

# TUMORES MALIGNOS DE LA VULVA

(Estudio estadístico hecho en el Instituto Nacional de Radium)

Doctores REYNALDO ORJUELA GOMEZ y GUILLERMO LOPEZ ESCOBAR.  
del Servicio de Ginecología de la Universidad Nacional  
y del Instituto Nacional de Radium

(Continuación de la página 226 del número anterior).

## *Linfadenectomía.*

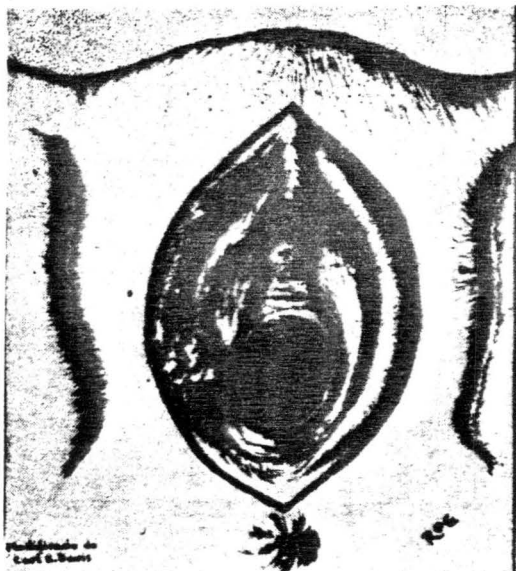
La técnica inicialmente descrita por Basset (7) consistía en abrir el espacio que rodea los vasos ilíacos externos por debajo de la arcada crural para extraer los ganglios allí situados, cortando luego dicha arcada cerca al tubérculo pubiano, resecaando así toda la cadena ganglionar hasta llegar a los ganglios femorales externos. Taussig (61, 62, 63), ha modificado esta técnica simplificándola; él abre ampliamente el canal inguinal para poder extirpar así los ganglios retrocrales y no secciona la arcada crural, sino en aquellos casos en que exista el ganglio de Cloquet (50% de los casos según López (35), que puede ser fácilmente determinado mediante la palpación del canal crural. La operación con todo y eso no se demora menos de tres cuartos de hora para cada lado, ya que debe suturarse perfectamente el canal inguinal para evitar la posible futura formación de una hernia. Taussig, aconseja emplear la anestesia local, siempre que se pueda; en caso contrario la raquianestesia o la anestesia por inhalación.

(I) *Incisión.* La aquí empleada, se dirige diagonalmente a través de la arcada crural desde un punto situado dos pulgadas hacia adentro de la espina ilíaca anteroposterior, siguiendo hacia abajo sobre los vasos femorales, para ir a terminar en el ángulo inferior del triángulo de Scarpa. Tiene alrededor de 10 centímetros de extensión.

(II) Hecha la incisión se disecciona la capa de grasa desde la fascia abdominal y la fascia lata del muslo hasta llegar a la región de los vasos femorales, ya que contiene numerosos ganglios linfáticos.

(III) Diseccionada la grasa quedan a la vista la aponeurosis del oblicuo externo y el anillo inguinal prolongando la incisión en su extremo superior en ángulo recto hasta llegar a la arcada crural; así se puede levantar toda una hoja aponeurótica dejando al descubierto el ligamento redondo y el borde del músculo obturador interno.

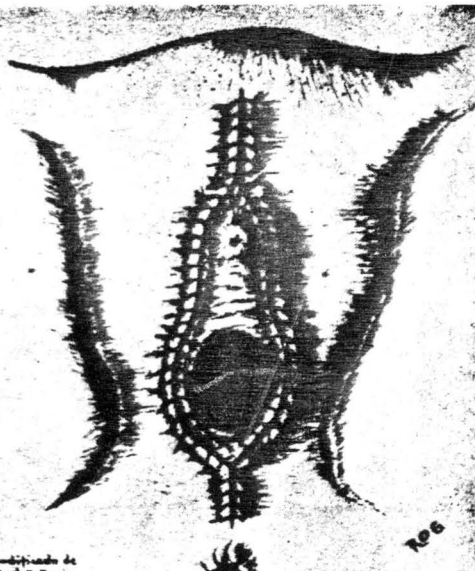
(IV) Luego se libera el ligamento redondo hasta llegar al anillo inguinal interno, se secciona en este punto y su extremo superior se une al peritoneo



Tomado de Carl H. Davis

### VULVECTOMIA RADICAL

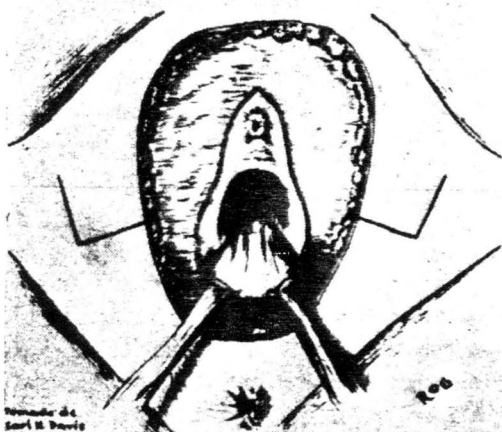
INCISIONES-(en líneas gruesas)-Varían de acuerdo con la naturaleza y extensión de la lesión.



Tomado de Carl H. Davis

### VULVECTOMIA RADICAL

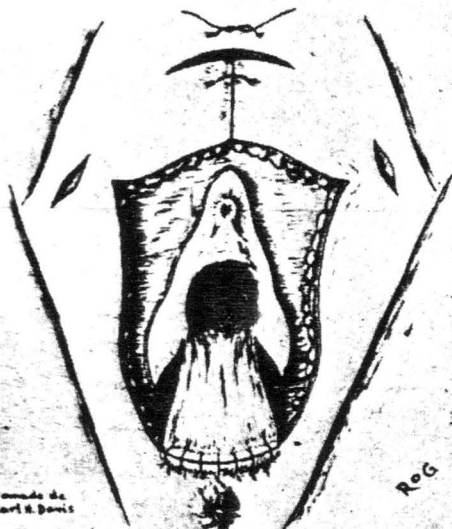
Aspecto de la sutura después de terminada la operación.



Tomado de Carl H. Davis

### VULVECTOMIA CON COLGAJO VAGINAL (Taussig)

Se ha extirpado todo el tejido enfermo y se han hecho incisiones laterales en la vagina para permitir la movilización del colgajo mucoso vaginal posterior hasta ponerlo en contacto con la piel del margen anal. Se muestra también la línea de deposición lateral de los colgajos anteriores.



Tomado de Carl H. Davis

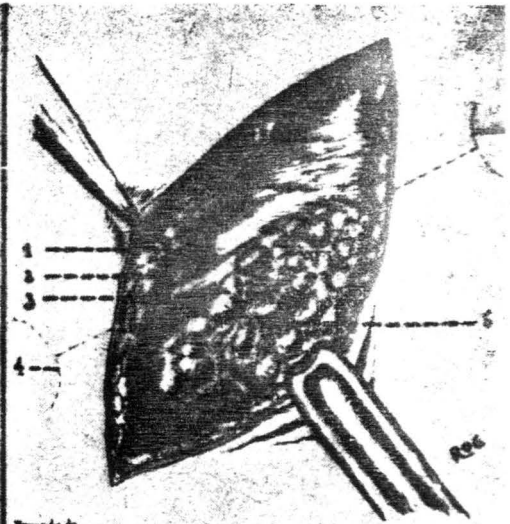
### VULVECTOMIA CON COLGAJO VAGINAL (Taussig)

El colgajo perineal de mucosa vaginal ha sido suturado al margen anal. Los colgajos anteriores han sido movilizados y unidos entre sí para cubrir el área anterior. Se muestran también cortes laterales para el drenaje.



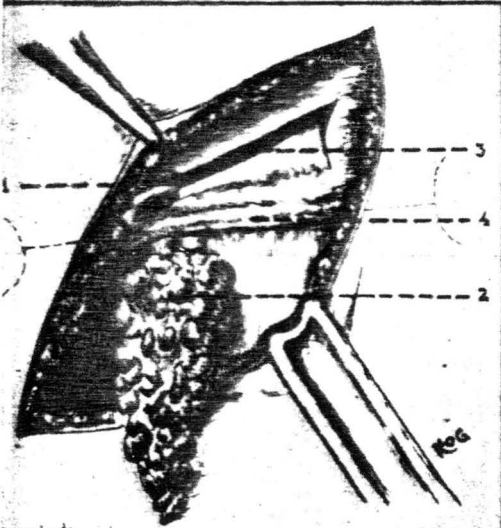
### OPERACION DE BASSET

1: anillo inguinal externo. 2: conducto inguinal. 3: labirinto del pubis. 4: tubérculo del pubis. 5: vena superficial. 6: espina ilíaca anterosuperior. 7: arcada costal. 8: arteria femoral. 9: vena femoral.



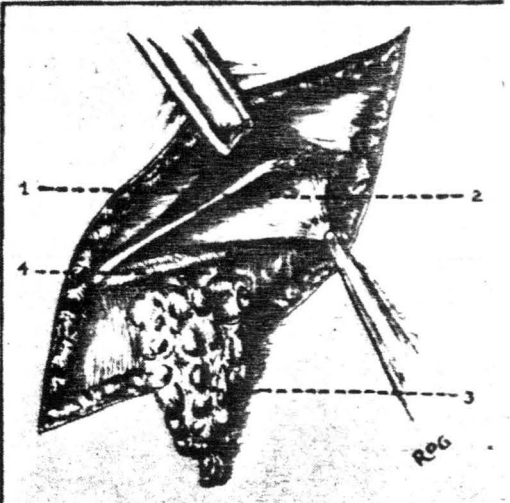
### OPERACION DE BASSET

2º TIEMPO.- 1: anillo inguinal externo. 2: Ligamento redondo. 3: arcada costal. 4: tubérculo del pubis. 5: espina ilíaca anterosuperior. 6: ganglios linfáticos superficiales rodeados de grasa.



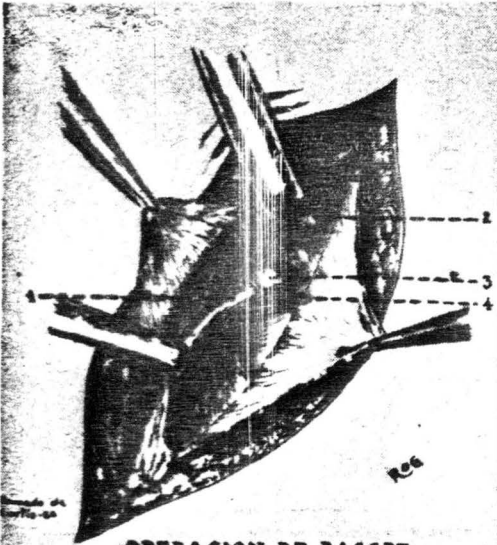
### OPERACION DE BASSET

3º TIEMPO.- Incisión sobre el conducto inguinal después de disecar la grasa superficial. 1: anillo inguinal externo. 2: grasa superficial disecada. 3: incisión en la parte superior del conducto inguinal. 4: arcada costal.



