

# CARCINOMA DE VULVA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ONCOLOGICO "PADRE MACHADO"

DR. CARLOS PACHECO SOLER \*, DR. ARLY ZAMBRANO\*\*, DR. ANTONIO REYES\*\*, DR. IVAN HIDALGO\*\*\*, DRA. JOSEPMILLY PEÑA\*\*\*\*

**RESUMEN:** En el presente estudio retrospectivo se evalúan los resultados del tratamiento de 65 pacientes con diagnóstico de Carcinoma de Vulva, vistas en el Servicio de Ginecología del Hospital Oncológico "Padre Machado", entre 1987 y 1992. El Cáncer de Vulva representa el 2,15% de la patología ginecológica maligna atendida en nuestro servicio. El promedio de edad para las pacientes con carcinoma in situ fue de 47,44 años y, para las pacientes con carcinoma epidermoide invasor fue de 52,05 años. La distribución por estadios fue: Estadio 0: 17 pacientes (26,15%), Estadio I: 3 pacientes (1,54%), Estadio II: 14 pacientes (21,54%), Estadio III: 16 pacientes (24,62%), Estadio IV 15 pacientes (23,08%), para el carcinoma in situ el tratamiento fue quirúrgico conservador y laserterapia, no se evidenciaron recurrencias locorregionales. En el carcinoma invasor se realizó tratamiento quirúrgico inicial en 24 pacientes (50,00%), tratamiento con radioterapia y quimioterapia según el Esquema de Nigro en 8 pacientes (16,67%), radioterapia externa en 7 pacientes (14,58%), y no recibieron tratamiento 10 pacientes (20,83%). El tratamiento quirúrgico inicial varió de acuerdo a la localización y el tamaño de la lesión primaria. Se realizó vulvectomía radical en 15 pacientes (31,25%). Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en el 31,43% y en la mayor parte de los casos correspondió a la dehiscencia de la herida. La tasa de recurrencias locorregionales fue del 10,64%.

**PALABRAS CLAVES:** Carcinoma epidermoide, Carcinoma in situ, Cirugía, Tratamiento, Vulva.

## INTRODUCCION

El cáncer de vulva representa entre el 3% al 5% de todos los tumores malignos del tracto genital femenino<sup>(1)</sup> y el 0,3% de todas las muertes ocurridas en las mujeres<sup>(2)</sup>. Hace 40 años la tasa de sobrevida de las pacientes con carcinoma invasor de la vulva era

del 15%<sup>(3)</sup>. Sin embargo, un significativo aumento en la tasa de sobrevida ha ocurrido debido a un diagnóstico temprano y, a un mayor conocimiento de la enfermedad, el cual, ha permitido modificaciones en el tratamiento tradicionalmente empleado. De esta manera, la gran morbilidad funcional y estética ha disminuido. Nuevos enfoques terapéuticos se están ensayando en los estadios precoces de la enfermedad, con una reducida en la morbilidad y con tasas de sobrevida alentadoras. El aumento en la expectativa de vida, hace suponer un incremento en la incidencia de esta enfermedad, propia de edades avanzadas. Un diagnóstico

\* Cirujano General, Cirujano Oncólogo, Hospital Oncológico "Padre Machado", Caracas. MASVC. MASVO.

\*\* Cirujano General, Residente de Cirugía Oncológica HOPM. MASVC.

\*\*\* Cirujano General, Cirujano Oncólogo, Servicio de Ginecología Hospital Oncológico "Padre Machado", Caracas. MASVC. MASVO.

\*\*\*\* Médico Cirujano, Ex-interno de Pre-grado HOPM.

temprano y un tratamiento racional de la enfermedad son las metas que debemos alcanzar.

## MATERIALES Y METODOS

Para esta estudio se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 72 pacientes evaluadas por el Servicio de Ginecología del

Hospital Oncológico "Padre Machado", entre 1987 y 1992, las cuales presentaban el diagnóstico de Cáncer de Vulva, y las cuales representan el 2,15% de la patología ginecológica maligna atendida por nuestro Servicio durante ese mismo período (Tabla I).

