UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

VULVECTOMIA RADICAL

Revisión de 8 casos de cáncer vulvar que requirieron vulvectomía radical, en el período de enero de 1980 a mayo de 1995. Departamento de Ginecología, Hospital Roosevelt.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

CARLOS HUMBERTO CALDERON MALDONADO

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, agosto de 1995

24 de julio de 1,995

Doctor
Edgar Rodolfo De León Barillas
Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos
Guatemala, Guatemala.

Estimado Doctor De León:

Por medio de la presente certificamos que el INFORME FINAL del Tema de Investigación "VULVECTOMIA RADICAL", por el Br. CARLOS HUMBERTO CALDERON MALDONADO, con número de Carnet 89-13189, fue aprobado por los Departamentos de GINECOLOGIA y DOCENCIA E INVESTIGACION del Hospital, el cual reune todos los requisitos exigidos para su divulgación.

En base al Artículo 11o. del Reglamento de Investigaciones del Hospital, se extiende la presente constancia.

Atentamente,

HOSPITAL ROOSEVELT
Comité de Docencia
SECRETARIA

DR. OCTAVIO FIGUEROA AGUILAR
PRESIDENTE
COMITE DE DOCENCIA E INVESTIGACION

OFA/srj.-
c.c. archivo

Guatemala, 24 de julio de 1995

Doctora

IRIS LORENA CAZALI
Jefe del Departamento
de Docencia e Investigación
Hospital Roosevelt
E D I F I C I O

Doctora Cazali:

Atentamente me dirijo a usted, para informarle que he revisado el informe final de la tesis titulada: "VULVECTOMIA RADICAL", que corresponde al bachiller CARLOS HUMBERTO CALDERON MALDONADO, el cual llena los requisitos indispensables, por lo que se da por aprobado.

Sin otro particular, quedo de usted atentamente,

HOSPITAL ROOSEVELT
DEPTO. DE GINECO-OBSTETRICIA
GUATEMALA
Jefatura
de
Ginecología

DR. CARLOS MANUEL MARTINEZ GONZALEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA

CMMG/chcm

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

FORMA C

Guatemala, 21 de julio de 1995.

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: Bachiller en Ciencias y Letras CARLOS HUMBERTO
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-

CALDERON MALDONADO Carnet No. 89-13189
llidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

VULVECTOMIA RADICAL

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

Asesor
Firma y sello personal

Carlos Manuel Martínez González
MEDICO Y CIRUJANO

Revisor
Firma y sello

Registro Personal 10141

Dr. JOSE ORLANDO ESCOBAR MEZA
Médico y Cirujano
Col. No. 2306

INDICE

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (La) Bachiller: CARLOS HUMBERTO CALDERON MALDONADO

Carnet Universitario No. 89-13189

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

VULVECTOMIA RADICAL

Trabajo asesorado por: DR. CARLOS MANUEL MARTINEZ GONZALEZ

y revisado por: DR. JOSE ORLANDO ESCOBAR MEZA
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite firma y sella la presente

O R D E N D E I M P R E S I O N :

Guatemala, 1 de agosto de 199

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALU

I M P R I M A S E :

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
D E C A N O

I. INTRODUCCION

El Cancer Vulvar es responsable de 3 a 4% de todos los procesos malignos del aparato genital femenino, carece de un cuadro clinico caracteristico, y por consiguiente se difculta el realizar un diagnostico temprano, llevando esto a que el enfoque terapéutico de estas pacientes en la mayoria de los casos sea Vulvectomia Radical.

La Vulvectomia Radical es un procedimiento extenso que presenta en la mayoria de los casos infeccion y dehiscencia de herida operatoria y que generalmente lleva a las pacientes a padecer edema cronico de miembros inferiores y/o estenosis del introito vaginal.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El Cancer de la vulva ocupa el tercer lugar en frecuencia de los tumores malignos de la pelvis y del 3 al 4% de todos los procesos malignos del aparato genital femenino.

La sintomatologia es muy vaga en sus estadios iniciales, ya que el primer sintoma segun se reporta, suele ser prurito y no se le da mayor importancia por parte de la paciente y el médico, llevando esto a que el diagnostico se realice aproximadamente 1 a 2 años despues de iniciado el cuadro, hallandose en estadios avanzados. Es importante mencionar que se reporta que esta es una enfermedad frecuente en personas de pocos recursos economicos y/o malos habitos higiénicos, lo cual favorece la presencia de lesiones premalignas y, por la idiosincracia de nuestra gente hace que la consulta sea cuando el manejo debe ser radical(5).

El tratamiento aplicado va a ir de acuerdo al tipo de cancer que se presente, y siempre sera quirurgico, no importando si se trata de un proceso intraepitelial, en el cual se realizara una vulvectomia simple, o si fuere un proceso invasivo ante el cual debe llevarse a cabo una vulvectomia radical con linfadenectomia total; esto se debe a que esta region es ampliamente irrigada por vasos linfaticos(6,14).

