

Cáncer de vulva y su tratamiento en Alicante, España (2000-2013)

Vulvar carcinoma and treatment (200-2013)

Lourdes Sánchez Gutiérrez, José María Rodríguez Ingelmo

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España.

RESUMEN

Introducción: en los últimos años se ha incrementado el número de carcinomas de vulva, sobre todo en pacientes menores de 50 años, asociado al incremento del número de casos de neoplasia vulvar intraepitelial.

Objetivo: describir nuestra casuística de lesiones invasivas vulvares.

Métodos: se realiza una revisión retrospectiva de todas las neoplasias de vulva atendidas en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España desde 2000 hasta 2013.

Resultados: esta serie comprende 38 casos. El carcinoma epidermoide fue la neoplasia más frecuente (78,9 %). La supervivencia fue del 65 % al finalizar el segundo año. La edad, el estado ganglionar, la presencia de márgenes afectos y el estadio tumoral, fueron predictores estadísticamente significativos para la supervivencia global.

Conclusiones: la afectación ganglionar es un factor pronóstico importante para la supervivencia global. La elección de una técnica quirúrgica más conservadora disminuye la estancia hospitalaria sin modificar las tasas de recidivas ni la supervivencia.

Palabras clave: neoplasia vulvar; supervivencia; tratamiento quirúrgico del cáncer de vulva.

ABSTRACT

Introduction: In recent years the number of vulvar carcinomas has increased, especially in patients younger than 50, associated with the increase of number of cases of vulvar intraepithelial neoplasia.

Objective: Describe our casuistic of vulvar neoplasia in the last 14 years and Determine prognostic variables for survival.

Methods: Retrospective review of all vulvar malignancies is conducted for those treated at Obstetrics and Gynecology Department of Elche University General Hospital, Alicante, Spain, from 2000 to 2013.

Results: Our series included 38 patients. The most frequent neoplasm was squamous cell carcinoma (78.9 %). Global survival at 2 years was 65 %. Age, lymph node metastasis, involvement of resection margins and tumor stage, were statistically significant predictors for overall survival.

Conclusions: Inguino-femoral lymph node status is an important prognostic factors for overall survival. Conservative surgery improves postoperative morbidity without modifying outcomes.

Keywords: Vulvar carcinoma; survival; surgical management.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de vulva representa 5 % de todos los tumores malignos ginecológicos.^{1,2} Su incidencia varía según las series entre un 0,5-3 por 100,000 mujeres/año. En los últimos años se ha incrementado el número de carcinomas de vulva, sobre todo a expensas de pacientes menores de 50 años, asociado al incremento del número de casos de neoplasia vulvar intraepitelial (VIN). El objetivo de este trabajo fue describir la casuística de lesiones invasivas vulvares.

MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de todas las neoplasias de vulva atendidas en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España desde 2000 hasta 2013. Nuestra serie comprende 38 casos. La base de datos y el tratamiento estadístico se han realizado con el programa SPSS versión 18.0.

La prueba estadística utilizada para variables cualitativas fue la de chi cuadrado. La magnitud del riesgo se estimó mediante el Riesgo Relativo. El análisis de supervivencia se realizó mediante el método de *Kaplan-Meier*. Se calcularon los intervalos de confianza al 95 %. El límite de significación estadística se consideró para una $p < 0,05$.

RESULTADOS

La base de datos contiene 38 pacientes comprendidas entre los 44 y 93 años de edad. La edad media fue de 71,9 años, la desviación típica 12,4 y la mediana fue de 75 años. El 31,6 % de las pacientes presentaba prurito vulvar. El 26,3 % asoció el antecedente de un líquen escleroatrófico y en 15,7 % se encontró una neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) asociada. Entre este último grupo de pacientes se halló como factor de riesgo el antecedente de tabaquismo en 75 % frente a 11,7 % en las no fumadoras ($p= 0,002$).

