Cáncer de Vulva

Dres.: Franco Barros Pabón*, Jaime Uribe Duque*

El cáncer de la vulva ocupa el 4o. lugar entre los tumores malignos del tracto genital femenino, siendo aventajado por el de cuello uterino, el de ovario y el de endometrio, tal vez esto sea uno de los factores, por el cual en la literatura colombiana se encuentran pocos trabajos en relación con esta patología. A pesar de que cuando el diagnóstico se hace oportunamente los resultados terapéuticos son muy buenos, se continúa diagnosticando tardíamente impidiendo los resultados deseados. Por su localización anatómica se podría diagnosticar en estados iniciales, pero algunos factores como la timidez, el falso pudor, la negligencia o la poca importancia (46) que le dan las pacientes a estas lesiones, junto con el desconocimiento por parte de algunos médicos acerca de la gravedad de dichas lesiones (47), quienes al indicar algún tratamiento médico en ocasiones prolongado, permiten la demora en el diagnóstico.

MATERIAL Y METODOS

Se revisan 51 historias clínicas con diagnóstico de cáncer de vulva, del regis-

tro de cáncer ginecológico del Hospital Universitario San Vicente de Paul. Estas historias corresponden al período comprendido entre el 1o. de enero de 1970 y el 30 de junio de 1985.

Se analizaron las siguientes variables: edad de las pacientes, tiempo de duración de los síntomas, tipo histológico del tumor, clasificación clínica, tratamiento, el seguimiento y supervivencia.

Aún cuando el número de casos no es muy grande, nos permitirá resaltar algunos aspectos importantes de los tumores malignos de la vulva.

RESULTADOS:

Edad

La distribución de los casos de acuerdo a la edad aparece en el cuadro No. 1 y en la gráfica No. 1.

Se aprecia que el grupo de edades, donde se presentó con más frecuencia fué el comprendido entre los 41 y 70 años, con el 68% de los casos. Por debajo de los 30 años es muy raro, sólo tenemos un caso, una niña de 14 años, con un angiosarcoma de la vulva; la paciente de mayor edad tenía 93 años. El 86% de las pacientes tenían más de 40 años. Esta cifra está de acuerdo con la de otros trabajos

* Profesores Titulares Obstetricia y Ginecología. Universidad de Antioquia.

* Trabajo presentado en el XVI Congreso de Obstetricia y Ginecología, Cali, 1985.

nacionales, como el de Duarte Contreras y Col. (15) que informa el 82% y otros extranjeros (48), el 85%.

Cuadro No. 1

DISTRIBUCION POR EDAD

AÑOS	PACIENTES	PORCENTAJE
< - 30 *	1	2.0
31 - 40	6	12.0
41 - 50	11	21.0
51 - 60	12	23.5
61 - 70	12	23.5
71 - 80	6	12.0
> - 80	3	6.0
TOTAL	51	100.0

* Un angiosarcoma: 14 años

Gráfica No. 1

EDAD **Duración de los Síntomas**

Como se observa en el cuadro No. 2 y en la gráfica No. 2, en 4 historias clínicas no estaba muy clara la anotación

de la duración de los síntomas. Sólo el 23.4% consultó antes de los 12 meses de la iniciación de los síntomas, 6 pacientes consultaron después de 10 años de la aparición de éstos. El mayor grupo corresponde a las pacientes que tardaron en consultar entre 1 y 3 años. Estos datos están en relación directa con lo avanzado de la enfermedad, en el momento de hacer el diagnóstico. La demora entre la

Cuadro No. 2

DURACION SINTOMAS

DURACION SINTOMAS AÑOS	CASOS	PORCENTAJE
< - 1	11	23.4
1 - 3	24	51.1
4 - 6	8	17.1
7 - 9	1	2.1
> - 10	3	6.3
TOTAL	47	100.0

Gráfica No. 2

DURACION SINTOMAS

iniciación de los síntomas y el diagnóstico ha sido anotada en muchos trabajos (20, 30, 15, 46, 47).

Tipo Histológico

En el cuadro No. 3 y en la gráfica No. 3, el carcinoma epidermoide invasor es el más frecuente con el 60%, pero si sumáramos la forma in situ y el micro invasor, tenemos que corresponde al 86.2%, cifra que está de acuerdo con la

Cuadro No. 3

TIPO HISTOLOGICO

TIPO HISTOLOGICO	CASOS	PORCENTAJE
EPIDERMOIDE IN-SITU	12	23.5
EPIDERMOIDE MICROINVASOR	1	2.0
EPIDERMOIDE INVASOR	31	60.7
CA VERRUCOSO	1	2.0
PAGET	2	3.9
BASOCELULAR	2	3.9
MELANOMA	1	2.0
SARCOMA	1	2.0
TOTAL	51	100.0

Gráfica No. 3

TIPO HISTOLOGICO

de Duarte Contreras y Col. (15), 87.3% Orjuela y López Escobar (40) 90.9%, Gallego N.G. (21) 84.8% y otros autores extranjeros que encontraron cifras semejantes (31-35). Aquí incluimos un caso de carcinoma microinvasor, porque aun cuando no hay una definición aceptada de manera unánime de carcinoma microinvasor de la vulva, pensamos que este caso reunía los requisitos para considerarlo como tal y podía tratarse conservadoramente. Estos factores son: la profundidad de invasión, no llegaba a más de 1.5 mm de la basal; era bien diferenciado; no había confluencia en la invasión y no había compromiso vascular (2, 35, 41, 50). A las formas invasoras del epidermoide le sigue, pero en menos de la mitad, la forma in situ, con un 23.5%. Los otros tipos histológicos son poco frecuentes.