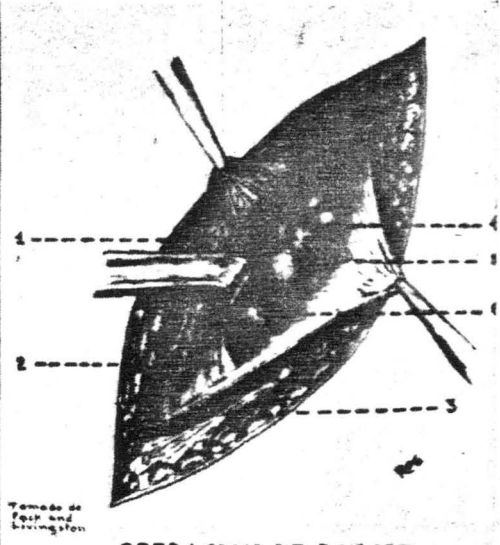
### OPERACION DE BASSET

4º TIEMPO.- 1: músculo oblicuo interno. 2: Ligamento redondo. 3: grasa superficial disecada. 4: vasos femorales.



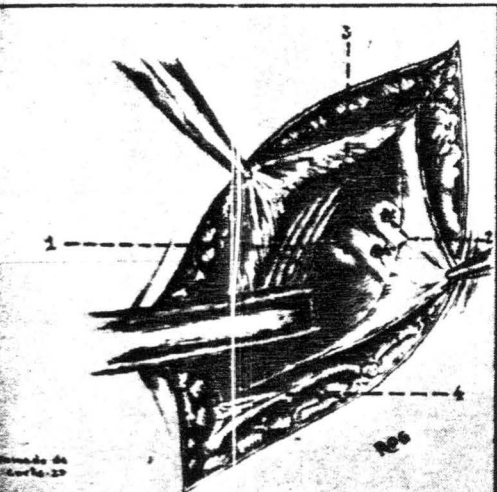
### OPERACION DE BASSET

5º TIEMPO.- 1: Ligamento redondo. 2: ganglio linfático de la fosa ilíaca. 3: vasos ilíacos externos. 4: vasos epigástricos profundos.



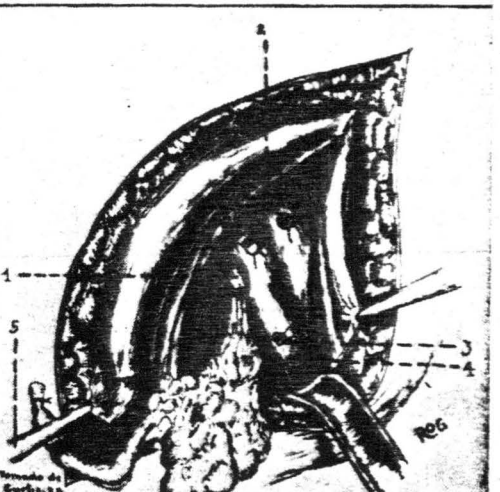
### OPERACION DE BASSET

6º TIEMPO.- 1: vasos ilíacos externos. 2: músculo oblicuo interno. 3: ligamento redondo. 4: ganglio situado sobre los vasos ilíacos. 5: vasos epigástricos profundos cortados y ligados. 6: ganglio de Claquelet.



### OPERACION DE BASSET

7º TIEMPO.- 1: extremo distal de los vasos epigástricos profundos, ya cortados y ligados, colocado en el borde del músculo oblicuo interno. 2: extremos proximales de los vasos epigástricos profundos, ya cortados y ligados, emergiendo de los vasos ilíacos externos. 3: ganglio de Claquelet. 4: Ligamento redondo cortado.



### OPERACION DE BASSET

8º TIEMPO.- Mostrando la arcada crural y la vena safena cortadas, con el ganglio de Claquelet descubierto en el canal femoral. 1: ganglio de Claquelet. 2: extremos ligados de los vasos epigástricos profundos. 3: extremo ligado de la vena safena. 4: extremo seccionado de la arcada crural. 5: pinza sosteniendo al otro extremo de la vena safena.

que se cierra en bolsa a su alrededor. Se levanta el extremo inferior de dicho ligamento, encontrándose en su lecho los profundos vasos epigástricos cerca a su punto de origen en los ilíacos externos; estos vasos se cortan y se ligan.

(V) En seguida se desprende la inserción del músculo oblicuo interno a la arcada crural y luego se retrae para poner al descubierto la fosa ilíaca; se introduce allí un dedo encontrándose siempre un ganglio bastante voluminoso que es resecao ligando sus vasos nutricios.

(VI) Al retraer el músculo oblicuo interno y el peritoneo que cubren los vasos ilíacos externos se halla directamente sobre ellos un pequeño paquete ganglionar que debe extirparse con mucho cuidado para no ir a lesionar dichos vasos.

(VII) Después se procede a resecao uno o dos ganglios colocados por dentro de los vasos ilíacos externos, sobre el agujero obturador.

(VIII) Finalmente se hace la extirpación de los ganglios de la cadena inguinofemoral. Se aísla y liga la vena safena interna unos cinco centímetros por debajo de su desembocadura en la femoral; de esta manera puede fácilmente disecarse la cadena linfática situada sobre los vasos femorales y el músculo pectíneo, en continuidad con el extremo inferior del ligamento redondo y la masa de ganglios superficiales que habían sido previamente desprendidos. El llamado ganglio de Cloquet que yace encerrado entre el anillo crural, directamente contra la vena femoral, es entonces extirpado en caso de que exista, para lo cual se secciona en este punto la arcada crural.

El punto final en la extirpación de esta masa de tejido consiste en cortar y ligar la vena safena junto a su desembocadura en la femoral, siendo necesaria la extirpación de un trozo de vena safena.

Extirpado en su totalidad el paquete ganglionar se procede a cerrar la herida haciéndolo como si se tratara de una hernia. En los casos aquí tratados se ha empleado para ello con buenos resultados, la técnica de Bassini. Es conveniente dejar un dren en la extremidad inferior de la herida y poner un vendaje compresivo para disminuir la tendencia a la acumulación de las secreciones de la herida.

#### *Cuidados post-operatorios.*

Esta operación a pesar de su duración es poco "shockante". Con todo es conveniente la subsecuente administración de transfusiones de plasma o sangre y suero vitaminado; es de rutina también el dejar una sonda vesical o permanencia que podrá ser retirada a los cinco o seis días, y la aplicación de luz perineal para activar la cicatrización. Las heridas de las linfadenectomías tardan casi siempre mucho tiempo en cicatrizar; Taussig (63, 65), sólo ha tenido un 20% de casos con curación de las heridas por primera intención; la necrosis es muy frecuente teniendo que recurrirse en ocasiones a injertos, siendo más aconsejable los epidérmicos pequeños que los grandes injertos de piel; Crossen (18) aconseja dejar bastante tejido grasoso adherido a la piel sin olvidar que aquí, como en toda la cirugía del cáncer, lo importante es la extirpación completa del neoplasma y sus posibles metástasis. La luz tiene muy buena acción como en

la herida vulvar, aplicándola dos veces al día, durante una hora; de esta manera se disminuyen considerablemente las secreciones y se favorece la granulación.

Este ha sido el tratamiento quirúrgico de hace tres años para todos los casos empleados en el Instituto de Radium desde que se consideraron curables, habiéndose obtenido con él, hasta ahora, resultados bastante apreciables, como lo veremos al tratar este punto en el estudio estadístico.

#### *Tratamiento paliativo.*

En aquellos casos en los cuales no es posible hacer un tratamiento, por la avanzada evolución de las lesiones, sin embargo, pueden aliviarse algo los padecimientos usando diversos procedimientos terapéuticos. El Radium y los Rayos X a dosis paliativas, especialmente éstos últimos, tienen entonces una gran indicación, pues disminuyen considerablemente la extensión de los tumores, lo cual produce mucho alivio en las enfermas, actuando benéficamente sobre su psiquismo. Un papel semejante representa la diatermia y la electrocauterización que pueden emplearse solas o asociadas a la irradiación en la "limpieza", como la llama Taussig, de las lesiones cancerosas. En las etapas finales, al propagarse a los ganglios y al periostio, se producen fuertes dolores para los cuales lo único que sirven son los analgésicos, especialmente los opiáceos, que no deben escatimarse a estas desdichadas mujeres.

#### *Tratamiento preventivo.*

Consiste sobre todo en la vigilancia estrecha de las lesiones que se conside-

ran como predisponentes, tales como la leucoplasia, las carúnculas uretrales, los nevus, etc., y en el tratamiento efectivo de aquellas enfermedades como la sífilis y la linfogranulomatosis venéreas, que de dejarse evolucionar pueden originar úlceras y gomas que pueden sufrir degeneración maligna secundaria. A esto debe añadirse una intensa campaña de divulgación de los diversos síntomas que indican la posible presencia de un tumor maligno.

#### *Tumores malignos secundarios de la vulva.*

Hay dos maneras para que un cáncer secundario pueda desarrollarse en la vulva (62, 63): (I) por transporte metastásico a través de los canales linfáticos o la corriente sanguínea (II), por implantación directa de las células malignas en la superficie de la vulva a su paso a través del canal genital. El sitio en que con mayor frecuencia se ven estos tumores secundarios es el meato urinario, siguiéndole en frecuencia, la región vestibular y la glándula de Bartholin (45, 62); en caso de operaciones vaginales para cáncer del cuello uterino, como la perineal de Schuchardt, pueden hacerse implantaciones metastásicas en la herida quirúrgica pero esto es muy raro, lo que indica un alto grado de resistencia vulvar a la implantación de metástasis cancerosas ya que en esos casos se encuentra la vulva prácticamente bañada en flujo que contiene células cancerosas en abundancia (45). El nódulo metastásico generalmente es solitario y se encuentra recubierto por una capa de epitelio intacta. El origen de estos neoplasmas secundarios puede encontrarse en el cuerpo o el cuello uterinos, la vagina, el ovario y en raras

ocasiones proviene de cánceres de órganos más lejanos (hipernefroma). Histológicamente se encuentran corioepiteliomas, carcinomas y sarcomas. El tratamiento es la simple resección del nódulo, siempre y cuando que no haya metástasis generalizadas; rara vez se tiene en cuenta el estado del tumor primitivo.

#### *Concomitancia del cáncer vulvar con otros cánceres.*

Con alguna frecuencia pueden presentarse cánceres vulvares en enfermas que al mismo tiempo presentan un cáncer de cualquier otra parte del cuerpo o que han tenido anteriormente un neoplasma maligno. Palmer (48), encontró un 5% de estos casos; Lunin (36) en 50 enfermas, halló tres en las cuales se presentaron tumores cancerosos del estómago, el cuerpo uterino y la mano, antes o después de haber tenido un cáncer de la vulva, y Longden (34) observó cuatro casos de un total de 43 en los cuales hubo un desarrollo simultáneo de cáncer vulvar y cáncer del seno o del cuerpo uterino, lo cual le llamó mucho la atención, tanto, que gráficamente comenta que la leucoplasia y el cáncer vulvar son "la llumette qui met le feu aux poudres" (la mecha que prende fuego al polvorín).

Entre los casos vistos en el Instituto de Radium, se encontraron dos casos de cáncer vulvar desarrollándose simultáneamente con uno del cuello uterino, un cáncer del seno también concomitante con uno vulvar, otro caso de cáncer vulvar en una paciente que había sido anteriormente tratada con éxito para

un cáncer de seno, y otro en el cual se desarrolló, luego de ser tratada la paciente para un carcinoma vulvar, un tumor maligno en el hipocondrio izquierdo que fue tratado, al parecer con éxito, mediante Rayos X. Es decir, cinco casos en un total de 62 estudiados o sea un 8.06% más o menos semejante al obtenido por Longden (34). Parece pues, que hay alguna relación entre el cáncer vulvar y el desarrollo en otras regiones del cuerpo, especialmente en la esfera genital, y que no se trata de una simple coincidencia.

