



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA  
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NO. 3  
“DR. VICTOR MANUEL ESPINOSA DE LOS REYES SÁNCHEZ”

**“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÁNCER DE VULVA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA NO. 3 CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**MÉDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:**

DRA. LEYVA RESENDIZ ISABEL GUADALUPE  
MEDICO RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
MATRICULA 99359126

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:**

DRA. ROSA MARÍA PATLÁN PÉREZ  
MÉDICO CIRUJANO GENERAL, CON SUBESPECIALIDAD EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA  
ADSCRITA AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA

**NÚMERO DE REGISTRO: R-2015-3504-6**  
**México, DF. Mayo del 2015**



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.

AUTORIZACIÓN DE TESIS:

---

DR. GILBERTO TENA ALAVEZ

Director General de la Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE  
Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 CMN La Raza

---

DR. JUAN CARLOS HINOJOSA CRUZ

Director en Educación e Investigación en Salud  
UMAE Hospital Ginecología y Obstetricia No.3 CMN La Raza

---

DRA. MARIA GUADALUPE VELOZ MARTINEZ

Jefa de la División de Investigación en Salud  
UMAE Hospital Ginecología y Obstetricia No.3 CMN La Raza

---

DRA. VERONICA QUINTANA ROMERO

Jefa de la División de Educación en Salud  
UMAE Hospital Ginecología y Obstetricia No.3 CMN La Raza

---

DRA. ROSA MARÍA PATLÁN PÉREZ

Investigador responsable  
Médico Cirujano Oncólogo, adscrita al Servicio de Ginecología Oncológica  
UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 CMN La Raza

## **AGRADECIMIENTOS:**

A Dios por todo...

A mis padres Paty y Benito por darme su amor, su ejemplo, su apoyo incondicional; por ser mis guías y mi refugio, mi motor para seguir adelante y superarme todos los días, esta meta la alcanzamos juntos, he llegado aquí, y a ser lo que soy por ustedes, los amo.

A mis hermanos Paty y Luis porque desde pequeños me han enseñado con su ejemplo a entregarme a mis sueños, no hubiera sido posible esto sin ustedes, gracias por su amor y su cariño, los amo.

A mis maestros y amigos que han dejado una huella en mi formación y en mi vida.

A mi asesora de tesis Dra. Rosa María Patlán Pérez por ayudarme en este proyecto y a la Dra. Verónica Gutiérrez del servicio de patología por su apoyo en la recolección de datos.

**TÍTULO DEL PROYECTO:**

“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CÁNCER DE VULVA EN EL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA NO. 3 CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA”

**ALUMNA DE TESIS:** Dra. Isabel Guadalupe Leyva Reséndiz.

Médico residente de 4to año de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 La Raza.

Domicilio: Av. Vallejo esquina Antonio Valeriano s/n Colonia La Raza, Delegación Azcapotzalco, Distrito Federal. Teléfono: 57245900. Email: [isabel.leyre@gmail.com](mailto:isabel.leyre@gmail.com)

**ASESOR DE TESIS:** Dra. Rosa María Patlán Pérez.

Médico Cirujano General, con subespecialidad en Cirugía Oncológica; adscrita al departamento de Ginecología Oncológica UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 La Raza.

Domicilio: Av. Vallejo esquina Antonio Valeriano s/n Colonia La Raza, Delegación Azcapotzalco, Distrito Federal. Teléfono: 57245900, Email: [romapape@yahoo.com.mx](mailto:romapape@yahoo.com.mx)

**LUGAR DE INVESTIGACIÓN:** Servicio de Ginecología Oncológica tercer piso del Hospital de Alta Especialidad de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Domicilio: Av. Vallejo esquina Antonio Valeriano s/n Colonia La Raza, Delegación Azcapotzalco, Distrito Federal. Teléfono: 57245900

## INDICE

Portada	I
Autorización de tesis	II
Agradecimientos	III
Ficha de identificación	IV
Índice	V
<b>I.</b> Resumen	<b>1</b>
<b>II.</b> Marco Teórico	<b>2</b>
<b>III.</b> Justificación	<b>9</b>
<b>IV.</b> Planteamiento del problema	<b>10</b>
<b>V.</b> Pregunta de investigación	<b>10</b>
<b>VI.</b> Objetivos	<b>11</b>
<b>VII.</b> Hipótesis	<b>12</b>
<b>VIII.</b> Diseño metodológico	<b>12</b>
<b>IX.</b> Material y métodos	<b>13</b>
<b>X.</b> Criterios de selección	<b>14</b>
<b>XI.</b> Variables	<b>15</b>
<b>XII.</b> Descripción general del estudio	<b>21</b>
<b>XIII.</b> Flujograma	<b>22</b>
<b>XIV.</b> Aspectos éticos	<b>23</b>
<b>XV.</b> Resultados	<b>24</b>
<b>XVI.</b> Discusión	<b>33</b>
<b>XVII.</b> Conclusiones	<b>34</b>
<b>XVIII.</b> Cronograma de actividades	<b>35</b>
<b>XIX.</b> Referencias bibliográficas	<b>36</b>
<b>XX.</b> Anexos	<b>39</b>

## I. RESUMEN:

**Introducción:** El cáncer de vulva representa aproximadamente el 1% de todas las neoplasias malignas y alrededor del 5% de las neoplasias de tracto genital femenino. La edad de presentación es de 65 años, el tipo histológico más frecuente es el escamoso, seguido de: melanoma, sarcoma, basaloide, adenocarcinoma e indiferenciado. Su manejo ha dejado de ser radical; prefiriéndose en estadios avanzados el manejo con quimioterapia y radioterapia. No existen estudios epidemiológicos recientes sobre cáncer de vulva en población mexicana.

**Objetivo:** Mostrar los aspectos epidemiológicos relevantes de las pacientes con cáncer de vulva tratadas en la Unidad Médica De Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del Centro Médico Nacional “La Raza”.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, realizado en la Unidad Médica De Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del Centro Médico Nacional La Raza (UMAE HGO No.3 CMN La Raza), mediante la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de vulva del 01 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014 tratadas en el servicio de Ginecología Oncológica. La base de datos y el análisis estadístico se hizo mediante el empleo del paquete estadístico SPSS/PC versión 15.0.

**Resultados:** En 5 años de estudio se reclutaron 55 pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva, la mayoría (47.3%) proveniente del Distrito Federal; 40% cursaron la educación primaria y 16.4% era analfabeta. El 69.1% de la muestra inició su vida sexual siendo mayor de los 18 años, 67.3% de la muestra tenía sólo una pareja sexual, 30.9% tuvieron más de 5 gestaciones. La paciente más joven tenía 35 años y la mayor 98 años, teniendo una media de edad de 61.62 años, el rango de edad más frecuente de aparición de cáncer de vulva fue de los 70 a 79 años. En 35 mujeres (63.6%) el diagnóstico histopatológico fue de carcinoma epidermoide y en 4 (7.3%) fue de indiferenciado. En 15 pacientes (27.3%) se trató de carcinomas in situ y en 13 (23.6%) de estadios avanzados de cáncer de vulva.

**Conclusión:** el estudio mostró que 47.3% de las pacientes estudiadas provenía del Distrito Federal, que la mayoría de las pacientes se diagnosticaron en etapas tempranas, encontrándose un 27.3% de carcinoma vulvar in situ y un 32.7% en estadio IB y que los factores de riesgo que presentaron estas pacientes fueron similares a los que refiere la literatura. **Palabras clave:** cáncer de vulva, perfil epidemiológico.

## II. MARCO TEÓRICO:

El cáncer de vulva es el cuarto tipo de cáncer ginecológico más común, conforma del 3 al 5% de los tumores malignos del aparato genital femenino. [1] La incidencia en países industrializados es de 2 casos por cada 100,000 mujeres al año, en países en vías de desarrollo es de 1 caso por cada 100,000 mujeres al año. [2]

Estados Unidos reportó 4,850 casos nuevos de cáncer de vulva y 1,030 muertes al año en el 2014; [3] mientras que en Europa la incidencia del carcinoma vulvar se ha calculado entre 2 a 7 casos por cada 100,000 mujeres, con una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 0.7 por cada 100,000 mujeres. [4] México, de acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en el año 1998 notificó 248 casos de cáncer de vulva, lo que corresponde a 0.5% de las neoplasias malignas en mujeres, en cuanto a mortalidad se reportaron 66 defunciones ese año, lo que significa 0.25% de las muertes para una tasa de 0.2 por cada 100,000. [5]

La edad media al diagnóstico es de 65 años y sólo el 15% ocurre en menores de 40 años. [5] En las últimas dos décadas se han producido cambios importantes en la epidemiología, debido a la infección por virus del papiloma humano que ha provocado un aumento en la incidencia de la neoplasia, principalmente en mujeres por debajo de los 50 años y en países desarrollados. [6] La creciente incidencia de casos de neoplasia intraepitelial vulvar relacionados con la infección por virus del papiloma humano (IVPH) en mujeres jóvenes, puede estar relacionada con la disminución de la edad media de diagnóstico del cáncer de vulva. [7]

Los factores de riesgo para el cáncer de vulva incluyen el tabaquismo, la distrofia vulvar (liquen escleroso), la neoplasia intraepitelial cervical o vulvar, la infección por virus del papiloma humano (IVPH), antecedentes de cáncer ginecológico cervicouterino y tratamiento con agentes inmunosupresores [8]. La inmunosupresión: tanto por deficiencias congénitas, inmunomodulación farmacológica, y la resultante de una infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se han asociado a un incremento tanto en la incidencia como en la evolución de patologías oncológicas. Se ha observado un riesgo relativo mayor de desarrollar carcinoma vulvar y sus lesiones precursoras en mujeres con infección por VIH. [9]



La evidencia epidemiológica sugiere dos vías independientes de carcinogénesis vulvar: una relacionada con la infección por VPH y otra relacionada con procesos inflamatorios crónicos o autoinmunitarios [10]. El VPH ha demostrado ser responsable del 60% de los cánceres vulvares; siendo los subtipos 16 y 33 los más prevalentes. [11]

El cuadro clínico incluye: tumor vulvar, prurito, sangrado o secreción, disuria, y adenomegalias a nivel inguinal. Por otra parte, muchas pacientes se encuentran asintomáticas al momento del diagnóstico. La localización más frecuente es en los labios mayores, 5% de los casos son multifocales, por lo tanto las superficies tanto de la vulva, piel perianal, cérvix y vagina deben ser evaluadas. Un segundo cáncer sincrónico, más comúnmente el cáncer cervicouterino, se encuentra hasta en 22% de las pacientes con una lesión maligna a nivel de vulva. [12]

El diagnóstico de esta entidad es histológico, basado en la toma de biopsia del área vulvar sospechosa de malignidad a la exploración visual y por colposcopia. Los diagnósticos diferenciales incluyen: quistes de inclusión epidérmica, lentigos, trastornos de la glándula de Bartholin, acrocordones, queratosis seborreicas, hidradenomas, liquen escleroso, condiloma acuminado y otras dermatosis.