Otros tumores ginecológicos asociados

Como se observa en el cuadro No. 4 en esta serie de pacientes con cáncer de vulva, se encontró otro tumor maligno primario en el tracto genital en el 11.8%. Todos fueron de cuello uterino, dato este que es semejante al de otros (35, 45) que han encontrado esta asociación en el 15 y 27%. En un caso, la neoplasia cervical fue anterior al carcinoma de vulva. En cuatro, el diagnóstico se hizo al mismo tiempo y en el otro caso el tumor cervical se diagnóstico posteriormente, durante el seguimiento.

Cuadro No. 4

OTROS TUMORES GINECOLOGICOS ASOCIADOS

TUMORES	CASOS	PORCENTAJE
PREVIO AL CA DE V	1	2.0
POSTERIOR	1	2.0
SINCRONICO	4	7.8
TOTAL	6	11.8

Estado Clínico

Como se observa en el cuadro No. 5 y en la gráfica No. 4, en el 70% de casos el carcinoma epidermoide se presenta como invasor. En estado 0 se encontró el 30% de los casos. En estados I y II se presentó en el 25% y en los estados III y IV o sea con enfermedad muy avanzada en el 44.6%, cifras comparables a las encontradas por otros (15-30).

Cuadro No. 5

ESTADO CLINICO

ESTADO	CASOS	PORCENTAJE
0*	14	30.0
I	3	6.3
II	9	19.1
III	13	27.6
IV	8	17.0
TOTAL	47	100.0

* Ca in situ y ENF de Paget (no invasora)

Gráfica No. 4

CLASIFICACION CLINICA **Tratamiento**

De las 51 pacientes, se trataron 42 y 9 no lo recibieron. De éstas, 3 tenían enfermedad muy avanzada, mal estado general, se consideraron casos intratables y corresponden al 6%. En una revisión en el Instituto Nacional de Cancerología (15) encontraron intratables, el 28.5%. Seis pacientes no aceptaron el tratamiento o sea el 12%. En la revisión mencionada esta cifra fue del 13.3%, como se observa en el cuadro No. 6.

Cuadro No. 6

TRATAMIENTO

	CASOS	PORCENTAJE
TRATADAS	42	82.3
NO TRATADAS	9	17.7
TOTAL	51	100.0

En el cuadro No. 7 se aprecia que en estos casos todas recibieron tratamiento quirúrgico. De las 13 pacientes tratadas por lesiones intraepiteliales 8 se trataron con vulvectomía simple, 4 con resección local amplia y una con vulvectomía radical y linfadenectomía inguinal bilateral.

Cuadro No. 7

TRATAMIENTO

ESTADO	TRATAMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
0	RESEC LOCAL AMPLIA	4	10.0
	VULVECTOMIA SIMPLE	8	19.0
	VULVECTOMIA RADICAL	1	2.5
MICRO	VULVECTOMIA SIMPLE	1	2.5
	VULVECTOMIA RADICAL	11	26.5
SUBTOTAL		25	60.5

Esta última paciente tenía una enfermedad de Paget no invasora y fue tratada hace más de 10 años. En la historia no figura la indicación de esta conducta.

En nuestro servicio se ha ido modificando la conducta en las lesiones intraepiteliales. Anteriormente, a casi todas se les hacía vulvectomy simple, pero posteriormente en el manejo de estas lesiones se tiene en cuenta si la lesión es local o difusa; si el resto de la vulva aparece sana; la edad de la paciente y su actividad sexual para decidir si se hace vulvectomy simple o resección local amplia.

El carcinoma microinvasor medía 2 cms y como se dijo antes, según el informe de patología, la profundidad de invasión era de 1.5 mm, el patrón de invasión, no era confluyente, no había invasión de vasos, y era bien diferenciado. Se trató únicamente con vulvectomy. Actualmente, a los 6 meses se encuentra libre de enfermedad.

Se trataron 11 pacientes con lesiones estado I y II. A todas se les hizo vulvectomy radical con linfadenectomía inguinal bilateral. En todas los ganglios fueron negativos. No practicamos la linfadenectomía pélvica de rutina, sino cuando la biopsia por congelación de algún ganglio inguinal estudiado durante la vulvectomy fue positivo.

En el tratamiento del carcinoma estado III y IV como vemos en el cuadro No. 8, en 6 casos se practicó vulvectomy radical con linfadenectomía inguinal bilateral, con resección parcial de uretra; vagina o ano, si existía compromiso de estas estructuras. Dos de ellas tenían ganglios inguinales positivos y una de éstas tenía además compromiso de los ganglios pélvicos. Esta recurrió a los 8 meses y ambas recibieron radioterapia complementaria. Cuatro casos se trataron con radioterapia y vulvectomy simple por lo extenso del tumor o por el compromiso masivo de los ganglios. Una paciente tenía compromiso de recto y se trató con vulvectomy radical y exantación posterior. Los ganglios inguinales fueron positivos. A los 22 meses de se-

guimiento se encontraba sin tumor, pero no volvió a consulta. Una paciente con lesión estado III fue tratada únicamente con vulvectomy simple. No está consignada la razón en la historia. Tuvo un seguimiento de 13 meses, al cabo de los cuales estaba bien, sin tumor. La paciente del carcinoma verrugoso tenía compromiso de vulva y ano y se trató con vulvectomy y colostomía.

