

# CANCER DE LA VULVA

A PROPOSITO DE 181 HISTORIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA\*

*Dr. Alberto Duarte-Contreras, M.D.\*\**

*Dr. Mario Gaitán-Yanguas, M.D.\*\*\**

*Dr. Manuel José Palau-C., M.D.\*\*\*\**

## I - Introducción

El cáncer de la vulva no es una entidad tan frecuente como otras localizaciones que afectan a la mujer. Quizá por este motivo poco se piensa en él y en la generalidad de los casos el diagnóstico se hace ya muy tardíamente cuando la enfermedad está avanzada y las posibilidades de curación son bajas.

Hay dos factores que contribuyen principalmente a esta situación. El primero es la renuencia que tienen las mujeres, por motivos de sobra conocidos, a examinarse personalmente o a someterse a examen de sus genitales. Y el segundo es el desconocimiento que tienen muchos médicos de las características de esta variedad de cáncer, lo que hace que la confundan con enfermedades venéreas y la traten como tal.

Un reflejo de esta falta de interés por la patología vulgar maligna lo observamos en la escasez de bibliografía colombiana sobre este tema; a pesar de nuestra cuidadosa búsqueda tan sólo pudimos encontrar 6 publicaciones sobre este tópico (19, 20, 21, 22, 23 y 24).

Por estas razones hemos considerado de importancia hacer un estudio del material disponible en nuestro medio en relación con el cáncer de vulva, como es el del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá.

## II - Frecuencia

En el Instituto durante los años 1935 a 1968 se han atendido 36.919 casos de cáncer y de ellos 10.859 corresponden a cáncer ginecológico (29,4%), de los cuales 181 han sido cánceres de la vulva (0,48% en relación con el total de cánceres atendidos y 1,66% en relación con el cáncer ginecológico).

Nuestra incidencia es baja si la comparamos con la encontrada por autores extranjeros tales como Smith

---

\* Trabajo presentado por Invitación de Honor al XXIV Congreso Francés de Ginecología: Grenoble, mayo 22-25, 1969. Y luego para ingresar a la Sociedad Colombiana de Cancerología, y a la Sociedad Francesa de Ginecología.

\*\* Médico Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios, de Cúcuta, Colombia.

\*\*\* Médico Director del Instituto Nacional de Cancerología.

\*\*\*\* Médico Residente del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios, Cúcuta.

y Pollack 4% (1), Langfeldt 3,8% (2), Palmer 3,88% (3), Lacour 4,7% (4).

Esta baja frecuencia se explica porque el cáncer de la vulva, como demostraremos más adelante, tiene su mayor frecuencia en los grupos de edad más avanzada, mientras que la población de Colombia, fundamentalmente joven, tiene relativamente muy pocas mujeres de más de 60 años.

### III - Procedencia

Veamos la procedencia de las 181 pacientes de acuerdo a nuestra distribución geopolítica.

**CUADRO 1**  
**CANCER DE LA VULVA.**  
**PROCEDENCIA.**

Procedencia	Nº Pacientes
Bogotá	42
Cundinamarca	36
Boyacá	24
Tolima	22
Santander	12
Caldas	8
Huila	7
Meta	4
Nariño	4
Quindío	4
Valle del Cauca	4
Norte de Santander	3
Bolívar	3
Antioquia	2
Arauca	1
Atlántico	1
Caquetá	1
Chocó	1
Magdalena	1
Risaralda	1

Advertimos que la cifra absoluta de casos de cáncer de vulva que proceden de cada una de las divisiones geopolíticas del país no es, de ninguna manera, representativa de la frecuencia de este cáncer en cada región. Porque la afluencia de pacientes al Instituto está determinada por

múltiples factores, como son la mayor o menor distancia de Bogotá, las facilidades de las vías de comunicación, el potencial económico de cada región, la vecindad o no de otros centros de tratamiento, la densidad de la población femenina adulta en cada región, etc.

Sin embargo consideramos de interés hacer este análisis porque nos permite formar alguna idea, así sea vaga, del radio de influencia del Instituto sobre las distintas regiones del país.

Al analizar la procedencia de las pacientes atendidas observamos que el mayor número vienen de Bogotá (23,2%) y de las regiones cercanas a la Capital o unidas a ella por buenas y fáciles vías de comunicación (50,8%). En cambio son muy escasas las pacientes que proceden de sitios distantes (26%), contingencia ésta que incide directamente en la pérdida de controles al tratamiento, dado el elevado costo y dificultad del transporte.

### IV - Edad

La distribución de los 181 casos de nuestra serie, de acuerdo con grupos decenales de edad, aparece en el Cuadro siguiente.

**CUADRO 2**  
**CANCER DE VULVA — EDAD**

Edad	Nº Casos	%
0 a 9	4	2,2
10 a 19	0	0
20 a 29	4	2,2
30 a 39	25	13,7
40 a 49	48	26,7
50 a 59	36	19,9
60 a 69	39	21,1
70 a 79	23	12,7
80 a 87	2	1,1

Las cuatro pacientes menores de 10 años corresponden a Sarcoma Botrioides en niñas de 7, 18, 24 y 36 meses respectivamente. La presentación de seis casos en total de Sarcoma Botrioides en el presente trabajo obedece a que todos ellos emergían de vagina y ocupaban sitio predominante en la vulva, o sea, los analizamos por localización pues bien sabemos que histogenéticamente corresponden a vagina y a cérvix (24).

Las cifras porcentuales de frecuencia en esta serie de enfermas muestran que el 18% de los casos (incluyendo el Sarcoma Botrioides) es menor de 39 años y el 82% es de 40 o más. Por otra parte hacen aparecer como más frecuente la enfermedad en el grupo de mujeres de 40 a

49 años (26,7%), siguiendo en frecuencia el grupo de 60 a 69 años (21,5%), grupo éste en el cual localizan el mayor número de casos las estadísticas extranjeras (5, 6, 7 y 8).

