Artículo original
Ginecol Obstet Mex. 2018 julio;86(7):423-433.

Cáncer de vulva. Repercusiones del tratamiento quirúrgico: experiencia con 151 pacientes

Vulvar cancer. Impact of surgical treatment: experience with 151 patients.

Alfonso Torres-Lobatón,[1] Azcary Vázquez-Tinajero,[2] Elisa Paola Jiménez-Arroyo,[3] Rosalva Barra-Martínez,[2] Juan Carlos Oliva-Posada,[4] Fred Morgan-Ortiz[5]

Resumen

OBJETIVO: Reportar la experiencia institucional en el tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer de vulva de acuerdo con la clasificación vigente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

MATERIALES Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de expedientes de pacientes con diagnóstico de carcinoma vulvar operadas con o sin coadyuvancia en el servicio de Oncología del Hospital General de México en un lapso de 34 años. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi Info versión 7.2.

RESULTADOS: Se incluyeron 151 pacientes: 24 (16%) con lesiones preinvasoras o con mínima invasión, se intervinieron con escisiones locales o vulvectomías simples; 16 (15%) con cánceres invasores en quienes se efectuó cirugía conservadora de la vulva con o sin disección ganglionar unilateral. En 94 (62%) se efectuaron vulvectomías con linfadenectomías: 47 con cirugías en bloque y 47 mediante incisiones separadas. En 11 (%) pacientes se practicaron cirugías ultrarradicales: 6 resecciones abdominoperineales y 5 exenteraciones pélvicas. De 127 pacientes que tuvieron seguimiento, 62 (49%) evolucionaron 30 meses en promedio sin evidencia de enfermedad. Se incluyen 21/23 (91%) lesiones tempranas (VIN 2,3 y I-A); 37/49, (76%) de las invasoras en estadios IB-II; 13/41, (32%) de los estadios III (p = 0.00007) y 3/14 (21%) de los IV-A.

CONCLUSIONES: Si bien la tendencia actual se orienta a individualizar el tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer de vulva invasor, en esta serie solo en 15% fueron cirugías conservadoras. La metástasis ganglionar fue el factor pronóstico más desfavorable.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de vulva; vulvectomía; disección unilateral ganglionar; vulvectomía radical; linfadenectomía femoral; exenteraciones pélvicas.

Abstract

OBJECTIVE: The present study is a review of our experience of the surgical options for vulvar cancer using The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) classification.

MATERIALS AND METHODS: Retrospective analysis of records of patients diagnosed with vulvar carcinoma operated with or without coadyuvance in the Oncology service of the General Hospital of Mexico in a span of 34 years. For the statistical analysis, the Epi Info version 7.2 program was used.

RESULTS: Patients were divided into groups, those with pre-invasion or minimal invasion disease were resolved with local excision or simple vulvectomy 24 (16%). Patients with invasive cancer were treated with conservative surgery with or without unilateral lymph node dissection 16 (15%); radical vulvectomy with inguino femoral lymphadenectomy 94 (62%) (47 block surgeries and 47 with separate incision); ultra-radical surgery 11 (7%) (6 abdomino-perineal resections and 5 pelvic exenterations). 127 patients had follow - up and 62 of them had a disease-free survival rate of 30 months (48.8%). The overall survival in pre-invasion or minimal invasion disease were 91.3% (21/23), in stage IB-II 75.5% (37/49), in stage III 31.7% (13/41) (p=0.00007) and in stage IVA 21.4% (3/14).

[1] Cirujano oncólogo, consultor técnico, Unidad de Ginecología oncológica.
[2] Cirujano oncólogo.
[3] Residente de Ginecología oncológica.
[4] Cirujano oncólogo, jefe de la Unidad de Ginecología Oncológica.
Servicio de Oncología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.
[5] Ginecoobstetra, Maestro en Ciencias, Centro de Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Sinaloa, México.

Recibido: abril 2018
Aceptado: mayo 2018

Correspondencia
Alfonso Torres Lobatón.
drtorreslobaton@prodigy.net.mx

Este artículo debe citarse como
Torres-Lobatón A, Vázquez-Tinajero A, Jiménez-Arroyo EP, Barra-Martínez R, Oliva-Posada JC, Morgan-Ortiz F. Cáncer de vulva. Repercusiones del tratamiento quirúrgico: experiencia con 151 pacientes. Ginecol Obstet Mex. 2018 julio;86(7):423-433.
DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i7.2187

CONCLUSIONS: Although a more individualized and less radical treatment is suggested, in this series only 14.5% of patients, could be resolved with conservative surgery. In addition, the lymph node status was the most important prognostic factor for survival.