Cuadro No. 8

TRATAMIENTO

ESTADO	TRATAMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
III - IV	VULVECTOMIA RADICAL	6	14.5
	RADIOTER VULVEC. SIMPLE	4	10.0
	VULVECT. EXANT. POSTERIOR	1	2.5
	VULVECT. SIMPLE	1	2.5
SUBTOTAL		12	29.5

En relación con el compromiso ganglionar tenemos que de las 18 vulvectomy radicales realizadas en 3 se encontraron ganglios inguinales comprometidos y en una de éstas se encontró compromiso de los pélvicos. Se trataba de casos estado III y IV.

En el cuadro No. 9 siguiendo con el tratamiento, observamos que sólo se encontraron dos casos de carcinoma basocelular, los cuales se trataron con resección local amplia, ya que es extraordinariamente raro que invada los linfáticos (26). La paciente del angiosarco-

Cuadro No. 9

TRATAMIENTO

TUMOR	TRATAMIENTO	CASOS	PORCENTAJE
BASOCELULAR	RESEC. LOCAL	2	5.0
ANGIOSARCOMA	RESEC. LOCAL	1	2.5
MELANOMA	QUIMIOTERAPIA	1	2.5
SUBTOTAL		4	10.0

ma tenía 14 años, el tumor estaba localizado en el labio mayor derecho. Se le hizo resección local amplia y linfadenectomía inguinal ipsolateral. Los ganglios fueron negativos y después se le dio quimioterapia con VAC (vincristina, actinomicina D y ciclofosfamida) por 6 meses. A los 5 años de seguimiento se encuentra bien y libre de tumor. Una paciente presentaba un melanoma muy avanzado T4N3MO; se le inició quimioterapia y sólo se pudo seguir por 5 meses.

Recurrencias

Como se observa en el cuadro No. 10, se presentaron recurrencias en 6 pacientes. Una de éstas fue a la que se le practicó vulvectomía radical y linfadenectomía inguinal, por enfermedad de Paget que tuvo 2 recurrencias, una a los 8 años y la otra a los 9. Ambas se trataron con resección local amplia. Actualmente tiene más de 10 años de seguimiento y está libre de tumor. Cinco pacientes tratadas con carcinoma estado III y IV presentaron recurrencias. La más tardía se diagnosticó a los 11 años. Era la paciente del carcinoma verrucoso que se mencionó anteriormente, dato que está de acuerdo con otros (35). A los 11 años presentó carcinomatosis intrabdominal. A excepción de esta recurrencia, las otras se presentaron antes de los 15 meses de seguimiento. Las otras cuatro recurrencias fueron locales; en

un caso también en región inguinal y en otro local y pélvica en una paciente que tuvo ganglios pélvicos positivos. Sólo una de estas pacientes recibió tratamiento para las recidivas ya que las otras no volvieron a consulta. En esta paciente se hizo resección quirúrgica de la recidiva y se envió a radioterapia complementaria.

En los estados 0, I y II, a excepción de la enfermedad de Paget mencionada, no se presentaron recurrencias durante el tiempo de seguimiento. Esto está de acuerdo con lo encontrado por otros (36), que en los estados avanzados ya sea porque la lesión se extiende más allá de la vulva o por el compromiso de los ganglios linfáticos inguinales o pélvicos, las recurrencias locales y a distancia aumentan notoriamente. Cuando el tumor se extiende más allá de la vulva, se ha encontrado compromiso de los ganglios en el 50% de las pacientes (35) y en los casos clínicamente sospechosos, se encuentra compromiso de éstos entre el 68 y el 78% de las pacientes.

Seguimiento

Desde el 1o. de enero de 1970 hasta el 30 de junio de 1985 se trataron 42 pacientes. De éstas, 6 no volvieron a consulta de seguimiento y las 36 restantes si lo han hecho. De estos 36 casos, 12 fueron diagnosticadas después del 1o. de julio de 1980, de manera que éstas no se tienen en cuenta para el seguimiento por 5 años o más. Es decir, quedan 24 pacientes que se pueden evaluar para un seguimiento de más de 5 años.

Como se observa en el cuadro No. 11 y gráfica No. 5, de 24 pacientes 18 se siguieron por más de 3 años, lo que corresponde al 75% y 16 por más de 5 años o sea el 66.6%. Por más de 10 años se siguieron 6, pero se debe tener en cuenta que algunas no han completado todavía los 10 años de haber sido tratadas.

Cuadro No. 10

RECIDIVAS

PACIENTES	
ENF. PAGET	1
ESTADO III	3
ESTADO IV	2

Cuadro No. 11
SEGUIMIENTO

AÑOS	CASOS	PORCENTAJE
1	23	95.8
2	18	75.0
3	18	75.0
4	17	70.8
5	16	66.6

Gráfica No. 5
SEGUIMIENTO

Al comparar estas cifras con otras colombianas (15), encontramos que son muy buenas, teniendo en cuenta las dificultades que tienen estas pacientes, ya que muchas viven lejos del hospital, son de escasos recursos económicos, bajo nivel cultural, muchas son de edad avanzada y algunas al estar asintomáticas no se sienten motivadas para asistir a la con-

sulta. A ésto se agrega la dificultad para localizarlas, todo lo cual impide un seguimiento del 100%.

