

11217

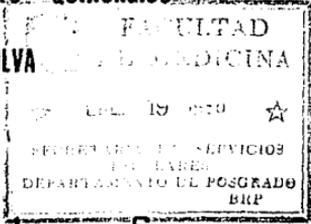


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

Jb  
ZEJ

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO  
DE CANCER DE VULVA



T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

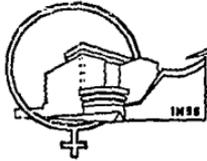
DR. ARTURO FUENTES TRUJILLO

*Arturo Fuentes Trujillo*

*[Signature]*

ASESOR:

DR. PEDRO ESCUDERO DE LOS RIOS



México, D.F.

Febrero de 1995

INSSE "LUIS CASTELAZO AYALA"



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

I N D I C E

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

\*M A T E R I A L Y M E T O D O

\*R E S U L T A D O S

\*D I S C U S I O N Y

C O N C L U S I O N E S

\*B I B L I O G R A F I A

## INTRODUCCION :

Existen reportes acerca del tratamiento del Cáncer de Vulva, con mención de diferentes proporciones de sobrevida, siempre en relacion directa con el momento en que el diagnostico y manejo del Cáncer de Vulva es efectuado.

No hay estudios en nuestro medio, que describan el tipo de complicaciones que se observan al llevar a cabo la Vulvectomía, que es el tratamiento quirurgico básico de éste padecimiento. En la literatura general, acerca de éste tópico se mencionan las siguientes complicaciones: a) Dehiscencia de Herida Quirúrgica, b) Linfedema de Miembros Inferiores, c) Desarrollo de Linfoquistes en la Región Inguinal, d) Desarrollo de Cistocele y/o Rectocele e) Prolapso de visceras pelvianas y e) Disminucion de la Satisfacción sexual.

La literatura general, acerca del tema Cáncer de Vulva, hace énfasis en el diagnóstico, etiología y manejo del padecimiento, el análisis de las complicaciones del tratamiento de ésta entidad no se profundiza, por lo que nuestro interés principal, es el analizar la frecuencia y tipo de complicaciones que ocurrieron en las pacientes tratadas de Cancer de Vulva, en el servicio de Oncología Ginecológica del HGO 4 del año de 1989 a 1993.

Los antecedentes de las enfermedades malignas de la Vulva, son muy confusos, hacia finales del siglo pasado se realizaron las primeras investigaciones acerca de los padecimientos malignos de la Vulva, descritos por Morgagni, reportando casos aislados, pero sin concluir nada --- nada satisfactorio. En los estudios de Besset se marca -- una importante atención a la circulación linfática de la región genital así como las bases para la Vulvectomía -- Radical.

Posteriormente en 1912 Taussig en Freiburg publicó el libro "Enfermedades de la Vulva", donde se menciona el punto de partida en el tratamiento de ésta enfermedad, se maneja en ese entonces el término de " Epitelioma Primario del Clóris" y todas las publicaciones de esa época marcaban esa pauta.

El Cáncer de Vulva es relativamente raro, en los últimos 10 a 15 años su incidencia ha aumentado considerablemente, de 1927 a 1961 la incidencia se presentó en 5 % de todos los padecimientos ginecológicos malignos, pero en los últimos 12 años ha aumentado al 8 %, se cree que una de las causas de éste aumento, es por el incremento de la vida media de las mujeres hoy en la actualidad. 9,10,11.

Actualmente la frecuencia del Cáncer de vulva va del 5 al 8 % de todos los padecimientos malignos ginecológicos y de éstos el 85 al 90 % corresponden al Carcinoma de Células Escamosas, la edad de la frecuencia es de los 60 a 70 años, por otro lado, hay reportes en donde la aparición de éstas patologías se presenta en pacientes jóvenes, con una frecuencia en algunas series de cerca de 15 % en mujeres menores de 40 años de edad, en muchas de esas pacientes se asoció la presencia de microcarcinoma con neoplasia Intraepitelial de la Vulva ( NIV ). 12,13.

En éstos hallazgos se encontró que dichas pacientes jóvenes se asociaron con enfermedades como Diabetes Mellitus, Obesidad, Hipertensión, que de alguna manera se piensa que también juegan un papel importante, tal vez, como factores de riesgo. 9,10,11.

