

MORBIMORTALIDAD Y PRONOSTICO EN PACIENTES SOMETIDAS A VULVECTOMIA POR CANCER DE VULVA PRIMARIO

Ana Rosa Cordero F.*

INTRODUCCION

Según los archivos del Registro Nacional de Tumores, el carcinoma de vulva ocupa actualmente el cuarto lugar en el conjunto de las neoplasias ginecológicas (información no publicada extraída de los archivos), ya la literatura lo ubica en quinto lugar, indicándose que la incidencia de este va en aumento con la expectación de vida (5-10). El diagnóstico temprano de esta neoplasia se retrasa por el pudor de la mujer a consultar, por otro lado, en ocasiones el médico no presta atención a la dolencia de la paciente, y se han encontrado casos en que la paciente han recibido tratamiento tópico por meses e inclusive años, siendo realmente su problema un carcinoma (5). El tratamiento temprano y adecuado de esta patología mejora significativamente la sobrevivida. Trelford *et al* encontró en pacientes sometidas a procedimiento quirúrgico, una sobrevivida a cinco años del 94,7% si el carcinoma estaba en estadio I y del 37,0% si se encontraba en el estadio IV. Siendo la vulvectomía una cirugía mutilante con implicaciones psicológicas serias este trabajo busca determinar la morbimortalidad y pronóstico de las pacientes sometidas a este procedimiento quirúrgico.

METODOS

La población bajo estudio quedó definida por todas aquellas mujeres que fueron sometidas a cualquier tipo de vulvectomía por cáncer de vulva primario en los Hospitales México y San Juan de Dios; en el período comprendido entre 1970 y 1987. La población quedó compuesta por un total de 30 casos, todos los cuales fueron analizados en el estudio. En el estudio se analizaron las siguientes variables:

- técnica quirúrgica empleada,
- estado clínico de la lesión,
- positividad o no de los ganglios linfáticos,
- clasificación histológica de la lesión,
- complicaciones post-operatorias,
- patologías agregadas,
- recurrencia post-cirugía, y
- sobrevivida a cinco años.

Se correlacionan estos datos para cumplir el objetivo fijado. El método estadístico empleado fue la prueba de análisis de frecuencias de datos agrupados en diferentes categorías o tabla de contingencia R x C (15). El grado de significancia utilizado fue $\alpha = 0.05$ o un nivel de probabilidad del 95%

RESULTADOS

La agresividad en la técnica quirúrgica empleada no siempre estuvo acorde con el estado clínico de la lesión, como se puede observar en el cuadro I, en el 36,66% de los casos se realizó vulvectomía radical más linfadenectomía bilateral; en el 13,33% de los casos se adicionó la linfadenectomía pélvica extraperitoneal. En los cuadros II y III se muestra la distribución de las pacientes según recurrencia de la lesión, la técnica quirúrgica empleada y el estado clínico del tumor. De acuerdo al método estadístico empleado no existe relación entre recurrencia y estas dos variables ($\alpha = 0.05$). La complicación post-operatoria más frecuente fue la dehiscencia de la herida quirúrgica secundaria a infección como lo muestra el cuadro IV. Según el método estadístico empleado no existe relación ($\alpha = 0,05$) entre las patologías agregadas y las complicaciones post-operatorias (ver cuadro V). La figura I nos muestra que en el 33,33% de los casos hubo recurrencia del tumor posterior al tratamiento quirúrgico. Según el método estadístico empleado ($\alpha = 0,05$) existe relación entre la existencia de ganglios positivos y la recurrencia (ver cuadro VI). La relación entre la diferenciación histológica del tumor y la positividad de los ganglios linfáticos, se muestra en el cuadro VII. Según el método estadístico existe relación en-

* Trabajo de Investigación para Incorporación de la Especialidad de Ginecología Hospital México.

tre estas variables ($\alpha=0,05$). En el 73,3% de los casos estudiados las lesiones fueron bien diferenciadas y en el 26,6% moderadamente diferenciadas. No hubo ningún caso clasificado como mal diferenciado. Un 13,33% de las mujeres estudiadas murieron; un 6,6% fueron por causa del tumor y el otro 6,6% por patologías agregadas. La figura II nos muestra una sobrevida de un 50% a cinco años. Al

relacionar esta variable con el estado clínico del tumor no se encontró evidencia de relación ($\alpha=0,05$) según el método estadístico empleado (ver cuadro VIII). La relación entre la positividad de los ganglios linfáticos y la sobrevida a cinco años, se muestra en el cuadro IX. Según el método estadístico empleado existe relación entre esas variables ($\alpha=0,05$).