Los tumores vulvares se agrupan de acuerdo a la clasificación de la OMS 2003 en: tumores epiteliales, tumores de apéndices cutáneos, tumores de partes blandas, tumores melanocíticos, tumores misceláneos, tumores hematopoyéticos y linfoides y tumores secundarios o metástasis de otras localizaciones. **Anexo: Cuadro I Tipo histológico del cáncer de vulva.**

Saunders en 1971 basado en 1,378 casos publicados clasifica el cáncer de vulva de acuerdo a su histología en: carcinoma de células escamosas, melanoma, adenocarcinoma de la glándula de Bartholin, sarcoma, enfermedad de Paget o carcinoma de células basales **Anexo: Cuadro II Frecuencia del tipo histológico del cáncer de vulva por Saunders en 1971.**

Más del 90% del cáncer de vulva es carcinoma de células escamosas; existiendo dos subtipos: el queratinizante, diferenciado o tipo simple y el clásico, verrugoso o tipo bowenoide. El queratinizante, diferenciado o tipo simple es más común, se presenta en mujeres de edad avanzada, no está relacionado con la infección por VPH, pero se asocia con distrofias vulvares como liquen escleroso. El clásico, verrugoso o tipo bowenoide se asocia principalmente con la infección por el VPH, en especial los subtipos 16, 18 y 33, y se encuentra más frecuentemente en mujeres jóvenes [13]. Los factores de riesgo son los asociados con la infección por el VPH: edad temprana en la primera relación sexual, múltiples parejas sexuales, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el tabaquismo. Es de crecimiento lento y rara vez hace metástasis a los ganglios linfáticos, pero puede ser destructivo a nivel local.

La segunda variedad histológica del cáncer de vulva más frecuente es el melanoma, representando aproximadamente 5 al 10% de las neoplasias vulvares primarias [14]. Se produce predominantemente en mujeres caucásicas no hispanas posmenopáusicas, a una edad promedio de 68 años (con un rango de los 10 a los 99 años) [15]. Suele ser una lesión pigmentada, pero las lesiones amelanóticas también llegan a presentarse. La mayoría surgen *de novo* en el clítoris o los labios menores, pero también se pueden desarrollar dentro de nevos de la unión preexistentes. [16]

El carcinoma basocelular representa el 2% de los cánceres vulvares [17]. Por lo general, afecta a mujeres caucásicas posmenopáusicas y puede ser localmente invasivo, aunque por lo general no metastatiza [18]. La apariencia típica es la de una úlcera, con bordes laminados y ulceración central; la lesión puede ser pigmentada o perlada y gris. A menudo estas lesiones son asintomáticas, pero pueden presentarse con prurito, sangrado o dolor. Se asocian con una alta incidencia de antecedente de malignidad o cáncer concomitante en otra región del cuerpo [18]. Por lo tanto, se debe realizar una búsqueda minuciosa de otros tumores malignos primarios.

Los sarcomas epitelioides y los sarcomas de tejidos blandos indiferenciados constituyen del 1 al 2% de los cánceres vulvares. En estos casos, el pronóstico es generalmente pobre. Las lesiones de alto grado que son mayores de 5 cm de diámetro, con bordes infiltrantes y un alto índice mitótico son los más propensos a recidivar.

La Enfermedad de Paget extramamaria es un adenocarcinoma intraepitelial que representa menos del 1 por ciento de todos los cánceres de vulva [19]. La mayoría de las pacientes tienen entre 60 y 70 años y son de raza caucásica. La lesión tiene un aspecto eccematoide; con bordes definidos y un fondo eritematoso. Por lo general es multifocal y puede ocurrir en cualquier parte de la vulva, monte de Venus, área perianal o cara interna del muslo. Las mujeres con enfermedad de Paget de la vulva también deben ser evaluadas ante la posibilidad de neoplasias sincrónicas, ya que aproximadamente 20 al 30% de estas pacientes tienen un carcinoma no contiguo (mama, recto, vejiga, uretra, cuello uterino u ovario). [20]

Los cánceres que surgen en la glándula de Bartholin son más a menudo adenocarcinomas o carcinomas de células escamosas, pero también se pueden desarrollar carcinomas de células transicionales, adenoescamoso y carcinomas adenoides quísticos [21]. Sólo las lesiones de células escamosas están relacionadas con la infección por VPH [21]. La edad media al diagnóstico es de 57 años, son generalmente sólidos y se infiltran profundamente en la vulva. La enfermedad inflamatoria de esta glándula, en una mujer postmenopáusica debe levantar la sospecha de malignidad, ya que esta patología generalmente no ocurre en este grupo de edad. La enfermedad metastásica es común, debido a la rica red vascular y linfática de ésta área.

El cáncer de vulva se disemina por extensión directa a las estructuras adyacentes, por embolización linfática a los ganglios linfáticos regionales (incluso en pacientes con lesiones pequeñas). La mayoría de estos cánceres se propagan primero a los ganglios linfáticos inguinofemorales. Las lesiones que se encuentran a un lado de la vulva generalmente se diseminan sólo a los ganglios inguinales ipsilaterales. La diseminación hematógena, que normalmente se produce de manera tardía en el curso de la enfermedad, es poco frecuente en los pacientes sin afección ganglionar inguino femoral.

Para la planificación del tratamiento del cáncer de vulva, la valoración abarca: localización, tamaño tumoral, ganglios inguinales y supraclaviculares [22]. Sin embargo, la palpación de ganglios inguino femorales es inexacta, con tasas de falsos negativos y positivos de aproximadamente el 20 por ciento [23]. Debido a la multifocalidad de estas lesiones se debe

realizar citología cervical y colposcopia con evaluación de la zona perineal. La enfermedad metastásica está presente en el 5 por ciento de las pacientes al momento del diagnóstico [12]. Para las mujeres con tumores grandes ( $\geq 2$  cm), o síntomas sugestivos de metástasis (disfunción intestinal, vesical, disnea ó fracturas patológicas), se debe complementar el examen físico con estudios de gabinete.

La tomografía axial computarizada (TAC), y la tomografía por emisión de positrones (PET), identifican metástasis a distancia en el momento del diagnóstico. [20]. La resonancia magnética (RM), puede ayudar a definir la extensión local de la enfermedad si se está planeando la cirugía en cáncer localmente avanzado; así como, para valorar la respuesta a la quimioterapia y radioterapia preoperatoria en etapas clínicas avanzadas.

El Comité Conjunto Americano del Cáncer (American Joint Committee on Cancer 2010) utiliza el sistema de clasificación TNM para la estadificación del cáncer de vulva, basado en el tamaño del tumor (T), metástasis en ganglios linfáticos (N) y metástasis a distancia (M). El melanoma vulvar tiene su propia etapificación por el TNM. [24]

**Anexo: Cuadro III: Clasificación de TNM del cáncer de vulva.**

**Anexo: Cuadro IV: Estadificación del cáncer de vulva según la AJCC (American Joint Committee on Cancer) 2010.**

**Anexo Cuadro V: Clasificación de TNM del melanoma cutáneo.**

**Anexo Cuadro VI: Estadio del melanoma vulvar según la AJCC (American Joint Committee on Cancer) 2002.**

La clasificación clínica por sí sola puede perder hasta un 30 por ciento de las metástasis ganglionares microscópicas. Los sistemas de clasificación existentes requieren una linfadenectomía inguinal femoral completa para asignar etapa.

Antiguamente las pacientes eran sometidas a vulvectomía radical y linfadenectomía inguinofemoral bilateral, presentando altas tasas de morbilidad (mala cicatrización de la herida, linfedema, alteraciones de la imagen corporal y de la función sexual) [25, 26]. Actualmente, el manejo quirúrgico es más conservador, la disección ganglionar femoral se realiza en base a presencia de metástasis en el ganglio de Cloquet. Pacientes con estadio IA, no requieren una linfadenectomía inguinofemoral, porque las metástasis ganglionares son poco frecuentes (<1 por ciento). [27] En el estadio IB el riesgo de metástasis a ganglios linfáticos inguinofemorales es  $\geq 8$  por ciento, [28] por lo que el manejo incluye disección ganglionar inguinal; que será unilateral si la lesión primaria es menor de 2 cm ó si es lateral (a más de 2cm de la línea media de la vulva), ya que el riesgo de metástasis ganglionar contralateral es menor del 3 por ciento [29]. Pacientes con enfermedad en estadio localmente avanzado (etapa III o IV) se prefiere el tratamiento quirúrgico siempre que sea posible. Mujeres con enfermedad metastásica (estadio IVB), ó con compromiso óseo, anorrectal, uretral o vesical; con afectación de los ganglios inguinales o femorales se manejaran dependiendo de la propagación de la enfermedad con quimiorradiación, con la finalidad de conservar la función vesical y rectal; basados en los beneficios de supervivencia de la quimiorradioterapia para el cáncer cervicouterino en comparación con la radioterapia sola, ya que no existen estudios prospectivos que comparen radioterapia sola con quimiorradioterapia en el tratamiento del cáncer vulvar. La radioterapia neoadyuvante, ha reportado altas tasas de reducción del tumor y respuestas completas en el momento de la cirugía. [30]. La radioterapia adyuvante está indicada en pacientes con tumores primarios de alto riesgo (tamaño del tumor mayor a 4 cm, evidencia de la invasión linfovascular, márgenes quirúrgicos positivos, y afectación ganglionar: dos o más ganglios infiltrados microscópicamente). Para la enfermedad avanzada, los informes de casos individuales describen el uso de doxorubicina [31] y paclitaxel. [32]

El manejo quirúrgico varía dependiendo la variedad histológica: en el sarcoma de vulva la escisión local amplia con márgenes libres es el método de elección; acompañada de radioterapia preoperatoria o postoperatoria. Por otro lado; debido a que enfermedad de Paget de la vulva se asocia con adenocarcinomas invasivos subyacentes en 4 al 17 por ciento y otro 20 a 30 por ciento de las pacientes tienen o van a desarrollar un adenocarcinoma no vulvar [33]. en estas mujeres está indicada una escisión local amplia prefiriéndose un margen de 2 cm. [34]. El carcinoma de células basales y el carcinoma verrugoso son localmente agresivos, sin embargo, raramente hacen metástasis. Por lo tanto, la escisión local radical sin linfadenectomía

es adecuada; sin embargo, en el carcinoma verrugoso la radioterapia está contraindicada, ya que se piensa que puede inducir la transformación anaplásica y aumentar la probabilidad de metástasis. [35]

El factor pronóstico más importante para la supervivencia en pacientes con cáncer vulvar es la afectación de los ganglios inguinales y femorales. La supervivencia de cinco años oscila desde 70 hasta 93 por ciento para los pacientes con ganglios negativos, y de 25 a 41 por ciento para aquellos con ganglios positivos [36]. Entre otros factores pronósticos están la etapa, invasión del espacio linfático capilar, y la edad [37].

