

## CARCINOMA DE VULVA

### *Estudio de 14 casos con especial énfasis en el tratamiento quirúrgico radical*

DR. EDUARDO VALDIVIA P. \* y DRA. MAGDA LINGÁN \*

**E**L carcinoma primitivo de la vulva es una neoplasia del aparato genital femenino que ocurre con poca frecuencia, en la que llama la atención el grado avanzado de evolución que presenta cuando las enfermas llegan por primera vez a la consulta y cuidado y orientación insuficiente que han recibido.

Parece contradictorio que lesiones que por su localización deberían ser motivo de consulta precoz, se mantengan por tanto tiempo, hasta alcanzar verdaderas deformaciones groseras, antes de llegar a la visita médica; ello es debido a la falta de cultura y a la multitud de prejuicios que gobierna a la mayoría de nuestra población; las etapas iniciales de la enfermedad y el período subsiguiente son mantenidos en el silencio por la ignorancia o por el pudor y son tratados con remedios caseros o recetas de algún médico general, quien no logra convencerlas para efectuar un examen genital.

Dado que la extensión de la lesión, el compromiso de los ganglios linfáticos, la edad y las condiciones físicas generales y el sitio de la lesión, tienen gran influencia en el pronóstico y en el tratamiento, es urgente hacer el diagnóstico precoz de toda afección en los genitales externos para así instituir el tratamiento que brindará los mejores resultados. Queremos sugerir una campaña educacional sanitaria tanto al público como a los médicos prácticos, ya que la mayoría de los pacientes llegan a nuestra consulta con lesiones avanzadas.

#### MATERIAL DE TRABAJO

Este estudio ha sido realizado en el Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; agradecemos al Dr. Luis Esteves, Jefe de dicho Departamento, por las facilidades que nos ha proporcionado para su realización.

Bajo el término "carcinoma de la vulva" incluimos todos los carcinomas que se originan en los labios mayores, labios menores, prepucio, clítoris, vestíbulo y glándulas de Bartholino, así como también los carcinomas que se originan en las glándulas sudoríparas e inclusiones glandulares de tejido mamario aberrante de esa región. Esta clasificación está basada en su topografía más que en su estructura ya que a excepción de las lesiones malignas de la glándula de Bartholino y de los elementos glandulares accesorios o aberrantes las lesiones de la vulva corresponden al tipo de carcinoma epidermoide.

En nuestra serie de 14 carcinomas de la vulva atendidos en el Instituto durante los últimos cuatro años (1º de junio 1952-mayo 1956), ningún caso

---

\* Del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

corresponde a carcinoma de la glándula de Bartholino o elementos glandulares accesorios o aberrantes; 7 casos estuvieron localizados en el labio mayor, 3 en el labio menor, 2 casos en el clítoris y en 2 casos la lesión era tan extensa que comprometía la hemivulva, impidiendo determinar el punto de origen. (Fig. 1).

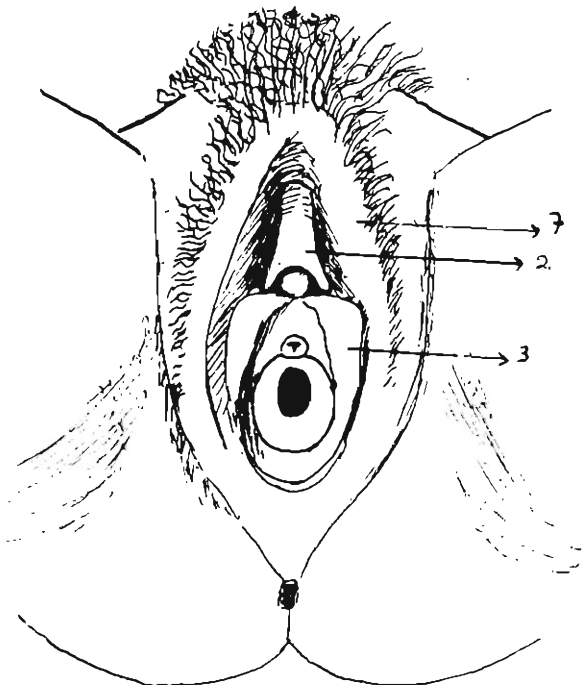


Fig. 1.—Localización de los casos de cáncer de vulva, de nuestra casuística.

Los 14 casos de la vulva representan una frecuencia de 0.82 % de todas las neoplasias malignas del tracto genital femenino vistos en este período.

#### OBSERVACIONES CLÍNICAS

*Frecuencia.*—Ocupa para unos el tercero y para otros el cuarto lugar entre los carcinomas genitales, excediéndole en frecuencia al cáncer del cuello, el del ovario, Palmer y colaboradores (1) dan el 3.88 %; Smith y Pollack (2) el 4 % de todos los cánceres del aparato genital; Arenas y Foix (3-4) el 6.5 %; Held da el 4.4 %; Clark y Morris el 3 %; Aumada y colaboradores el 5 % (5); Lunin el 2.4 % (6). Nosotros en el I.N.E.N. hemos encontrado que el carcinoma de la vulva ocupa el 4º lugar entre los carcinomas genitales en un porcentaje de 0.82 %. Este porcentaje es en realidad más bajo que el dado por otros, posiblemente esto se deba al gran número de carcinomas del cuello uterino atendidos en este mismo lapso y que representa el 93.8 de todos los cánceres ginecológicos, ya que por un caso de cáncer de vulva se atienden 113 de cuello uterino.