KEYWORDS: Vulvar cancer; Vulvectomy; Unilateral lymph node dissection; Limphadenectomy; Pelvic exenterations.

ANTECEDENTES

El cáncer de vulva es una neoplasia poco frecuente que predomina en mujeres de edad avanzada, ocupa el cuarto lugar entre los cánceres ginecológicos y representa 3-5% de las neoplasias malignas del aparato genial femenino.[1,2,3] En Estados Unidos[4] se estima que en 2018 se diagnosticarán 6,190 casos nuevos (5.6% de los cánceres ginecológicos) y que fallecerán 1,200 mujeres debido a esta enfermedad.

En México, la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud estimó, para 2004-2006, una frecuencia de 625 casos que representan 1.4% de los cánceres genitales femeninos.[5] En el servicio de Oncología del Hospital General de México, en 2010-2011, se diagnosticaron 22 casos, cifra que constituyó 2% de las neoplasias ginecológicas malignas diagnosticadas en esa institución.[6]

El que la enfermedad predomine en pacientes de edad avanzada y que el tratamiento tradicional para este padecimiento haya sido la cirugía radical en bloque, consistente en vulvectomía con disección ganglionar inguinofemoral bilateral, que se acompañaba de gran morbilidad e, incluso, de mortalidad posoperatoria fue causa de que en las últimas décadas, con base en un mejor conocimiento de su historia natural, se hubiese generalizado la tendencia a individualizar su tratamiento, en función de la edad de las pacientes, la localización de las lesiones y el grado de avance de la enfermedad, así como de la disponibilidad de modernos equipos de radioterapia y de nuevos fármacos de quimioterapia.[1,2,3,7,8]

Las lesiones tempranas menores de 2 cm con invasión estromal hasta 1 mm (estadio IA, FIGO)[3] se tratan en la actualidad con escisiones locales con márgenes de 1-2 cm, evitando la disección ganglionar inguinofemoral. El estudio del ganglio centinela se ha incorporado para lesiones entre 2 y 4 cm con invasión estromal mayor de 1 mm y sin metástasis ganglionares clínicas y por imagen, en las que el margen en profundidad debe llegar hasta la fascia urogenital. (Estadio IB, FIGO).[1,2,3,8-11]

En lesiones limitadas a la vulva (estadio IB, FIGO)[3] es importante conservar tejido vulvar mediante escisiones locales radicales, o vulvectomías radicales, mediante incisiones separadas de la disección ganglionar inguinofemoral unilateral, o bilateral cuando la lesión mida más de 4 cm, o se encuentre en la línea media.[8,9,10] Este mismo tratamiento con resecciones parciales de la uretra, ano o periné, se considera para pacientes en quienes se demuestre esa invasión. (Estadio II, FIGO).[3]

Las lesiones locorregionalmente avanzadas son en las que se demuestre, con estudio histopatológico, la existencia de ganglios metastásicos, o

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i7.2187

invasión a la uretra proximal, vejiga, dos tercios proximales de vagina o al recto (estadios III y IVA).[3]

El tratamiento quirúrgico de pacientes con cánceres limitados a la vulva, con ganglios inguinofemorales susceptibles de ser operados, incluye la escisión local radical o la vulvectomía radical con disección ganglionar inguinofemoral bilateral mediante accesos separados.[1,2,8,10] Quienes no son susceptibles de ser operadas o tienen lesiones aún más avanzadas, con metástasis ulceradas o invasión a la vejiga o el recto, requieren accesos individualizados, entre ellos la radioterapia y quimioterapia en combinación, que desempeñan un lugar predominante como tratamiento primario.[2,3,7,10,12]

El objetivo de esta publicación es reportar la experiencia institucional en el tratamiento quirúrgico de pacientes con cáncer de vulva tratadas en tres periodos diferentes, en quienes para su análisis se utilizó la clasificación quirúrgica vigente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).[3] Asimismo, revisar los procedimientos quirúrgicos efectuados por estadio clínico, con los respectivos resultados y emitir las conclusiones correspondientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y observacional efectuado en pacientes con neoplasias malignas de la vulva, con algún tipo de tratamiento quirúrgico atendidas en tres periodos: 1967-1986, 2001-2011 y 2012-2016 en el servicio de Oncología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Los casos se dividieron según la clasificación vigente de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO):[3] VIN: neoplasia intraepitelial vulvar (VIN 2 y VIN 3). Estadio IA: lesiones de 2 cm o menos con invasión estromal hasta 1 mm sin metástasis; estadio IB: lesiones mayores de 2 cm, con invasión estromal mayor de 1 mm, confinadas a la vulva o periné, sin metástasis ganglionares. Estadio II: tumor de cualquier tamaño, con extensión al tercio distal de la uretra, vagina o ano, sin ganglios inguinofemorales metastásicos. Estadio III: tumores con metástasis ganglionares inguinofemorales demostradas por estudios histopatológicos de los especímenes quirúrgicos y estadio IVA: tumor que invade el tercio proximal de la uretra, mucosa de la vejiga, vagina en sus dos tercios superiores y mucosa del recto.[3]