La característica principal de la lesiones fue la existencia de una zona indurada en la vulva (31 %), una buena parte de las pacientes también presentó una úlcera (29 %) o una lesión excrecente (21 %).

La localización de las lesiones se expresa en la [tabla 1](#), donde predominan las de los labios mayores (42 %).

Tabla 1. Localización de neoplasias vulvares

	Frecuencia	%
No se recoge en HC	5	13,2
Labio mayor D.	8	21,1
Labio mayor I.	8	21,1
Ambos labios my	3	7,9
Clítoris	3	7,9
Horquilla	3	7,9
Labio menor D	4	10,5
Labio menor I.	2	5,3
Ambos labios mn	1	2,6
Vagina	1	2,6
Total	38	100,0

El tumor más frecuente fue el carcinoma epidermoide 78,9 % (30 casos), seguido del verrucoso 5,3 % (2 casos). El tipo histológico menos frecuente fue el carcinoma vasocelular 2,6 % (1 caso).

En relación con el grado de diferenciación de los tumores de nuestra casuística, 60 % correspondió a tumores bien diferenciados (G1); 13,2 % a moderadamente diferenciados (G2) y 10 casos (26,3 %) tuvieron tumores indiferenciados (G3).

Los estadios IA y IB fueron los más frecuentes (64,7 %); en el estadio III hubo 24,9 % (10 casos) y en el estadio IV, 8,8 % (3 casos).

El tratamiento inicial que se aplicó fue mayoritariamente quirúrgico 83,7 % (31 casos). Cinco pacientes recibieron solo radioterapia externa. El tipo de cirugía más frecuente fue la vulvectomía radical en 15 casos (40,5 %); la vulvectomía radical modificada se realizó en seis casos para un 16,2 %.

El porcentaje global de recidiva en nuestra serie fue de 18,4 % (7 casos). Uno de los casos había rechazado la realización de la cirugía radical y recidivó a los 7 meses, y el otro había rechazado la radioterapia postoperatoria.

Según el tipo histológico, recidivó 20 % de los carcinomas epidermoides (6 casos de 30). Igual comportamiento se observó en los verrucosos pero en la mitad de los casos diagnosticados (50 %).

Tras ser diagnosticadas, 26 % de las pacientes falleció durante el primer año. El análisis de la mortalidad global de esta serie pudo comprobar que la supervivencia al primer año fue del 71 % de las pacientes, mientras que solo 65 % estaba con vida al segundo año.

El tiempo medio de supervivencia, calculado mediante el método de *Kaplan-Meier*, fue de $82,4 \pm 22$ meses (6,8 años) y la mediana de supervivencia (tiempo en el que la mitad de los sujetos siguen vivos) fue de 120 ± 36 meses. En la [figura 1](#) se muestra la curva de supervivencia.

