

11217
102
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
No. 3 CENTRO MEDICO LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

SECRETARIA DE MEDICINA
SECRETARIA DE SERVICIOS
ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

ABR. 22

CANCER DE VULVA EN EL HOSPITAL DE
GINECOOBSTETRICIA No. 3.
CENTRO MEDICO LA RAZA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:
DRA. VICTORIA ROSA NARVAEZ SOLIS

ASESOR:
DR. JOSE LUIS DE LA FUENTE MANTEY



MEXICO, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

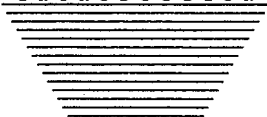
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVO	7
MATERIAL Y METODOS	9
RESULTADOS	11
DISTRIBUCION POR EDAD	12
FACTORES DE RIESGO	13
ASOCIACION CON OTROS CANCERES	14
TIEMPO DE EVOLUCION	14
SINTOMATOLOGIA	15
ESTADIO CLINICO	15
SITIOS MAS FRECUENTES DE LESION	16
TIPOS HISTOLOGICOS	17
TRATAMIENTO ESTABLECIDO	19
TRATAMIENTO DE ACUERDO AL TIPO HISTOLOGICO	20
SOBREVIDA	22
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	26

I N T R O D U C C I O N

INTRODUCCION

El cáncer ginecológico ocupa en el 14.9% de todos los cánceres de la mujer, correspondiendo al cáncer de vulva el 3 a 4% aproximadamente. Ocupa también el 40. lugar entre los tumores malignos del área genital, precedido por el cáncer de endometrio, ovario y cervicouterino en países como Estados Unidos de Norteamérica. En México, el cáncer de vulva ocupa el 1.9% de los cánceres ginecológicos, precedido por el cervicouterino en el 86.7%, el cáncer de ovario con 6.2% y el cáncer de endometrio con 4.5% (1, 2, 3, 4).

La edad de presentación es entre los 30 y 90 años, siendo la séptima década la mas frecuente; 15% de los cánceres de la vulva se presentan en mujeres menores de 40 años (1, 2, 3).

El cáncer epidermoide ocupa el 90% de todos los tipos observados en la vulva, seguido del melanoma en un 5%, correspondiendo el resto al cáncer de células basales, adenocarcinoma de las glándulas de Bartholin y Skene. Muy raramente se han reportado sarcoma y cáncer verrucoso. La enfermedad de Paget se ha asociado con adenocarcinoma invasor (1, 2, 5, 6).

Es mas frecuente en mujeres de escasos recursos económicos, mencionandose con ello que la higiene personal y el cuidado médico inadecuados son factores que a menudo contribuyen a la afección (2, 6, 7).

Se han asociado factores de riesgo como distrofia vulvar, enfermedades transmitidas sexualmente, papiloma virus humano y algunas otras como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Obesidad, lo cual refleja la mayor incidencia de estas enfermedades a medida que se envejece. De la misma forma se ha observado un aumento en asociación con otros tipos de cáncer genital, siendo el principal el cáncer cervicouterino (2, 6, 7, 8).

Las lesiones primarias son mas frecuentes en los labios, cerca del clítoris, siendo hasta tres veces mas comunes en los mayores, en relación con los menores. El proceso es mas lento en la vulva, comparado con la vagina o el cérvix, mencionandose hasta dos décadas de intervalo entre un cáncer preinvasor a un invasor. Clínicamente la lesión inicial puede surgir de una área de neoplasia intraepitelial, que da lugar posteriormente a un nódulo pequeño que puede perforarse y ulcerarse. En mas del 50% se encuentra prurito de larga evolución, masas o tumores en la vulva, así como sangrado y dolor. El 20% de las pacientes son asintomáticas (1, 2, 4, 9, 10, 11).

El mejor método diagnóstico es la sospecha de esta patología, al igual que una biopsia temprana (1, 2, 11). El drenaje linfático de la vulva está dado principalmente por los ganglios inguinales superficiales, conocidos como el grupo ganglionar primario; los ganglios linfáticos femorales profundos, grupo ganglionar secundario y los ganglios pelvianos. Ericksson comprobó que los ganglios inguinales o femorales profundos no eran positivos cuando tampoco lo eran los ganglios inguinales o femorales superficiales. Conociendo el drenaje linfático de la vulva, comrenderemos hacia que grupos ganglionares son mas frecuentemente observadas las metástasis (1, 2, 11).