#### *Cáncer vulvar y embarazo.*

Sólo en muy raras ocasiones se ha podido ver coincidir un cáncer vulvar con un embarazo. Revisando toda la literatura al respecto, Shannon y Marting (55) citan sólo dos casos y Lunin (36) trae otros dos, habiendo pues un total de cuatro, siendo los dos últimos en negras. Entre los casos recopilados en este trabajo hay uno en el cual se presentó esta coincidencia, en una mujer mestiza de 28 años; se hizo vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal bilateral cuando llevaba tres y medio meses de embarazo, sin consecuencia ninguna y posteriormente vino el parto, que tuvo que hacerse por vía alta ya que resultó ser un feto hidrocefalo, pues la enferma no se quiso someter a un tratamiento antisifilítico previo, teniendo exámenes serológicos fuertemente positivos. La enferma ha seguido posteriormente en buen estado y está nuevamente embarazada. De esta historia hablaremos en detalle más adelante.

## ESTUDIO ESTADÍSTICO

Presentamos a continuación el estudio estadístico del cáncer de la vulva en el Instituto Nacional de Radium. Son un total de 62 casos, que comprenden los vistos en este Instituto desde enero de 1935, año de su fundación, hasta septiembre de 1950. Parecería a primera vista que el número de casos es pequeño, pero en realidad no lo es, teniendo en cuenta la muy poca frecuencia con que se presenta esta afección. En efecto, en centros especializados localizados en Norte América y Europa se han presentado cuadros estadísticos con un total de casos que rara vez pasa de 200. Así, por ejemplo, Graves (27) presenta un total de 66 casos vistos en un espacio de tiempo de 51 años, Watson y Busberg (72) hacen sus estadísticas sobre sólo 30 casos, Lunin (36), presenta 50 casos, Carranza (15) 120 casos y Taussig (65) presenta un total de 155 casos.

De los 62 casos de nuestra estadística hubo 34 que fueron tratados y 28 que se consideraron como intratables o no fueron tratados. En este total no están incluidos los casos de cáncer de la uretra o el meato uretral, ni aquéllos primitivamente localizados en la región perineal, que, aunque muy pocos, colocamos en un capítulo aparte por ser su tratamiento electivo diferente al empleado en los casos de carcinoma vulvar.

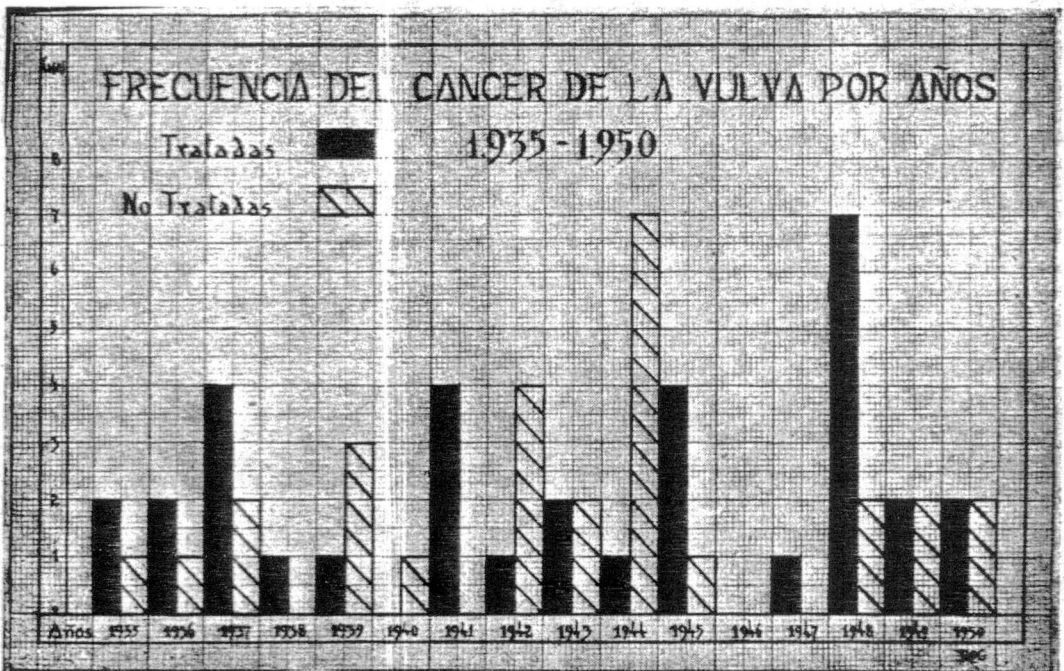
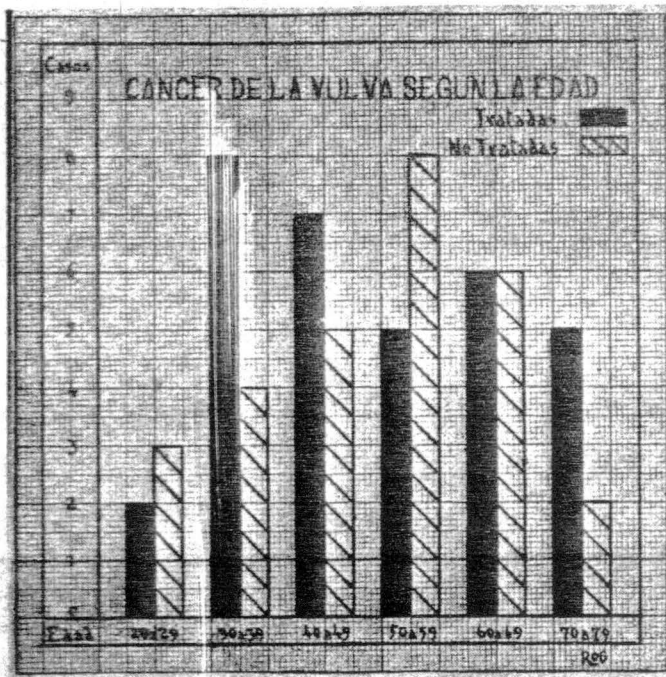
La gran mayoría se presentó en mujeres de raza blanca o mestiza, habiendo un solo caso en una negra, extranjera ésta. Esto puede tener su explicación en la relativa poca frecuencia de individuos de esta raza en los Departamentos del centro de la Nación, que

constituyen la mayor fuente de origen de los casos vistos.

### *I — Frecuencia de cáncer vulvar en relación con los demás cánceres*

En el Instituto Nacional de Radium, se han visto hasta el 19 de septiembre de 1950, 24.304 casos de cáncer. De ellos el más frecuente ha sido el de la piel, 3.279 casos o 13.49%, seguido por el del cuello uterino con 2.471 casos o 10.16% y el del seno con 1.099 casos o 4.93%. Siguiendo el orden descendente de frecuencia el cáncer de la vulva ocupó el 16 lugar con 62 casos o 0.25%. Este porcentaje es en cierto punto relativo ya que en el total de casos vistos están incluidos los cánceres que se han presentado tanto en las mujeres como en los hombres. El porcentaje es igual al hallado por Díaz (22) y está más o menos de acuerdo con el encontrado por Graves y Mezer (27) de 0.20%; es superior al de Lunin (36) de 0.11% e inferior al hallado por Pack y Livingston (47), Palmer (48) Taussig (61, 65) y otros que le dan un porcentaje de 0.50% a 1%. En general la incidencia de acuerdo con la obtenida por otros autores que han presentado un número de casos semejantes. Debemos anotar que Uribe (71) en su tesis sobre estadísticas del cáncer del seno en el Instituto de Radium halló en general porcentajes más altos, aunque los de mayor frecuencia fueron los mismos encontrados por nosotros (piel, cuello uterino, seno y lengua). Para el cáncer vulvar da él un porcentaje de 0.60% o sea 24 casos en un total de 3.982 estudios. También anotamos que se encontró una incidencia mucho mayor de cáncer del pene (214 casos o 0.88%), que la hallada en la vulva (62 o 0.25%).





*Cuadro de la frecuencia del cáncer vulvar en el Instituto de Radium.*

LOCALIZACION	No. de casos	Porcentaje %
Carcinoma de la piel.....	3.279	13.49
Carcinoma del cuello uterino	2.471	10.16
Carcinoma del seno.....	1.099	4.93
Carcinoma de la lengua.....	259	1.06
Carcinoma del estómago.....	236	0.97
Carcinoma del esófago.....	212	0.91
Carcinoma del pene.....	214	0.88
Enfermedad de Hodgkin.....	173	0.71
Carcinoma del paladar.....	136	0.56
Carcinoma de la laringe.....	135	0.55
Carcinoma del maxilar superior.....	133	0.54
Carcinoma de la glándula tiroideas.....	115	0.47
Carcinoma de la vagina.....	106	0.43
Carcinoma del recto.....	68	0.28
Carcinoma del ojo.....	67	0.27
Carcinoma de la vulva.....	62	0.25

Si tomamos solamente los cánceres localizados en el aparato genital femenino, encontramos que para un total de 2.712, el porcentaje más alto lo da el del cuello uterino con 91.10%. En segundo lugar viene el de la vagina con 3.90% y el tercer puesto lo ocupa el cáncer de la vulva con 2.28%. Es interesante observar que los cánceres del cuerpo uterino y del ovario presentaron una incidencia inferior a la de los carcinomas vulvar y vaginal, lo cual está en desacuerdo con las estadísticas de otras partes que, en general, le dan el segundo lugar al cáncer del cuerpo uterino y el tercero al del ovario. El porcentaje de cáncer vulvar encontrado aquí, es inferior al hallado por la mayoría de los autores que le dan a él de un 3 a 4% de la frecuencia de los cánceres genitales femeninos (48, 58, 65, 71).

*Cuadro de la frecuencia del carcinoma vulvar en relación con los otros cánceres genitales femeninos.*

LOCALIZACION	No. de casos	Porcentaje %
Carcinoma del cuello uterino	2.471	91.10
Carcinoma de la vagina.....	106	3.90
Carcinoma de la vulva.....	62	2.28
Carcinoma del cuerpo uterino	42	1.61
Carcinoma del ovario.....	29	1.06
Carcinoma de las trompas uterinas.....	0	0.00
<b>TOTAL.....</b>	<b>2.712</b>	<b>100.00</b>

*II — Frecuencia del cáncer vulvar por años.*

Los casos de carcinoma vulvar se han presentado de manera casi continua durante los tres lustros que incluye esta estadística, pues solamente en un año, 1946, no se presentó un solo caso de este cáncer. En el primer lustro (1935-1939) hubo 17 casos, en el segundo (1940-1944) 22 y en el último, incluyendo los 9 primeros meses de 1950, 22 casos, de manera que la frecuencia ha sido más o menos la misma. El promedio por año es de 3.87. El año que registró más casos fue el de 1948, con 9, de los cuales fueron tratados 7.