**Anexo: Cuadro VII Sobrevida de pacientes con cáncer de vulva de acuerdo a la etapa de la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) de Beller U, Quinn Ma, Benedet JL, et al. [38].**

**Anexo: Cuadro VIII Sobrevida a 5 años de acuerdo al estado de los ganglios linfáticos inguinofemorales en pacientes con carcinoma escamoso de vulva. [39]**

Las tasas de supervivencia sugieren que los resultados están mejorando con el tiempo a pesar de procedimientos quirúrgicos menos agresivos, posiblemente atribuibles a cambios demográficos (pacientes más jóvenes y detección de la enfermedad menos avanzada), y a los avances en la terapia adyuvante. [39]

### **III. JUSTIFICACIÓN:**

El cáncer de vulva es la cuarta neoplasia ginecológica, abarcando el 5% de todos los cánceres ginecológicos; con el aumento en la esperanza de vida de la mujer y la alta prevalencia de infección por virus del papiloma humano, su incidencia ha aumentado a nivel mundial; sin embargo, no hay estudios recientes de cáncer de vulva en población mexicana.

Este estudio nos ayudará a analizar las características epidemiológicas relevantes de las pacientes con cáncer de vulva atendidas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3; como son: lugar de residencia, escolaridad, estado civil, edad; factores de riesgo (tabaquismo, inmunosupresión, edad temprana de inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, desórdenes epiteliales vulvares no neoplásicos, neoplasia intraepitelial vulvar, neoplasia intraepitelial cervical y reporte de infección por virus del papiloma humano por citología cervicovaginal), estadio, variedad histológica y localización.

Siendo este hospital un centro de referencia de pacientes con cáncer ginecológico a nivel nacional, resulta imprescindible conocer las características epidemiológicas de esta enfermedad en nuestras pacientes y compararla con registros internacionales de otros centros oncológicos.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

El cáncer de vulva es una neoplasia ginecológica que en las últimas décadas ha cambiado su patrón epidemiológico presentándose no sólo en mujeres de la séptima década de la vida, sino en mujeres más jóvenes; esta tendencia actual de incremento en la prevalencia de cáncer de vulva en mujeres más jóvenes se ha relacionado con el aumento en la prevalencia de infección por virus del papiloma humano.

Debido a que es la cuarta causa de cáncer ginecológico se ha menospreciado su estudio.

No hay estudios recientes de pacientes mexicanas con cáncer de vulva, tampoco se conocen las características epidemiológicas de estas pacientes, este estudio muestra los aspectos epidemiológicos más importantes de las pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva en este hospital.

#### **V. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las pacientes diagnosticadas con cáncer de vulva en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3?



## **VI. OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Mostrar los aspectos epidemiológicos relevantes de las pacientes con cáncer de vulva en la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Exponer los aspectos epidemiológicos relevantes de las pacientes con cáncer de vulva como son: edad, escolaridad, lugar de residencia, número de gestaciones, edad de inicio de vida sexual y número de parejas sexuales.
- Establecer el rango de edad más frecuente de aparición de cáncer de vulva.
- Particularizar los rangos de edad más frecuentes en que se presenta el cáncer de vulva de acuerdo a las diferentes variedades histológicas.
- Identificar si las pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva presentan los factores de riesgo referidos por la literatura, como son: tabaquismo, inmunosupresión, edad temprana de inicio de relaciones sexuales, mayor número de parejas sexuales, antecedentes de neoplasia intraepitelial vulvar, antecedente de neoplasia intraepitelial cervical, infección por virus de papiloma humano, historia de desórdenes epiteliales vulvares no neoplásicos y antecedentes de otro cáncer ginecológico.
- Conocer la frecuencia de la variedad histológica que presentan las pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva.
- Mostrar la etapa más frecuente en la que se diagnostica el cáncer de vulva.
- Señalar la localización más frecuente donde se encuentra el cáncer de vulva.

**VII. HIPÓTESIS:**

No requiere por tratarse de un estudio descriptivo.

**VIII. DISEÑO METODOLÓGICO:**

**Por la maniobra experimental:** Se realizó un estudio de tipo observacional.

**Por la captación de la información:** Fue de tipo retrospectivo.

**Por la presencia de un grupo control:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo.

**Por la dirección del análisis:** Fue un estudio transversal.

## **IX. MATERIAL Y METODOS:**

**Lugar:** el estudio se realizó en la Unidad Médica De Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del Centro Médico Nacional La Raza (UMAE HGO No.3 de CMN La Raza) en el servicio de Ginecología Oncológica.

**Universo de trabajo:** Pacientes atendidas en la UMAE HGO No.3 CMN La Raza “Dr. Víctor Manuel Espinoza de los Reyes Sánchez”.

**Población:** Pacientes atendidas en el servicio de Ginecología Oncológica de la UMAE HGO 3.

**Muestra:** Quedó conformada por 55 pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de vulva del 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014, con un rango de edad de 35 a 98 años, teniendo una media de edad de 61.62 años, la investigación se realizó a través de la revisión de expedientes electrónicos y físicos de estas pacientes.

**Muestreo:** No probabilístico de casos consecutivos.

## **X. CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de vulva que cuenten con expediente clínico completo (historia clínica, cuadro clínico, método diagnóstico, tratamiento indicado o llevado a cabo).
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva y que cuenten con reporte histopatológico confirmatorio de biopsia tomada en este hospital o confirmatorio de revisión de laminillas de biopsias tomadas en otros hospitales.

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con información incompleta en el expediente clínico.

### **Criterios de eliminación:**

- No existen para este protocolo.

**XI. VARIABLES DE ESTUDIO:**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALAS DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la fecha del diagnóstico.	Edad reportada en expediente clínico.	Cuantitativa Continua	Se medirá en intervalo de años:  1) <40 años 2) 40 – 49 años 3) 50 – 59 años 4) 60 – 69 años 5) 70 – 79 años 6) >80 años
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil reportado en la ficha de identificación del paciente (expediente clínico).	Cualitativa Nominal	Se reportará como:  1) Casada 2) Soltera 3) Unión libre 4) Divorciada 5) Viuda
Escolaridad	Grado máximo de estudios.	Escolaridad reportada en la ficha de identificación del paciente (expediente clínico).	Cualitativa Ordinal	Se reportará como:  1) Analfabeta 2) Sabe leer y escribir 3) Preescolar 4) Primaria 6) Secundaria 7) Bachillerato /Técnico 8) Licenciatura 9) Posgrado
Lugar de residencia	Estado de la República Mexicana donde vive.	Lugar de residencia reportada en la ficha de identificación del paciente (expediente clínico).	Cualitativa Nominal policotómica	Se reportará como:  1) Ciudad de México 2) Estado de México 3) Puebla 4) Veracruz 5) Guerrero 6) Oaxaca 7) Hidalgo 8) Tlaxcala 9) Chiapas

				10) Yucatán 11) Tabasco 12) Campeche
Clasificación histológica	Es el tipo de estirpe celular del tumor según la clasificación histológica de los tumores de la vulva de la OMS del 2003.	Se tomará del reporte de patología que exista en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal Policotómica	Se reportarán como:  1) Epidermoide 2) Melanoma 3) Sarcoma 4) Células basales 5) Glándula de Bartholin 6) adenocarcinoma 7) Indiferenciado 8) Enfermedad de Paget 9) Metastásico
Estadificación del cáncer de vulva	Define el estadio clínico y patológico de la enfermedad de acuerdo al AJCC (American Joint Committee on Cancer). Este sistema, basado en la anatomía, clasifica los tumores en función de las características del tumor primario, la presencia o ausencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales y la presencia o ausencia de metástasis a distancia.	Se tomará del reporte en el expediente clínico o del reporte hecho por el servicio de Patología.	Cualitativa Ordinal	Se reportarán como:  1) Estadio 0 2) Estadio I 3) Estadio I A 4) Estadio I B 5) Estadio II 6) Estadio III A 7) Estadio III B 8) Estadio III C 9) Estadio IV A 10) Estadio IV B
Localización de la lesión primaria	Región vulvar de la que se obtuvo la muestra	Región de la vulva referida en el expediente	Cualitativa Nominal Policotómica	Se reportará como:  1) Labio mayor

	confirmatoria por estudio histopatológico de cáncer de vulva.	clínico o reporte de patología donde se encuentra el cáncer de vulva.		<ul style="list-style-type: none"> <li>2) Labio menor</li> <li>3) Clítoris</li> <li>4) Horquilla vulvar</li> <li>5) Multifocal</li> </ul>
Edad de inicio de vida sexual activa	Edad en años en que inicia las relaciones sexuales.	Edad en que refiere en la historia clínica del expediente en inicio de las relaciones sexuales.	Cualitativa dicotómica	<p>Se reportará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) &lt; de 18 años</li> <li>2) &gt; de 18 años</li> </ul>
Número de parejas sexuales	Encuentros sexuales con distintas parejas no relacionadas con la pareja actual.	Número de parejas con las que se contrajo relaciones sexuales referidas en el expediente clínico.	Cualitativa policotómica	<p>Se reportará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Una</li> <li>2) De 2 a 3</li> <li>3) Más de 3</li> </ul>
Número de embarazos	Número de embarazos que ha tenido la paciente sin importar la resolución.	Dato proporcionado por la paciente o por el expediente como antecedente gineco-obstétrico.	Cuantitativa discreta	<p>Se reportará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) 0</li> <li>2) 1</li> <li>3) 2</li> <li>4) 3</li> <li>5) 4</li> <li>6) 5</li> <li>7) Más de 5</li> </ul>
Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica por el tabaco, que provoca dependencia física y psicológica.	Antecedente mencionado por la paciente en su expediente clínico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	<p>Se reportará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Si</li> <li>2) No</li> </ul>
Antecedente de otro cáncer	Antecedente de diagnóstico confirmado por histopatología de otro cáncer primario.	Evento mencionado por la paciente en expediente clínico.	Cualitativa Nominal policotómica	<p>Se reportará como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Cáncer de mama</li> <li>2) Cáncer de ovario</li> <li>3) Cáncer de vagina</li> <li>4) Cáncer de útero</li> <li>5) Cáncer cervicouterino</li> <li>6) No</li> <li>7) Otro cáncer</li> </ul>