En 1971, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), adoptó el sistema de estadios clínicos de acuerdo al tamaño de la lesión, extensión y presencia de nódulos, modificada en 1988, siendo el sistema TNM (tumor, nódulo y metástasis) el actualmente aceptado. Este sistema de estadificación clínica depende de la capacidad del clínico para determinar el compromiso ganglionar por medio de la palpación. (1, 2, 7, 12).

ESTADIFICACION DE LA FIGO DEL CANCER DE VULVA

Estadio 0	Carcinoma in situ. Carcinoma intraepitelial.
Estadio I T1 N0 M0	Tumor limitado a la vulva y/o el periné, de 2 cm o menos en su mayor dimensión (sin metástasis ganglionares).
Estadio II T2 N0 M0	Tumor confinado a la vulva y/o periné, de más de 2 cm en su mayor dimensión (sin metástasis ganglionares).
Estadio III T3 N0 M0 T3 N1 M0	Tumor de cualquier tamaño con: <ol style="list-style-type: none"> 1) diseminación adyacente a la uretra inferior y/o a la vagina, o el ano, y/o 2) metástasis en los ganglios linfáticos regionales unilaterales.
T1 N1 M0 T2 N1 M0	
Estadio IV A T1 N2 M0 T2 N2 M0	El tumor invade a cualquiera de los siguientes: uretra superior, mucosa vesical, mucosa rectal, hueso pelviano y/o metástasis ganglionares regionales bilaterales.
T3 N2 M0 T4 Cualquier N M0	
Estadio IV B Cualquier T o N M1	Cualquier metástasis distante, como en los ganglios linfáticos pelvianos.*

* Modificación aprobada por la FIGO, Octubre de 1988, Río de Janeiro.

La vulvectomía radical, descrita por primera vez por Basset en 1912 con linfadenectomía inguinal y pélvica, se practicó hasta los años 60s, y es a partir de la segunda mitad de esta década cuando se realizan algunas modificaciones en el majeno quirúrgico, siendo la vulvectomía radical y linfadenectomía inguinal con o sin linfadenectomía pélvica el tratamiento de elección del cáncer invasor de la vulva. Se continúa con la linfadenectomía pélvica en caso de que se reporten ganglios inguinales positivos, efectuandose del lado afectado. La mayoría de los autores reportan un 30% de ganglios inguinales positivos y solo el 5% de ganglios pélvicos (2, 3, 13, 14).

Con respecto al manejo de lesiones tempranas, Wharton ha descrito el carcinoma microinvasor, siendo lesiones con un diámetro menor de 2 cm con una invasión al estroma en profundidad menor de 5 mm., considerandose su manejo con cirugía conservadora (vulvectomía radical). Algunos otros autores consideran que el término microinvasor no es aplicable al cáncer vulvar, por observarse recidiva o metástasis posteriormente, por lo que tal manejo actualmente no es recomendable (2, 3, 14).

La morbilidad y mortalidad quirúrgica ha disminuido en forma importante, de 20% a 1 a 2%. En el 50% de los casos se presenta necrosis de los colgajos con dehiscencia de herida quirúrgica, y algunas otras como linfedema (2, 3, 13).

La radioterapia juega un papel importante en el tratamiento del cáncer de vulva, sobre todo en casos detectados en forma temprana, sin olvidar la sensibilidad de la piel vulvar a la radiación, produciendo en algunos casos vulvitis o bién necrosis severa. La dosis va desde 4.500 a 5.000 rad. Se recomienda también la extirpación quirúrgica de los ganglios linfáticos con una combinación de radiación externa para controlar la lesión central, siendo la dosis de 5.000 a 5.500 rad para los ganglios inguinales y 4.500 a 5.000 rad

para los ganglios pélvicos. Autores como Daly y Million están a favor del tratamiento combinado, quirúrgico y radioterapia (2, 3, 13, 14, 15).

El papel de la quimioterapia en el cáncer de vulva aún está en investigación. Se ha observado la asociación de quimioterapia y radioterapia en el cáncer epidermoide del ano, con control local en el 90 a 95%. El más frecuentemente usado el es 5-fluoracilo (5-FU) (3, 14, 15).

Probablemente las futuras investigaciones estén encaminadas a la reconstrucción anatómica y funcional de la región, principalmente en pacientes jóvenes (2, 3, 14, 16).

Las recidivas pueden ser locales o a distancia, siendo mas frecuentes en los primeros años posterior al tratamiento (1, 2, 3, 4).

