

Sánchez Guerrero Antonio
Reyna Amaya Horacio



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA # 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”

CÁNCER DE VULVA EN LA UMAE No. 4 LUIS CASTELAZO AYALA. EXPERIENCIA DE
10 AÑOS.

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:

DR. ANTONIO SANCHEZ GUERRERO

TUTOR:
DR. HORACIO REYNA AMAYA

Diciembre 2010
Egreso Febrero 2011 México D.F.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad



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.

Sánchez Guerrero Antonio
Reyna Amaya Horacio

**Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4
"Dr. Luis Castelazo Ayala"
Distrito Federal.**

**Dr. Gilberto Tena Alavez
Director General
Unidad Médica de Alta Especialidad
"Dr. Luis Castelazo Ayala". Distrito Federal**

**Dr. Carlos Emiro Morán Villota
Director de Educación e Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
"Dr. Luis Castelazo Ayala". Distrito Federal**

**Dr. Horacio Reyna Amaya
Tutor/Adscrito del Servicio de Ginecología Oncológica
Unidad Médica de Alta Especialidad
"Dr. Luis Castelazo Ayala". Distrito Federal**

AGRADECIMIENTOS

A mi Tutor Dr. Reyna Amaya Horacio,

Sánchez Guerrero Antonio
Reyna Amaya Horacio

Por todo su apoyo, orientación y enseñanza transmitida en estos años de mi especialidad.

A todos mis Maestros,
Por todo el tiempo que con paciencia me dedicaron para formarme como especialista y hacerme sentir orgulloso de pertenecer a nuestro hospital.

A Dios por darme la oportunidad de vivir y creer en él
A mis padres porque sin su apoyo no lo habría logrado
A mis grandes maestros por darme la enseñanza
..... Gracias .

Índice

I **Resumen**

pág. 5

II	Antecedentes	pág. 6
III	Justificación y Planteamiento del problema	pág. 10
IV	Objetivos	pág. 11
	IV.1.Objetivos generales	
	IV.2.Objetivos específicos	
V	Material y Métodos	pág. 12
	Diseño del estudio	pág. 12
	Universo	pág. 12
	Criterios de selección	pág. 12
	Variables de estudio	pág. 13
	Tipo y Medición de Variables	pág. 13
	Descripción de las actividades	pág. 14
	Recursos	pág. 15
	Cronograma de Actividades	pág. 16
VIII	Resultados y Análisis	pág. 17
	VIII.1. Discusión	pág. 21
	VIII.2. Conclusiones	pág. 23
IX	Referencias	pág. 24
X	Anexos	pág. 26

I. RESUMEN:

OBJETIVO: El propósito de este estudio es conocer la casuística y las características clínicas e histológicas asociadas con el cáncer de vulva en el Servicio de Oncología Ginecológica de la UMAE No 4 durante un periodo de 10 años

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo, de las pacientes atendidas en la UMAE No. 4 "Luis Castelazo Ayala" de Ginecología y Obstetricia durante un período comprendido de Enero 2000 a Enero 2010, donde se obtuvieron 39 pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de vulva, de las cuales solo 28 casos contaron con criterios de inclusión establecidos; se excluyeron pacientes con tratamiento de neoadyuvancia con radioterapia y/o quimioterapia y abandono del seguimiento y casos tratados en otras unidades. La obtención de datos se realizó mediante la revisión de expedientes y el llenado de la hoja de captación que incluía datos epidemiológicos como edad, sitio de localización y tamaño de la lesión, variedad histológica, estadio clínico al momento del diagnóstico, tratamiento quirúrgico empleado y sobrevida. Una vez recopilados los datos se realizó el análisis descriptivo de las variables con software estadístico SPSS versión 17.

RESULTADOS: Se incluyeron 28 pacientes con cáncer de vulva, de los cuales se clasificaron por Etapas: IA 21.4%(6),IB 17.8% (5),II 21.4% (6),IIIA 17.8%(5) y IIIB 21.4%(6). Presentaron una mediana para la edad de 69 años con un rango de 40 a 90 años, el tamaño tumoral varió de 0.5 a 7 cm con promedio 2.9 cm, el sitio mas frecuente de lesión en 46% labios mayores , 35% multifocal, 14% labios menores y 3.5% en introito vaginal ; el tipo histológico epidermoide predominó en el 82.1% de los casos seguido del melanoma vulvar 14.2% y basocelular 3.5%. La modalidad de tratamiento varió desde la resección amplia 14.28% , resección amplia con disección de ganglio linfático 10.71%, resección amplia con disección inguinal unilateral 32.14% y bilateral 7.14%, vulvectomy con disección de ganglio centinela 3.57% y vulvectomy radical 32.14%. La tasa de mortalidad fue del 3.57 % y la tasa de recurrencia del 14.28%. Con una sobrevida global del 96.4%. La sobrevida por etapas clínicas fue del 100 % en etapa I, II , III B ; y del 80% en etapa III A.

CONCLUSIONES: El cáncer vulvar representa el 1 -2 % de las neoplasias en ginecología, ocupa el quinto lugar de frecuencia en neoplasia ginecológica. Se presenta entre la séptima y octava década de la vida. La variante histológica más frecuente es el tipo epidermoide en mas del 80%. En más del 50% de los casos se detecta en estadios avanzados y en todos estos casos requieren de adyuvancia complementaria. La tasa de recurrencia y mortalidad son bajas; y la sobrevida global con el tipo de cirugía empleada es mayor del 95% en el periodo de seguimiento.

II. ANTECEDENTES.

El cáncer de vulva es una neoplasia poco frecuente a menudo descrita como una enfermedad de mujeres mayores; representa del 3-4 % de todas las neoplasias en ginecología, sin embargo se ha detectado un incremento en la incidencia hasta un 8%. La incidencia y la mortalidad de la enfermedad están en aumento, durante las últimas tres décadas, el cambio porcentual anual en el cáncer de vulva fue de 0.6 y la mortalidad fue de 0.3 (1,2); representa menos del 1 % de todas las neoplasias en mujeres. La vulva es el cuarto sitio más común de origen de cánceres en el tracto genital femenino (2). Durante el 2006 fueron reportados 3760 casos anuales en Estados Unidos y 880 muertes, se estiman 3460 casos nuevos por año y 870 muertes durante el año 2008 (3). Estadísticas norteamericanas citan una incidencia anual de 1.2 casos por 100,000 mujeres al año, cifra que asciende a 20 por 100,000 mujeres al año en mayores de 75 años (4).

La incidencia mayor ocurre en mujeres mayores dentro de los 65 a 70 años, sin embargo se puede observar en mujeres jóvenes menores de 50 años hasta en un 10-20% , esta enfermedad se diagnóstica en etapas avanzadas, aunque en los últimos años, la edad de aparición ha disminuido, y sobre todo las etapas precoces han sido detectadas en los grupos entre 35 y 55 años , asociándose a la presencia del virus del papiloma humano (VPH) y lesiones precursoras como neoplasia vulvar intraepitelial. Otros factores epidemiológicos de riesgo incluyen el hábito del tabaquismo, uso de drogas inmunosupresoras, padecer enfermedad granulomatosa crónica, así como ser portadora de lesiones precursoras de cáncer como son el liquen escleroso, hiperplasia de células escamosas y neoplasia intraepitelial vulvar (5,6).

El carcinoma epidermoide representa la variante histológica mas frecuente representando del 85 al 90 % de las neoplasias primarias, seguido de los melanomas en un 6-8%, y otros carcinomas de células basales , enfermedad de Paget , adenocarcinomas , sarcomas y cáncer metastático de otros sitios que representan menos del 5% (4).