Desórdenes epiteliales no neoplásicos vulvares	Basados en la Sociedad Internacional para el estudio de enfermedades vulvares: International Society for the study of vulvar Diseases (ISSVD), clasifica las diferentes lesiones de la vulva en: trastornos epiteliales no neoplásicos: hiperplasia de células escamosas, liquen escleroso, y otras dermatosis: liquen plano, psoriasis vulvar, dermatitis seborreicas.	Diagnostico referido en el expediente clínico de la paciente de presentar o haber cursado con: Hiperplasia de células escamosas, liquen escleroso, u otras dermatosis vulvares.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Se reportarán como:  1) Si existe el antecedente. 2) No existe el antecedente.
Neoplasia intraepitelial vulvar	Diagnostico histopatológico donde existen características atípicas nucleares y citoplasmáticas, con la membrana basal intacta en el epitelio vulvar.	Diagnostico histopatológico reportado en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Se reportará como:  1) Si 2) No
Neoplasia intraepitelial cervical	Diagnostico histopatológico donde existen características atípicas nucleares y citoplasmáticas, con la membrana basal intacta en	Diagnostico histopatológico reportado en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal dicotómica	Se reportará como:  1) Si 2) No



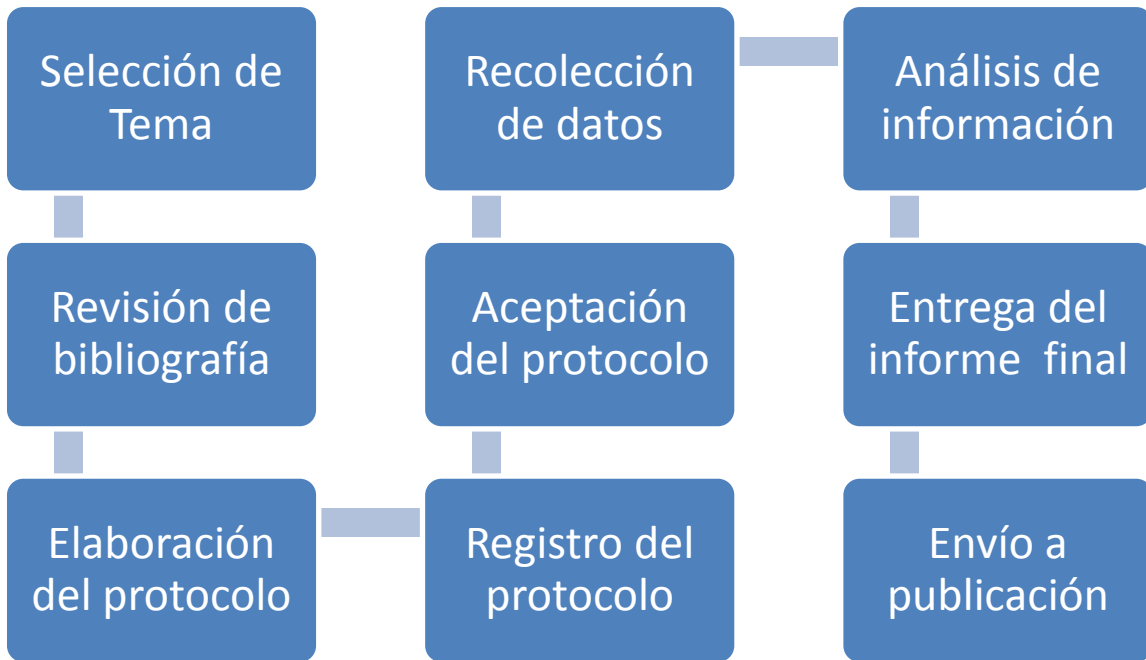
	el epitelio cervical.			
Infección de virus de papiloma humano	Enfermedad causada por invasión del papilomavirus (virus de DNA de doble cadena).	Reporte de infección por virus de papiloma humano (VPH) reportado en la citología cervical del expediente clínico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Se reportará como:  1) Si 2) No
Infección por virus de inmunodeficiencia humana	Según la OMS se define como un individuo con infección por el VIH, independientemente del estadio clínico, confirmado según criterios de laboratorio conforme a las definiciones y requisitos nacionales: prueba virológica positiva del VIH o de sus componentes (ARN del VIH, ADN del VIH o antígeno p 24 del VIH ultrasensible).	Reporte de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) reportado en el expediente clínico.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Se reportará como:  1) Si 2) No
Comorbilidades	Coexistencia de varias entidades patológicas que incluyan las enfermedades crónicas - degenerativas: como hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus, ó enfermedades reumatológicas simultáneamente	Enfermedades metabólicas y reumatológicas referidas en expediente clínico dentro de los antecedentes patológicos de la paciente.	Cualitativa Nominal Policotómica	Se reportarán como:  1) Sin comorbilidades 2) Hipertensión arterial sistémica crónica 3) Diabetes mellitus 4) Reumatológicas 5) Hipertensión arterial y

	en el paciente.			Diabetes Mellitus 6) Otras comorbilidades
Uso de agentes inmunosupresores	Fármacos cuya función fundamental es inhibir el proceso de inflamación, según la OMS están indicados en pacientes receptores de órganos trasplantados para evitar rechazo y los de segunda línea en enfermedades inflamatorias crónicas e incluyen: corticoides, azatioprina y ciclosporina.	Reporte en hoja de enfermería o en historia clínica del expediente clínico de uso de esteroides.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Se reportará como:  1) Si 2) No

## **XII. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

A partir de la base de datos del registro del servicio de Patología de la UMAE HGO 3 “La Raza”, se identificaron a las pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva, se recolectaron los expedientes clínicos de las pacientes que fueron diagnosticadas del 01 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014, se realizó la captura de: edad, estado civil, escolaridad, lugar de residencia, clasificación histológica, estadificación, localización, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, número de embarazos, tabaquismo, antecedentes oncológicos, desórdenes epiteliales vulvares no neoplásicos, antecedente de neoplasia intraepitelial vulvar, antecedente de neoplasia intraepitelial cervical, antecedente de infección de VPH, infección de VIH, comorbilidades, uso de inmunosupresores. La información obtenida fue capturada en una base de datos en Excel y posteriormente el análisis estadístico (estadística descriptiva) se hizo mediante el empleo del paquete estadístico SPSS/PC versión 15.0.

**XIII. FLUJOGRAMA:**



#### **XIV. ASPECTOS ETICOS:**

Se respetó la confidencialidad y los datos personales de todas las pacientes incluidas en la investigación. Este estudio no requirió de consentimiento informado por tratarse de un diseño retrospectivo, toda la información fue tomada de los expedientes clínicos.

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, el proyecto se clasifica en "Investigación sin riesgo", debido a que se trata de una investigación retrospectiva, en la que no se tuvo una intervención directa sobre los pacientes; este trabajo tiene riesgo menor al mínimo ya que no se realizó ninguna intervención.

## XV. RESULTADOS:

Se obtuvo el perfil epidemiológico de 55 expedientes de pacientes con cáncer de vulva atendidas en el Servicio de Ginecología Oncológica de la UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del 01 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2014 con los siguientes resultados:

**Estado civil:** como se muestra en la Tabla 1, 24 pacientes eran viudas (43.6%), 21 pacientes eran casadas (38.2%), 7 pacientes eran solteras (12.7%), 2 pacientes vivían en unión libre (3.6%) y una paciente era divorciada (1.8%).

**Escolaridad:** 22 pacientes cursaron la educación primaria (40%), 10 pacientes cursaron la secundaria (18.2%), otras 10 pacientes (18.2 %), contaban con bachillerato o carrera técnica, 4 pacientes (7.3%) sabían leer y escribir, 9 pacientes (16.4%) eran analfabetas (Tabla 1).

**Lugar de residencia:** el Distrito Federal fue el que aportó el mayor número de casos (47.3%); el segundo lugar lo ocupó el Estado de México con (14.5%); el tercer lugar Hidalgo con (10.9%), el cuarto lugar Veracruz con (5.5%); el 3.6% restante de las pacientes provenía de Puebla, Guerrero, Guadalajara, Michoacán, Zacatecas, Guanajuato y Durango. (Tabla 1).

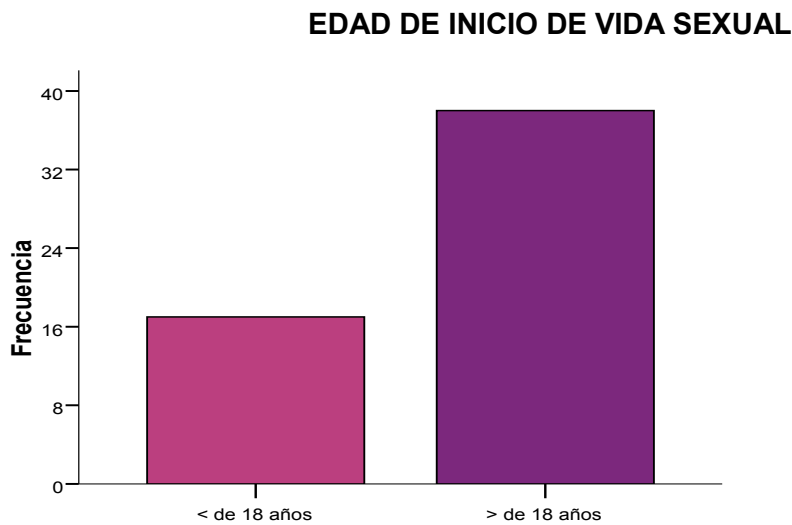
**TABLA 1. ESTADO CIVIL, ESCOLARIDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA DE 55 PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA**

Estado civil		Escolaridad		Residencia	
Viuda	43.6%	analfabeta	16.4%	DF	47.3%
Casada	38.2%	Sabe leer y escribir	7.3%	Edo. De México	14.5%
Soltera	12.7%	Primaria	40%	Hidalgo	10.9%
Unión libre	3.6%	Secundaria	18.2 %	Veracruz	5.5%

Divorciada	1.8%	Bachillerato/técnico	18.2 %	Puebla, Guerrero, Guadalajara, Michoacán, Zacatecas, Guanajuato, Durango	3.6%
------------	------	----------------------	--------	--	------

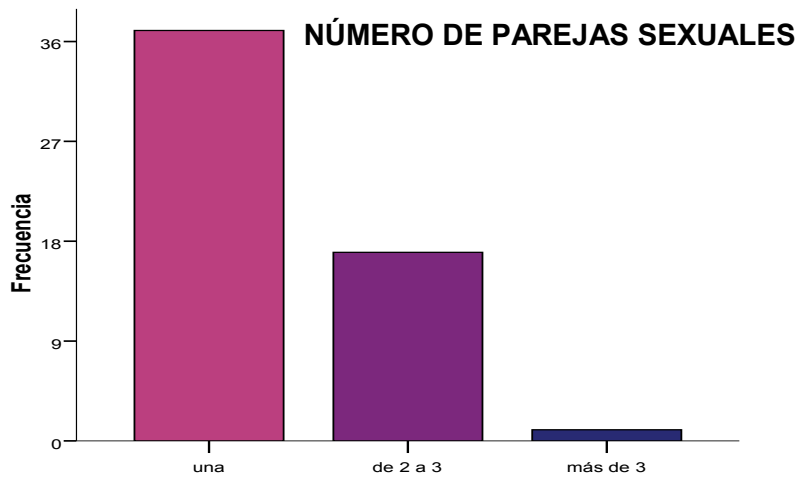
**Edad de inicio de vida sexual:** De acuerdo con la edad de iniciación sexual, el 69.1% de la muestra inició su vida sexual siendo mayor de los 18 años y el 30.9% inició su vida sexual siendo menor de edad (Gráfico 1).