Supervivencia

Como se aprecia en el cuadro No. 12 y gráfica No. 6, de 16 casos de carcino-

Cuadro No. 12
SUPERVIVENCIA

AÑOS	CASOS	PORCENTAJE
1	14	87.5
2	9	56.2
3	9	56.2
4	8	50.0
5	7	43.7

Gráfica No. 6
SUPERVIVENCIA

ma epidermoide invasor, tratados entre 1970 y 1980 tenemos que al año estaban bien y libres de enfermedad 14 o sea el 87.5%; a los dos y tres años 9, o sea el 56%; a los 4 años 8 o sea el 50% y a los 5 años, 7 pacientes que corresponden al 43.7%. Es decir, una rata bruta de supervivencia a los 5 años del 43.7%. De siete pacientes con carcinoma estado I y II, cinco sobrevivieron por más de 5 años, lo que corresponde a una rata bruta de supervivencia a los 5 años del 71%. De 9 casos estado III y IV sólo 2 sobrevivieron 5 años o sea el 22%.

Esta cifra de supervivencia global a los 5 años del 43.7% es superior al 16.3% informado por Duarte Contreras y Col. (15), pero inferior a la encontrada en otros centros donde encontraron 77.3% (46) y 75% (45).

Se debe tener en cuenta que los mejores resultados se obtienen en los estados iniciales como se observa en algunas series (46) en donde el 78% de estas pacientes se trató con vulvectomía radical con linfadenectomía por considerarse candidatas para esta modalidad terapéutica. Entre nosotros sólo el 50% de las pacientes se consideran tributarias de este tratamiento. En una serie (45) en donde la supervivencia a los 5 años fue del 75%, de 224 casos de carcinoma de vulva, 127 (57%) eran estado I y II. En esta revisión sólo 7 casos (29%) eran estado I y II; el resto o sea 9 (71%) eran estado III y IV. En algunos trabajos (45) se informa una supervivencia de 90, 81, 68 y 20% en estados I, II, III y IV respectivamente. La curva de la supervivencia refleja lo que se observa en general; que el 80% de las recurrencias ocurren en los 2 primeros años.

Comentarios

El cáncer de vulva es una enfermedad de larga evolución como lo demuestra la duración de los síntomas, donde se aprecia que el 77% de las pacientes consultó

después del año de la iniciación de ellos y la mitad se demoró entre uno y tres años para hacerlo. Como el carcinoma de la vulva, especialmente el intraepitelial está asociado con una alta incidencia de multicentricidad (23-45), se aconseja la toma de la biopsia dirigida con colposcopia, ya que la prueba de Collins tiene falsos positivos y negativos cuando hay escoriaciones o ulceraciones, que son frecuentes en estas pacientes por el rascado debido al prurito. Esto es muy útil especialmente cuando se planea tratamiento local en el *in situ* y en el microinvasor. La demora de las pacientes en consultar se relaciona también con lo avanzado de la enfermedad al hacer el diagnóstico.

El carcinoma epidermoide invasor es el más frecuente de todos los tumores malignos. Le sigue en frecuencia el intraepitelial y los otros que incluyen el basocelular, la enfermedad de Paget, el melanoma y el sarcoma que se presentaron con una frecuencia parecida, entre el 2 y 4%. En el 12% de las pacientes, estaba asociado a otros tumores primarios del tracto genital, encontrándose en ocasiones previo al de vulva, sincrónico o posterior, por lo que es importante no sólo el descartar otra patología genital, sino que el seguimiento debe ser de por vida, ya que estas pacientes se deben considerar de riesgo para otro tumor de genitales.

En este trabajo se recalca la importancia del diagnóstico temprano, ya que los resultados terapéuticos serán mejores. El 45% o sea casi la mitad consultaron al hospital en estados avanzados (III y IV). En los estados I y II la lesión está confinada a la vulva y los ganglios no son sospechosos clínicamente. Cuando los ganglios no son sospechosos la posibilidad de compromiso ganglionar es de alrededor (46) del 11, 12, 14%. En cambio, las que tienen ganglios clínicamente sospechosos tendrán compromiso tumoral

entre el 68 y 87% de los casos. La evaluación clínica de los ganglios inguinales refleja la posibilidad de compromiso de los ganglios pélvicos ya que cuando en la linfadenectomía pélvica se encuentra ganglios comprometidos, los inguinales son clínicamente palpables (46).

Cuando los ganglios inguinales están comprometidos la supervivencia a los 5 años es del 36% (31). En cuanto a las recurrencias, los ganglios inguinales predicen el riesgo de que éstas ocurran (47), ya que cuando éstos son clínicamente sospechosos o positivos, el 20% de los casos presentaron recurrencias locales. Hay varios estudios (8, 22, 38, 45) en donde no encontraron compromiso histológico en los ganglios pélvicos en ausencia de metástasis demostrable de los ganglios inguinales. Otros sólo encontraron compromiso en los pélvicos sin compromiso en los inguinales en el 0.5% de los casos. Cuando el tumor compromete el clítorix no se ha encontrado compromiso de los ganglios pélvicos, sin compromiso de los inguinales (16).

