

112402



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

LA CIRUGIA EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE VULVA:  
EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
GRAN SALON DE REALIZADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

**TESIS DE POSTGRADO**  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
**ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ONCOLOGICA**

**P R E S E N T A :**  
**DR. CARLOS RUBIO TAPIA**

TUTOR DE TESIS: DR. ALFONSO TORRES LOBATON



MEXICO, D. F.

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 esta 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.

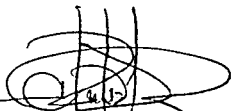
**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**



**DR. ALFONSO TORRES LOBATON**  
Titular del Curso de Especialización en Cirugía Oncológica  
Médico Cirujano Oncólogo, Unidad de Tumores Ginecológicos  
Servicio de Oncología, Hospital General de México



**DR. ROGELIO MARTINEZ MACIAS**  
Jefe de Enseñanza, Médico Cirujano Oncólogo  
Unidad de Tumores Mixtos, Servicio de Oncología  
Hospital General de México



**DR. CARLOS RUBIO TAPIA**  
Médico Residente de Tercer Año  
Cirugía Oncológica



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Agradecimientos:**

**A mis padres y hermanos, quienes siempre me han apoyado y ayudado a superar situaciones difíciles.**

**A mis maestros, Dr. Alfonso Torres Lobatón, Dr. Edgar Román, Dr Dimas Hernández, Dra. Angeles Hernández, Dr. Luis Diaz Rodriguez, Dr. Rogelio Martínez, Dr. Hernando Miranda, Dr. Francisco Sandoval, Dr. Ernesto Sánchez Forgach, Dr. Javier García Estrada, Dr. Roberto Mociños, Dra Rosalva Barra, Dr. Leopoldo Avila, Dr Juan Carlos Oliva, por su paciencia durante mi formación .**

**A mi Hospital General de México, sus pacientes, la fuente principal de conocimientos aprendidos y aplicados durante mi residencia.**

**A quienes ya no están, pero fueron parte importante en mi vida para lograr esta meta.**

**A todos...Gracias.**

**TESIS CON  
FALLA DE CALIDAD**

INDICE.

Título .....	1
Antecedentes y Justificación .....	1
Planteamiento del problema .....	3
Objetivos .....	3
Material y Métodos .....	3
Resultados .....	7
Discusión .....	18
Conclusión .....	20
Anexo 1 .....	21
Resumen .....	23
Bibliografía .....	24

TESIS CON  
FALLA DE CUBRIR

**TITULO:** La Cirugía en el Tratamiento del Cáncer de Vulva: Experiencia en el servicio de Oncología del Hospital General de México.

**AUTOR:** Dr. Carlos Rubio Tapia , Residente de Cirugía Oncológica.

**TUTOR:** Dr. Alfonso Torres Lobatón, Cirujano Oncólogo del servicio de Oncología del Hospital General de México. Titular del Curso Universitario de Especialización en Cirugía Oncológica, UNAM.

#### **ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.**

El cáncer de vulva comprende el 4% de todos los tumores ginecológicos, en México representa aproximadamente el 2% de tales tumores(1,2,4,6). Es una neoplasia maligna que afecta principalmente a mujeres de edad mayor, siendo la edad media de 65 a 70 años la más afectada por la misma (2,4,5).

Se le ha dado importancia a la infección por virus del papiloma humano (HPV) como factor etiológico del carcinoma de la vulva, sin embargo, únicamente del 30% al 50% de los casos de pacientes con cáncer de vulva tienen evidencia de infección por HPV (7, 8, 9).

Dentro de la vulva, la localización del tumor corresponde en un 70% a los labios mayor y menor, 15% al 20% se localizan en el clítoris, siendo estos los dos sitios más frecuentes; en el 5% de los casos la lesión es multifocal.(1, 10). La vulva comprende múltiples estructuras anatómicas como son los labios mayores y menores, clítoris, vestibulo vaginal, monte del pubis, comisuras anterior y posterior y periné.

TESIS CON  
FALTAS CORREGIDAS EN

La diseminación del tumor se realiza primariamente a los ganglios inguinales superficiales y posteriormente a los femorales profundos. La diseminación a distancia afecta con mayor frecuencia el pulmón (1, 2). Los factores pronósticos más importantes implicados en la evolución de este tumor corresponden al tamaño tumoral, presencia o no de ganglios inguinales metastásicos y la profundidad de invasión del tumor primario (10, 11).

El tratamiento del cáncer de la vulva es primordialmente quirúrgico y este ha sufrido pocas modificaciones al paso del tiempo. Desde inicios del siglo XX la vulvectomía radical en una sola incisión permaneció como el tratamiento de elección para tal fin logrando control de la enfermedad en 40 al 70% de los casos, pero con morbilidad importante. Fue desde 1980, con la descripción de Hacker, que el abordaje operatorio de esta patología sufrió su modificación más notable al realizarse la vulvectomía y la disección inguinal con 2 incisiones separadas (técnica de 3 incisiones), logrando un control similar pero con una menor morbilidad (12).