La causa de cáncer de vulva sigue siendo desconocida; presencia de cáncer de vulva en mujeres jóvenes se relaciona a infección por virus del papiloma humano (VPH) con mayor frecuencia, así como factores de riesgo como tabaquismo y neoplasia intraepitelial vulvar . El análisis histológico de los canceres vulvares revela la presencia del virus del papiloma humano en un 20-30% de los casos. La neoplasia intraepitelial vulvar III (VIN) displasia severa o carcinoma in situ es la lesión precursora inmediata del cáncer invasor con riesgo de progresión del 15-22%. Varios factores adicionales de riesgo para la progresión como la asociación al virus del papiloma de alto riesgo tipo 16 o 18, edad mayor de 40 años, estado de inmunodeficiencia , infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y tratamientos con radioterapia entre otros(6,7). Estudios epidemiológicos han demostrado un aumento de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, el VIH y neoplasia intraepitelial de vulva especialmente en mujeres menores de 50 años de edad. Por lo tanto, la incidencia de cáncer de vulva puede ser que crezca en estos grupos de edad vulnerables. La neoplasia intraepitelial vulvar es una lesión precancerosa, con un potencial invasor, la incidencia de está ha aumentando en todo el mundo , este aumento se ha producido fundamentalmente en las mujeres jóvenes donde existe una fuerte asociación con el VPH ; aunque alrededor del 70% de carcinoma in situ vulvar de células escamosas contiene el ADN del VPH , es menos frecuente en enfermedad invasiva 20-50% mientras que las mujeres mayores a menudo tienen una historia variable de infección por VPH (6-8).

El carcinoma vulvar invasivo puede ser dividido en dos grandes grupos atendiendo a la etiología, epidemiología, histopatología y cuadro clínico. Un primer grupo asociado al virus del papiloma humano, frecuente en mujeres jóvenes de 35 a 55 años en un 20% con lesiones multifocales ,no queratinizantes y pobremente diferenciados ; y el segundo sin asociación al virus del papiloma humano , de etiología no esclarecida y más frecuente entre los 55 y 85 años hasta el 80% de los casos, con lesiones bien diferenciadas , unifocales, queratinizantes , relacionada con liquen escleroso y neoplasia intraepitelial vulvar (4,8).

Las lesiones precancerosas de la vulva, se agrupan actualmente bajo el término de neoplasia vulvar intraepitelial. El riesgo de progresión de estas lesiones a carcinoma invasor se distribuye en dos grupos distintos: un grupo con neoplasia vulvar intraepitelial en mujeres jóvenes, con riesgo muy bajo sobre todo si son tratadas, pueden regresar espontáneamente. Las lesiones se asocian a infecciones por VPH y suelen ser multifocales con otras localizaciones en el tracto genital. Un segundo grupo con neoplasia vulvar intraepitelial en mujeres de edad avanzada o inmuno suprimidas, tienen un mayor riesgo de progresión a cáncer invasor, suelen ser lesiones unifocales y se asocian menos frecuentemente a infección por VPH. La descripción reciente de dos tipos de carcinomas vulvares, los que ocurren en mujeres jóvenes asociados a neoplasia vulvar intraepitelial suelen ser tumores verrucosos o basaloides donde se detecta VPH del subtipo 16 en el 75% de los casos. Los que aparecen en mujeres de mayor edad, como el carcinoma epidermoide bien diferenciado queratinizante que no se asocia a neoplasia vulvar intraepitelial, pero sí a hiperplasia epitelial o a liquen escleroatrófico **(9-11)**.

El cáncer vulvar preinvasor e invasor pueden presentar diversos síntomas, incluyendo prurito crónico, ardor, dispareunia, eritema, edema, y dolor vulvar, sangrado o drenaje es a menudo un síntoma tardío. La mayoría de los pacientes, sin embargo, son asintomáticos. Las lesiones pueden ser unifocal o multifocales, también puede tener la aparición de máculas de color gris, blanca, rojo o de otras lesiones pigmentadas **(12)**. El cuadro clínico se presentó tan solo en un 50 % de los casos. Los síntomas de presentación más común es el prurito en un 30-90% , seguido por tumoración del 20-60%, ulceración del 35-60%, sangrado del 5-30%, dolor en un 10-25%, síntomas de vías urinarias en 15-20%, secreción vaginal y vulvar en el 13-25% **(8,13)**.

El examen físico revela afección de la piel y detección de ganglios linfáticos , se aprecia con mayor frecuencia lesión única o multicéntrica en un 15 a 19%, de aspecto diverso, pudiendo ser elevada, irregular, de superficie lisa o rugosa, con distintas coloraciones: roja, rosada, blanca, gris o pigmentada. La lesión aparece en cualquier lugar de la vulva, con mayor afectación de los labios mayores, seguido de los menores, clítoris y periné. Además, el orificio anal está comprometido en el 30% de los casos, por lo que su exploración debe ser sistemática **(13)**.

La citología cervicovaginal es indispensable para descartar un tumor primario cervical, ya que su asociación con neoplasia intraepitelial se aproxima a 80%. La citología vulvar puede identificar las lesiones precancerosas y cancerosas siendo un procedimiento no invasivo y sencillo que tiene un 60% a 91% de correlación con la biopsia de vulva. Las características que corresponden a lesiones precursoras son evaluados para detectar la presencia de celularidad global de células hiperqueratósicas, paraqueratosis, o parabasales, y la presencia de las células displásicas **(14,15)**, sin embargo, nuevas investigaciones están indicando la citología como una medida de cribado para el cáncer vulvar y VIN aunque su uso sigue siendo controversial para identificar las lesiones que parecen ser premalignas o malignas.

La colposcopia de la vulva con ácido acético al 5% puede ser utilizada, pueden reportar hallazgos normales, sin embargo cambios aceto blancos pueden ser cambios inespecíficos. El estándar de oro para el diagnóstico es una biopsia de tejido típicamente obtenidos por una biopsia en sacabocados. Es importante tener en cuenta la magnitud de los cambios y anomalías en la vulva para garantizar una correcta escisión vulvar, así como del clítoris, la participación ureteral, perirrectal o anal. La anoscopia puede estar indicada si hay lesión evidente hasta el recto **(13-15)**.

La principal vía de diseminación del cáncer de la vulva es la linfática; el estado de los ganglios linfáticos inguinales es el factor pronóstico más importante y tiene un impacto en la probabilidad de recurrencia local o a distancia que ocurre en más del 80 % en los 2 primeros años que siguen al tratamiento **(4,13)**.

El estadio clínico de un cáncer de la vulva es el factor más importante en la elección del tratamiento. Pero deben considerarse a otros factores que influyen esta decisión, incluyendo la ubicación exacta del cáncer en la vulva, el tipo de cáncer, la existencia de una dermatosis asociadas, la edad y estado general del paciente. En la actualidad la

clasificación de cáncer vulvar establecida por la Federación Internacional Ginecología y Obstetricia orienta al tratamiento quirúrgico, pronóstico y sobrevida de acuerdo al estadio (anexo 1) **(16)**. De los pacientes con cáncer vulvar son diagnosticados en un 25% en etapa in situ el 41% de la fase I / II, el 46% de la tercera fase III y 13% de los pacientes en estadio IV **(8)**.