En los estados III y IV las posibilidades de recurrencias son mayores ya que la lesión se extiende más allá de la vulva a órganos vecinos y/o los ganglios son sospechosos o positivos clínicamente. A medida que aumenta el tamaño del tumor, aumenta el riesgo del compromiso de los ganglios. Se ha encontrado una frecuencia de compromiso ganglionar del 15% en pacientes con tumores de 2 cms o menos; hasta los 8 cms es del 34% y cuando la lesión es de más de 8 cms la incidencia fue del 50% (19). Cuando el tumor se extiende más allá de la vulva la incidencia de compromiso de los ganglios aumenta hasta el 50% (19). En ese mismo trabajo se encontró que la incidencia de recurrencias vulvares o pélvicas aumentó desde el 6% para los tumores localizados a la vulva (T1T2), al 18% cuando la lesión se extendía a vagina; al 30% cuando lo hacía a uretra distal y si

se extendía al ano el 17%. Además, se encontró que la extensión únicamente al periné no empeoraba el pronóstico. En los estados avanzados se pueden presentar recurrencias locales a pesar de que los bordes de resección sean informados como negativos. Una de las causas de la elevada frecuencia de recurrencia o persistencia sería la permeación o embolización carcinomatosa microscópica linfática parauretral, paravaginal o paraarectal.

Parece que el carcinoma epidermoide de la vulva sigue un patrón predecible de diseminación. Lo hace primero a los ganglios inguinales y después sigue al siguiente escalón que son los pélvicos. De manera que en los estados iniciales es accesible a la cirugía: vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal bilateral. La linfadenectomía pélvica se realiza, sólo si hay compromiso en los inguinales. Se ha informado mejores resultados (35) en pacientes con estado I tratadas con vulvectomía radical con linfadenectomía, comparadas con otras tratadas sólo con vulvectomía sin linfadenectomía. En los estados avanzados algunos casos se pueden tratar con vulvectomía radical extendida con linfadenectomía, de manera que se logre la resección completa de la lesión y sus sitios de drenaje.

Cuando hay compromiso de los ganglios inguinales, el porcentaje de recidivas es considerable con el tratamiento quirúrgico únicamente, por eso algunos sugieren radioterapia preoperatoria seguida de cirugía, ya que la primera sola no erradica los depósitos tumorales grandes. En pacientes con lesiones muy avanzadas, estado IV, para el control local de la enfermedad puede estar indicada la radioterapia combinada con la cirugía o la vulvectomía radical con la exanteración anterior, posterior o total con la cual se obtienen resultados hasta del 50% (6-35).

Al comparar la vulvectomía radical con linfadenectomía, con la radioterapia

sola y con radioterapia combinada con cirugía los mejores resultados se han obtenido con la primera modalidad (14).

Las recurrencias si son reseables quirúrgicamente, se deben resear con bordes libres; si no lo son, se deben tratar con radioterapia, si son diseminadas o a distancia se deben tratar con quimioterapia, aunque con los agentes disponibles actualmente, solo en ocasiones se obtienen remisiones prolongadas.

Con la finalidad de mejorar la rata de supervivencia en las pacientes sometidas a la vulvectomía radical y linfadenectomía inguinal con ganglios positivos se han propuesto algunos protocolos (35). Uno de ellos consiste en que a la paciente con ganglios negativos, no se le hace más tratamiento. Si los ganglios inguinales son positivos, se hace linfadenectomía pélvica; si éstos son negativos, no se da más tratamiento. Si son positivos, pero sólo los distales (obturadores, ilíacos externos) se irradia la pelvis únicamente. Si los ganglios pélvicos proximales (ilíacos comunes) son positivos, se da radioterapia también a los paraaórticos. En la Clínica Mayo (45) a los 2-3 meses después de la vulvectomía radical, si los ganglios inguinales son positivos, realizan una laparotomía con linfadenectomía pélvica y paraaórtica, para decidir la terapia complementaria.

No hay un acuerdo unánime en la definición del carcinoma microinvasor de la vulva, por la discrepancia que existe al revisar la literatura en relación con los factores que pueden indicar un potencial metastásico. Esos factores son los siguientes: tamaño de la lesión, profundidad de invasión del estroma, confluencia de la invasión, compromiso vascular, diferenciación histológica, coexistencia con carcinoma escamocelular in situ de la vulva y multicentricidad.

Algunos (41) establecen que el carcinoma invasor temprano es el que mide

menos de 2 cms, con profundidad de invasión de 5 mm o menos, sin compromiso vascular, ni anaplasia celular. Otros (4, 9, 27) han encontrado compromiso ganglionar cuando la profundidad de invasión es de menos de 5 mm. La asociación del microinvasor con el intraepitelial es otro de los factores pronósticos y se ha encontrado (2) que las pacientes con esta asociación, no tenían metástasis ganglionares. Otros trabajos (4) informan de compromiso ganglionar en casos que presentan esta asociación. Se ha informado (39) de lesiones de menos de 1 cm que han desarrollado metástasis ganglionares. A pesar de que en varios trabajos se ha encontrado (14) que el patrón confluyente de invasión es importante como indicador de riesgo de compromiso ganglionar, otros (37) no han encontrado esa relación, ni en la confluencia ni en el compromiso vascular, ni en la diferenciación celular. Teniendo en cuenta todo esto antes de seleccionar el tratamiento apropiado, se deben analizar todos los factores mencionados, para decidir si es posible un manejo conservador. La conducta no se debe tomar basada únicamente en un solo factor.