Sin embargo, la verdadera incidencia por edad no puede apreciarse sino analizando las tasas de frecuencia de acuerdo con el número de mujeres vivas de cada grupo de edades. Para ello nos hemos valido de las estadísticas del Registro Nacional de Cáncer que, durante los años de 1962 a 1965 inclusive, registró 176 casos; teniendo en cuenta que, en términos generales, el Registro está cubriendo solo el 50% de la población, las tasas calculadas serían las que aparecen en el cuadro siguiente (18).

### CUADRO 3

#### CANCER DE VULVA — INCIDENCIA NACIONAL

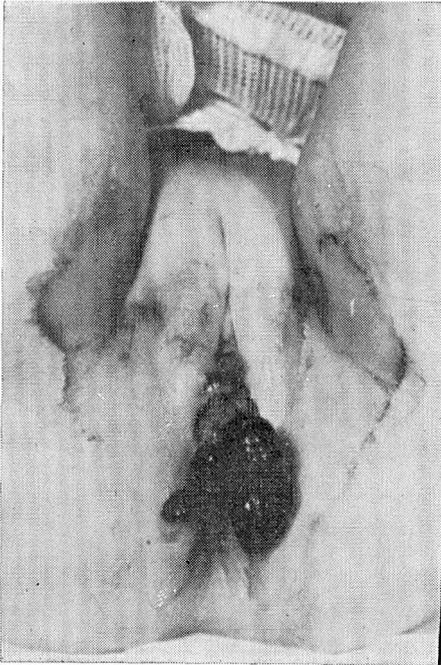
Edad	Nº Casos calculados	Población femenina en 1964 según censo	Rata por 100.000 mujeres
0 a 9	10	2'259.620	0.4
10 a 19	0	1'688.210	0
20 a 29	12	1'333.550	0.9
30 a 39	28	897.460	3.1
40 a 49	54	583.280	9.3
50 a 59	92	375.960	24.5
60 a 69	108	240.940	44.9
70 a 79	42	113.040	37.2
80 y más	6	58.140	10.3

Com osee ve, la verdadera edad de máxima frecuencia del carcinoma de la vulva es la década de 60 a 69 años, con una tasa de un caso por cada 2.200 mujeres de este grupo.

#### V - Antecedentes

Las 177 mujeres adultas de nuestro estudio habían tenido su pubertad entre los 13 y los 16 años. Diecisiete eran nulíparas y 160 habían tenido entre 1 y 16 embarazos, siendo 108 de ellas grandes múltiparas.

El 68% eran menopáusicas y la edad promedio de la aparición de su menopausia había sido de 45 años. Tres pacientes tuvieron menopausia antes de los 40 años, una de ellas a los 35. Estas cifras son semejantes a las que se presentan en las mujeres colombianas sin cáncer, de los mismos grupos de edad, de manera que carecen de significado desde el punto de vista de factores epidemiológicos.



**FIGURA 1 - Sarcoma botrioides en niña de 7 meses.**

La concomitancia con sífilis, obesidad, diabetes e hipertensión, si bien la encontramos, no presenta significación alguna estadística en el grupo que estudiamos, como tampoco los antecedentes epidemiológicos a excepción de dos pacientes a quienes se había tratado tres y cuatro años antes respectivamente un carcinoma de cérvix.

Tres pacientes presentaban embarazo de 14, 18 y 40 semanas: ninguna aceptó tratamiento.

#### VI - Síntomas

Como síntoma predominante encontramos el prurito en el 58% de los casos, seguido de dolor, uterofacción, ulceración, sangrado, disuria, dispareunia, leucoplasia e infección.

Un caso con embarazo de 40 semanas fue asintomático.

#### VII - Evolución

##### CUADRO 4

##### CANCER DE VULVA. — EVOLUCION.

Evolución	Nº Casos	%
Desconocida	11	6
1 a 5 meses	39	21,6
6 a 11 meses	34	18,8
1 a 2 años	68	37,7
3 a 6 años	20	11
7 o más años	9	4,9

Por lo general las pacientes llegaron tardíamente al Instituto ya que el 52,6% lo hicieron después de un año de evolución. Apenas el 21,6% consultó con una evolución de uno a cinco meses. Es de advertir que algunas pacientes habían sido sometidas a diferentes y aún repetidos tratamientos fuera del Instituto. Esto concuerda con el resultado de la encuesta hecha por Gaitán (25), que mostró que el promedio de demora entre la aparición de los primeros síntomas y el momento del diagnóstico para el cáncer ginecológico se reparte por igual entre culpa de la paciente (descuido, temor, etc.) y culpa del médico a quien consultaron inicialmente las enfermas.

#### VIII - Variedad histológica

A todas las pacientes se les practicó estudio anatomopatológico. La predominancia del escamo celular (87,3%) sobre los demás tipos histológicos (13,7%) coincide en proporción con los datos suministrados en las estadísticas universales, y con las del Registro Nacional de Cáncer, que para el período comprendido entre 1962 y 1965 inclusive, fueron las siguientes:

**CUADRO 5**  
**CANCER DE VULVA**  
**VARIEDAD HISTOLOGICA**

Variedad	Nº Casos	%
Escamo celular	158	87,3
Sarcoma botrioide	6	3,4
Melanoma	4	2,2
Adenocarcinoma	4	2,2
Baso celular	3	1,7
In situ	2	1,1
Anaplásico	2	1,1
Fibrosarcoma	1	0,5
Craurosis	1	0,5

