

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure, likely a saint or historical figure, surrounded by various symbols including a crown, a shield, and architectural elements. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTIBER" is inscribed around the perimeter of the seal.

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A
COMPLICACIONES POSTERIOR A CIRUGÍA VULVAR**

LUIS EDUARDO LÓPEZ ROBLES

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología Oncológica
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología Oncológica

Junio 2021



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

OI.PME.OI.257.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Luis Eduardo López Robles

Registro Académico No.: 200710372

No. de DPI: 2632 31879 0101

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología Oncológica**, el trabajo de TESIS **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTERIOR A CIRUGÍA VULVAR**

Que fue asesorado por: Dr. Francisco Javier Barrios


Y revisado por: Dra. Elsa Rubidia Dubón García

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Mayo 2021**

Guatemala, 21 de abril de 2021


ABRIL 22, 2021

Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA. ★
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



emxc/



LIGA NACIONAL CONTRA EL CÁNCER
INSTITUTO DE CANCEROLOGIA Y HOSPITAL DR. BERNARDO DEL VALLE S.
6a. Avenida 6-58, Zona 11, Guatemala, C. A.

PB X: 2417-2100 DIRECCION MEDICA Telefax: 2471-3136 www.ligacancerguate.com



Ciudad de Guatemala, 02 de noviembre de 2020

Doctora Elsa Rubidia Dubón García
Docente responsable de la maestría en Ginecología Oncológica
INCAN

Respetable Dra. Elsa Dubón:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor Luis Eduardo López Robles, *carne* 200710372, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología Oncológica el cual se titula "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTERIOR A CIRUGÍA VULVAR**".

Luego de la asesoría, hago constar que el Dr. López Robles ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Dr. Francisco J. Barrios Schaeffer
C.C. No. 7517
Ginecología Oncológica
Instituto de Cancerología

Dr. Francisco Javier Barrios Schaeffer

Asesor de Tesis

EL CÁNCER SE PUEDE PREVENIR, NO LE TEMA...¡COMBÁTALO!



LIGA NACIONAL CONTRA EL CÁNCER
INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA Y HOSPITAL **DR. BERNARDO DEL VALLE S.**
6a. Avenida 6-58, Zona 11, Guatemala, C. A.

PBX: 2417-2100 DIRECCION MEDICA Telefax: 2471-3136 www.ligacancerquate.com



Ciudad de Guatemala, 02 de noviembre de 2020

Doctor Roilan Andrés Gómez Aceytuno
Coordinador Específico de Maestrías INCAN-USAC

Presente

Respetable Dr. Roilan Gómez:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor Luis Eduardo López Robles, *carne* 200710372, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología Oncológica el cual se titula "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTERIOR A CIRUGÍA VULVAR**".

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. López Robles ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el *dictamen positivo* sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dra. Elsa Dubón

Co l. No. 10036

Ginecología

Oncológica

Instituto de Cancerología

Dra. Elsa Rubidia Dubón García

Revisor de Tesis

EL CÁNCER SE PUEDE PREVENIR, NO LE TEMA...¡COMBÁTALO!



DICTAMEN.UdT.EEP/001-2021
Guatemala, 13 de enero 2021

Doctora
Elsa Rubidia Dubón García, MSc.
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología Oncológica
Instituto de Cancerología -INCAN-

Doctora Dubón García:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final del médico residente:

Luis Eduardo López Robles

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología Oncológica, registro académico 200710372. Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTERIOR A CIRUGÍA VULVAR”

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.
Responsable
Unidad de Tesis
Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo
LARC/karin –

INDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	
2.1 Datos estadísticos	3
2.2 Anatomía	3
2.3 Clasificación	5
2.4 Carcinoma de células escamosas	7
2.5 Estadificación	8
2.6 Tratamiento	9
2.7 Manejo del tumor primario	10
2.8 Manejo de la región inguinofemoral	11
2.9 Pronóstico, seguimiento y recurrencia	13
2.10 Morbilidad asociada a la vulvectomía	13
III. OBJETIVOS	
3.1 General	15
3.2 Específicos	15
IV. HIPÓTESIS	16
V. MATERIAL Y MÉTODOS	
5.1 Tipo y diseño de la Investigación	17
5.2 Unidad de análisis	17
5.3 Población y muestra	17
5.4 Variables y Operacionalización	18
5.5 Selección de los sujetos a estudio	21
5.5.1 Criterios de inclusión	21
5.5.2 Criterios de exclusión	21
5.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos	21

5.7 Aspectos éticos	22
5.8 Procesamiento	22
5.9 Análisis	22
5.10 Alcances y límites de la investigación	23
5.11 Recursos	23
5.12 Cronograma	25
VI. RESULTADOS	26
VII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	29
7.1 CONCLUSIONES	32
7.2 RECOMENDACIONES	33
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
IX. ANEXOS	41

INDICE DE TABLAS

• Tabla 1: Distribución según la edad de pacientes con cáncer vulvar	26
• Tabla 2: Distribución según la histología del cáncer vulvar	26
• Tabla 3: Distribución según el estadio en cáncer vulvar	26
• Tabla 4: Distribución según las complicaciones locales posterior a cirugía vulvar	27
• Tabla 5: Distribución según el tipo de cirugía vulvar	27
• Tabla 6: Distribución según los factores pronósticos de riesgo y complicaciones locales posterior a cirugía vulvar	28

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El cáncer de vulva representa el 4% de todas las neoplasias malignas genitales. La cirugía es el tratamiento de elección. La vulvectomía constituye una herida limpia contaminada, con un 5 - 10% de probabilidad de infección; sin embargo; se reporta una incidencia muy alta de complicaciones de la herida quirúrgica, cercanas al 50%.

MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo transversal analítico sobre 111 expedientes de pacientes con cáncer vulvar, tratados con cirugía vulvar en primera intención, durante los años 2000 a 2019, en el Instituto de Cancerología, Guatemala.

RESULTADOS: Las complicaciones por cirugía vulvar fueron: dehiscencia 51 %, infección 40 %, necrosis de colgajos 32 % y seroma 30 %. La obesidad representó 2.39 veces más riesgo de dehiscencia y 2.34 veces más para desarrollar seroma. La presencia de un bajo estado funcional representó 2.43 veces más riesgo de necrosis de los colgajos y de 1.92 veces más para dehiscencia. La presencia de diabetes mellitus representa 2.27 veces más riesgo de seroma y 1.94 veces más para dehiscencia. La hipertensión arterial representó 1.81 veces más riesgo de desarrollar dehiscencia. La falta de uso de antibiótico postoperatorio no tuvo significancia estadística asociada a complicaciones. **DISCUSIÓN:** Los factores pronósticos de riesgo presentados en este estudio, tuvieron fuerte asociación con complicaciones posterior a cirugía vulvar.

Palabras clave: cáncer vulvar, infección, dehiscencia

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de vulva representa el 4% de todas las neoplasias malignas genitales. El pico de edad en mujeres es de 65 - 75 años. El pico de presentación del 50% de los casos es alrededor de los 70 años de edad(1).

En las mujeres jóvenes predomina la enfermedad en etapas tempranas, relacionada con infección del virus del papiloma humano (VPH) e historial de tabaquismo. Las lesiones preinvasivas relacionadas al VPH son poco frecuentes en mujeres de mayor edad y están asociadas a distrofias vulvares crónicas; como liquen escleroso. Esta patología no presenta predilección por raza, cultura, estado de gravidez ni paridad(1,2).

Según SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results), las estadísticas obtenidas por el National Cancer Institute, se estimaron 6,190 casos en el año 2018 entre los estadounidenses, constituyendo el 0.4% de los casos nuevos de cáncer, entre las estimaciones de mortalidad por cáncer de vulva se cuantifican 1,200, que representan 0.2%. la supervivencia global a 5 años es del 71%(3).

El Registro Hospitalario del Instituto de Cancerología y Hospital Dr. Bernardo del Valle S, Guatemala, reporta un promedio de 25 - 30 nuevos casos por año desde el año 2000 a la fecha(4).

La cirugía es el tratamiento de elección para carcinomas de vulva; la estadificación de estas patologías se realiza de manera quirúrgica; existen hallazgos histopatológicos y clínicos que orientan, el manejo terapéutico. Entre los abordajes quirúrgicos para el cáncer vulvar podemos describir: resección en bloque (alas de mariposa) que consiste en realizar vulvectomía radical más disección inguinofemoral; en la actualidad y en nuestra institución esta técnica ha sido descontinuada por las complicaciones post quirúrgicas; como infecciones de herida quirúrgica y dehiscencias. El abordaje más utilizado actualmente es la vulvectomía radical con 3 incisiones separadas, 2 incisiones para las disecciones inguinofemorales y 1 incisión para la vulvectomía(5-7).

La vulvectomía constituye una herida limpia contaminada, con un 5 - 10 % de probabilidad de infección; sin embargo, es una intervención agresiva sobre un territorio con una alta

contaminación bacteriana, con una incidencia muy alta de complicaciones de la herida quirúrgica, cercanas al 50% de ellas el 57% corresponde a dehiscencias y 21% de infecciones, a pesar del uso de drenajes cerrados de succión, antibiótico profilaxis y cuidado de colgajos(6,8).