**GRÁFICO 1. EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL DE 55 PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA**



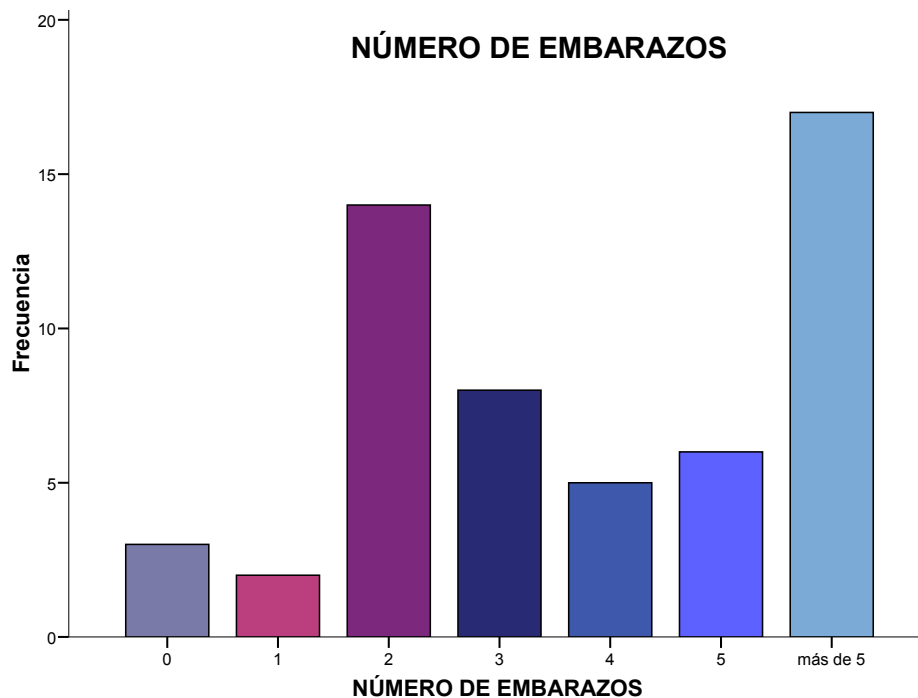
**Número de parejas sexuales:** En el gráfico 2, se observa que el 67.3% de la muestra tenía solo una pareja sexual, seguida por el 30.9% que habían tenido de 2 a 3 parejas; y solo el 1.8% tuvo más de tres parejas sexuales.

**GRÁFICO 2. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE 55 PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA**



**Número de embarazos:** Como muestra el gráfico 3, con mayor frecuencia las pacientes tuvieron más de 5 gestaciones representando 30.9% de la muestra, seguido por 2 gestaciones con un 25.5%.

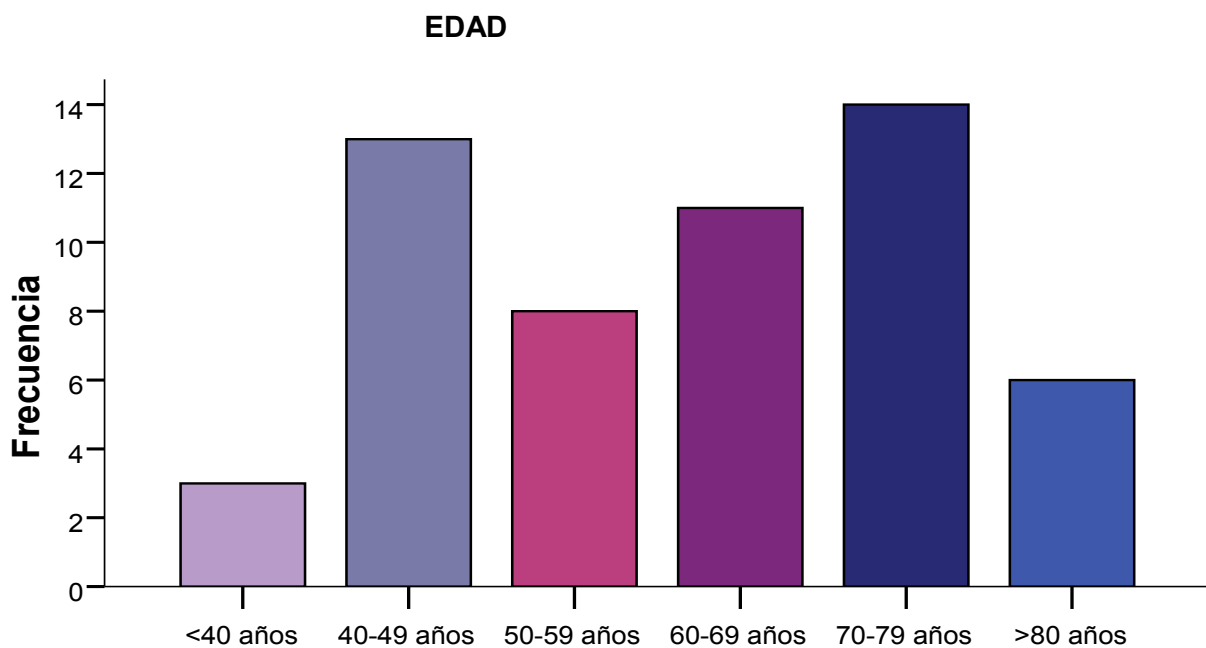
**GRÁFICO 3. NÚMERO DE EMBARAZOS DE 55 PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA**





**Edad:** La paciente más joven tenía 35 años y la mayor 98 años, teniendo una media de edad de 61.62 años. En el gráfico 4, se presentan los rangos de edad de la muestra conformada, donde se observa que el rango de edad más frecuente de aparición de cáncer de vulva es de los 70 a 79 años con una frecuencia de 14 (25.5%), seguido por el rango de edad de 40 a 49 años con una frecuencia de 13, (23.6%), de la muestra estudiada. (Tabla 2)

**GRÁFICO 4: EDAD DE 55 PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA**



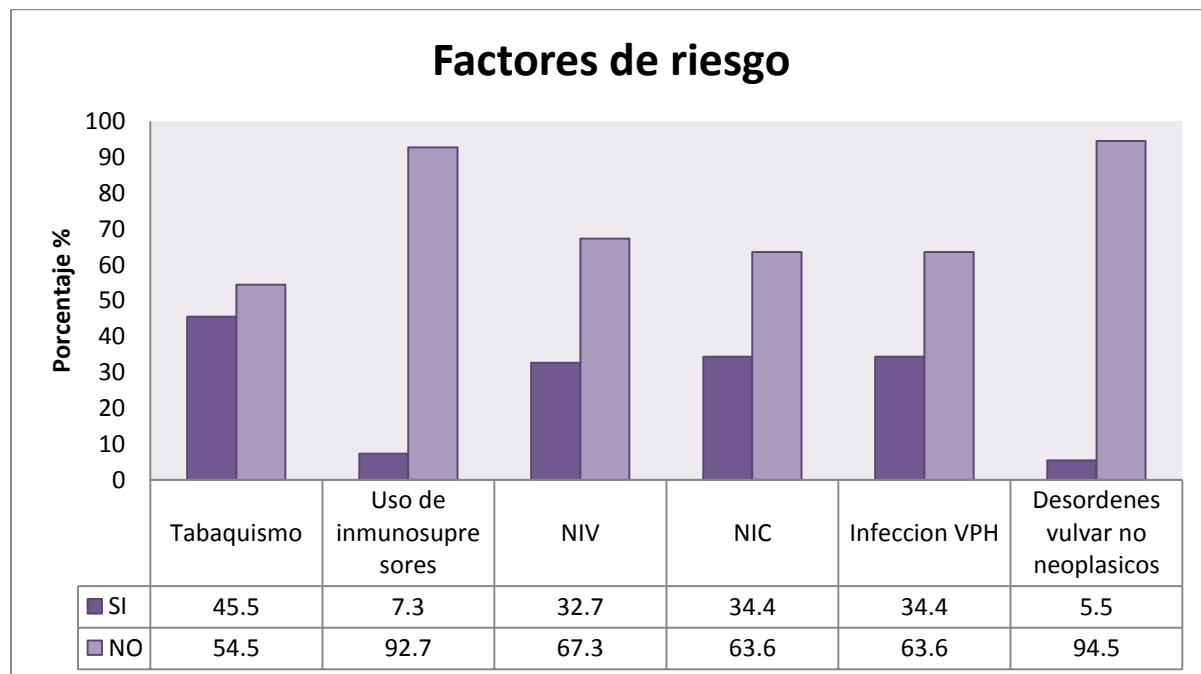
Se particularizó los rangos de edad de acuerdo a la clasificación histológica, la variedad histológica de cáncer de vulva epidermoide tuvo la mayor frecuencia, presentándose en 35 pacientes (63.6 %), de estas pacientes en total 11 (20%) se encontraban en el rango de: 70 a 79 años de edad. Las variedades histológicas con menor frecuencia en la muestra total estudiada fueron: el adenocarcinoma y el cáncer metastásico en vulva, teniendo ambos una frecuencia de 2 (3.6%) cada uno (Tabla 2).