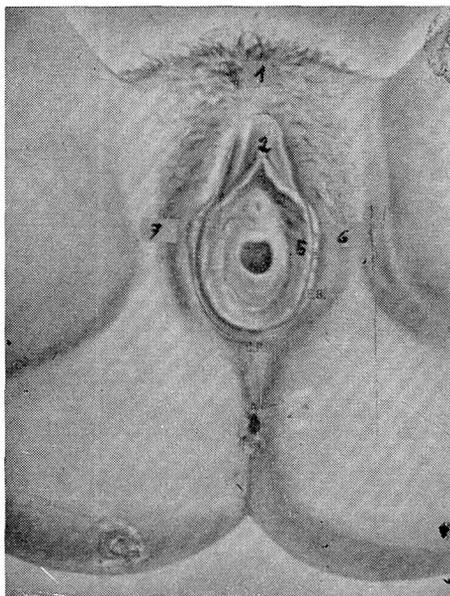
**CUADRO 6**  
**CANCER DE VULVA**  
**TIPO HISTOLOGICO NACIONAL**

Tipo histológico	Nº Casos	%
Carcinoma epidermoide	142	80,9
Carcinoma anaplásico	7	4
Melanoma	7	4
Adenocarcinoma	6	3,4
Sarcoma botrioide	5	2,8
Carcinoma in situ	5	2,8
Carcinoma baso celular	4	2,1
Total	176	

**IX - Localización**

Es difícil precisar el sitio donde se inició el cáncer vulvar en nuestra serie de pacientes porque, como lo dijimos atrás, muchas mujeres ni siquiera ponen atención a ello por considerar como inmoral examinarse los genitales: de modo que cuando llegan a la consulta la enfermedad ha invadido ya varias estructuras del órgano.

Así, por ejemplo, en nuestra serie solo hubo 21 pacientes que presentaban localización de un sitio limitado y que se distribuye com osigue:



**FIGURA 2**  
Localización en un sitio limitado.

en el labio mayor derecho	7
en el labio mayor izquierdo	6
en el labio menor izquierdo	5
en el clítoris	2
en el monte de Venus	1

Y las 160 pacientes restantes tenían ya invasión de varios sitios de la vulva, así:

Los sitios de mayor frecuencia de localización fueron los grandes y pequeños labios, con predominio de la hemivulva derecha; siguen luego en orden de frecuencia el clítoris y el introito. El alto número de pacientes que llegaron con localización en mucosa vaginal o rectal, como también monte de Venus, periné, nalgas o muslos, nos habla claramente sobre el estado tan avanzado en que se presentan las enfermas a la primera consulta.

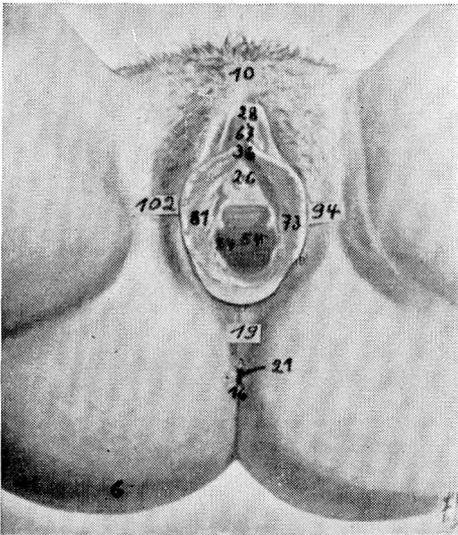


FIGURA 3

Localización múltiple.

Labio mayor derecho	102
labio mayor izquierdo	94
labio menor derecho	81
labio menor izquierdo	73
clítoris	67
introito	54
horquilla	36
capuchón	28
meato y uretra	26
mucosa vaginal	54
mucosa rectal y tabique	21
periné	19
ano	16
monte de Venus	10
nalgas y muslos	6

X - Extensión de la lesión

Seguimos la clasificación T.N.M. de la U. I. C. C. (International Union Against Cancer - Union Internationale Contre le Cancer) aprobada en Ginebra en la cual el signo T representa la extensión local del tumor expresada en cuatro grupos:

T1: tumor simple con una extensión de 2 cms.

T2: tumor simple que tenga 2 a 5 cms. en su mayor dimensión.

T3: tumor mayor de 5 cms. en su más larga dimensión, o tumor de cualquier tamaño con extensión o vagina no mayor de 2 cms., o al ano pero sin tomar la mucosa rectal, o con extensión a uretra, o múltiples tumores con un área total menor de 10 cms.

T4: tumor de cualquier tamaño pero con invasión a vagina mayor de 2 cms., o al canal anal con invasión a mucosa, o al tabique recto vaginal, o a las estructuras vecinas, o tumores múltiples cuya área total sea superior a los 10 cms. (T4 (m)).

Haciendo exclusión de los tumores botrioides podemos agrupar las 175 pacientes restantes de la siguiente manera:

CUADRO 7

CANCER EPITELIAL DE VULVA — EXTENSION DE LA LESION

T1		T2		T3		T4	
Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
11	0,6	34	19,4	55	31,4	75	48,6

La N representa el estado ganglionar:

N0: sin ganglios palpables.

N1: adenopatía unilateral palpable y móvil.

N2: adenopatía controlateral o bilateral palpable y móvil.

N3: adenopatía fija.

Nuestros casos se reparten como sigue:

### CUADRO 8

#### CANCER DE VULVA — ESTADO GANGLIONAR

N0		N1		N2		N3	
Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
58	33,2	20	11,4	38	21,7	59	33,7

La M corresponde a metástasis a distancia:

M0: sin metástasis.

M1: con metástasis a distancia.

Nuestras pacientes quedan entonces distribuidas de la siguiente manera:

Este Cuadro es muy significativo: solamente 25 pacientes (14,2%) llegaron en estado T1 N0 o T2 N0, casos ideales para tratamiento y supervivencia; en cambio 88 pacientes (50,2%) consultaron en estado T2, T3 y T4 con N2 y N3 y nueve se presentaron con metástasis a distancia en T4 M1 (5,1%).