Entre los factores relacionados con las complicaciones perioperatorias se encuentran la edad de la paciente, el estado nutricional basal, diabetes mellitus (descompensada), obesidad (IMC arriba de 30), mal estado funcional (debajo de K60%), hipertensión arterial, la extensión de la vulvectomía. Las complicaciones a largo plazo afectan la calidad de vida de la paciente; en el estudio de Günther y col. Sobre la asociación entre cirugía de vulvectomía y la aparición de trastornos físicos, los principales son dolor perineal y la linfedema; no se puede desestimar la aparición de trastornos psicosociales como: pérdida de apetito, insomnio y dificultades para la socialización. Con respecto a la normalización de la actividad sexual de las pacientes sometidas a vulvectomía, se determinó que el 84% de ellas no eran sexualmente activas y que hasta un 89%, asociaron este hecho a la cirugía(7,9,10).

En el Instituto de Cancerología, actualmente no se cuentan con estudios que evalúen la morbilidad quirúrgica de vulvectomía radical, y que compare las complicaciones desarrolladas por esos procedimientos radicales con factores exógenos. Los beneficiados del desarrollar estos tipos de estudios son los pacientes, ya que permitirá exponer los diferentes procedimientos existentes en el tratamiento del cáncer vulvar y prevenir las complicaciones desarrolladas por factores diferentes a los quirúrgicos. Los datos obtenidos serán de gran valor no solo a nivel institucional, sino también a nivel nacional, al ser el Instituto de Cancerología y Hospital Doctor Bernardo del Valle S un hospital de referencia para pacientes que padecen cáncer.

Al brindar datos estadísticos concretos, se pretende que la Institución, el personal médico, y en especial las pacientes con cáncer vulvar se vean beneficiadas, con el planteamiento de cirugías conservadoras en un tiempo óptimo, teniendo siempre un adecuado control oncológico evitando las complicaciones de cirugías radicales.

II. ANTECEDENTES

2.1 DATOS ESTADÍSTICOS

El cáncer de vulva es responsable del 5 % de todas las neoplasias del tracto genital. En Estados Unidos se diagnostican anualmente 5,416 mujeres (2.6 por 100 000 mujeres) recibieron un diagnóstico de cáncer de vulva de las cuales 1,262 mujeres (0.6 por 100 000 mujeres) murieron por esta patología(11,12).

En México, en el año 2018, el cáncer de vulva presentó una incidencia de 422 (0.22%) casos, con 127 (0.15%) fallecimientos al año(13).

En Guatemala, en el Instituto de Cancerología y Hospital Dr. Bernardo del Valle S., el cáncer vulvar representa el 4% de las patologías gineco-oncológicas, con una incidencia anual de entre 25 - 30 casos(4).

2.2 ANATOMÍA

La vulva es un conjunto de estructuras urogenitales que tienen su origen en la etapa embrionaria de la mujer en las estructuras del seno urogenital, incluyen las glándulas uretrales, para uretrales y glándulas vestibulares mayores (Bartholin). El tubérculo sinusal es precursor del himen; el falo da origen al clítoris, al glande del clítoris, así como los cuerpos cavernosos y el bulbo vestibular; los pliegues originan los labios menores y de las tumefacciones escrotales se originan los labios mayores. La vulva para su estudio se divide en dos triángulos por una línea imaginaria entre las tuberosidades isquiáticas; un triángulo es superior (triángulo urogenital) y uno inferior (triángulo perineal)(14).

El periné tiene como límite anterior: la sínfisis del pubis, antero lateral: las ramas isquiopúbicas y lateral: las tuberosidades isquiáticas, límite posterior: el hueso coxal y el límite postero lateral: el borde inferior del glúteo mayor y los ligamentos sacro tuberosos(15).

El triángulo urogenital está formado por un plano superficial y por un plano profundo los cuáles contienen estructuras diferentes que son importantes por la naturaleza y abordaje de los tratamientos quirúrgicos, a partir del cual depende la radicalidad de los procedimientos.

De superficial a profundo incluye la fascia de Camper, Colles, Gaudalet, membrana perineal y diafragma urogenital(15,16).

El compartimento superficial contiene a los músculos isquiocavernoso, bulbo cavernoso, transverso superficial y al ligamento suspensorio del clítoris. El compartimento profundo contiene a los cuerpos cavernosos del clítoris, al clítoris propiamente dicho, tejidos eréctiles y a las glándulas vestibulares. El diafragma urogenital está formado por el músculo compresor de la uretra, esfínter uretrovaginal y al transverso vaginal. El diafragma pélvico está compuesto por el músculo puborrectal, pubococcígeo, isquiococcígeo y coccígeo(15,16).

El drenaje linfático de esta región es ordenado y va dirigido desde el periné, al triángulo femoral, posteriormente a los ganglios inguinales superficiales que contiene de 3 - 20 ganglios, los cuales se encuentran laterales y mediales a la vena safena. A ésta zona drena principalmente el periné, vagina, canal anal, y dos tercios superiores de uretra. El grupo inguinal profundo medial está conformado por 3-6 ganglios. Este grupo contiene al ganglio de Cloquet o Rosenmuller, que es el límite entre la ingle y la cavidad abdominal; el grupo profundo lateral contiene en promedio 2 - 5 ganglios. El drenaje de esta zona se dirige hacia los vasos obturadores e iliacos externos. Existe una zona de atajo del drenaje linfático principalmente para la zona central de la vulva y el clítoris las cuáles pueden drenar directamente a los ganglios pélvicos. Es necesario el conocimiento anatómico del drenaje linfático por ser el factor más importante en el pronóstico de esta patología. Anatómicamente, los ganglios inguinales superficiales, se encuentran confinados a nivel del triángulo femoral, o de Scarpa, limitado por: ligamento inguinal, superiormente, músculo sartorio, lateralmente, y músculo aductor largo, medialmente. Los ganglios femorales profundos, se encuentran debajo de la fascia cribiforme, dentro de la fosa oval, medial a la vena femoral. (14–16).

2.2.1 Conceptos Quirúrgicos:

Vulvectomy Simple: Excisión completa de piel vulvar y el tejido subcutáneo, sin involucrar el diafragma urogenital(14).

Vulvectomy Radical: Excisión completa de piel vulvar y el tejido subcutáneo, hasta diafragma urogenital o fascia del hueso púbico(14–16).

Excisión Radical Local: Excisión del tumor con margen > 1cm,tanto horizontal como vertical, hasta diafragma urogenital o fascia del hueso púbico(15).

Linfadenectomía Inguinal: Extracción de los ganglios linfáticos entre el ligamento inguinal, musculo sartorio y musculo abductor largo, por encima de la fascia cribiforme. (14)

Linfadenectomía Inguinofemoral: Extracción de ganglios linfáticos que envuelven el tejido graso entre el ligamento inguinal, musculo sartorio y el musculo abductor largo y de los ganglios femorales localizados en la fosa oval, medial a la vena femoral.(16).

Linfadenectomía Pélvica: Extracción de los ganglios linfáticos a lo largo de los vasos iliacos externos y de la fosa obturatriz. Realizada en casos de melanoma vulvar.(14–16).

2.3 CLASIFICACIÓN

La clasificación patológica de éstas neoplasias está regido por la OMS, quién lo divide en tumores de origen epitelial en su variante escamosa (queratinizante, no queratinizante, basaloide, condilomatoso, verrucoso, o la variante de células gigantes); aquellas con componente glandular (enfermedad de Paget, tumores de glándulas mayores, y tumores de glándulas especializadas); tumores de tejidos blandos, (sarcoma botrioides, leiomiocarcinoma, liposarcoma); melanoma maligno que ocupa menos del 4 % de las neoplasias vulvares; tumores misceláneos (tumor de senos endodérmicos, células de Meckel, tumores neuroectodérmicos); neoplasias de origen hematopoyético y tumores linfoides (linfoma y la leucemia) y por último los de origen secundario o metastásicos(17,18).

TIPO DE TUMOR	PORCENTAJE
Epidermoide (Escamoso)	86.2
Melanoma	4.8
Sarcoma	2.2
De células basales	1.4
Adenocarcinoma de glándula de Bartholin	1.6
Indiferenciado	3.2
Adenocarcinoma, no específico	0.6

La histología más frecuente en cáncer de vulva es el carcinoma de células escamosas en un 86.2 – 90%; en los pacientes con enfermedad operable sin complicación ganglionar, la tasa de supervivencia general es del 90%; sin embargo, al existir afección ganglionar la supervivencia general a cinco años es de aproximadamente 50 – 60%; las metástasis ganglionares están dadas por factores de riesgo tales como: el estado ganglionar clínico, edad, grado de diferenciación, estadio tumoral, grosor tumoral, profundidad de la invasión del

estroma y la presencia de invasión del espacio linfático capilar; al momento del diagnóstico alrededor del 30% de las pacientes operables ya presenta diseminación ganglionar(17,19).

Un análisis multifactorial sobre los factores de riesgo del cáncer de vulva de células escamosas demostró que el estado ganglionar y el diámetro de la lesión primaria, al considerarse juntos, fueron las únicas variables asociadas al pronóstico. Las pacientes con ganglios inguinales negativos y lesiones de no más de 2 cm de tamaño presentaron un índice de supervivencia a cinco años del 98%, mientras que aquellas con lesiones de cualquier tamaño con tres o más ganglios unilaterales o dos o más ganglios bilaterales presentaron un índice de supervivencia a cinco años del 29%(1,14,20).

La localización topografía más común es el labio mayor en el 50% de los casos, seguida de los labios menores que representa del 15 – 20%; en menor medida existe compromiso del clítoris y las glándulas de Bartholin(21,22).

El modelo de propagación está influenciado por la histología. Las lesiones bien diferenciadas tienden a diseminarse a lo largo de la superficie con invasión mínima, mientras que las lesiones anaplásicas tienen una mayor probabilidad de ser profundamente invasoras. La propagación más allá de la vulva puede involucrar órganos adyacentes como la vagina, uretra y ano, o a ganglios linfáticos inguinales, femorales y luego a los ganglios pélvicos profundos. La diseminación hematogena no parece ser común(7,21).

