

Vulvectomy radical. Presentación de un caso

Dr. Francisco García López.

Especialista en 1er. Grado de Cirugía General.

RESUMEN

El cáncer de vulva como afección de la piel es una entidad factible de diagnóstico precoz y por tanto, con altas probabilidades de tratamiento curativo. La incidencia de la enfermedad para países desarrollados es de 1 a 2 por 100 000 mujeres y se reportan un promedio de 500 muertes anuales por esta patología. Es una enfermedad de la tercera edad que generalmente se diagnostica en etapas avanzadas aunque en los últimos años la edad de aparición ha disminuído y sobre todo las etapas precoces han sido detectadas en los grupos de edades entre 45 y 60 años, además se han reportado casos de féminas de 27 años de edad. La cirugía es la terapéutica de elección que por ser la más eficaz, incluye exéresis amplia, vulvotomías parciales, simples y radicales, esta última con vaciamiento ínguino femoral y de la vulva. La magnitud de la intervención está determinada por la etapa clínica, por lo que se debe insistir en todos los niveles de atención de salud, lograr un diagnóstico de las lesiones en etapas tempranas en busca de obtener una curación con resecciones conservadoras y poco mutilantes. La radioterapia y la poliquimioterapia son terapéuticas generalmente adyuvantes al tratamiento quirúrgico, siendo sólo de primera opción en contraindicaciones al mismo, sea por problemas de la paciente, o por la extensión de la enfermedad. Se presenta un caso único de cirugía clásica de vulvectomy radical realizada en el Servicio de cirugía general de nuestro hospital.

Palabras claves: cáncer de vulva, técnica quirúrgica radical clásica.

ABSTRACT

Cancer of the vulvae as skin disease could have an early diagnosis; therefore it has a lot of possibilities to be cured through out medical treatment. The incidence of this disease in the developed countries is 1 to 2 per 100 000 women and 500 annual deaths due to this disease are reported. It is a disease. It

characterized by affect elderly female patients and it is usually diagnosed in an advance stage; although in the last years it has changed decreasing the age as a risk factor. Overall, the early stage of the disease has been detected in the age groups of 45 and 60 years old. Besides, female cases of 27 years old have been reported. Surgical procedure is the most selected therapy because it is the most effective method which includes wide exéresis simple and radical partial vulvotomies, the last one with a complete removal of inguinal femoral and of the vulvae. The magnitude of the surgical procedures depends on the clinical stage of the disease; that is why the health providers should achieve an early diagnosis of the disease. Radiotherapy and polichemiotherapy are therapies which are combined with the surgical procedures, Butt he are Only selected as the first option when they are contraindicated due to patient's problems or due to the magnitude of the disease. A unique case of radical vulvectomy classical surgery was presented in the General Surgical Service in "Calixto Garcia" Hospital.

Key Words: cancer of the vulvae, classical radical surgical procedure.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de la vulva es uno de los procesos infiltrativos menos comunes en el aparato genital femenino, con una frecuencia estadística del 3 al 6 por ciento de todos los tumores malignos ginecológicos. En su mayor parte constituyen una enfermedad de la edad avanzada el promedio de incidencia es de 60 años. No obstante en los estudios realizados por el Hospital "M. D. Anderson" que alcanzó un total de 254 pacientes, aproximadamente el 27 por ciento se encontraban en el rango de edad entre los 27 y 50 años⁽¹⁾.

Además, en América, en la región del área del Caribe se informa que va precedido de una afección granulomatosa en el 45 por ciento de los casos y se le encuentra a una edad mucho más temprana^(2,3).

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

Como síntoma más común podemos señalar el prurito. Dado que la distrofia vulvar suele preceder a la aparición del cáncer, con frecuencia el prurito constituye un antecedente registrado durante meses, y aún años, antes de hacerse ostensible el carcinoma. El cáncer es a menudo doloroso, y en fases más avanzadas puede ser muy dolorosa. En algunas oportunidades, lo primero que llama la atención de la paciente es la aparición de un pequeño nódulo o de una ulceración en la región vulvar. Cuando el cáncer progresa, esta ulceración destila un líquido sanguinolento. Uno de los síntomas presente puede ser una sensación de quemadura al orinar, debido al área ulcerada.