Algunos (4) sugieren que si la lesión tiene menos de 1 mm de invasión, mide menos de 2 cms de diámetro, sin invasión vascular y no es anaplásica, se puede tratar con resección local amplia. Si tiene de uno a tres milímetros de invasión del estroma: resección local amplia y linfadenectomía inguinal homolateral y en las lesiones con invasión de más de 3 mm: vulvectomía radical linfadenectomía inguinal superficial y profunda homolateral y superficial contralateral. Otros piensan que mientras se obtienen más datos acerca de los factores de riesgo de metástasis y las variables histológicas (50), el carcinoma microinvasor de la vulva se debe manejar con resección local amplia y linfadenectomía inguinal bilateral con incisiones inguinales separadas.

En el manejo del carcinoma escamocelular in situ se debe tener en cuenta la edad de la paciente, su actividad sexual, característica de la lesión, local o difusa y el estado del resto de la vulva. La gran mayoría de las veces (1, 10, 18, 29, 46) se puede tratar con resección local amplia. También se ha utilizado el láser (1) con buenos resultados. Una de las ventajas del tratamiento quirúrgico es que se puede hacer el estudio histopatológico y se puede descartar invasión.

En la enfermedad de Paget, se encuentran las células grandes características, originadas aparentemente en glándulas apocrinas subyacentes, pero en realidad no está claro el origen de estas células. Se puede tratar con resección local amplia, teniendo en cuenta que la lesión histológica se extiende más allá de lo visible (24), esto puede ser causa de persistencia o recurrencia. La edad promedio (17) es de 67 años y en ocasiones se asocia a otros tumores primarios. Algunos han informado 11 recurrencias en 32 casos (49). Las recurrencias se pueden (11) tratar con resección local amplia. En el 20-25% de los casos (12) la enfermedad de Paget está asociada a carcinoma apocrino subyacente. En ese caso, el tratamiento es vulvectomía radical con linfadenectomía.

El carcinoma vasocelular es un tumor de crecimiento lento; es extraordinariamente raro (26) que invada los linfáticos y la resección local es el tratamiento adecuado.

La escasa frecuencia del informe del carcinoma de la glándula de Bartolín se debe parcialmente al problema de diferenciar el sitio primario cuando se presenta en un estado avanzado. Histológicamente la lesión puede ser un adenocarcinoma, carcinoma escamocelular, adenocarcinoma quístico o carcinoma indiferenciado. Se puede confundir con lesiones benignas, como quistes o lesiones infla-

matorias, pero se debe recordar que en el grupo de edad de pacientes con carcinoma de vulva, son raros los procesos inflamatorios. El tratamiento es semejante al del carcinoma epidermoide de la vulva (33), con vulvectomía radical y linfadenectomía inguinal bilateral. Si los ganglios inguinales son negativos, no es necesaria la linfadenectomía pélvica. El carcinoma verrucoso se presenta muy poco en el tracto genital femenino. Se extiende más por expansión que por infiltración. Macroscópicamente se puede confundir con el condiloma acumulado. Si la biopsia se toma de la parte superficial de la lesión el patólogo puede informar condiloma. Por esto es importante tomar la biopsia profunda y es muy raro el compromiso ganglionar. En una serie (28) de 27 pacientes con esta patología sometidas a vulvectomía radical con linfadenectomía, no se encontró compromiso de los ganglios. En esta serie una de las recurrencias se presentó a los 10 años del tratamiento inicial. Se recomienda el tratamiento quirúrgico: la resección local amplia. En ocasiones hay que realizar vulvectomía con derivación fecal o urinaria. La radioterapia no ha mostrado mejoría en la supervivencia.

El sarcoma más frecuente en vulva es el leiomiomasarcoma. En algunas series (34), se presenta con una frecuencia del 1-2% de los cánceres de vulva. Se presenta en una edad más temprana que el carcinoma. El tratamiento de sarcoma vulvar debe ser quirúrgico. Aun cuando algunos sugieren la vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal, en una serie (13) de 12 pacientes tratadas por sarcoma de vulva, en 7 se hizo vulvectomía con linfadenectomía inguinal y sólo en una se encontró compromiso ganglionar. Esta paciente estaba viva sin evidencia de enfermedad a los 48 meses, de manera que es difícil extraer alguna conclusión, en relación con la eficacia de la linfadenectomía. Estas pacientes también se pueden manejar con resección local amplia.

El melanoma constituye el 0.5-5% de los tumores malignos de la vulva. El tratamiento tradicional ha sido la vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal y pélvica. Con la clasificación de Clark se trata de seleccionar el tratamiento (7, 43, 44), y se ha encontrado que la supervivencia utilizando esta clasificación fue en los niveles II, III, IV y V del 100, 83, 65 y 23% respectivamente. La micro clasificación se relacionó mejor con la supervivencia que la clasificación clínica de la FIGO. El compromiso ganglionar se relaciona con la profundidad de invasión, lo mismo las recurrencias, especialmente las recurrencias a distancia. Hasta el nivel II se pueden tratar con resección local amplia.