La mayoría de las complicaciones que se describen en torno a la vulvectomía radical, se asocian al abordaje para la disección linfática inguinofemoral, que aunque con disminución importante en su presentación sigue siendo causa importante de morbilidad, siendo la infección y la dehiscencia de la herida quirúrgica las más comunes hasta en 50% al 70% de los casos, seguidos por el linfedema crónico en el 20%-50% (1)

Por lo anterior y siendo nuestro Hospital General de México un centro oncológico de concentración, se considera importante evaluar el impacto de nuestros procedimientos en cuanto a morbimortalidad asociada y control de la enfermedad .

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN 2



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cáncer de vulva aunque poco frecuente, sigue planteando un reto para el cirujano oncólogo ya que su tratamiento implica grandes resecciones, conocimiento de anatomía y generalmente se acompaña de disección linfática de cadenas inguinofemorales así como importantes cuidados en la evolución postoperatoria.

Se analizarán los resultados de la cirugía para esta entidad, su morbilidad, mortalidad y efectividad para el control de la enfermedad en los pacientes que acuden con tal diagnóstico a la Unidad de tumores ginecológicos del servicio de Oncología del Hospital General de México.

## OBJETIVOS.

1. Determinar y reportar la mortalidad presente en pacientes sometidos a cirugía para el tratamiento de cáncer de la vulva.
2. Determinar y reportar la morbilidad, basada en la presencia de complicaciones en los pacientes sometidos a cirugía para tratamiento de cáncer de la vulva.
3. Determinar y reportar los grupos de edad más afectados, tiempo de evolución de la enfermedad y manifestaciones clínicas de la misma.
4. Determinar y reportar la efectividad del tratamiento entendido como el control sin enfermedad posterior al tratamiento en tiempo de seguimiento.
5. Determinar y reportar la etapa clínica al momento del diagnóstico y su correlación histopatológica.

## MATERIAL Y METODOS.

1. Tipo de estudio: serie de casos, retrospectivo, longitudinal y descriptivo.
2. Muestra del estudio: se estudiaron los pacientes intervenidos quirúrgicamente por cáncer de vulva, operados en la Unidad de tumores ginecológicos del servicio de Oncología del Hospital General de México del 1°. enero de 1987 al 31°. diciembre de 1999.

### 3. Variables:

- a) Independientes: edad, etapa clínica, procedimiento quirúrgico realizado, tiempo de internamiento, síntomas de enfermedad.
- b) Dependientes: mortalidad y morbilidad.

### 4. Métodos.

Se revisarán los expedientes de los pacientes sometidos a cirugía para el tratamiento de cáncer de la vulva en el servicio de Oncología del Hospital General de México, durante el periodo comprendido de enero de 1987 a diciembre de 1999 de los cuales se determinará mortalidad, morbilidad y control de la enfermedad.

Los pacientes se agruparán según grupos por edad, etapa clínica, procedimiento quirúrgico realizado y complicaciones.

Para fines del estudio se consideró:

- a) Mortalidad: toda defunción que se haya presentado durante o posterior al procedimiento quirúrgico y hasta 30 días posteriores al mismo.
- b) Morbilidad: toda complicación relacionada al procedimiento directa o indirectamente.
- c) Recurrencia: toda evidencia clínica de enfermedad neoplásica posterior al procedimiento quirúrgico y corroborada por biopsia y análisis histopatológico.
- d) Las etapas clínicas se basaron en la clasificación TNM, propuesta en 2002 y la cual considera lo siguiente (3):

#### Etapa.

- I tumor de 2 cm de diámetro mayor confinado a la vulva o periné. No metástasis ganglionares. A) con invasión estromal hasta 1mm; B) con invasión estromal mayor de 1mm.
- II tumor mayor de 2 cm confinado a la vulva. No metástasis ganglionares.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

III tumor de cualquier tamaño que invade la uretra distal, vagina o el ano. Metástasis ganglionares unilaterales.

IV a tumor que invade uretra proximal, vejiga, recto, hueso. Metástasis ganglionares bilaterales.

IV b metástasis a distancia incluyendo ganglios pélvicos.

#### 5. Selección de la Muestra.

a) Tamaño: se estudiaron los pacientes intervenidos por cáncer de la vulva de enero de 1987 a diciembre de 1999, en el servicio de Oncología del Hospital General de México.

b) Criterios de selección.

##### i. Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años de edad.
- Pacientes con tumor de la vulva con diagnóstico de neoplasia maligna corroborado por biopsia y estudio histopatológico.
- Pacientes sometidos a cirugía para cáncer de la vulva en la Unidad de tumores ginecológicos del servicio de Oncología del Hospital General de México.
- Pacientes con seguimiento postoperatorio, y al menos, con un año de seguimiento posterior al alta hospitalaria .

##### ii. Criterios de exclusión:

- Falta de alguno de los criterios de inclusión.
- Falta de confirmación histopatológica del diagnóstico.
- Pacientes en los cuales no se realizó procedimiento quirúrgico para el tratamiento de cáncer de la vulva.
- Pacientes quienes se hayan ausentado del servicio posterior a la cirugía para el tratamiento del cáncer de la vulva o que no hayan cumplido al menos 1 año de seguimiento.