*Edad.*—El carcinoma de la vulva generalmente se presenta en mujeres después de la menopausia, alrededor de los 60 años; la mayoría de las estadísticas lo revelan así (8), (9), (10), siendo la de mayor frecuencia, como lo señala Taussig (7), la comprendida entre los 60 y 70 años; es decir, cuando ya ha cesado la función trófica del ovario; sin embargo, esto no resta importancia a lo observado por Shanon y Martín (11), (12), cuyas referencias muestran coincidencia de cáncer y embarazo en mujeres de 14, 16 y 19 años. Con todo, es raro en las mujeres menores de 40 años (7). Entre nosotros, todas las pacientes fluctuaron entre los 58 y 85 años, resultando un promedio de 67 años. Todas ellas postmenopáusicas y con una variación de 10 a 33 años y con un término medio de 21.8 años de menopausia.

*Causas predisponentes.*—Como la de todo cáncer, su etiología es desconocida; sin embargo se puede señalar ciertos factores predisponentes que juegan un papel importante en la aparición de este epiteloma.

Existe alguna relación entre el déficit de la función trófica del ovario y la leucoplasia y craurosis (12) y es aquí donde se puede seguir el proceso disqueratósico hasta su transformación en carcinoma (9). En contra de esto, está el hecho de que Greene y Amitage (13) hallaron leucoplasia y embarazo; Klakton, Ketron y Ellis encontraron leucoplasia en niñas de 6 y 8 años.

La leucoplasia (14-15-16-17-18) tiene importancia manifiesta como lo señala Taussig y Graves; ellos encontraron en la mitad de sus casos que modificaciones leucoplásicas precedieron al desarrollo de cáncer, por esto mismo recalcan la extirpación profiláctica de la leucoplasia. Graves llamó la atención sobre la relativa frecuencia en mujeres jóvenes castradas y atribuye esta mayor incidencia a una menopausia quirúrgica. La lesión pre-cancerosa se presenta en una alta proporción de casos; la más común de ella es la llamada dermatitis vulvar o vulvitis leucoplásica, craurosis o esclerodemia circunscrita. Para Willis (17) no son enfermedades diferentes sino etapas de una misma enfermedad y una peligrosa condición pre-cancerosa.

En los casos de leucoplasia (17) el carcinoma se desarrolla en focos múltiples y la escisión local de ella es muy probable que sea seguida de cambios carcinomatosos en otras partes que no sea el área enferma. Taussig menciona 5 casos en que después de la vulvectomía, el carcinoma desarrolló en áreas de la piel leucoplásicas dejadas en el periné o alrededor del ano.

La designación de craurosis en 1885 corresponde a Breisky, quien la empleó para designar una forma rara de atrofia cutánea de los genitales externos femeninos, pero es en realidad Lawson Tait, quien hizo primero su descripción.

Además de las leucoplasia y craurosis que juegan papel importante como lesiones pre-cancerosas, no dejan de citarse también los traumatismos, partos, y, como pretenden algunos autores (7), traumatismos del coito, manchas pigmentarias, papilomas, tumores benignos. Pick (19) demostró que muchos de los tumores quísticos, hidroadenomas, se transformaban en carcinomas. Ewing y Langdon Parson (14), hacen mención al linfogranuloma vené-

neo. Reich y Nechtow (14) señalan al granuloma venéreo de Donovan como lesión sobre la cual se puede desarrollar carcinoma. Para Way es importante la asociación con el Lupus vulgar. De aquí que Taussig (19), refiriéndose a la incidencia del cáncer de vulva, dice que éste podría reducirse a la mitad si se adoptaran las siguientes medidas: 1) Una completa vulvectomía en los casos de vulvitis leucoplásica. 2) Tratamiento intensivo antisifilítico en las lesiones terciarias de la vulva. 3) Resección de las verrugas seniles en las mujeres que han pasado la menopausia. 4) La observación estrecha o la escisión de la glándula de Bartholino aumentada de tamaño en mujeres de más de 40 años. 5) Escisión por cauterio por rayos X de las carúnculas uretrales. Este autor en los 155 casos que ha revisado encuentra: que 72 pacientes presentaron vulvitis leucoplásica; 9 tuvieron verrugas seniles; 4 presentaron abscesos de la glándula de Bartholino; 3 carúnculas uretrales, 3 traumáticos y 50 con patología no definida.

Mauchi (6) revisó 23 casos en este Instituto de 1940-1949 y sólo señala en dos casos la presencia de reacciones serológicas positivas. No menciona la presencia de leucoplasia y craurosis.

