

## CANCER DE VULVA

Dr. LUIS PACHECO OJEDA, Dr. VICENTE JIMENEZ SALAZAR,  
Dra. CLARA RODRIGUEZ

*Servicio de Oncología, Patología y Ginecología  
Hospital "Carlos Andrade Marín", Quito*

### RESUMEN

El cáncer de vulva es una neoplasia rara tanto en nuestro país como en estudios extranjeros. Hemos estudiado retrospectivamente 5 casos de esta lesión tratados en el Hospital "Carlos Andrade Marín" de Quito en los últimos 12 años. El grupo ha incluido 2 casos excepcionales: uno de adenocarcinoma de glándula de Bartolino y un melanoma maligno. El tratamiento ha sido básicamente quirúrgico y ha consistido en vulvectomía con linfadenectomía inguinal (y pélvica en 2 casos). Se ha realizado una discusión de diferentes aspectos clínicos, terapéuticos y pronósticos de esta enfermedad. (*Revista de la Facultad de Ciencias (Quito)*, 12: 145, 1987).

El cáncer de vulva es una neoplasia relativamente rara pues ocurre entre 1,4 y 1,8 por 100.000 habitantes y constituye del 3 al 8o/o de todos los cánceres genitales, según estadísticas norteamericanas (1-3). A nivel sudamericano hemos podido encontrar la serie de Silva en Venezuela (4) quien reportó 21 casos de cáncer de vulva de un material de 5040 biopsias ginecológicas realizadas en un período de 20 años. En nuestro medio parece ser igualmente raro. En las revisiones patológicas de López (5) y Cordero (6) de 3.253 y 4.490 casos de neoplasias no se describen casos de cáncer de vulva entre los más frecuentes. En el informe preliminar del Registro Nacional de Tumores (RNT) (7) sobre 850 tumores malignos, aparte de los casos de cérvix, endometrio y ovario, se describen 5 casos como "otros del aparato genital femenino" y que creemos deben corresponder a vulva y vagina. Debido a esta escasa frecuencia poco se conoce respecto a la epidemiología y etiología de esta enfermedad. Se la ha encontrado con frecuencia asociada a enfermedades venéreas, en especial a condiloma acuminado, y a

otros cánceres primarios en 13 a 20o/o de casos (8). Mabuchi (9) en un estudio reciente de casos-controlados ha encontrado una asociación significativa con antecedentes de leucoplaquia, inflamación y cáncer urogenital, además de tasas relativamente altas de asociación con consumo de café y ocupaciones tales como empleadas domésticas y servicio de limpieza de ropa. Ha sido objeto del presente trabajo revisar los casos atendidos en el Hospital "Carlos Andrade Marín" de Quito.

### MATERIAL Y METODOS

En el Servicio de Patología del Hospital "Carlos Andrade Marín" de Quito, se han registrado 445 casos de tumores malignos del área genital en los últimos 12 años. Cinco casos (1,1o/o) han correspondido a cánceres de la vulva, los cuales han sido tratados en los servicios de Ginecología y Oncología del mismo Hospital. En el presente trabajo hemos revisado retrospectivamente las historias clínicas de estos casos.

## RESULTADOS

Los diferentes parámetros estudiados aparecen en la tabla 1. El segundo caso fue reportado en un artículo anterior (10). Vale la pena enfatizar algunos aspectos del presente grupo de pacientes. Cuatro pacientes se encontraban al momento del diagnóstico en la quinta y sexta década de la vida. En tres casos las lesiones se hallaban en el labio menor. Sólo dos de los cinco casos correspondieron a carcinomas escamoce-lulares. En dos casos hubo enfermedad gangli-onar regional pero en ninguno metástasis a distancia al momento del diagnóstico. En cuanto al tratamiento, en todos los casos se han realizado una vulvectomía total y disección ingui-nal bilateral; en los casos con adenopatías pal-pables (N1) se ha extendido la disección a gan-glios ilíacos. Tratamiento complementario se administró mediante radioterapia externa en el caso de cáncer epidermoide con adenopatías histológicamente positivas y mediante quimio-terapia en el caso del melanoma, por ser Clark IV y estadio II. Desafortunadamente, sólo dos pacientes tuvieron un seguimiento adecuado. El primer caso, durante cerca de cuatro años luego de lo cual no hubieron más controles; y el último caso, el de melanoma, que al año hizo una recidiva regional, que fue tratada con ciru-gía, y luego metástasis hepáticas que determi-naron su fallecimiento luego de 14 meses del tratamiento inicial.