TESIS CON  
FALLA DE CALLEN

## 6.Procedimientos.

Los expedientes serán solicitados al archivo clínico del servicio de Oncología del Hospital General de México y una vez recabados, se revisarán en forma individual verificando que cumplan los criterios de inclusión.

Luego de revisarse uno a uno cada expediente, se recabará del mismo información en hojas de recolección de datos especialmente diseñadas para cada uno de los pacientes incluidos en el estudio (Anexo 1).

Se realizará estadística descriptiva para cada una de las variables a medir y así se determinará la morbimortalidad. Así mismo se determinará el tiempo de seguimiento a manera de media de seguimiento y el porcentaje de cada variable en relación a su frecuencia determinada en número de casos con la misma.

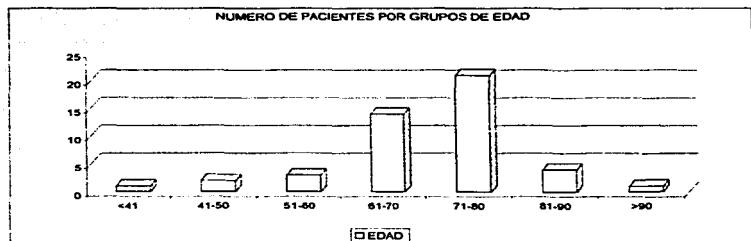
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESULTADOS.

Se recabaron un total de 60 registros identificados como pacientes con cáncer de la vulva y de los cuales fueron excluidos 14 expedientes, 7 pacientes no correspondieron a cáncer de vulva al revisar el expediente, 1 se excluyó por haber sido tratado en 1980, 2 expedientes no contaban con reporte histopatológico y en 4 no se encontró el expediente en el archivo clínico.

Se incluyeron 46 pacientes femeninas en el estudio con una media de edad de 70 años, siendo el rango predominante el de los 71 a los 80 años con 21 pacientes (45.6%).

FIGURA 1. Distribución de Pacientes por grupos de Edad.



Se determinaron enfermedades asociadas al cáncer de la vulva en 21 pacientes correspondiendo al 45.6% de los casos, siendo la presencia de infección por HPV asociada la más común encontrada en 14 pacientes (30.4%), se identificó distrofia vulvar en 5 pacientes (10.8%) y se encontraron otros tumores asociados en 2 pacientes (4.3%) los cuales correspondieron cáncer de ovario en uno y tumor phyllodes de la mama en otro.(Tabla 1).

TESIS C  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1. Enfermedades Asociadas al Cáncer de Vulva.

Enfermedad	No. casos	%
Infección por HPV	14	30.4
Distrofias vulvares	5	10.8
Otros tumores	2	4.3
Sin enfermedad	25	54.4
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

En lo que respecta a los antecedentes obstétricos, fueron nulíparas 6 pacientes (13%), hubo una paciente primípara (2%), 13 pacientes tuvieron de 2 a 5 gestas (28.5%); sin embargo, la mayoría tuvo 6 o más gestas lo cual ocurrió en 26 pacientes (56.5%), siendo el promedio general para todo el grupo de 6 gestas.

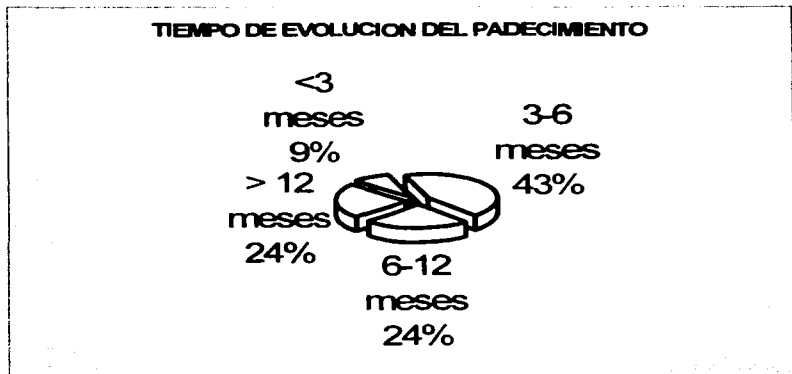
TABLA 2. Antecedentes obstétricos de las enfermas con cáncer de vulva.

Gestas	No. casos	%
Ninguna	6	13
Primípara	1	2.0
2 a 5 gestas	13	28.5
6 o más gestas	26	56.5
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

El tiempo de evolución del padecimiento al momento de la primera consulta en nuestro servicio fue en promedio de 9.5 meses, con un rango de 1 a 40 meses. La mayoría acudió dentro del rango de 3 a 6 meses de evolución, comprendiendo 20 pacientes (43.4%), 4 pacientes acudieron antes de los 3 meses (8.6%), 11 acudieron entre los 6 y 12 meses (23.9%) y 11 acudieron luego de un año de evolución (23.9%).

TESIS CON  
FALLA DE CALLEN

FIGURA 2. Porcentaje de pacientes por Tiempo de Evolución del Padecimiento.