No se ha identificado un factor etiológico específico del cáncer vulvar, pero al parecer la presencia de distrofia vulvar con neoplasias vulvares intraepiteliales se consideran lesiones precursoras de cáncer; la sintomatología de prurito crónico suele ser un fenómeno de importancia en las pacientes con cáncer vulvar invasivo, es más frecuente en obesas, hipertensas, diabéticas o nulíparas. Hasta en el 22% de los casos puede coexistir una segunda lesión maligna primaria, como cáncer del cuello uterino invasivo o preinvasor; esto ha llevado a indagar en un patógeno común, en el 20 - 60 % de los casos se ha informado la presencia de DNA del papilomavirus humano (HPV). El grupo positivo al HPV se ha caracterizado por edad media más joven, mayor consumo de tabaco y presencia de neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) relacionada con el componente invasivo. El cáncer vulvar en ocasiones se asocia a enfermedades venéreas granulomatosas no luética, primordialmente el linfogranuloma venéreo y sífilis. En cerca de 5% de las pacientes de

cáncer vulvar es positiva la prueba serológica de VDRL para la sífilis; esto se traduce en desarrollo temprano de la enfermedad en edades tempranas y lesiones poco diferenciadas(22,23).

2.4 CARCINOMA INVASOR DE CÉLULAS ESCAMOSAS

La inmensa mayoría de los cánceres de vulva son de origen escamoso. La vulva está cubierta de piel y todo tumor maligno que pueda aparecer en cualquier otro sitio donde haya piel puede presentarse en esta región. El cáncer de vulva es más frecuente entre las mujeres de bajo nivel socioeconómico y de edad avanzada en la mayor parte del mundo, lo que ha llevado a la hipótesis de que la higiene personal y la asistencia médica insuficientes son, muchas veces, factores que contribuyen a la enfermedad. En realidad, la causa del cáncer de vulva es desconocida y hay pocos datos a favor de la idea de que estas neoplasias se suelen desarrollar a partir de distrofias de la vulva(19,24,25).

La lesión inicial parece surgir de una zona de neoplasia intraepitelial que luego se desarrolla formando un pequeño nódulo que puede abrirse y ulcerarse. Entre los hallazgos de consulta frecuente en más del 50% de las pacientes con cáncer vulvar invasor hay prurito de larga duración o una masa en la vulva; un porcentaje importante de esta patología es indolora, de lento crecimiento con metástasis tardía. Existe una variante poco frecuente de carcinoma epidermoide con características clínicas y anatomopatológicas distintas que se denomina carcinoma verrucoso. Sus lesiones, que pueden afectar al cuello y a la vagina, así como a la vulva, consisten en una masa verrucosa, fungoide, ulcerada, con aspecto voluminoso, elevado, que recuerda a lesiones benignas por HPV(1,26).

El carcinoma verrucoso de la vulva es un tumor bien diferenciado, de crecimiento lento y aspecto verrucoso, que habitualmente no metastatiza en ganglios linfáticos ni a distancia. El tratamiento es la excisión con márgenes libres. La lesión aparece en un 70% de las veces en los labios, siendo más frecuente en los mayores(26,27).

El drenaje linfático de los genitales externos empieza en diminutas papilas que están conectadas, a su vez, a una red de varias capas, formada por finos vasos. Desde ahí se extienden por los labios menores, el prepucio del clítoris, la horquilla y la mucosa vaginal hasta el nivel del anillo himeneal. El drenaje de estos linfáticos llega hasta la parte anterior

de los labios menores, donde desembocan en tres o cuatro troncos colectores, cuyo curso se dirige hacia el monte de Venus, rodeando el clítoris. Con estos linfáticos se anastomosan vasos procedentes del prepucio. Análogamente, vasos de los labios mayores se dirigen hacia delante, a la parte superior de la vulva y el monte de Venus, uniéndose allí a los vasos del prepucio y de los labios menores. Estos linfáticos cambian bruscamente de dirección, desviándose hacia afuera y terminando en ganglios linfáticos ipsi o contralaterales. Por lo general, el drenaje está limitado inicialmente al cuadrante supero interno del grupo ganglionar femoral. Los ganglios están situados por dentro de la vena safena interna, por encima de la fascia cribiforme y, a su vez, pueden drenar secundariamente a través de ésta en el grupo femoral profundo(15,16,21,28).

Los ganglios linfáticos inguinales superficiales, situados inmediatamente por debajo del integumento y de la fascia de Camper, son grandes y están en número de ocho a diez. Los ganglios linfáticos inguinales superficiales forman el principal grupo ganglionar de la vulva y pueden actuar como ganglios centinela de este órgano. Los ganglios femorales profundos, que, según la enseñanza clásica, están situados por debajo de la fascia cribiforme, son los segundos receptores ganglionares y se ven implicados antes de que tenga lugar el drenaje a los ganglios pélvicos profundos(14).

El ganglio de Cloquet, el último ganglio del grupo femoral profundo, está situado inmediatamente por debajo del ligamento inguinal o de Poupart. La red linfática de capas múltiples sobre la propia vulva está siempre limitada a una zona interior al pliegue genitocrural. El drenaje linfático de la vulva es un mecanismo sistémico muy progresivo y el tratamiento puede planearse dependiendo de dónde esté el tumor en la cadena linfática(2,7,19).

2.5 ESTADIFICACIÓN

En la siguiente tabla se demuestra los estadios FIGO 2009, clasificación clínica y anatomo-patológica: (14,29)

ESTADIO	DESCRIPCIÓN
I	Tumor confinado a la vulva
IA	Lesión ≤ 2 cm en su diámetro mayor, confinada a la vulva o periné, y con invasión estromal ≤ a 1 mm, sin involucro linfonodal

IB	Lesión \geq 2 cm en su diámetro mayor, confinada a la vulva o periné, y con invasión estromal \geq a 1 mm, sin involucro linfonodal
II	Tumor de cualquier tamaño con extensión a estructuras perineales adyacentes (1/3 inferior de uretra, 1/3 inferior de vagina, ano) con linfonodos negativos
III	Tumor de cualquier tamaño con o sin extensión a estructuras perineales adyacentes con linfonodos inguinofemorales positivos
IIIA	1. Con 1 linfonodo metastásico (\geq 5 mm), o 2. Con 1-2 linfonodos metastásicos (< 5 mm)
IIIB	1. Con 2 o más linfonodos metastásicos (\geq 5 mm), o 2. Con 3 o más linfonodos metastásicos (< 5 mm)
IIIC	Con linfonodos positivos con extensión extracapsular
IV	Tumor invade otras estructuras regionales (2/3 superior de uretra, 2/3 superiores de vagina) o distantes
IVA	Tumor que invade cualquiera de las siguientes: 1. Uretra superior y/o mucosa vaginal, mucosa vesical, mucosa rectal, fijo a hueso pélvico, o 2. Linfonodos inguinofemorales fijos o ulcerados
IVB	Cualquier metástasis a distancia, incluyendo linfonodos pélvicos

2.6 TRATAMIENTO

El tratamiento del cáncer de vulva está concentrado en la cirugía, seguida de adyuvancia con quimiorradiación. Dentro de los tratamientos quirúrgicos, la vulvectomía radical más la linfadenectomía inguinal bilateral, se ha convertido en la base principal del tratamiento del cáncer vulvar(6,7,19).

El índice de supervivencia a los 5 años para los estadios I y II es del 90 % aproximadamente. Actualmente, muchos cirujanos limitan la intervención inicial a la vulvectomía radical y a la linfadenectomía inguinal bilateral, superficial y profunda, y no actúan sobre los ganglios pélvicos a menos que se demuestren metástasis en la región de los ganglios inguinales. Si se demuestra la presencia del tumor en los ganglios inguinales, una opción terapéutica es la linfadenectomía pélvica en el lado afectado, únicamente(7,30).

El objetivo del tratamiento es el control locoregional, basado en el estadio clínico, condición general del paciente, edad y tipo histológico, siendo la cirugía la piedra fundamental y angular; la radioterapia y quimioterapia son adyuvantes(31,32).

Estadio 0: Neoplasia intraepitelial de Vulva (NIV). Carcinoma in situ. En estos casos, la excisión con margen de 0.5 - 1 cm es suficiente(23,31).

Estadio 1: Con invasión estromal menor de 1 mm se realiza excisión amplia con margen quirúrgico de 2 cm, sin necesidad de disección inguinofemoral. Con invasión estromal mayor a 1 mm se realiza disección inguinofemoral ipsilateral si la lesión está a más de 2 cm de la línea media y bilateral cuando la lesión está a 1 cm o menos de la línea media(30,31).

Estadio 2: La excisión radical amplia con margen de 2 cm más disección inguinofemoral bilateral, es una alternativa a la vulvotomía radical más disección inguinofemoral bilateral(29–31).

Estadio 3: Se debe ofrecer una terapéutica individualizada para cada paciente, las opciones pueden ser: vulvotomía radical con disección inguinofemoral bilateral o vulvotomía radical modificada o vulvotomía radical extendida más disección inguinofemoral o quimioterapia más radioterapia exclusiva(29–31).

Estadio 4: Tratamiento individualizado para cada paciente; las opciones son: vulvotomía radical, exanteración pélvica, vulvotomía radical previa radioterapia o adyuvante con quimioterapia concurrente o tratamiento paliativo sintomático(28,30,31).