*Cuadro de la frecuencia del cáncer vulvar por años.*

AÑOS	No tratados	Tratados	Totales
1935	1	2	3
1936	1	2	3
1937	2	4	6
1938	-	1	1
1939	3	1	4
1940	1	-	1
1941	-	4	4
1942	4	1	5
1943	2	2	4
1944	7	1	8

AÑOS	No tratadas	Tratadas	Totales
1945	1	4	5
1946	-	-	-
1947	-	1	1
1948	2	7	9
1949	2	2	4
1950	2	2	4
<b>TOTALES</b>	<b>28</b>	<b>34</b>	<b>62</b>

### III — Frecuencia del cáncer vulvar según la edad.

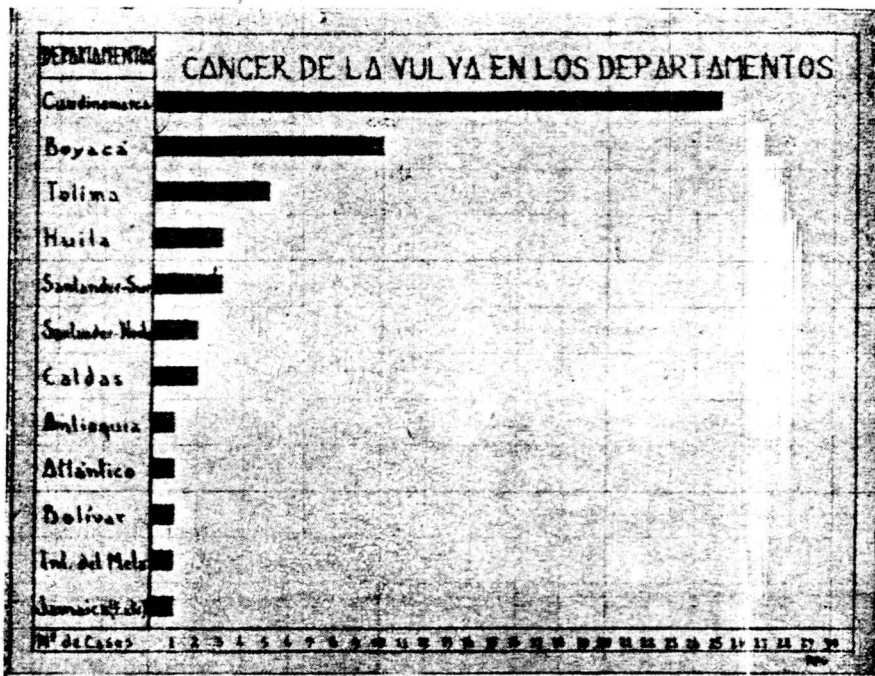
La gran mayoría de los autores trae como época más común para la aparición del cáncer vulvar la comprendida entre los 50 y los 60 años (65, 30, 55, 22, 24, 27), y aún algunos como Longden (34), Smith y Pollack (58) y Palmer (48), la localizan entre los 60 y los 70 años. En nuestras estadísticas la época más frecuente de aparición fue la de los 50 a los 59 años, 13 casos o 21.31% pero se encontró un porcentaje de 19.67% correspondiente a 12 casos, en las décadas comprendidas entre los 30 y los 39, los 40 y los 49 y los 60 y los 69. En cambio el promedio hallado aquí es mucho más bajo que el encontrado por los mismos autores citados, pues se encontró un promedio total de 47.45, siendo el de las tratadas de 45.53 y el de las no tratadas de 49.13; el promedio de ellos oscila entre los 58 y los 61 años, de manera que entre nosotros, el cáncer vulvar se presenta con mayor frecuencia en mujeres de menos de 50 años, lo contrario de lo que sucede en otras partes (35). La edad más común encontrada fue 35 años en el grupo de casos tratados y 40 años en los no tratados. La más joven tenía 23 años (caso de cáncer vulvar avanzado complicado y con sífilis, que se consideró intratable y la más vieja 78 años (dos casos, ambas tratadas).

### Cuadro de la frecuencia del cáncer vulvar según la edad.

EDAD	No tratadas	Tratadas	Total	Porcentaje %
20 a 29	3	2	5	8.19
40 a 49	5	7	12	19.67
30 a 39	4	8	12	16.67
50 a 59	8	5	13	21.31
60 a 69	6	6	12	19.67
70 a 79	2	5	7	11.64
<b>Totales</b>	<b>28</b>	<b>33</b>	<b>61</b>	<b>100.00</b>

### IV — Frecuencia del cáncer de la vulva por Departamentos.

El Departamento de Cundinamarca presenta el más alto porcentaje de enfermas de cáncer vulvar (25 casos o 45.45%), lo cual se puede explicar por dos razones principales: a) Bogotá es la única ciudad del país que cuenta con un centro anticanceroso tan completo como lo es el Instituto Nacional de Radium, de ahí que sea más fácil para las enfermas residentes en esta ciudad o en regiones vecinas el acudir a él en busca de tratamiento, que para las que viven en regiones más apartadas, como son los Departamentos de la Costa Atlántica y del sur del país. b) La gran mayoría de las pacientes de provincia acuden a los médicos de la localidad siempre cuando el mal está bastante avanzado, lo cual unido a la falta de recursos tan frecuentes en esas gentes, ocasiona el que prefieran permanecer allí en vez de viajar a la capital en busca del tratamiento efectivo. Sólo hubo una paciente extranjera, una negra de Jamaica que fue tratada por Rayos X y murió poco tiempo después.



Cuadro de la frecuencia del cáncer vulvar por Departamentos.

Cundinamarca . . . . .	25	45.45
Boyacá . . . . .	10	18.18
Tolima . . . . .	5	9.09
Huila . . . . .	3	5.45
Santander del Sur . . . .	3	5.45
Santander del Norte . . .	2	3.64
Caldas . . . . .	2	3.64
Antioquia . . . . .	1	1.81
Atlántico . . . . .	1	1.81
Bolívar . . . . .	1	1.81
Intendencia del Meta . . .	1	1.81
Jamaica (extranjera) . . .	1	1.81
Totales . . . . .	55	100.00

V — Relación del cáncer de la vulva con el número de hijos.

En un total de 52 casos en los cuales se anota este dato se encontraron 15 nulíparas, 7 primíparas y 30 con dos o más hijos, o sea respectivamente 2.19%, 13.46% y 57.39%. Estos porcentajes son bastante aproximados a los obtenidos por otros autores (36, 48, 58) y podemos deducir que es una afección que se presenta con más frecuencia en las mujeres que han tenido hijos, sin tener en cuenta el estado civil, pues como lo veremos más adelante, el número de solteras fue sólo un poco inferior al de las casadas.

Si tenemos en cuenta el estado civil, en relación con el número de hijos, encontramos los siguientes datos: se halló un total de 29 casadas o 46.77% y 25 solteras o 40.32%; el estado civil de las

otras ocho no puede averiguarse con certeza. El número de solteras con hijos fue superior en casi el doble al número de solteras sin ellos (9 y 16 respectivamente) y el de casadas con hijos era casi cuatro veces superior al de casadas sin hijos (6 y 23 respectivamente). De aquí podemos deducir, como ya lo afirmamos antes, que el estado civil no parece tener ninguna influencia, en tanto que la multiparidad sí lo tiene, ya que tanto entre las solteras como entre las casadas el porcentaje fue mucho más alto en las que habían tenido uno o más hijos. Esta relación entre solteras y casadas no está de acuerdo con la obtenida por otros autores (48,58), quienes hallaron una proporción de una soltera por ocho a diez casadas.

VI'— *Relación entre el cáncer vulvar y su tiempo de evolución.*

Es extraordinariamente alto el número de pacientes que se presentó a consulta médica cuando ya la lesión llevaba más de un año de evolución. En efecto, entre 52 pacientes censadas a este respecto, 29 o 55.57%, llevaban una evolución superior a un año. A esto se debe principalmente el que la mitad de los casos vistos, 28 o 45.16%, fueran considerados como intratables en el momento de su primera consulta, y en este número no están incluidos los casos que fueron tratados solamente con fines paliativos, de manera que el grado de intratabilidad es en realidad mucho más alto. El caso con evolución más corta fue uno con un mes de duración y el de evolución más larga uno que llevaba 11 años con su enfermedad; ambos fueron tratados y el tiempo de evolución más común fue el de un año; 11 pacien-

tes o 21.15%, llevaban ese espacio de tiempo padeciendo de su lesión.

*Cuadro de la frecuencia del Carcinoma vulvar según el número de hijos*

NUMERO DE HIJOS	No tratados	Tratados	Total	Porcentaje %
0 (nulíparas)	4	11	15	24.19
1 (primíparas)	4	3	7	13.46
2 (multíparas)	5	3	7	13.46
2 "	5	3	8	15.38
3 "	0	5	5	9.61
4 "	1	1	2	3.85
5 "	1	2	3	5.77
6 "	2	0	2	3.85
7 "	3	1	4	7.69
8 "	1	2	3	5.77
9 "	0	2	2	3.85
10 "	0	0	0	0.00
11 "	0	0	0	0.00
12 "	0	1	1	1.92
Totales . . . .	21	31	52	100.00

*Estado civil y número de hijos en relación con el cáncer vulvar.*

ESTADO CIVIL	No tratados	Tratados	Total	Porcentaje %
Solteras sin hijos	2	7	9	16.67
Casadas sin hijos	2	4	6	11.11
Solteras con hijos	8	8	16	29.63
Casadas con hijos	9	14	23	42.59
Totales . . . . .	21	33	54	100.00

*Cuadro del tiempo de evolución del carcinoma vulvar.*

Tiempo de evolución	No tratados	Tratados	Total	Porcentaje %
1 mes	-	1	1	1.92
2 »	2	2	4	7.69
3 »	1	4	5	9.61
4 »	2	1	3	5.77
5 »	1	1	2	3.85
6 »	4	2	6	11.54
7 »	-	-	-	0.00

Tiempo de evolución	No tratados	Tratados	Total	Porcentaje %
8 »	1	-	1	1.92
9 »	-	-	-	0.00
10 »	-	-	-	-
11 »	5	6	11	21.15
1 año	1	3	4	7.69
1½ »	1	4	5	9.61
2 »	-	1	1	1.92
2½ »	1	1	2	3.85
3 »	-	2	2	3.85
6 »	-	1	1	1.92
7 »	1	1	2	3.85
8 »	-	1	1	1.92
10 »	-	1	1	1.92
11 »	-	-	-	-
<b>Totales</b>	<b>21</b>	<b>31</b>	<b>52</b>	<b>100.00</b>

**VII — Localización inicial de los tumores malignos de la vulva en los casos estudiados en el Instituto de Radium.**

A este respecto los datos obtenidos no son completamente exactos ya que muchas enfermas no mencionan este dato o no lo hacen con certeza y por otro lado, en algunas de estas pacientes el estado de la lesión en el momento de la primera consulta era muy avanzado, siendo imposible saber su lugar de origen. Con todos los datos obtenidos en un total de 58 casos, aunque relativos, concuerdan en parte con los obtenidos por otros autores (22, 36, 65). El lugar de aparición más frecuente fueron los grandes labios, 29 casos o 50.10% en total, habiendo 15 de gran labio derecho y 14 del gran labio izquierdo. Le siguen en frecuencia los pequeños labios con 17 casos o 29.31%, con 9 en el izquierdo y 8 en el derecho. El sitio menos común fue el clitoris, tres casos o 5.17%, no encontrándose ningún caso que indicara claramente su origen en la glándula de Bartholin.

**Cuadro de la frecuencia del cáncer vulvar según su localización inicial**

Localización	No tratados	Tratados	Total	Porcentaje %
Gran lab. der..	5	10	15	25.96%
Gran lab. izq..	5	9	14	24.14 »
P. lab. der....	2	6	8	13.79 »
P. labio izq....	5	4	9	15.52 »
Vestíbulo.....	5	0	5	8.62 »
Prep. clitoris..	1	2	3	5.17 »
Horquilla.....	1	3	4	6.90 »
<b>Totales</b> . . . . .	<b>24</b>	<b>34</b>	<b>58</b>	<b>100.00</b>

**VIII—Propagaciones del carcinoma vulvar en el Instituto Nacional de Radium.**

Estos datos, como los de la localización inicial, no son completamente exactos, especialmente en lo que toca a propagación a los ganglios linfáticos ya que las historias del Instituto traen pocos datos al respecto, en especial en los casos no tratados; en efecto, en este último grupo sólo en seis casos se habla de metástasis ganglionares, siendo lo más probable que la mayoría, sino la totalidad, las tuvieran.