### CUADRO 9

#### CANCER DE VULVA. — METASTASIS

M0		M1	
Casos	%	Casos	%
166	94,8	9	5,2

Englobando los datos anotados en los Cuadros 7, 8 y 9 podemos clasificar el estado de nuestras pacientes de la siguiente manera:

### CUADRO 10

#### CANCER DE VULVA ESTADO DE LAS PACIENTES

	T1	T2	T3	T4	Total
N0	11	14	19	14	58
N1		7	8	5	20
N2		10	12	16	38
N3 M0		3	16	31	50
N3 M1				9	9

Llama poderosamente la atención el hecho de que 33 enfermas, a pesar de tener lesiones primarias de tipo T3 y T4, no presentaban metástasis ganglionares apreciables clínicamente; quizá las tuvieran en ganglios intrapélvicos, pero, sea lo que fuere, no las tenían en ganglios inguinales a pesar del gran tamaño del tumor primitivo.

Solamente 58 pacientes del grupo total llegaron sin metástasis. Las 117 restantes todas tenían metástasis ganglionares y 9 tenían metástasis a distancia.

Puede apreciarse también que existe una correlación bastante exacta entre el tamaño del tumor primario y la posibilidad de metástasis ganglionares, así:

## CUADRO 11

CANCER DE VULVA — CORRELACION ENTRE TAMAÑO DEL TUMOR PRIMARIO  
Y POSIBILIDAD DE METASTASIS GANGLIONARES

Tumor primario	Total de Casos	Sin metástasis ganglionares Casos	ganglionares %	Con metástasis ganglionares Casos	ganglionares %
T1	11	11	100	0	0
T2	34	14	41	20	59
T3	55	19	35	36	65
T4	75	14	19	61	81

Lo que no quiere decir que no pueda haber casos de tumor primario poco avanzado con metástasis (20 de 34 T2), o por el contrario, casos avanzados sin ellas (14 de 75 T4).

En otro sentido, se ve cómo todos los 9 casos que presentaban metástasis a distancia, apreciables clínicamente, pertenecían al grupo T4, sin

que existiera este tipo de metástasis en tumores menos avanzados, lo que indica que esta variedad de cáncer hace sus metástasis preferencialmente por vía linfática y sólo tardíamente por vía sanguínea. Concepto éste muy importante para lo que se refiere a tratamiento, pues un tratamiento radical que extirpe todas las vías linfáticas de propagación de veindad tiene muy buenas probabilidades de ser curativo.

## XI - Tratamiento

Doce pacientes habían recibido tratamiento antes de su primera consulta al Instituto: tratamientos para sífilis, electrofulguración, resecciones parciales insuficientes y aún radiopunción.

Cincuenta pacientes (28,5%) se consideraron como intratables y únicamente 125 (71,5%) eran susceptibles de tratamiento, pero 23 de éstas (13,3%) no aceptaron el tratamiento y se perdieron de vista. Solamente fueron tratadas 102 pacientes (58,2%).

Estas 102 pacientes recibieron diferentes tratamientos, habiendo predominado el tratamiento quirúrgico (63,7%).

Dieciséis recibieron radiopunción: diez como tratamiento único, tres como tratamiento a recidivas post vulvectomía radical y una como trata-

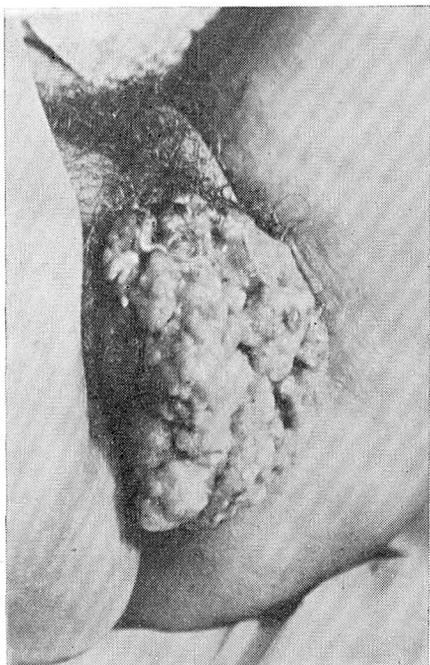


FIGURA 4 - Paciente de 45 años con un tumor de 6 meses de evolución. T3 N2b MO.

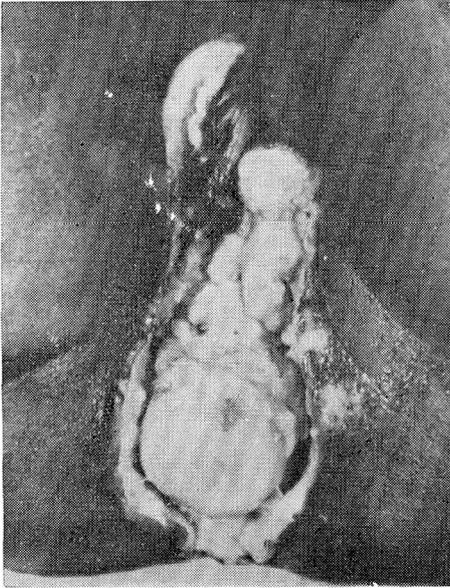


FIGURA 5 - Paciente de 25 años; tumor de 14 meses de evolución. Destrucción de toda la vulva, con infiltración de vagina, de pubis, de tabique rectal y de recto. Ganglios inguinales ulcerados. Intratable. T4 (m) N3 M0.

miento a recidivas post roentgenoterapia. A dos enfermas intratables se les aplicó como terapia paliativa.

Un total de treinta y cinco recibieron radioterapia profunda. A veinticinco se les aplicó como terapia inicial, pero cuatro de ellas sufrieron recidivas, las que se trataron con nueva aplicación de roentgenoterapia en dos casos, con vulvectomía radical en uno y con radioterapia intersticial en el restante. A diez se les aplicó roentgenoterapia para tratar recidivas: a dos post vulvectomía total y a ocho post vulvectomía radical.