Agregado a lo anterior, debe considerarse que, con mucho el tipo de cancer mas frecuente es el epidermoide, y que este presenta alta frecuencia de metastasis ganglionar bilateral. (5).

Es importante mencionar que después del tratamiento quirurgico hay una sobrevida de 5 años en el 65% de los casos(5) por lo que si es una buena opcion, en especial si es aplicada en el tiempo justo.

Con relacion a la invasion a los ganglios linfaticos,estudios realizados en la Unidad de Oncologia del Hospital General de México reportan que 50% de pacientes con Cancer vulpresentan ganglios positivos, siendo del 26% al 30% superficiales y 13% al 15% superficiales y profundos y el 35% solamente profundos(15).

Las complicaciones mas frecuentes de la vulvectomia radical son: dehiscencia y necrosis del colgajo de diseccion, choque, embolia pulmonar, sepsis, DHE, edema cronico de miembros inferiores, cistocele y estenosis del introito vaginal. (3,5,6).

III. JUSTIFICACION

El diagnostico del Cancer de la vulva se hace la mayoria de veces en una etapa avanzada de la enfermedad. Los estadios en que se diagnostica son II,III, y IV segun la clasificacion establecida por la **Federacion Internacional de Ginecologia y Obstetricia(FIGO).** Se trata de un problema relativamente raro y los pocos casos que puedan presentarse van a requerir un tratamiento radical. Por lo que es importante conocer el comportamiento e historia natural de dicha enfermedad y su terapéutica, la vulvectomia radical y complicaciones de la misma.

Los datos de los que se dispone sobre esta entidad provienen de estudios realizados en el extranjero, debido a que en Guatemala no se han hecho trabajos de investigacion acerca de este tema. En el Departamento de Ginecologia del Hospital Roosevelt se cuenta con el volumen de pacientes necesario, y por eso se realizo el presente estudio para promover el diagnostico temprano y evitar complicaciones.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

* Establecer la cantidad de vulvectomias radicales realizadas en el Hospital Roosevelt en el periodo enero´80 a mayo´95.

ESPECIFICOS:

* Determinar:
  - Motivo de consulta mas frecuente.
  - Complicaciones mas frecuentes en el post-operatorio.
  - Secuelas de vulvectomia radical.
  - Tipo de Cancer mas frecuente.
  - Edad promedio.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

CARCINOMA VULVAR

CONSIDERACIONES GENERALES

El Cancer de la Vulva esta en el tercer lugar de los tumores del tracto genital femenino y representa del 3% al 4% de todos los canceres ginecologicos. El 85% de los casos se presenta posterior a la menopausia, principalmente después de los 65 años. Es raro antes de los 45 años y mas raro durante el embarazo. Representa el 30% de los tumores malignos ginecologicos que se presentan en la séptima década de la vida. (5,14).

Los labios mayores son el sitio de mayor frecuencia para las lesiones cancerosas, siguiendo el clitoris, pero puede ubicarse en cualquier parte de la region vulvar(6).

La cirugia es el tratamiento en el 80% de los casos.(5)

La etiologia del cancer vulvar no se ha establecido. Es frecuente entre las mujeres de escasos recursos de distintas partes del mundo y en aquellas que tienen habitos higiénicos deficientes, siendo menos frecuente entre las musulmanas, las cuales se lavan después de la miccion y defecacion y se afeitan el vello pubico.

Varias condiciones cutaneas cronicas son asociadas al CA como es el caso de Leucoplasia, Craurosis de la vulva, enfermedad granulomatosa, lesiones pigmentadas, ulceras cronicas y sifilis. También se ha observado en pacientes que presentan hongos y otros microorganismos, como es el caso del Virus del Papiloma(HPV), que ha sido considerado un factor etiologico importante tanto en la region vulvar como en el carcinoma cervical y se ha demostrado coexistencia de condilomas y neoplasia en 20-25% de casos(9), relacionandose también el Herpes virus tipo II. Existen factores que se presentan asociados a esta entidad, como lo son hipertension, obesidad, irritacion vulvar cronica secundaria a diabetes mellitus.

El Cancer de la vulva puede ser intraepitelial o invasivo y originarse de la piel, tejidos subcutaneos, uretra, elementos glandulares de la vulva o de la mucosa del tercio inferior de la vagina; 85 al 90% de estos tumores son cancer epidermoide.

El diagnostico precoz debe ser la regla, sin embargo no sucede asi, y es frecuente que se retrase 6 a 12 meses, esto debido a la renuencia de los medicos a realizar biopsia a las lesiones sospechosas de la vulva, ya que si una ulcera no sa-

na en un mes debe ser sometida a biopsia, tanto el Médico como la paciente deben ser concientizados a este respecto(6).

ANATOMIA DE LA VULVA

Constituida por el conjunto de genitales externos en la mujer, que forman un saliente ovoideo de eje mayor anteroposterior.