## DISCUSION

Las pacientes del presente estudio, al igual que las de la serie de Silva de Venezuela, han sido más jóvenes que las de estudios ameri-canos y europeos (8, 11) en los que los picos de incidencia se sitúan en la sexta y séptima déca-da. Tres de los cinco casos se han localizado en los labios menores aunque Disaia (2) indica que la localización más frecuente corresponde a los labios mayores. Nuestro grupo de pacientes no ha presentado la predominancia de cánceres epidermoides descrita en la literatura (2, 4, 8, 11), y más bien hemos tenido lesiones histológi-

camente poco frecuentes como adenocarcinoma de la glándula de Bartolino y melanoma maligno. Como clásicamente se ha descrito, tumor y prurito han sido los síntomas clínicos esenciales de nuestras pacientes. Respecto al tratamiento, debemos indicar que dos aspectos importantes influyen el mismo: la histología predominantemente escamoce-lular y la edad avanzada de la mayoría de las pacientes. De acuerdo al primero la radioterapia puede tener un rol importante en el manejo terapéutico, y en cuanto al segun-do, una cirugía radical puede estar limitada o contraindicada quedando como recursos, ade-más de las radiaciones, la electrofulguración y la criocirugía (12). El tratamiento clásico del cáncer infiltrante de la vulva ha sido la vulvecto-mía radical, incluyendo una linfadenectomía bilateral inguinal y pélvica eventualmente (2, 13, 14, 15). Con este tratamiento se han logra-do sobrevividas a cinco años de aproximadamente 90o/o para los estadios I y II (2).

Mientras Disaia de la Universidad de Cali-fornia (2) considera que la multifocalidad es rara en cánceres invasivos, Lacour, basándose en cortes semiseriados realizados en el Instituto Gustave Roussy de París (14), cree que la multi-focalidad es la regla. En todo caso, ambos con-cuerdan que debe tratarse el tumor primario mediante vulvectomía radical puesto que la ra-dioterapia es generalmente menos tolerada.

Parece ser alta la frecuencia de falsos posi-tivos y falsos negativos en la correlación clíni-co-histológica de los ganglios inguinales (1, 16) por lo que la linfadenectomía inguinal es necesa-ria. Esta debe ser bilateral si tenemos en cuen-ta los trabajos de Iversen (17) quien encontró un drenaje linfático bilateral en cien por ciento de casos de inyección de Tc99 en el clítoris y en el perineo, y en 67o/o de casos en los labios. La frecuencia de extensión ganglionar de la en-fermedad es variable, dependiendo entre otros factores, del estadio clínico: 21o/o para T1, 45o/o para T2, etc. (2). En dos de los cinco ca-sos estudiados (20o/o) hubo enfermedad gan-glionar histológicamente comprobada. Actual-mente la mayoría de autores limitan la linfade-nectomía al área inguinal, siendo la ampliación

Tabla 1.— Aspectos clínicos y terapéuticos de cinco pacientes con cáncer de vulva.

Caso	Año	Edad (años)	Sitio	Histología	TNM	Cirugía	pN	Trat. Compl.	Evolución
1	1975	57	Labio Menor	Epidermoide Bien Difer.	cT1nomo	Vulvectomy T. Di Bilateral	—	—	VSE 3A 9M
2	1984	63	Labio Mayor	Epidermoide	cT2n1mo	Vulvectomy T. Di Di	—	RT 3200R	PVSE
3	1984	47	Labio Menor	Melanoma nodular Clark IV	—	Vulvectomy T. Di Bilateral	—	DTIC 12 C.	MCE 1A 2M
4	1985	43	Glándula Bartolino	Adenocarcinoma Median. Difer.	cT1nomo	Vulvectomy T. Di Bilateral	—	—	VSE 3M
5	1985	54	Labio Menor	Adenocarcinoma Median. Difer.	cT2nomo	Vulvectomy T. Di Bilateral	—	—	PVSE

DI      Disección Inguinal  
 DII     Disección Inguino-iliaca  
 pN     Histología ganglionar  
 RT     Radioterapia

C.      Ciclos de quimioterapia  
 VSE.   Viva sin enfermedad  
 PVSE. Pérdida de vista sin enfermedad  
 MCE.   Muerta con enfermedad

a los ganglios pélvicos discutible, y sólo cuando hay evidencia de difusión neoplásica a los inguinales pues aquellos casi nunca están tomados sin estarlo estos últimos (1, 2, 18, 19).