Las manifestaciones clínicas más comunes fueron tumor en 36 pacientes (78.2%), sangrado en 15 pacientes (32.6%) y prurito en 13 pacientes (28.2%). La localización de la lesión se presentó en el labio mayor en el 78.2% de los casos, en el 10.8% en el labio menor, en el 6.5% en el vestíbulo vaginal y en el 4.5% involucró el clítoris, no hubo ningún caso de lesión multifocal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 3. Manifestaciones clínicas de los pacientes con cáncer de vulva.

Signo o Síntoma	No. casos	%
Tumor	36	78.2
Sangrado	15	32.6
Prurito	13	28.2
Úlcera	9	19.5
Dolor	7	15.2
Flujo	3	6.5
Síntomas urinarios	3	6.5
Síntomas rectales	1	2.1

Patología. El 93.4% de los casos correspondió a carcinoma epidermoide, hubo un caso de melanoma, uno de schwanoma maligno y otro de adenocarcinoma de origen en glándula de Bartholin.

TABLA 4. Histología de los tumores de la vulva.

Tipo Histológico	No. casos	%
Carcinoma epidermoide	43	93.4
melanoma	1	2.2
Schanoma maligno	1	2.2
adenocarcinoma	1	2.2

De los casos de carcinoma epidermoide 25 fueron moderadamente diferenciados (58.1%), 14 fueron bien diferenciados (32.5%), hubo 2 casos de carcinoma in situ, 1 poco diferenciado y 1 de carcinoma de células claras.

TESIS CON  
FALLA DE REGISTRO



Estadificación. La evaluación clínica inicial determinó que 60.8% de los casos se encontraban en los estadios III y IV, el 34.7% lo comprendieron los estadios I y II. Hubo dos casos de carcinoma in situ.

La etapa clínica inicial correspondió con la histopatológica definitiva en 36 pacientes (78.2%).

**TABLA 5. Pacientes por etapa clínica histopatológica.**

Etapa Clínica	No. casos	%
In situ	2	4.3
I	4	8.6
II	13	28.3
III	18	39.3
IV	9	19.5
<b>TOTAL</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Metástasis ganglionares inguinales. Se detectaron inicialmente por clínica en 20 pacientes (43.4%), pero únicamente se corroboraron en 14 pacientes al realizar el estudio histopatológico de la disección linfática (30.4%), presentándose en unilaterales en 6 pacientes y bilaterales en 8 pacientes.

**TABLA 6. Metástasis ganglionares, correlación clínico-patológica**

	Diagnóstico Clínico No. Pacientes (%)	Diagnóstico Histológico No. Pacientes (%)
Con metástasis	20 (43.5)	14 (30.4)
Unilaterales	15 (32.7)	6 (13)
Bilaterales	5 (10.8)	8 (17.4)
Sin metástasis	26 (56.5)	32 (69.6)
Total	46 (100)	46 (100)

TESIS CON  
FALLA EN EL REGISTRO

**TABLA 7. Disecciones ganglionares y correlación con evaluación clínica.**

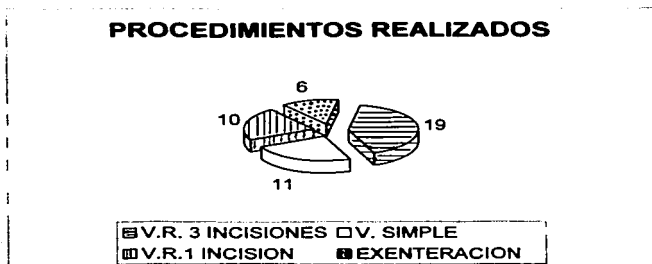
	<b>No. pacientes</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Sin error diagnóstico</b>	21	63.8%
<b>Con error diagnóstico</b>	12	36.2%
<b>Falsos positivos</b>	9	27.2%
<b>Falsos negativos</b>	3	9.0%

Procedimientos realizados. De los 46 pacientes que se incluyeron en el estudio, 29 se sometieron a vulvectomía radical (63%), 11 se sometieron a vulvectomía simple (23.9%), 5 se sometieron a exenteración anterior (10.8%) y a 1 paciente se le realizó exenteración total.

En las 6 pacientes exenteradas la indicación fue por T4 inicial de clasificación TNM, una de las pacientes había recibido Radioterapia neoadyuvante; en dos pacientes se realizó disección inguinal diferida al procedimiento de exenteración y en 4 no se realizó disección inguinal, una paciente de estas últimas presentó progresión de la enfermedad a nivel inguinal y posteriormente metástasis pulmonares.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

FIGURA 3. Procedimientos Quirúrgicos Realizados



De las pacientes sometidas a Vulvectomía simple, a 3 de ellas se les realizó disección inguinal bilateral diferida, una de las cuales presentaba actividad tumoral clínicamente, las restantes 8 pacientes no se sometieron a tal procedimiento y en 4 de ellas se presentó recurrencia de enfermedad, 3 con enfermedad local, inguinal en 2 pacientes y en vagina en otra paciente, otra paciente tuvo recurrencia pulmonar.