**Tabla I**  
**Incidencia de la patología maligna ginecológica por su localización**

<i>Localización</i>	<i>Nº pacientes</i>	<i>(%)</i>
Cuello uterino	2823	84,45%
Ovario	210	6,28%
Endometrio	194	5,80%
Vulva	72	2,15%
Vagina	21	0,63%
Cuerpo uterino	19	0,57%
Trompas	4	0,12%
Total	3343	100%

De las 72 pacientes estudiadas, solo se tomaron para el presente estudio 65 pacientes, las cuales, presentaron el diagnóstico histológico confirmado de carcinoma in situ en 17 pacientes y carcinoma epidermoide infiltrante de vulva en 48 pacientes y, fueron seguidas posterior al tratamiento inicial, por un período promedio de 27,18 meses (rango: 1 a 120 meses). Las restantes pacientes, que fueron sacadas del estudio, presentaron el diagnóstico de melanoma maligno (3 pacientes), schwannoma maligno (1 paciente) y carcinoma epidermoide, pero dichas pacientes, se perdieron del control.

Las pacientes fueron evaluadas de acuerdo a la edad, síntomas de la enfermedad, histología del tumor, estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, tipo de tratamiento inicial del tumor primario, tratamiento adyuvante. Como evaluación de los resultados del tratamiento empleado en estas pacientes, se examinaron los siguientes parámetros: tipo de trata-

miento inicial, tratamiento adyuvante, complicaciones postquirúrgicas, tiempo de presentación de recurrencias locales y regionales, metástasis a distancia, sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global.

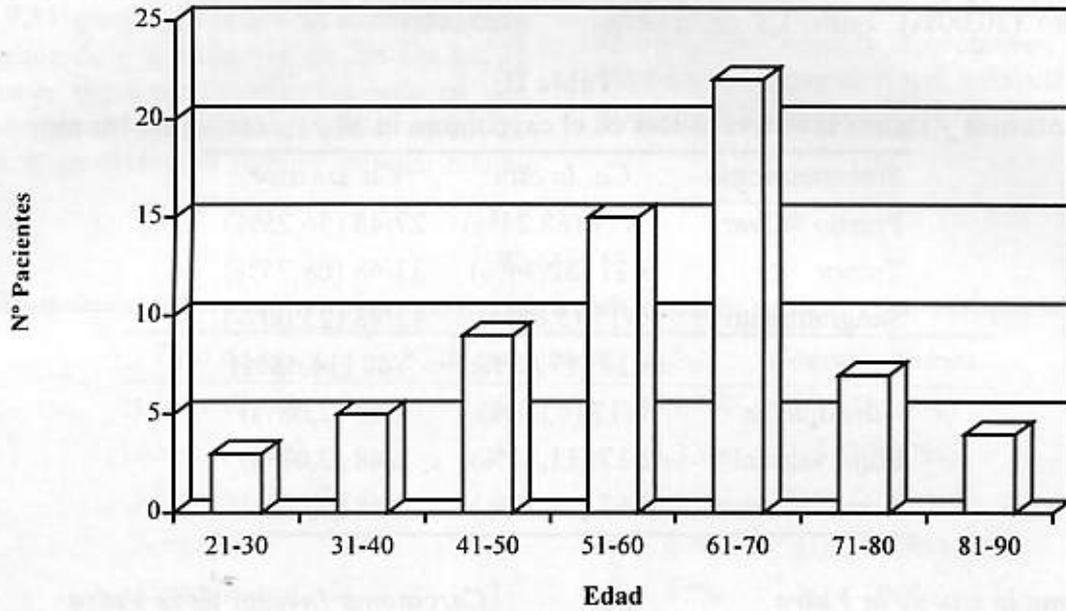
Todas las pacientes fueron re-estudiadas según el método T.N.M. de la American Joint Committee of Cancer<sup>(4)</sup>.