La telecobaltoterapia se aplicó en los años 1966 y 1968 a cuatro pacientes: una recibió Cobalto como tratamiento único; otra presentaba

tumor de hemivulva derecha y recibió Cobalto; como persistiera el tumor se trató con vulvectomía total más aplicación inmediata de Cobalto en ingles. A una tercera se le practicó vulvectomía total con aplicación posterior de Cobalto en ingles. Y a la cuarta, con N3 unilateral, se le hizo vulvectomía radical con vaciamiento inguinal derecho y luego se la aplicó Cobalto en ingle izquierda.

En lo que respecta al tratamiento quirúrgico se practicó resección, Vulvectomía total y Vulvectomía radical.

En la Resección, que varió de amplitud, se incluyó siempre un suficiente margen de piel sana en torno a la lesión, profundizando en la grasa vulvar hasta desprender todo el bloque de la vulva que se iba a extraer.

Esta resección puede ser ampliada hasta la Vulvectomía total, llamada también simple, la que se inicia en el introito, respetando meato y uretra y va en piel sana hasta unos dos centímetros por fuera de la lesión, llegando a extirpar grandes y pequeños labios, a más de clítoris en su totalidad, sin vaciamiento ganglionar.

En la Vulvectomía radical se extirpa en oportunidades el monte de Venus y se practica siempre vaciamiento ganglionar uni o bilateral de la cadena inguinal bien sea superficial, o superficial y profunda, y en algunos casos de las cadenas ilíacas internas y primitivas y aún de las lumbares sin o con simpatectomía lumbar uni o bilateral.

A dos pacientes se les practicó Resección amplia de la lesión.

A seis enfermas se les hizo Vulvectomía total y a dos de ellas hubo necesidad de administrar luego radio-

terapia profunda para tratar recidivas. A una paciente que había recibido telecobalto se le practicó más tarde vulvectomía total por persistencia del tumor.

A 58 pacientes se les practicó Vulvectomía radical con linfadenectomía uni o bilateral, inguinal o pélvica, según el caso. A 55 se les practicó como tratamiento de elección pero 11 recidivaron: estas recidivas se trataron en ocho pacientes con roentgenoterapia y en tres con radiopunción. Se hicieron tres vulvecomtías radicales para tratar recidivas post roentgenoterapia en un caso y post vulvectomía total en dos. A 3 se les practicó vaciamiento abdomino pélvico.

A tres pacientes a quienes se les había practicado vulvectomía (total a dos y radical a una), se les aplicó luego telecobalto sobre la región inguinal ya que él actúa sobre ganglios invadidos tanto inguinales como pélvicos. Creemos que este tratamiento pueda substituir en parte al vaciamiento ganglionar pélvico, de innegable riesgo quirúrgico.

La Colostomía como paliativo se practicó en dos pacientes.

La radiodermatitis fue una complicación molesta que se presentó en cinco casos.

Las seis pacientes a quienes se les practicó vulvectomía total presentaban lesión única muy localizada: esta conducta obedece a que consideramos que puede haber en el lado opuesto a la lesión focos aberrantes de epiteloma; es éste el argumento en pro de la cirugía, ya que la curiterapia sólo trata lesiones evidentemente clínicas.

La vulvectomía radical con linfadenectomía uni o bilateral, superficial o profunda, se practicó en uno o en dos tiempos según se hubiese hecho o no el diagnóstico del estado gan-

glionar antes del acto quirúrgico o de acuerdo al estado general de la paciente. Compartimos la opinión de Goplerud (9) de practicar vaciamiento sistemático ganglionar ya que muchos ganglios positivos al examen histológico ni siquiera se palpaban al examen clínico. Se practicó la técnica de Bassot con modificaciones en determinados casos. Se usó el electrobisturí en la mayoría de las veces y la cicatrización se hizo siempre por segunda intención habiendo sido necesario en muchos casos la implantación de injertos de piel.

Por lo general la intervención quirúrgica fue bien tolerado y sólo se presentaron dos muertes durante el postoperatorio: una al siguiente día por accidente transfusional y otra al cuarto día por coma hiperglicémico.

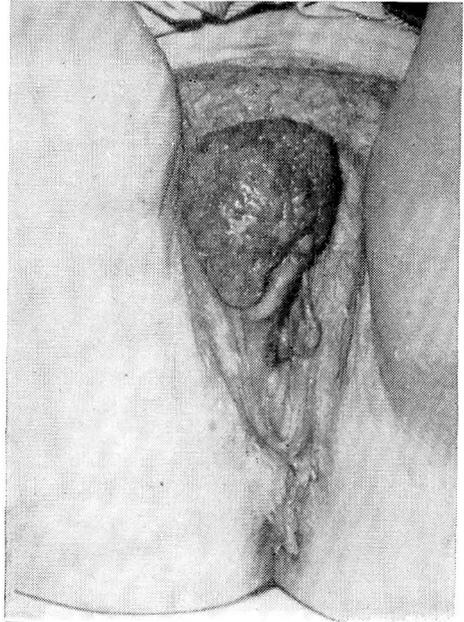


FIGURA 6 - Paciente de 34 años. Ocho meses de evolución. Tumor de 6 por 5 cms. en parte anterior de labios derechos, ulcerado, con invasión a clítoris, móvil. Ganglios bilaterales. T2 N2a M0.

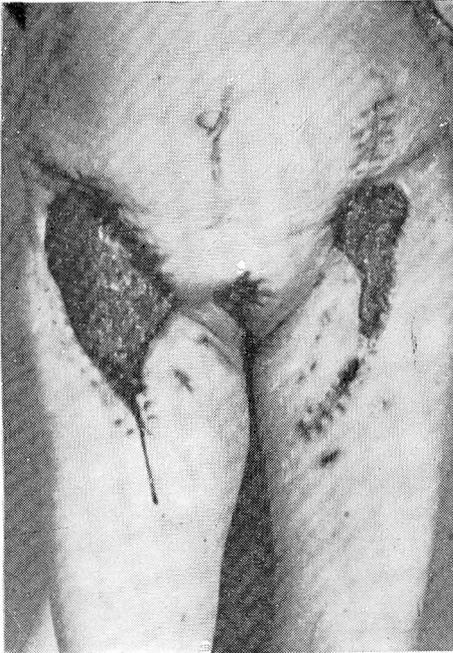


FIGURA 7 - La misma paciente de la Figura 6 diez días después de practicar vulvectomía radical más vaciamiento ínguino-iliaco bilateral (metástasis en ganglios derechos).