Para esta revisión se consideraron lesiones tempranas los estadios I y II y estadios avanzados los III y IVA.[1,10,12]

Si bien las lesiones no invasoras se trataron de manera conservadora con escisiones locales o con vulvectomías simples, el tratamiento para las invasoras se llevó a cabo en forma individualizada. En el primer periodo la mayoría se trató con vulvectomía radical, disección ganglionar inguinofemoral en un solo bloque y disección ganglionar pélvica en caso de metástasis en el ganglio de Cloquet.[13] **Figuras 1 y 2**

Las lesiones en estadio IB, incluso de hasta 4 cm, se trataron con escisiones locales radicales que incluyeron márgenes de 1 a 2 cm en la superficie y hasta la fascia en profundidad, más disección ganglionar inguinofemoral unilateral. (**Figuras 3 y 4**) En pacientes con ganglios clínicamente metastásicos se llevó a cabo vulvectomía radical más disección ganglionar inguinofemoral bilateral (cirugía radical) en un solo bloque durante el primer periodo del estudio; y mediante incisiones separadas en el segundo y tercer periodos. En los últimos años del estudio a algunas pacientes con lesiones menores de 4 cm, sin metástasis ganglionares clínicas ni por imagen, se les hizo estudio de ganglio centinela.[1-3, 8-11] Las lesiones de mayor



Figura 1. Vulvectomía radical con disección ganglionar inguinofemoral en un solo bloque.



Figura 3. Tratamiento quirúrgico conservador (escisión local radical amplia).



Figura 2. Cicatriz quirúrgica en paciente con cirugía radical en un solo bloque.

tamaño, con o sin metástasis clínicas o por imagen, se trataron con vulvectomía radical y disección ganglionar inguino-femoral bilateral por incisiones separadas.

De 2001 a 2011 el acceso se efectuó, sobre todo, mediante incisiones paralelas al arco crural y del 2012 a 2016 mediante incisiones en S itálica. (**Figura 5**) La invasión distal de la uretra ameritó la resección de su tercio distal, desplazando un colgajo de la pared anterior de la vagina con el que se integró un nuevo meato por medio de puntos de mucosa a mucosa.[13]

En esta serie la invasión proximal de la uretra, de la mucosa de la vejiga o del recto en pacientes elegibles para cirugía fueron tributarias de cirugías ultrarradicales mediante exenteraciones pélvicas o resecciones abdomino-perineales, vulvectomía y disección ganglionar inguino-femoral diferida hasta obtener la cicatrización del primer procedimiento. **Figura 6**

En pacientes con metástasis ganglionares en los especímenes quirúrgicos se indicó radioterapia coadyuvante a la lesión primaria, en ambas ingles y ganglios de la pelvis, con dosis promedio de 50 Gy. En caso de recurrencias tumorales elegibles para cirugía se efectuaron reescisiones locales radicales, con o sin disección ganglionar o vulvectomías radicales con linfadenectomía. Las pacientes no aptas para cirugía recibieron radioterapia con o sin quimioterapia con agentes a base de platino.

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i7.2187



Figura 4. Disección ganglionar inguinofemoral unilateral (incisión en S itálica).



Figura 5. Disección ganglionar inguinofemoral bilateral con incisiones separadas.



Figura 6. Resección abdomino-perineal con vulvectomía en continuidad.

Se hizo análisis estadístico de los resultados con pruebas de χ^2 y prueba exacta de Fisher cuando una de las celdas tenía un valor esperado menor de 5, con IC95%. Se utilizó el programa Epi info versión 7.2. Los valores de confianza menores de 95% se consideraron sin significación estadística.