El análisis estadístico realizado para determinar la tasa de sobrevida actuarial global de los pacientes, se realizó mediante la utilización del método de tabla de vida<sup>(5)</sup>.

## RESULTADOS

La edad media de presentación de la enfermedad en las pacientes estudiadas fue de 58,69 años (rango: 21-88 años), siendo más frecuente en el grupo etario comprendido entre los 51 y 70 años de edad, lo que representa el 56,92% de todas las pacientes (Gráfico Nº 1).

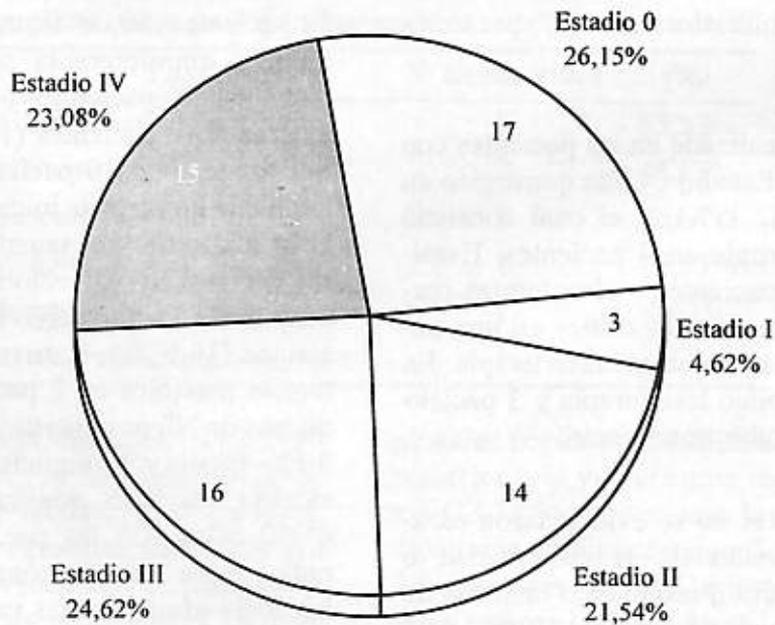
**Gráfico N° 1**  
**Distribución por Grupos Etarios**



El estadio clínico de la enfermedad, según la clasificación realizada por el método TMN, para las pacientes estudiadas, fue el siguiente: Estadio 0: 17 pacientes (26,15%), Estadio I: 3 pacientes (4,62%), estadio II: 14 pacientes

(21,54%), Estadio III: 16 pacientes (24,62%), Estadio IV: 15 pacientes (23,08%), de las cuales corresponden al Estadio IV-A: 11 pacientes (16,92%), y al Estadio IV-B: 4 pacientes (6,15%) (Gráfico N° 2).

**Gráfico N° 2**  
**Distribución por Estadios de la Enfermedad**



Los síntomas más comunes de la enfermedad para todo el grupo fue la presencia de tumor (64,62%), el prurito vulvar (41,54%), y el sangramiento (20,00%). Entre las enfermeda-

des asociadas a la edad de las pacientes se evidenció Hipertensión Arterial en 21,54%, Diabetes Mellitus en 6,15% y Obesidad en 4,62% (Tabla II).

**Tabla II**  
**Síntomas y signos más frecuentes en el carcinoma in situ y carcinoma invasor**

<i>Sintomatología</i>	<i>Ca. In Situ</i>	<i>Ca. Invasor</i>
Prurito vulvar	15/17 (88,24%)	27/48 (56,25%)
Tumor	9/17 (52,94%)	33/48 (68,75%)
Sangramiento	1/17 (5,88%)	12/48 (25,00%)
Dolor	3/17 (17,65%)	7/48 (14,58%)
Adenopatías	0/17 (0,00%)	1/48 (2,08%)
Flujo vaginal	2/17 (11,77%)	1/48 (2,08%)
Asintomática	2/17 (11,77%)	0/48 (0,00%)

#### *Carcinoma in situ de la Vulva*

El motivo de la consulta más frecuente en estos pacientes fue el prurito vulvar, el cual se evidenció en el 88,24% de los pacientes, seguido por la presencia de tumor en el 52,94%. El promedio de edad fue de 47,44 años (rango: 21 años a 74 años), lo cual es menor para las pacientes con Carcinoma in situ que para las pacientes con Carcinoma Invasor. Las lesiones vulvares fueron múltiples en 7/17 pacientes (41,18%).

