

HOSPITAL UNIVERSITARIO
“CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

CÁNCER DE VULVA

Por:

Dr. Luis Estévez Cobo¹, Dr. Sergio Santana Rodríguez² y Dra. Ileana Gómez Delgado³

1. Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara
2. Especialista de I Grado en Oncología. Asistente: ISCM-VC. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Oncología. Instructora. ISCM-VC. Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara.

Descriptor DeCS:

NEOPLASMAS DE LA VULVA
CARCINOMA

Subject headings:

VULVAR NEOPLASMS
CARCINOMA

Las neoplasias malignas del aparato reproductor femenino tienen, desde el punto de vista histológico, orígenes y comportamientos diferentes, de acuerdo con los sitios anatómicos establecidos mundialmente por la unión internacional contra el cáncer (UICC). La vulva está constituida por los labios mayores, menores, el clítoris, las glándulas de Bartolino y el orificio externo de la uretra. Existe gran variedad de lesiones premalignas, como el liquen escleroso, enfermedad de Pager, craurosis, dermatitis crónica y vulvitis atróficas, que se manifiestan muchos años antes de aparecer las transformaciones malignas^{1,2}. El cáncer se presenta en una baja frecuencia y solo ocupa del 3 al 4 % de los órganos ginecológicos femeninos. En su origen histológico se subdividen en dos grandes grupos: el primero y más común son los carcinomas escamosos (90 %), que se originan de las infecciones virales asociadas al papiloma virus humano (HPV); la mayoría se asocia a factores de riesgo conocidos, como la promiscuidad, poca higiene genital y antecedentes de lesiones premalignas: las denominadas neoplasia intraepitelial vulvar (VIN), que van desde leves a severas y han sido enumeradas como VIN-I, VIN II y VIN III³. El segundo grupo se asocia a la hiperplasia de las células y al liquen escleroso, que se observa en pacientes más ancianos y que refieren una larga historia de traumatismo, prurito y dermatitis crónicas (craurosis vulvar)⁴.

La diseminación del cáncer vulvar es lenta y generalmente se realiza en tres formas bien establecidas: por continuidad hacia los tejidos vecinos, por vía linfática a los ganglios de las cadenas inguinales superficiales, los pélvicos y después hacia los paraaórticos, y una tercera vía, extremadamente rara, constituida por las metástasis a distancia que ocurren por vía hemática a pulmón, hígado y huesos. El diagnóstico histológico se establece según criterios internacionalmente aceptados por una biopsia exéretica en lesiones menores de 3 cm, y por biopsia incisional en lesiones mayores de 3 cm; después de confirmada la variante tumoral, se procede al estadiamiento por etapas clínicas, que se basa en tres aspectos fundamentales: a) el interrogatorio detallado, donde se realiza la historia ginecológica de la paciente para encontrar los factores de riesgo, b) examen físico bimanual para describir las características macroscópicas e