Se censaron a este respecto 58 pacientes de las cuales 24 o 41.37% presentaban metástasis ganglionares inguinales e ilíacas, habiendo 13 inguinales bilaterales o 22.41% y 10 inguinales unilaterales o 17.24% y un caso con metástasis inguinales e ilíacas bilaterales o 1.72%; el porcentaje total es bastante inferior al hallado por Tausig (63.65), de 66% aunque, como ya lo dijimos, es bastante relativo. El porcentaje de propagación vaginal encontrado fue en cambio bastante alto (22 casos o 37.93%), lo cual está en

relación directa con el número elevado de casos considerados intratables, ya que son pocos los que teniendo este tipo de propagación pueden ser tratados con éxito. Hubo dos casos o 3.45% con propagaciones óseas, dato elevado, ya que los diversos autores (14, 45, 61) consideran estas metástasis como muy raras. También se halló un caso en el cual se desarrolló un tumor maligno en el hipocondrio izquierdo, que histológicamente se encontró como sospechoso de ser metastásico, luego de haber sido la paciente tratada para su cáncer vulvar. Se hallaron 4 casos o 6.89% con metástasis al recto y 4 o 6.89% con propagación a la vejiga, todas en casos intratables. Anotamos que en algunos de los casos se hallaron simultáneamente varias clases de metástasis (ganglios-vagina, vagina y vejiga, vagina y recto, etc.).

*Cuadro del cáncer vulvar en la relación con sus propagaciones.*

Tipo de propagación	No tratados	Tratados	Total	Porcentaje %
A los ganglios inguinales unilaterales . . . . .	2	8	10	17.24
A los ganglios inguinales bilaterales . . . . .	4	9	13	22.41
A los ganglios inguinales y a los ilíacos exteriores . . . . .	..	1	1	1.72
A la vagina . . . . .	14	8	22	37.93
A la vejiga . . . . .	4	..	4	6.89
Al recto . . . . .	4	..	4	6.89
A la región isquio-rectal . . . . .	1	..	1	1.72
A las ramas isquio-pubianas . . . . .	..	1	1	1.72

Tipo de propagación	No tratados	Tratados	Total	Porcentaje %
A la articulación coxo-femoral . . . . .	1	..	1	1.72
Al hipocondrio izquierdo . . . . .	..	1	1	1.72
Totales . . . . .	30	28	58	100.00

*IX — Antecedentes cancerosos*

Los datos obtenidos a este respecto son también relativos ya que las historias clínicas de las enfermas del Instituto Nacional de Radium informan al respecto en muy pocos casos; casi siempre se refieren a los antecedentes más directos que son los padres, pero no dan datos sobre los abuelos o los tíos que son igualmente importantes. Además en muchas ocasiones las enfermas no dicen claramente si la enfermedad que causó la muerte a sus antecesores fue en realidad el cáncer, diciendo solamente que han fallecido a causa de un "tumor" o una "afección" de tal o cual órgano, sin precisar nada al respecto. Por eso consideramos en este trabajo dos clases de porcentajes: porcentaje absoluto, cuando las enfermas dan con seguridad los datos de muerte del cáncer y porcentaje relativo, que incluye además aquellos casos en los cuales la causa de muerte pudo haber sido un neoplasma maligno.

En el grupo de 62 casos de nuestra estadística se encontraron cuatro con seguros antecedentes cancerosos y cinco con posibles antecedentes de neoplasma maligno, lo que da un total de nueve casos. El porcentaje absoluto será entonces: cuatro casos o 6.45% y el porcentaje relativo: nueve casos o 14.52%. De los cuatro casos de antecedente canceroso, seguro dos lo eran de cáncer del

útero, uno del cáncer del seno y uno de cáncer vulvar (en una hermana). Los casos relativos incluyen "tumores" del hígado (dos casos), del estómago (un caso) de la matriz (un caso) y "hemorragia genital" el último caso.

Respecto a los antecedentes cancerosos personales se encontró un caso el cual anteriormente a su carcinoma vulvar había sido tratado con éxito para un neoplasma maligno del seno. Además se hallaron dos casos en que existían simultáneamente cánceres de la vulva y el cuello uterino, un caso en que había concomitantemente un cáncer del seno y uno de la vulva (melanoma) y un caso en el cual durante la evolución de un carcinoma vulvar apareció un neoplasma maligno en la piel del hipocóndrio izquierdo, que no pudo decirse con seguridad que fuera una metástasis del cáncer vulvar. En total cinco casos, uno anteriormente y cuatro simultáneamente, de cáncer vulvar y cáncer de otras regiones en una misma enferma, lo que da un porcentaje de 0.06%. Como ya lo dijimos anteriormente, este fenómeno ha sido observado con frecuencia y los porcentajes encontrados por los diversos autores (34, 36, 48), son semejantes al aquí hallado.

#### *X — Concomitancia de cáncer vulvar y enfermedades infecciosas de la vulva.*

Son numerosos los autores que mencionan la presencia simultánea del carcinoma y una o más de las diversas enfermedades que pueden afectar la vulva (36, 38, 48, 58, 63). Del total de casos que forman este estudio estadístico en 47 o 75.87% se menciona la presencia de una enfermedad infecciosa. En 34 de ellos o 54.84% se halló una infección

séptica simultáneamente, aunque es probable que el porcentaje real fuera más elevado ya que es de suponer que en una gran proporción de casos, en especial en los no tratados, se hubiera desarrollado una infección secundaria en el tumor canceroso.

En este mismo grupo de 47 casos se hallaron nueve que presentaban una sífilis evolucionando al tiempo con el tumor maligno vulvar, lo que da un 14.52% y dos con linfogranuloma venéreo o 3.22%.

Las reacciones serológicas le fueron practicadas a 25 siendo positiva en 10, lo que da un 40%. Hubo además un caso o 1.61% en que se comprobó la presencia de una T. B. C. vulvar simultánea con el cáncer.

Debido a esto muchas de las pacientes habían sido tratadas en un principio para otras lesiones vulvares, haciéndose la biopsia sólo cuando esos tratamientos habían fracasado. En efecto, catorce pacientes o 22.58% habían sido tratadas anteriormente para otras enfermedades. De éstas a 11 o 17.74% se las trató para una posible sífilis, a dos o 3.22% para enfermedad de Nicolás y Favre y una fue tratada para un prolapso que en realidad no existía.

Por esto y a pesar de tener un buen criterio clínico y de hallar reacciones serológicas positivas, a toda lesión vulvar que sea un tanto resistente a un tratamiento bien llevado debe hacerse una biopsia para estudio microscópico. Así podrán salvarse oportunamente muchas enfermas que de empecinarse el médico en hacer un tratamiento errado, estarían condenadas a una segura muerte.

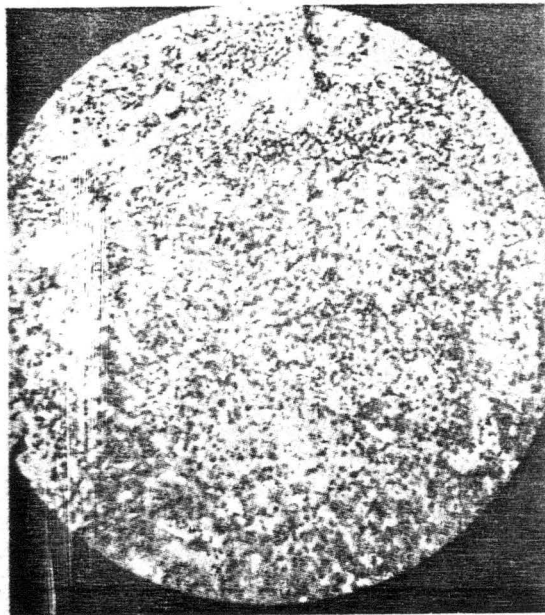


En un total de 57 historias en las cuales se encuentra mencionado este dato la causa principal de consulta médica, y que ellas dan como síntoma inicial, fue la presencia de la lesión misma: en efecto, en 31 de esos casos o 54.39% se halló dicho dato. En ésta también la causa principal de entrada para otros autores (34, 36, 41); el siguiente síntoma inicial en frecuencia hallado fue la hemorragia, con 12 pacientes o 21.05%. Es curioso que la gran mayoría de las enfermas que acusaban este síntoma presentaban al examen ginecológico una invasión cancerosa a la vagina, más o menos acentuada pero siempre aparente. El prurito, que otros autores consideran como el síntoma más común (48, 58), dándole de un 50 a 60% de frecuencia, sólo se presentó como síntoma inicial en seis pacientes, lo que da un porcentaje de 10.53%, que como decimos es bastante bajo. El flujo como síntoma inicial se halló en cuatro casos o 7.02% y disuria y dolor en dos cada uno o 3.50%.

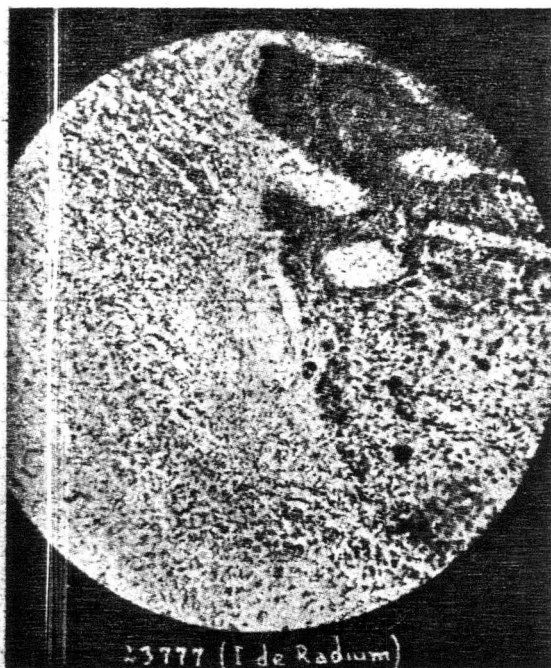
Cuadro del síntoma inicial principal en el cáncer vulvar.