RESULTADOS

En el periodo de estudio recibieron tratamiento quirúrgico 151 pacientes: 67 (44%) del periodo 1967-1986 y 84 (56%) del 2001-2016. Las características clínico-patológicas del grupo se detallan en el **Cuadro 1**. La paciente más joven tenía 31 años y la mayor 99, con un promedio de edad de 66 años. El 61% de las pacientes eran mayores de 60 años: 15 del primer grupo (22%) y 16 del segundo y tercero (19%). Del primer grupo 6 pacientes (9%) y 17 del segundo y tercero

(20%) tenían 80 años y más (p = 0.09, NS). Por estadio clínico-quirúrgico la etapa III tuvo 38% y fue la más numerosa. **Cuadro 1**

Tratamiento quirúrgico

Se resolvieron con escisiones locales amplias 24 lesiones (VIN 2-3 y IA; 16%) o vulvectomías simples. Se trataron 16 pacientes con cánceres en estadio IB ubicados lateralmente, con escisiones locales radicales como tratamiento de elección. A 5 se les realizó estudio de ganglio centinela que se reportó negativo en todas las pacientes; esto evitó la disección ganglionar y en 8 la cirugía se completó con linfadenectomía inguini-femoral unilateral. En 6 pacientes en estadio IVA se practicó cirugía derivativa más radioterapia y en 70% restante (105 pacientes) se llevaron a cabo cirugías radicales y ultrarradicales (**Cuadro 2**). De las cirugías radicales del primer periodo, 47 fueron resecciones en bloque: vulvectomía radical más linfadenectomía inguini-femoral (72%) o inguini-femoral y pélvica (28%) (**Figuras 1 y 2**). En las 47 cirugías radicales restantes, pertenecientes al segundo y tercer periodos, los especímenes se obtuvieron mediante incisiones separadas. **Figura 5**

En 11 de los casos las cirugías fueron ultrarradicales y consistieron en 6 resecciones abdominoperineales con vulvectomía **(Figura 6),** 5 en estadio IVA y una en estadio IIB con progresión al recto, posterior a radioterapia; y 5 exenteraciones pélvicas más vulvectomía en continuidad en pacientes en estadio IVA.

Al establecer una correlación entre el diagnóstico clínico de metástasis ganglionar y los reportes de patología en 211 disecciones ganglionares se encontró 30% de error en los diagnósticos: 24% de falsos positivos *vs* 6% de falsos negativos. **Cuadro 3**

Cuadro 1. Aspectos clínico-patológicos

Variable	n	%
Edad en años*		
31 a 40	9	5.9
41 a 50	22	14.5
51 a 60	28	18.5
61 a 70	37	24.5
71 a 80	32	21.1
81 y más	23	15.2
Total	151	99.7
Tipos histológicos		
Epidermoides	141	93.3
Adenocarcinomas	10	6.6
Total	151	99.9
Estadio		
VIN 2-3	13	8.6
IA	11	7.2
IB-II	53	35.0
III	58	38.4
IVA	16	10.5
Total:	151	99.7

*Menor: 31 años, mayor:99. Promedio: 66 años.

Cuadro 2. Intervenciones quirúrgicas realizadas

Cirugía	n	%
Vulvectomía simple	14	9.2
E.L.A.*	10	6.6
E.L.A.radical**	8	5.3
E.L.A. radical más disección ganglionar inguinofemoral	8	5.3
Vulvectomía radical y disección ganglionar inguinofemoral	81	53.6
Vulvectomía y disección inguinofemoral y pélvica	13	8.6
Vulvectomía radical + resección abdomino-perineal	6	3.9
Vulvectomía radical y exenteración pélvica	5	3.3
Colostomía	6	3.9
Total:	151	99.7

*E.L.A.: Escisión local amplia **5 casos con ganglio centinela

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i7.2187

Cuadro 3. Correlación clínico-patológica en 211 disecciones ganglionares

Correlación	n	%
Sin error diagnóstico	148	70.1
Con error diagnóstico	63	29.8
Falsos positivos	51	24.1
Falsos negativos	12	5.6

Morbilidad y mortalidad

Las pacientes tratadas con cirugías conservadoras no tuvieron morbilidad: 61 de 94 casos se trataron con vulvectomía radical y disección ganglionar (65%) y tuvieron complicaciones durante los primeros 30 días de posoperatorio (complicaciones tempranas); la necrosis de los colgajos disecados fue la más común (48%). **Cuadros 4 y 5**

El estudio comparativo de la morbilidad de la cirugía radical en las diferentes épocas analizadas mostró una disminución de 81% para el periodo en que las cirugías se practicaban en bloque a 49% mediante incisiones separadas (p = 0.001). Las disecciones ganglionares con menor morbilidad fueron las que se practicaron de 2012 a 2016 con incisiones en S itálica. **Cuadro 4**

En esta revisión se reportaron 20 complicaciones tardías de la vulvectomía radical con disección ganglionar (22%); 16 pacientes con linfedema (17%) y 4 (4%) con incontinencia urinaria.