El seguimiento a 5 años en nuestro estudio fue del 67%. A pesar de que puede considerarse aceptable en nuestro medio por razones expuestas anteriormente, debe mejorarse, ya que se desconoce la evolución de muchas pacientes y es posible que a algunas se les pueda brindar algo médicamente. Además, la rata de supervivencia está en relación directa con la del seguimiento, de manera que mejorando el porcentaje de seguimiento la rata de supervivencia mejo-

raría, lo que aumentaría si se pudiera realizar no sólo la rata de supervivencia bruta, sino corregida ya que muchas de estas pacientes tienen enfermedades intercurrentes debido a lo avanzado de la edad.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se analizaron 51 historias clínicas del HUSVP con diagnóstico de cáncer de vulva y a pesar de que el número de casos no es muy grande, nos permite sacar algunas conclusiones. El 86% se presentan después de los 40 años. El 76.6% consulta después de 1 año de la iniciación de los síntomas. Se encontró una asociación con otros tumores ginecológicos primarios en el 11.8%. El 45% consultó en estado III y IV. El tratamiento de elección en los tumores malignos de vulva es el quirúrgico. Los resultados del tratamiento son mejores en los estados iniciales. Las recurrencias son más frecuentes en los avanzados. El seguimiento a 5 años es del 66.6%, cifra que se debe tratar de mejorar para poder obtener una rata de supervivencia más ajustada a la realidad. Es importante la identificación más temprana de esta patología para un diagnóstico más precoz.

VULVAR CANCER

SUMMARY AND CONCLUSIONS

Fifty one clinical records from the HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL with Diagnosis of Vulvar Cancer were analyzed; and even the number of cases is not large enough, it allows us to make some conclusions.

86% appear after age 40; 76.6% consulted one year after the appearance of symptoms. It was found an association with other primary gynecologic neoplas-

ms in 11.8%-45% consulted during stages III and IV. The best treatment for the vulvar malignancies is surgical treatment. The results of treatment are better during initial stages. Recidives are more often seen in the advanced cases. There is a 66.6% followup after five years. This figure has to be improved in order to get a surviving rate closer to the reality.

It is to be stressed out the earlier identification of this pathology for a forward diagnosis.

BIBLIOGRAFIA

1. BAGGISH M.B. DORSEY J.H: CO₂ Laser for the treatment of vulvar carcinoma in situ. *Obstet Gynecol.* 57: 371, 1981.
2. BARNES A. CRISMAN J.D. SCHELLHAS H.F. AZOURY R.S. Microinvasive carcinoma of the vulva. *Obstet Gynecol.* 56: 234, 1980.
3. BERNSTERN S.G. KOVACS B.R. TOWNSEND D.E. MORROW P. Vulvar carcinoma in situ. *Obstet Gynecol.* 61: 304, 1983.
4. BOICE CH. SERAJ I. THRASHER, KING A. Microinvasive Squamous Carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol.* 18: 71, 1984.
5. BUSCENAJ. STERN J.L. WOODRUFF J.D. Early invasive carcinoma of the vulva. *Am J. Obstet Gynecol.* 140: 563, 1981.
6. CAVANAGH D. SHEPHERD J: The place of Pelvic exenteration in the primary management of advanced carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol.* 13: 318, 82.
7. CHUNG A.F. WODRUFF J.M. LEWIS J.L. Malignant melanoma of the vulva. *Obstet. Gynecol.* 45: 638, 75.
8. CURRY S.L. WHARTON J.T. GALLAGER S. RUTLEDGE F.N. Positive lymph nodes in vulvar carcinoma. *Gynecol Oncol.* 9:63, 1980.
9. DI PADA G.R. GOMEZ RUEDA N. ARRIGHI L. Relevance of microinvasion in carcinoma of the vulva. *Obstet Gynecol.* 45: 647, 1975.
10. DI SAIA P.J. CREASMAN W.T. Clinical Gynecologic Oncology. The C.V. Mosby Co. St. Louis, Mo 1981, pag. 30.
11. DI SAIA P.J. CREASMAN W.T. Clinical Gynecologic Oncology. The C.V. Mosby Co. St. Louis Mo 1981, pag. 199.
12. DI SAIA P.J. MORROW P. TOWNSEND D.E. Synopsis of Gynecologic Oncology. John Wiley & Sons New York, 1975, pag. 219.
13. DI SAIA P. RUTHEDGE F. SMITH J.P. Sarcoma of the vulva. *Obstet Gynecol* 38: 180, 1971.
14. DONALDSON E.S. POWEL D.E. HANSON M.B. VAN NAGELL J.R. Prognostic parameters in invasive vulvar carcinoma. *Gynecol Oncol.* 11: 184, 1981.
15. DUARTE C.A., GAITAN Y.M., PALAU C.M. Cáncer de la vulva. *Rev. Col., Obstet. Gynecol* XXI: 233, 1970.
16. ERIKSSON E. ELDH J. PETERSON L.E. Surgical treatment of carcinoma of the clitoris. *Gynecol Oncol* 17: 291, 1984.
17. FENN M.E. MORLEY G. ABELLAR. Paget's disease of vulva, *Obstet Gynecol*, 38: 660, 1971.
18. FORNEY J.P. Management of carcinoma in situ of the vulva. *Am. J. Obstet Gynecol.* 127: 801, 1977.
19. FRANKLIN E.W. RUTLEDGE F.D. Prognostic factors in epidermoid carcinoma of the vulva. *Obstet Gynecol.* 37: 892. 71.
20. FRANKLIN E.W. RUTLEDGE F.D. Epidemiology of epidermoid carcinoma of the vulva. *Obstet Gynecol.* 39: 465, 1972.
21. GALLEGGO G.N. Incidencia del cáncer de vulva. *Hosp. Univ. San Vicente de Paul* 1972-1982 *Rev. Col. Obstet Ginecol.* XXXIII: 257, 1983.
22. GREEN T.H. Carcinoma of the vulva: A reassessment. *Obstet Gynecol.* 52: 462, 1978.