**TABLA 2. FRECUENCIA DE RANGO DE EDAD SEGÚN LA CLASIFICACION HISTOLOGICA DE 55 PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA**

EDAD	CLASIFICACION HISTOLOGICA								Total
	epidermoide	Melano-ma	Sarco-ma	células basales	Adenocar-cinoma	Indiferen-ciado	enfermedad de Paget	Metastási-co	
<40 años	3	0	0	0	0	0	0	0	3
40-49 años	5	1	0	2	0	3	1	1	13
50-59 años	5	1	0	0	0	1	0	1	8
60-69 años	8	1	1	0	1	0	0	0	11
<b>70-79 años</b>	<b>11</b>	0	1	1	0	0	1	0	14
>80 años	3	0	1	0	1	0	1	0	6
Total	35	3	3	3	2	4	3	2	55

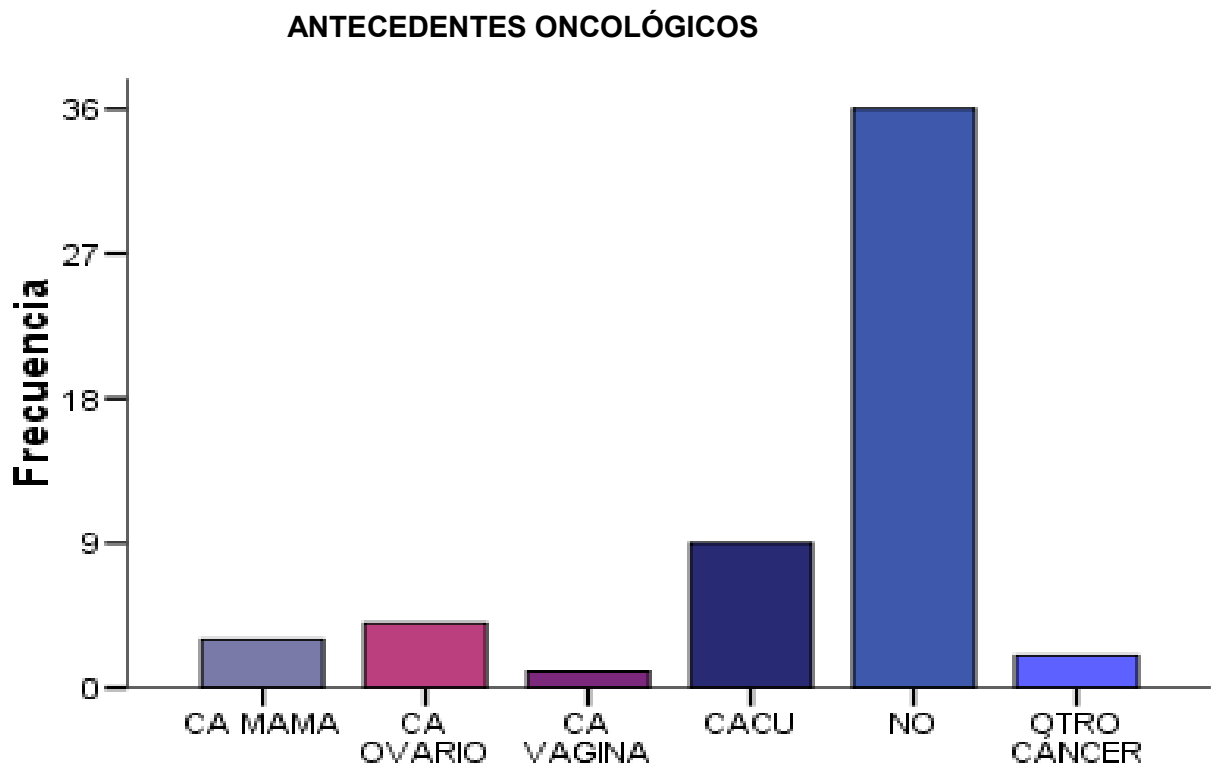
En la gráfico 5, se observa que de la muestra estudiada de pacientes con cáncer de vulva: el 45.5% tenían tabaquismo positivo. En cuanto al uso de inmunosupresores: 92.7% no usaba ningún tipo de fármaco inmunosupresor. La mayoría de las pacientes (el 67.3%), no tenía antecedentes de neoplasia intraepitelial vulvar. Tanto la neoplasia intraepitelial cervical como la infección por VPH se presentaron en un 34.4 % de las pacientes. El 94.5% de las pacientes no tenían antecedentes de desórdenes epiteliales vulvares no neoplásicos.

**GRÁFICO 5. FACTORES DE RIESGO DE 55 PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA**



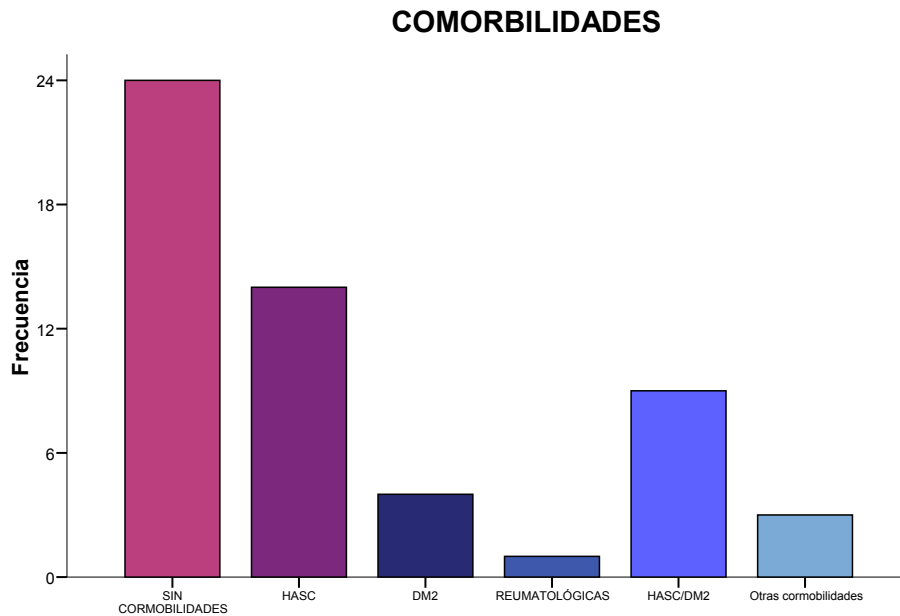
**Antecedentes oncológicos:** El 65.5% de la muestra estudiada no presentó antecedente de otro cáncer, sin embargo el cáncer más frecuente con un 16.4% fue el cervico-uterino (Gráfico 5).

**GRÁFICO 5. ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS DE 55 PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA**



Las comorbilidades que se encontraron en estas pacientes se muestran en el gráfico 6, donde se observa que el 43.6% de las pacientes no presentaba comorbilidades. La comorbilidad más frecuente en estas pacientes fue la hipertensión arterial crónica presente en un 25.5%, por otro lado 16.4% de las pacientes presentaban hipertensión arterial crónica y diabetes mellitus tipo 2.

**GRÁFICO 6. COMORBILIDADES DE 55 PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA**



En la tabla 3, se muestra la clasificación histológica más frecuente en las pacientes con cáncer de vulva, el subtipo epidermoide fue el más frecuente presentándose en un 63.6%, los subtipos menos frecuentes fueron el adenocarcinoma y el cáncer metastásico con un 3.6%.

**TABLA 3. CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DE 55 PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>Epidermoide</b>	<b>35</b>	<b>63.6</b>	<b>63.6</b>	<b>63.6</b>
Melanoma	3	5.5	5.5	69.1
Sarcoma	3	5.5	5.5	74.5
Células basales	3	5.5	5.5	80.0
Adenocarcinoma	2	3.6	3.6	83.6
Indiferenciado	4	7.3	7.3	90.9
Enfermedad de Paget	3	5.5	5.5	96.4
Metastásico	2	3.6	3.6	100.0
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

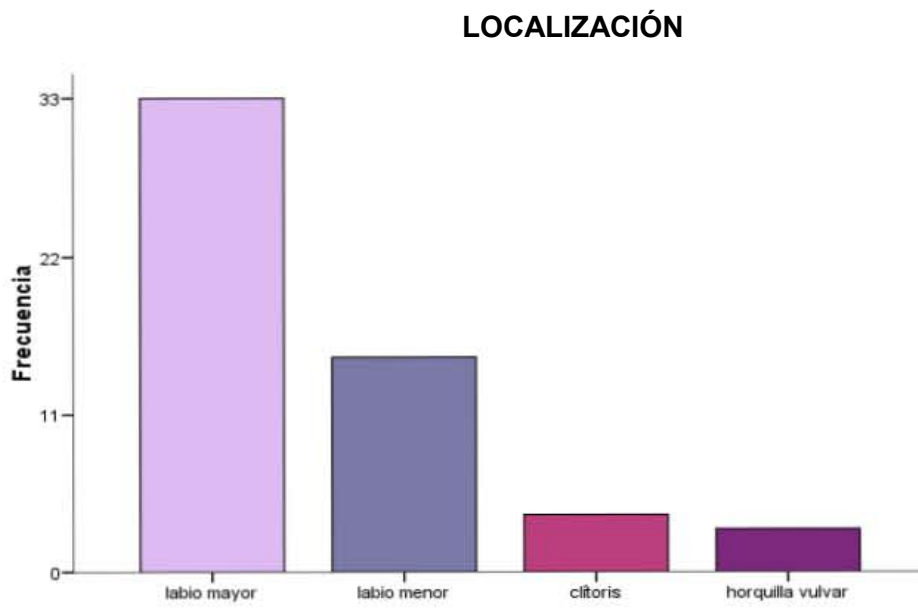
En la tabla 4 se observa la **estadificación** de las pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva, el estadio IB fue el más frecuente en donde se diagnostica el cáncer de vulva con un 32.7%, siendo menos frecuente que se diagnostique en estadio IIIB (1.8%).

**TABLA 4. ESTADIFICACIÓN DE CANCER DE VULVA SEGÚN LA AJCC (American Joint Committee on Cancer) 2010 DE 55 PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA**

ESTADIO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
estadio 0	15	27.3	27.3	27.3
estadio IA	6	10.9	10.9	38.2
estadio IB	18	32.7	32.7	70.9
estadio II	3	5.5	5.5	76.4
estadio IIIA	4	7.3	7.3	83.6
estadio IIIB	1	1.8	1.8	85.5
estadio IVA	4	7.3	7.3	92.7
estadio IVB	4	7.3	7.3	100.0
Total	55	100.0	100.0	

La localización donde se encontró con mayor frecuencia el cáncer de vulva en estas pacientes fue en el labio mayor siendo el 60% de la muestra; en un 27.3% se encontró localizado en el labio menor (Gráfico 7).

**GRÁFICO 7. LOCALIZACIÓN DE CANCER DE VULVA DE 55 PACIENTES CON CÁNCER DE VULVA**



## **XVI. DISCUSIÓN:**

En los 5 años analizados se presentaron 55 casos de cáncer de vulva en pacientes tratadas en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 “La Raza” (HGO 3), de las cuales se tomaron datos del expediente clínico para realizar un perfil epidemiológico.

Se encontró que la mayoría de las pacientes estudiadas (47.3%) provenía del Distrito Federal, lo que muestra que el 52.7% procedía de otros estados de la república entre ellos: Estado de México, Hidalgo, Veracruz, Puebla, Guerrero, Guadalajara, Michoacán, Guanajuato, Zacatecas y Durango. Lo anterior muestra que el HGO 3 es un centro de referencia para la atención de padecimientos oncológicos ginecológicos.

En esta serie destacaron como los principales factores de riesgo para cáncer de vulva: la edad, multiparidad, tabaquismo, antecedente de infección por virus del papiloma humano y antecedente de neoplasia intraepitelial vulvar. En cuanto a edad, se observó que el rango más frecuente de aparición de cáncer de vulva fue de los 70 a 79 años con una frecuencia de 14 (25.5%). Por su parte la multiparidad con más de cinco gestaciones se presentó en 17 pacientes (30.9%). El tabaquismo estuvo presente en 25 pacientes (45.5%). En 19 pacientes (34.4%) hubo antecedente de infección por virus del papiloma humano; y 19 pacientes (34.4%) tuvieron antecedente de neoplasia intraepitelial cervical. La mayoría de las pacientes estudiadas (94.5%) no tenían antecedentes de desórdenes epiteliales vulvares no neoplásicos.