TABLA 8. Vulvectomía simple

Disección inguinal	No. Pacientes	Histológico Positivo	Histológico Negativo	Recurrencia
Diferida	2	1	1	0
Por recurrencia	1	1	0	0
Sin disección	8	-	-	4*

\*Se perdieron con actividad tumoral.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Complicaciones. No se presentaron complicaciones en los pacientes sometidos a vulvotomía simple. Se presentaron complicaciones en 16 pacientes sometidos a cirugía radical (34.7%), 14 sometidos a vulvotomía radical y 2 a quienes se les realizó exenteración.

Las complicaciones en los 29 pacientes sometidos a vulvotomía radical comprendieron necrosis del colgajo en 14 pacientes (48.2%), infección de herida en 8 pacientes (27.5%) e incontinencia urinaria en 3 pacientes (10.3%). Los dos pacientes exenterados que presentaron complicación, correspondieron a infección de herida.

De los pacientes sometidos a vulvotomía radical, según el procedimiento, todos los pacientes a quienes se les realizó la técnica en 1 incisión presentaron complicaciones y sólo 4 de los 19 sometidos a la técnica con 3 incisiones presentaron complicación. No hubo ningún caso de mortalidad operatoria en los pacientes estudiados.

TABLA 9. Complicaciones de la Vulvotomía Radical.\*

Complicación	No. casos	%
Necrosis colgajo	11	48.2
Infección herida	8	27.5
Incontinencia urinaria	3	10.3
Hematoma	1	3.4
Tromboflebitis	1	3.4

\*Se presentaron varias complicaciones en un solo paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TABLA 10. Vulvectomía Radical, Complicaciones según la técnica operatoria.

Técnica	3 incisiones	1 incisión (bloque)
Pacientes (%)	19/29 (65.5%)	10/29 (34.5%)
Recurrencia*	6/29 (20.6%)	5/29 (17.2%)
Complicaciones	4/19 (13.7%)	10/10 (100%)

\*se presentaron recurrencias locales en 10 pacientes, y local y a distancia en 1 paciente.

Estancia hospitalaria. La estancia hospitalaria dependió del procedimiento realizado, así la estancia promedio en los pacientes sometidos a vulvectomía simple fue de 4 días, con rango de 2 a 10 días, encontrándose el 90.9% de los pacientes egresados entre los días 1 y 7.

Para la exenteración, la estancia promedio fue de 23 días, con rango de 10 a 37 días.

En el caso de la vulvectomía radical, el tiempo promedio de estancia fue de 21 días con rango de 4 a 41 días. La mayoría de los pacientes se egresaron entre los 15 y 30 días (41.3%). Cabe mencionar que hubo diferencia entre los pacientes que presentaron complicación y los que no la presentaron, siendo su estancia promedio de 28 días contra 12 días respectivamente.

Radioterapia. Se identificaron 18 pacientes los cuales recibieron radioterapia como parte de su tratamiento, en 3 pacientes el tratamiento fue neoadyuvante y en 5 pacientes se consideró como tratamiento paliativo. De los 10 pacientes que recibieron tratamiento adyuvante, en 6 la indicación fue por presencia de actividad inguinal ganglionar, en 1 paciente por presentar tumor en bordes en histológico definitivo, en 2 por tumor en lecho quirúrgico y en el único caso de sarcoma de vulva.

Seguimiento. La media de seguimiento fue de 3 años (promedio de 2.7 años). Con rango de 1 a 10 años.

TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN

Recurrencia. Se presentó recurrencia en 17 pacientes (36.7%), presentandose en 6 pacientes antes de los 6 meses de seguimiento (13%), en 3 pacientes se presentó entre los 6 meses y el año posterior al tratamiento (6.5%) y en 8 pacientes se presentó recurrencia entre el primer año y el 3er año de seguimiento (17.3%). Todas las recurrencias se presentaron dentro de los primeros 3 años de seguimiento.

Agrupados por procedimiento realizado, de los pacientes sometidos a vulvectomía radical 17 evolucionaron libres de enfermedad y 11 presentaron recurrencia, de los 6 pacientes sometidos a exenteración 5 evolucionaron libres de enfermedad y 1 presentó recurrencia. Los pacientes sometidos a vulvectomía simple, 5 presentaron recurrencia y 6 se mantuvieron libres de enfermedad.

Según la etapa clínica, el mayor índice de recurrencia se presentó en los estadios III y IV con el 52.9% y 29.4% de los casos respectivamente. El caso de melanoma, schwanoma maligno y células claras se mantuvieron libres de enfermedad, en cambio la paciente con adenocarcinoma de glándula de Bartholin, presentó recurrencia.

TABLA 11. Evolución según Etapa Clínica.