## E T I O L O G I A

La etiología del Cáncer del Vulva no ha sido bien -  
identificado, por una parte se le ha atribuido a los  
procesos inflamatorios como el punto de partida, de -  
tal manera se atribuyen padecimientos tales como: Le-  
siones Granulomatosas, Enfermedades Venereas, las Dis-  
trofias Vulvares tales como la Hiperplasia Escamosa,  
el Liquen Escleroso y otras dermatosis, mas reciente-  
mentese le ha dado mucha importancia a las lesiones -  
provocadas por Herpes Virus II y las lesiones provoca-  
das por el Condiloma Humano, los tipos 16 y 18 princi-  
palmente, asociados a transmisión sexual. 13,14.

## C L A S I F I C A C I O N

Para su estudio se presentan varios tipos, dentro de  
los cuales los mas destacados por su importancia tene-  
mos:

- 1.- Carcinoma in situ o NIV o Carcinoma Preinvasor.
- 2.- Carcinoma de Células Escamosas.
- 3.- Melanoma Maligno.
- 4.- Enfermedad e Paget.
- 5.- Carcinoma de Células Basales.

6.- Carcinoma de Glándulas de Bartholini.

7.- Sarcoma.

8.- Otros tumores indiferenciados.

En una serie estudiada de 1586 pacientes de acuerdo al tipo histológico se encontro una frecuencia de:

Carcinoma de Células Escamosas	86.2 %
Melanoma Maligno	4.8 %
Sarcoma	2.2 %
Carcinoma de Células Basales	1.4 %
Carcinoma de Glándulas de Bartholini	1.2 %
Carcinoma Indiferenciado	3.9 %

#### CLASIFICACION POR ESTADIO CLINICO

Basado en numerosos reportes de la literatura, el Comité Oncológico de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ( FIGO ), realizó numerosos cambios en el estadio de los cánceres ginecológicos en 1988.

Las lesiones de localización perineal no deben, auto--

máticamente , colocarse en la categoría del estadio - III. Todos los investigadores han notado la dificultad predecir las matástasis linfáticas basados unicamente en la evaluación clinica. Como resultado de éstas observaciones, asi como de las recomendaciones de la Junta Americana del Comité de Cáncer y de la Unión Internacional Contra el Cáncer, los estadios de los nódulos linfáticos fueron cambiados, para reflejar de una forma mas exacta las metástasis lifáticas. Estos nuevos cambios han sido incorporados y estan anotados debajo de las porciones itálicas:

Estadio 0	TIS	Carcinoma in situ; carcinoma intraepitelial.
Estadio I	T1 N0 M0	Tumor confinado a la Vulva y/o periné de 2 cm en sus dimensiones mayores. Sin metástasis a gánglios.
Estadio II	T2 N0 M0	Tumor confinado a la Vulva y/o periné mayor de 2 cm en sus dimensiones mayores. Sin metastasis a gánglios.

Estadio III T3 N0 M0 (1) Tumor de cualquier tamaño..  
Extensión adyacente a la por-  
ción mas baja de la uretra  
y/o vagina, o ano,..y/o

T3 N1 M0 (2) Metástasis linfática regional  
unilateral.

Estadio IV A T1 N2 M0 Tumor que invade cualquiera  
T2 N2 M0 de lo siguiente:  
T3 N2 M0  
T4 cualquier  
N M0 Uretra alta, mucosa vesical,  
mucosa rectal, huesos pélvi-  
cos y/o metástasis linfática  
regional bilateral.

Estadio IV B Cualquier T  
Cualquier N  
M1 Cualquier metástasis a distan-  
cia incluyendo gánglios linfáti-  
cos.

N Gánglios linfáticos regionales.

N0 sin metástasis a gánglios linfáticos.

N1 metástasis a gánglios linfáticos regionales unilaterales..

N2 Metástasis a gánglios linfáticos regionales bilaterales.

M Metástasis a distancia

M0 Sin metástasis a distancia.