El tratamiento realizado en las pacientes con carcinoma in situ (Estadio 0), fue quirúrgico en 14/17 pacientes (82,35%), y el cual consistió en vulvectomía Simple en 4 pacientes, Hemivulvectomía en 4 pacientes, vulvectomías parciales en 4 pacientes, de las cuales en una paciente se aplicó posteriormente laserterapia. En dos pacientes se aplicó laserterapia y 3 pacientes se negaron a recibir tratamiento.

En estas pacientes no se evidenciaron recurrencias locoregionales de la enfermedad o metástasis a distancia. Presentando una tasa de sobrevida actuarial a los 5 años del 100%.

#### *Carcinoma Invasor de la Vulva*

En estos pacientes el principal motivo de consulta fue la presencia de tumor en 68,75%, prurito vulvar en 56,25% y sangramiento vulvar en 25,00%. El promedio de edad fue de 52,05 años (rango: 37 años a 88 años). Se evidenciaron lesiones múltiples en 6/48 pacientes (12,50%).

Se realizó tratamiento quirúrgico inicial en 24 pacientes (50,00%), tratamiento con radioterapia y quimioterapia según el Esquema de Nigro en 8 pacientes (16,67%), radioterapia externa en 7 pacientes (14,58%), y no recibieron tratamiento 10 pacientes (20,83%). El tratamiento quirúrgico inicial varió de acuerdo a la localización y el tamaño de la lesión primaria. Se realizó vulvectomía radical en 15 pacientes (31,25%), vulvectomía simple en 8 pacientes (16,67%), hemivulvectomías o vulvectomías parciales en 1 paciente (2,08%). El esquema de Nigro consistió en quimioterapia con 5-Fluoracilo y Mitomicina C más radioterapia externa, en dosis que variaron entre 5.000 y 6.000 cGys. En las pacientes que recibieron radioterapia externa como tratamiento inicial, las dosis administradas variaron entre los 5.500 y 6.500 cGys. La radioterapia adyuvante con-

sistió en cobalto-terapia externa en dosis que variaron entre 4.000 y 5.000 cGys.

El número promedio de ganglios disecados fue de 9,81 ganglios, siendo el menor número de ganglios de 3 y el mayor de 23; De las 21 disecciones inguinales realizadas, solo en dos pacientes se evidenciaron ganglios positivos. Se realizó un disección inguino-pélvica bilateral.

La reconstrucción posterior a la vulvectomía radical se realizó, en la mayoría de los casos, mediante la utilización de colgajos locales de avance, también se realizó el cierre directo y, se utilizaron colgajos miocutaneos de músculo Gracilis, transposición del músculo Sartorio y el colgajo de Singapur<sup>(6,7)</sup> (Tabla III).

**Tabla III**

**Tipos de reconstrucción vulvar posterior a vulvectomía radical y sus complicaciones**

<i>Tipo de colgajo</i>	<i>Nº de pacientes</i>	<i>(%)</i>	<i>Complicaciones</i>
Cierre directo	4	26,67%	2/4 (50,00%)
Avance local	5	33,33%	1/5 (20,00%)
Músculo gracilis	4	26,67%	2/4 (50,00%)
Singapore	1	6,67%	1/1 (100%)
Musculo sartorio	1	6,67%	1/1 (100%)
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>7/15 (46,67%)</b>

Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en 8/15 (53,33%) pacientes a los cuales se les practicó vulvectomía radical, y principalmente fueron derivadas de la reconstrucción posterior a la vulvectomía, siendo las más co-

munes, dehiscencia de la herida, y necrosis e infección de los colgajos cutáneos. Se observó 1 muerte operatoria, la cual se debió a tromboembolismo pulmonar. (Tabla IV)