La sobrevida de éstas pacientes a 5 años, dependiendo del estadio clínico es:

Estadio	I.....70%.
Estadio	II.....50%.
Estadio	III.....30%.
Estadio	IV.....10% (1).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**OBJETIVO**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la revisión de la literatura, el cáncer ginecológico ocupa el 14.9% de todos los cánceres en la mujer, correspondiendo al de la vulva el 3 a 4%. De igual forma ocupa el 4o. lugar entre los tumores genitales, conociéndose su evolución, manejo y pronóstico. En base a ello, analizaremos todas estas características para conocer en nuestro medio cada una de ellas.

OBJETIVO

Conocer la frecuencia, evolución, manejo y pronóstico del cáncer de vulva en el Hospital de Ginecoobstetricia No. 3. Centro Médico la Raza.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL Y METODOS

Se analizarán todos los casos reportados de cáncer de vulva en el servicio de Oncología del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3, Centro Médico la Raza, a partir de Enero de 1987 a Agosto de 1992.

Se revisarán los siguientes parámetros en cada caso:

1. Edad de presentación.
2. Factores de riesgo (menopausia, paridad, distrofia vulvar, antecedente de enfermedades transmitidas sexualmente, infección por virus del papiloma humano, obesidad, - Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial).
3. Evolución de la sintomatología.
4. Intervalo de tiempo entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico.
5. Estadio clínico.
6. Diagnóstico preoperatorio.
7. Diagnóstico histopatológico postoperatorio.
8. Manejo establecido.
9. Recurrencia.
10. Sobrevida.

RESULTADOS

RESULTADOS

Se efectuó un estudio retrospectivo en 16 pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva. La edad de las pacientes fué desde 24 años hasta 91 años, con un promedio de 70 años. (Tabla 1).

TABLA 1.- DISTRIBUCION POR EDAD

20 a 29 años	1
30 a 39 años	1
40 a 49 años	0
50 a 59 años	3
60 a 69 años	4
70 a 79 años	6
80 a 89 años	0
90 a 91 años	1
Total	16

Los factores de riesgo encontrados fueron: de las 16 pacientes 12 provenían de medio socioeconómico bajo y 4 de medio socioeconómico medio. La menarca se presentó entre los 11 y 15 años, con un promedio de 13 años; la edad de inicio de vida sexual fué entre 15 y 36 años, con un promedio de 18 años; el número de parejas sexuales fué de 1 a 2, con un promedio de 1; la paridad fué desde 1 a 15, con promedio de 7; la menopausia se presentó entre los 35 y 50 años, con promedio a los 50 años; el tabaquismo solo se presentó en una paciente. 3 pacientes presentaron distrofia vulvar; 2

infección por papiloma virus humano. 3 pacientes presentaron Obesidad, 10 Hipertensión Arterial y 3 Diabetes Mellitus. (Tabla 2).

TABLA 2.- FACTORES DE RIESGO

Número de pacientes	16
Medio socioeconómico	12 medio socioeconómico bajo y 4 medio.
Menarca	11 a 15 años, promedio 13.
Inicio de vida sexual	15 a 36 años, promedio 18.
Número de parejas sexuales	1 a 2, promedio 1.
Paridad	1 a 15, promedio 7.
Menopausia	35 a 50 años, promedio 50.
Tabaquismo	1 paciente.
Distrofia vulvar	3 pacientes.
Papiloma virus humano	2 pacientes.
Obesidad	3 pacientes.
Hipertensión Arterial	10 pacientes.
Diabetes Mellitus	3 pacientes.

La asociación con otros cánceres se encontró en 4 pacientes, siendo todos cervicouterino, con antecedentes de radioterapia en una paciente, histerectomía total abdominal más radioterapia en otra y en las otras dos pacientes histerectomía total abdominal, destacando que en una de éstas últimas la histerectomía fué realizada después de haber recibido radioterapia por el cáncer de vulva. (Tabla 3).

TABLA 3.- ASOCIACION CON OTROS CANCERES

Cáncer cervicouterino	4 pacientes.
Radioterapia	1 paciente.
Histerectomía total abdominal	2 pacientes.
Radioterapia + Histerectomía total abdominal	1 paciente.

El intervalo de tiempo entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico fué desde 2 meses hasta 10 años, con un promedio de 6 meses. (Tabla 4).