Cuadro 5. Complicaciones de la vulvectomía con linfadenectomía en 93 pacientes

Complicación	n	%
Necrosis de colgajos	45	47.8
Infección de la herida	40	42.5
Embolismo pulmonar	3	3.1
Tromboflebitis	2	2.1
Sangrado del tubo digestivo	2	2.1
Neumonía	1	1.0

Se practicaron 7 de 105 cirugías radicales o ultrarradicales y 7% fallecieron por complicaciones posoperatorias. La cifra incluye 4 de 94 vulvectomías radicales con linfadenectomía (4%) y 3 de 11 (27%) de las tratadas con cirugías ultrarradicales: 1 de 6 resecciones abdomino-perineales y vulvectomía (17%) y 2 de 5 exenteraciones pélvicas y vulvectomía (40%). Las muertes correspondientes al rubro de cirugía radical se registraron en la serie de 1967-1986.

Resultados del tratamiento

Se consiguió un seguimiento de 12 a 60 meses, con promedio de 30, en 127 pacientes, de las que 62 (49%) permanecían vivas y sin evidencia de enfermedad y 65 (51%) muertas por cáncer o pérdidas con actividad tumoral. Abandonaron sus controles 24 pacientes (16%) pero sin evidencia de enfermedad durante los primeros meses consecutivos al tratamiento y no se consideraron para los resultados finales.

Cuadro 4. Morbilidad de la vulvectomía radical con linfadenectomía en diferentes épocas

Evolución	1967-1986*		2001-2011**		2012-2016**	
	n	%	n	%	n	%
Sin morbilidad	9	19.1	16	47	9	69.2
Con morbilidad +	(a) 38	80.8	(b)19	52.9	(c) 4	30.7
Total	47	99.9	35	99.9	13	99.9

+61 de 94 casos: 64.5%
*Cirugías en bloque. **Cirugías con incisiones separadas
(a) *vs* (b + c): p = 0.001, (a) *vs* (b): p = 0.019 y (b) vs (c): p = 0.19, NS.

Evolucionaron sin evidencia de enfermedad 46 de 59 pacientes con lesiones invasoras tempranas (83%) (estadios I y II) y 16 de 55 (29%) con lesiones avanzadas (estadios III y IVA). Como se muestra en el **Cuadro 7** se tuvo seguimiento sin actividad tumoral por el lapso mencionado en 76% de los estadios IB-II, en 32% de los III (p = 0.00007) y en 21% de los IVA.

Solo en 3 de las 11 pacientes tratadas con cirugías ultrarradicales (27%) se obtuvo un seguimiento sin evidencia de enfermedad durante el lapso mencionado. Se incluyeron 2 de las 6 resecciones abdomino-perineales y vulvectomía (33%) y 1 de las cinco tratadas con exenteraciones pélvicas (27%).

Cuadro 6. Necrosis de los colgajos de las disecciones ganglionares en diferentes épocas

Periodo	n	%
1967-1986	33/47*	70.2
2001-2011	10/34	29.4
2012-2016	2/13	15.3
Total:	45/94	47.8

*13 pacientes (27.6%) con disecciones inguinales y pélvicas
(a) *vs* (b): p = 0.0006, (a) *vs* (c): p = 0.001 y (b) *vs* (c): p = 0.464.

Cuadro 7. Cáncer de vulva. Resultados del tratamiento

Estadio cínico-quirúrgico	Evolución sin evidencia de enfermedad*	
	n	%
VIN: 2-3	12/13	92.3
IA	9/10	90.0
IB-II (a)	37/49	75.5
III (b)	13/41	31.7
IVA (c)	3/14	21.4
Total:	62/127**	48.8

*30 meses como promedio
(a) *vs* (b): p = 0.00007 y (b) *vs* (c): p = 0.7342.
**24 pacientes (15.8%) abandonaron su seguimiento sin evidencia de enfermedad

Recurrencias tumorales

De las pacientes con seguimiento 61 de las 127 (48%) tuvieron recurrencias tumorales entre los 10 y 53 meses postratamiento, con promedio de 13 meses. 27 (44%) fueron locales, 28 (46%) locorregionales y pélvicas y 6 (10%) a distancia: 2 al pulmón y 4 a la región paraaórtica. Recibieron tratamiento posterior 46 pacientes (75%). Se registraron 23 nuevas resecciones locales radicales (22%), 10 vulvectomías radicales con linfadenectomía (16%) y 13 (28%) radioterapia con o sin quimioterapia. Solo en 11 casos (24%) con recurrencias locales o locorregionales y pélvicas se obtuvo nuevo control de la enfermedad. La cifra incluyó 5 de 23 nuevas escisiones locales radicales (22%); 3 de 10 vulvectomías radicales con linfadenectomía (30%) y 3 de 9 con radioterapia (33%).