Cuadro I

DISTRIBUCION DE LOS CASOS ESTUDIADOS SEGUN TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA, ESTADO CLINICO DE LA LESION Y RECURRENCIA DEL TUMOR

Técnica Quirúrgica	Estado clínico					Total
	0 A-B-C	I A-B-C	II A-B-C	III A-B-C	IV A-B-C	
vulvectomía simple	1-2-0	0-4-0	1-0-0	---	---	8
vulvectomía radical+	---	---	2-1-1	---	---	4
vulvectomía radical+ linfadenectomía inguinal bilateral	---	---	2-4-2	3-0-0	---	4
vulvectomía radical+ linfadenectomía inguinal bilateral y pélvica extraperitoneal	---	---	---	0-2-2	---	4
vulvectomía parcial	---	---	---	1-2-0	---	3
Total	3	4	13	10	0	30

*A = recurrencia B = no recurrencia C = desconocido

FUENTE: Expedientes clínicos-archivo del Hospital México y Hospital San Juan de Dios.

Cuadro II

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA Y SU CORRELACION CON LA RECURRENCIA

Técnica Quirúrgica	total	Recurrencia		Desc.
		Sí	No	
Vulvectomy simple	8	3	5	0
Vulvectomy radical	4	2	1	1
Vulvectomy radical+ linfadenectomía inguinal bilateral II	4	5	2	
Vulvectomy radical+ linfadenectomía inguinal y pélvica extraperitoneal	4	0	2	2
Vulvectomy parcial	3	1	2	0
Total	30	10	15	5

FUENTE: Expedientes clínicos-archivo del Hospital México y Hospital San Juan de Dios.

Cuadro III

CORRELACION ENTRE ESTADO CLINICO Y LA RECURRENCIA

Estado	Recurrencia		Se desconoce	Total
	Sí	No		
0	1	2	0	3
I	0	4	0	4
II	5	5	3	13
III	4	4	2	10
IV	0	0	0	0
Total	10	15	5	30

FUENTE: Expedientes clínicos-archivo del Hospital México y Hospital San Juan de Dios.

Cuadro IV

Complicaciones post-operatorias en las pacientes bajo estudio

Tipo de complicación	total	%
-Dehiscencia herida quirúrgica secundaria a infección	9	30.00
-Tromboflebitis miembros inferiores	1	3.33
-Celulitis	4	13.33
-Fístula uretro-vaginal	1	3.33
-Sepsis urinaria	1	3.33
-No hubo	14	46.33
Total	30	100.00

FUENTE: Expedientes clínicos-archivo del Hospital México y Hospital San Juan de Dios.

Cuadro V

RELACION ENTRE PATOLOGIAS AGREGADAS Y COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Patología Agregada	Complicación		Total
	Sí	No	
-Enfermedad vascular	1	0	1
-Hipertensión arterial	3	2	5
-Diabetes Mellitus + cardiopatía	1	2	3
-Insuficiencia cerebral transitoria	1	0	1
-Sin patología	8	12	20
Total	14	16	30

FUENTE: Expedientes clínicos-archivo del Hospital México y Hospital San Juan de Dios.