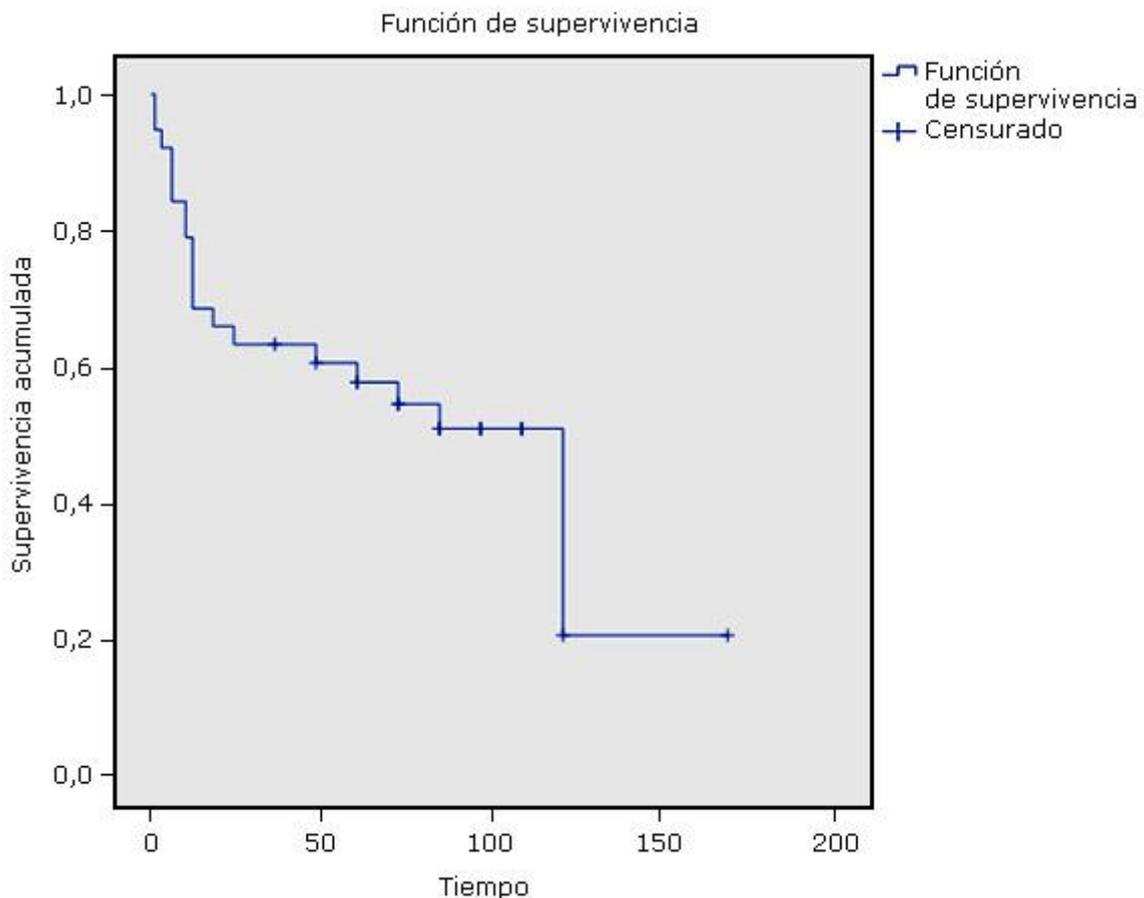


Fig. 1. Curva de supervivencia

Mediante un análisis multivariante, la edad, el estado ganglionar, la presencia de márgenes afectos y el estadio tumoral, fueron predictores estadísticamente significativos para la supervivencia global ([tabla 2](#), [Fig. 2](#), [3](#) y [4](#)).

Tabla 2. Supervivencia global en análisis multivariante de variables clinicopatológicas

	No.	Supervivencia global P-valor
Edad	38	< 0,001
Profundidad	-	0,6
Invasión	-	-
≥ 3 mm	1	-
> 3 mm	13	-
No recogido	24	-
Grado de diferenciación tumoral	-	0,4
G1	23	-
G2	5	-
G3	10	-
Márgenes de resección	-	0,032
Libres	26	-
Afectos	1	-
No se recoge	11	-
Estadio tumoral	-	0,015
I	20	-
II	1	-
III	10	-
IV	3	-
Ganglios	-	0,07
N0	16	-
Nx	16	-
N1	5	-
N2	1	-