**Tabla IV**

**Complicaciones postoperatorias de la vulvectomía radical.**

<i>Tipo</i>	<i>Nº de pacientes</i>	<i>(%)</i>
Dehiscencia de la herida	8	53,33%
Necrosis	7	46,67%
Infección	4	26,67%
Estenosis introito	2	13,33%
Edema miembro inf.	1	6,67%
Tromboembolismo pulmonar.	1	6,67%

Las recurrencias locorregionales ocurrieron en 5 pacientes (10,64%), de las cuales ocurrieron solo recurrencias locales en 1 paciente (2,13%), recurrencias regionales en 3 pacientes (6,38%) y recurrencias locales y regionales en 1 paciente (2,13%). Las recurrencias locorre-

gionales según el tratamiento utilizado fueron: posterior a la vulvectomía radical 2/15 pacientes (13,33%), posterior a la utilización de radioterapia y quimioterapia (Esquema de Nigro) 2/8 pacientes (25,00%), posterior a la radioterapia externa 1/7 pacientes (14,29%).

Las metástasis a distancia ocurrieron en 8 pacientes (16,67%), siendo más frecuentes las metástasis pulmonares y óseas. En 3 pacientes

(6,25%), ocurrieron recurrencias locorregionales y metástasis a distancia en forma sincrónica (Tabla V).

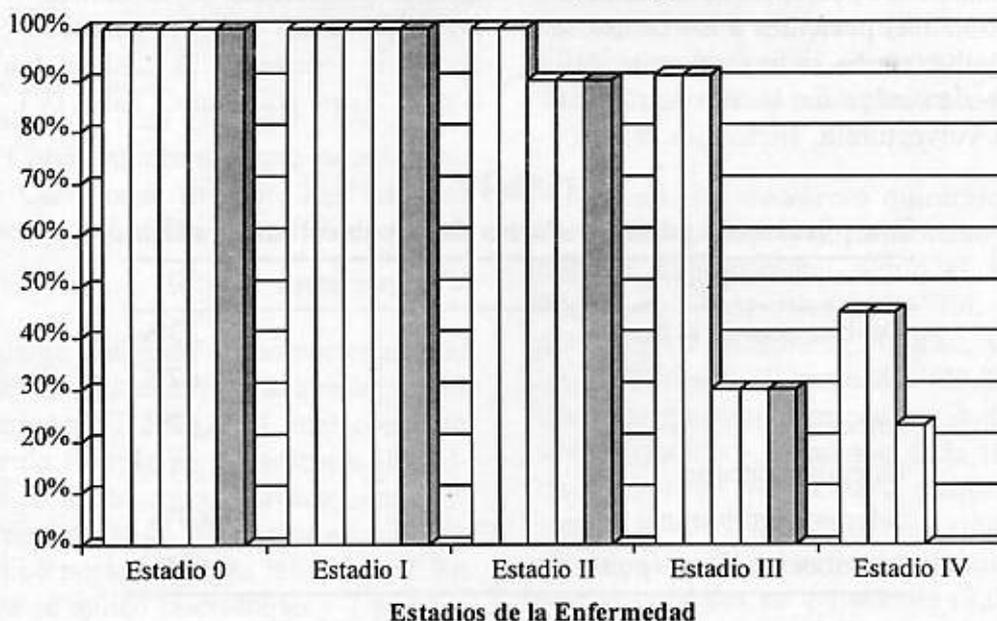
**Tabla V**  
**Incidencia y localización de Metástasis a Distancia.**

<i>Localización</i>	<i>Nº pacientes</i>	<i>(%)</i>
Pulmón	5	7,69
Oseas	2	3,08
Utero	1	1,54
Cerebro	1	1,54
Piel	1	1,54
Utero	1	1,54
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>12,31</b>

La tasa de supervivencia actuarial a los 5 años y por estadios, según el método de tabla de vida fue la siguiente: en el Estadio 0:100%; en el

Estadio I: 100%; en el Estadio II: 90%; en el Estadio III: 30%; y para el Estadio IV: 0% (Gráfico N° 3).