Sus componentes son:

* Monte de venus
* Labios mayores
* Labios menores
* Formaciones interlabiales

LABIOS MAYORES

Son dos repliegues cutaneos alargados en sentido anteroposterior y aplanados transversalmente. Tiene varias capas, las cuales son, de afuera adentro: capa cutanea de epidermis, que es rica en vello, glandulas sudoriparas y sebaceas; dartos labial, que esta constituida por musculo liso; tejido celular, que presenta grasa y fibras elasticas.

Irrigados por las arterias pudendas externas, ramas de la femoral y por la perineal superficial, rama de la pudenda interna. El drenaje venoso esta dado por las venas vulvares del plexo vaginal; siendo el linfatico hacia los inguinales superficiales. La inervacion corresponde al pudendo interno y los abdominogenitales.

LABIOS MENORES

Situados por dentro de los mayores. La extremidad anterior se divide en dos repliegues que rodean al clitoris, el anterior furma el prepucio y el posterior, el frenillo del clitoris.

Formado por una envoltura tegumentaria que presenta caracteres de piel y mucosa, rica en receptores tactiles, glandulas sebaceas y fibras elasticas. Irrigacion similar a los labios mayores.

MONTE DE VENUS

Formado por tejido celuloadiposo recubierto de piel. Irrigado por las pudendas externas, ramas de la femoral. Drenaje venoso por la femoral y linfatico por los ganglios superiores de la ingle.

FORMACIONES INTERLABIALES

Las constituyen el vestibulo, meato urinario, clitoris, introito vaginal. El clitoris es una formacion eréctil, que se encuentra irrigado por las arterias cavernosas y dorsales del clitoris. El drenaje venoso esta dado por las venas superior y dorsal profunda, que desembocan, la primera en la vena femoral, y la segunda al plexo de Santorini. Inervado por el pudendo interno, y el drenaje linfatico va a los ganglios inguinales que drenan al ganglio de Cloquet.

Ademas, la region vulvar cuenta con glandulas anexas que son las uretrales, periuretrales y vulvovaginales(8).

LESIONES PREMALIGNAS

LESIONES BLANCAS

El color blanco (a excepcion de Candidiasis) puede ser causado por tres mecanismos: la despigmentacion por alteracion funcional o destruccion de melanocitos; hiperqueratosis y disminucion del riego sanguineo por hialinizacion o esclerosis de la colagena dermica. Estos tres mecanismos se unen en el liquen escleroso(6).

LESIONES BLANCAS ATROFICAS

La vulva senil es palida, atrofica, pero conserva flexibilidad.

LESIONES BLANCAS ATROFICAS SECAS, HIPERQUERATOSICAS

Las placas blancas y brillantes, casi siempre pruriginosas, de superficie seca y finamente rugosa, rigidas cuando se intenta pellizcarlas, patognomonicas del liquen escleroso.

LESIONES BLANCAS RETICULADAS

Un fino reticulo blanco o un punteado blanco sobre algunas zonas mucosas o cutaneas deben orientar hacia un liquen plano.

LESIONES BLANCAS HIPERPLASICAS

Siempre manifiestas por prurito, suelen formar una placa blanca, consecuencia de la hiperplasia epitelial y el aumento de espesor de la capa cornea. Estas lesiones responden clasicamente a liquenificacion, leucoplasia y carcinoma in situ.

Debido a la similitud de estas lesiones con la presentacion clinica del Cancer vulvar debe evaluarse meticulosamente a la paciente y someter a biopsia las lesiones existentes(6).

DISTROFIAS VULVARES HIPERTROFICAS

Se caracterizan por engrosamiento epitelial secundario a irritacion cronica por diversos estimulos. Algunas mujeres tienen displasia epitelial al realizar la biopsia en primera evaluacion, y presentan alta incidencia de CA invasivo. En un estudio realizado en Brasil, se demuestra la coexistencia de cancer vulvar y DVH en un 29% de los casos(12).

DISTROFIAS ATROFICAS

El trastorno mas frecuente de este tipo de lesiones es el Liquen Escleroso y Atrofico. No hay pruebas que demuestren que este trastorno predisponga al desarrollo de Cancer de la vulva, pero debe ser sujeto de estudio, ya que el cancer Epidermoide puede sobreagregarse a la lesion existente. (15,5).

TRASTORNOS GRANULOMATOSOS CRONICOS

Las pacientes que tienen cambios granulomatosos cronicos en la region vulvar secundarios a enfermedad venérea, principalmente linfogranuloma venéreo, sifilis y granuloma inguinal presentan una mayor frecuencia de cancer vulvar.

IRRITACION CRONICA

El frotamiento o rascado persistente, secundario a prurito vulvar, es un factor importante en el desarrollo de cancer.

RADIACION

Es aceptada la influencia que la radiacion tiene sobre la génesis de CA, aunque no ha sido determinada la frecuencia del carcinoma en el campo irradiado(5).

PATOLOGIA

El aspecto macroscopico del cancer vulvar depende del origen y tipo histologico, como se describe a continuacion.