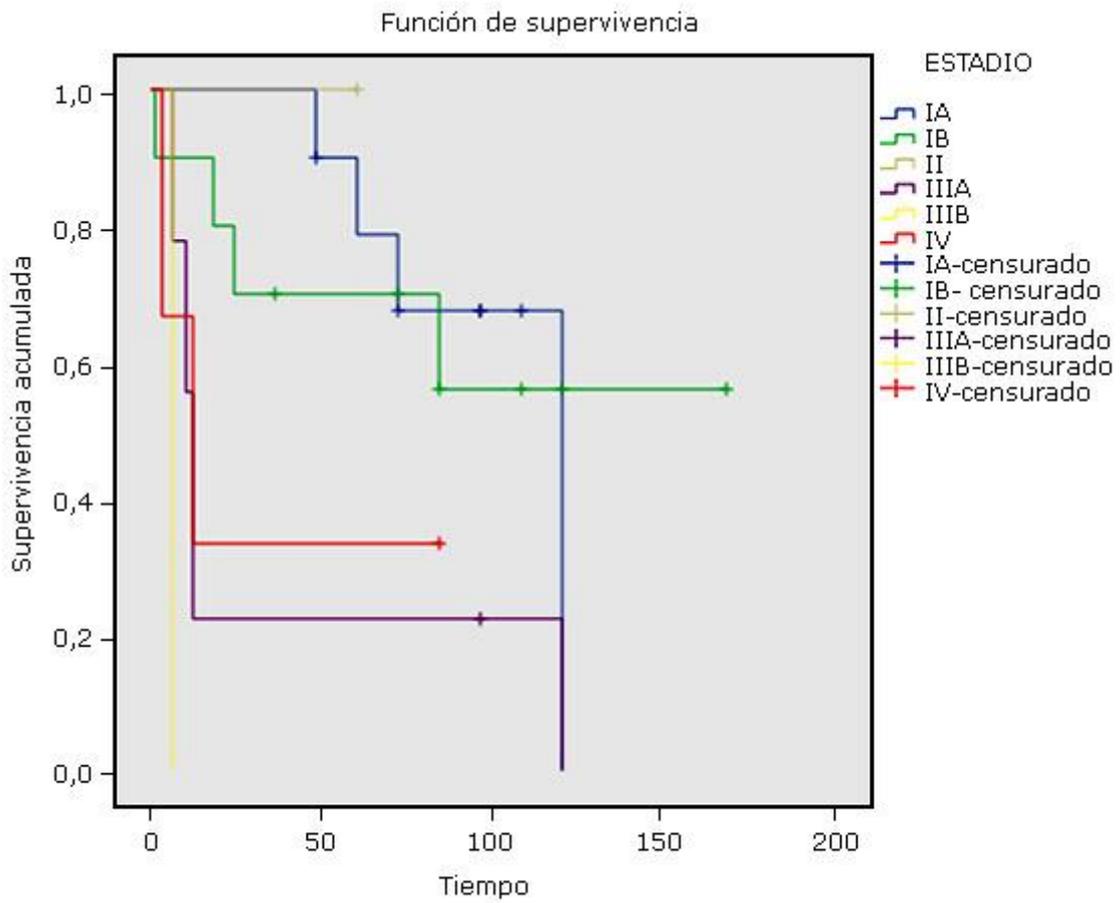


Fig. 2. Curva de supervivencia global en relación al estadio tumoral.