2.7 MANEJO DEL TUMOR PRIMARIO

Los factores predictores de recurrencia más importantes son el estadio del tumor primario y la presencia de ganglios metastásicos, otros son el tamaño tumoral, la profundidad de la invasión, la invasión del espacio linfovascular, la localización del tumor y las dimensiones de los márgenes libres quirúrgicos(30,33).

Estadios clínicos IA - II: La excisión local radical es más apropiada para lesiones en vulva posterior o lateral, en la cual la preservación del clítoris es posible. Se debe tener en cuenta que la profundidad es hasta el diafragma urogenital, mismo que en la vulvotomía radical. Las pacientes que van a vulvotomía radical generalmente son aquellas con lesiones multifocales o tamaño tumoral mayor de 4 cm, con porcentajes de supervivencia de 96.4 %(22,34).

Los márgenes son un factor importante para el manejo con excisiones radicales o amplias de vulva, deben de ser macroscópicos al menos 1 cm para disminuir la probabilidad de recurrencia. Un estudio retrospectivo reportó que el porcentaje de recurrencia se eleva de 0 % para márgenes > 8 mm a 50 % para márgenes menores de 8 mm, medidos por patólogo(8,33).

En estadio clínico IB es necesaria la evaluación de la región inguinal y en etapa clínica II siempre y cuando se consiga margen también con la escisión local amplia y estadificación ganglionar, es suficiente manejo(30).

2.8 MANEJO DE LA REGIÓN INGUINFEMORAL

La evaluación de esta región puede ser a través de ganglio centinela vs linfadenectomía con evaluación uni o bilateral(10,14).

En el estadio clínico IA no es necesaria la evaluación de la región inguinfemoral; ya que el porcentaje de afección es 0%. Sin embargo, el riesgo de afección ganglionar se ve directamente relacionado con la profundidad de invasión estromal. De tal manera, que cuando la profundidad de invasión estromal es de 1.1 -3 mm, la afección ganglionar es del 8 %; si es > 3 mm, la afección ganglionar se incrementa hasta en un 26 – 34%(30,35).

El estudio del ganglio centinela en cáncer de vulva fue introducida por Barton en 1992 con la realización de linfoscintigrafía. Sin embargo, Levenback fue el primero en utilizar el colorante azul de isosulfán para el mapeo linfático en cáncer de vulva. Con ésta técnica el porcentaje de recurrencia inguinfemoral fue de 2.3% a 3 años con supervivencia de 97% media de seguimiento de 35 meses(35,36).

El estudio GOG 173 (GROINSS V) comparó ganglio centinela (doble técnica) vs linfadenectomía inguinfemoral, la tasa de detección del GC con ambas técnicas por separado fue cercana al 88%, 5% de falsos negativos; pero si se usan ambas técnicas el porcentaje de detección aumenta a 96.2%. Como hallazgo adicional en tumores centrales 54 % aproximadamente se identificaron ganglios centinela de manera bilateral y 38 % unilateral(27,35,37).

El término de linfadenectomía terapéutica se considerará actualmente sólo si existe la presencia de enfermedad ganglionar corroborado o bien si durante la disección del ganglio centinela éste resultara positivo en el ETO (estudio transoperatorio). (30,36)

Al momento de encontrar adenopatías positivas en región inguinal la conducta hasta el momento es realizar la disección contralateral, ya que el porcentaje de recurrencia en ingle contralateral después de disección unilateral es de 2.6 % vs el 0.4 % en aquellas con ganglios negativos. Al momento de encontrar ganglios metastásicos unilaterales, se debe realizar disección inguinofemoral bilateral, ya que existe un índice de 15 a 20% de detección de metástasis subclínicas en ingle contralateral(30,36).

Estadio clínico III:

La invasión extra capsular de los ganglios linfáticos es de mal pronóstico; el tratamiento debe complementarse con linfadenectomía superficial y profunda, se deben obtener al menos 6 ganglios para una correcta estadificación; en estadios avanzados como el estadio III entre mayor cosecha ganglionar exista mejores serán los resultados; las complicaciones que se pueden presentar por una linfadenectomía extensa son: presencia de linfedema 47 %, linfoquistes 40 % erisipela 29.1% y necrosis de colgajos 22%(19,28,31).

Con respecto a la evaluación de la región inguinal existen algunos factores que favorecen la exploración unilateral como lo son: (30,36)

1. Lesión primaria menor de 2 cm
2. Lesión lateralizada a > 2 cm
3. No presencia de adenopatías palpables
4. Histología de células escamosas.

Cuando se hace la disección unilateral se deberá llevar a evaluación de estudio transoperatorio de congelación para saber o no la necesidad de disección de ingle contralateral. Actualmente, se ha sugerido un tratamiento menos radical: resección radical amplia en caso de lesiones localizadas, tumores confinados a vulva. Para disminuir las complicaciones de herida operatoria, se ha protocolizado la realización de la biopsia de

ganglio centinela en pacientes con tumores menores de 4 cm, sin cirugía inguinal previa y sin adenopatías palpables(36,37).

2.9 PRONÓSTICO, SEGUIMIENTO Y RECURRENCIA

La recurrencia puede ser local o a distancia y más del 80% tendrá lugar en los 2 primeros años siguientes al tratamiento; es necesario un estrecho seguimiento inicial. En el 50% las recurrencias son locales y próximas al sitio de la lesión primitiva, asociado a antecedentes de grandes tumores primitivos y/o enfermedad metastásica ganglionar identificada transoperatoriamente; el cuidado de márgenes libres en las resecciones asegura mejores pronósticos; en caso de recurrencias locales estas pueden tratarse con extirpación local y/o irradiación intersticial. Las recurrencias extensas tienen el peor pronóstico, especialmente cuando se producen metástasis óseas(31,33,36,37).

La Sociedad de Ginecología Oncológica propone como vigilancia: exploración seriada de vulva, vagina y región inguinal (cada 6 meses en EC tempranas). En etapas avanzadas realizar cada 3 meses la exploración 2 primeros años posteriormente cada 6 meses los siguientes 3 años y posteriormente anual(5,30,36).

Las recurrencias pueden ser: vulvar/vaginal 60 %, inguino pélvico 27 %, a distancia 15 %, Múltiple 14 %. El tratamiento de la recurrencia dependerá de los tratamientos antes recibidos y del estado general de la paciente(29,31).

2.10 MORBILIDAD ASOCIADA A LA VULVECTOMÍA

En un Centro Oncológico de tercer nivel en India, se realizó un estudio retrospectivo analítico sobre pronóstico y desenlaces posteriores al tratamiento de carcinoma de vulva. En el análisis, se documentaron 39 pacientes que fueron llevadas a cirugía por cáncer vulvar invasivo entre 2004 y 2013 en el Departamento de Cirugía Oncológica Hospital Gubernamental Royapettah, Chennai. La edad media fue de 55 años. La cirugía radical fue la cirugía preferida. 31 pacientes fueron llevados a linfadenectomía. Las complicaciones post operatorias más frecuentes fueron formación de seromas, necrosis de colgajos. Con una

media de seguimiento de 32 meses, 8 pacientes (20.5%) desarrollaron recurrencia, 1 sistémica, 4 regionales y 3 locales. La sobrevida libre de enfermedad a 5 años fue de 65.4% y la supervivencia global fue de 85.1%. En el análisis univariado, la estadificación y el involucro ganglionar afectó la sobrevida global. Afectación ganglionar con extensión extracapsular afectó significativamente la sobrevida libre de enfermedad y la sobrevida global(10).

Se publicó un estudio en Hospital San Millán, Autonomía de la Rioja, se realizó un estudio retrospectivo, encontrando 44 casos de cáncer vulvar desde 1981 a 1999. De éstos se diferencian 2 grupos según las técnicas más empleadas: grupo I, de 1981-1989 (n = 14), en el que se realizó vulvectomía radical (VR) en alas de mariposa y grupo II, de 1989-1999 (n = 10), en el que se practicó vulvectomía radical modificada (VRM) con incisiones separadas(38).

Las complicaciones más frecuentes a corto plazo son: la dehiscencia de la cicatriz e infección de la herida, que inciden en la vulvectomía radical en el 57 y el 21,4%, respectivamente, frente al 40 y el 10% en la VRM. Esto conduce a que la estancia media hospitalaria se reduzca en las pacientes a las que se realizó VRM de forma estadísticamente significativa (34,6 días en VR frente a 19,8 días en VRM). A largo plazo, el linfedema y la disfunción sexual aparecen en el 43,8 y el 57% de casos de VR, respectivamente, frente al 20 y el 40% de casos de VRM(34,38).

Las diferencias halladas en las variables cualitativas valoradas con el test de Fisher no resultaron significativas, pero sí las diferencias encontradas en la cuantitativa de estancia media hospitalaria calculada por el método de Mann-Whitney. Respecto a las recidivas precoces y tardías, así como la supervivencia a los 5 años, tampoco modifican los resultados según la técnica empleada. La supervivencia en estadio I con la VR es del 87,5% y en la VRM del 83%(34,38).

En series de casos aislados, reportados luego de vulvectomía pueden ocurrir en 26 – 85%. Los autores describen series de pacientes, a quienes se les realizó vulvectomía radical con disección inguinofemoral bilateral. Gran porcentaje de las pacientes desarrollaron infección y dehiscencia de herida operatoria. Debido a esto, se inició antibiótico y terapia con presión negativa, para mejoría de la calidad de vida de las pacientes(34,39).