DISCUSION

El carcinoma de vulva representa el 4% de todos los tumores ginecológicos (5-13), y en Costa Rica se tuvo una incidencia de 9 casos en 1987. A pesar de ser la vulva un órgano externo, totalmente accesible a la exploración, el diagnóstico del cáncer de vulva se tiende a retrasar, y lamentablemente, este es el cáncer genital que tiene el período de tiempo más largo entre la aparición de los síntomas y su diagnóstico (5-14). La mayoría de los autores coinciden en que la técnica quirúrgica más idónea en el carcinoma de vulva es la vulvectomía radical; con linfadenectomía pelviana extraperitoneal bilateral y disección de ambas ingles (4-5-8-9-11-14-16). Trelford ha mencionado que no hay mucha utilidad en la resección de los ganglios pélvicos (16), en este trabajo se encontró que un 13,33% de los casos se utilizó dicho procedimiento. Bompiani considera que en estadios más avanzados, como el III y IV, debería actuarse más radical y recurrir a la exenteración parcial (1), según sus estadísticas la supervivencia mejora hasta en un 60,0% en un periodo de 5 años. En este estudio no se practicó en ninguno de los casos este tipo de cirugía. Boronow, por el contrario menciona que la exenteración es una cirugía con mucha morbimortalidad y que lo ideal en estadios avanzados es realizar cirugía y combinarla con radioterapia posteriormente (2); esto es apoyado por otros autores (9-14-16). Boronow, reporta supervivencias a 5 años de un 75,6% cuando se ha utilizado esta terapia combinada si el tumor es primario, y de un 72,0% en recurrencias. En este estudio se encontró que solamente una paciente recibió radioterapia antes de la cirugía y una posteriormente, debido a recurrencia. Al comparar la técnica quirúrgica empleada, el estadio clínico y la recurrencia del tumor, no se encontró relación estadística. Esto difiere con algunos reportes (2-7-9). En este trabajo no se encontraron complicaciones trans-operatorias y el principal problema post-operatorio fue el desfalecimiento del área quirúrgica. Esto ha sido reportado por algunos autores; y se debe a que la cirugía requiere de una gran resección de la piel; así como utilización de colgajos. Esto genera desvascularización, que lleva a isquemia, necrosis e infección secundaria (4-14). A partir de 1976, hubo un cambio en la técnica de la vulvectomía; en la cual se utiliza transposición de piel superdelgada, flaps derivados de cara interna de muslo y de glúteo. Esto tiene la ventaja de disminuir tensión al tejido, disminuir la exposición a la infección y aligerar el tiempo de hospitalización (16). En nuestro país hace aproximadamente 10 años se implementó este tipo de técnica.

El estudio pretendía evaluar los cambios en la morbimortalidad según la técnica quirúrgica, pero no fue posible debido a que en la mayoría de los expedientes no se hacía la anotación al respecto. Una complicación frecuente posterior a la linfadenectomía según lo anotan diferentes autores (1-4); es el linfedema de miembros inferiores; sin embargo, en el estudio no se encontró ningún caso. Un 33,33% de las pacientes, presentaron recurrencia. De estas, solo un 13,33% se les realizó linfadenectomía inguinal; de las cuales todos los ganglios fueron positivos. En este estudio se encontró que existe relación entre estas dos variables. Algunos autores han

Cuadro VI

POSITIVIDAD DE LOS GANGLIOS LINFATICOS EN RELACION CON LA RECURRENCIA DEL TUMOR

Recurrencia	Ganglios		Se desc.	Total
	Sí	No		
-Positivos	4	2	1	7
-Negativos	2	13	3	18
-Se desconoce	4	0	1	5
Total	10	15	5	30

FUENTE: Expedientes clínicos-archivo del Hospital México y Hospital San Juan de Dios

Cuadro VII

RELACION ENTRE LA DIFERENCIACION HISTOLOGICA DEL TUMOR Y LA POSITIVIDAD DE LOS GANGLIOS LINFATICOS

Clasificación	Ganglios		Se desc.	Total
	{+}	{-}		
Bien diferenciado	2	18	2	22
Moderadamente diferenciado	5	0	3	8
Total	7	18	5	30

Notas: - no hubo casos reportados como mal diferenciados
FUENTE: Expedientes clínico-archivo del Hospital México y Hospital San Juan de Dios

Cuadro VIII

RELACION ENTRE LA SOBREVIDA A CINCO AÑOS Y EL ESTADIO CLINICO DEL TUMOR

Estadio	Supervivencia		Se desc.	Total
	Sí	No		
0	3	0	0	3
I	4	0	0	4
II	5	1	7	13
III	3	3	4	10
IV	0	0	0	0
	15	4	11	30

FUENTE: Expedientes clínicos-archivo del Hospital México y Hospital San Juan de Dios.