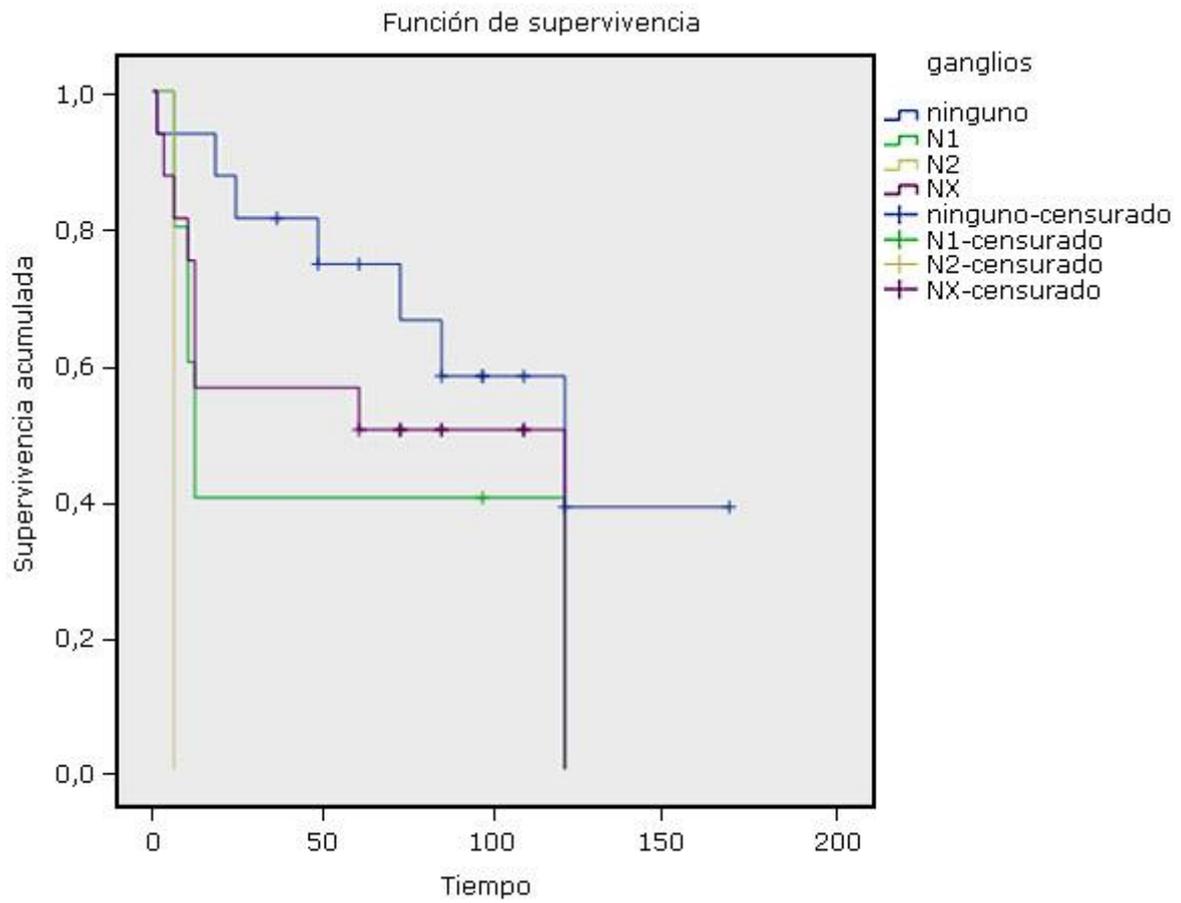


Fig. 3. Curva de supervivencia global en relación a la afectación ganglionar.