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

- Evaluar los factores de riesgo asociados a complicaciones de cirugía vulvar, en pacientes con cáncer vulvar, en el Instituto de Cancerología y Hospital Dr. Bernardo del Valle S. en los años 2000 a 2019

3.2 Objetivos específicos:

- Determinar el rango de edad más asociado a cáncer vulvar.
- Determinar la caracterización clínico-quirúrgica (estadio clínico, tipo de cirugía vulvar)
- Determinar la prevalencia institucional de complicaciones quirúrgicas en cáncer vulvar.
- Determinar la asociación que existe entre obesidad, estado funcional, diabetes mellitus, hipertensión arterial y uso de antibioticoterapia profiláctica con complicaciones postoperatorias de cirugía vulvar.

IV. HIPÓTESIS

- Hipótesis Alterna: Hay asociación de factores pronósticos de riesgo (obesidad, estado funcional, diabetes mellitus, hipertensión arterial y no uso de antibiótico postoperatorio) con complicaciones de cirugía vulvar (dehiscencia, infección, necrosis de los colgajos y/o seroma)
- Hipótesis Nula: No hay asociación de factores pronósticos de riesgo (obesidad, estado funcional, diabetes mellitus, hipertensión arterial y no uso de antibiótico postoperatorio) con complicaciones de cirugía vulvar (dehiscencia, infección, necrosis de los colgajos y/o seroma)

V. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 Tipo y diseño de la Investigación

Estudio analítico de corte transversal, realizado del 2000 al 2019 en Instituto de Cancerología y Hospital Doctor Bernardo del Valle S.

5.2 Unidad de análisis

Todos los expedientes clínicos que cumplan con los criterios de inclusión.

5.3 Población y muestra

5.3.1 Población o universo

Todos los pacientes con cáncer vulvar registrados en expedientes del Instituto de Cancerología y Hospital Doctor Bernardo del Valle S.

5.3.2 Marco Muestral

Expedientes clínicos de pacientes con cáncer vulvar que llevaron tratamiento quirúrgico del 2000 al 2019 en el Instituto de Cancerología y Hospital Doctor Bernardo del Valle S.

5.3.3. Muestra

Con 90% de potencia, un valor de p de dos colas de 0.05, para detectar el 57% de complicaciones, el tamaño de muestra final calculada fue de 88 participantes. Se recabaron 111 casos de pacientes.

5.4 Variables y Operacionalización

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
EDAD	Tiempo transcurrido, en años, a partir del nacimiento de un individuo.	Dato consignado en expediente médico.	Cuantitativa discreta	Intervalo	Instrumento de recolección de Datos
HISTOLOGÍA	Resultado del estudio de los tejidos.	Dato consignado en expediente médico.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de Datos
DIABETES MELLITUS	Trastorno metabólico que se presenta con concentraciones elevadas de glucosa, por defecto en la producción de insulina o resistencia a la acción de la misma.	Diagnóstico consignado en expediente médico. SI: Presencia de Diabetes Mellitus NO: Ausencia de Diabetes Mellitus	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de Datos
ESTADO FUNCIONAL (KARNOFSKY)	Medición en porcentaje de la capacidad de los pacientes con cáncer para realizar tareas rutinarias.	Dato consignado en expediente médico. BAJO: Puntaje debajo de 70% NORMAL: Puntaje mayor a 70%	Cuantitativa	Nominal	Instrumento de recolección de Datos
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Medición de presión arterial alta.	Diagnóstico consignado en expediente médico. SI: Presencia de Hipertensión Arterial NO: Ausencia de Hipertensión Arterial	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de Datos

ANTIBIOTICOTERAPIA POSTOPERATORIA	Utilización de antibióticos, posterior a cirugía.	Dato consignado en expediente médico. SI: Uso de antibioticoterapia postoperatoria NO: Ausencia de uso de antibioticoterapia postoperatoria	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de Datos
INFECCIÓN	Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo.	Dato consignado en expediente médico. SI: Presencia de infección a nivel de sitio quirúrgico NO: Ausencia de infección a nivel de sitio quirúrgico	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de Datos
SEROMA	Acumulación de líquido seroso claro en un lugar donde se realizó extirpación de tejido mediante cirugía.	Dato consignado en expediente médico. SI: Presencia de seroma NO: Ausencia de seroma	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de Datos
DEHISCENCIA	Abertura espontánea de una parte o de un órgano que se había suturado durante una intervención quirúrgica.	Dato consignado en expediente médico. SI: Presencia de dehiscencia NO: Ausencia de dehiscencia	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de Datos
NECROSIS DE COLGAJOS	Coloración negruzca a nivel de la herida operatoria por muerte del tejido.	Dato consignado en expediente médico. SI: Presencia de necrosis NO: Ausencia de necrosis	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de Datos

OBESIDAD	Estado patológico que se caracteriza por un exceso o una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo.	Dato consignado en expediente médico. SI: Índice de masa corporal mayor a 30 NO: Índice de masa corporal menor a 30	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de Datos
TIPO DE CIRUGÍA	Tipo de procedimiento realizado	Dato consignado en expediente médico.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de Datos
ESTADIO	Etapas del cáncer.	Dato consignado en expediente médico.	Cualitativa	Nominal	Instrumento de recolección de Datos

5.5. Selección de los sujetos a estudio:

5.5.1. Criterios de inclusión

Paciente con cáncer vulvar, cuyo diagnóstico y tratamiento quirúrgico este consignado en ficha clínica, perteneciente al Instituto de Cancerología y Hospital Doctor Bernardo del Valle S entre el año 2000 al 2019.

5.5.2. Criterios de exclusión

- Paciente que no haya recibido tratamiento quirúrgico como primera opción terapéutica
- Paciente que haya perdido seguimiento postoperatorio

5.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos

5.6.1 Técnica

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de observación sistemática, con traslado de información de ficha a clínica a la boleta de recolección de datos; llevando a cabo una revisión de fichas clínicas con diagnóstico de cáncer vulvar, identificando factores de riesgo, tratamiento quirúrgico y seguimiento de complicaciones previamente descritos.

5.6.2 Procedimientos

1. Se solicitó al Departamento de Investigación del Instituto de Cancerología y Hospital Doctor Bernardo del Valle S, los permisos respectivos para llevar a cabo el trabajo de campo.
2. Presentación y aprobación de Protocolo de Tesis.
3. Se solicitó al Departamento de Estadística del Instituto de Cancerología y Hospital Doctor Bernardo del Valle S, sobre datos de los casos de cáncer vulvar.
4. Se llevó a cabo la revisión de expedientes clínicos, obteniendo los datos incluidos en el instrumento, identificando las pacientes que llenaron los criterios de inclusión previamente establecidos.

5.6.3 Instrumentos

Ver anexos

5.7 Aspectos éticos

La investigación tuvo como finalidad el análisis de factores de riesgo pronósticos de complicaciones posterior a vulvectomía radical como tratamiento de cáncer vulvar. Dicho estudio se realizó con técnica observacional, con la que no se realiza ninguna intervención o modificación con las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan en dicho estudio. Puesto que se utilizaron expedientes clínicos, los datos de identificación de dichas pacientes permanecerán en anonimato se califica como Categoría I según el riesgo para el participante en la investigación.

5.8 Procesamiento

Posteriormente a la recolección, se procedió a ingresar y tabular, variable por variable, en una base de datos en una hoja electrónica del programa de cálculo Microsoft Excel.

5.9 Análisis

Los cuadros y gráficos presentados son:

- Edad de pacientes con cáncer vulvar
- Histología de cáncer vulvar
- Distribución según estadio de cáncer vulvar
- Distribución según las complicaciones luego de cirugía vulvar
- Tipo de cirugía para cáncer vulvar
- Distribución según los factores pronósticos de riesgo y complicaciones locales posterior a cirugía vulvar

Se realizó un análisis univariado de las siguientes variables: Edad, histología de cáncer vulvar, Diabetes mellitus, Estado funcional, Hipertensión arterial, Antibioticoterapia post operatoria, Infección, Seroma, Dehiscencia, Necrosis de colgajos.

Se realizó un análisis bivariado de las relaciones entre cada una de las variables y complicaciones luego de cirugía vulvar y se analizó la asociación que existe.

5.10 Alcances y límites de la Investigación

5.10.1 Alcances

- La investigación abarcó, pacientes con cáncer vulvar diagnosticadas y tratadas desde el año 2000 al 2019 en el Instituto de Cancerología y Hospital Doctor Bernardo del Valle S, Guatemala.

5.10.2 Límites

- Quedaron excluidas las pacientes que no llevaron seguimiento institucional.
- Se utilizaron datos de los expedientes únicamente del periodo comprendido.

5.11 Recursos

5.11.1 Humanos

- 1 médico Residente de Ginecología Oncológica
- 1 médico Especialista en Ginecología Oncológica como asesor
- 1 médico Especialista en Ginecología Oncológica como revisor
- 1 médico Especialista en Investigación
- 1 médico Especialista en Cirugía Oncológica como coordinador específico
- Personal de Archivo
- Departamento de Estadística INCAN

5.11.2 Físicos

Expedientes clínicos

5.11.3 Materiales

- 4 resmas de hojas de papel bond (500 unidades)
- 2 bolígrafos
- 1 corrector
- 1 caja de grapas
- 18 folder Manila
- 5 folder
- 5 ganchos para folder

5.11.4. Económicos

Recurso	Valor estimado (Q.)
Gasolina	150
Copias	100
Impresiones	220
Empastado	400
Total	Q. 870

5.12 Cronograma

Año	2018												2019												2020											
Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Presentación de propuesta	X	X	X																																	
Anteproyecto				X	X	X																														
Protocolo							X	X	X	X																										
Revisión de protocolo											X	X																								
Prueba piloto													X	X																						
Recolección de datos															X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Análisis estadístico																									X	X	X									
Informe final																												X	X	X	X	X	X	X		

VI. RESULTADOS

Tabla 1: Distribución según la edad de pacientes con cáncer vulvar.