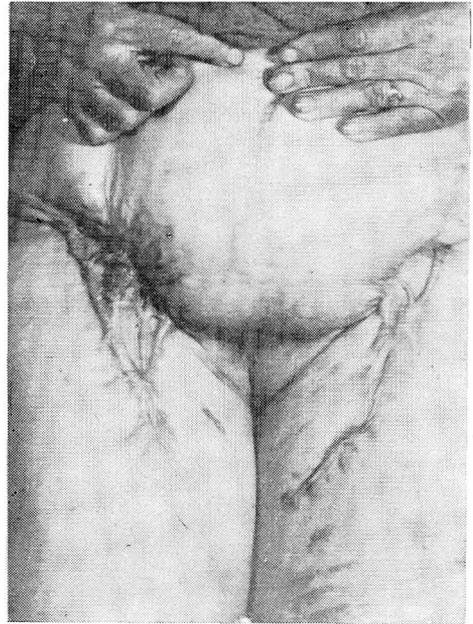


FIGURA 8 - La misma paciente de las Figuras 6 y 7. Treinta días después de la vulvectomía se practicaron injertos. Seis meses más tarde se apreciaron cystos quoloides y se aplicó roentgenoterapia. Luego se perdió de vista la paciente.

## XII - Resultados

El resumen de los tratamientos empleados en nuestras pacientes se consigna en el cuadro siguiente:

### CUADRO 12

#### CANCER DE VULVA TRATAMIENTO

	Cirugía Nº Casos	Roentgenoterapia Nº Casos	Radio punción Nº Casos
T1	10		1
T2	17	4	3
T3	22	13	5
T4	9	7	1
Total	58	24	10

Se ha practicado cirugía a pacientes con T1, T2 o T3 de manera pre-

ferencial (que no han pasado los límites vulvares) y con N0, N1 o N2; mas no a todas ellas se les ha podido practicar vaciamiento ganglionar debido a su precario estado general: en estos casos la telecobaltoterapia postquirúrgica sobre cadenas ganglionares es de gran utilidad en presencia de ganglios positivos. La roentgenoterapia se usó de preferencia en pacientes con T2, T3 y T4 con N2 y N3.

De las dos pacientes a quienes con carcinoma baso celular una, e in situ otra se les practicó resección amplia de la lesión, la primera estaba curada a los 2 años y luego se perdió de vista; y la segunda alcanzó una supervivencia y curación de 26 años.

Es muy difícil para nosotros hacer un avalúo real del porcentaje de curación y de supervivencia de las pacientes tratadas ya que un buen número de ellas no asiste a control posterior o asiste solamente a controles del primer año para perderse luego de vista. De las 102 pacientes tratadas, diecinueve no tuvieron control alguno posterior y 20 se pudieron controlar solamente durante el primer año. Este mismo fenómeno se repite cuando en controles de dos años se hace conocer a la paciente que no existe síntoma alguno de recidiva; ello obedece, sin la menor duda, a falta de motivación y a la dificultad y al costo del transporte.

Para el estudio de supervivencia y curación de las pacientes tratadas

no tendremos en cuenta a las 9 enfermas atendidas en 1967 y 1968 por carecer del tiempo mínimo para su valoración: tres de ellas no han vuelto a control y seis vienen cumplidamente a sus citas sin que hayan presentado recidivas. En estas nueve pacientes están incluidas tres que recibieron telecobalto en 1967 por considerar que un total de cuatro casos con esta modalidad de terapia no tiene mayor significación estadística. Por lo tanto analizaremos la supervivencia y curación solamente de 92 pacientes tratadas.

Si relacionamos la supervivencia y curación con el estado ganglionar (NO ganglios negativos y N+ ganglios positivos), nuestro resultado es el siguiente:

### CUADRO 13

#### CANCER DE VULVA. — ESTADO GANGLIONAR Y CURACION

	Curadas a los						
	1 2 años	5 años	8 años	10 años	15 años	20 años	26 años
NO	27	12	7	7	3	2	1
N+	7	4	3	2	0	0	0

Se obtuvo un número considerable superior de curaciones en pacientes con NO que con N+. Debemos aclarar que en muchos casos el diagnóstico de ganglios positivos lo hicimos por el examen histológico de la pieza: de aquí la importancia de practicar de manera sistemática el vaciamiento en uno o en dos tiempos. Autores como Berclay (10) y Collins (11) dan una mayor importancia al estado ganglionar que a la extensión de la lesión.

El porcentaje de curación y supervivencia es:

Apreciamos una mayor curación y supervivencia con el tratamiento qui-

rúrgico que con la roentgenoterapia y la radiopunción, apreciación que compartimos con muchos autores (12, 13, 14, 15 y 16), si bien tanto el reducido número de pacientes tratadas como la falta de controles post tratamiento nos imposibilitan para dar cifras precisas y reales.

Podemos comparar ahora la curación a los 5 años de nuestras pacientes con los datos de otros autores, citados algunos de ellos por McKelvey (17).

