

Cáncer de vulva

Encare diagnóstico y tratamiento quirúrgico

Dr. Gustavo Jorge GODIN EIRIN



- * El cáncer de vulva es primordialmente una enfermedad de mujeres en edad avanzada, pero se está observado crecientemente en mujeres premenopáusicas.
- * En muchos casos, es precedido por condilomas o displasias escamosas.
- * Se trata de una afección altamente curable en los estadios iniciales, pero su supervivencia depende en gran medida del eventual compromiso de los ganglios inguinales al momento del diagnóstico.

Introducción

El más frecuente de los cánceres de vulva es el carcinoma de células escamosas, aunque también se presentan otros tipos histológicos.

En los pacientes con enfermedad operable sin complicación ganglionar, la tasa de supervivencia general es de 90%; sin embargo, cuando hay complicación ganglionar, el índice de supervivencia general a cinco años es de aproximadamente 50% a 60%.

Los factores de riesgo responsables de metástasis ganglionar son: estado ganglionar clínico, edad, grado de diferenciación, estadio tumoral, grosor tumoral, profundidad de la invasión estromática y la presencia de invasión del espacio linfático capilar. En distintas series, alrededor del 30% de las pacientes con enfermedad operable presenta diseminación ganglionar.

Un análisis multifactorial sobre los factores de riesgo del cáncer de vulva de células escamosas demostró que el estado ganglionar y el diámetro de la lesión primaria, al considerarse juntos, fueron las únicas variables asociadas con el pronóstico.

Las pacientes con ganglios inguinales negativos y lesiones de no más de 2 cm de tamaño presentaron un índice de supervivencia a cinco años del 98%, mientras que aquellas con lesiones de cualquier tamaño con tres o más ganglios unilaterales o dos o más ganglios bilaterales presentaron un índice de supervivencia a cinco años del 29%. También se identificaron grupos intermedios con resultados de supervivencia intermedios. Estos discriminantes fueron de gran utilidad en la enfermedad en estadio III de FIGO.

Existen pruebas que señalan al virus de papiloma humano (VPH) como un factor causal de los carcinomas del tracto genital.

La topografía más común es el labio mayor (cerca de 50% de los casos). El labio menor representa del

15% al 20% de los casos. Se observa con menor frecuencia el compromiso del clítoris y las glándulas de Bartholino.

El modelo de propagación está influenciado por la histología. Las lesiones bien diferenciadas tienden a diseminarse a lo largo de la superficie con invasión mínima, mientras que las lesiones anaplásicas tienen una mayor probabilidad de ser profundamente invasoras.

La propagación más allá de la vulva puede darse a órganos adyacentes como la vagina, uretra y ano, o vía el sistema linfático a los ganglios linfáticos inguinales y femorales y luego a los ganglios pélvicos profundos. La diseminación hematogena no parece ser común.

Clínica y diagnóstico de las lesiones vulvares

La vulva es un lugar de asiento de diversas patologías. Podemos encontrarnos desde las llamadas lesiones benignas de vulva, lesiones precursoras, hasta los cánceres.

Por su polimorfismo en su forma de presentación es imprescindible para realizar un buen diagnóstico, además de conocer sobre la patología, la realización de un exhaustivo interrogatorio, examen físico y complementar con la biopsia de las lesiones.

El interrogatorio debe ser lo más completo posible, prestando especial atención a los factores de riesgo de patología oncológica vulvar, como ya hemos mencionado anteriormente.

Una vez concluido con el mismo colocaremos a la paciente en posición ginecológica y empezaremos con una amplia inspección que abarcará la región vulvar, el periné y la zona perianal ya que es posible que se presenten lesiones multifocales, más frecuentes en las pacientes premenopáusicas. Es fun-