Rango de edad	Pacientes	Porcentaje
Menor de 35 años	2	1.80
35 a 44 años	6	5.41
45 a 54 años	12	10.81
55 a 64 años	26	23.42
65 a 74 años	39	35.14
75 a 80 años	11	9.91
Mayor de 80 años	15	13.51
Total	111	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 2: Distribución según la histología del cáncer vulvar

Histología	Pacientes	Porcentaje
Epidermoide	93	83.78
Melanoma	10	9.01
Sarcoma	3	2.70
Verrucoso	2	1.80
Basaloide	2	1.80
Neuroendocrino	1	0.90
Total	111	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 3: Distribución según el estadio en cáncer vulvar

Estadio	Pacientes	Porcentaje
0	4	3.60
IA	12	10.81
IB	23	20.72
II	28	25.23
IIIA	9	8.11
IIIB	29	26.13
IVA	6	5.41
TOTAL	111	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 4: Distribución según las complicaciones locales posterior a cirugía vulvar

Complicaciones	Pacientes	Porcentaje
Dehiscencia	51	46
Infección	40	36
Necrosis de colgajos	32	29
Seroma	30	27

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 5: Distribución según el tipo de cirugía vulvar

Tipo de cirugía vulvar	Pacientes	Porcentaje
Vulvectomy radical + Disección inguinofemoral bilateral	85	76.58
Vulvectomy radical	13	11.72
Resección amplia	6	5.40
Hemivulvectomy	4	3.6
Vulvectomy simple	2	1.80
Hemivulvectomy + Disección inguinofemoral unilateral	1	0.90
Total	111	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla 6: Distribución según los factores pronósticos de riesgo y complicaciones locales posterior a cirugía vulvar

Factores pronósticos de riesgo	Dehiscencia	Infección	Necrosis de colgajos	Seroma
Obesidad	RR=2.39 (1.77 - 3.22) p = 0.0025	RR = 1.11 (0.53 - 2.34) p = 0.77	RR = 1.77 (0.90 - 3.48) p = 0.131	RR = 2.34 (1.26 - 4.38) p = 0.017
Estado funcional	RR = 1.92 (1.28 - 2.89) p = 0.021	RR = 1.92 (1.05 - 3.52) p = 0.07	RR = 2.43 (1.28 - 4.60) p = 0.02	RR = 2.02 (0.97 - 4.21) p = 0.091
Diabetes Mellitus	RR = 1.94 (1.35 - 2.79) p = 0.011	RR = 1.60 (0.87- 2.93) p = 0.178	RR = 1.68 (0.81- 3.47) p = 0.2	RR = 2.27 (1.19 - 4.32) p = 0.03
Hipertensión Arterial	RR = 1.81 (1.25 - 2.61) p = 0.005	RR = 1.55 (0.94 - 2.56) p = 0.107	RR = 1.20 (0.62 - 2.33) p = 0.58	RR = 1.55 (0.82 - 2.93) p = 0.19
Antibiótico postoperatorio	RR = 0.92 (0.59 - 1.42) p = 0.71	RR = 0.70 (0.39 - 1.24) p = 0.20	RR = 1.10 (0.60 - 2.01) p = 0.74	RR = 1.07 (0.56 - 2.01) p = 0.83

Fuente: Boleta de recolección de datos

VII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En esta investigación se recabaron datos de 111 pacientes sometidas a cirugía por cáncer vulvar, cuyo caso fue manejado y con seguimiento en Instituto de Cancerología y Hospital Dr. Bernardo del Valle S. (INCAN) en los años 2000 a 2019. Se practicó revisión sistemática de expedientes y llenado de boleta de recolección de datos.

La progresión de la enfermedad y agresividad son directamente proporcionales; la media de edad de presentación del carcinoma de vulva es de 67 años de edad, según lo que reportan Hoffman y Hacker en sus múltiples series. Aunque la tendencia va aumentando hacia pacientes más jóvenes, lo que se evidencia en el presente trabajo donde el rango predominante de edad de presentación fueron los 65 - 74 años con el 35.14% seguida del 23.42 % para el rango de 55 – 64 años(10,19,21, 29).

En un Centro Oncológico de tercer nivel en India, se realizó un estudio retrospectivo analítico sobre pronóstico y desenlaces posteriores al tratamiento de carcinoma de vulva. En el análisis, se documentaron 39 pacientes que fueron llevadas a cirugía por cáncer vulvar invasivo entre 2004 y 2013 en el Departamento de Cirugía Oncológica Hospital Gubernamental Royapettah, Chennai. La cirugía radical fue la cirugía preferida. 31 pacientes fueron llevados a linfadenectomía. Las complicaciones post operatorias más frecuentes fueron formación de seromas y necrosis de colgajos. En comparación, los datos representados en este estudio, son similares a los representados en el estudio mencionado. En nuestro estudio institucional retrospectivo de 20 años, la cirugía radical fue la más practicada, con manejo inguinal en más del 75% de los casos. Únicamente, difiere que las complicaciones agudas más frecuentes en nuestro estudio, fueron infección y dehiscencia. (46 y 36%, respectivamente). (10)

En el trabajo de Gondin, el tipo histológico epidermoide se reportó en el 86.2% , concordando con la literatura mundial de la presentación de esta patología de entre 80 – 90% y relacionado directamente con este trabajo donde se evidencio 93 casos correspondientes a 83.78%, la segunda patología en frecuencia es el melanoma, que se ha evidenciado porcentajes de presentación tan bajas como 4.8% hasta el 10%; porcentaje similar obtenido en este estudio con diez casos que correspondieron al 9.01%(19,29,34).

Utilizando la versión FIGO 2009 el 51.36% de los casos incluidos en este trabajo fueron en estadios II (25.23%) y IIIB (26.13%); comparable con los reportes mundiales que detallan el 25% de casos detectados en estadio II y el 20.4% para el estadio III, con afección linfonodal. (7,14,27,29).

Las complicaciones postquirúrgicas principalmente enunciadas en trabajos de seguimiento a 10 años fueron el seroma 58.1%, cifras porcentualmente menores a las obtenidas en este estudio, con pacientes de características similares en edad y sometidas a las mismas técnicas quirúrgicas, el seroma solo se presentó en el 27% de los casos. (34)

La frecuencia acumulada de necrosis y dehiscencia reportada en esta investigación fue de 75%, estadísticamente superior a la reportada en un estudio de la India; que fue de 45.2%. (10)

En este estudio, las infecciones de herida quirúrgica se evidenciaron en 40 casos correspondiendo al 36%, hallazgo importante; ya que no se encasilla entre los valores internacionales que oscilan desde 5 – 21%, según la literatura de cáncer vulvar de Hacker, pero es similar al estudio del Hospital San Millán, donde las complicaciones más frecuentes a corto plazo, fueron la dehiscencia (57%) e infección de la herida (21%), en el grupo de vulvectomía radical. (29)

En el estudio de Salvador, se describen series de pacientes a quienes se les realizó vulvectomía radical con disección inguinofemoral bilateral. Gran porcentaje de las pacientes desarrollaron infección y dehiscencia de herida operatoria. Debido a esto, se inició antibiótico y terapia con presión negativa, para mejoría de la calidad de vida de las pacientes. Es importante mencionar que el antibiótico postoperatorio no tuvo mejor control de las infecciones de sitio quirúrgico, estadísticamente hablando, en este estudio; por lo que aun podríamos considerar la cirugía vulvar radical con disección inguinofemoral, como herida limpia contaminada, sugiriendo asepsia, antisepsia y adecuada manipulación de los tejidos. (9,10,34,39).

En el servicio de Oncología del Hospital General de México en un lapso de 34 años, en un estudio que incluyó 151 pacientes con cáncer de vulva de acuerdo al estadiaje de presentación en el momento del diagnóstico, la decisión quirúrgica de tratamiento fue la

realización de vulvectomy radical más disección ganglionar inguinofemoral en el 62% (94 casos), constituyendo la principal técnica quirúrgica realizada; al ser países vecinos que compartimos características culturales, demográficas y étnicas; se identificó que la vulvectomy más disección ganglionar inguinofemoral, en este estudio, constituyó también un pilar quirúrgico fundamental el tratamiento presentando 85 casos (76.58%)(7,10,27).

Entre los factores relacionados con las complicaciones postoperatorias se encuentran la edad de la paciente, el estado nutricional basal, diabetes mellitus (descompensada), obesidad (IMC arriba de 30), mal estado funcional (debajo de K60%), hipertensión arterial, la extensión de la vulvectomy, reportados en la literatura. En el presente trabajo la obesidad tuvo un RR de 2.39 y 2.34 para el desarrollo de dehiscencias de herida quirúrgica y seromas, respectivamente. El estado funcional presentó un RR de aparición de necrosis de 2.43 y en pacientes con diabetes mellitus para presentación de seromas incluyo un RR 2.27 y la falta de uso de antibiótico postoperatorio no tuvo significancia estadística asociada a complicaciones, en este estudio(7,9,10).