#### XIII - Comentarios

Las cifras de curación en este grupo, a los 5 años de tratamiento,

CUADRO 14

CANCER DE VULVA. — CURACION Y SUPERVIVENCIA

	Casos tratados	2 años		5 años		Estado a los 8 años		10		15		20		26	
		Curados %	Vivos %	Curados %	Vivos %	Curados %	Vivos %	Curados %	Vivos %	Curados %	Vivos %	Curados %	Vivos %	Curados %	Vivos %
Roentgenoterapia	24	33,3	42,4	16,6	16,6	0	8,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiopunción	10	30	30	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cirugía	58	39,6	46,5	18,9	22,4	17,2	19,2	15,5	15,5	5,5	5,5	3,1	1,7	1,7	1,7
Global	92	34,9	39,6	15,2	16,3	5,7	9,1	5,1	5,1	1,7	1,7	1,1	0,6	0,6	0,6

(18,9% con cirugía, 16,6% con radioterapia profunda y 10% con radiopunción) son aparentemente muy bajas si se comparan con las de otros autores (Cuadro 15). Pero nosotros las estimamos satisfactorias si consideramos que el 80% de las pacientes llegaron en T3 y T4, que el 55,4% presentaron N2 y N3, que el 5,1% tuvieron M1 y que en el 52,6% la evolución fue mayor de un año.

Diferentes factores explican los datos que acabamos de expresar. El retardo en la primera consulta obedece en gran parte al tabú que aún hoy en día representa la vulva para muchas pacientes por absurdos y falsos prejuicios culturales, cuando la vulva debe ser un órgano estimado y cuidado. Hay mujeres todavía para quienes practicar el aseo vulvar o acudir al médico para su examen es una grave falta al pudor.

Otro factor, general a todos los medios, es la poca atención que se venía prestando hasta hace pocos años a la patología vulvar, lo que entrañaba un verdadero problema en el diagnóstico precoz del cáncer allí localizado.

Muchas de las pacientes, bien por su edad, por su avanzado estado tumoral y nodular tras una larga evolución, llegan al Instituto en precarias condiciones generales, haciendo un verdadero riesgo el acto quirúrgico.

Y agreguemos a esto las grandes distancias, las incomodidades del transporte y su alto costo, factores que retardan e imposibilitan el tratamiento oportuno y el control periódico.

Algunas estadísticas con cifras muy altas de curación a los 5 años no presentan informe suficiente sobre la clasificación de las pacientes, lo que

**CUADRO 15**  
**CANCER DE VULVA. — RESULTADOS COMPARATIVOS**

Año	Autor	Nº Casos	Curación %	Tratamiento
1938	Taussig	101	32	Vulvect. radical
1938	Taussig	41	58,5	Vulvect. rad. con vaciam. íng. ilíac.
1949	Tod	116	25	Radiopunción
1949	Berven	286	38,1	Todos los métodos
1949	Ellis	127	26	Todos los métodos
1951	Mckelvey	55	44,4	Vulvect. con vaciam. íng.
1954	Kihnelt	171	23,3	Cirugía y radioterapia
1957	Way	79	61	Vulvect. rad. con vaciam. íng.
1958	Greenet	69	61	Vulvect. rad. con vaciam. íng.
1959	Murphy	278	26,3	Todos sin cirugía radical
1959	Langfeldt	138	23	Electrofulg. Cirugía. Radioterapia
1959	Molan	95	36	Todos los métodos
1960	Symonds	19	31,5	Vulvect. rad. con vaciam. íng.
1961	Gosling	55	60	Vulvect. rad. con vaciam. íng.
1961	Gosling	58	20	Otros métodos
1962	Brand	63	14,2	Radioterapia
1963	Boutselis	27	61	Vulvect. rad. con vaciam. íng.
1964	Lacourt	163	50	Vulvect. rad. con vaciam. íng.
1964	García	6	16,6	Vulvect. rad. con vaciam. íng.
1966	Rutledge	254	62,2	Vulvect. rad. con vaciam. íng.
1969	Duarte-C.	24	16,6	Radioterapia profunda
1969	Duarte-C.	10	10	Radio punción
1969	Duarte-C.	58	18,9	Cirugía
1969	Duarte-C.	92	15,2	Todos los métodos

nos hace preguntar si no habrá en ellas selección de pacientes?

En lo que respecta a una mayor frecuencia en pacientes de 40 a 49 años, ello es valedero para el grupo que estudiamos; pero si analizamos el total de cánceres de vulva en Colombia (comprobados en totalidad con estudio histológico) en relación con el total de población, encontramos una mayor incidencia por encima de los 60 años (ver Cuadro 3).

De los seis casos de sarcoma botrioides citados pero no tenidos en cuenta para el análisis de tratamiento, supervivencia ni curación, uno se consideró intratable y los cinco restantes recibieron diferentes tratamientos (cirugía, radioterapia profunda y telecobalto) sin que se hubiese cambiado o detenido el cuadro clínico: todas murieron a muy corto

plazo. Ello nos confirma la gravedad de la lesión y la ineffectividad de todos los tratamientos hasta ahora conocidos.

Nos permitimos proponer a la consideración una agrupación de cáncer de vulva en cuatro estados con base en la clasificación T.N.M.:

Estado I - agrupa los casos T1, N0, M0, T2, N0, M0.

Estado II - agrupa los casos T1, N1, M0, T2, N1, M0.

Estado III - agrupa los casos T1, N2, o N3, M0, T2, N2, o N3, M0, T3, N0, o N1, o N2, o N3, M0, T4, N0, o N1, o N2, o N3, M0.

Estado IV - agrupa cualquier combinación de T y N con M1.

#### XIV - Resumen . .

Se revisan 181 historias de cáncer de vulva del Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, de pacientes atendidas en 34 años (1935-1968 inclusive).

Se presenta una estadística nacional y se revisa la literatura colombiana sobre este tema, al mismo tiempo que se estudian las pacientes y se agrupan de acuerdo a la clasificación T.N.M. de la U.I.C.C.

El 80% llegaron en T3 y T4; el 55,4% presentaron N2 y N3; el 5,1% presentaban M1. El 28,5% se consideraron intratables y el 71,5% eran susceptibles de tratamiento pero el 13,3% de ellas no aceptaron tratamiento. Se trataron el 58,2% con diversos métodos: cirugía 63,7%, radiopunción, radioterapia profunda y telecobalto.