Afortunadamente, la morbilidad postoperatoria ha sido moderada y poco frecuente en nuestras pacientes. La literatura cita complicaciones tempranas como desunión de la herida vulvar, infección, estenosis del introito vaginal, osteítis del pubis, etc., o tardías, debidas usualmente a relajación pélvica como incontinencia de stress, cistocele, rectocele, etc. (19, 20).

La disección ínguino-pélvica también puede acompañarse de complicaciones tales como linfedema (hasta en un 65o/o de casos), linfocele, desunión de la herida, erisipela, etc. (20, 21). Las complicaciones de las pacientes de nuestro estudio han sido únicamente tipo linfedema y desunión parcial de la herida.

La radioterapia ha sido utilizada menos frecuentemente, y en varias modalidades. Así tenemos por ejemplo, a título curativo y paliativo, la serie de 7 casos de Jafari (22) con resultados alentadores en términos de morbilidad y control de la enfermedad. Preoperatoriamente, en casos avanzados para volverles operables, o en lesiones de localización posterior para evitar una exenteración posterior (22, 23, 24). Postoperatoriamente, para mejorar el control locoregional de la enfermedad (23). El problema del tratamiento con radiaciones en esta localización neoplásica son las complicaciones crónicas severas que pueden ir del 6 al 50o/o de casos (24). Nosotros hemos recurrido a este tratamiento postoperatoriamente en un caso de cáncer epidermoide con extensión a ganglios regionales.

El seguimiento es muy importante pues 80o/o de recidivas ocurren en los 2 primeros años (13). Estas pueden ser tratadas con cirugía o con una combinación de radioterapia intersticial y externa como lo ha reportado recientemente Prempre (25).

El pronóstico depende básicamente de 3 factores: el estadio clínico, la afectación ganglionar y el tipo de tratamiento. En estadios I y II, como ha sido el caso en 3 de las pacientes de nuestro estudio, la sobrevida a 5 años es de

90o/o mientras en estadios III es de 44o/o (8). Cuando los ganglios en conjunto son positivos dicha sobrevida es de 21 a 53o/o, según las series (2, 26), pero cuando los ganglios pélvicos han sido invadidos la sobrevida es de sólo 21.7o/o como concluye Disaia luego de una revisión de 8 series de la literatura (2). En cuanto al tratamiento, según Fairey (23), el pronóstico es mejor en el grupo de pacientes que han recibido tratamiento combinado radioquirúrgico, menos bueno en las sometidas a radioterapia curativa exclusiva, y sombrío en las tratadas sólo con fines paliativos. El pronóstico del melanoma maligno es sombrío, como en nuestro caso, especialmente en niveles profundos de Clark y cuando existe invasión ganglionar regional (27).

En conclusión, un examen ginecológico debe ser completo y no sólo orientado a los órganos genitales de patología más frecuente como útero y ovarios. Antes de introducir el espejo vaginal es necesario examinar la vulva cuidadosamente, y en caso de hallar cualquier lesión sospechosa biopsiarla inmediatamente. Sólo el diagnóstico temprano de un cáncer permite un tratamiento menos agresivo y más eficaz.