**Gráfico N° 3**  
**Tasa de Supervivencia Actuarial por Estadios**



## DISCUSION

El carcinoma in situ de la vulva es una entidad asociada al hábito tabáquico, la presencia de múltiples compañeros sexuales, citologías

cervicales anormales y a infecciones por el virus Papiloma Humano (VPH)<sup>(8-10)</sup>. A pesar que, la incidencia del carcinoma in situ, de la vulva ha duplicado su incidencia en años recientes, la frecuencia del carcinoma invasor de

la vulva se mantiene estable (11). Esto ha servido de base a algunos autores, para aseverar que estas dos entidades presentan diferente origen etiopatológico<sup>(12-14)</sup>. Sin embargo, el carcinoma in situ de la vulva presenta un potencial de invasión cercano al 5%. Jones y col.<sup>(15)</sup>, reportaron el desarrollo de carcinoma invasor en el 3,8% de las pacientes con carcinoma in situ tratadas previamente, así como, la progresión a carcinoma invasor en siete de ocho pacientes con carcinoma in situ no tratadas. El tiempo promedio entre el tratamiento inicial y la aparición de carcinoma invasor fue de ocho años; en las pacientes no tratadas, fue de 4 años. Estos resultados son comparables a otras series publicadas, por lo que, el seguimiento de las pacientes con carcinoma in situ de la vulva debe realizarse a largo plazo<sup>(16-18)</sup>.

A diferencia del carcinoma in situ de la vulva, donde el tratamiento más frecuentemente utilizado consiste en vulvectomías parciales o resección con láser, en el carcinoma invasor de la vulva el tratamiento principal consiste en la vulvectomía radical más, la disección ganglionar bilateral inguinal superficial y profunda<sup>(1, 19, 20)</sup>. La disección pelviana bilateral, la cual fue realizada de rutina hasta 1960, ha sido desplazada por la radioterapia postoperatoria<sup>(21)</sup>, debido a la gran morbilidad que presenta y por el hecho que, solo el 25% de las pacientes con adenopatías inguinales metastásicas presentarán adenopatías pelvianas positivas, y de estas pacientes, solo el 20% sobrevivirán 5 años o más<sup>(19)</sup>.

En el carcinoma invasor de la vulva, los factores pronósticos más importantes son la presencia de ganglios metastásicos positivos y el tamaño tumoral, otros factores pronósticos de riesgo independiente son la invasión vascular o linfática y, el estadio de la enfermedad<sup>(21-25)</sup>. Pacientes con tumores menores de 2 cm. con menos de 1 mm de profundidad, sin invasión linfática o vascular, no presentan adenopatías ganglionares metastásicas, y corresponden al Estadio IA de la clasificación de la FIGO<sup>(26)</sup>.

La morbilidad reportada en las diferentes series, para las pacientes sometidas a vulvectomía radical, varía alrededor del 50%<sup>(22, 27)</sup>. La principal complicación es la dehiscencia de la herida operatoria. La vulvectomía radical mediante tres incisiones separadas, no presenta mayor tasa de recurrencia y reporta un 20% de complicaciones<sup>(27)</sup>. En nuestra serie, la tasa de dehiscencia de la herida operatoria fue del 53,33%, aún con la utilización de diferentes tipos de colgajos para la reconstrucción.

Así como en las pacientes con tumores T1-T2 está indicada la cirugía como tratamiento inicial, en las pacientes con tumores T3-T4 el tratamiento con radioterapia y quimioterapia está indicado. La radioterapia puede emplearse para el tratamiento de las recurrencias regionales no tratables quirúrgicamente. La quimioterapia se reserva para la fase metastásica de la enfermedad<sup>(28)</sup>.