CANCER EPIDERMOIDE

Es el tumor mas frecuente. En el 65% de los casos se origina en los labios mayores, y en el 25% en el clitoris. Mas del 30% de los tumores afectan bilateralmente a la vulva o se situan en la linea media. Frecuentemente presentan metastasis media; empeorando el pronostico al afectar ano, vagina o recto.

Macroscopicamente, va desde una lesion grande, exofilica como una coliflor, hasta una lesion ulcerada y pequeña,sobrepuesta a una distrofica; o bien, aparecer como un tumor aterciopelado, ligeramente elevado y rojo, que se disemina poco a poco en la piel vulvar. Las lesiones ulceradas pueden comenzar como un area blanquecina; y los tumores exofilicos pueden crecer desmesuradamente, ulcerandose y presentando infeccion sobreagregada.

El determinanate de la metastasis ganglionar, asi como del pronostico es el tamaño del tumor.

Las neoplasias epidermoides han sido clasificadas histologicamente de la siguiente manera:

GRADO I: Bien diferenciados, casi siempre formando perlas de queratina.

GRADO II: Moderadamente diferenciados.

GRADO III: Constituidos por celulas indiferenciadas.

El carcinoma verrugoso constituye una variante del escamoso, y es un tumor localmente invasivo, que rara vez metastatiza a ganglios linfaticos, y debe ser tratado mediante una vulvectomia amplia ya que presenta elevada recurrencia(15,6).

CANCER INTRAEPITELIAL

Por definicion, es aquel que afecta la epidermis, sin extenderse a la dermis subyacente. La displasia suele ser multicéntrica y los tumores pueden presentarse unicos o multiples, planos o elevados, pudiendo formar papulas; y su coloracion va desde el aspecto blamquecino hasta aterciopelado, rojo o negruzco.

Microscopicamente se caracteriza por desorganizacion celular y pérdida de la estratificacion que afecta todo el grosor del epitelio, encontrandose aumento en la densidad celular y las células individuales varian considerablemente en el tamaño con células gigantes multinucleadas, figuras mitoticas con hipercromatismo y cuerpos redondos.

ENFERMEDAD DE PAGET EXTRAMAMARIA

Puede ser intraepitelial o invasiva. La célula patognomonica parece originarse de la diferenciacion anormal de la capa basal del epitelio. La lesion se observa como un cambio de color en la piel, pruriginosa, de diseminacion lenta, aterciopelada, que posteriormente se vuelve eccematoide para luego macerarse y formar placas blanquecinas.

CANCER DE LAS GLANDULAS DE BARTHOLIN

Representa el 5% de los canceres de la vulva. La mitad de las veces se trata de un adenocarcinoma. Presenta elevada frecuencia de diseminacion linfatica.

CANCER DE CELULAS BASALES

Constituye el 3% de los tumores malignos de la region vulvar. Son lesiones papilomatosas, y se originan casi exclusivamente en la piel de los labios mayores. Se caracteriza por crecimiento lento, infiltracion local y tendencia a ser recurrente. La infiltracion linfatica es muy rara.

MELANOMA MALIGNO

Esta entidad presenta una frecuencia del 8 al 11%. Se origina con mas frecuencia en la region de los labios menores y se manifiesta como una lesion pigmentada o amelaninica en la union mucocutanea. Presenta una alta incidencia de metastasis ganglionar.

OTROS

Entre los tumores menos frecuentes podemos mencionar los Sarcomas(2%), de los cuales el mas observado es el liomiosarcoma. El tratamiento es vulvectomia radical.

CUADRO CLINICO

La paciente, en forma caracteristica, no acude a control médico en una forma periodica. El 10% son diabéticas, y 30 a 50% son obesas y/o hipertensas. A cerca del 20% ya se le ha diagnosticado otro tumor primario, siendo el 75% cervicales.

La sintomatologia es variable, y va del prurito a la ausencia de sintomas(20%), ademas puede haber hemorragia o dolor vulvar. Aproximadamente en 25% de las pacientes ha recibido tratamiento médico, y se ha obviado la biopsia por el médico y se pasa por alto el diagnostico.

CLASIFICACION

Se emplean con mayor frecuencia dos tipos de clasificacion del cancer vulvar. Estas son la TNM y el sistema establecido por la Federacion Internacional de Ginecologia y Obstetricia(FIGO) que se basa principalmente en datos clinicos, mientrs que la primera se recomienda cuando ya exista informacion quirurgica y patologica.

*** CLASIFICACION TNM**

T- TUMOR PRIMARIO

T1 Tumor confinado a la vulva, diametro mayor 2 cm. o menos.

T2 Tumor confinado a la vulva, mayor de 2cm.

T3 Tumor de cualquier tamaño, con diseminacion adyacente a uretra, periné, vagina o ano.

T4 Tumor de cualquier tamaño que infiltra mucosa de la vejiga, rectal o ambas e incluye la parte superior de la mucosa uretral o esta fijo al hueso.

N- GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES

N0 No hay ganglios palpables.