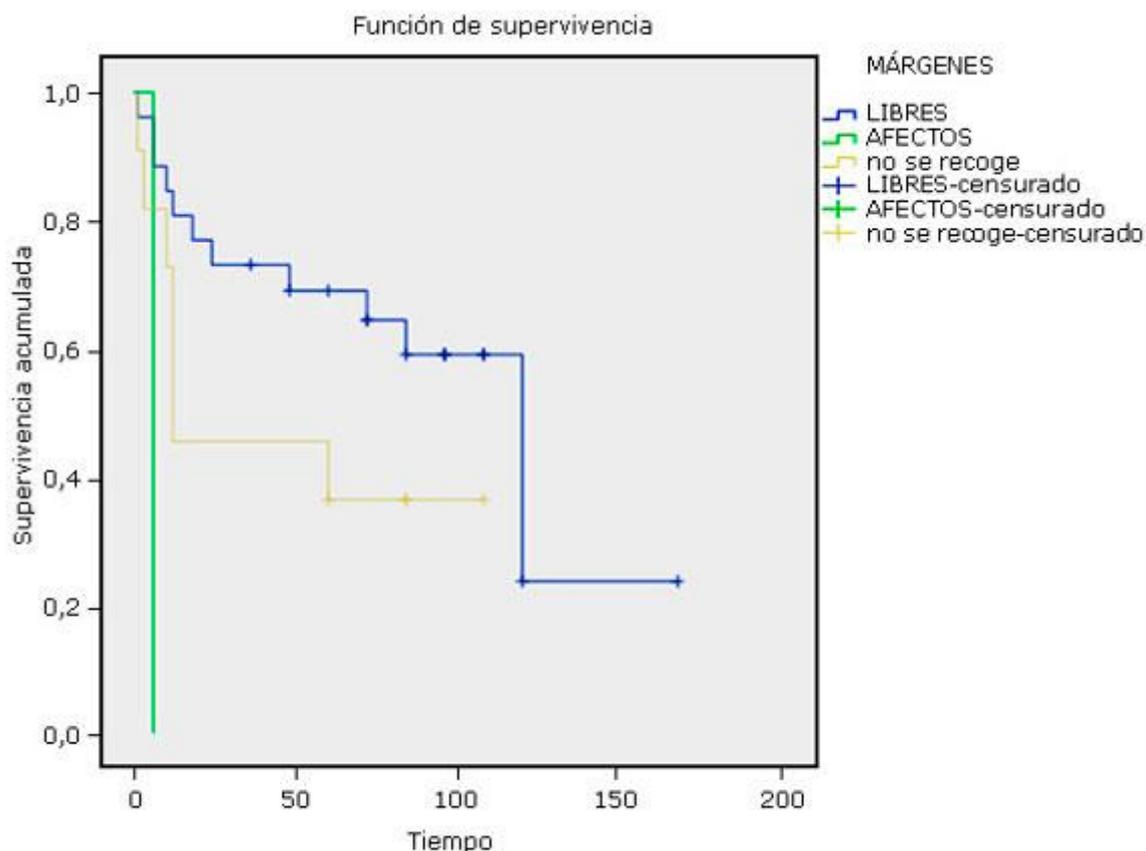


Fig. 4. Curva de la supervivencia global en relación con el estado de los márgenes de la pieza quirúrgica.

Dado que en nuestro medio las intervenciones realizadas con más frecuencia fueron la vulvectomía radical (VR) y la vulvectomía radical modificada (VRM). Se valoraron adicionalmente la estancia media hospitalaria (en días), las complicaciones posoperatorias y las recidivas tumorales.

En los casos en los que se practicó la VR, la estancia media hospitalaria fue de 22,93 +/- 13 días; mientras que en los casos en los que se realizó una VRM la estancia media fue de 16,17 +/- 7 días.

Respecto a las complicaciones del posoperatorio inmediato, se observó dehiscencia de la cicatriz en 20 % (3 casos) de las VR frente a ninguna en las que se realizó la VRM. La infección de la herida quirúrgica se apreció en 13 % (2 casos) de VR frente a 33 % (2 casos) de VRM [p:0.3]. La transfusión de sangre en el posoperatorio fue necesaria en tres casos que se realizó la vulvectomía radical (20 %) en 33 % (2 casos) de VRM. [p:0,5].

Las secuelas a largo plazo como el linfedema en extremidades inferiores, se registró en 20 % (3 casos) de las VR y en 83 % (5 casos) VRM. [p 0,08].

La estenosis vulvar no se produjo en las operaciones radicales pero si se observó en 50 % (3 casos) de la técnica modificada. (VRM). [p 0,003]

Las recidivas se registraron en 33 % en las que se realizó VR y no hubo en aquellos casos en que se empleó la técnica de VRM [p 0,1].

La supervivencia global a los dos años fue del 73 % en los casos de VR frente al 66 % (4 casos) operados de VRM [p 0,7].

La supervivencia libre de enfermedad a los dos años fue de 66 % en la operadas por vulvectomía radical mientras que 66 % (4 casos) se reportó en las intervenidas quirúrgicamente por la técnica de VRM [RR 1,8 p 0,8].

El tiempo medio de supervivencia, calculado mediante el método de *Kaplan-Meier*, fue de 87 +/- 30 meses (7,2 años) en las operadas por VR y en las VRM fue de 81 +/- 44 meses.[p: 0,772].