Se recomienda la extirpación local de la lesión con un margen libre de lesión de al menos 1 cm de la piel clínicamente normal en carcinoma in situ hasta tumores menores a 2 cm; la vulvectomía parcial anterior, lateral, o posterior también llamada hemivulvectomía en tumores mayores de 2 cm confinados a la vulva; la vulvectomía total o vulvectomía radical en pacientes con tumor de cualquier tamaño que infiltre mucosa vesical y/o rectal incluyendo la parte más alta de la mucosa uretral, y/o su fijación al hueso. También se puede nombrar vulvectomía superficial cuando se reseca piel y se deja intacto el tejido adiposo y fascias para carcinoma in situ. La vulvectomía simple cuando se elimina piel y tejido adiposo superficial llegando a la fascia en pacientes con tumor que invade menos de 1 mm del estroma; y vulvectomía radical con eliminación de tejido graso en todo su espesor hasta la superficie del diafragma urogenital en pacientes en pacientes con tumores de cualquier tamaño o que la invasión sea mayor de 1 mm del estroma. Las recomendaciones quirúrgicas para cáncer de vulva de acuerdo a estadio de la FIGO, se recomienda en:

Etapa 0 vulvectomía parcial superficial como alternativa láser o imiquimod.

Estadio I A con invasión del estromal < 1 mm se recomienda la vulvectomía parcial superficial.

Estadio I B con invasión del estromal > 1 mm vulvectomía radical parcial con linfadenectomía.

Estadio II vulvectomía radical parcial o total con linfadenectomía.

Etapa III vulvectomía radical total con infadenectomía o como alternativa quimio y radioterapia preoperatoria o quimio y radioterapia sola.

Etapa IV vulvectomía radical en bloque con linfadenectomía o como alternativa quimio y radioterapia preoperatoria o quimio y radioterapia sola. **(17-19)**.

En la actualidad las técnicas quirúrgicas individualizadas junto con modalidades menos radicales han disminuido las complicaciones y la morbilidad del tratamiento. La mayoría de la morbilidad de la intervención quirúrgica está relacionada con la disección ganglionar desarrollo linfoquistes ocurre en el 7% al 19% de las mujeres después de la disección inguinal. Linfedema es la complicación más problemática, que ocurre en el 15% y el 30% de las mujeres. Sin embargo, a largo plazo de seguimiento de estos pacientes demostró que el linfedema se presenta hasta en un 70%. El linfedema puede reducirse a través de biopsia de ganglio centinela, así como el mantenimiento de la vena safena. Biopsia del ganglio centinela puede ser indicado en mujeres con cáncer unifocal, en etapa temprana las medias de compresión graduada después de la disección de ganglios linfáticos puede disminuir el riesgo de linfedema **(19,20)**.

La radioterapia adyuvante se ofrece a los pacientes con ganglios linfáticos inguinales y márgenes quirúrgicos cercanos o positivos para disminuir la frecuencia de recidivas locorregional y mejorar la supervivencia a dosis de 45-55 Gy. Para evitar la cirugía radical, la atención se ha centrado en un enfoque multimodal con preservación de órganos incluyendo radioterapia pre operatoria o tratamiento con quimio-radioterapia con agentes como 5 fluorouracilo o cisplatino. La radioterapia se utiliza como coadyuvante el tratamiento después de la cirugía para los pacientes con enfermedad avanzada con afectación de ganglios linfáticos inguinales para el tratamiento de la pelvis y la zona inguinal. También es utilizado como tratamiento pre operatorio o definitivo, junto con quimioterapia para la enfermedad avanzada locorregional. Una de las técnicas de uso común de la radioterapia consiste en el tratamiento con campos AP y PA, en que el campo anterior abarca la pelvis, el área de el tumor primario y los ganglios inguinales, y el campo posterior abarca la pelvis. La diferencia en la dosis para la región inguinal se hace con un campo directo anterior de cada una de las zonas inguinal **(18-20)**. La clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la

Unión Internacional contra el cáncer (UICC), establecen una clasificación quirúrgica con correlación con los datos de supervivencia, alcanzando el 98% en etapa I y 85% para la etapa II. Aquellas pacientes en etapa III con ganglios negativos, afectación uretral o vaginal, tienen un pronóstico excelente del 74%, contrario a las que tienen ganglios inguinales múltiples que son menos del 29% y la etapa IV en un 20%. La supervivencia del cáncer vulvar está directamente relacionada con la extensión de la enfermedad (8,21). La tasa de recurrencia de cáncer de la vulva es bastante alto, con aproximadamente el 30% de los pacientes que experimentan una recidiva después de la primera línea de tratamiento personas con antecedentes de cáncer de la vulva debe regular las visitas de seguimiento cada 3 meses durante los 2 primeros años, con visitas cada 6 meses hasta el quinto año. Los márgenes quirúrgicos libres de tumor es fundamental y factor más importante para predecir la recurrencia local de cáncer. Después de recurrencia local, 1 año de supervivencia es del 73%, con un 50% de supervivencia a los 5 años, la recurrencia se presenta en la ingle en aproximadamente el 6% y el 30% de los pacientes con una supervivencia de 9 meses, el 91% de los pacientes muere, las recurrencias pélvicas representan el 5% y el 14% de todas las recurrencias y tienen mal pronóstico (22-23).

El melanoma es la segunda neoplasia maligna de vulva más común, pero representa menos del 1% de todos los melanomas. Las tasas de supervivencia a 5 años considerado en el rango de la del 35% al 50% , como indicador pronóstico más importante la afección a ganglios linfáticos (4). El número de los ganglios linfáticos positivos y la morfología de los nódulos linfáticos afectados representa gran parte de las diferencias de supervivencia. En varios análisis los pacientes con un solo ganglio linfáticos positivos tiene una tasas de supervivencia similares a los que no tienen metástasis de ganglios linfáticos (94%), mientras que la supervivencia con 2 ganglios linfáticos positivos es de 75-80% y del 12 a 36% con 3 o más ganglios positivos. El número de ganglios positivos es un factor de riesgo significativo para la supervivencia, la enfermedad de los ganglios linfáticos extraganglionar es un factor de riesgo importante para la supervivencia y conduce a un mal pronóstico en comparación con propagación intra nodal.(19,21).

III. JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

III.1 JUSTIFICACION.

La tasa de incidencia de cáncer vulvar ha aumentado en los últimas décadas hasta un 20% desde 1973 hasta 2000, las lesiones preinvasoras vinculadas a cáncer vulvar y la neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) aumentó en un 411% en la misma población. El mayor aumento de la incidencia se ha encontrado en las mujeres menores de 50 años de edad. Es imperativo que los profesionales de salud comprendan la epidemiología, presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres con cáncer de la vulva y sus precursores.

Debido al aumento en la incidencia de cáncer vulvar y la falta de estudios en el comportamiento de esta entidad en nuestra población de estudio, se determino las características epidemiológicas del cáncer de vulva en un periodo de estudio de 10 años en el Servicio de Oncología Ginecológica de la UMAE No 4 en Ginecología y Obstetricia " Luis Castelazo Ayala" así como la entidad histológica mas frecuente , incidencia, etapa clínica al momento del diagnostico y supervivencia de vida en nuestra población estudiada.

III.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Evaluar la incidencia del cáncer de vulva , hallazgos clínicos , tipo histológico mas frecuente , etapa clínica al momento del diagnostico y terapéutica empleada con el análisis de resultados en nuestro tipo de población.

Debido al incremento en la incidencia de cáncer vulvar en los últimos años nos obliga a conocer el comportamiento clínico, establecer criterios diagnósticos y terapéuticos para mejorar el curso de esta enfermedad. El manejo a destiempo y tratamiento inadecuado de esta neoplasia nos lleva a incrementar la mortalidad.