Etapa Clínica	Sin Actividad (%)	Con Actividad (%)	Seguimiento (años)
In situ	2/2 (100%)	0/0 (0%)	3
I	4/4 (100%)	0/0 (0%)	3.3
II	10/13 (77%)	3/13 (23%)	3.3
III	9/18 (50%)	9/18 (50%)	2.5
IV	4/9 (44.5%)	5/9 (55.5%)	2.2
TOTAL	17/46 (36.9%)	29/46 (63.1%)	100%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Según el tamaño tumoral, divididos en dos grupos para tumores de menos de 5 cm y para tumores de 5 cm o más de diámetro mayor. No hubo diferencia importante ya que de los menores de 5 cm, 9 presentaron recurrencia (36%), y de los de 5cm o más, 8 presentaron recurrencias (38%).

Según la presencia de ganglios linfáticos positivos hubo diferencia en el porcentaje de recurrencia ya que de los pacientes N0 se presentó recurrencia en 10 pacientes (30.3%), mientras que en los pacientes con N1 ó N2 se presentó recurrencia en el 53.8%.

TABLA 12. Evolución según presencia de ganglios metastásicos.

Ganglios (N)	Sin recurrencia	%	Con recurrencia	%
N0	23/33	69.6	10/33	30.4
N1	3/3	50	3/3	50
N2	3/7	42.8	4/7	57.2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN 17

## DISCUSION.

En el tratamiento del cáncer de la vulva, la vulvectomía radical en bloque se mantuvo como tratamiento de elección desde su descripción por Way, logrando un control de la enfermedad que se reportó entre 50 y 70 %; sin embargo, la vulvectomía radical modificada, realizada por medio de 3 incisiones separadas, como fue descrita por Byron en 1965 y posteriormente gracias a los reportes de Hacker, es actualmente el tratamiento de elección para el cáncer de vulva. A pesar de ello, en casos muy seleccionados, la vulvectomía radical en bloque y aún la exenteración pélvica son opciones de tratamiento quirúrgico vigentes y adecuadas (13-16, 23).

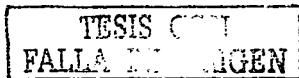
En nuestro estudio la edad media de presentación de la enfermedad fue de 70 años, que corresponde con la mayoría de las series. Así mismo, las alteraciones vulvares asociadas al cáncer, dentro de las cuales se encuentra la infección por virus del papiloma humano (HPV), la que se presentó en el 30.4% de los casos, cifra similar a lo reportado por otros autores y que varía dependiendo del método de detección utilizado en su frecuencia de presentación de 30% al 90% de los casos.

La importancia de tal asociación aún no se ha establecido en forma clara, pero existen reportes en que puede ser un indicador pronóstico, ya que los pacientes con HPV tienen un mejor pronóstico y menor índice de recurrencia que los que no tienen o expresan HPV asociado (13,15,21).

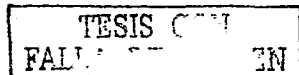
La importancia de los antecedentes ginecoobstétricos no puede ser establecido por los datos obtenidos en este estudio, sin embargo, es de destacar que la mayoría de las pacientes tenían más de 5 gestas dentro de su historial obstétrico.

A pesar de ser una enfermedad poco común, el 52% de las pacientes acudieron a consulta por ese motivo durante los primeros 6 meses de la evolución del padecimiento, y fueron la presencia de tumor o sangrado, las manifestaciones más frecuentes en ser referidas.

A pesar de lo anterior, el 60.8% de las enfermas se encontraban al momento de acudir y realizarse el diagnóstico, en etapas clínicas avanzadas (III y IV), lo cual difiere con la







mayoría de reportes de países desarrollados en los cuales el mayor porcentaje de pacientes comprenden los estadios I y II.(13, 18, 19).

En lo que respecta al tipo histológico, existe concordancia con la literatura mundial, ya que el 93.4% de los casos correspondió a carcinoma epidermoide; así mismo, la presencia de ganglios linfáticos inguinales con metástasis, que se reportó en 30.4%, se encuentra dentro de los rangos reportados por diversas series y que van del 25 al 40%.(13-17).

En el análisis de la morbimortalidad, no hubo ningún caso de fallecimiento reportado en las pacientes estudiadas. Las complicaciones, en general, se presentaron en el 34.7% de los casos, ligeramente menor a los reportes de la mayoría de las series que reportan del 40% al 75% de frecuencia de complicaciones (14,15,17), pero existe concordancia en el tipo de complicación, siendo la más común la necrosis del colgajo de la disección inguinal y la infección de la herida quirúrgica con el 48.2% y 27.5% respectivamente del total de complicaciones.

Así mismo, los días promedio de estancia hospitalaria concuerdan con lo reportado en la literatura para pacientes sometidos a vulvectomía simple o exenteración pélvica, y se encuentran dentro del rango para pacientes sometidos a vulvectomía radical, haciendo mención de la diferencia entre los pacientes de este grupo que se complicaron y los que no presentaron complicación entre los cuales existe una diferencia promedio de 15 días.(14,15,16,18).

El porcentaje de recurrencia en nuestros pacientes fue de 36.9%, todas se presentaron durante los primeros 3 años de seguimiento, encontrándose en el rango de los reportes de otras series que van de 25% al 48%. (14,15,20-22).