En las series reportadas, la tasa de recurrencias locoregionales varía alrededor del 15% al 30%<sup>(24, 27, 29)</sup>. En nuestra serie fue del 10,64%. Esta baja incidencia en la tasa de recurrencias locoregionales puede ser debida a un seguimiento insuficiente de las pacientes. Más de la mitad de las recurrencias son locales y cercanas a la lesión primaria<sup>(1)</sup>. A pesar que, la mayor parte de las recurrencias locales aparecen en los dos primeros años de seguimiento, un número significativo de ellas, se presentan tardíamente. El pronóstico de las recurrencias locales es bueno, pero las recurrencias regionales y las metástasis a distancia tienen un pobre pronóstico. El rescate quirúrgico de las recurrencias locales presenta una tasa de supervivencia del 50% a los dos años<sup>(29, 30)</sup>, las recurrencias fuera de las pelvis no tiene terapéutica disponible.

El tratamiento de elección del cáncer invasor de la vulva es la vulvectomía radical más la disección inguinal bilateral, pero el tratamiento puede ser individualizado. En los pacientes con carcinoma temprano de la vulva, o en aquellos pacientes en el Estadio I, con lesiones menores

de 5 mm, y sin ganglios clínicamente positivos, se han ensayado tratamientos quirúrgicos menos extensos como la vulvectomía Superficial o la Hemivulvectomía Radical Modificada<sup>(24,31)</sup>.

Es importante destacar que, aún con una selección adecuada de los pacientes que son sometidos a estas intervenciones quirúrgicas conservadoras, la tasa de recurrencias locorreccionales es mayor.