Se analiza la curación y supervivencia a 5 años empleando diferentes métodos de tratamiento con cirugía 18,9%, con radioterapia profunda 16,6% y con radiopunción 10%.

Se comentan los hallazgos.

Se propone finalmente una agrupación en cuatro estados con bases en la clasificación T.N.M.

#### Summary

One hundred and eighty-one cases of cancer of the vulva amongst patients treated during thirty-four years (from 1935 to 1968) at the National Cancer Institute, are reviewed.

National data is presented as well as a review of the colombian literature on the subject, and a study of the patients that are classified following the T.N.M. classification of the U.I.C.C.

Eighty per cent of them came with T3 and T4, 55,4% presented N2 and N3, 5,1% had M1. 28,5% could not be treated, 71,5% were selected for treatment, but 13,3% of them did not accept it. 58,2% were treated by various methods: surgery 63,7%, radiopunction, deep radiotherapy and telecobalt.

Cure and survival for five years using different treatment methods: by surgery, 18,9%, by deep radiotherapy, 16,6%, and by radiopunction, 10%, isanalyzed.

Finally, a four stage division, based on the T.N.M. classification is proposed.

#### XV - BIBLIOGRAFIA

- 1 SMITH, R. et POLLACK, S. Cancer de la vulve. Résultat du traitement et effet de facteurs spéciaux sur le résultat. Sur. Surg. Gynec. Obstet. 84: 78, 1947.
- 2 LANGFELT ANDERSEN, B. Le cancer de la vulve. Analyse des résultats du traitement durant les années 1935-1955. Acta Radiol. 51: 369, 1959.
- 3 PALMER, J. P., SADUGOR, M. G. et REINHARD, D. C. Cancer de la vulve: compte rendu de 313 cas. Surg. Gynec. Obstet. 88: 435, 1959.
- 4 LACOUR, J. et COHEN, J. Le cancer de la vulve. Considérations pronostiques et thérapeutiques á propos de 163 cas. Gyn. Obst. (Paris). 63: 69, 1964.
- 5 NARCLAY, D. L. and COLLINS, C. G. Intraepithelial cancer of the vulva. Am. J. Obst. Gynec. 86: 85, 1963.
- 6 ROCHETTE, A. et CAQUETTE, M. Cancer de la vulve: Etude clinique de 46 cas. Can. Méd. Ass. J. 94: 844, 1966.
- 7 RUTLEDGE, F. N. Cancer vulvary y vaginal. Clínicas Obst. y Ginecol. Ed. Interamericana 1051, 1965.
- 8 SYMONDS, R. E. et alt. Melanoma of vulva. Am. J. Obstet. Gynec. 15: 543, 1960.
- 9 GOPLERUD, D. R. et alt. Carcinoma of the vulva. Am. J. Obst. Gynec. 100: 550, 1968.

- 10 BARCLAY, D. L., COLLINS, C. G. and HANSEN, L. H. Pacientes problema de cáncer vulvar. *Clínicas Obstet. y Ginecológ. Ed. Interamericana.* 641, 1967.
- 11 COLLINS, C. G., COLLINS, H. G., BARCLAY, D. L. and NELSON, E. W. Cancer involving the vulva. *Am. J. Obst. Gynec.* 87: 762, 1963.
- 12 WAY, S. Results of a planned attack on carcinoma of the vulva. *Brit. Méd. J.* 2: 780, 1954.
- 13 COLLINS, H. J., BARCLAY, D. L. and COLLINS, C. G. Vulvectomy. *Am. J. Obst. Gynec.* 84: 1135, 1962.
- 14 GREEN, T. H., ULFELDER, H. and MEIGS, J. V. Epidermoid carcinoma of the vulva: Analysis of 238 cases. I - Etiology and diagnosis. II - Therapy and end results. *Am. J. Obst. Gynec.* 75: 834, 1958.
- 15 BOUTSELLIS, J. R., ULLERY, J. D. and TERTERIS, N. J. Epidermoid carcinoma of the vulva. *Obstet. and Gynec.* 2: 713, 1963.
- 16 GARCIA, E. P. M. et al. Melanoma primario da vulva: 6 casos. *Rev. Brasil. Ci.* 47: 50, 1964.
- 17 McKELVEY, J. L. Malignant tumors of the vulva. En Pack and Arie's "Treatment of cancer and allied diseases. Tomo VI. 69, 1962. Hoeber Harper, New York.
- 18 Datos suministrados por la Oficina de Registro Nacional del cáncer. Colombia.
- 19 LOPEZ-ESCOBAR, G. Cáncer de la vulva. *Med. y Cir. Bogotá.* 13: 391, 1949.
- 20 AMAYA-LEON, H. Carcinoma vulvar asociado a tuberculosis. *Rev. Fac. Med. Bogotá.* 17: 490, 1949.
- 21 ORJUELA-GOMEZ, R. y LOPEZ-ESCOBAR, G. Tumores malignos de la vulva. Estudio estadístico hecho en el Instituto Nacional de Radium. *Rev. Colomb. Obst. Gin.* 2: 211, 1951 y 3: 9, 1952.
- 22 GIANNUZZI, P. y HERNANDEZ BARRETO, A. Carcinoma de vulva con tratamiento radical. Informe de un caso. *Rev. Soc. Médico Quirúrgica. Barranquilla,* 4: 38, 1960.
- 23 JORDAN, G. DARNALD, E., QUIJANO, H., POSADA, H. y RODRIGUEZ, H. Cáncer de la vulva. Revisión de 58 casos atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología. *Rev. Colomb. Obst. Gin.* 16: 439, 1965.
- 25 GAITAN YANGUAS, M. Papel del médico privado en el Diagnóstico Precoz del Cáncer. Primer Seminario Latinoamericano sobre Diagnóstico Precoz del Cáncer. Pág. 101-121, Coop. Nal. de Artes Gráficas, Bogotá, 1961.