N1 Ganglios palpables en cada pliegue inguinal, no estan crecidos y son moviles(no sospechosos de neoplasia).

N2 Ganglios palpables en cada pliegue inguinal,crecidos, firmes y moviles(no sospechosos de neoplasia).

N3 Ganglios fijos o ulcerados.

M- METASTASIS A DISTANCIA

M0 No hay metastasis.

M1 Ganglios pélvicos profundos palpables.

M2 Otras metastasis distantes.

*** CLASIFICACION FIGO**

ESTADIO 0: Carcinoma In situ(Enf. de Bowen, Enf de Paget no invasora).

ESTADIO I: Tumor confinado a la vulva de 2cm. o menos en su diametro mayor, ganglios no palpables o bien, palpables en cada pliegue inguinal, sin aumento de volumen y moviles(no sospechosos).

ESTADIO II: Tumor confinado a la vulva, mayor de 2cm. de da diametro, ganglios no palpables o palpable en cada pliegue inguinal y moviles (no sospechosos).

ESTADIO III: Tumor de cualquier tamaño con diseminacion adyacente a la uretra y a cualquiera de los siguientes: vagina, periné y ano; o ganglios palpables en cualquiera de ambos pliegues inguinales, crecidos, firmes y moviles(pero no sospechosos de neoplasia).

ESTADIO IV: Tumor de cualquier tamaño que infiltra mucosa vesical, rectal o ambas, incluso la parte superior de la mucosa uretral, o fijado al hueso u otras metastasis distantes(5,15).

*** GRUPOS DE ESTADIOS CLINICOS(5)**

ESTADIO I:	T1 N0 M0
	T1 N1 M0
ESTADIO II:	T2 N0 M0
	T2 N1 M0
ESTADIO III:	T3 N0 M0
	T3 N1 M0
	T3 N2 M0
	T4 N2 M0
ESTADIO IV:	T1 N3 M0
	T2 N3 M0
	T3 N3 M0
	T4 N3 M0
	T4 N0 M0
	T4 N1 M0
	T4 N2 M0

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnostico del Cancer Vulvar solo puede ser excluido por biopsia.

Las lesiones que frecuentemente tienen presentacion similar al carcinoma son las producidas por sifilis, granuloma inguinal, infecciones piogenas y virales, algunos tumores benignos. Una prueba usada es el azul de toluidina seguido de la aplicacion de acido acético, lo cual sirve para detectar areas de hiperqueratosis, demostrando el epitelio atipico existente en el epitelio superficial, ya que las areas hiperqueratosicas no se tiñen bien al no permitir la entrada del colorante. Ademas se emplea la Tomografia Axial Computarizada para detectar la existencia de adenopatia(3).

TRATAMIENTO

*** CARCINOMA IN SITU**

El primer paso debe ser un diagnostico certero de la ausencia de invasion, para ello se corta la lesion, necesitando hasta 80 cortes.

La eliminacion amplia local o la hemivulvectomia son el tratamiento para el carcinoma localizado y la vulvectomia simple para el diseminado.

Se ha empleado crema de Fluorouracilo al 5%(5-FU), teniendo evidencias de su utilidad, pero esta cayendo en desuso debido a las ulceras dolorosas que se forman al aplicarlo. La sobrevida es mayor, cuanto mas extensa es la cirugia(10).

*** ENFERMEDAD DE PAGET**

Se maneja como una lesion in situ; realizandose una vulvectomia simple que se hace a través de todas las capas del musculo subyacente, denominandose excision radical local de la vulva.

Si se trata de un proceso invasor, se realiza vulvectomia mas linfadenectomia superficial y profunda.

*** CANCER INVASOR DE LA VULVA**

El tratamiento es quirurgico. Debe realizarse una vulvectomia radical. La cirugia radical implica excision de lesion maligna y tejido premaligno que le rodea.

La operacion rutinaria es una vulvectomia amplia con linfadenectomia bilateral inguinal y pélvica, aunque ocasionalmente se omite la linfadenectomia pélvica. Se ha reportado recidiva del 18% en estudios realizados en México(11).

RADIOTERAPIA

La radioterapia juega un papel poco importante en el tratamiento curativo. Se aplica principalmente combinada con la cirugia, en el periodo pre y post-operatorio, esto se apoyad por las siguientes teorias:

1) Reduccion del tumor con radioterapia evita sacrificar estructuras importantes.
2) Después de la radioterapia se requiere ser menos radicales al realizar linfadenectomia, ya que elimina los focos microscopicos de metastasis(15,6).

Muchos estudios han reportado que la radiacion dismunuye el riesgo de recidiva en el post-operatorio, como se demostro en el Hospital General de México, en el cual 55% de 113 casos sos de pacientes sometidas a radioterapia, finalizaron tratamiento sin evidencia de la enfermedad(14).

Las técnicas empleadas buscan irradiar lo menos posible las cabezas femorales. Se utilizan rayos de alta energia: Fotones gamma emitidos por Cobalto 60.

