

CANCER DE LA VULVA

Revisión de 58 Casos atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología desde 1934 hasta 1960

*Dr. German Jordan - Dr. Enrique Darnalt - Dr. Hugo Quijano
Dr. Hernán Posada - Dr. Hernando Rodríguez*

SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

INTRODUCCION:

En este trabajo se presenta el resultado de la revisión de las historias de 58 casos de enfermas con cáncer de vulva, atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología hasta 1960.

Edad y función ovárica. La mayoría de los casos se presentó en la sexta década de la vida, con un número significativo en la cuarta y en la quinta. 43 enfermas (75,4%) estaban en menopausia; parece que la disminución de la función estrogénica fuera un factor predisponente, por los cambios que se suceden en los genitales externos.

los grandes labios, en raras ocasiones en el clítoris y excepcionalmente en la horquilla. Las lesiones laterales infiltran secundariamente las zonas medianas al progresar pero a veces son seguidas de una lesión al otro lado, espejo de la inicial en las zonas de contacto, dando aspecto de mariposa.

20 casos se localizaron de un solo lado, representan el 34,5%; 17 casos infiltraban toda la vulva con un 29,3%; 12 casos infiltraban un lado y clítoris con un 20,8% y 9 casos infiltraban un lado y horquilla; de éstos 6 infiltraban recto, estos 9 representan el 15,2%.

CUADRO 1

Edad	Nº Casos	
30 a 39	7	Menor de 30 años
40 a 49	14	
50 a 59	14	
60 a 69	18	
70 a 79	4	Mayor de 30 años
80 a 89	1	
TOTAL	58	
En Menopausia	43	(75,4%)

CUADRO 2

En la consulta inicial el T. infiltraba:

1 solo lado	20 casos	34,5%
Toda la vulva	17 casos	29,3%
1 lado y clítoris	12 casos	20,8%
1 lado y horquilla	9 casos	15,2%

Los de mejor pronóstico fueron los que infiltraban un solo lado.

De los 9 que infiltraban la horquilla y periné, 6 infiltraban recto.

Localización. La lesión se desarrolló inicialmente en la cara mucosa de

Clasificación histológica. De los 58 casos, todos con estudio histopatológico, 55 eran Carcinomas Escamocelulares, 1 Carcinoma escamocelular in-situ (enfermedad de Bowens' o Eritroplasia de Queirat); 1 Carcinoma pagetoide originado en glándulas apocrinas y 1 fibrosarcoma.

CUADRO 3

Ca. escamocelular	55 casos	94,8%
Ca. escamocelular in situ	1 caso	
Ca. Pagetoide (Gl. Apocr.)	1 caso	
Fibrosarcoma	1 caso	

Aspectos de la lesión inicial. La lesión inicial descrita por las enfermas fue de aspecto vegetante en 24 casos, ulcerosa en 19 y vesicular en 5. En 10 casos no se obtuvo dato apropiado. En 3 casos se observaron lesiones concomitantes de Herpes Zoster.

CUADRO 4

T. Vegetante	24 casos
Lesión ulcerosa	19 casos
Lesión vesiculosa	5 casos
Sin dato	10 casos

Evolución. El tumor se comporta como enfermedad local o mejor aún regional que puede extenderse libremente por embolización a otras zonas de la vulva y hace metástasis a los ganglios regionales, inicialmente a los inguinales superficiales y profundos, posteriormente a los femorales, ilíacos y obturadores, invadiendo raras veces los paraaórticos. Excepcionalmente da metástasis a distancia. Solo se observó un caso con metástasis óseas en los casos revisados. La evolución es tórpida, inicialmente con pocas molestias subjetivas, excepto el prurito que es de común ocurrencia.

De los 58 casos, 31 o sea el 53,4% tenían menos de 1 año de evolución

y los 27 restantes más de 1 año, algunos con evolución tan larga, que llegaba a 2 años en 7 casos, 4 años en 3 casos y 6 años en 3 casos. La consulta tardía se debió en unos casos a ignorancia, en otros a exceso de pudor y en algunos a falta de diagnóstico con tratamiento médico empírico sin previa biopsia.

Asociación con Diabetes y Sífilis.

A pesar de que la investigación no fue muy cuidadosa, se comprobó diabetes en 9 casos o sea en el 15,4% y sífilis en 4 casos o sea el 6,8%.

Tratamiento: De los 58 casos, 27 se consideraron intratables desde la consulta inicial, 19 de ellos por infiltración extensa de los órganos vecinos y fijación que los hacía inoperables y 8 por otras causas de orden médico.

De los 31 casos tratados, 2 lo fueron con radiopunción y 2 con Rayos X profundos. En 28 casos se practicó tratamiento quirúrgico, 1 de ellos, de los tratados por radio punción, al reproducirse 20 años después.

Las vulvectomías radicales con linfadenectomía superficial y profunda, por la técnica de Basset, se practicaron en 23 casos, incluyendo el tratado con radiopunción; en 5 se practicó vulvectomía total por temor a anestesia prolongada.

De las 23 linfadenectomías, 14 permitieron comprobar ganglios metastásicos (5 bilaterales). La vulvectomía la practicamos con electrobisturí, es sorprendente la tolerancia de las enfermas para este procedimiento. La cicatrización, por cuidadosas que sean las suturas, se hace por segunda intención en el curso de 1 a 2 meses, por esfacele parcial de los colgajos.