Cuando una mujer se queja de uno o de todos estos síntomas el diagnóstico no ofrece mayor dificultad luego de examinar la vulva.

La pregunta más frecuente con relación al carcinoma de vulva es: ¿En qué parte de la piel difusamente anormal de la vulva debe practicarse la biopsia?

Un nódulo o ulceración prominente, a menudo sobre una base leucoplásica, constituye el cuadro característico, pero el linfogranuloma venéreo, la tuberculosis, la vulvitis herpética crónica y otras lesiones ulcerativa puede simular un carcinoma. En todos los casos deberá practicarse una biopsia antes de continuar la terapia ^(1, 4, 5, 6).

MÉTODO DIAGNÓSTICO Y DIFERENCIAL

- Con frecuencia el cáncer infiltrativo de esta región está asociado con lesiones epiteliales distróficas vulgares, la preocupación del clínico-cirujano de que pueda pasar por alto la zona de malignidad, es válida.
- Collins ha comunicado el empleo de una solución de azul de toluidina al uno por ciento como método de tinción del epitelio anormal. Después de pintada la vulva con la indicada solución, se esperan dos o tres minutos y se limpia a continuación la superficie coloreada con una solución de colorante de ácido acético al uno por ciento en agua, el epitelio anormal en especial la zona de paraqueratosis, retiene la tinción e identifica el área sospechosa, para la biopsia.

Como era de esperar esta coloración es absorbida rápidamente por todos los epitelios atípicos benignos, en forma análoga a lo que ocurre con la tinción de Chillers en el test para el cáncer vaginal y cervical. Como consecuencia se pueden obtener falsos resultados positivos hasta un 16 por ciento en los casos estudiados por Collins. Por consiguiente, se deben realizar biopsias múltiples de las lesiones clínicamente más anormales de la vulva para tener la certeza que ha sido evaluada toda la zona.

- Este tipo de tumor suele progresar de modo lento. Pese a ello y a que se desarrolla en la superficie externa del cuerpo, las enfermas se presentan frecuentemente cuando sus lesiones son muy avanzadas. Las razones para tal demora son muy diversas. Como la neo formación se presenta con frecuencia en mujeres adultas mayores, las mismas, apegadas todavía a conceptos de pudor exagerado, se muestran a menuda remisas en acudir al médico. Realizándose remedios caseros hasta que los síntomas progresivos demuestran su inutilidad.
- Estos tipos de tumores han sido clasificados por la clasificación TNM del carcinoma vulvar. Esta clasificación ha demostrado ser demasiado engorrosa para que la emplee el médico. En consecuencia, la asamblea general de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) adoptó una clasificación clínica del carcinoma vulvar revisada en 1976 ⁽¹⁾.

CLASIFICACIÓN

Estadío 0. Carcinoma in situ (por ejemplo, enfermedad de Bowen, enfermedad no invasora de Paget).

Estadío 1- Tumor limitado a la vulva de dos centímetros o menos de su diámetro mayor. Los ganglios no son palpables o lo son en cualquiera de la ingle, no agrandado, móvil (sin sospecha clínica de neoplasma).

Estadío 2- Tumor limitado a la vulva de más de dos centímetros de diámetro. Los ganglios pueden o no ser palpables en cualquier de las dos ingles, no agrandados, movibles sin sospechas clínicas de neoplasma.

Estadío 3- Tumor de cualquier tamaño con 1.- propagación adyacente a la uretra y a cualquier parte

o a la totalidad de la vagina, el perineo y el ano y 2.-ganglios palpables en una de las ingles o en ambas agrandados, firmes y móviles pero con sospechas clínicas de neoplasma.

Estadío 4- Tumor de cualquier tamaño: 1- que infiltra la mucosa de la vejiga o de las mucosas rectales o ambas, incluyendo la parte superior de la mucosa uretral, 2- con fijación a hueso u otra fijación de metástasis distante ^(3,4,7).

RECUENTO HISTÓRICO DEL TRATAMIENTO.