Constituye un tratamiento paliativo en pacientes que por los factores de riesgo son inoperables.

QUIMIOTERAPIA

Los pacientes en estadios avanzados, son pacientes frecuentemente mayores de 68 años, lo que las hace pobres candidatas para quimioterapia debido al incremento del riesgo de efectos adversos a los agentes citotoxicos.

La eficacia reportada es escasa. Se emplea Adriamicina, Metotrexato, Bleomicina(15).

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Los factores determinantes en el éxito de la cirugia son el tamaño del tumor y el grado de invasion a ganglios linfaticos(16,5). Con ganglios negativos, sobrevida de 5 años del 70-80%, si hay ganglios superficiales positivos es del 30% y si hay ganglios profundos tomados es del 10-15%(5).

COMPLICACIONES

*** CURSO NATURAL DE LA ENFERMEDAD**

El carcinoma in situ progresara siempre a cancer invasivo si no se aplica tratamiento.

Los tumores exofilicos crecen y se ulceran, se necrotiza produciendo secreciones y olor pestilente. Ademas los tumores invasivos pueden producir fistulas al afectar vejiga, o bien ulcerarse a través de la piel.

Los ganglios linfaticos inguinales agrandados, pueden producir linfedema cronico en miembros inferiores y tromboflebitis(5,6,14).

*** CON TRATAMIENTO**

A) Dehiscencia y necrosis del colgajo de diseccion:Factores como tension de la sutura y trastorno en drenaje linfatico, hacen de esta la mas frecuente de todas las complicaciones.
B) Recurrencia: Es mas frecuente en la enfermedad extramamaria de Paget.
C) Linfedema: El linfedema de grados diversos se presenta y puede ser controlado mediante vendajes y elevacion de miembros inferiores.
D) Cistocele, rectocele e incontinencia urinaria: Puede ser prevenido mediante la realizacion de colporrafia posterior en el momento de la vulvectomia.
E) Estenosis vaginal: Ocasionalmente se forma un anillo fibroso alrededor del introito vaginal.
F) Choque, embolia pulmonar, sepsis, D.H.E.: Estas complicaciones pueden ser observadas, dada la edad de las pacientes sometidas a vulvectomia radical(14,15).

CANCER DE VULVA EN EL EMBARAZO

Presenta una frecuencia muy baja. El manejo es de la siguiente manera:

* **PRIMER TRIMESTRE:** Vulvectomia radical con linfadenectomia superficial y profunda.

* **SEGUNDO TRIMESTRE:** Similar al anterior, solo que posiblemente sea necesario esperar al término del embarazo para realizar la vulvectomia.

* **TERCER TRIMESTRE:** Dependera del tamaño de la lesion, ya que si permite el parto vaginal, se realiza este y se somete a vulvectomia radical a la paciente en periodo inmediato al post-parto(5).

TECNICA QUIRURGICA

Se describira la técnica quirurgica tocando solamente puntos claves, ya que su descripcion de principio a fin seria ademas de muy extenso, tedioso para el lector.

La incision realizada en piel va de la espina iliaca anterosuperior a la opuesta, se realiza curvilinea, pasando sobre el Monte de Venus, se emplea este tipo de incision para realizar una diseccion adecuada y prevenir en lo posible dehiscencia del colgajo. Posteriormente se inicia la diseccion identificando las estructuras importantes, los vasos sanguineos y linfaticos, teniéndose especial cuidado en el manejo de estos ultimos dada la alta frecuencia de edema cronico de miembros inferiores.

El fin es realizar una diseccion amplia, para poder resecar todo tejido sospechoso.

Un problema frecuente es que al cerrar, la sutura quede muy tensa, en cuyo caso no se duda en realizar un cierre parcial. Se cateteriza vejiga, dejando la sonda foley, y algo muy importante es la reconstruccion del area vulvar(7).

VI. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo retrospectivo.

SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Se investigaron a todas las pacientes atendidas en el Departamento de Ginecologia del Hospital Roosevelt que llenaron los criterios de inclusion en el periodo de enero de 1980 a mayo de 1995.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron en el estudio a todas aquellas pacientes con Cancer de la vulva que requirieron Vulvectomia radical.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se dejaron fuera todas las pacientes que aunque presentaron cancer vulvar no hayan sido sometidas a vulvectomia radical.

RECURSOS HUMANOS

- Encargado del Archivo de Registros Médicos.