CUADRO 5

Total de casos tratados	31	
Vulvectomy radical	23	
Vulvectomy total	5	
Radiopunción	2	
Rayos X profundos	2	
Casos sin evidencia de tumor a los 5 años	9	29%

NOTA: 32 tratamientos para 31 casos.

Controles y Resultados. De las 31 enfermas tratadas, 10 fueron controladas por más de 5 años, es decir el 33%; 9 de ellas sin tumor dando una supervivencia absoluta, sin evidencia de cáncer, del 29%, que teniendo en cuenta lo avanzado de los casos tratados y el promedio de edad de las enfermas, consideramos aceptable. En 3 casos se logró control de 2½, 3 y 4 años sin evidencia de cáncer y se perdieron de vista. El resto tuvo controles de corto tiempo o se perdió de vista.

En el grupo operado se presentaron 2 muertes a los 34 y 65 días estando hospitalizadas las enfermas, una por necrosis y ruptura de vasos ilíacos por esfaecele e infección de la herida y otra por un coma diabético.

En 2 casos, tratados con vulvectomy total, se practicó además resección abdomino-perineal por invasión a recto. Los 2 casos tratados con Rayos X no fueron controlados y presentaron penosas radiodermitis, con muerte 1 año más tarde cada una en malas condiciones.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se presentan 58 casos de enfermas con Carcinoma de la Vulva tratadas o controladas en su mayor parte por nosotros en el servicio de Ginecolo-

gía del Instituto Nacional de Cancerología. Se describe el tipo de las lesiones iniciales y su localización. Se anotan los síntomas predominantes y su asociación con diabetes y sífilis. Todos los casos fueron clasificados histológicamente. De los casos quirúrgicos, 14 tuvieron comprobación histológica de ganglios metastásicos.

La sobrevivencia a 5 años, sin evidencia de cáncer, en los 31 casos tratados fue de 29%, como la mayoría de ellos eran avanzados y 14 tenían ganglios metastásicos comprobados, se consideran aceptables estos resultados. Puede asegurarse que si se logra que las enfermas consulten prontamente y si se hace diagnóstico y tratamiento apropiado, los resultados serían muy buenos. La edad no es contraindicación para la cirugía.

Desde el punto de vista diagnóstico, debe insistirse en que toda lesión vulvar que se presente en mujeres de edad, por benigna que parezca, debe ser examinada por biopsia; si el diagnóstico es de carcinoma, el tratamiento debe ser quirúrgico y radical con vulvectomy y linfadenectomía en un solo tiempo y en bloque, haciendo una amplia resección de piel y tejido celular subcutáneo de las regiones vulvar, suprapúbica e inguinales.

El post-operatorio es prolongado. La cicatrización se realiza por segunda intención.

La radioterapia apenas tiene un valor relativo y sus efectos secundarios locales son graves. Las resecciones locales, las vulvectomy incompletas y las hemivulvectomy no tienen lugar como tratamiento de este tumor aunque aparentemente esté localizado.

BIBLIOGRAFIA

COLLINS, J. H., and NOLAN, J. F.: Symposium on Management of Carcinoma of the Vulva. Am. J. Obst. & Gynec. 79: 1.207. 1960.

GREEN, T. H., Jr., ULFELDER, H., and MEIGS, J. V.: Epidermoid Carcinoma of the Vulva. Am. J. Obst. & Gynec. 75: 834-848, 1958.

PARSONS and SOMMERS. Gynecology. Philadelphia and London. 1962. W. B. Saunders. 1147-1161.

ULFELDER, H.: Radical Vulvectomy with Bilateral Inguinal, Femoral and Iliac Node Resection. Am. J. Obst. & Gynec. 78: 1074, 1959.

**FEDERACION LATINO-AMERICANA DE
SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

Convocatoria para el

V CONGRESO LATINO-AMERICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

organizado por la

SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Secretaría General: Dr. Raúl Saavedra

Avenida Suecia, 2537 — Santiago (Chile)

La Secretaría Permanente de la FLASOG convoca a sus instituciones afiliadas y a los socios de ellas a participar en el V Congreso Latino-Americano de Obstetricia y Ginecología, que habrá de realizarse en el O'Higgins de Viña del Mar, Chile, del 13 al 19 de Noviembre de 1966 bajo el siguiente

TEMARIO:

**I — INFLUENCIA DE LA NUTRICION SOBRE EL ESTADO
GRAVIDO PUERPERAL Y EL RECIEN NACIDO**

RELADORES:

Costa Rica: Doctor Máximo Terán Valls.

Perú: Doctores: Manuel González del Riego, Víctor Bazul, Armando Viladón, Carlos Collazos Chiriboga.

II — FISIOPATOLOGIA DEL ESTROMA OVARICO

RELADORES:

Argentina: Doctores: Enrique Bagnatti, Grato E. Bur.

Brasil: Doctor Octaviano Alves de Lima.

III — EMBARAZO PROLONGADO

RELADORES:

Colombia: Doctor Fernando Sánchez Torres.

Chile: Doctor Alberto Krug P.

IV — ANOVULACION IATROGENICA

RELADORES:

México: Doctores: Alfonso Alvarez Bravo, Luis Castelazo Ayala, Carlos MacGregor, Manuel Maqueo Topete, Jorge Martínez-Manautou y Efraín Vázquez Benítez.

Uruguay: Doctores: Hermógenes Alvarez, Yamandú Sica Blanco, Héctor Rozada, María Remedio, M. Morales, Iris Rozada, Hilda de Chaffetelli, Julio de los Santos y Carmen Alvarez de Rodríguez.