Cuadro IX

RELACION ENTRE LA POSITIVIDAD DE LOS GANGLIOS LINFATICOS Y LA SOBREVIDA A CINCO AÑOS

Ganglios	Supervivencia		Se desc.	Total
	Sí	No		
- positivos	2	4	1	7
- negativos	9	0	9	18
- se descon	4	0	1	5
total	15	4	11	30

FUENTE: Expedientes clínicos-archivos del Hospital México y Hospital San Juan de Dios.

observado que cuando los ganglios están positivos hay mayor porcentaje de recurrencia, sobre todo en los estadios avanzados (6-9-13-14-16). Shimm reporta un 38.3% de pacientes con ganglios positivos, y de estos un 51.0% desarrollaron recurrencia (14). Algunos autores han relacionado la diferenciación histológica del tumor con la positividad de los gan-

glios linfáticos (1-3). En este estudio se comprobó la anterior observación (ver cuadro VII). En relación con la supervivencia, esta varía de acuerdo al estadio clínico, Treelford, por ejemplo reporta lo siguiente:

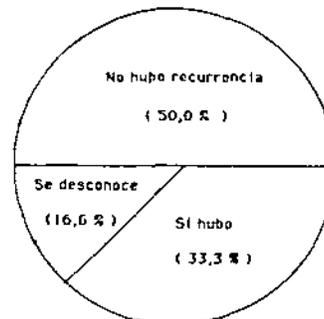
Estadio I	94,7%
Estadio II	85,0%
Estadio III	80,7%
Nódulos (+)	54,0%
Estadio IV	36.5%

Shimm anota que la presencia o ausencia de metástasis a nódulos inguinales, es un factor pronóstico en la supervivencia:

nódulo (-):	69,0%
nódulo (+):	48,0%
nódulo pélvico (+):	0,0%

En este estudio se obtuvo una supervivencia a cinco años de un 50%. Sin embargo, lamentablemente en un 36,6% de los casos no se tiene información. No se encontró relación entre el estadio clínico del tumor y la supervivencia, lo que no concuerda con la literatura consultada. Por otro lado, se encontró relación entre la positividad de los ganglios linfáticos y la supervivencia a cinco años. Muchos autores correlacionan la supervivencia con el estadio clínico, positividad de los ganglios, grado de invasión y tamaño de la lesión (1-2-3-7-9-12). Se menciona que entre más temprano sea el estadio clínico en que se detecte la lesión, mejor es el pronóstico. Igualmente a menor porcentaje de ganglios positivos, mejor supervivencia.

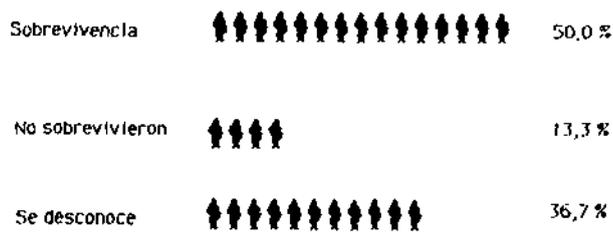
Figura I
Porcentaje de pacientes que presentaron recurrencia del tumor posterior al tratamiento quirúrgico



Fuente: Expedientes clínicos-archivo del Hospital México y Hospital San Juan de Dios.

Figura II

Sobrevida de las pacientes a cinco años posterior al tratamiento quirúrgico



Fuente: Expedientes clínicos-archivo del Hospital México y Hospital San Juan de Dios.

CONCLUSIONES

1- La principal causa de morbilidad en las pacientes sometidas a una vulvectomía es el desfacelo del área quirúrgica. 2- Las metástasis a ganglios linfáticos del tumor incide sobre una mayor recurrencia post-quirúrgica. 3- La existencia de ganglios linfáticos positivos disminuye las posibilidades de supervivencia a cinco años. 4- Entre menos diferenciación histológica del tumor mayor positividad de los ganglios linfáticos.

RECOMENDACIONES

1- Se deben realizar campañas educativas sobre los síntomas y signos de esta neoplasia y, a la vez, concientizar al médico de la importancia del diagnóstico temprano. 2- Se debe insistir al médico sobre la importancia de llenar adecuadamente el expediente clínico, de manera que al querer investigar un tema en particular, se cuente con los datos de dichas notas. 3- Hay que crear normas de trabajo en el cáncer de vulva y que estas contemplen un enfoque multidisciplinario. Es necesario la ayuda psicológica a las pacientes sometidas a este procedimiento quirúrgico, el trauma que una cirugía de este tipo puede generar, sobre todo cuando estas son sexualmente activas, es muy grande.