El conocer el comportamiento actual del cáncer vulvar en México nos orienta a mejorar los servicios de salud en nuestra población. El estudio retrospectivo de los casos a evaluar servirá para conocer el comportamiento en nuestro tipo de población así como establecer la incidencia , rango de edad de mayor afectación , tipo histológico mas frecuente , sitio de localización , terapéutica empleada y supervivencia de esta enfermedad en la actualidad.

IV. OBJETIVOS

IV. 1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la casuística y las características clínicas e histológicas asociadas con cáncer de vulva en el Servicio de Oncología Ginecológica de la UMAE No 4 durante el periodo comprendido del 1ro de Enero del 2000 al 1ro de Enero 2010.

IV. 2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer el lugar que ocupa dentro de los tumores ginecológicos en nuestro Servicio de Oncología Ginecológica de la UMAE No. 4.
- Identificar el grupo de edad con mayor incidencia.
- Determinar el tipo histológico mas frecuente de cáncer de vulva.
- Conocer el sitio de localización y tamaño de la lesión mas frecuente.
- Identificar estadio clínico al momento del diagnóstico mas frecuente.
- Evaluar la respuesta al tratamiento establecido y sobrevida.

V. MATERIAL Y METODOS:

Diseño del estudio:

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo y no controlado.

Universo del estudio:

Pacientes atendidas en el Servicio de Oncología Ginecológica de la UMAE de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" No 4 del IMSS con el diagnóstico de cáncer de vulva confirmado por histopatología. En el periodo comprendido del 1ro de Enero del 2000 al 1ro de Enero del 2010.

Tamaño de la muestra:

Todos los casos de cáncer vulvar atendidos en un período 10 años (1ro de Enero del 2000 al 1ro de Enero del 2010) en nuestra unidad de trabajo.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- 1.- Pacientes atendidas en el Servicio de Oncología Ginecológica de UMAE de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" No 4 del IMSS con el diagnóstico de cáncer de vulva confirmado por histopatología en el periodo del 01-enero-2000 al 01-01-2010.
- 2.- Que cuenten en el expediente clínico con el resultado y seguimiento después del tratamiento establecido.

Criterios de exclusión:

- 1.- Pacientes que requirieron tratamiento oncológico con radioterapia y/o quimioterapia neo adyuvante.

Criterios de eliminación:

- 1.- Perdida del seguimiento (abandono de asistencia al servicio).

Variables de estudio:

Sánchez Guerrero Antonio
Reyna Amaya Horacio

Variables independientes:

Características histológicas

Características clínicas.

Variable dependiente:

Cáncer de vulva

Definición de las variables:

Características histológicas:

Tipo histológico variante celular que da origen a células malignas, según corresponda : epidermoide, melanoma vulvar maligno y basocelular . (cualitativa , nominal).

Tamaño tumoral: Se considerará la medición tumoral expresada en centímetros (cualitativa, continua)

Localización tumoral: Se considerará el sitio de localización tumoral en el útero ya sea que tenga o no extensión cervical. (cualitativa, continua)

Características clínicas:

Se consideraran a la edad como a los años cumplidos al momento del estudio (cuantitativa, nominal).

El tipo de tratamiento es la terapéutica empleada al momento del diagnóstico por histopatología (cualitativa).

La supervivencia global numero de años con vida posterior al tratamiento, hasta fecha de la muerte por cáncer de vulva o la fecha del último seguimiento (cuantitativa, ordinal)

Variables dependientes:

Cáncer de vulva. Se considera cuando se tiene el diagnóstico por histopatología de cáncer vulvar. Es un crecimiento anormal de células malignas que se originan en los genitales externos

Base de datos

Sánchez Guerrero Antonio
Reyna Amaya Horacio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo basado en los datos obtenidos de los expedientes de pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva atendidos en nuestro Servicio de Oncología Ginecológica de UMAE No 4 durante un periodo de 10 años. La obtención de datos se realizó mediante la revisión de expedientes y el llenado de la hoja de captación (Anexo 1). Una vez recopilados los datos se realizó el análisis descriptivo de las variables y se informó sobre los resultados obtenidos en el proyecto final de la tesis.

Muestra

Todas aquellas pacientes que a través de la biopsia vulvar o por reporte de pieza anatomopatológica sea positiva para carcinoma de vulva, en el periodo comprendido del 1ro de Enero del 2000 al 1ro de Enero del 2010. En el Hospital UMAE de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" No 4 del IMSS

Descripción de las actividades:

A partir de la base de datos del servicio de ginecológica oncología de la UMAE No 4, se identificaron a todas las pacientes con cáncer de vulva las cuales se eligieron aquellos casos que cumplieran los criterios de inclusión para ingresar al protocolo. Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes y se recolectó la información necesaria para este estudio llenando una hoja de captación de datos, posteriormente se llenó una base de datos en el sistema de cómputo y analizó e interpretaron los resultados. El estudio final se presentó como tema de tesis. Con la participación de Médicos adscritos al servicio de oncología ginecológica de la UMAE No.4 y médicos residentes.

Lugar donde se llevó a cabo la investigación: Servicio de oncología ginecológica de la UMAE en ginecología y obstetricia 4 "Dr. Luis Castelazo Ayala" del IMSS, México, Distrito Federal.

Secuencia de actividades:

Identificación de pacientes con cáncer de vulva

Revisión de expedientes de las pacientes candidatas a ingresar al protocolo

Recolección de datos de expedientes clínicos

Llenado de hojas de captación de datos

Creación de base de datos en sistema de cómputo

Análisis estadístico para interpretación de los resultados

Elaboración de resultado final como tema de Tesis de Posgrado

Sánchez Guerrero Antonio
Reyna Amaya Horacio

Captación de datos:

La captación de datos se realizara mediante llenado de hoja de captación de datos (ver anexo 1)

Recursos:

Materiales:

Base de datos del servicio de oncología ginecológica de la UMAE en ginecología y obstetricia 4 “Dr. Luis Castelazo Ayala”

Expedientes clínicos del archivo de la UMAE no 4

Hojas de captación de datos proporcionada por los investigadores.

Sistema de cómputo con paquete estadístico SPSS versión 17

Humanos:

Médicos adscritos del servicio de oncología ginecológica , médicos de anatomía patología y médicos residentes de ginecología y obstetricia; que participan en la captación , recopilación y análisis de resultados

Financiamiento del proyecto:

En nuestro protocolo de investigación no se requiere de una partida presupuestal especial , puesto que se encuentran los elementos necesarios para la realización de nuestro estudio. En caso de ser requerido será cubierto por el investigador.

Carta de consentimiento informado:

El tipo de estudio que realizaremos es del tipo descriptivo , observacional , y retrospectivo; la captación de la información es en base al expediente clínico y no se realizaran cambios en cuanto al curso clínico o terapéutica empleada de la enfermedad , por lo que la carta de consentimiento informado para la elaboración de este protocolo de estudio no fue necesaria .

Este estudio se sometió al Comité Local de Investigación de Salud el cual de acuerdo a las recomendaciones medicas éticas y de investigación fue aprobado asignando el numero de registro : R – 2010 - 3606 - 24.

Cronograma de actividades:

El presente estudio se desarrollo dentro del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 “Dr. Luis Castelazo Ayala”. IMSS, México, D.F. en un periodo comprendido del 1 de Junio al 31 de Diciembre de 2010.