DISCUSIÓN

El tratamiento del cáncer invasor de la vulva es un reto para el oncólogo porque en la mayoría de los casos la enfermedad aparece en mujeres de edad avanzada, muchas de ellas con comorbilidades, lo que obliga a individualizar su tratamiento con base en el mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad y en que la cirugía radical que implica cifras altas de morbilidad e, inclusive, de mortalidad operatoria,[1,2,3,7,9] es el tratamiento de elección para estos casos.

Si bien en las últimas décadas se ha registrado un incremento de la enfermedad en pacientes menores de 50 años atribuible a la infección por virus del papiloma humano como agente causal (neoplasia tipo 1) [1,2,3,14] en el análisis de esta casuística ese incremento no se reflejó al comparar el número de casos en pacientes de 50 años o menos en dos diferentes épocas. Sin embargo, sí es de llamar la atención el incremento en años recientes de 11% en la cifra de pacientes con

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i7.2187

edad mayor de 80 años (p: 0.091, NS) lo que hizo aún más difícil la elección del tratamiento para estos casos.

La clasificación vigente de la FIGO para cáncer vulvar es quirúrgica[3] al etapificar en estadios IB y II a las lesiones invasoras limitadas a la vulva o con mínima invasión a la uretra, ano o vagina, en etapa III que cursen con metástasis ganglionares demostradas por patología, y en IVA las de invasión a la vejiga y el recto. Esto ha permitido dividir al padecimiento en enfermedad temprana y enfermedad localmente avanzada, lo que tiene implicaciones terapéuticas y pronósticas.[1,2,3,15]

Si bien en esta serie las lesiones preinvasoras y con mínima invasión estromal (VIN 2-3 y IA) se trataron con escisiones locales o mediante vulvectomías simples con resultados muy satisfactorios, se tornó en un verdadero problema el tratamiento de lesiones más avanzadas con o sin sospecha de metástasis ganglionares.

En esta serie de 16 casos con lesiones invasoras y sin metástasis ganglionares por clínica (15%) se trataron con cirugías conservadoras: 8 con escisiones locales radicales, 5 de ellas con ganglio centinela y 8 con escisiones locales radicales y disección ganglionar unilateral, procedimientos actualmente aceptados para lesiones de localización lateral y, de preferencia, menores de 4 cm.[1,2,3,8-11,14]

La decisión de optar por la cirugía conservadora en pacientes con cáncer vulvar invasor debe basarse en un buen criterio clínico porque las pacientes añosas suelen cursar con procesos inflamatorios locales que enmascaran zonas de multicentricidad de las lesiones, con riesgo de recurrencias locales, lo que justifica que solo 16 pacientes de esta serie (15% de las lesiones invasoras tempranas) fueran aptas para este tratamiento.

En la segunda mitad del siglo pasado estaba establecido en el servicio el tratamiento de las lesiones invasoras mediante vulvectomías radicales, con disección ganglionar mediante una sola incisión y los especímenes se obtenían en un solo bloque con cifras de morbilidad y mortalidad elevadas, como lo muestran los resultados de la primera serie del estudio. Debido a la alta morbilidad de las cirugías en bloque reportada por diversos autores,[1,2,8,16] el acceso en bloque ha quedado abandonado y en su lugar para lesiones mayores de 4 cm, centrales, o con sospecha de metástasis ganglionares, las cirugías se efectúan con tres incisiones.[1,2,8,10]

En el siglo que trascurre, los procedimientos de cirugía radical de nuestro estudio, que cursaron con menor morbilidad, fueron los que llegaron a las ingles con incisiones en S itálica. Las disecciones ganglionares pélvicas, efectuadas en 9% de las pacientes de esta serie, en la actualidad sólo se indican para casos muy seleccionados, con metástasis de fácil acceso y en continuidad con la disección inguino-femoral.[3,9,10] Las pacientes en estadio III, con metástasis no resecable, son aptas para recibir radioterapia electiva y quimioterapia, con posterior valoración de cirugías de detumorización, según la respuesta de la paciente.[2,3,10,15]

La radioterapia como coadyuvante de la cirugía en pacientes con metástasis ganglionares es el tratamiento de elección para estos casos, con la finalidad de disminuir las recurrencias tumorales locorregionales.[1,3,7,10,15] Por desgracia, su aplicación incrementa el riesgo de complicaciones tardías, como el linfedema de las extremidades que se reporta, incluso, en 30%.[7,10,17] Esta complicación se registró en 17% de nuestras pacientes tratadas de esta manera.