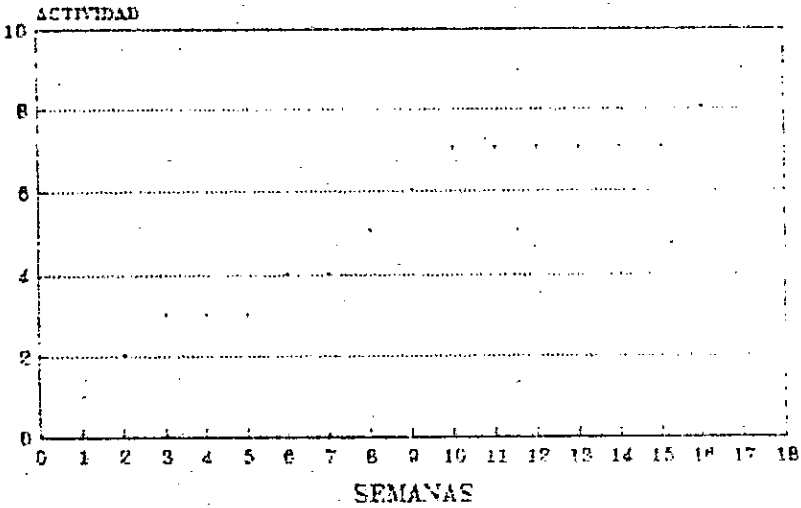
MATERIALES FISICOS

- Registros médicos del Departamento de Ginecologia, Hospital Roosevelt.
- Boleta de recoleccion de datos.
- Biblioteca del Hospital Roosevelt.
- Biblioteca de Facultad de Medicina, U.S.A.C.
- Biblioteca de APROFAM.

EJECUCION DE LA INVESTIGACION

Se revisaron los libros de Sala de Operaciones del Departamento de Ginecologia, anotando el numero de registro clinico de las pacientes que fueron sometidas a vulvectomia radical que cumplian con los criterios de inclusion y exclusion. Posteriormente se acudio al Archivo de Registros Médicos, revisando los expedientes, anotando la informacion en la boleta de recoleccion de datos. Se tabularon y analizaron los datos recabados.

GRAFICA DE GANT
PLANIFICACION POR SEMANAS



ACTIVIDADES

* 1) Selección de tema
* 2) Elección de asesor y revisor
* 3) Revisión bibliográfica
* 4) Diseño del trabajo junto a asesor y revisor
* 5) Aprobación por Facultad de Ciencias Médicas
* 6) Aprobación por Comité de Docencia Hospital Roosevelt
* 7) Trabajo de campo
* 8) Elaboración informe final
* 9) Aprobación de informe final por Hospital Roosevelt y Facultad de Ciencias Médicas.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Cuadro # 1

MOTIVO DE CONSULTA EN PACIENTES CON CANCER VULVAR, DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA, HOSPITAL ROOSEVELT
Enero 1980 a Mayo 1995

Motivo de Consulta	Casos
Prurito vulvar	6
Ulcera en region vulvar	1
Masa en region vulvar	1
Total	8

FUENTE: Boleta de recoleccion de datos.

Cuadro # 2

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS EN PACIENTES CON VULVECTOMIA RADICAL, DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT
Enero 1980 a Mayo 1995

Complicacion	Casos
Infeccion y dehiscencia de herida operatoria	4
No complicaciones	4
Total	8

FUENTE: Boleta de recoleccion de datos.

Cuadro # 3

SECUELAS EN PACIENTES CON VULVECTOMIA RADICAL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA, HOSPITAL ROOSEVELT
Enero 1980 a Mayo 1995

Secuela	Casos
Edema cronico en Miembros inferiores	1
Estenosis del introito Vaginal	1
Ninguna	6
Total	**8**

FUENTE: Boleta de recoleccion de datos.

Cuadro # 4

EDAD DE PACIENTES SOMETIDAS A VULVECTOMIA RADICAL
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA, HOSPITAL ROOSEVELT
Enero 1980 a Mayo 1995

Edad	Casos
40 a 59	2
60 a 79	3
80 o mas	3
Total	8

FUENTE: Boleta de recoleccion de datos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se estudiaron un total de 8 pacientes sometidas a Vulvectomia Radical en el periodo de estudio, siendo la indicacion en el total de los casos Cancer Vulvar Invasivo de Células Escamosas.

El 75% de las pacientes se encontraba arriba de los sesenta años de edad, con promedio de sesenta y ocho años.

El cancer vulvar no produce sintomatologia clara, y en la mayoria de las pacientes estudiadas el unico sintoma fue prurito vulvar, al cual, las pacientes y el médico no le dan la importancia debida, permitiendo asi que el proceso avance; esto evidenciado porque el total de las pacientes se encontraban en Estadio III segun la clasificacion de la FIGO.

Cuatro pacientes presentaron complicaciones post-operatorias, siendo estas infeccion y dehiscencia de herida opertoria, causada por la disminucion en el aporte sanguineo, y de ellas una necesito injertos, los cual prolongo el tiempo de hospitalizacion.

Dos pacientes presentaron secuelas, las cuales fueron edema cronico de miembros inferiores y estenosis del introito vaginal, secundarias a lo amplio que debe ser la cirugia para el estadio en el cual se logro hacer el diagnostico a estas pacientes.

IX. CONCLUSIONES

1.- Se realizaron un total de ocho vulvectomias radicales en el Hospital Roosevelt en el periodo de estudio.

2.- Seis pacientes eran mayores de 60 años y el resto se enban en el rango de 40 a 59 años. La edad promedio fue 68 años.