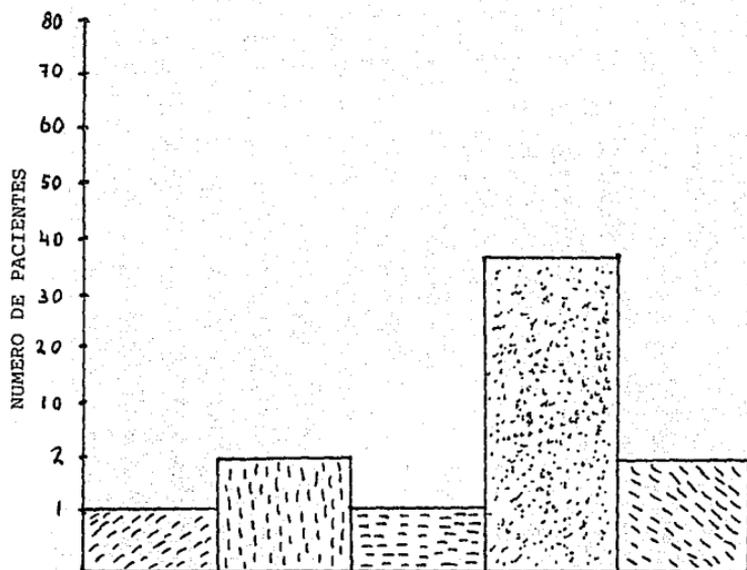
M1 Metástasis a distancia (incluyendo metástasis a gánglios linfáticos pélvicos).

# M A T E R I A L Y M E T O D O

Con el fin de dilucidar las complicaciones del tratamiento de Cáncer de Vulva, se analizaron los casos de 43 pacientes con el diagnóstico de Cáncer de Vulva, tratadas en el servicio de Oncología Ginecológica del HGO 4, del año de 1989 a 1993. El tratamiento consistió en vulvectomía. La edad de las pacientes se encontró en el rango de 30 a 94 años, con una media de 62 años.

En cuanto a la frecuencia del tipo histológico se encontró:

Carcinoma de Celulas Escamosas	37	86.0 %
Carcinoma Indiferenciado	2	4.6 %
Melanoma Maligno	2	4.6 %
Carcinoma de Células Basales	1	2.3 %
Sarcoma	1	2.3 %
TOTAL	43	100.00 %



TIPO HISTOLOGICO

Carcinoma de células escamosas 

Carcinoma indiferenciado 

Melanoma maligno 

Carcinoma de células basales 

Sarcoma 

## MANIFESTACIONES CLINICAS

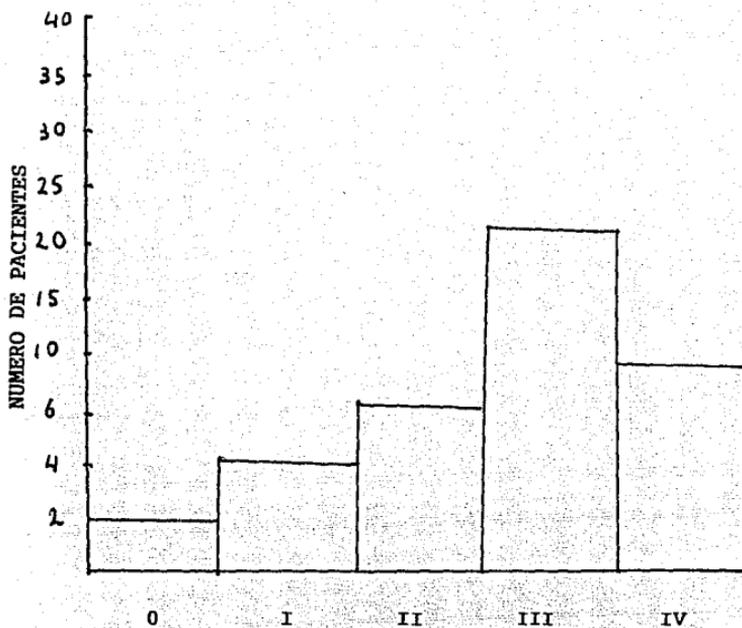
Las manifestaciones clínicas por orden de frecuencia en el grupo de pacientes de este estudio, fueron:

S I N T O M A S	P O R C E N T A J E
Tumor	78.8 %
S.T.V.	66.1 "
Dolor	53.4 "
Prurito Vulvar	51.3 "
Descarga Vaginal	44.2 "
Vesicales	16.1 "
Generales	9.0 "
Rectales	6.0 "
Linfedema	3.0 "

El estadio clínico al momento de efectuarse la vulvectomía fue:

Estadio	No. de Pacientes	Porcentaje
0	2	4.65
I	4	9.30
II	6	13.95
III	22	51.16
IV	9	20.93
TOTAL	43	100.00

El tratamiento consistió en vulvectomía. Se efectuó seguimiento de las pacientes en forma intrahospitalaria por nueve días en promedio para vigilancia del postoperatorio y para observar las complicaciones en esta etapa. Posteriormente en la segunda o tercera semana del postoperatorio, todas las pacientes fueron vistas en la Consulta Externa de Oncología Ginecológica para evaluar su evolución y detectar la incidencia de complicaciones. Siguiendo el desarrollo de este protocolo la evolución de todas las pacientes fue evaluada a los 3, 6 y 12 meses en busca de complicaciones posteriores a la vulvectomía



ESTADIO CLINICO AL MOMENTO DE EFECTUARSE  
LA VULVECTOMIA.