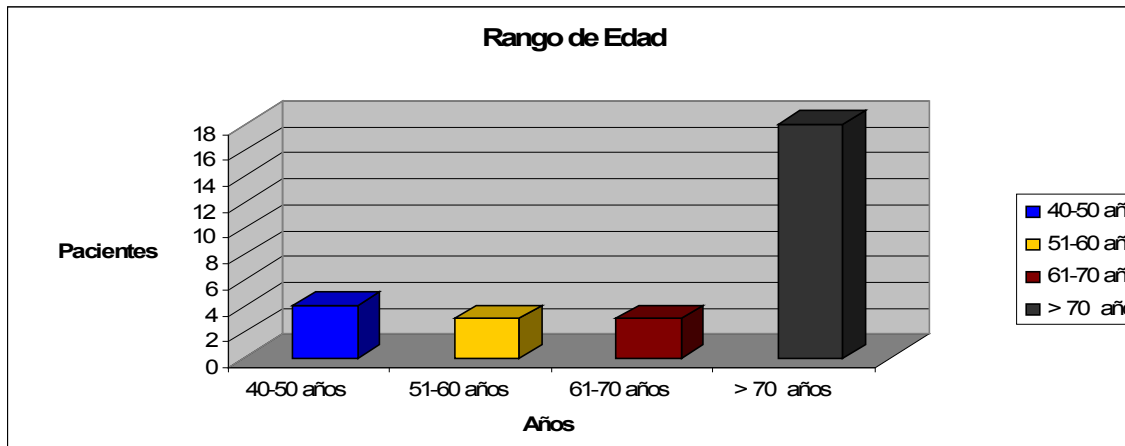
Actividad 2010	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Recupereción bibliográfica	x	X					
Elaboración de protocolo			x	x			
Desarrollo de investigación				x	x		
Captura de información					x		
Analisis de resultados						x	
Redacción de la tesis						x	x
Presentación de resultados							x

VIII. RESULTADOS

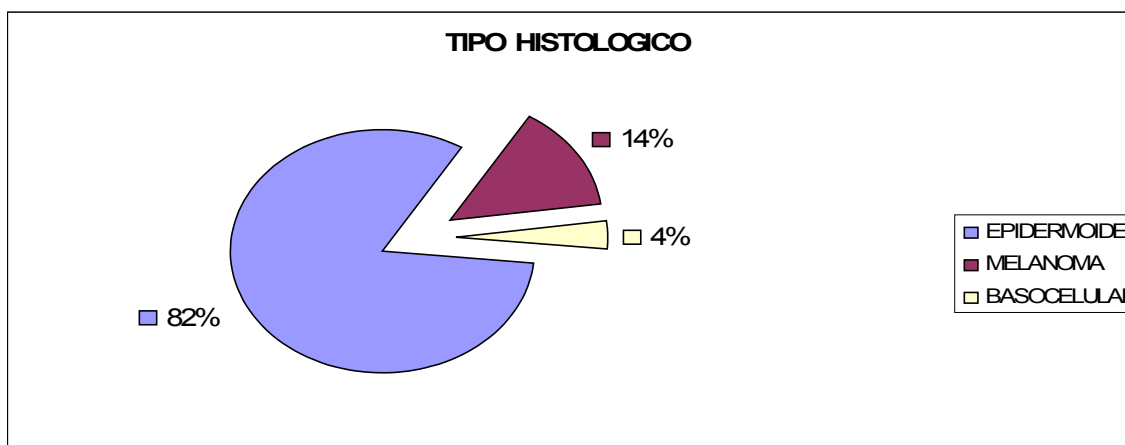
De un total de 39 pacientes con diagnóstico de cáncer vulvar en los 10 años de revisión, se clasificaron por etapas de acuerdo a la clasificación de la FIGO en: Estadio I A 15.38%(6), I B 12.82% (5), II 20.51% (8), III 12.82%(5), III A 12.82%(5), III B 20.51% (8), IV A 5.12%(2); de estos solo 28 casos (71.79%) cumplieron los criterios de inclusión .Se

excluyeron 11 casos (28.20%) por recibir neoadyuvancia inicial, de estos 2 pacientes rechazaron el tratamiento quirúrgico y la pérdida de seguimiento en 2 pacientes.

El rango de edad vario de los 40 a los 90 años .La edad promedio fue 69.7 años. La distribución de la enfermedad por grupos etáreos evidenció que el grupo más afectado fue el correspondiente a mayores de 70 años. Grafica 1 :

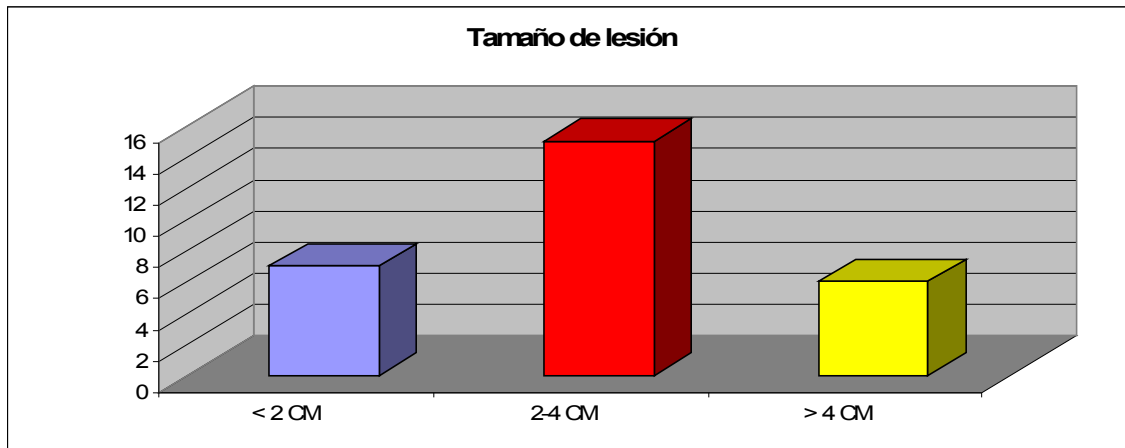


El tipo histológico mas frecuente de cáncer vulvar fue el epidermoide en 82.14% (n=23), seguido de melanoma vulvar maligno en 14.28 % (n=4), y cáncer basocelular en 3.57% (n=1). Grafico 2 :

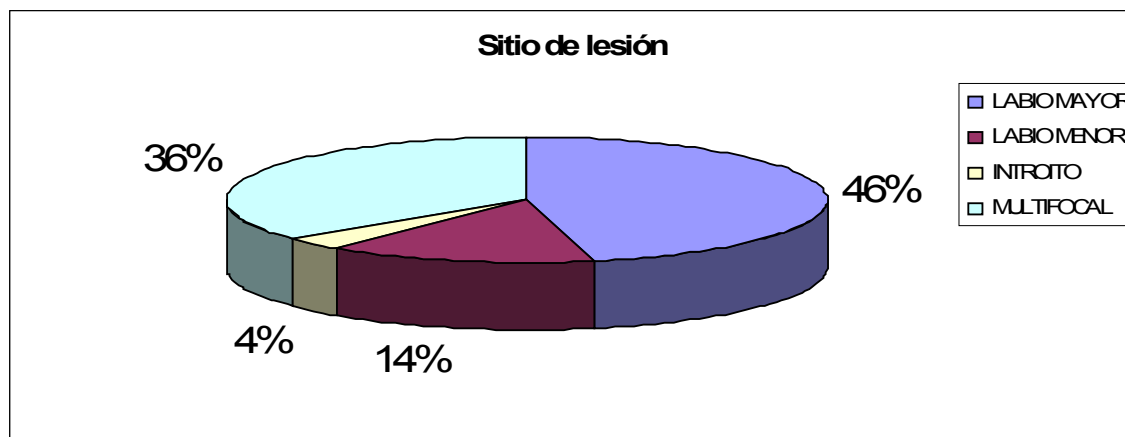


Dentro de los hallazgos clínicos el tamaño del tumor vario de 0.5 cm hasta 7 cm con un promedio 2.98 cm .