7.1 CONCLUSIONES

- 7.1.1 La edad más afectada para el cáncer de vulva fue entre 65 - 74 años.
- 7.1.2 Los estadios II y III de cáncer vulvar fueron los más frecuentes. La cirugía vulvar más realizada fue la vulvectomy radical más disección inguinofemoral bilateral.
- 7.1.3 Las complicaciones por cirugía vulvar son: Dehiscencia 51%, infección 40%, necrosis de colgajos 32% y seroma 30%.
- 7.1.4 La obesidad representó 2.39 veces más riesgo de dehiscencia y 2.34 veces más para desarrollar seroma.
- 7.1.5 La presencia de un bajo estado funcional (Karnofsky menor de 70%) representa 2.43 veces más riesgo de necrosis de los colgajos y de 1.92 veces más para dehiscencia.
- 7.1.6 La presencia de diabetes mellitus representa 2.27 veces más riesgo de seroma y 1.94 veces más para dehiscencia.
- 7.1.7 La hipertensión arterial representó 1.81 veces más riesgo de desarrollar dehiscencia.
- 7.1.8 La falta de uso de antibiótico postoperatorio no tuvo significancia estadística asociada a complicaciones.

7.2 RECOMENDACIONES

- 7.2.1** Realizar una evaluación multidisciplinaria; sobre las complicaciones posterior a cirugía vulvar, en especial a las pacientes que cuenten con algún factor de riesgo, evidenciado en el presente estudio.
- 7.2.2** Ofrecer tratamientos quirúrgicos conservadores en el cáncer vulvar, para así evitar complicaciones locales y retrasos en el tratamiento adyuvante.
- 7.2.3** Realizar estudios que permitan la realización del ganglio centinela en cáncer vulvar, para así disminuir la morbilidad quirúrgica existente en las disecciones ganglionares.
- 7.2.4** Seguir fomentando la investigación para así crear y dar a conocer estrategias entorno al tratamiento del cáncer; en especial, cirugía ginecológica del cáncer vulvar; que como este estudio reporta, tiene complicaciones fuera de lo aceptable, con los tratamientos quirúrgicos que actualmente se ofrecen.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Velasco A, Díaz A, Vergel M, Idavoy A. Carcinoma escamoso de vulva. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. marzo de 2018 [citado 27 de septiembre de 2020];44(1):1–8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2018000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Beller U, Benedet J, Creasman W, Ngan H, Quinn M, Maisonneuve P, et al. Carcinoma of the Vagina. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2006 [citado 27 de septiembre de 2020];95(S1):S29–42. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292%2806%2960029-5>
3. Duggan M, Anderson W, Altekruse S, Penberthy L, Sherman M. The Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) Program and Pathology: Towards Strengthening the Critical Relationship. Am J Surg Pathol [Internet]. diciembre de 2016 [citado 27 de septiembre de 2020];40(12):e94–102. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5106320/>
4. Villeda M. Informe de incidencia y mortalidad de cancer registrado en el Instituto de Cancerologia y Hopsital Dr. Bernardo del Valle S. INCAN de la Liga Nacional Contra el Cancer. Regcangua [Internet]. 2018 [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://registrocancerguat.wixsite.com/regcangua/publicaciones>
5. Sánchez L. Cáncer de cervix - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica. 2019 [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?showall=1>
6. CIGNA. Tratamiento del cáncer de vulva: Tratamiento - información para los pacientes. 2020 [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/temas-de-salud/tratamiento-del-cancer-de-vulva-ncicdr0000419665>
7. Torres A, Vázquez A, Jiménez EP, Barra R, Oliva J, Morgan F. Cáncer de vulva. Repercusiones del tratamiento quirúrgico: experiencia con 151 pacientes. Ginecol Obstet México [Internet]. 2018 [citado 27 de septiembre de 2020];86(7):423–33. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0300-90412018000700423&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Yuste V, Negredo I, Sampietro J, Bernal Á. Resultados de la implantación de un protocolo para reconstrucción vulvar inmediata tras vulvectomy. Cir Plástica Ibero-Latinoam [Internet]. junio de 2019 [citado 27 de septiembre de 2020];45(2):175–81.

- Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0376-78922019000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Günther V, Malchow B, Schubert M, Andresen L, Jochens A, Jonat W, et al. Impact of radical operative treatment on the quality of life in women with vulvar cancer--a retrospective study. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol* [Internet]. julio de 2014;40(7):875–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24746935/>
 10. Jeevarajan S, Duraipandian A, Kottayasamy Seenivasagam R, Shanmugam S, Ramamurthy R. Treatment Outcome of Carcinoma Vulva Ten-Year Experience from a Tertiary Cancer Centre in South India. *Int J Surg Oncol* [Internet]. 14 de diciembre de 2017 [citado 27 de septiembre de 2020];2017:e7161437. Disponible en: https://www.hindawi.com/journals/ijso/2017/7161437/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=HDW_MRKT_GBL_SUB_ADWO_PAIDYNA_JOUR_X_PJ&gclid=EAlaIQobChMIwPu5t4qs3AIVAQAAAB0BAAAAEAAYACAAEgJVzFD_BwE
 11. Singh S, Henley S, Ryerson A. Surveillance for Cancer Incidence and Mortality — United States, 2013. *MMWR Surveill Summ* [Internet]. 27 de enero de 2017 [citado 27 de septiembre de 2020];66(4):1–36. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5894249/>
 12. CDC. Centro de Control y Prevencion de Enfermedades: Estadísticas sobre los cánceres de vagina y de vulva |. 7 de julio de 2020 [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/vagvulv/statistics/index.htm>
 13. Globocan. Organizacion Mundial de la Salud. Mexico Source. 2018 [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk01FhJNEuBZ7K3l9SPorCiTbyoJF9A%3A1601264672976&ei=IFxxX8uWO6GO5wLA763oCg&q=Organizacion+Mundial+de+la+Salud.+Mexico+Source%3A+Globocan+2018+&oq=Organizacion+Mundial+de+la+Salud.+Mexico+Source%3A+Globocan+2018+&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQA1CTzhRYk84UYKbQFGgAcAB4AYABiwGIAYsBkgEDMC4xmAECOAECOAEBqgEHZ3dzLXdpesABAQ&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwjLppjg94rsAhUhx1kKHcB3C60Q4dUDCA0&uact=5
 14. Rogers L, Cuello M. Cancer of the vulva. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2018 [citado 27 de septiembre de 2020];143(S2):4–13. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.12609>

15. Masquelet A. Atlas of Surgical Anatomy [Internet]. CRC Press; 2005 [citado 27 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780429104282>
16. Skandalakis. Bases de la Anatomía Quirúrgica [Internet]. 2015 [citado 27 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://marbanlibros.com/cirugia-general/611-bases-de-la-anatomia-quirurgica-skandalakis-cirugia-9788471019929.html>
17. XI Reunión SOGCV. clínica y clasificación de la patología vulvar. nomenclatura ISSVD epidemiología del cáncer de vulva. 2015 [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk02DRYD3vJGVTsXVposZOFz544SD5g%3A1601265139556&ei=811xX8Gtle2n5wLXooTwAw&q=XI+REUNI%C3%93N+SOGCV.+CL%C3%8DNICA+Y+CLASIFICACI%C3%93N+DE+LA+PATOLOG%C3%8DA+VULVAR.+NOMENCLATURA+ISSVD+EPIDEMIOLOG%C3%8DA+DEL+CANCER+DE+VULVA+&oq=XI+REUNI%C3%93N+SOGCV.+CL%C3%8DNICA+Y+CLASIFICACI%C3%93N+DE+LA+PATOLOG%C3%8DA+VULVAR.+NOMENCLATURA+ISSVD+EPIDEMIOLOG%C3%8DA+DEL+CANCER+DE+VULVA+&gs_lcp=CgZwc3ktYWlQAziECCMQJ1D0iQJY9IkCYNKMAmgAcAB4AIABfYgBxQKSAQMxLjKYAQCGAQKgAQGqAQdnd3Mtd2l6wAEB&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwiB89W--YrsAhXt01kKHVcRAT4Q4dUDCA0&uact=5
18. Guarch R. Recomendaciones del Club de Ginecopatología de la SEAP. 2015 [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk03ilxqb-lyyKrpA0Lo_ipORaxRc1Q%3A1601263893610&source=hp&ei=FVlxX-fclsur5wKBgLRoBQ&q=Recomendaciones+del+Club+de+Ginecopatolog%C3%ADa+de+la+SEAP+&oq=Recomendaciones+del+Club+de+Ginecopatolog%C3%ADa+de+la+SEAP+&gs_lcp=CgZwc3ktYWlQAziFCCEQoAFQ-ARY-ARgsgxoAHAAeACAAeUBiAHIAZIBAZltMZgBAKABAqABAaoBB2d3cy13aXo&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwinu8Xs9IrsAhXL1VkkKHQGADI0Q4dUDCAc&uact=5
19. Godin G. Cáncer de vulva Encare diagnóstico y tratamiento quirúrgico. 2008 [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk01hBgpZbw26dwiNSQdLfY-vQ7Hj8w%3A1601263896688&ei=GFlxX-nFKYWb5gK_vLCAAg&q=C%C3%A1ncer+de+vulva+Encare+diagn%C3%B3stico+y+tratamiento+quir%C3%B3rgico&oq=C%C3%A1ncer+de+vulva+Encare+diagn%C3%B3stico+y+tratamiento+quir%C3%B3rgico&gs_lcp=CgZwc3ktYWlQAzoECAAQR1DmvAVY5rwF

YKLDBWgAcAR4AIAB4wGIAeMBkgEDMi0xmAEAoAECOAEBqgEHZ3dzLXdpesgBCMA
BAQ&scient=psy-
ab&ved=0ahUKEwypsYPu9IrsAhWFjVvkKHT8eDCAQ4dUDCA0&uact=5