RESUMEN

El presente trabajo analiza la morbimortalidad y el pronóstico en las pacientes sometidas a vulvecto-

mía por cáncer de vulva primario. Se analizan 30 casos que se presentaron durante el periodo 1970 - 1987. Las variables estudiadas se correlacionan entre sí siguiendo criterios preestablecidos con el fin de conocer los resultados y efectos de la cirugía con respecto a las variables morbilidad, mortalidad y pronóstico. Se logra determinar que existe una supervivencia a los cinco años de un 50% de los casos. La principal causa de morbilidad es el desfacelo de la herida quirúrgica. Se comprobó estadísticamente que existe relación entre la positividad de los ganglios y la recurrencia del tumor, igualmente existe relación entre la incidencia de ganglios positivos y la supervivencia a cinco años.

BIBLIOGRAFIA

- BOMPIANI, A.; BENEDETT, P.; MARGARIT, PA:
Pelvic exenteration in gynecologic oncology: Analysis of 44 cases.
Eur. J. Gynecol. Oncol. 6(3): 165-9; 1985.
- BORONOW, RC; HICKMAN, BT; REAGAN, MT; SMITH, RA:
Combined therapy as an alternative to exenteration for locally advanced vulvovaginal cancer. II-Results, complications and dosimetric and surgical considerations.
Am. J. Clin. Oncol. April. 10(2): 1971-81; 1987.
- BOYCE, J.; FRUCHTER, RG; RASAMBILIDES NICASTRI, AD:
Prognostic factors in carcinoma of the vulva.
Gynecol. Oncol. March.; 20(3): 364-77; 1985.
- CAVANAGH, D; ROBERTS, WS; BRYSON, SC; MARSDEN, DE:
Changing trends in the surgical treatment of invasive carcinoma of the vulva.
Surg. Gynecol. Obstet. Feb.; 162(2): 164-8; 1986.
- CORNET, JM-IGLESIAS:
Cáncer de vulva.
Clínica Ginecológica. Progresos en Oncología Ginecológica. Vol. 8/ Núm. 3. Ed. Salvat, 203-244; 1983.
- FIGGE, DC; TAMINI, HK, GREER, BE:
Lymphatic spread in carcinoma of the vulva.

- Am. J. Obstet. Gynecol.* Jun. 15; 152(4): 387-94; 1985.
7. FRISCHLIER, HJ; WERN, K:
Secondary vulvectomy treatment results in local recurrence of vulvar carcinoma following electron irradiation.
Geburtshilfe Frauenheilkd. Jul.; 45(7): 494-6; 1985.
 8. LICHTINGER, M; AVERETTE, H; PENALVER, M; SEVIN, BU:
Major surgical procedures for gynecologic malignancy in elderly woman.
South Med. J. Dic.; 79(12): 1506-10, 1986.
 9. Malfetano, J; PIVER, MS; TSUKADA, Y:
Stage III and IV squamous cell carcinoma of the vulva.
Gynecol. Oncol. Feb. 23(2): 192-8; 1986.
 10. MANN, WJ:
Reproductive cancer.
Women Health. Summer-Fall; 10(2-3): 63-73; 1985.
 11. MERLO, J. GONZALEZ.
Cáncer de vulva. Diagnóstico precoz del cáncer genital femenino. Editores Salvat, pp 141-166; 1981.
 12. MURDOCH, JB, TORBET, TE:
Carcinoma of the vulva. A ten years retrospective study in the West of Scotland (1972-1982).
Scott. Med. J. Jul.; 31(3): 166-9; 1986.
 13. PREMPREE THOMGBLIER, W, AMORN-MARM, R:
Radiation treatment of recurrent carcinoma of the vulva.
Cáncer, Nov. 9. Vol. 54: 1943-1949; 1984.
 14. SHIMM, DS; FULLER, AF; ORLOW, EL:
Prognostic variables in the vulva treatment of squamous cell carcinoma of the vulva.
Gynecol. Oncol. Jul.; 24(3): 343-58; 1986.
 15. SNEDECOR, G; COCHRAN, W:
Statistical Methods. 7th Ed. Iowa State University Press. Ames, Iowa. pp. 194-210; 1980.
 16. TRELFOED, J; DEER, D; *et. al*:
Ten years prospective study in a management change of vulvar carcinoma.
Am. J. of Obst. & Gynec. Oct. 1º; Vol. 150, Num. 3, 288-297, 1984.