph node identification and ultra-staging in vulvar squamous cell carcinoma. *Gynecol Oncol.* 2003;88(1):29-34.
- Faught W, SOGC/GOC/SCC Policy and Practice Guidelines Committee, Jeffrey J, Bryson P, Dawson L, Helewa M, et al. Management of squamous cell cancer of the vulva. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006;28(7):640-651.
- Borges GA, Pontillo H, Yáñez L, Gutiérrez N, Jiménez M, Bracho G, et al. Neoplasias infiltrantes de vulva. *Rev Venez Oncol.* 2007;19(3):219-222.
- Martos VJ. Carcinoma de vulva. *FMC.* 2013;20(10):622-633.