SÍNTOMA	No revisadas	Revisadas	Total	Porcentaje %
Lesión misma . . . . .	11	20	31	54.39
Hemorragia . . . . .	8	4	12	25.05
Prurito . . . . .	3	3	6	10.53
Flujo . . . . .	1	3	4	7.02
Disuria . . . . .	1	1	2	3.50
Dolor . . . . .	1	1	2	3.50
Totales . . . . .	25	32	57	100.00

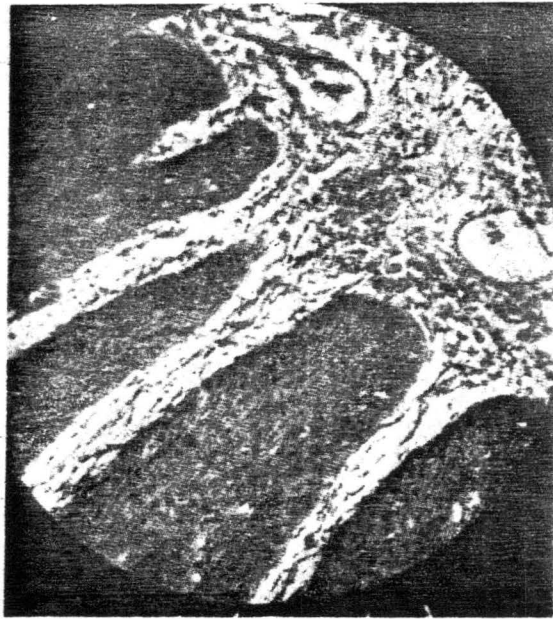
A este respecto se revisaron las placas de 55 casos siguiéndose para su clasificación el sistema americano preconizado por Broder. De esta manera se halló un total de 50 carcinomas epidermoides espino-celulares o sea un 90.00 por ciento, de los cuales 32 o 64.00% eran de grado II, 16 o 32.00% de grado III uno o 2.00% de grado IV. De los otros 5, 2 o 3.64%, eran melanomas malignos, 1 o 1.82% carcinoma indiferenciado, 1 o 1.82% carcinoma intraepitelial y 1 o 1.82% papiloma con degeneración maligna carcinomatosa. Estos porcentajes se hallan bastante acordes con los encontrados por otros autores. Así, Díaz (22) obtuvo un 91.9% de epitelomas, Smith y Pollack (58) hallaron un 84% de carcinomas epidermoides en sus series, de los cuales había un 63% de grado II; Lunin (36) en un total de 37 casos encontró 23 de grado II o sea un 62.43%, 11 de grado III o 29.73% y uno de grado IV o 2.70%; y Taussig (62,63), en un total de 58 casos tuvo 37 o 63.79% de carcinoma diferenciado (grados I y II) 16, o 27.58% de malignidad intermedia (grado III) y 5 u 8.62% anaplásticos (grado IV). Se ve pues, que la gran mayoría (más del 60%) son del grado II, siguiéndole en frecuencia los del grado III con alrededor de un 30%. El porcentaje hallado de melanomas es ligeramente superior al de otros autores que le dan de 1 a 2.5% de frecuencias (36, 48, 63). Se encontró además un caso de carcinoma intraepitelial o "in situ" correspondiente a una disqueratosis de Bowen de localización vulvar (historia número 1.249 del Instituto de Radium), un caso de carcinoma indiferenciado y uno de epapilo-



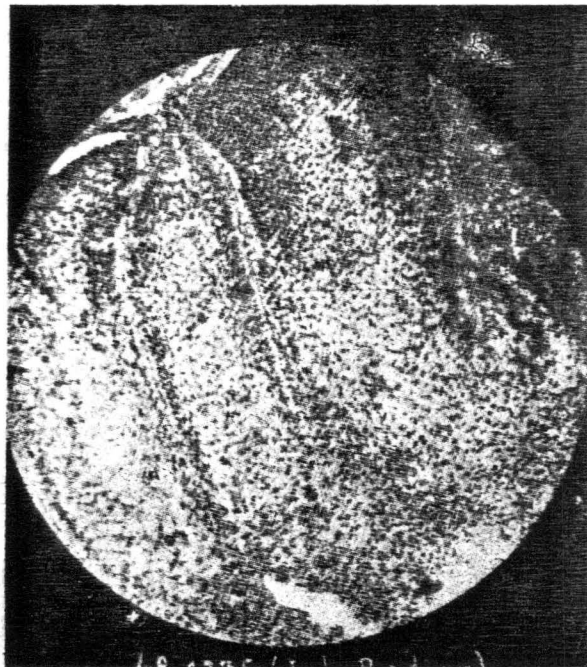
Carcinoma escamocelular grado I. Caso 1.010.  
del Instituto de Radium.



Carcinoma intraepitelial. Caso N° 1.249 del  
Instituto de Radium.



Carcinoma epidermoide espino-celular grado II. Caso 1.917 del Instituto de Radium.



Carcinoma espino-celular grado II. Caso 1.979 del Instituto de Radium.

ma con degeneración maligna carcinomatosa. Hubo una paciente (historia número 17.318, en el Instituto de Radium), que presentaba un carcinoma espinocelular grado III, en la vulva y un tumor del hipocondrio izquierdo que no se clasificó con seguridad como metastásico y que histológicamente correspondía a un carcinoma indiferenciado. Debe anotarse que no se halló ningún caso de adenocarcinoma que es más común que el melanoma (63) como tampoco se encontraron casos de sarcoma ni de enfermedad de Paget.

*Cuadro de las variedades histológicas.*

Variedad Histopatológica	No exámenes	%
Carcinoma epidermoide espinocelular . . . . .	40	90.90
Melanoma maligno . . . . .	2	3.64
Carcinoma indiferenciado	1	1.82
Carcinoma intraepitelial . .	1	1.82
Papiloma con degeneración carcinomatosa . . . . .	1	1.82
Totales . . . . .	55	100.00

*Porcentaje de los grados de carcinoma espinocelular.*

GRADO	No de casos	%
Grado I	1	2.00
Grado II	32	64.00
Grado III	16	32.00
Grado IV	1	2.00
Totales . . . . .	5	100.00

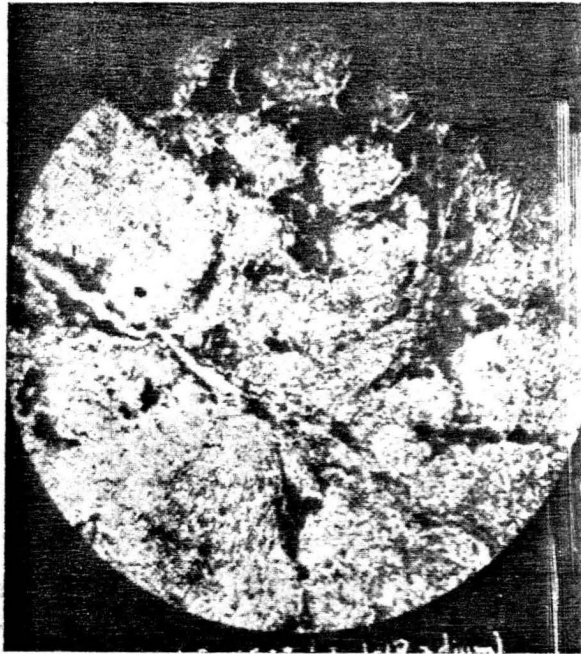
*XIII — Tratamientos practicados en el Instituto Nacional de Radium*

Como lo dijimos anteriormente, el tratamiento del cáncer vulvar, en virtud de su poca frecuencia, no está per-

fectamente unificado ya que mientras unos autores preconizan el Radium o los Rayos X, otros aconsejan la cirugía como tratamiento electivo. Entre nosotros se emplearon el Radium y los Rayos X para casi todos los casos hasta hace unos tres años, cuando comenzó a emplearse la operación de Basset-Tausig como tratamiento para todo caso considerado como operable, según la clasificación de este último. El cuadro de los tratamientos aquí practicados es el siguiente:

*Cuadro de los tratamientos practicados.*

Tipo de tratamiento	No de casos	%
Linfadenectomía inguinal bilateral y vulvectomía y vulvectomía radical . .	6	17.65
Linfadenectomía ilíaca e inguinal unilateral y vulvectomía radical . . . . .	1	2.94
Linfadenectomía inguinal bilateral y vulvectomía parcial . . . . .	1	2.94
Vulvectomía radical sin extirpación de ganglios . .	1	2.94
Linfadenectomía inguinal bilateral y Radium en la vulva . . . . .	1	2.94
Linfadenectomía inguinal bilateral, Radium y Rayos X en la vulva . . . . .	1	2.94
Linfadenectomía inguinal unilateral, vulvectomía parcial, Radium y Rayos X . . . . .	1	2.94
Radium . . . . .	8	23.53
Rayos X . . . . .	10	29.41
Radium y Rayos X . . . . .	3	8.82
Raspado diatérmico y Rayos X . . . . .	1	2.94
Totales . . . . .	34	100.00



Melanoma vulvar.

*XIV — Resultados de los tratamientos practicados en el Instituto Nacional de Radium.*

De los seis casos en que se hizo operación de Basset-Taussig, 5 u 83.33% viven en buen estado de uno a tres años después de operadas y una o 16.66% murió algún tiempo después al parecer por recurrencia.

Hubo un caso en que se hizo linfadenectomía inguinal unilateral con extirpación de los ganglios ilíacos externos, vulvectomía radical e intento de linfadenectomía inguinal e ilíaca izquierda, que no se pudo llevar a cabo por encontrarse los ganglios metastásicos y unidos por completo a los vasos ilíacos; la enferma murió de cáncer pocos días después.

Otro caso fue tratado por linfadenectomía inguinal bilateral y extirpación

del gran labio derecho (vulvectomía parcial). Se encontraba bien hasta tres meses después de operada; luego fue perdida de vista.

A un tercer caso se le hizo solamente vulvectomía radical por tratarse de un melanoma maligno, ya que se consideró clínicamente sin metástasis ganglionares y por lo tanto no era necesaria su resección, pues en caso de melanoma maligno al haber metástasis ganglionares el caso se puede considerar como perdido y de no haberlas, la sola extirpación radical de la vulva basta para curar a la enferma (35). Esta paciente permaneció bien por espacio de un año y tres meses, pero al cabo de este tiempo se presentó una metástasis ganglionar a la ingle izquierda. La enferma vive aún varios meses después de haber hecho dicho diagnóstico, pero, como decimos, se considera caso perdido.

A una enferma se le hizo linfadenectomía inguinal bilateral y aplicación de Radium en la región vulvar y a otra un tratamiento semejante pero además con aplicación de Rayos X; la primera se encontraba bien siete años después de tratada, pero desde hace dos años no se ha vuelto a saber de ella, por lo cual se la considera perdida de vista; la segunda duró bien durante los tres años que se supo de ella, pero después se perdió también de vista.

Otra enferma fue tratada primero con Radium, y un mes más tarde se le hizo linfadenectomía inguinal derecho y resección del pequeño labio derecho (vulvectomía parcial), dando el resultado de la biopsia de este último melanoma maligno. Se le hizo entonces tratamiento paliativo con Rayos X. La enferma murió un año después. En ocho pacientes se empleó solamente Radium. De ellas, una vive y se encuentra perfectamente, dos años después de tratada y la otra lleva ya siete años sin muestras de recurrencia; es este el único caso con más de cinco años de sobrevivencia, que aún no se ha perdido de vista, de los que han tratado el Instituto Nacional de Radium. De las otras seis, cuatro murieron: una a los ocho meses, de cáncer, otra al año, no se sabe de qué; la tercera a los catorce meses, de cáncer, y la última estando aún hospitalizada en el Instituto. Hubo dos que fueron perdidas de vista, una desde que salió del Instituto, y la otra desde un año después.

De las 10 tratadas por Rayos X, solamente, no vive actualmente ninguna. Cinco murieron, todas en el plazo de un año, después del tratamiento y las otras cinco fueron perdidas de vista, cuatro desde que salieron del Instituto y una quien durante dos años tuvo

controles negativos, pero luego no se volvió a saber de ella.

A tres enfermas se les hizo tratamiento combinado de Radium y Rayos X. De ellas, dos fueron perdidas de vista desde que salieron del Instituto, y una murió un año y tres meses después de terminar su tratamiento.

Finalmente a una paciente se le hizo raspado diatérmico paliativo seguido de Rayos X, de los cuales se le hicieron cuatro series, la última de ellas para un tumor maligno del Hipocondrio izquierdo. A pesar de que se le hicieron estos tratamientos como paliativos, pues se pensó que, dado lo avanzado de las lesiones, la enferma fallecería, aún vivía un año después de hecho el primer tratamiento y un mes después del último, en magnífico estado de salud; de esto hace 10 meses.