En 35 casos (63.6%) el diagnóstico histopatológico correspondió a carcinoma epidermoide, en 4 casos (7.3%) a indiferenciados, en conjunto: el melanoma, el sarcoma, el carcinoma de células basales y la enfermedad de Paget se presentaron en 3 casos cada uno (5.5%), y el cáncer metastásico y el adenocarcinoma en dos casos cada uno (3.6%).

Del total de las 55 pacientes, 15 pacientes (27.3%) se diagnosticó como carcinomas in situ, sin embargo un porcentaje más elevado (32.7%) se diagnosticó en estadio IB, 6 pacientes (10.9%) se diagnosticaron en estadio IA, 3 pacientes (5.5%) se diagnosticó en estadio II, 4 pacientes (7.3%) se diagnosticaron en estadio IIIA, 1 paciente (1.8%) se diagnosticó en estadio IIIB, 4 pacientes (7.3%) se diagnosticaron en estadio IVA y 4 pacientes (7.3%) se diagnosticaron en estadio IVB. La localización más frecuente fue en el labio mayor en 33 casos (60%).

## **XVII. CONCLUSIONES:**

Se presentaron 55 casos de pacientes de pacientes en 5 años de estudio, lo que corresponde a registros nacionales e internacionales de incidencia de cáncer de vulva.

De acuerdo a la edad de presentación de la enfermedad, el estudio muestra su mayor incidencia en pacientes con rango de edad de 70 a 79 años, con una mediana de 61.62 años; encontrándose de acuerdo a los parámetros referidos en la literatura.

En 15 pacientes (27.3%) se trató de carcinomas in situ y en 13 (23.6%) de estadios avanzados de cáncer de vulva. La mayoría de las pacientes (70.9%) se diagnosticaron en estadio temprano, es decir, presentaban cáncer de vulva in situ, estadio IA y IB; lo cual refleja que se puede ofrecer a estas pacientes manejo quirúrgico por parte del servicio de Ginecología Oncológica de este hospital.

Al igual que en la literatura el tipo histológico predominante fue el carcinoma epidermoide, sin embargo su frecuencia no fue del 90% como lo referido en la literatura sino del 63.3%, el segundo tipo histológico más frecuente fue el indiferenciado presentándose en el 7.3%, a diferencia de la literatura donde se menciona que el segundo tipo más frecuente es el melanoma abarcando del 5 al 10% de los casos, el melanoma, sarcoma, carcinoma de células basales y la enfermedad de Paget de la vulva en conjunto abarcaron un 5.5% cada una en esta muestra; difiriendo con lo reportado en la literatura.

Este estudio permitirá continuar investigando la incidencia a 10, 15 ó 20 años, así como resultados oncológicos en términos de factores de riesgo, tipo de cirugía, factores de recurrencia, factores pronósticos, adyuvancia y supervivencia global.



**XVIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:**

<b>Actividad</b>	<b>Nov 2014</b>	<b>Dic 2014</b>	<b>Enero 2015</b>	<b>Feb 2015</b>	<b>Marzo 2015</b>	<b>Abril 2015</b>	<b>Mayo 2015</b>
Investigación bibliográfica	*****						
Elaboración del proyecto	*****	*****					
Presentación al comité local de investigación			*****				
Recolección de datos			*****	*****			
Análisis de los resultados					*****		
Reporte de resultados					*****		
Entrega de la tesis						*****	
Envío a publicación							*****

## **XIX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Bodelon C, Madeleine MM, Voigt LF, Weiss NS. Is the incidence of invasive vulvar cancer increasing in the United States *Cancer Causes Control* 2009; 20:1779.
2. Ansik AC, Stegemen M, van der Vaden, et al. Surgical interventions for early squamous cell carcinoma of the vulva (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999, Issue 4, Art No.: CD002036. DOI: 10.1002/14651858.CD002036.
3. American Cancer Society: *Cancer Facts and Figures 2014*. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2014.
4. Dittmer C, Katalinic A, Mundhenke C, et al. Epidemiology of vulvar and vaginal cancer in Germany. *Arch Gynecol Obstet*. 2011; 284(1):169-74.
5. Granados García Martín y Herrera Gómez Ángel. *Manual de Oncología Procedimientos médico quirúrgicos*. Cuarta edición. México, Mc Graw Hill, 2010 Página 818.
6. Cabero Roura, *Tratado de Ginecología y Obstetricia Ginecología y Medicina de la Reproducción*. Segunda edición. España, Editorial médica Panamericana, 2010, paginas 347-362.
7. Messing MJ, Gallup DG. Carcinoma of the vulva in young women. *Obstet Gynecol* 1995; 86:51.
8. Madsen BS, Jensen HL, van den Brule AJ, et al. Risk factors for invasive squamous cell carcinoma of the vulva and vagina – population – based case – control study in Denmark. *Int J Cancer* 2008; 122:2827.
9. Morten Frisch, Robert J. et al. Human Papillomavirus – Associated Cancers in patients with Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Journal of the National Cancer Institute*. 2000; 92 (18): 206- 209.
10. Koning MN, Quint WG, Pirog EC. Prevalence of mucosal and cutaneous human papillomaviruses in different histologic subtypes of vulvar carcinoma. *Mod Pathol* 2008; 21:334.
11. Insinga RP, Liaw KL, Johnson LG, Madeleine MM. A systematic review of the prevalence and attribution of human papillomavirus types among cervical, vaginal, and vulvar precancers and cancers in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008; 17:1611.
12. Collins CG, Lee FY, Roman-Lopez JJ. Invasive carcinoma of the vulva with lymph node metastasis. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 109:446.
13. Iwasawa A, Nieminen P, Lehtinen M, Paavonen J. Human papillomavirus in squamous cell carcinoma of the vulva by polymerase chain reaction. *Obstet Gynecol* 1997; 89:81.
14. Piura B, Rabinovich A, Dgani R. Basal cell carcinoma of the vulva. *J Surg Oncol* 1999; 70:172.

15. Sugiyama VE, Chan JK, Shin JY, et al. Vulvar melanoma: a multivariable analysis of 644 patients. *Obstet Gynecol* 2007; 110:296.
16. *Practice of Gynecologic Oncology*, 2nd, Hoskins WJ, Perez CA, Young RC (Eds), Lippincott-Raven, 1997.
17. de Giorgi V, Salvini C, Massi D, et al. Vulvar basal cell carcinoma: retrospective study and review of literature. *Gynecol Oncol* 2005; 97:192.
18. Benedet JL, Miller DM, Ehlen TG, Bertrand MA. Basal cell carcinoma of the vulva: clinical features and treatment results in 28 patients. *Obstet Gynecol* 1997; 90:765.
19. Parker LP, Parker JR, Bodurka-Bervers D, et al. Paget's disease of the vulva: pathology, pattern of involvement, and prognosis. *Gynecol Oncol* 2000; 77:183.
20. Feuer GA, Shevchuk M, Calanog A. Vulvar Paget's disease: the need to exclude an invasive lesion. *Gynecol Oncol* 1990; 38:81.
21. Copeland LJ, Sneige N, Gershenson DM, et al. Bartholin gland carcinoma. *Obstet Gynecol* 1986; 67:794.
22. Chao H, Sun J. [Metastatic tumors of the vulva: a report of 78 cases]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1999; 34:297.
23. Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A, et al. Prognostic factors for groin node metastasis in squamous cell carcinoma of the vulva (a Gynecologic Oncology Group study). *Gynecol Oncol* 1993; 49:279.
24. Vulva. In: *American Joint Committee on Cancer Staging Manual*, 7th, Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al (Eds), Springer, New York 2010. p.379.
25. Podratz KC, Symmonds RE, Taylor WF, Williams TJ. Carcinoma of the vulva: analysis of treatment and survival. *Obstet Gynecol* 1983; 61:63.
26. Stehman FB, Look KY. Carcinoma of the vulva. *Obstet Gynecol* 2006; 107:719.
27. Farias-Eisner R, Cirisano FD, Grouse D, et al. Conservative and individualized surgery for early squamous carcinoma of the vulva: the treatment of choice for stage I and II (T1-2N0-1M0) disease. *Gynecol Oncol* 1994; 53:55.
28. Hacker NF, Berek JS, Lagasse LD, et al. Individualization of treatment for stage I squamous cell vulvar carcinoma. *Obstet Gynecol* 1984; 63:155.
29. Iversen T, Aas M. Lymph drainage from the vulva. *Gynecol Oncol* 1983; 16:179.
30. Woolderink JM, de Bock GH, de Hullu JA, et al. Patterns and frequency of recurrences of squamous cell carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 2006; 103:293.
31. Landrum LM, Lanneau GS, Skaggs VJ, et al. Gynecologic Oncology Group risk groups for vulvar carcinoma: improvement in survival in the modern era. *Gynecol Oncol* 2007; 106:521.

32. Gonzalez Bosquet J, Magrina JF, Gaffey TA, et al. Long-term survival and disease recurrence in patients with primary squamous cell carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 2005; 97:828.
33. Fanning J, Lambert HC, Hale TM, et al. Paget's disease of the vulva: prevalence of associated vulvar adenocarcinoma, invasive Paget's disease, and recurrence after surgical excision. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:24.
34. Shepherd V, Davidson EJ, Davies-Humphreys J. Extramammary Paget's disease. *BJOG* 2005; 112:273.
35. Demian SD, Bushkin FL, Echevarria RA. Perineural invasion and anaplastic transformation of verrucous carcinoma. *Cancer* 1973; 32:395.
36. Salani R, Backes FJ, Fung MF, et al. Posttreatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncologists recommendations. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204:466.
37. Salom EM, Penalver M. Recurrent vulvar cancer. *Curr Treat Options Oncol* 2002; 3:143.
38. Beller U, Quinn MA, Benedet JL, et al. Carcinoma of the vulva. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 95:S7.
39. Boutselis JG. Radical vulvectomy for invasive squamous cell carcinoma of the vulva. *Obstet Gynecol* 1972;39:827-833.