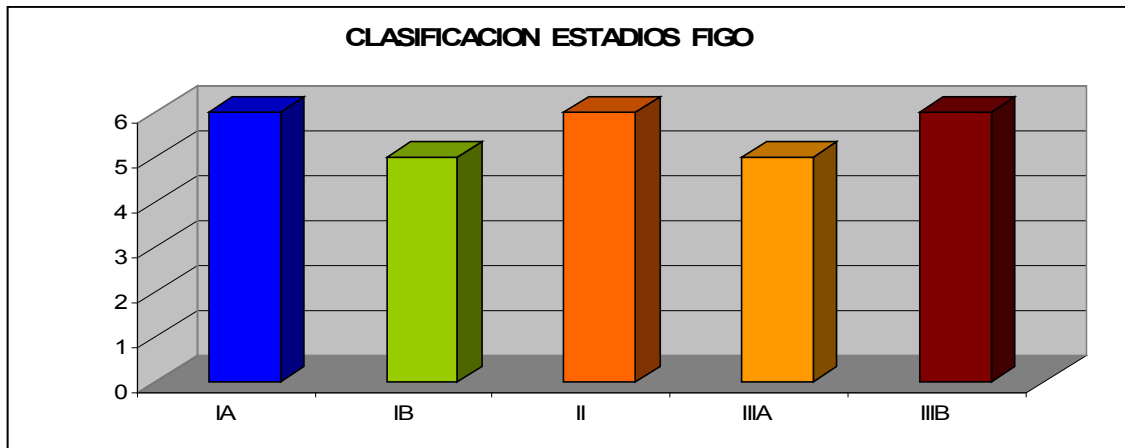
Grafico 3:



La localización anatómica del tumor que con mayor frecuencia se presentó fue: en labios mayores 46.42% (n=13), lesión multifocal en 35.71% (n=10), en labios menores 14.28% (n=4) e introito vaginal tan solo en 3.57% (n=1). Grafico 4:

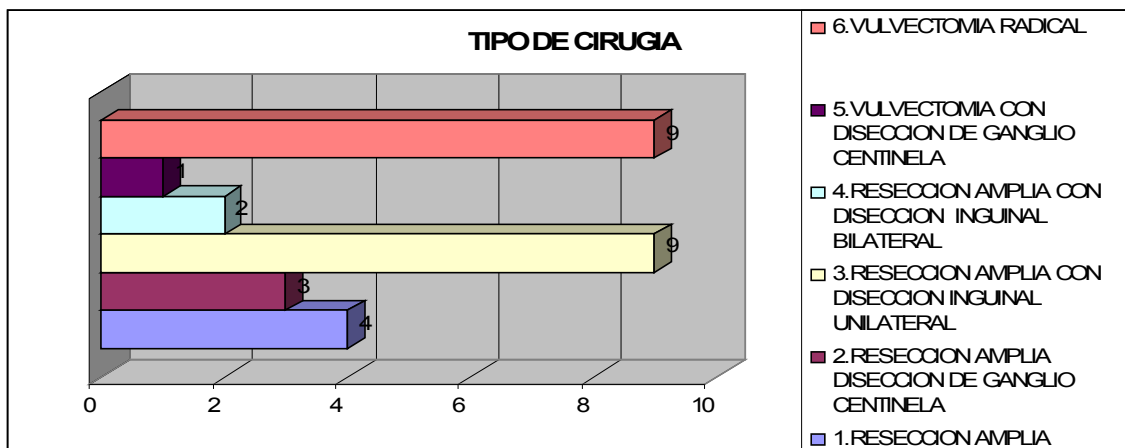


De los 28 casos de cáncer de vulva se apreció un número similar de casos en los estadios I A, II y III B (n=6), y un número similar de casos en los estadios IB y IIIA (n=5). Grafico 5:



El tratamiento quirúrgico empleado vario desde la resección amplia hasta vulvectomía radical; siendo empleado con mayor frecuencia el tratamiento radical en 71.42% y solo en un 28.58% se empleo el tratamiento conservador con disección de ganglio centinela. De los 28 casos sometidos a cirugía la vulvectomia radical y la resección amplia con disección inguinal unilateral fue el procedimiento quirurgico más comúnmente utilizado (n=9 en cada caso), a diferencia de la resección amplia con disección de ganglio centinela que fue el menos común (n=1).

Grafico 6:



La mortalidad de cáncer vulvar se presento en 3.57% (1), se trato de paciente de 57 años con diagnóstico de melanoma vulvar con Estadio III A, recibió tratamiento quirúrgico a base de vulvectomía radical con disección inguinal bilateral y adyuvancia

con radioterapia, metástasis en 2 de 7 ganglios , presentó progresión de la enfermedad ,la supervivencia fue de 18 meses posterior al tratamiento inicial.

En los casos con estadio I A no hubo casos de recurrencias el tratamiento establecido varió desde resección amplia en 2 casos , resección amplia con disección de ganglio centinela 1 caso , resección amplia con disección inguinal unilateral 1 caso , y 1 caso de vulvectomía radical con disección inguinal.

En los casos con estadio I B no hubo casos de recurrencia; el tratamiento establecido fue resección amplia en 2 casos , resección amplia con disección de ganglio centinela en 1 caso, resección amplia con disección inguinal unilateral 1 caso y disección amplia con disección inguinal bilateral en 1 caso .

En los casos con estadio II recibieron tratamiento con resección amplia y disección inguinal unilateral 3 casos , resección amplia con disección de ganglio centinela 1 caso , vulvectomía radical con disección de ganglio linfático 1 caso y vulvectomía radical con disección inguinal bilateral 1 caso ; de los cuales presentaron recurrencia en 2 casos.

Un caso de 60 años con cáncer epidermoide y recurrencia a los 7 meses, tratada con resección amplia con disección de ganglio linfático y radioterapia adyuvante de 34 ciclos con margen quirúrgico a 0.6 cm , con progresión a estadio IV dada de alta con tratamiento paliativo, supervivencia de 2 años 9 meses . Otro caso de 63 años con cáncer epidermoide y recurrencia a los 48 meses, tratada con resección amplia con disección de ganglio centinela y progresión a estadio III enviada a radioterapia .

En los casos con estadio III A la terapéutica empleada fue 1 caso de resección amplia con disección inguinal unilateral , 1 caso con resección amplia con disección inguinal bilateral y 3 casos de vulvectomía radical todas se enviaron a manejo adyuvante con radioterapia , dos casos con margen positivo de la lesión, sin recurrencia durante el seguimiento de los casos .

Los casos con estadio III B 2 casos manejados con resección amplia con disección inguinal unilateral y 4 casos con vulvectomía radical y disección inguinal bilateral; todos los casos enviados a manejo adyuvante a radioterapia, dos casos con recurrencia .

Un caso de 85 años con melanoma vulvar y recurrencia a los 14 meses , tratada con resección amplia con disección inguinal unilateral y adyuvancia con radioterapia, metástasis ganglionar 1 /13 , pérdida de seguimiento posterior. Otro caso de 65 años con cáncer epidermoide con recurrencia a los 23 meses tratada con vulvectomía radical y disección inguinal bilateral, presentó metástasis ganglionar 6/14, enviada a quimioterapia recibiendo 6 ciclos sin respuesta adecuada y progresión de la enfermedad.