*Cuadro  
del resultado de los tratamientos.*

Tratamiento efectuado	Vivos	Muertos	P. de vista
Linfadenectomía inguinal bilateral y vulvectomía radical . . . . .	5	1	1
Linfadenectomía ilíaca externa e inguinal unilateral y vulvectomía radical . . . . .		1	..
Linfadenectomía inguinal bilateral y vulvectomía parcial . . . . .			1
Vulvectomía radical sin extirpación de ganglios	1		
Linfadenectomía inguinal bilateral y Radium vulvar . . . . .			1
Linfadenectomía inguinal bilateral, Rayos X y Radium en la vulva . . . . .			1

Tratamiento efectuado	Vivas	Muerias	P. de vista
Linfadenectomía inguinal unilateral, vulvectomía parcial, Radium y Rayos X . . . . .	1	.	.
Radium . . . . .	2	4	2
Rayos X . . . . .	.	5	5
Radium y Rayos X . . . . .	.	2	1
Raspado diatérmico y Rayos X . . . . .	1	.	.
Totales . . . . .	91	14	11

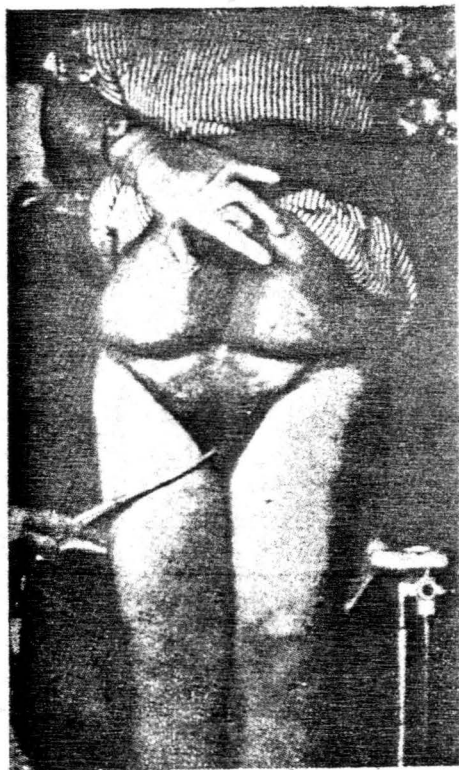
Porcentajes: 26.47%, 41.18%, 32.35 por ciento.

En resumen, de 34 enfermas tratadas, nueve o 26.47% viven aún, 11 o 32.35%, fueron perdidas de vista y 14 o 41.18% murieron. De las vivas, hay una con más de cinco años de supervivencia tratada por Radium; una con tres años de supervivencia tratada por raspado diatérmico y cuatro series de Rayos X; seis, que viven de uno a tres años después de ser tratadas, una por Radium, una por vulvectomía radical sola y cuatro por operación de Bassett-Taussig; y una con más de seis meses de supervivencia, tratada también como las cuatro últimas.

En relación con el tratamiento efectuado tenemos que de las nueve vivas o seis o 66.66% se les hizo tratamiento quirúrgico, dos o 22.22% se trataron con Radium y una u 11.11% con raspado diatérmico y Rayos X.

### HISTORIAS

De todo el conjunto de historias hemos querido presentar resumidamente tan sólo dos de ellas por considerarlas de extraordinario interés, ya que ilus-



Caso Nº 1 — M. E. R. de L. — Cicatrices de la cesárea y las tonfadenectomías.

tran varias de las afirmaciones que hemos hecho a través de las páginas anteriores. En especial mostrando cómo, a pesar de un tratamiento tan radical como el preconizado para el neo vulvar, es posible la conservación de una vida sexual activa, con libido y orgasmo normales; la conservación de la gestación, con desarrollo del parto espontáneo por vías naturales, etc.

*Caso número 1.* M. E. R. de L. Historia número 1.917, del Instituto de Radium. Edad, 29 años. Natural de Facatativá. Estado civil, casada. Nulípara. Primera consulta: septiembre 27 de

1948. Antecedentes familiares (—); antecedentes personales: menarquia a los 17 años. Ciclo 28 por 3, regular. Última regla, junio 10 de 1945.

Enfermedad actual. Hace tres meses le salió un pequeño "grano" en el gran labio derecho que luego se reventó y se ha convertido en una ulceración de unos tres centímetros de diámetro.

*Examen.* Inspección: ulceración granulosa, alargada que invade la parte inferior del gran labio derecho y ha alcanzado a destruir parte de la horquilla. La base de la ulceración es dura y hay exudado sanguinolento que cubre toda la ulceración. Tacto vaginal: cuello pequeño, blando. Signo de Hegar positivo. Cuerpo aumentado de tamaño, correspondiente a un embarazo de tres meses, móvil. No hay masas anexiales. Tacto rectal (—). Espéculo (—). No hay nódulos inguinales palpables.

Diagnóstico clínico: embarazo de tres y medio meses; granuloma inguinal. Se toma biopsia.

Octubre 2 de 1948. Examen histológico número 23.215. Resultado: en los cortes hechos se encuentra epitelio escamoso estratificado y tejido conjuntivo sub-epitelial; este último aparece infiltrado por masas tumorales formadas por células epiteliales, ovaladas, de diversos tamaños y núcleos ricos en cromatina. Hay frecuentes mitosis típicas, algunas atípicas, zonas de diferenciación córnea y proceso inflamatorio crónico muy acentuado. Diagnóstico: *carcinoma epidermoide espinocelular, grado II.* (Doctor A. R. Méndez).

Octubre 25 de 1948. La enferma viene para ser hospitalizada y tratada, pero por no haber cama se envía a La Hortúa.



Caso Nº 1 — M. E. R. de L. — Aspecto de la vulva, tres meses después de operada.

#### *Historia del Hospital de La Hortúa.*

Noviembre 2 de 1948. Antecedentes personales: enfermedades de la infancia; hace 12 años, a raíz de unos "granos" que le salieron en los genitales le fue examinada la sangre con resultado positivo, siendo entonces tratada durante dos años, en La Samaritana; desde entonces no le han vuelto a hacer exámenes serológicos. Los demás datos de la historia y los del examen físico coinciden con los de la historia hecha en el Instituto de Radium.

Datos de laboratorio: normales. Reacciones serológicas de Wassermann y Khan. Resultado: positivo total (xxxx).



Octubre 29 de 1948. Se hace vulvectomía radical y linfadenectomía inguinal derecha por la técnica de Basset-Taussig. Buen resultado operatorio. Durante la operación se hizo trasfusión de 500 c. c. de sangre total y 500 c. c. de solución dextrosada al 5%.

Octubre 30 de 1948. Enferma en buenas condiciones. Se ordenan líquidos, sedantes, progesterona, luz perineal y penicilina.

Noviembre 5 de 1948. Se quitan puntos de seda y agrafes. Ya se habían quitado los drenes. La herida de la linfadenectomía está cicatrizando bien, por primera intención y la de la vulvectomía ha cicatrizado bien en la parte superior, pero en la región posterior, cuya plastia fue hecha con mucosa vaginal, debido tal vez a la tensión de la sutura, los labios de la herida se han separado y la superficie cruenta está granulando, curando por segunda intención.

Noviembre 6 de 1948. Se retira la sonda vesical después de instilar mercurio-cromo. Enema rectal. Dieta blanda (hasta hoy había dieta líquida no residual); enferma en buenas condiciones y sin síntomas de aborto.

Noviembre 5 de 1948. Examen histológico número 46.035 y 06.897. Descripción macroscópica: la pieza se compone de vulva, tejido fibrograsoso y ganglios linfáticos. En el gran labio derecho, en la horquilla vulvar y en la porción posterior del gran labio izquierdo se aprecia un neoplasma de cinco centímetros de diámetro, de superficie muy irregular, con aspecto de coliflor, parcialmente ulcerado y cubierto por tejidos necróticos. Diagnóstico microscópico: carcinoma epidermoide espinocelular grado II.

Adenitis sub-aguda y crónica. (Doctor Sánchez Herrera).

Noviembre 14 de 1948. Herida de la vulvectomía granulando satisfactoriamente; la herida de la linfadenectomía derecha ha supurado bastante, pero hoy está ya casi cicatrizada por completo; la enferma se ha levantado y se siente bien.

Noviembre 23 de 1948. Linfadenectomía inguinal izquierda por el procedimiento de Basset-Taussig, con anestesia general. Buenos resultados operatorios inmediatos.

Durante la operación, transfusión de 500 c. c. de sangre total. Sedantes, luz perineal,—sonda vesical a permanencia y abundantes líquidos.

Noviembre 24 de 1948. Enferma en buenas condiciones.

Noviembre 28 de 1948. Se quitan los drenes. Antier se quitó la sonda vesical. Enferma en buenas condiciones. La herida ha cicatrizado en su parte externa, pero drena bastante en la interna.

Noviembre 30 de 1948. Se quitan los agrafes. La herida drena aún bastante. El embarazo ha seguido hasta ahora su curso normal. El nuevo examen histológico de los ganglios resecaados de la ingle izquierda ha dado como resultado: adenitis-sub-aguda y crónica.

Diciembre 17 de 1948. Después de un post-operatorio con ligeras elevaciones febriles las heridas han cicatrizado. La enferma ha tenido en ocasiones dolores expulsivos abdominales, pero hasta hoy el embarazo se ha conservado bien. Ruidos fetales de calidad y frecuencia normales. Sale hoy del Hospital. Se le debe hacer tratamiento anti-específico urgente antes del parto.

Posteriormente la enferma no se hizo ningún tratamiento antilúético, a pesar de todo lo que le insistimos y en abril

14 de 1949, tuvimos que practicarle una cesárea para la extracción de un feto vivo con una enorme hidrocefalia, que murió a los pocos días. La paciente continuó bien, volvió a quedar embarazada a mediados de 1950, se hizo tratar su lúes y después de una gestación sin complicaciones, tuvo el 9 de abril de 1951, después de un trabajo de aproximadamente seis horas, un parto espontáneo por las vías naturales sin episiotomía ni laceración de la cicatriz vulvar, habiendo obtenido una niña de 2.450 gramos de peso. Dicho parto fue atendido en el Hospital de San José por el doctor Trujillo, residente del Hospital.

*Caso número 2.* M. R. de A. Historia número 19.679, del Instituto de Radium, edad 27 años. Natural de Leiva (Boyacá). Estado civil: casada. Nullípara, ha tenido dos abortos.

Antecedentes familiares (—). Antecedentes personales: enfermedades de la infancia, viruela, intervención quirúrgica en el abdomen inferior hace 5 años, no sabe para qué. Menarquia a los 13 años; reglas de ciclo 30 x 3, y últimamente sólo duran dos días.

*Enfermedad actual.* Comenzó hace seis años, por una roncha muy pruriginosa, localizada en la parte inferior del gran labio derecho, que lentamente ha ido aumentando de tamaño.

Diciembre 13 de 1948. Examen ginecológico: en la parte inferior del gran labio vulvar derecho el tejido está hipertrofiado, rojo, en partes con la mucosa despulida, de consistencia acartonada, pero sin base indurada y no sangra. Tacto vaginal y tacto rectal (—). Espéculo: negativo. Examen general (—). Se toma biopsia de la lesión vulvar.

Diciembre 20 de 1948. Exámenes de laboratorio: normales. Kahn. (x) y Mazzini (xx).