3.- El total de las pacientes presentaba Cancer Vulvar Invasivo de Células Escamosas.

4.- Seis pacientes consultaron por Prurito Vulvar, y las dos restantes lo hicieron por ulcera o masa en la region vulvar.

5.- Cuatro pacientes presentaron complicaciones post- operatorias, siendo estas infeccion y dehiscencia de herida operatoria.

6.- Dos pacientes presentaron secuelas, las cuales fueron edema cronico en miembros inferiores y estenosis del introito vaginal.

X. RECOMENDACIONES

1.- Efectuar biopsia a toda paciente mayor de 50 años que presente lesiones en la region vulvar.

2.- Realizar investigaciones en las cuales se evalue sobrevida en las pacientes después de efectuarles Vulvectomia Radical.

3.- Llevar un control adecuado de los casos que se presenten para proporcionarles un mejor seguimiento.

XI. RESUMEN

Se efectuo un estudio de tipo descriptivo-retrospectivo en 8 pacientes sometidas a Vulvectomia Radical en el Departamento de Ginecologia del Hospital Roosevelt de Guatemala, durante el periodo comprendido de enero de 1980 a mayo de 1995; con el fin de establecer las complicaciones y secuelas mas frecuentes que sufren las pacientes sometidas a esta intervencion quirurgica.

El total de pacientes estudiadas fueron sometidas a Vulvectomia Radical por presentar Cancer Vulvar Invasivo de Células Escamosas en Estadio III segun la clasificacion de la FIGO. La edad promedio fue 68 años.

En la mitad de los casos se identificaron complicaciones las cuales fueron infeccion y dehiscencia de herida operatoria y necrosis del colgajo de diseccion.

En base a los resultados se recomienda realizar biopsia a toda paciente mayor de 50 años que presente cualquier tipo de lesion vulvar.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abro, Fauzer Simo; Marziona F.; Andrea Filho. O Cancer Microinvasor da vulva. Revista Brasileña de Ginécologia y Obstetricia. 4(2): 59-61, 1982.

2. Azevedo, Elbens M. M. de; Bagnoli, Vicente Renato. Estudo das associaes entre cancer vulvar, neoplasia vulvar intraepitelial e distrofias cronicas da vulva. Journal Brazilian of Gynecology; 98(11/12): 615-17, nov-dez 1988.

3. Clinical Obstetrics and Gynecology. New Diagnostic Techniques in Gynecologic Oncology. Vol. 35 No.1, March 1992, 18p(pp 5-25).

4. Flores Funez, Oscar ; Ponce, Manuel de Jesus. Cancer de Vulva/ Analisis de 8 años en el Hospital Escuela. Revista Médica Hondureña; 56(1): 35-44, ene-mar. 1988.

5. H.R.K.Barber. Manual de Oncologia Ginecologica. 2a. Edicion. Interamericana-McGraw-Hill, México D.F.1992. 456p,(pp224-243).

6. J. Hewitt-M. Pelisse-B. Paniel. Enfermedades de la Vulva. 1a. Edicion. Interamericana-McGraww-Hill,México,D.F. 1989.756p(pp17-21).

7. Langdon Parsons-Howard Ulfelder, Atlas de Operaciones Pel-vianas. Manuel Parrera, Barcelona, España. 1970. (pp 350-385).

8. Quiroz, F. Anatomia Humana. 28 Edicion. México, D.F., Volumen III. (pp 307-335)

9. Roy M.; Morin C; Casas Cordero M. Human Papillomavirus and vulvar lesions. Clinical Obstetrics and Gynecology.1983 Dec.; 26(4): 949-967.

10. Simoes P. M; Almeiida Filho, G. Terapeutica do Cancer da Vulva. Analisis de 85 casos. Journal Brazilian of Gynecology: 92(2):117-20, 1982.

11. Torres Lobaton, A; Mendoza Tenorio, A. Tratamiento quirurgico del cancer de la vulva. Experiencia con 43 casos. Ginecologia y Obstetricia de México; 51(319):287-96,1983.

12. Torres Lobaton, A; Mendoza Tenorio, A. Cancer ginecologico, magnitud del problema clinico: Unidad de Oncologia. Hospital General de México(1983-1984). Ginecologia y Obstetricia de México; 57(5):109-16, mayo 1989.

13. Torres Lobaton, A.; Mendoza Tenorio, A; Factores pronosticos en el cancer de la vulva. Analisis de 64 pacientes tratados con cirugia. Revista Médica Hospital General de México: 51(1):31-8, ene-mar,1988.

14. Torres Lobaton, A.; Roman Bassaure, Edgar. Neoplasias Malignas de la vulva. Analisis de 113 pacientes. Ginecologia y Obstetricia de México: 235-41, sept 1989.

15. William Hoskins, Carlos Perez, Robert Young. Principles and Practice of Gynecologic Oncology. Lippincott. 2a. Edicion. 1992. (pp 464-485).

XIII. ANEXOS