Las diferencias halladas en las variables cualitativas estimadas con el *test de Fisher* no resultaron significativas. Respecto a las recidivas y a la supervivencia tampoco se modifican los resultados según la técnica empleada (VR vs VRM).

DISCUSIÓN

El principal motivo de consulta entre las pacientes que fueron diagnosticadas de un cáncer de vulva es el prurito y/ o la presencia de una zona indurada en la vulva.

Casi la mitad de estas lesiones se localizaron en los labios mayores, como se señala en la mayoría de los estudios ^{1,3}

Su incidencia varía según las series entre un 0,5-3 por 100,000 mujeres/año. Concretamente en esta serie, la incidencia fue de 1,81 por 100,000 mujeres/año.

En cuanto al tipo histológico, el tumor más frecuentemente diagnosticado fue el carcinoma epidermoide (78,9 %), de ellos 60 % fueron tumores bien diferenciados. En la serie estudiada, el segundo lugar en frecuencia se correspondió con tumores verrucosos, no tuvieron ese comportamiento el basocelular,³ ni el melanoma.⁴

Si analizamos la mortalidad global de nuestra serie la supervivencia el primer año es de 71 % y 65 % el segundo año, cifras que concuerdan con otros autores.³

Los resultados obtenidos demuestran que la afectación ganglionar, la edad, la presencia de márgenes afectos y el estadio tumoral, son factores pronósticos para la supervivencia global.

Las complicaciones posoperatorias más frecuentes a corto plazo fueron la dehiscencia y/o infección de la herida quirúrgica. Mientras que a largo plazo, el linfedema en extremidades inferiores fue la complicación más importante. Los resultados no difieren de los reportados en otros estudios^{5,6}

El tratamiento estándar actual es la extirpación local amplia, con margen de 2 cm y linfadenectomía unilateral o bilateral inguinofemoral, con la técnica de la triple incisión (preferentemente con preservación de la fascia lata y vena safena) posterior a la realización de la detección de ganglio centinela.⁶

Debido a que gran parte de las pacientes que presentan un cáncer de vulva presentan prurito y/o lesiones en vulva de hasta varios meses de evolución; es necesario que se tenga presente en nuestra anamnesis y exploración.

La afectación ganglionar es un factor pronóstico importante para la supervivencia global.

La elección de una técnica quirúrgica más conservadora va a disminuir la estancia hospitalaria sin modificar las tasas de recidivas ni la supervivencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ghurani GB, Peñalver MA. An update on vulvar cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:294-9.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2007. *CA Cancer J Clin.* 2007;57:43-66.
3. Díez J, Moreno J, Pijoán J, Ibáñez E, Aguirrekoia J, Esteban J, et al. Neoplasias vulvares intraepiteliales e invasivas. Análisis de 142 casos. *Prog Obstet Ginecol.* 2004;47(10):472-9.
4. Tying SK. Vulvar squamous cell carcinoma: guidelines for early diagnosis and treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:S17-S23.
5. Salvado C, Alejos A, Iñara M, Esteban E, Manzanera G. Tratamiento quirúrgico del cáncer de vulva. Vulvectomy radical frente a vulvectomy radical modificada. *Prog Obstet Ginecol.* 2002;45(6):238-44.
6. Johann S, Klaeser B, Krause T, Mueller MD. Comparison of outcome and recurrence-free survival after sentinel lymph node biopsy and lymphadenectomy in vulvar cancer. *Gynecol Oncol.* 2008;110:324-8.
7. Woelber L, Mahner S, Voelker K, Eulenburg C, Gieseck F, Choschick M, et al. Clinicopathological prognostic factors and patterns of recurrence in vulvar cancer. *Anticancer research.* 2009;29:545-52.

Recibido: 29 de noviembre de 2015.

Aprobado: 11 de enero de 2016.

Lourdes Sánchez Gutiérrez . Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España.

Correo electrónico: lourdessanchez10@hotmail.com