## BIBLIOGRAFIA

1. Disaia, PJ; Creasman, WT; Cáncer Invasor De La Vulva. En: Ginecología Oncológica. Buenos Aires, Editorial panamericana. 1991; 180-202.
2. Silverberg, SG; Statistical and Epidemiological Information on Gynecologic Cancer. CA. 1980.
3. Green, TH Jr; Ulfelder, H; Meigs, Jv; Epidermoid carcinoma of The Vulva: Analysis Of 238 cases. I. Etiology and Diagnosis. Am J Obstet Gynecol. 1958; 75: 834.
4. TNM Committee of the International Union Against cancer. Manual for Staging of cancer. 1993, Fourth Edition. J.B. Lippincott Company.
5. Schefler, WC; Bioestadística. Editorial del Fondo Educativo Interamericano C.A. México, 1981.
6. Heath, PM; Woods, JE; Podratz, KC; Arnold, PG; Irons, GB; Gracilis Myocutaneous Vaginal Reconstruction. Mayo Clin Proc, 1984; 59:21.
7. Wee, JT; Joseph, VT; A new technique of vaginal Reconstruction Using Neurovascular Pudental-Thigh Flaps. Plast Reconstr Surg; 1988; 82:344.
8. Brinton, LA; Nasca, PC; Mallin, K; Baptiste, M; Wilbanks, GD; Richart, R; Case-Control Study of Cancer of the Vulva. Obstet Gynecol 1990;75:859-866.
9. Sherman, KJ; Daling, JR; Chu, J; Weiss, NS; Ashley, RL; Corey, L; Genital Warts, Other Sexually Transmitted Diseases, And Vulvar Cancer. Epidemiology 1991;2:257-262.
10. Richart, RM; Nuovo, GJ; Human Papillomavirus DNA In Situ Hybridization May Be Used For The Quality Control Of Genital Tract Biopsies. Obstet Gynecol. 1990;75:223.
11. Sturgeon, SR; Brinton, LA; Devesa, SS; Kurman, RJ; In Situ And Invasive Vulvar Cancer Incidence Trends (1973-1987). Am J Obstet gynecol. 1992; 166: 482-485.
12. Toki, T; Kurman, RJ; Park, JS, et al; Human Nonpapillomavirus Etiology Of Squamous Cell Carcinoma Of The Vulva In Older Women. Int gynecol Pathol. 1991;10:107-125.
13. Bernstein, SG; Kovacs, BR; Townsend, DE; Morrow, P; Vulvar Carcinoma In Situ, Obstet Gynecol 1983; 61: 304-307.
14. Buscema, J; Woodruff, JD; Parmeley, TH; Genadry, R; Carcinoma in Situ of the Vulva. Obstet Gynecol. 1980; 55: 225-230.
15. Jones, RW; Rowan, DM; Vulvar Intraepithelial Neoplasia III: A Clinical Study of the Outcome in 113 Cases With relation To The later Development Of invasive Vulvar carcinoma, Obstet gynecol. 1994; 84:741-745.
16. Champion, MJ; Singer, A; Vulvar Intraepithelial Neoplasia: Clinical Review. Genitourin Med. 1987;63:147-152.
17. Woodruff, JD; Carcinoma In Situ Of The Vulva. Clin Obstet Gynecol. 1991; 34: 669-676.
18. Rerency, A; Intreepithelial Neoplasia Of The Vulva. En: Coppelson, M; editor; Gynecologic Oncology. Edinburg: Churchill Livingstone.
19. Woodruff, JD; Buscema, J; Trastornos Quirúrgicos De La Vulva. En: Te Linde Ginecología Quirúrgica. Thompson, JD; Rock, JA; editores; Buenos Aires, Editorial Panamericana, 1993; 961-1013.
20. Franklin III, EW; Treatment of Malignancy of the Vulva. In Gynecol and Obstetrics, Lurain, JR; Sciarra, JJ; editors; Volume 4; Philadelphia, J.B. Lippincott Company; Chap 42:1-13.
21. Homesley, HD; Bundy, BN; Sedlis, A; Adcock, L; A Randomized Study Of Radiation Therapy Versus Pelvic Node Resection For Patients With Invasive Squamous Cell Carcinoma Of The Vulva Having Positive Groin Nodes (A Gynecologic Oncology Group Study) , Pbset Gynecol. 1986; 68:733-740.
22. Hopkins, MP; Reid, GC; Morley, GW; Radical Vulvectomy. Cancer. 1993; 72: 799-803.
23. DiSaia, PH; Creasman, WT; Rich, WM; An Alternate Approach To Early Cancer Of The Vulva, Am J Obstet Gynecol. 1979;133:825.
24. Stehman, FB; Bundy, BN; Dvoretzky, PM; Creasman, WT; Early Stage I Carcinoma of the Vulva Treated With Ipsilateral Superficial Inguinal Lymphadenectomy and Modified Radical Hemivulvectomy: A Prospective Study of the Gynecologic Oncology Group. Obstet Gynecol 1992; 490-497.
25. Ndubisi, B; Kaminski, PF; Olt, G; Sorosky, J; Singapur, K; et al; Staging And recurrence Of Disease In Squamous Cell carcinoma Of The Vulva. Gynecol Oncol 1995; 59:34-37.
26. FIGO Staging of Gynecologic Cancer; Cervical and Vulvar Cancer; Int Gynecol cancer. 1995;5:319.
27. Cavanagh, D; Fiorica, JV; Hoffman, MS; Roberts, WS; Bryson, P; LaPolla, JP; Barton, DP; Invasive Carcinoma of the Vulva: Changing Trends in Surgical Management. Am J Obstet Gynecol. 1990; 163:1007-1015.
28. De Palo, G; Neoplasias Invasoras del Tracto Genital Inferior. En: Colposcopia Y patología Del Tracto Genital Inferior De Palo, G; editor.>Buenos Aires, Editorial Panamericana 1992; 349-374.
29. Podratz, KC; Symmonds, RE, Taylor, WF; Carcinoma of the Vulva: Analysis of Treatment Failures. Am J Obstet Gynecol. 1982; 143-340-351.
30. Shimm, DS; Fuller, AF; Orlow, EI; Dosoretz, DE; Ariztizabal, SA; Prognostic Variables in the Treatment of Squamous Cell Carcinoma of the Vulva. Gynecol Oncol. 1986; 24: 343-358.
31. Parker, RT; et al; Operative Management Of Early Invasive Epidermoid Carcinoma Of The Vulva. Am J Obstet gynecol . 1975.