## R E S U L T A D O S

La complicación encontrada mas frecuentemente en el periodo del sexto al décimo dia de postoperatorio fué la DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA en el 51 % de las pacientes, en números absolutos fueron 22 pacientes con esta complicación, mismas que recibieron manejo quirúrgico y antiséptico para su corrección.

Ocasionalmente un episodio de SANGRADO en el postoperatorio inmediato, sin embargo este sangrado no fue originado en grandes vasos, por lo que para su manejo bastó con antisepsia y drenaje. El 4.6 % que corresponde a 2 pacientes en números absolutos, presentaron ésta = complicación.

El LINFEDEMA de miembros inferiores fue la segunda complicación encontrada por orden de frecuencia, haciendo el 41.8 %, que correspnde a 18 pacientes en números absolutos. Esta complicación se corrigio con el uso de vendaje elástico por 3 a 6 meses.

El desarrollo de LINFOQUISTES en la region inguinal fue una complicación poco frecuente, 6.9 %, que corresponde a 3 pacientes en números absolutos, ésta se trató aplicando presión y aspiración aséptica en la region inguinal afectada.

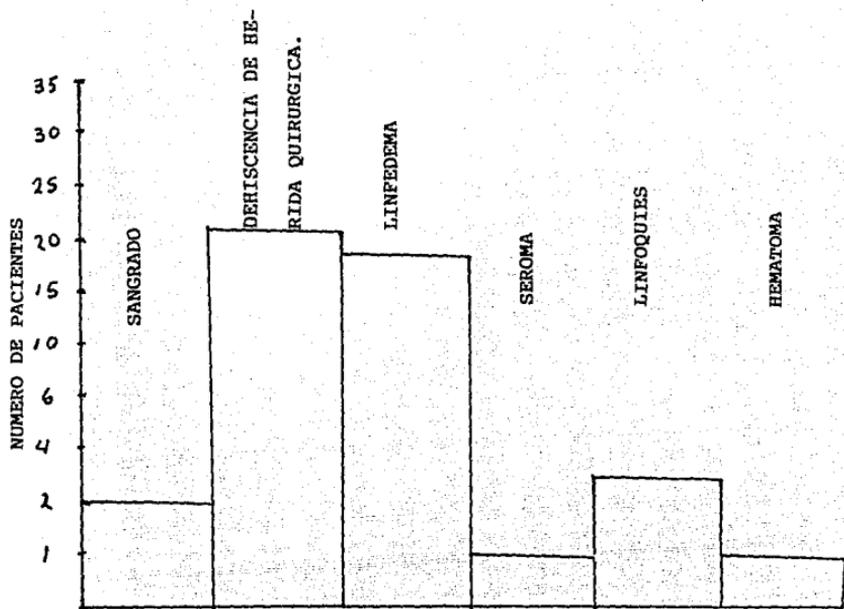
Una paciente, 2.3 % desarrollo un seroma; y una paciente 2.3 % desarrollo un HEMATOMA pequeño; estas complicaciones fueron tratadas en la misma forma que los linfquistes.

De considerable importancia fue la aparición de complicaciones tardías, complicaciones que aparecieron algunas semanas o meses después de la Vulvectomy, siendo la principal complicación tardía la PARESTESIA en el área quirúrgica, que se presentó en el 76.7 %, siendo 33 pacientes en números absolutos.

Una paciente presentó FISTULA RECTOVAGINAL y significo el 2.3 % de la población estudiada; a ésta complicación se le dio manejo quirúrgico.

Entre las pacientes que mencionaron tener vida sexual activa, una paciente, 2.3 %, cursó con DISPAREUNIA, como resultado de estenosis vaginal secundaria a bandas de cicatrización a nivel del introito, efectuándose corrección quirúrgica posteriormente.