Diciembre 27 de 1948. Examen histológico número 24.027. Resultado. El estudio histológico de los cortes muestra epitelio escamoso estratificado y tejido conjuntivo subepitelial. En el epitelio hay hiperplasia y acentuada acantosis. Llama la atención la presencia de numerosas mitosis. La capa basal tiene límites bien definidos. En el tejido conjuntivo sub-epitelial hay moderada infiltración linfocitaria. No hay malignidad. Diagnóstico: *Inflamación crónica no específica.* (Doctor A. R. Méndez).

Diciembre 28 de 1948. La lesión es de aspecto clínico neoplásico maligno; se toma nueva biopsia.

Enero 3 de 1949. Examen histológico número 24.068. Resultado. Las preparaciones muestran un proceso inflamatorio crónico; se caracteriza por ulceraciones del epitelio escamoso estratificado, esclerosis y leucocitos polinucleares. No hay evidencia de tumor. Diagnóstico: *Inflamación crónica no específica.* (Doctor A. R. Méndez).

Enero 8 de 1949. Las reacciones serológicas son positivas y la apariencia de las lesiones es sospechosa de sífilis. Se hará tratamiento antiespecífico.

Marzo 16 de 1949. Con el tratamiento antilúético no se ha modificado notablemente la lesión. Las reacciones serológicas tampoco han variado.

Abril 27 de 1949. A pesar del resultado positivo de las reacciones serológicas la lesión puede descartarse como sífilítica por dos razones. (I) El tratamiento de (II) la lesión según el anatomo-patólogo es netamente epidérmica, lo que descarta la posibilidad de que sea lúética. Se trata pues, de una



Caso Nº 2 — M. R. de A. — Aspecto de la vulva tres meses después de operada.

queratosis con peligro de degeneración maligna.

Mayo 2 de 1949. Nuevo examen general y nuevos exámenes de laboratorio.

Mayo 12 de 1949. Bajo anestesia general se extirpó la lesión vulvar haciendo demostasis con electrocoagulación.

Mayo 19 de 1949. Examen histológico número 49-1235. Resultado. Las preparaciones muestran epitelio escamoso estratificado y tejido conjuntivo sub-epitelial. En el epitelio hay hiperplasia y particularmente llama la atención el hiperchromatismo celular y la presencia de numerosas mitosis típicas y atípicas. En el tejido conjuntivo sub-epitelial hay masas tumorales formadas por células epiteliales ovaladas, poliédricas o fusiformes y de núcleos hiperchromáticos. En ellas hay también numerosas mitosis típicas y atípicas. El tumor está asociado a un proceso inflamatorio crónico secundario. Diagnóstico: *Carcinoma espinocelular, malignidad grado II.*

(Doctor A. R. Méndez).

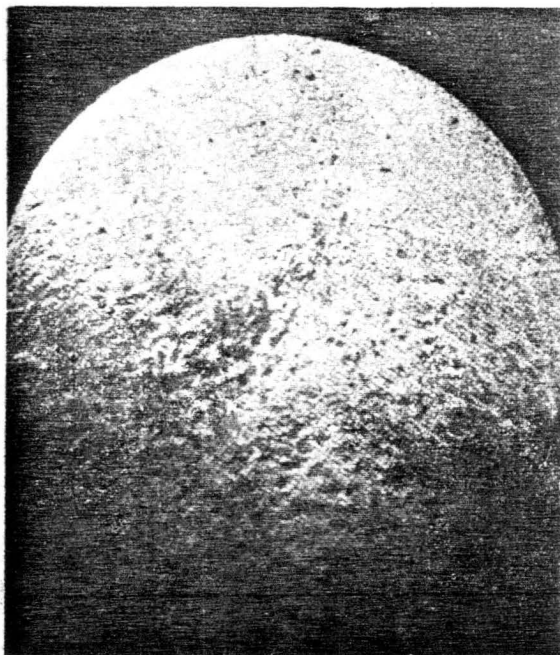
Junio 7 de 1949. Se hizo vulvectomía radical (doctor López), con anestesia general. Buen resultado operatorio inmediato.

Junio 15 de 1949. Examen histológico número 49-1537-1538. Vulva. Resultado. Dos cortes hechos confirman el diagnóstico previo del examen histológico número 49-1235. Diagnóstico: *Carcinoma espinocelular malignidad grado II.* (Doctor A. R. Méndez).

Junio 22 de 1949. Se hace linfadenectomía inguinal bilateral por el procedimiento de Basset-Taussig. Buen resultado post-operatorio inmediato. Se deja vendaje compresivo.

Junio 28 de 1949. Examen histológico número 49-1685-86-87-88. Ganglios inguinales. Diagnóstico: *Adenitis crónica no específica.* (Doctor A. R. Méndez).

Julio 9 de 1949. Las heridas de los vaciamientos inguinales están completamente cicatrizadas y la de la vulvectomía va cicatrizando normalmente por segunda intención.



Papiloma muy sospechoso de degeneración maligna — Caso N° 175 del Servicio de Ginecología de La Hortúa.

No hubo complicación post-operatoria alguna. No se hace roentgenerapia por no haber malignidad en los ganglios inguinales.

Julio 13 de 1949. Sale del Instituto en buenas condiciones.

Agosto 17 de 1949. Cicatriz vulvar muy bien. Regiones inguinales completamente cicatrizadas. Menstruación normal. Control en dos meses.

Octubre 18 de 1949. No se queja de nada. Al examen las cicatrices vulvar e inguinales están bien. Resto del examen (—). *Es interesante anotar que interrogada acerca de sus relaciones sexuales cuenta que son perfectamente normales, no habiendo notado diferencia en cuanto a libido y orgasmo en las relaciones antes de la operación y al pre-*

*sente. El marido no ha notado ninguna diferencia tampoco.*

Febrero 14 de 1950. No hay hemorragias ni quejas. Menstruaciones regulares: ciclo 28 x 3. Examen: cicatrices vulvar e inguinales muy bien. Tacto vaginal: cuerpo y cuello (—). Anexos: no se palpan los izquierdos; en la región anexial derecha hay una masa de 6-7 centímetros de diámetro, ligeramente alargada móvil, no dolorosa. Tacto rectal: confirma lo anterior.

Se hará laparatomía por ser la masa anexial muy sospechosa (la enferma tiene antecedente de laparatomía mediana infra-umbilical).

Marzo 7 de 1950. Se hizo salpingo-forectomía derecha y salpingectomía izquierda a través de incisión mediana



Cáncer perineal.

infra-umbilical, con resección de la antigua cicatriz. Se encontró la trompa y el ovario derecho en medio de adherencias que los unían a la cara posterior del útero y al ligamento ancho izquierdo; en el ovario derecho se hallaron varios quistes; la trompa izquierda estaba inflamada y el ovario izquierdo más o menos normal. Se empleó anestesia general. Duración: una hora.

Marzo 10 de 1950. Examen histológico número 50-852-53-54. Ovario y trompa derecha. Resultado: tres cortes hechos del material enviado muestran ovario en el que hay áreas extensas de hemorragia, congestión de los vasos sanguíneos, cuerpos fibrosos, un cuerpo lí-

teo y folículos atrésicos. No hay tumor. Examen histológico número 50-855-56. Trompa izquierda. Resultado. Las preparaciones muestran trompa uterina. No hay tumor. (Doctor A. R. Méndez).

Marzo 18 de 1950. Sale del Hospital. Control en un mes.

Abril 18 de 1950. No se queja de nada. Le vino la regla el 5 del presente. Examen: cicatrices en buen estado; tacto: no hay masas ni irregularidades. Cuello y cuerpo uterinos (—). Control dentro de seis meses.

Esta enferma ha continuado en magnífico estado a través de sus controles durante el año de 1951.

#### BIBLIOGRAFIA

1. *Adair F. L. y Davis M. E.* — Chronic Atrophic Dermatitis of vulva. Surg. Gynec. and Obst. 61:433, 1935.
2. *Affleck Dean Holard* — Melanomas. Am. J. Cancer. 27: 120-138. 1936.
3. *Amaya León Hernando* — Carcinoma Vulvar Asociado a T. B. C. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Bogotá. Vol. 17, número 10:490-494. 1949.
4. *Andersen C.* — Manual de Histología y Embriología. 1ª Edición. 1942. Editorial "El Ateneo". Buenos Aires.
5. *Anderson W. A. D.* — Pathology. 1948. The S. V. Mosby Company Sa. Louis.
6. *Bailey S.* — Text-book of Histology, 11th. Edition. 1944 The Williams and Wilkins Co. Baltimore.
7. *Basset* — Ephetelioma du Vulve: Rev. de Chir. 46:542, 1912.

8. *Durán Luis M.* — Resultados del Tratamiento del Cáncer del Cuello Uterino, en el Instituto Nacional de Radium (Bogotá). Tesis de Grado. 1946.
9. *Bell E. T.* — Text-book of Pathology. 5th. Edition. 194. Lea & Febiger. Philadelphia.
10. *Berven Elis G. E.* — Acta Radiol. Falle Mit Primarem Vulvakarzinom 22:99, 1941.
11. *Beylot E. Marc et Baudrimont Albert* — Manual Theorique et Practique d'Histologie. 1932. Vigot Freres Ed.
12. *Boughton Thelma G.* — Carcinoma of Bartholin's Gland. Am. J. Surgery. 59:585-591, 1943.
13. *Buschke Franz and Cautriy Simone T.* — Roentgentherapy of Carcinoma of the Female Urethra and Vulva. Radiology. 51:155, 1948.
14. *Calatromi - Ruiz* — Terapéutica Ginecológica. 4ª Edición 1946. Editorial "El Ateneo". Buenos Aires.
15. *Carranza Felipe F.* — Consideraciones sobre el Tratamiento de las distintas Localizaciones Neoplásicas. Genitales. Libro de Oro. Dedicado a Angel Roffo. 1619 1660. 1935. Buenos Aires.
16. *Cornejo Ricardo H.* — Embriología Médica. 1943. Empresa Periodística, S. A. "La Prensa". Lima.
17. *Cosble W. G.* — Canad. M. A. J. 43:439. 1940.
18. *Crossen Harry Sturgeon and Crossen Robert James* — Operative Gynecology. 6th. Edition. 1947. The C. V. Mosby Co. St. Louis.
19. *Curtis Arthur Hale* — Ginecología. 2ª Edición española. 1947. Salvat Edits. S: A. Barcelona.
20. *Danforth W. C.* — Sweat Tumors of the Vulva. Am. J. Obst Cyneec. 58:326-335, 1949.
21. *Davies J.* — Dermatología. 4ª Edición. 1944. Salvat Ed. Barcelona.
22. *Díaz Bazan Narciso* — Cáncer de la Vulva. Boletín de la Liga contra el Cáncer. Cuba. 24º 109, 1949.
23. *Eding James* — Oncología. Traducido de la 4ª edición inglesa por Salvador de Almenara. Salvat. Ed. S. A. Barcelona 1948.
24. *Folsome Clair E. J. A. M.* — *Ass.* 114:1499-1503, 1940.
25. *Forgue E.* — Manual de Patología. Externa. Traducido por E. Ribas Isern. 1941. Tomo II. Espasa-Calpe. Madrid.
26. *Gentil F.* — Carcinoma de la Región Vulvar, *Gac. Méd. Españ.* XX 9:353, 1946.
27. *Graves Sidney C. and Mezer Jacob* — Malignancy of the Vulva. Am. J. Obst. Gynec. 43:1016-1021, 1942.