Se presentaron 3 casos con complicaciones quirúrgicas :dos casos de dehiscencia quirúrgica una paciente de 77 años E IIIA y otra de 77 años con E I B ambas con diagnóstico de DM2 e Hipertensión Arterial Crónica y un caso de linfedema bilateral e infección de herida quirúrgica de 40 años E III B tratada con vulvectomía radical y disección inguinal bilateral.

El tiempo de seguimiento promedio fue de 31 meses; la supervivencia global fue del 96.42% (27), dividido por etapas I A, I B , II y IIIB del 100% ; y solo el 80% en etapa III A.

La recurrencia se presentó en 4 pacientes (14.28%) 2 casos con Estadio II y 2 casos con Estadio III B.

IX.1. DISCUSION.

De acuerdo a las estadísticas del servicio de Oncología Ginecológica en nuestra población de estudio el cáncer de vulva ocupa el quinto lugar de frecuencia, en primer lugar se encuentra el cáncer de ovario, seguido de cáncer de endometrio, cáncer cervicouterino, de cuerpo uterino y cáncer vulvar; siendo una neoplasia poco frecuente con una incidencia del 1-2% de las neoplasias en ginecología, menor a la reportada en la literatura mundial (1,2). En este estudio no se observó mayor incremento en la frecuencia de casos de esta entidad, sin embargo no se cuenta con registro de estudios epidemiológicos de nuestra población para comparar el comportamiento de esta entidad.

Diversos autores ubican como rango de mayor incidencia de 65-70 años correspondiente a lo observado en nuestro estudio (5,6), con una tendencia bimodal menores a 60 años el 25% y mayores de 60 años el 75% de los casos; si embargo no se logró identificar la presencia de virus del papiloma humano en mujeres jóvenes como lo reporta la literatura. Como se ha mencionado es una neoplasia poco frecuente que afecta principalmente a mujeres añosas, sin establecer incremento en el número de casos de mujeres jóvenes con esta entidad. La etiología sigue siendo desconocida, y de acuerdo a los reportes de patología no se pudo establecer la correlación con virus del papiloma humano como lo reporta la literatura (4,8).

La variante histológica más frecuente encontrada es el tipo epidermoide en más del 80% de los casos, seguida de melanoma vulvar mismo que se reporta en la literatura (4). El tipo histológico de cáncer no influyó en el pronóstico de la enfermedad.

El tamaño de lesión y la extensión se correlacionan con el estadio de la enfermedad; dentro de los hallazgos clínicos el sitio de localización del tumor más frecuente es en labios mayores seguido de lesiones multifocales que corresponden a los descritos por otros autores (10,13) No existe correlación entre el tipo histológico, ni el grado de extensión de la lesión con respecto a la localización anatómica de la lesión.

En nuestro estudio la detección de esta neoplasia se diagnóstica en estadios avanzados (Etapa III, IV) en más del 50% de los casos, también reportado por Stroup y colaboradores (8), sin embargo últimas revisiones ubican solo el 35-40% se diagnostican en estadios avanzados III y IV (16); lo que representa mayor tiempo de evolución de la enfermedad y retraso en el diagnóstico con incremento en el riesgo de morbilidad y la tasa de mortalidad.

Más del 70% de los casos diagnosticados con cáncer de vulva reciben tratamiento quirúrgico inicial y solo el 30% de los casos en estadios avanzados requiere tratamiento con neoadyuvancia a base de radioterapia y/o quimioterapia. De acuerdo al informe en estudios anteriores la piedra angular del tratamiento en cáncer vulvar es la cirugía, sin embargo estas técnicas quirúrgicas deben de individualizarse en cada caso, con

tendencia a disminuir la radicalidad de la cirugía para disminuir la morbilidad, mejorar el aspecto estético y funcional de la región. (17,18).

En estadios iniciales etapa I y II solo 17.64% requirió adyuvancia con radioterapia por recurrencia de la enfermedad. Lo cual está por debajo de lo reportado en la literatura mundial que va hasta un 30% (22). El 50% de los casos con Estadio II requirió de adyuvancia por recurrencia y un solo caso por presencia de margen quirúrgico positivo. Todos los estadios tardíos (III A y III B) requirieron de adyuvancia con radioterapia y/o quimioterapia posterior al tratamiento quirúrgico inicial, como lo establecen las guías de manejo quirúrgico recomendado (18).

La supervivencia global es por arriba del 95% , con respecto al estadio clínico III A se reporta 74% de supervivencia a 5 años muy similar a lo reportado en nuestro estudio (23). La tasa de recurrencia reportada en la literatura es del 30%, comparada con tan solo el 14 % de nuestro estudio (22,23). Los casos de recurrencia fueron sometidos a adyuvancia con la progresión de la enfermedad en todos los casos y nula respuesta a tratamiento establecido , por lo que se considera un factor de mal pronóstico

Las complicaciones de la cirugía representaron el 10% de los casos , misma que se reporta en diversos estudios que van del 7 al 19%. (19,20). Se asociaron a co-morbilidad de las pacientes cursando con diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica.

De acuerdo a las recomendaciones de tratamiento por etapas , no existe una correlación entre etapa clínica y tipo de cirugía .

VIII.2 CONCLUSIONES.

El cáncer vulvar se considera una neoplasia poco frecuente ocupa el quinto lugar en frecuencia de las neoplasias en ginecología de nuestra unidad, ocurre principalmente en mujeres ariasas, con mayor incidencia entre la séptima y octava década de la vida, la variante histológica más frecuente es el tipo epidermoide en mas del 80 % de los casos, el sitio de localización del tumor mas frecuente es en los labios mayores cerca del 50% de los casos, el diagnóstico se realiza por medio de biopsia de la lesión vulvar; al momento del diagnóstico cerca del 50% corresponde a estadios avanzados (Estadio III, IV), el tratamiento inicial es a base de cirugía con resección del tumor en sus diversas modalidades y en los estadios avanzados se requiere de adyuvancia con radioterapia y/ o quimioterapia en el 100% de los casos. La tasa de recurrencia que se observo fue baja en menos del 15% de los casos asociada a una tasa de mortalidad elevada. La tasa de mortalidad observada en este tipo de neoplasia es relativamente baja en estadios iniciales.

El cáncer de vulva es una entidad rara su detección en estadios iniciales y la mejoría en la terapéutica empleada ha mejorado el pronostico de sobrevivida de esta entidad.

Sería recomendable estudiar por biopsia cualquier lesión dérmica observada en la vulva y refractaria a los tratamientos convencionales. Los autores proponemos continuar trabajos de investigación para incrementar la estadística y adquirir mayor experiencia en el manejo terapéutico de esta entidad y tomar en consideración, el conteo de los ganglios linfáticos positivos así como su morfología, en la linfadenectomía inguinofemoral para una mejor valoración pronostica de estos parámetros, dado que las metástasis linfáticas inguinales y la morfología son factores determinantes del pronóstico del cáncer de vulva.

Debido a las actualizaciones de la clasificación pronostica FIGO de cáncer vulvar se han adoptado nuevas pautas de tratamiento como la biopsia de ganglio linfático centinela, y el uso de la quimioterapia concurrente con la radiación en estadio avanzado al igual que con otros tumores poco frecuentes, los grandes ensayos controlados aleatorizados que comparan las estrategias de tratamiento en cáncer cervical y/o anal son prácticos, por lo tanto, hay una tendencia a adoptar nuevos tratamientos.