TABLA 4.- TIEMPO DE EVOLUCION

0 a 6 meses	7 pacientes.
6 meses a 1 año	1 paciente.
1 a 2 años	3 pacientes.
2 a 3 años	0 pacientes.
3 a 4 años	1 pacientes.
4 a 5 años	0 pacientes.
5 a 10 años	4 pacientes.

La sintomatología se caracterizó por prurito, dolor, ardor, nódulo, úlcera y leucorrea. (Tabla 5).

TABLA 5.- SINTOMATOLOGIA

Manifestación	No. de pacientes	Por ciento
Prurito	11	68.7
Dolor	5	31.2
Ardor	5	31.2
Nódulo	2	12.5
Úlcera	2	12.5
Leucorrea	2	12.5

El estadio clínico en el momento en que se realizó el diagnóstico fué: estadio 0, 1 paciente; estadio I, 1 paciente; estadio II, 5 pacientes; estadio III, 6 pacientes; estadio IV, 0 pacientes. Hubo 3 pacientes quienes fueron tratadas quirúrgicamente fuera del servicio con procedimientos insuficientes y que ingresaron con actividad tumoral, las cuales fueron catalogadas como no clasificables por tratamiento fuera de la unidad (NCTFU). (Tabla 6).

TABLA 6.- ESTADIO CLINICO

Estadio	No de pacientes	Por ciento
0	1	6.25
I	1	6.25
II	5	31.25
III	6	37.50
IV	0	0.00
NCTFU	3	18.75
Total	16	100.00

Respecto a los sitios donde se presentaron mas frecuentemente las lesiones, cabe mencionar que estos fueron varibales, así como múltiples, siendo en orden de frecuencia: labios mayor y menor derecho, vagina, ano, clítoris, labios mayor y menor izquierdo y uretra, como se muestra a continuación:

SITIOS MAS FRECUENTES DE LESION

Sitio	Número de pacientes
Labio mayor derecho	9
Labio menor derecho	6
Vagina	4
Ano	4
Clítoris	4
Labio mayor izquierdo	2
Labio menor izquierdo	2
Uretra	1

En todas las pacientes se realizó biopsia de la lesión, y en relación al tipo histológico más frecuentemente reportado por el servicio de Patología fué: carcinoma epidermoide en 14 casos, 1 adenocarcinoma de la glándula de Bartholin y 1 melanoma maligno pigmentado. Con respecto al carcinoma epidermoide, todos fueron de células grandes, 9 no queratinizantes y 5 queratinizantes, 12 reportados como invasor y 2 in situ. (Tabla 7).

TABLA 7.- TIPOS HISTOLOGICOS

Tipo	No. de pacientes	Por ciento
Carcinoma epidermoide	14	87.50
De células grandes	14	
No queratinizante	9	
Queratinizante	5	
Invasor	12	
In situ	2	
Adenocarcinoma de la glándula de Bartholin	1	6.25
Melanoma maligno pigmentado	1	6.25
Total	16	100.00

El tratamiento, de acuerdo al estadio clínico fué: quirúrgico, radioterapia y combinado (radioterapia + cirugía).

En el estadio 0, que incluyó una paciente, el manejo fué quirúrgico, vulvectomy simple. En el estadio I, también 1 paciente detectada, el manejo fué quirúrgico, hemivulvectomy con disección inguinocrural superficial derecha. En el estadio II, que incluyó 5 pacientes, 3 recibieron manejo quirúrgico, vulvectomy radical con linfadenectomy inguinal bilateral, y 2 recibieron tratamiento combinado, 1 paciente recibió radioterapia + vulvectomy radical con linfadenectomy inguinal y pélvica, la otra paciente recibió radioterapia + hemivulvectomy con disección inguinopélvica derecha. En el estadio III, 6 pacientes detectadas, 1 recibió manejo quirúrgico, vulvectomy radical con linfadenectomy inguinal bilateral, 4 pacientes recibieron radioterapia, y 1 manejo combinado, radioterapia + resección amplia de la lesión. En el estadio IV, no se detectó ninguna paciente. Las pacientes catalogadas como no clasificables por tratamiento fuera de la unidad (NCTFU), en total 3, 2 recibieron manejo quirúrgico, vulvectomy radical con linfadenectomy inguinal bilateral, y resección amplia de la lesión, y la otra paciente recibió radioterapia. En total, 8 pacientes recibieron manejo quirúrgico, 5 radioterapia y 3 tratamiento combinado. (Tabla 8).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 8.- TRATAMIENTO ESTABLECIDO