Bassat propone en 1912 tomar en bloque toda el área de la vulva y de los ganglios linfáticos inguinales. En 1918 Keher modifica esta última con dos incisiones independientes oblicuas y bajas sobre cada fosa ilíaca a la operación de vulvectomía ⁽⁸⁾.

El fundamento de este tipo de operación está avalada por el trabajo realizado por Sappey en 1874, primer anatomista que demostró que el drenaje linfático de la vulva se efectúa hacia los ganglios inguinales y femorales en dirección a los troncos ilíacos y paraaórticos.

Si bien la vulvectomía radical y la disección de la ingle constituyen el tratamiento preferencial debe encararse un tratamiento más conservador para los pacientes que presentan una invasión muy limitada del estroma, pacientes en las cuales el carcinoma invasor está limitado a una extensión no mayor de 5 milímetros estromática. Ruteledgeir W. Te Linde y otros han señalado que no es frecuente encontrar metástasis en los ganglios linfáticos, en consecuencia es recomendable una vulvectomía simple ⁽³⁾.

Opiniones relacionadas con el proceder quirúrgico

a) Tratamiento temprano del carcinoma vulvar con linfadenectomía ipsilateral y hemivulvectomía radical modificada.

Aunque las proporciones de las curas son altas, la morbosidad del funcionamiento radical para el carcinoma de la vulva es sustancial ^(1,9).

La morbosidad aguda y a largo plazo así como la estancia hospitalaria son menos prolongada con la extirpación local del tumor que con la

vulvectomía radical con linfadenectomía inguinal bilateral pero el número de pacientes que tuvieron recidivas ganglionares en las regiones inguinales son atribuibles a la decisión de dejar los nódulos femorales intactos ^(1,2,9).

b) En nuestro caso se utilizó la técnica quirúrgica propuesta por Keher ^(4,10).

Las imágenes que verán son del caso que estamos exponiendo.

Presentación del caso

Paciente de 72 años de edad que acude a nosotros por presentar un tumor en la región vulvar refiriendo que en un principio se comportaba como una lesión pruriginosa y algo dolorosa que cuando le empezó a crecer comenzó a preocuparse y acude al médico donde por los métodos de biopsia se le realiza el diagnóstico de carcinoma verrugoso. Este tipo de neoplasia representa el 1 por ciento de todos los tumores malignos ginecológicos.

Decisión de la técnica quirúrgica

La paciente presentaba un tumor de más de 2 cm. Con las características expuestas anteriormente sin que se le palparan ganglios sospechosos de metástasis en las regiones inguinales ni expansión hacia la uretra u otros órganos. (Fig. 1).



Figura1 Preparación del campo operatorio para la incisión vulvo vaginal.

El tamaño, el tiempo de evolución de la enfermedad y las condiciones físicas de la paciente se tomaron en cuenta para realizarle la vulvectomía con linfadenectomía inguinal bilateral y no un proceder local.

DESCRIPCIÓN

La vulva es extraída después de ligar con gran cuidado los vasos nutricios del clítoris. Los músculos bulbocavernoso y transversos superficiales del perineo son resecados en la disección vulvar. Al llegar aquí es importante identificar y ligar los vasos pudendos internos, principal aporte sanguíneo a la vulva. (Fig. 2).



Figura 2 Incisión vulvar a lo largo del surco labio crural que será seguida de una disección hasta la capa muscular urogenital.

Descripción del siguiente paso

La mucosa de la pared vaginal posterior se despega en una extensión de 3 a 4 centímetros para proporcionar un complejo mucoso que por anastomosis tegumento perineal, permitirá evitar la tensión en esta parte de las líneas de sutura y la constricción del introito. (Fig. 3).