En esta serie 11 pacientes resultaron aptas para cirugías ultrarradicales en continuidad con la vulvectomía, pero difiriendo la linfadenectomía.

Como tratamiento primario 10 casos y uno más como cirugía de salvamento posradioterapia. La mortalidad operatoria fue de 27% y la cifra de seguimiento sin enfermedad de igual porcentaje. Si bien sigue vigente la indicación de estos procedimientos, la selección de las pacientes idóneas para esta intervención debe efectuarse con sumo cuidado, por su elevada morbilidad y mortalidad y deficiente calidad de vida de las supervivientes. [1,2,10,15] La quimioterapia con platino como base más radioterapia, con opciones a cirugías menos radicales en pacientes sin respuestas completas, se está constituyendo como un procedimiento de elección para estadios IVA y algunos IVB por metástasis pélvicas.[1,2,3,7,10,16,18]

La correlación clínico-patológica en las 211 disecciones ganglionares de esta serie arrojó 30% de errores en el diagnóstico de las metástasis. En 51 casos (24%) no se corroboraron en los especímenes quirúrgicos, y en 12 (6%) las metástasis no fueron sospechadas por los clínicos.

A pesar de que el tamaño tumoral es una indicación para el acceso ganglionar, las dimensiones de las lesiones primarias no influyen en la afectación de los ganglios regionales, por lo que la clasificación actual de la enfermedad incluye a las metástasis ganglionares como lesiones avanzadas (estadio III) y lesiones limitadas a la vulva y a la proximidad de la vagina, uretra o ano como lesiones tempranas (estadios IB y II), independientemente de su tamaño.[3,10]

Las recurrencias tumorales, en promedio a los 13 meses posteriores al tratamiento, se registraron en 61 pacientes (48%) y fueron locorregionales y pélvicas (46%). Evolucionaron con diseminación a distancia 6 pacientes (10%), 4 a la región paraaórtica y 2 al pulmón. Se consiguió rescatar a 11 casos con recurrencias locales o locorregionales y pélvicas (24%): 8 con nuevas cirugías y 3 con radioterapia. En virtud de la mayor tendencia a individualizar el tratamiento de esta neoplasia y a tratar de ser más conservadores en las cirugías, se ha incrementado el riesgo de recurrencias locorregionales; lo común es que aparezcan en el trascurso de los dos primeros años y puedan tratarse con nuevos procedimientos quirúrgicos.[3,12,17]

En esta revisión evolucionaron sin evidencia de enfermedad por un lapso de 30 meses como promedio, 62 de 127 pacientes que tuvieron seguimiento (49%). La cifra incluye 21 de 23 pacientes con lesiones preinvasoras y con invasión menor a 1 mm, (91%); 76% de los estadios IB2 y II (37/49); 32% de los estadios III (13/41) p = 0.00007, y 21% de los IVA (3/14).

El factor pronóstico más relevante para las pacientes con indicación para cirugía radical es la presencia o ausencia de metástasis ganglionares en los especímenes quirúrgicos. Sin metástasis ganglionares, el seguimiento a 5 años es de entre 70 y 90% (estadios I y II) y con metástasis ganglionares de 25-50% (estadios III y IV-A). Para las pacientes con metástasis a distancia las cifras son menores de 20% (estadios IV-B).[10,12,17]

CONCLUSIONES

El promedio de edad de las pacientes de esta serie fue de 66 años. Al comparar los períodos 1967-1986 con los de 2001-2016 no se encontraron diferencias en pacientes menores de 50 años, pero sí un incremento de 11% para las mayores de 80 años en el periodo 2001-2016 (p = 0762). La etapa quirúrgica predominante fue la III con 58 pacientes (39%), 24 (16%) tenían lesiones preinvasoras o con mínima invasión (VIN 2-3 y IA); 53 (42%) con cánceres invasores tempranos (estadios IBI) y 74 (58%) con cánceres invasores avanzados (estadios III y IVA). Solo en 16 pacientes con cánceres invasores (15%) se practicaron cirugías conservadoras de la lesión primaria con o sin disecciones ganglionares unilaterales.

DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v86i7.2187

Si bien la tendencia es individualizar el tratamiento quirúrgico del cáncer invasor de la vulva a fin de disminuir la morbilidad de la cirugía radical, en esta serie solo 15% se trataron con cirugías conservadoras. Las metástasis ganglionares fueron el factor pronóstico más desfavorable.

REFERENCIAS

1. Bailey Claire, Luesley David. Squamous vulvar cancer an update. The Obstetrician & Gynecologist 2013;15:227-31
2. Alkatout I, Shubert M, Garbrecht N, Weigel TM, Jonat W, Mundhenke Ch, et al. Vulvar cancer: epidemiology, clinical presentation, and management options. Int J Women´s Health. 2015;7:305-313.
3. Hacker FN, Eifel JP, van der Velden J. Cancer of the vulva FIGO Cancer Report 2012. Int J Gynecol Obstet. 2012 119S2:S90-S96.
4. Facts and Figures. Estimated Number of New Cancer Cases and Deaths by Sex, US, 2018. National Cancer Institute. 2018. p.4.
5. Fernández CSB, Leon AG, Herrera TMC, et al. Perfil Epidemiológico de losTumores Malignos en México. Dirección General de Epidemiología (SINAI/SINAVE/DGE/Salud). México D.F: Secretaría de Salud; 2011.p.46-122.
6. Torres LA, Amoretti C, Morgan OF. Cáncer Ginecológico: Evolución de suFrecuencia relativa en una Institución de alta especialidad. Gac. Mex. Oncol. 2014;13:222-228.
7. Lee J, Kim HS, Kim G, Yu M, Park ChD, Yoon HJ et al. Treatment outcome in patients with vulvar cancer: comparison of concurrent radiotherapy to postoperative radiotherapy. Radiat OncolJ. 2012;30:20-26.
8. Baicchi G, Rocha MR. Vulvar cancer Surgery. Curr Opin Obstet Gynecol. 2014;26:9-17
9. Hacker FN, Blomfield P. Surgical Techniques for Vulvar Cancer. In: Ali Ayhan, Nicholas Reed, Murat Gultekin, Polat Dursun, Editors: Textbook of Gynaecological Oncology Gunes Publishing 2nd edition ESGO, 2011.p.541-551.
10. Vulvar Cancer. Principles ofSurgery and Overview. NCCN Guidelines Version 1.2018. B.1-4 and MS.2-10.
11. BrammenL, Staudenherz A, Poloterauer S, Dolliner P, Grim Ch Reinthaller A, et al. Sentinel Lymph node detection in vulvar cancer patients: A 20 years analysis. Hell J Nud Med 2014;17: 184-189.
12. Hensley L. Martee. Vulvar Cancer. In: Gynecologic CancersASCO-SEP. 2016. Vol. 4 Chap 11. p.351
13. Torres LA, Mendoza TA, Palacios CA. Tratamiento quirúrgico del cáncer de la vulva. Experiencia con 43 casos. Ginecol Obstet Méx. 1983;319:287-296.
14. Salazar B I, Salazar CEJ, López AA, Villavicencio VV, Coronel MJ, Candelaria HM et al. Manejo quirúrgico inicial del carcinoma epidermoide vulvar. Gac Med Mex.2016;152:297-303.
15. Icheletti L, Preti M. Surgery ofvulvar cancer.Best Practice & Research Clin Obstet and Gynaecol. 2014;28:1074-1087.
16. Rao Y,Chin Re-I, Hui C, Mutch DG, Powell MA, Schwarz JK, et al. Improved survival with definitive chemoradiation compared to definitive radiation alone in squamous cell carcinoma of the vulva: A review of The National Cancer Database. Gynecol Oncol 2017;146:572-579.
17. Kaban A, Kaban I, Afsar S. Surgical management of squamous cell vulvar cancer without clitoris uretra o anus involvement. Gynecol Oncol Reports.2017;20:41-46.
18. O´Donnell RL, Verleye L, Ratnavelu N, Galaal K, Fisher A, Naik R . Locally advanced vulva cancer: A single centre review of anovulvectomy and a systematic review of surgical. Chemotherapy and radiotherapy alternatives. an international collaborative RCT destined for true “too difficult to do”. Gynecol Oncol.2017;144:438-447.

Puntaje para mantener la vigencia

El Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia otorga puntos para la vigencia de la certificación a los ginecoobstetras que envíen, a la página web del Consejo, un comentario crítico de un artículo publicado en la revista Ginecología y Obstetricia de México. El comentario deberá tener mínimo 150 y máximo 500 palabras.