Estadio	No. de pacientes	Manejo	Total
0	1	Quirúrgico (Vulvectomía simple)	1
I	1	Quirúrgico (Hemivulvectomía con disección inguinocrural superficial derecha)	1
II	5	3 manejo quirúrgico (Vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal bilateral)	3
		2 manejo combinado (Radioterapia + vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal y pélvica) (Radioterapia + hemivulvectomía con disección inguinopélvica derecha)	2
III	6	1 manejo quirúrgico (Vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal bilateral)	1
		4 manejo con radioterapia.	4
		1 manejo combinado (Radioterapia + resección amplia de la lesión)	1
IV	0		0
NCTFU	3	2 manejo quirúrgico (Vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal bilateral)	2
		(Resección amplia de la lesión)	
		1 manejo con radioterapia.	1

Con respecto al tipo histológico, el tratamiento fué: de las 14 pacientes con carcinoma epidermoide, 8 recibieron tratamiento quirúrgico, 4 radioterapia y 2 pacientes manejo combinado (Radioterapia + cirugía). La paciente con adenocarcinoma de la glándula de Bartholin recibió radioterapia y la paciente con diagnóstico de melanoma maligno pigmentado fué manejada en forma combinada. (Tabla 9).

TABLA 9.- TRATAMIENTO DE ACUERDO AL TIPO HISTOLOGICO

Tipo	No. de pacientes	Tratamiento
Carcinoma epidermoide	14	8 quirúrgico 4 radioterapia 2 combinado
Adenocarcinoma de la glándula de Bartholin	1	radioterapia
Melanoma maligno pigmentado	1	combinado

El diagnóstico histopatológico postoperatorio fué: de las 10 pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico (incluyendo las 2 pacientes a quienes se les administró manejo combinado), en 7 se continuó reportando carcinoma epidermoide, en 2 pacientes se reportó inflamación crónica de labio mayor derecho (granulomatosa) y en 1 paciente aún no se tiene el reporte postoperatorio. De las 7 pacientes a quienes se realizó linfadenectomía, 2 presentaron 1 ganglio positivo (1 ganglio pélvico y 1 ganglio inguinal) y otra paciente presentó 2 ganglios inguinales positivos.

Las complicaciones del tratamiento fueron: en 4 pacientes sometidas a cirugía se presentó necrosis de los conchajos y dehiscencia de herida quirúrgica, ameritando mayor estancia hospitalaria (en promedio 25 días). Una de las pacientes que recibió radioterapia presentó un absceso subcutáneo.

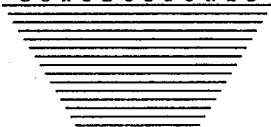
El control postratamiento se realizó en la consulta externa del servicio, con exploración física y citología, de las cuales 9 han sido negativas, ninguna positiva, 1 paciente fué dada de alta por encontrarse fuera de tratamiento oncológico, 1 paciente falleció (a quien se le hizo diagnóstico de melanoma maligno pigmentado), en 1 paciente aún no se tiene el resultado postoperatorio y 4 pacientes abandonaron el servicio, ignorándose el motivo.

Las recidivas observadas fueron: 2 locales, de las cuales a 1 paciente se le dió de alta a su Hospital General de Zona, por encontrarse fuera de tratamiento y a otra se le realizó resección amplia de la lesión; y 3 pacientes presentaron recidivas a distancia, de las cuales 1 falleció y 2 abandonaron el servicio.

La sobrevida por estadios fué: de las 16 pacientes incluidas, solo 10 han tenido el seguimiento, mencionándose previamente que 1 paciente fué dada de alta a su HGZ, 1 paciente falleció y 4 abandonaron el servicio. Las 10 pacientes, así como el tiempo de sobrevida se muestran en la tabla 10.