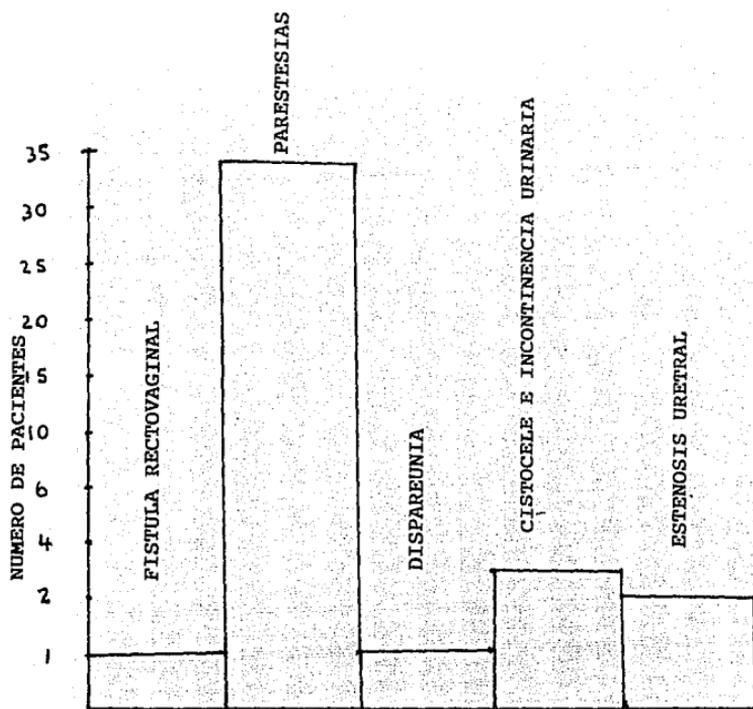
Tres pacientes, 6.9 %, presentaron INCONTINENCIA URINARIA Y CISTOCELE, posterior a la vulvectomy, que muy



COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TEMPRANAS

probablemente sea consecuencia de esanchamiento del introito.

En 2 paciente, 4.6 % se presentó estenosis uretral importante, secundaria al desarrollo de cambios cicatriciales en el espacio periuretral, el manejo de estas pacientes fue con meatotomia uretral externa y sonda de Foley basicamente.



COMPLICACIONES DE APARICION TARDIA

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

D I S C U S I O N  
Y  
C O N C L U S I O N E S

Este estudio mostró que las complicaciones observadas no difieren en gran medida de las complicaciones reportadas en la literatura. En los estudios reportados de 1976 a la fecha hay gran similitud en la aparición de complicaciones postvulvectomía, en relación a las vistas en nuestro trabajo. Se ha reportado a la dehiscencia de herida quirúrgica como la complicación mas frecuente, seguida por la infección de herida quirúrgica, en nuestro estudio se corrobora a la dehiscencia de herida quirúrgica como la complicación mas frecuente, - sin embargo no se observó infección de herida quirúrgica en nuestro estudio. El manejo de la dehiscencia de la herida quirúrgica se efectuó con medidas antisépticas y cirugía con buena respuesta al manejo. Otra complicación de importancia observada fue el sangrado de la herida quirúrgica en el postoperatorio inmediato, que se manejo con drenaje y medidas antisépticas básicamente, logrando una respuesta favorable con éstos cuidados.

Otra complicación encontrada en nuestro estudio, fue la presencia de Linfedema, siendo ésta la segunda complicación por su frecuencia, el manejo establecido fue la aplicación de vendaje elastico de los miembros infe

riores, y se observó mejoría después de 3 a 6 meses de establecido el manejo.

El Linfoste, el Seroma y el Hematoma fueron complicaciones también observadas, aunque en muy bajos porcentajes, estas complicaciones se limitaron al efectuar medidas antisépticas y presión sobre la herida quirúrgica.

Ahora en cuanto a las complicaciones tardías, observamos: Parestesias en cicatriz de herida quirúrgica en un alto porcentaje; la dispareunia, la fístula rectovaginal y la estenosis uretral también fueron complicaciones tardías, aunque en muy bajo porcentaje y que se corrigieron en la forma ya mencionada con antelación.