## SUMMARY

The cancer of the vulva is an uncommon malignancy in Ecuador and outside this country. We have studied retrospectively 5 cases treated at the Hospital "Carlos Andrade Marín" from Quito during the last 12 years. Two exceptional cases have been included in this group: an adenocarcinoma of the Bartholin's gland and a malignant melanoma. The treatment has been basically surgical. A vulvectomy with inguinal lymphadenectomy has been done in all the cases; a pelvic lymph node dissection has been performed in 2 of them. Different clinical, therapeutic and prognostic aspects have been discussed.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ackeman, L.V., and Del Regato, J.: *Cáncer, Diagnosis, Treatment and Prognosis*, 4a. ed., C.V. Mosby, St. Louis, 1970. pp. 820.
2. Disaia, P.J., and Creasman, W.T.: *Clinical Gynecologic*, C.V. Mosby, St. Louis, 1981. pp. 185.
3. Parry-Jones, E.: Tratamiento de los trastornos premalignos y malignos de la vulva. *Clin. Gineco-Obstet.*, 19:217, 1976.
4. Silva, M.: Cáncer de la vulva. *Rev. Obstet. Ginecol. de Venezuela*, 42: 43, 1982.
5. López, G.: Diez años de incidencia tumoral en Quito, Ecuador, 1964-1973, *Rev. Med. IESS*, 2:11, 1976.
6. Cordero, L.: Datos epidemiológicos sobre cáncer gástrico en el Azuay. *El Ateneo*, 2: 31, 1980.
7. Corral, F.: Registro Nacional de Tumores, *Síntesis de la evaluación de la prueba piloto*, pp. 18, Quito, 1985.
8. Rubin, P.: *Clinical Oncology, A Multidisciplinary Approach*. 6a. ed., American Cancer Society, 1983. pp. 470.
9. Mabuchi, K., Bross, D.S., and Kessler II, N.: Epidemiology of Cancer of the Vulva, A Case-Control Study, *Cancer*, 55: 1843, 1985.
10. Pacheco, L.A., y Dávalos, H.: Cáncer de la vulva, *Consult.* 5:10, 1984.
11. Body, G., Lansac, J., Cuillere, J.C., Guillard, Y. and Barbin, J.Y.: Cancer de la vulve, Aspects diagnostiques et thérapeutiques a propos d'une série de 90 cas. *J. Gyn. Obst. Biol. Repr.* 12: 135, 1983.
12. Wright, V.C.: Carcinoma of the Vulva. *J. Am. Geriatrics. Soc.* 24: 232, 1976.
13. Wharton, J. T., and Edwards, C.L.: The Role of Surgery in the Management of Gynecologic Malignancies. *Cancer*, 51:2480, 1983.
14. Lacour, J., and Hourtoulle, F.G.: Les vulvectomies pour cancer. En: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, pp. 1-12, Paris, 1978.
15. Villedieu, R., Wyplosz, J., and Vauvarin, P., Mouchel, J.: Traitement du cancer invasif de la vulve, 49 cas. *Now. Presse Med.*, 7: 2473, 1978.
16. Figge, D.G., Tamimi, H.K., and Greer, B.F.: Lymphatic Spread in Carcinoma of the Vulva. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 152: 337, 1985.
17. Iversen, T., and Aas, M.: Lymph Drainage From the Vulva. *Gynecol. Oncol.*, 16: 179, 1983.
18. Woodruff, J.D. y Julian, C.J.: Cirugía de la vulva: vulvectomía. En: *Ridley JH, Te Linde RW Cirugía Ginecológica*, pp. 224, Interamericana. S.A., México, 1978.
19. Morley, G.W.: Cancer of the Vulva: a Review. *Cancer*, 48: 597, 1981.
20. Calame, R.J.: Pelvic Relaxation as a Complication of the Radical Vulvectomy. *Obstet. Gynecol.*, 55: 716, 1980.
21. Trelford, J.D., Deer, D.A., Ordorica, E., Franti, C.E., and Trelford-Sauder, M.: Ten-year Prospective Study In a Management Change of Vulva Carcinoma. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 150: 288, 1984.
22. Jafari, K., and Magalotti, M.: Radiation Therapy in Carcinoma of the Vulva. *Cancer*, 47: 686, 1981.
23. Fairey, R.N., Mackay, P.A., Benedet, J.L., Boyes, D.A., and Turko, M.: Radiation Treatment of Carcinoma of the Vulva, 1950-1980. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 151: 591, 1985.
24. Hacker, N.F., Berek, J.S., Juillard, G.J., and Lagasse, L.D.: Preoperative Radiation Therapy for Locally Advanced Vulvar Cancer. *Cancer*, 54: 2056, 1984.
25. Prempre, T., and Amornmarn, R.: Radiation Treatment of Recurrent Carcinoma of the Vulva. *Cancer*, 54: 1943, 1984.
26. Armas, A., Celorio, J., and Calero, F.: Carcinoma epidermoide de la vulva. *Acta Obst. Gin. Lus.*, 5: 337, 1982.
27. Bouma, J., Weening, J.J., and Elders, A.: Malignant Melanoma of the Vulva: Report of 18 Cases. *Europ. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 13:237, 1982.