20. Arenas J. Fundamentos de ginecología [Internet]. 2009 [citado 27 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-fundamentos-de-ginecologia/9788498352764/1485811>
21. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham F. Ginecología de Williams: Cáncer invasor de la vulva [Internet]. 2014 [citado 27 de septiembre de 2020]. (2). Disponible en: <http://accessmedicina.mhmedical.com/Content.aspx?bookid=1511&Sectionid=98644545>
22. Díez J, Moreno J, Burgos J, Ortiz R, Romero A, Rodríguez F, et al. Epidemiología, diagnóstico y tratamiento de la neoplasia vulvar intraepitelial (VIN). *Clínica E Investig En Ginecol Obstet* [Internet]. 1 de marzo de 2006 [citado 27 de septiembre de 2020];33(2):42–5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-epidemiologia-diagnostico-tratamiento-neoplasia-vulvar-13085710>
23. Nazac A, Louis C. Neoplasias intraepiteliales de la vulva. *EMC - Ginecol-Obstet* [Internet]. 1 de septiembre de 2016 [citado 27 de septiembre de 2020];52(3):1–5. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X1679120X>
24. Serrado M, Horta M, Cunha T. State of the art in vulvar cancer imaging. *Radiol Bras* [Internet]. octubre de 2019 [citado 27 de septiembre de 2020];52(5):316–24. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-39842019000500316&lng=en&nrm=iso&tlng=en
25. Pabashi P, Shilpa P, Ruchi A, Chetana P, Pariseema D, Sangeetha A. Prognostic value of lymph node ratio in surgically treated cases of vulvar cancer: a tertiary care centre experience. febrero de 2020 [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.ogscience.org/journal/view.php?doi=10.5468/ogs.2020.63.2.158>
26. Rubio D, Moratalla E, Camarasa N, Santón A, González M. Carcinoma verrucoso de vulva. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet* [Internet]. 1 de noviembre de 2006 [citado 27 de septiembre de 2020];33(6):241–3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-carcinoma-verrucoso-vulva-13094530>
27. Salazar I, Salazar J, López A, Villavicencio V, Coronel J, Candelaria M, et al. Manejo quirúrgico inicial del carcinoma epidermoide vulvar. 2016 [citado 27 de septiembre de

- 2020]; Disponible en: https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk03vMEDEWmOXCdJhy8_GoTAwH7XmOQ%3A1601264023476&ei=l1lxX8XYHMfO5gLo0ZzQBw&q=Manejo+quir%C3%BArgico+inicial+del+carcinoma+epidermoide+vulvar&oq=Manejo+quir%C3%BArgico+inicial+del+carcinoma+epidermoide+vulvar&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzoECAAQR1Cv7AVYr-wFYL7zBWgAcAR4AIABoQGIAaEBkgEDMC4xmAEAoAECOAEBqgEHZ3dzLXdpsgBCMABAQ&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwiFgL6q9YrsAhVHp1kKHegoB3oQ4dUDCA0&uact=5
28. Herraiz J, Lluca A, Maazouzi Y, Piquer D, Calpe E. Técnica quirúrgica de la linfadenectomía inguinal videoendoscópica en el cáncer de vulva. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 6 de noviembre de 2015 [citado 11 de junio de 2020]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304501315002368>
 29. Hacker NF, Eifel P, Velden J. Cancer of the vulva. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2015 [citado 27 de septiembre de 2020];131(S2):S76–83. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2015.06.002>
 30. ESGO. European Society of Gynaecological Oncology. Cáncer de vulva GUÍA CLÍNICA. [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk025jaWxU5Qp1zwH46sfOLvoqeBiJg%3A1601264151336&ei=F1pxX46IFIH5gLvmaCwBA&q=European+Society+of+Gynaecologica+Oncology.+C%C3%A1ncer+de+vulva+GU%C3%8DA+CL%C3%8DNICA&oq=European+Society+of+Gynaecological+Oncology.+C%C3%A1ncer+de+vulva+GU%C3%8DA+CL%C3%8DNICA&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzoECAAQR1CO4xNYjuMTYNjpE2gAcAR4AIA BjgGIAY4BkgEDMC4xmAEAoAECOAEBqgEHZ3dzLXdpsgBCMABAQ&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwjO77nn9YrsAhWBuVkkHe8MCEYQ4dUDCA0&uact=5
 31. Pereda A, Navarro M, Aedo O, Callejo P, Ortiz L. Cáncer invasivo de vulva: importancia e implicaciones pronósticas de un diagnóstico precoz. Clínica E Investig En Ginecol Obstet [Internet]. 1 de noviembre de 2013 [citado 27 de septiembre de 2020];40(6):279–82. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-cancer-invasivo-vulva-importancia-e-S0210573X12001372>
 32. NIH. National institute of diabetes and digestive and kidney diseases; Nutricion, alimentacion y actividad fisica si se tiene diabetes [Internet]. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2016 [citado 8 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/nutricion-alimentacion-actividad-fisica>

33. Iacoponi S. Análisis de los factores asociados a recurrencia local en cáncer de vulva. 2013 [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=39735>
34. Salvador C, Alejos A, Iñarra M, Esteban E, Manzanera G. Tratamiento quirúrgico del cáncer de vulva: vulvectomy radical frente a vulvectomy radical modificada. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 1 de enero de 2002 [citado 27 de septiembre de 2020];45(6):238–44. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-tratamiento-quirurgico-del-cancer-vulva-S0304501302757701>
35. Atienza G. Aplicabilidad de la técnica de identificación y biopsia del ganglio centinela en el cáncer de vulva. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 1 de octubre de 2010 [citado 27 de septiembre de 2020];53(10):403–11. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-aplicabilidad-tecnica-identificacion-biopsia-del-S0304501310002979>
36. NCCN. Clinical Practice Guidelines in Oncology. Vulvar Cancer. 2019 [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk00XCBXxG7ZeN-scNhNd0A7mUQTFJA%3A1601264477536&ei=XVtxX5KVIMHb5gLCirqwDw&q=NCCN+Clinical+Practice+Guidelines+in+Oncology.+Vulvar+Cancer&oq=NCCN+Clinical+Practice+Guidelines+in+Oncology.+Vulvar+Cancer&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzIGCAAQFhAeOgQIABBHUPzWBVj81gVg3N0FaABwBHgAgAGFAYgBhQGSQMwLjGYAQCgAQKgAQGqAQdnd3Mtd2l6yAEIwAEB&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwjSt_-C94rsAhXBrVkkKHUKFDvYQ4dUDCA0&uact=5
37. Ostojich M, Gianni S, Zeff N, Lay L, Damiani F, Gorostidy S, et al. Técnica del ganglio centinela (GC) en los tumores malignos de vulva (TMV). experiencia de 15 años en un centro oncológico. 2015 [citado 27 de septiembre de 2020]; Disponible en: https://www.google.com/search?sxsrf=ALeKk03S29IKUnwUsU_LChDjzWliXTIcbg%3A1601264581197&ei=xVtxX7XEC5HH5gLYib-4Cg&q=TECNICA+DEL+GANGLIO+CENTINELA+%28GC%29+EN+LOS+TUMORES+MALIGNOS+DE+VULVA+%28TMV%29.+EXPERIENCIA+DE+15+A%C3%91OS+EN+UN+CENTRO+ONCOLOGICO&oq=TECNICA+DEL+GANGLIO+CENTINELA+%28GC%29+EN+LOS+TUMORES+MALIGNOS+DE+VULVA+%28TMV%29.+EXPERIENCIA+DE+15+A%C3%91OS+EN+UN+CENTRO+ONCOLOGICO&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzIECCMQJzIGCAAQFhAeOgYIABAIEB5Qvv4DWL7-

- A2DAhARoAHAAeACAAAdUBiAGJBIBBTauMi4xmAEAoAECOAEBqgEHZ3dzLXdpesAB
AQ&sclient=psy-ab&ved=0ahUKEwj1ura094rsAhWRo1kKHdjED6cQ4dUDCA0&uact=5
38. Sanhueza P, Yaksic N, Chahuán K. Valor de la biopsia vulvar en el diagnóstico de liquen escleroso en pacientes con alteraciones vulvares crónicas. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2004 [citado 27 de septiembre de 2020];69(3):199–202. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262004000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. Raimond E, Pelissier A, Etienne M, François C, Graesslin O. Use of negative pressure wound therapy after vulvar carcinoma: case studies. *J Wound Care*. 2 de febrero de 2017;26(2):72–4.

IX. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTERIOR A CIRUGÍA VULVAR

Registro Médico: _____ Edad: _____ años

Histología: _____

Diabetes Mellitus: SI: _____ NO: _____

Karnofsky: _____%

Hipertensión arterial: SI: _____ NO: _____

Antibioticoterapia post operatoria: SI: _____ NO: _____

Esquema utilizado: _____

Infección: SI: _____ NO: _____

Seroma: SI: _____ NO: _____

Dehiscencia: SI: _____ NO: _____

Necrosis de colgajos: SI: _____ NO: _____

Obesidad: SI: _____ NO: _____

Hipertensión arterial: SI: _____ NO: _____

Tipo de cirugía:

- VULVECTOMÍA RADICAL + DISECCIÓN INGUINOFEMORAL BILATERAL
- VULVECTOMÍA RADICAL
- HEMIVULVECTOMÍA RADICAL + DISECCIÓN INGUINOFEMORAL UNILATERAL
- HEMIVULVECTOMÍA
- RESECCIÓN AMPLIA

ESTADIO: _____



El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES POSTERIOR A CIRUGÍA VULVAR”** para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.