Los mayores índices de recurrencia ocurrieron en los pacientes en estadios III y IV con el 82.3% del total de recurrencias por estadios. De la misma manera hubo un mayor porcentaje de recurrencias en los pacientes que tuvieron metástasis ganglionares inguinales con respecto a los que no presentaron diseminación linfática (53.8% vs. 30.3%). No se encontró diferencia importante en la presencia de recurrencias en base al tamaño de tumor menor o mayor de 5cm.

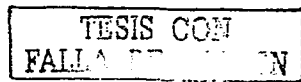
## CONCLUSION.

El tratamiento del cáncer de vulva ha evolucionado de ser primordialmente quirúrgico radical hacia modalidades más conservadoras, pero manteniéndose la cirugía como la piedra angular de su tratamiento, buscando disminuir la morbilidad y manteniendo los mismos porcentajes de curación y control de la enfermedad.

Por ello actualmente en el manejo de estos tumores cuando se encuentran en estadios locorregionalmente avanzados o son muy voluminosos, la quimioterapia y radioterapia neoadyuvante ofrece una nueva alternativa para su manejo permitiendo cirugías menos radicales o mutilantes; incluso se reportan respuestas histopatológicas completas hasta en 50% de los casos, aunque los índices de recurrencias y la sobrevida se mantienen sin cambios.(25,26).

Al igual que en el melanoma cutáneo, el mapeo de ganglio linfático centinela se ha propuesto como alternativa con la finalidad de disminuir la frecuencia de disección linfática inguinal, que es la causa de la mayoría de las complicaciones, y ha demostrado un buen porcentaje de detección de ganglios afectados.(22,23)

En conclusión, el tratamiento del cáncer de vulva esta abierto a la investigación de nuevas alternativas con la finalidad de mejorar el índice de complicaciones y el control de la enfermedad. En nuestro estudio se demuestra que los resultados de los procedimientos quirúrgicos son comparables a los reportados en otras partes del mundo, pero no por ello dejan de ser perfectibles, dejando abierta la posibilidad de incluir otras modalidades de tratamiento neoadyuvante que junto con la cirugía y la técnica del ganglio centinela, nos conduzcan a una mejor evolución de nuestros pacientes.



ANEXO 1.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_, EDAD: \_\_\_\_\_, FECHA: \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES

ASOCIADAS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AGO: \_\_\_\_\_

PADECIMIENTO:

TIEMPO DE EVOLUCION: \_\_\_\_\_

CUADRO CLINICO:

tumor \_\_\_\_\_, dolor \_\_\_\_\_, sangrado \_\_\_\_\_, prurito \_\_\_\_\_, flujo \_\_\_\_\_, linfedema \_\_\_\_\_, urinarios \_\_\_\_\_, rectales \_\_\_\_\_, otros \_\_\_\_\_.

ETAPA CLINICA \_\_\_\_\_

PATOLOGIA:

TIPO \_\_\_\_\_, DIFERENCIACION \_\_\_\_\_

TAMAÑO DE PRIMARIO \_\_\_\_\_, GANGLIOS Y OTROS \_\_\_\_\_

ETAPA HISTOPATOLOGICA \_\_\_\_\_

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TRATAMIENTO QUIRURGICO: procedimiento \_\_\_\_\_

Diseción inguinal \_\_\_\_\_

Complicaciones \_\_\_\_\_

RADIOTERAPIA: tipo \_\_\_\_\_, dosis \_\_\_\_\_, braquiterapia \_\_\_\_\_

Complicaciones \_\_\_\_\_

QUIMIOTERAPIA: indicación \_\_\_\_\_, esquema \_\_\_\_\_

Ciclos \_\_\_\_\_, complicaciones \_\_\_\_\_

SEGUIMIENTO: \_\_\_\_\_

RECURRENCIA: \_\_\_\_\_

PERIODO LIBRE DE ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

Rubio TC, Torres LA. La Cirugía en el Tratamiento del Cáncer de Vulva: Experiencia en el Servicio de Oncología del Hospital General de México.

El cáncer de la vulva comprende el 2% de los tumores ginecológicos en México, afectando a mujeres en edad mayor y siendo la cirugía la piedra angular de su tratamiento ha tenido evolución en su técnica hasta la actualidad en que la técnica de 3 incisiones representa el abordaje ideal.

Objetivo: Determinar la morbimortalidad de la Cirugía para el tratamiento del cáncer de vulva, reportando recurrencias, presentación clínica y grupos de edad más afectados.

Material y Métodos: Se realizó estudio longitudinal, retrospectivo y descriptivo de los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de vulva de enero de 1987 a diciembre de 1999. Se revisaron expedientes obteniendo edad, manifestaciones clínicas, procedimiento realizado, complicaciones y resultados de seguimiento.

Resultados: Se estudiaron 46 pacientes con edad media de 70 años, siendo el carcinoma epidermoide el tipo histológico más frecuente (93.4%) y encontrándose la mayoría en etapas clínicas III y IV (58.8%). En el 78.2% la manifestación clínica fue con tumor; en el 30.4% de los casos se encontró infección por virus del Papiloma Humano asociada.