IX. REFERENCIAS.

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009;59:225–49
2. Gbolahan O. Somoye · Amanda Mocroft · Adeola Olaitan. Analysis of the incidence and mortality of vulvar cancer in women in South East England 1960–1999 *Arch Gynecol Obstet*. 2009; 279:113–117
3. Saraiya M. Incidence of in situ and invasive vulvar cancer in the US, 1998-2003. *Cancer* .2008; 113: 2865-72
4. Ghurani GB, Penalver MA. An update on vulvar cancer. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185:294-299
5. Judson PL, Habermann EB, Baxter NN, et al. Trends in the incidence of invasive and in situ vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol*. 2006;107(5):1018–1022
6. Mitchell MF, Presad CJ, Silva EG, et al. Second genital primary squamous neoplasms in vulvar carcinoma: viral and histopathologic correlates. *Obstet Gynecol*. 1993;81(1):13–18. 6.
7. Al-Ghamdi A, Freedman D, Miller D, et al. Vulvar squamous cell carcinoma in young women: a clinicopathologic study of 21 cases. *Gynecol Oncol*. 2002;84(1):94–101.
8. Stroup AM, Harlan LC, Trimble EL. Demographic, clinical, and treatment trends among women diagnosed with vulvar cancer in the United States. *Gynecol Oncol*. 2008;108(3):577–583.
9. Vinokurova S, Wentzensen N, Eienkel J, et al. Clonal history of papillomavirus-induced dysplasia in the female lower genital tract. *J Natl Cancer Inst*. 2005;97(24):1816–1821
10. Chafe W, Richards A, Morgan L, et al. Unrecognized invasive carcinoma in vulvar intraepithelial neoplasia (VIN). *Gynecol Oncol*. 1988;31(1):154–165
11. Thuis YN, Champion M, Fox H, et al. Contemporary experience with the management of vulvar intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Cancer*. 2000;10 (3):223–227
12. Robles J, Gonzalez A. Cáncer de vulva. En: Herrera A, Granadis M. *Manual de Oncología, procedimientos médico-quirúrgicos*. 2da ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2003.p.522-532.
13. Monika Hampl, Stella Deckers-Figiel, Juergen A. Hampl, Daniel Rein, Hans G. Bender. New aspects of [vulvar cancer](#): Changes in localization and age of onset .*Gynecologic Oncology*, 2008; 118:340-345
14. Levine TS, Rolfe KJ, Crow J, et al. The use of cytopsin monolayer technique in the cytological diagnosis of vulval and anal disease. *Cytopathology* 2001; 12(5):297–305.
15. Dennerstein GJ. Cytology of the vulva. *J Reprod Med*. 1988;33(8):703–704.

16. Hacker NF. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva. *Int J Gynecol Obstet* 2009;105:105–6.
17. Rouzier R , Haddad B, Atallah D, Dubois P . Surgery for Vulvar Cancer. *Clinical Obstetrics & Gynecology*.2005; 48(4):869-878.
18. Stephen K. Tying. [Vulvar](#) squamous cell carcinoma: guidelines for early diagnosis and treatment *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2003; 183:17-23.
19. S. van der Steen, H.P. van de Nieuwenhof, L. Massuger, J. Bulten, J.A. de Hullu .New [FIGO staging](#) System of vulvar [cancer](#) indeed provides a better reflection of prognosis *Gynecologic Oncology*. 2010;30 :1-6
20. Heidi J. Advances in vulvar and vaginal [cancer](#) treatment *Gynecologic Oncology*.2010;118:3-5.
21. Lisa M. Landrum, Grainger S. Lanneau, Valerie J. Skaggs, Natalie Gould and et. *Gynecologic Oncology Group risk groups for [vulvar](#) carcinoma: Improvement in [survival](#) in the modern era* .2007;116:521-525.
22. Fonseca-Moutinho JA. Recurrent vulvar cancer. *Clin Obstet Gynecol*. 2005;48 (4):879–883.
23. Maggino T, Landoni F, Sartori E, et al. Patterns of recurrence in patients with squamous cell carcinoma of the vulva. A Multicenter CTF Study. *Cancer*. 2000;89(1):116–122.

X. Anexos

Hoja de captación de datos

NOMBRE: _____

NSS : _____

EDAD: _____ AÑOS

HALLAZGOS CLINICOS:

LOCALIZACIÓN: 1.LABIOS MAYORES 2. LABIOS MENORES 3. INTROITO VAGINAL)
4. MULTIFOCAL .

TAMAÑO DE LESIÓN : _____ CM

ETAPA CLINICA : _____

MANEJO:

1. RADIOTERAPIA +CIRUGÍA 2 . CIRUGÍA SOLA 3. RADIOTERAPIA SOLA
4 . RADIOTERAPIA CON QUIMIOTERAPIA .

CIRUGÍA : _____ FECHA DE CIRUGÍA: _____

TIPO DE CIRUGÍA:

1.RESECCIÓN AMPLIA
2. RESECCION AMPLIA CON DISECCION DE GANGLIO CENTINELA
3· RESECCIÓN AMPLIA+ DISECCIÓN INGUINAL IPSILATERAL
4 .RESECCIÓN AMPLIA+ DISECCIÓN INGUINL BILATERAL
5.VULVECTOMIA RADICAL CON DISECCION DE GANGLIO CENTINELA
6. VULVECTOMIA RADICAL + DISECCIÓN INGUINAL BILATERAL .

HISTOPATOLOGIA:

TIPO HISTOLÓGICO: 1. EPIDERMOIDE 2.MELANOMA 3. .OTROS.

RECURRENCIA: 1. SI 2.NO FECHA DE RECURRENCIA: _____

SITIO DE RECURRENCIA : 1.LOCAL 2.REGIONAL 3. A DISTANCIA

MANEJO DE LA RECURRENCIA :

1.CIRUGÍA 2. RADIOTERAPIA 3.CIRUGÍA+ RADIOTERAPIA 4. OTROS

ESTADO ACTUAL: FECHA _____

1.VIVA SIN ACTIVIDAD 2.VIVA CON ACTIVIDAD 3.MUERTA SIN ACTIVIDAD
4.MUERTA CON ACTIVIDAD 5. PERDIDA DE SEGUIMIENTO

Anexo I

Table 2
 The new FIGO classification of vulvar squamous cell carcinomas of 2009[10].

Carcinoma of the vulva	
Stage I	Tumor confined to the vulva
IA	Lesions ≤ 2 cm in size, confined to the vulva or perineum and with stromal invasion ≤ 1.0 mm ² , no nodal metastasis.
IB	Lesions > 2 cm in size or with stromal invasion > 1.0 mm ² confined to the vulva or perineum, with negative nodes.
Stage II	Tumor of any size with extension to adjacent perineal structures (lower urethra lower vagina, anus) with negative nodes.
Stage III	Tumor of any size with or without extension to adjacent perineal structures (lower urethra lower vagina, anus) with positive inguinofemoral lymph nodes
IIIA	With 1 lymph node metastasis (≥ 5 mm) or, 1-2 lymph node metastasis (es) (< 5 mm)
IIIB	With 2 of more lymph node metastases (≥ 5 mm), or 3 or more lymph node metastases (< 5 mm)
IIIC	With positive nodes with extracapsular spread
Stage IV	Tumor invades other regional (upper urethra, upper vagina) or distant structures.
IVA	Tumor invades any of the following: Upper urethral and/or vaginal mucosa, bladder mucosa, rectal mucosa, or fixed to pelvic bone or fixed or ulcerated inguinofemoral lymph nodes
IVB	Any distant metastasis including pelvic lymph nodes