23. GREEN T.H. ULFELDER H. MEIGS I.V. Epidermoid carcinoma of the vulva. *Am. J. Obstet Gynecol.* 75: 848, 1958.
24. GUNN R.A. GALLAGER H.S. Vulvar Paget's disease. *Cancer* 46: 590, 1980.
25. HACER N.F. BEREK J. LAGASSE L. NIEBERG R. LEUCHTER R. Invididualization of treatment for stage I squamous cell vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol.* 63: 155, 1984.
26. JIMENEZ H. FENOGLIO C. RICHART R. Vulvar basal cell carcinoma with metastasis: A case report. *Am. J. Obstet Gynecol.* 121: 285, 1975.
27. JAFARI K. CARFNICK E.G. Microinvasive squamous cell carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol.* 4: 158, 1976.
28. JAZAPE H. VAN DIN H. WOODRUTT J.D. Verrucous carcinoma of the vulva. *Obstet Gynecol.* 60: 462, 1982.
29. IVERSEN T. ABELER V. KOLSTAD P. Squamous cell carcinoma in situ of the vulva. *Gynecol Oncol.* 11: 224, 1981.
30. JUBIZ H.A. Carcinoma de la vulva análisis de 17 casos. *Rev. Col. de Obstet y Gynecol* XXVVI: 157, 1976.
31. KRUPP P. BOHM J.W. FREDERICK Y.L. COLLINS J. Current status of the treatment of epidermoid cancer of the vulva. *Cancer* 38: 587, 1976.
32. KRUPP P. BOHM J.W. Lymph Gland metastases in invasive squamous all cancer of the vulva. *Am J Obstet Gynecol.* 130: 943, 1978.
33. LEUTCHER R.S. HACKER N.F. VOET R.L. BERE K.J. TOWNSEND D. Primary carcinoma of the Bartholin Gland. *Obstet Gynecol.* 60: 361, 1982.
34. LUNDWALL F. Cancer of the vulva. *Acta Radio (Suppl)* 208: 1, 1961.
35. MC GOWAN L. *Gynecologic Oncology* Appleton Century Crofts NY 1978 pag. 148 - 172.
36. MC KELVEY J.L. Malignant tumors of the vulva Chapter 4 treatment of cancer and allied diseases. Vol. 6. Tumors of the female genitalia. Edited by S.T. Pack IM Ariel New York, Harper and Row, 1962.
37. MAGRINA J.F. WEBB M.J. GAFFEY T.A. SYMMONDS R.E. Stage I. squamous cell cancer of the vulva. *Am J Obstet Gynecol.* 134: 453, 1979.
38. MORLEY G.W. Infiltrative carcinoma of the vulva. *Am J. Obstet Gynecol.* 125: 874, 1976.
39. NAKAO C.Y. NOLAN J.F. DISAIA P.J. FUTORAN R. Microinvasive epidermoid carcinoma of the vulva. *Am J. Obstet Gynecol.* 120: 1122, 1974.
40. ORJUELA G.R. LOPEZ E.G. Tumores malignos de la vulva. *Rev. Col. Obstet Ginecol* III: 21, 1951.
41. PARKER R.T. DUNCAN I. RAMPONE J. CREASMAN W. Operative management of early invasive epidermoid carcinoma of the vulva. *Am J. Obstet Gynecol.* 123: 349, 1975.
42. PEREZ V.N. GOMEZ LEON G. LEON T.M. The colposcope and vulvo-vaginal neoplasia. *Gynecol Oncol* 6: 487, 1978.
43. PHILLIPS G.L. TWIGGS L.B. OKAGAKI T. Vulvar melanoma. *Gynecol Oncol.* 14: 80, 1982.
44. PODRATZ K.C. GAFFEY T. Melanoma of the vulva: An Update. *Gynecol Oncol.* 16: 153, 1983.
45. PODRATZ SYMMONDS R.E. TAYLOR W. TIFFANY J.W. Carcinoma of the vulva: Analysis of treatment and Survival. *Obstet Gynecol.* 61: 63, 1983.

46. RUTLEDGE F. BORONOW R. WHARTON J.T. Gynecologic Oncology John Wiley and Sons New York 1976. Pág. 213 y 254.
47. RUTLEDGE F. SMITH J.P. FRANKLIN E.W. Carcinoma of the vulva. Am J. Obstet Gynecol.106: 1117, 1970.
48. RUTLEDGE F. SINCLAIR M. Treatment of intraepithelial carcinoma of the vulva. Am J. Obstet Gynecol.102: 806. 1968.
49. TAKIL, JANOVSKI N.A. Paget's disease of the vulva. Obstet Gynecol.18: 385, 1961.
50. ZUCKER P. BERKOWITS R.S. The issue of microinvasive squamous cell carcinoma of the vulva an evaluation of the criteria of diagnosis and methods of therapy. OGS 40: 136, 1985.