Se realizó vulvectomía radical a 29 pacientes, vulvectomía simple a 11 y excenteración a 6. Se presentaron complicaciones en 16 pacientes (34.7%), 14 de los sometidos a vulvectomía radical y 2 de los sometidos a excenteración, siendo la necrosis de colgajos la más común, seguida por la infección de la herida.

Se observó recurrencia en 17 pacientes (36.7%), todas dentro de los primeros 3 años de seguimiento.

Conclusión: La cirugía sigue siendo la piedra angular del tratamiento del cáncer de vulva, con resultados en morbimortalidad aceptables, manteniendo buen control de la enfermedad y permaneciendo abierta para nuevas opciones en el tratamiento como la quimiorradiación neoadyuvante y la técnica de ganglio sentinela aplicados a esta patología.



## BIBLIOGRAFIA.

1. Eifel PJ, Berek JS. Cancer of the Cervix, Vagina and Vulva in :De Vita VT. Cancer Principles and Practice of Oncology.6ª.Ed, Philadelphia,USA, Lippincott WW, 2001:1526-1572
2. Disaia PJ., Crasman WT. Clinical Gynecologic Oncology. 6ª.Ed. 2002
3. Sobin LH, Wittekind Ch. TNM Classification of Malignant Tumours. 6ª Ed.New York, Wiley-Liss.2002.
4. Torres LA. Cáncer Ginecológico. Ed Piensa. México 2000
5. Torres LA y cols. Neoplasias Malignas de la Vulva. Ginec Obst Mex 1989; 57:235.
6. Sheperd J et al. Carcinoma of the Vulva. J epidemiol bioestat; 1988;3:111.
7. Ansink AC, Krul MR et al. Human papillomavirus, lichen sclerosus and squamous cell carcinoma of the vulva.Gynecol Oncol 1994; 52:180.
8. Crum CP. Carcinoma of the Vulva: epidemiology and pathogenesis.Obstet Gynecol 1992; 79: 448.
9. Monk BJ, Burguer RA. Prognostic significance of HPV in primary invasive vulvar cancer. Obstet Gynecol 1995; 85: 709.
10. Andreasson B, Nyboe J. Predictive factors with reference to low-risk of metastasis in squamous cell carcinoma in the vulvar region. Gynecol Oncol 1985;21:196.
11. Shim DS, Fuller AF et al. Prognostic variables in the treatment of squamous cell carcinoma of the vulva. Gynecol Oncol 1990; 37:9.
12. Hacker NF et al. Radical Vulvectomy and bilateral inguinal lymphadenectomy through separate groin incisions.Obst Gynecol 1981; 58:574.
13. Hullu JA, Hollema H et al. Vulvar Carcinoma.Cancer 2002; 95(11):2331-8
14. Morgan MA, Mikuta JJ. Surgical management of Vulvar Cancer. Semin Surg Oncol 1999; 17:168-172.
15. Bramhall SR, Harrison JD et al. Phase II trial of radical surgery for locally advanced pelvic neoplasia. British Journal of Surgery 1999, 86:805-812.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

16. Micheletti L, Cesare A et al. Rationale and Definition of lateral extension of the inguinal lymphadenectomy for Vulvar Cancer derived from an embryological and anatomical study. *J. Surg Oncol.* 2002; 81:19-24.
17. Leminen A, Forss M, Paavonen J. Wound complications in patients with carcinoma of the vulva comparison between radical and modified vulvectomies. *Obst Gynecol* 2000; 93: 193-197.
18. Radolakis A et al. Squamous Vulvar cancer: A clinically based individualization of treatment. *Gynecol Oncol* 2000, 78: 346-351.
19. Al-Ghamdi A et al. Vulvar Squamous cell carcinoma in young women: A clinicopathologic study of 21 cases. *Gynecol Oncol* 2002; 84:94-101.
20. Rouzier R, Haddad Bassam et al. Local relapse in patients treated for squamous cell vulvar carcinoma: incidence and prognostic value. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1159-67.
21. Rouzier R, Morice P et al. Prognostic significance of epithelial disorders adjacent to invasive vulvar carcinoma. *Gynecol Oncol* 2001; 81: 414-419.
22. Tamussino KF, Bader AA et al. Groin recurrence after micrometastasis in a sentinel lymph node in a patient with vulvar cancer. *Gynecol Oncol* 2002; 86:99-101.
23. Tebes S, Cardosi R, Hoffman M. Paget's disease of the vulva. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 281-4.
24. Sliutz G, Reinthaller A et al. Lymphatic Mapping of Sentinel Nodes in Early Vulvar Cancer. *Gynecol Oncol* 2002; 84: 449-452.
25. Montana GS, Thomas GM et al. Preoperative Chemo-radiation for carcinoma of the vulva with N2/N3 nodes: a gynecologic oncology group study. *Int J radiation Oncology Biol. Phys.* 2000; 48:1007-1013.
26. Downs LS, Ghosh K et al. Stage IV carcinoma of the Bartholin gland Managed with primary Chemoradiation. *Gynecologic Oncology* 2002; 87: 210-212.

TESIS  
 FALLA DE CASSEN