investigar si existe otra lesión sincrónica en vagina, cuello de útero y endometrio, c) además, se realizan exámenes complementarios, que incluyen desde la hemoquímica (hemograma, glicemia, creatinina) ultrasonido abdominal, ginecológico, radiografías de tórax y cistoscopia. Para la clasificación por etapas, se acepta la aprobada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) de 1998, desde la etapa I a la IV⁵. El tratamiento curativo del cáncer de vulva actualmente sigue siendo la intervención quirúrgica y se determina atendiendo a las características del tumor, su ubicación anatómica, edad de la paciente, sexualidad y experiencias del grupo multidisciplinario; las técnicas empleadas son varias: desde la exéresis amplia con margen oncológico (2 a 3 cm), hasta las vulvectomías radicales con vaciamientos inguinales, para lesiones malignas con ganglios metastásicos. Este procedimiento quirúrgico se acompaña de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías, como sangrado, sepsis, dehiscencias de los colgajos, edemas agudos y crónicos de miembros inferiores, trastornos mentales y sexuales⁶. Después de realizada la operación, se procede a la revisión de la pieza quirúrgica, para determinar el grado histológico, la invasión en profundidad y establecer la clasificación clínico-patológica (FIGO) para planificar el tratamiento con radioterapia adyuvante a todos los pacientes que presenten ganglios positivos, infiltración de los bordes de sección quirúrgica con equipos de cobalto 60 o acelerador lineal; los casos que no requieran tratamiento quirúrgico por encontrarse en un estado avanzado o por padecer una afección general que lo contraindique, recibirán radioterapia externa e intersticial en dosis radical de 6000 cgy, mediante la cual se han obtenido favorables resultados⁷. Con la quimioterapia, hasta el momento actual, no se han informado beneficios respecto a la supervivencia y al control local⁸. En nuestro país la incidencia de cáncer de vulva es baja (0,6 %), pero su diagnóstico no se establece en etapas tempranas por la demora de las pacientes en acudir a las consultas de atención primaria. La consulta de Oncología de nuestro hospital cuenta con un servicio de ginecología oncológica que recibe a pacientes de las provincias de Cienfuegos, Sancti Spíritus y Villa Clara. Durante el período comprendido entre enero de 1993 y diciembre de 2003 fueron atendidas 36 pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva; se realizó un estudio retrospectivo y se comprobó que la edad promedio fue de 60,9 años, la variante histológica más común, el carcinoma epidermoide (94,4 %) y la etapa clínica de mayor número de pacientes fue la II, que representó el 63 %. La técnica quirúrgica más utilizada fue la vulvectomía radical (91%), la complicación más frecuente, la sepsis (22,2 %) y la supervivencia global fue de 75 %. Según los resultados informados en la bibliografía, la etapa III es la más frecuente y, por tanto, la supervivencia a los cinco años, de forma global, fue solo de 50 - 60 %, a pesar de contar con mejores recursos y equipamientos adecuados; por ello, los resultados alcanzados en nuestra serie son muy alentadores, mediante el tratamiento multidisciplinario y la interrelación con la atención primaria.

Referencias bibliográficas

1. Rosenthal AN, Hoster D, Ryan A, Jacoboc IJ. Immunohistochemical analysis of p-53 in vulval intraepithelial neoplasia and vulval squamous cell carcinoma. *Br J Cancer*. 2003 Jan 27;88(2):251-6.
2. Gualco M, Bonin S, Fulcheri G, Odicin F, Prefumo F, Stanta G, et al. Morphologic and biologic studies on ten cases of verrucous carcinoma of the vulva supporting the theory of a discrete clinico-pathologic entity. *Int J Gynecol Cancer*. 2003 May;13(3):317-24.
3. Tyring SK. Vulval squamous cell carcinoma: guidelines for early diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Sep;189(Suppl 3):17-23.
4. Nascimiento AF, Granter SR, Cuiko A, Yuan L, Hecht JL. Vulval acanthosis with altered differentiation, a precursor to verrucous carcinoma. *Am J Surg Pathol*. 2004 May;28(5):638-43.
5. De Hullo JA, Donr MH, Van Der Zee AJ. Modern management of vulval cancer. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2004 Feb;16(1):65-72.
6. Hockel M, Dumlnofer N. Anatomical reconstruction after vulvectomy. *Obstet Gynecol*. 2004 May;103(5pt2):1112-8.
7. Jackson KS, Das N, Natk R, Lupes A, Monaghan JM. Contralateral groin node metastasis following ipsilateral groin node dissection in vulval cancer. A case report. *Gynecol Oncol*. 2003 Jun;89(3):529-31.

8. Rouzler R, Haddad B, Plantier F, Dubois P, Pelisse M, Daniel RJ. Local relapse in patients treated for squamous cell vulval carcinoma, incidence and pronostic value. *Obstet Gynecol.* 2003 May;101(5pt1):1022.
9. Otejek A, Kaza K, Damiani I, Ztolkowski A, Rentela K, Stanwcka B. Surgical treatment of vulval cancer in a 101 year old pacient. A case report. *Gynekol. Pol.* 2002 Nov;73(11):908–12.