XX. ANEXOS:

**Cuadro I: Clasificación histológica de los tumores de la vulva (OMS 2003)**

<p>TUMORES EPITELIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carcinoma de células escamosas, no especificado de otra manera</li> <li>- Queratinizante</li> <li>- No queratinizante</li> <li>- Basaloide</li> <li>- Condilomatoso (Warty)</li> <li>- Variante: Queratoacantosomatosa</li> <li>Con células gigantes</li> <li>Otros</li> <li>- Carcinoma basocelular</li> <li>- Lesión escamosa intraepitelial:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Neoplasia intraepitelial vulvar VINIII</li> <li>Carcinoma escamoso in situ</li> </ul> </li> <li>- Lesiones escamosas benignas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Condiloma acuminado</li> <li>Papiloma vestibular</li> <li>Pólipo fibroepitelial</li> <li>Queratosis seborreica invertida y folicular</li> <li>Queratoacantoma</li> </ul> </li> <li>- Tumores glandulares             <ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedad de Paget</li> </ul> </li> <li>- Tumores de la glándula de Bartholino             <ul style="list-style-type: none"> <li>Adenocarcinoma</li> <li>Carcinoma escamoso</li> <li>Carcinoma adenoideo quístico</li> <li>Carcinoma adenoescamoso</li> <li>Carcinoma de células transicionales</li> <li>Carcinoma de célula pequeña</li> <li>Adenomioma</li> <li>Otros</li> </ul> </li> <li>- Tumores originados de glándulas anogenitales especiales, tipo mamarias             <ul style="list-style-type: none"> <li>Adenocarcinoma tipo glándula mamaria</li> <li>Hidradenoma papilífero</li> <li>Otros</li> <li>Adenocarcinoma originado en glándula de Skene</li> <li>Adenocarcinoma de otros tipos</li> <li>Adenoma de glándulas vestibulares menores</li> <li>Tumor mixto (adenoma pleomorfo) de la vulva</li> </ul> </li> </ul>
----------------------------	---

TUMORES DE APENDICES CUTANEOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumores malignos de glándulas sudoríparas</li> <li>- Carcinoma sebáceo</li> <li>- Siringoma</li> <li>- Hidradenoma nodular</li> <li>- Tricoepitelioma</li> <li>- Triquelemoma</li> <li>- Otros</li> </ul>
TUMORES DE PARTES BLANDAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarcoma botroide</li> <li>- Leiomiosarcoma</li> <li>- Sarcoma epiteloide proximal</li> <li>- Sarcoma alveolar de partes blandas</li> <li>- Liposarcoma</li> <li>- Dermatofibrosarcoma protuberans</li> <li>- Angiomixoma profundo</li> <li>- Angiomixoma superficial</li> <li>- Angiomiofibroblastoma</li> <li>- Angiofibroma celular</li> <li>- Leiomioma</li> <li>- Tumor de células granulares</li> <li>- Otros</li> </ul>
TUMORES MELANOCITICOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melanoma maligno</li> <li>- Nevus melanocítico congénito</li> <li>- Nevus melanocítico adquirido</li> <li>- Nevus azul</li> <li>- Nevus melanocítico atípico, tipo genital</li> <li>- Nevus melanocítico displásico</li> </ul>
TUMORES MISCELANEOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumor del seno endodérmico ("Yola Sac")</li> <li>- Tumor de células de Merkel</li> <li>- Tumor neuroectodérmico primitivo (PNET)</li> <li>- Tumor de Ewing</li> </ul>
TUMORES HEMATOPOYETICOS Y LINFOIDES	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumor maligno (especificar tipo)</li> <li>- Leucemia (especificar tipo)</li> </ul>
TUMORES SECUNDARIOS O METASTASIS DE OTRAS LOCALIZACIONES	

**Cuadro II: Frecuencia del tipo histológico del cáncer de vulva por Saunders en 1971.**

<b>Incidencia de cáncer de vulva de acuerdo a su estirpe histológica (Basado en reporte de 1378 casos Saunders, 1971)</b>	
Estirpe Histológica	%
Epidermoide	86.2
Melanoma	4.8
Sarcoma	2.2
Células basales	1.4
Glándula de Bartholin	0.4
Escamoso	0.6
adenocarcinoma	
Adenocarcinoma	0.6
Indiferenciado	3.9

**Cuadro III: Clasificación de TNM del cáncer de vulva**

<b>Cáncer de vulva TNM</b>		
<b>TUMOR PRIMARIO (T)</b>		
TNM	FIGO	Definiciones
TX		Tumor primario no puede ser evaluado
T0		Sin evidencia de tumor primario
Tis		Carcinoma in situ (carcinoma preinvasor)
T1	I	Tumor confinado a vulva
T1a	IA	Lesiones de < 2cm de tamaño, confinadas a vulva o periné y con invasión estromal < 1mm
T1b	IB	Lesiones > 2cm de tamaño, o de cualquier tamaño con invasión estromal > 1mm, confinado a vulva o periné
T2	II	Tumor de cualquier tamaño con extensión a estructuras perineales (tercio distal de uretra, tercio distal de vagina, compromiso anal)
T2	III	Tumor de cualquier tamaño con o sin extensión a estructuras perineales (tercio distal de uretra, tercio distal de vagina, compromiso anal) con ganglios linfáticos femorales positivos
T3	IVA	Tumor de cualquier tamaño con extensión en: 2/3 superiores de uretra, 2/3 superiores de vagina, mucosa

		vesical, mucosa rectal o fijo a huesos pélvicos
	IVB	Cualquier metástasis distal incluyendo ganglios linfáticos pélvicos
<b>GANGLIOS LINFATICOS REGIONALES (N)</b>		
TNM	FIGO	DEFINICION
NX		Ganglios linfáticos regionales que no pueden evaluarse
N0		Sin metástasis en ganglios linfáticos regionales
N1		Uno o dos ganglios linfáticos regionales con las siguientes características:
N1b	IIIAi	Una metástasis en ganglio linfático >5mm
N1a	IIIAii	Una o dos metástasis s en ganglio linfático >5mm
N2	IIIB	Metástasis ganglionares regionales con las siguientes características:
N2b	IIIBi	Dos o más ganglios linfáticos con metástasis >5mm
N2a	IIIBii	Tres o más ganglios linfáticos con metástasis <5m
N2c	IIIC	Ganglios linfáticos con diseminación extracapsular
N3	IVA	Ganglios linfáticos fijos o ulcerados con metástasis
<b>METASTASIS A DISTANCIA (M)</b>		
TNM	FIGO	DEFINICION
M0		Sin metástasis a distancia
M1	IVB	Metástasis a distancia ( incluyendo metástasis a ganglios linfáticos pélvicos)

**Cuadro IV: Estadificación del cáncer de vulva según la AJCC (American Joint Committee on Cancer) 2010**

<b>ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE VULVA</b>			
Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IA	T1a	N0	M0
Estadio IB	T1b	N0	M0
Estadio II	T2	N0	M0
Estadio IIIA	T1,T2	N1a, N1b	M0
Estadio IIIB	T1,T2	N2a, N2b	M0
Estadio IIIC	T1,T2	N2c	M0
Estadio IVA	T1,T2	N3	M0
	T3	Cualquier N	M0
Estadio IVB	Cualquier T	Cualquier N	M1



**Anexo: Cuadro V: Clasificación de TNM del melanoma cutáneo.**

TNM	Definiciones
TX	Tumor primario no puede ser evaluado
T0	Sin evidencia de tumor primario
Tis	Melanoma in situ
T1	Tumor de tamaño $\leq 1.0\text{mm}$
T1a	Sin ulceración, con mitosis de $< 1/\text{mm}^2$
T1b	Con ulceración, o mitosis $> 1/\text{mm}^2$
T2	Tumor de tamaño de $1.01 - 2.0\text{mm}$
T2a	Sin ulceración
T2b	Con ulceración
T3	Tumor de tamaño de $2.01 - 4.0\text{mm}$
T3a	Sin ulceración
T3b	Con ulceración
T4	Tumor de tamaño $> 4.0\text{mm}$
T4a	Sin ulceración
T4b	Con ulceración
TNM	DEFINICION
NX	Ganglios linfáticos regionales que no pueden evaluarse
N0	Sin metástasis en ganglios linfáticos regionales
N1	Un ganglio linfático con las siguientes características:
N1a	Con micrometástasis
N1b	Con macrometástasis
N2	Dos o tres ganglios linfáticos con las siguientes características:
N2a	Con micrometástasis
N2b	Con macrometástasis
N2c	Metástasis satélites sin metástasis en ganglios linfáticos
N3	Cuatro o más metástasis en ganglios linfáticos, metástasis satélites con metástasis en ganglios linfáticos.
TNM	DEFINICION
M0	Sin metástasis a distancia detectada
M1a	Metástasis a piel, tejido celular subcutáneo, ganglio linfático distal, con lactato deshidrogenasa sérica normal
M1b	Metástasis pulmonares, con lactato deshidrogenasa sérica normal
M1c	Metástasis a otra viscera, con lactato deshidrogenasa sérica normal, o metástasis distales a cualquier nivel y lactato deshidrogenasa sérica elevada.

**Anexo: Cuadro VI: Estadio clínico y patológico del melanoma vulvar según la AJCC (American Joint Committee on Cancer) 2002**

<b>ESTADIFICACIÓN CLÍNICA DEL MELANOMA VULVAR</b>			
Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio IA	T1a	N0	M0
Estadio IB	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0
Estadio IIA	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0
Estadio IIB	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
Estadio IIC	T4b	N0	M0
Estadio III	Cualquier T	N1	M0
	Cualquier T	N2	M0
	Cualquier T	N3	M0
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

<b>ESTADIFICACIÓN PATOLÓGICA DEL MELANOMA VULVAR</b>			
Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio IA	T1a	N0	M0
Estadio IB	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0
Estadio IIA	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0
Estadio IIB	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
Estadio IIC	T4b	N0	M0
Estadio IIIA	T1- 4 a	N1a	M0
	T1- 4 a	N2a	M0
Estadio IIIB	T1- 4 b	N1a	M0
	T1- 4 b	N2a	M0
	T1- 4 a	N1b	M0
	T1- 4 a	N2b	M0
	T1- 4 a/b	N2c	M0
Estadio IIIC	T1- 4 b	N1b	M0
	T1- 4 b	N2b	M0
	Cualquier T	N3	M1
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

**Anexo: Cuadro VII: Sobrevida de pacientes con cáncer de vulva de acuerdo a la etapa de la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) de Beller U, Quinn Ma, Benedet JL, et al.**

ESTADIO DE LA FIGO	NUMERO DE PACIENTES	SOBREVIDA EN PORCENTAJE (%)		
		1 año	2 años	3 años
I	286	96.4	90.4	78.5
II	266	87.6	73.2	58.8
III	216	74.7	53.8	43.2
IV	71	35.3	16.9	13

**Anexo: Cuadro VII: Sobrevida a 5 años de acuerdo al estado de los ganglios linfáticos inguinofemorales en pacientes con carcinoma escamoso de vulva**

Ganglio linfático inguinofemoral	Número de pacientes	Sobrevida a 5 años (%)	Hazart ratio 95% IC
Negativo	302	80.7	No referido
1 ganglio positivo	66	62.9	2.1 (1.2 – 3.4)
2 ganglios positivos	43	30.4	6 (3.7 – 9.8)
3 ganglios positivos	24	19.2	5.3 ( 3- 9.5)
4 o más ganglios positivos	62	13.3	2.6 (1.9 – 3.7)