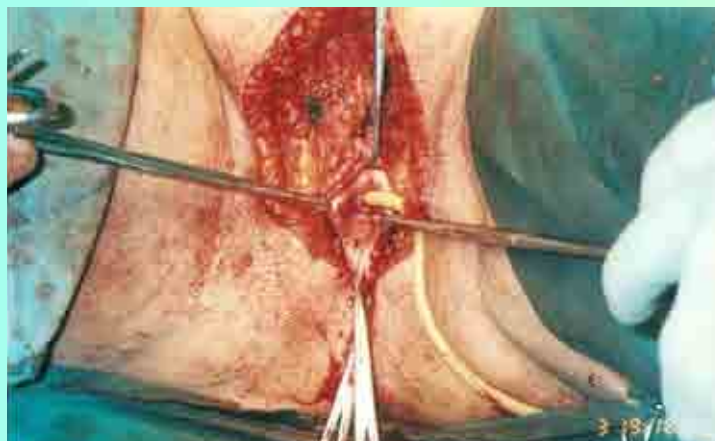


Figura 3 Imagen de la exéresis de la vulva.



Figura 4 Cierre de la exéresis de la vulva con anastomosis de la piel con la mucosa vaginal.

El siguiente paso realizado fue el de la linfadenectomía inguinal bilateral y el cierre de ambas regiones. (Fig. 5 y 6).



Figura 5 Con linfadenectomía pélvica extraperitoneal. La disección comprende los grupos ilíacos externos, ilíacos primitivos, hipogástrico y obturador. Obsérvese la arteria femoral.



Figura 6 Cierre de las regiones inguinales después de la linfadenectomía con drenajes en ambas regiones.

Evolución de las heridas quirúrgicas e imagen de la paciente, diez años después. (Fig. 7).



Figura 7 Aspecto de la cicatrización de la zona quirúrgica ocho años después.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Te Linde RW. Afecciones quirúrgicas de la vulva en Ginecología operatoria, Editorial científico-técnica La Habana. Primera reimpresión España 1983; 30:556-557-564.
2. Cordero FAR. Morbimortalidad y pronóstico en pacientes sometidas a vulvectomy por cáncer de vulva primario / Morbimortality and pronostic in patients submissive vulvectomy by vulvar primary cancer. Rev. méd. Costa Rica; jul.-set. 1989; 56(508):93-99.
3. Vicente de la Cruz, AA; Vicente Medina, ML; Peña AH de la C. Tumor de la vulva, vulvectomy radical / Vulvar tumor, total vulvectomy. Rev. Cubana. Cirugía jul.-sept 2011; 50(3): 358-362.
4. Silveira Pablos JM, Bosque Diego O, Aguilar Vela de Oro FO, Lichenat Lambert A, I Díaz Ortega I y Plá Bernal L. Estrategia terapéutica del cáncer de vulva en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Rev. Cub .Oncol, 2001; 17(2):138-44.
5. Rodríguez SE; Casareto RC [Vulvar carcinoma. 1-stage bilateral inguinal emptying and vulvectomy]. Carcinoma de vulva. Vaciamiento inguinal bilateral y vulvectomy en un solo tiempo. Prensa Med. Argent; 1966 sep 23. 0032-745X 53(38):2215-8.

6. Bosque Diego O deJ, Delgado Almanza R, Montero León JF, Esperón Noa RP, Silveira Pablos JM, Aguilar Vela de Oro FO. Cáncer de la vulva: cuadro clínico, histopatología y supervivencia (1980 a 2004). *Rev. Cub Cir*, dic 2008, vol.47(4).
7. Ribeiro F, Figueiredo A, Paula T, Borrego J. Vulvar intraepithelial neoplasia: evaluation of treatment modalities. *J Low Genit Tract Dis*. 2012 Jul;16(3):313-7. doi: 10.1097/LGT.0b013e3182410544. (pubMed)
8. Urrutia Ruiz M [Radical vulvectomy]. *Vulvectomy radical*. *Cir* 1968; 36(5):522-4.
9. Li J, Zhou H, Wang LJ, Lu XM, Rao QX, Lu HW, Lin ZQ. A modified triple incision technique for women with locally advanced vulvar cancer: a description of the technique and outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012 Oct; 164(2):185-90. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.05.035. Epub 2012 Jun 26.
10. Barrena N; Wild R; Mayerson D; López JL [Intraepithelial neoplasms of the vulva: treatment by skinning vulvectomy]. *Neoplasia intraepitelial vulvar: terapia mediante vulvectomy tegumentaria*. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*; 1987; 52(5):281-5.

INICIO