TABLA 10.- SOBREVIDA

Estadio	No. de pacientes	Tiempo
0	1	36 meses
I	2	1 mes
II	2	20 meses
		10 meses
		18 meses
III	4	5 meses
		15 meses
		(2) 24 meses
IV	0	0
NCTFU	1	18 meses
Total	10	

CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia del cáncer de vulva continúa siendo bajo, detectandose solo 16 casos en los últimos 5 años en este Hospital.
- 2.- La edad de presentación fué mas frecuente en la octava década, reportandose también 2 casos en pacientes menores de 40 años.
- 3.- Los factores de riesgo implicados son los mismos que se reportan en la literatura, destacando tal vez la alta asociación con enfermedades sistémicas como Hipertensión Arterial.
- 4.- También se observó la asociación de cáncer de vulva con algunos otros, específicamente el cervicouterino.
- 5.- La evolución de la sintomatología fué variable, en algunos casos hasta 10 años, caracterizandose ésta por prurito, dolor, ardor, nódulo, úlcera y leucorrea.
- 6.- Los sitios mas frecuentemente afectados fueron: labios mayor y menor derecho, vagina, ano y clítoris.
- 7.- El diagnóstico continúa siendo mediante estudio histopatológico, a través de biopsia de la lesión.
- 8.- El estadio clínico donde mas casos se detectaron , fué el III, siendo esta una etapa ya avanzada.
- 9.- El tipo histológico no varió en relación a lo reportado en la literatura, siendo el tipo epidermoide el más frecuente.

- 10.- El tratamiento continúa siendo a base de cirugía, radioterapia o una combinación de ambos.
Se destaca que los manejos incompletos actualmente no tienen indicación, sabiéndose de antemano que la vulvectomía radical + linfadenectomía inguinal con o sin linfadenectomía pélvica es el tratamiento de elección.
- 11.- El número de pacientes en control ha disminuido en relación al inicio, observándose mejor pronóstico en aquellas con el tipo histológico epidermoide.
- 12.- Se observa mejor tiempo de sobrevida en aquellas pacientes detectadas en estadios tempranos.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Hoskins JW, et al. Gynecologic Tumors. Carcinoma of the vulva. Cancer, Principles and Practice of Oncology. Vincent T de Vita. Edit. JB Lippincott Co. Philadelphia end Edit. 1989.
- 2.- DiSaia JP y cols. Cáncer invasor de la vulva. Ginecología oncológica. 3a. edición. Editorial Panamericana. 1991.
- 3.- Thomas MG et al. Changing Concepts in the Management of Vulvar Cancer. Gynecologic Oncology 1991;42:9-21.
- 4.- Torres LA y cols. Neoplasia malignas de la vulva. Unidad de Oncología. Hospital General de México. s.s México, D.F. Ginecología y Obstetricia de México. 1987;57:235-241.
- 5.- Gordon NA. Current Concepts in the Treatment of Invasive Vulvar Carcinoma. Clinical Obstetrics and Gynecology. 1991;34(3):587-598.
- 6.- Woodruff DJ. Carcinoma in situ of the vulva. Clinical Obstetrics and Gynecology. 1991;34(3):669-676.
- 7.- Wildinson JQ. Superficially Invasive Carcinoma of the Vulva. 1991;34(3):651-661.
- 8.- Husseinzadeh N et al. Prognostic Factors and the Significance of Cytologic Grading in Invasive Squamous Cell Carcinoma of the Vulva: A Clinicopathologic Study. Gynecology Oncology. 1990;36:192-199.
- 9.- Johnson AC. Bartholin's Gland Cancer. Am. Fam. Phys 1989;39(4):195-197.
- 10.- Husseinzadeh N et al. Vulvar Intraepithelial Neoplasia: A Clinicopathology Study of Carcinoma in Situ of the Vulva. Gynecologic Oncology 1989;33:157-163.
- 11.- Simao AF et al. Carcinoma of the Vulva. Journal of Reproductive Medicine. 1990;35(12):1113-1116.
- 12.- Homesley DF et al. Assessment of current International Federation of Gynecologic and Obstetrics staging of vulvar carcinoma relative to prognostic factors for survival (A Gynecologic Oncology Group Study). Am J Obstetric Gynecol. 1991;164:997-1004.
- 13.- Burke WT et al. Radical Wide Excision and Selective Inguinal Node Dissection for Squamous Cell Carcinoma of the Vulva. Gynecologic Oncology 1990;38:328-332.

- 14.- Carson FL. Multimodality Therapy for Advanced and Recurrent Vulvar Squamous Cell Carcinoma. Journal of Reproductive Medicine. 1990;35(11):1029-1032.
- 15.- Rotmensch J et al. Preoperative Radiotherapy Followed by Radical Vulvectomy with Inguinal Lymphadenectomy for Advanced Vulvar Carcinomas. Gynecologic Oncology. 1990;36:181-184.
- 16.- Shepherd HJ et al. The use of rectus abdominis -- myocutaneous flaps following excision of vulvar -- cancer. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 1990;97:1020-1025.