En general, la frecuencia y tipo de complicaciones encontradas en nuestro estudio, no difieren grandemente de las complicaciones reportadas en estudios similares hechos por otros autores como Hacher, Van der Valden y Morley, por mencionar los más importantes.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Atlante G, Lombardi A., Mariani L., et. al.  
"Carcinoma of vulva (1981-1985); analysis of a --  
radio-surgical approach"  
Eur. J. Gynecol. Oncol. 1989;(5); 341-8.
- 2.- Basta A.  
"Diagnostic and therapeutic procedures in the vul  
var intraepithelial neoplasia (VIN) and early in-  
vasive cancer of the vulva"  
Eur. J. Gynaecol. Oncol. 1989; 10 (1) ; 55-9
- 3.- Brinton L. A. Nasca P. C., Mallin K., et. al.  
"Case control atudy of cancer of the vulva"  
Obstet. Gynecol. 1990 May; 75 (5); 859-66
- 4.- Carson L.F., Twiggs L.B., Adcock L.L., et.al.  
"Multimodality therapy for advanced and recurrent  
vulvar squamouscell carcinoma. A pilot project"  
J. Reprod. Med. 1990 Nov; (11); 1029-32.
- 5.- Mus H.B. Psundy B.N., and Christopherson W.A.  
"Mixtoxastrone in the treatment of advanced vulvar

- and vaginal carcinoma. A. Gynecologic Oncology -  
group study"  
A.J. Clin. Oncol. 1989 Apr; 12 (2); 142-4.
- 6.- Onnis A., Marchetti M., Maggino T., et. al.  
"Clinical experience in gynecological cancer  
management b)  
Vulvar cancer report from the Gynecologic Institu-  
tes of University (1963-1989)"  
Eur.J. Gynecol. Oncol. 1990; 11 (3); 161-9.
- 7.- Potkul R.K., Lancaster W.D., Kurman R.J., et.al.  
"Vulvar condylomas and squamous vestibular micro-  
papilloma.  
Differences in appearance and response to treat-  
ment"  
J.Reprod. Med. 1990 Nov; (11); 1091-22.
- 8.- Way S.  
"Malignant disease of the vulva"  
Editorial: Churchill-Livingston; 1982.
- 9.- Clarke-Pearson D.L.  
"Green's Gynecology"  
4a. edición. 1990.

- 10.- Disaia P. J., Creasman W. T.  
 "Clinical Gynecology Oncology"  
 3a. edición. 1989.
- 11.- "Cáncer de Vulva"  
 Temas actuales de Ginecología y Obstetricia.  
 1976; 3 (2): 201-28.
- 12.- Yamashiro T., Hasumi K. and Masubuchi K.  
 "Clinical study of 84 primary vulvar carcinomas"  
 Gan. To. Ksgayu. Ryoho. 1989 April; 16 (4):1677-82
- 13.- Crum C.P., and vulvovaginal neoplasia"  
 J.Reprod. Med. 1989 aug; 34 (8): 566-71.
- 14.- Costa S., Rotola A., Terzano P. et. al.  
 "Search for herpes simplex virus 2 and human  
 papillomavirus genetic expression in vulvar neo-  
 plasia".  
 J. Reprod.Med. 1990 Dic; 35 (12); 1108-12.
- 15.- Podczaski E, Sexton M, Kuminski P, Singapun K, -  
 Sorosky J, Lar son J, et. al.  
 "Recurrent carcinoma of the vulva after conserva  
 tive treatment for "microinvasive" DISEASE".  
 Gynecol Oncol 1990; 39; 65-8.
- 16.- Hacker NF, Berek js,ld, Nieberg RK, Leuchter RS.  
 "Individualization of treatment stage I squamous

- cell vulvar carcinoma" *Obstet Gynecol* 1984; 63: 155-62.
- 17.- Morley GW. Infiltrative carcinoma of the vulva: results of surgical treatment. *Am J. Obstet Gynecol* 1976; 127:877-87.
- 18.- Berman ML, Soper JT, Crearsman WT, Olt GT, DiSaia PJ, Conservative surgical management of superficially invasive stage I vulvar carcinoma. *Gynecol Oncol* 1989; 35: 352-7.
- 19.- Heapg JM, Fu YS, Montz FJ, Hacker NF, Berek JS. Surgical-pathologic variables of predictive of recurrence in squamous cell carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 1990; 38:309-17.
- 20.- Sedlis A, Homesley H, Bundy BN, Marshall R, Yordan E, hacker NF, Positive lymph nodes in superficial squamous cell vulvar cancer. *Am J. Obstet Gynecol* 1987; 156: 1159-64.
- 21.- Burrell MO, Frankin EW III, Camion MJ, Crozier MA, Stacy DW. The modified radical vulvectomy with groin dissection: an eight-year experience. *Am J. Obstet Gynecol* 1988; 159: 715-22.

22.- Burker TW, Stringer CA, Gershensen DM, Edwards CL, Morris M, Wharton JT. Radical wide excision and selective inguinal node dissection for squamous cell carcinoma of the vulva. Gynecol Oncol. 1990; 38: 328-32.