En los 14 casos que presentamos nosotros, 5 hubo leucoplasia, en una de ellas el prurito precedió a la leucoplasia; en 2 hubo solamente prurito, las que posteriormente desarrollaron tumoración vulvar, una de ellas tuvo reacción serológica positiva. En cuanto al papel que desarrolla el traumatismo del parto, como factor predisponente del cáncer vulvar, parece que hay mayor relación de frecuencia en múltiparas que en nulíparas. Así, en la serie de Smith y Pollack (2) de 146 casos, el 75.6 % tuvieron uno o más hijos y el 24 % fueron nulíparas. Taussig, Reuschler y Way (14) encontraron el 34.4 %, 15.4 % y el 12.1 % de nulíparas entre los casos de carcinoma de vulva que ellos han revisado, respectivamente.

Nosotros hemos encontrado que 9 fueron grandes múltiparas, que representa el 69.23 %, primíparas el 15.33 % y nulíparas 15.33 %; en una de ellas no se pudo catalogar por la falta de datos que no pudo proporcionar por el mal estado general en que llegó. Creemos que este factor de multiparidad no es tan importante, ya que el número de mujeres múltiparas es mayor que el de nulíparas en cualquier estadística que considera mujeres por encima de 40 años.

*Sintomatología.*—Deben considerarse los síntomas concernientes a las lesiones pre-cancerosas y a los síntomas propiamente dichos (9). El más llamativo es el prurito, habitualmente intenso y continuo. El escozor puede preceder en meses o en años a la leucoplasia, de aquí que se recomiende hacer un buen examen de la vulva en aquéllas con prurito vulvar y en las cercanías de la menopausia, para hacer un diagnóstico precoz. El inicio del cáncer no da síntomas, empezando como un pequeño nódulo, que aumenta de volumen con mayor o menor rapidez, pero cuando sobreviene la ulceración aparece el dolor y la hemorragia, así como la secreción de olor fétido. Cuando es vulvo uretral la paciente acusa sensación de ardor o dolor al orinar.

En nuestra serie llegan a la consulta por la presencia de la tumoración 11; 2 por pérdidas sanguíneas y 1 por dolor en los genitales. De los 11 casos que llegan a la consulta por tumoración vulvar 2 tienen antecedente de prurito y 5 de leucoplasia. Las otras 3 que, llegaron por presentar manifestaciones dolorosas y pérdidas sanguíneas, también presentaron antecedente de leucoplasia. Como se ve, en el 71 % presentaron lesiones pre-cancerosas.

El tiempo de estos síntomas varió entre 2 meses y 30 años; esto nos está diciendo que algunas de ellas trajeron lesiones muy avanzadas, como se pudo apreciar en el examen ginecológico practicado en 2 de ellas, cuyas lesiones tomaban la hemivulva.

*Anatomía Patológica.*— a) *Localización y extensión.*—En el trabajo que presenta Taussig (19), de 155 casos, 104 son epidermales, 11 vestibulares, 12 periuretrales, 9 de la glándula de Bartholino, 2 del glande clitoridiano y 17 casos avanzados en los que no se pudo determinar el sitio de origen. De los 14 casos estudiados por nosotros, 7 tuvieron localización en los labios mayores, 3 en los labios menores y 2 en la región clitoridiana y en 2 de ellas no se pudo determinar por lo avanzado de la lesión. Fig. N° 1.

El lugar de origen de estos carcinomas tiene importancia en relación al curso y pronóstico de la enfermedad. En cualquiera de estas localizaciones el cáncer pertenece a la variedad de células pavimentosas o epidermoide, excepción hecha de los que nacen en la glándula de Bertholino, glándulas sudoríparas u otras glándulas de la región. Macroscópicamente (9) se diferencia una forma circunscrita y otra difusa es más rara y en ella se aprecia como una infiltración dura y profunda que puede adherirse hasta el plano óseo y ocupa gran parte de la vulva, deformando la región y con la hendidura vulvar más o menos obstruida.

Generalmente la lesión vulvar se presenta como un nódulo, que va aumentando de tamaño e indurándose cada vez más y presentando edema y ulceración progresivos, ulceración que se infecta con suma frecuencia dando al carcinoma falso aspecto de proceso inflamatorio. Hemos dicho que la mayor parte de estos carcinomas pertenecen a la variedad epidermoide, cuyas características celulares son de gran diferenciación y pocas atípicas, siendo en su mayor parte del grupo I o II Broders.

Como variedad excepcional se describe el cáncer pagetoide (21), llamado así por su semejanza con la enfermedad de Paget de la areola mamaria y que se presenta como una zona erosiva, poco indurada o como un nódulo lenticular aplanado y rodeado de finísimo halo blanquecino. Al respecto, Spier relata un caso de enfermedad de Paget extra-mamario, como lo llama, y que Huber lo designa con el nombre de cáncer intra-epidérmico y que se presentó en una glándula apócrina de la vulva, que fué controlada por múltiples estudios microscópicos en varias secciones de la pieza, Gartner y Staut (22) presentaron 8 casos de cáncer intra-epidérmico de la vulva: en 2 casos la fase intra-epitelial persistió 7 y 11 años respectivamente, antes de ocurrir la invasión central incipiente y, en 4 se desarrollaron las características de un carci-

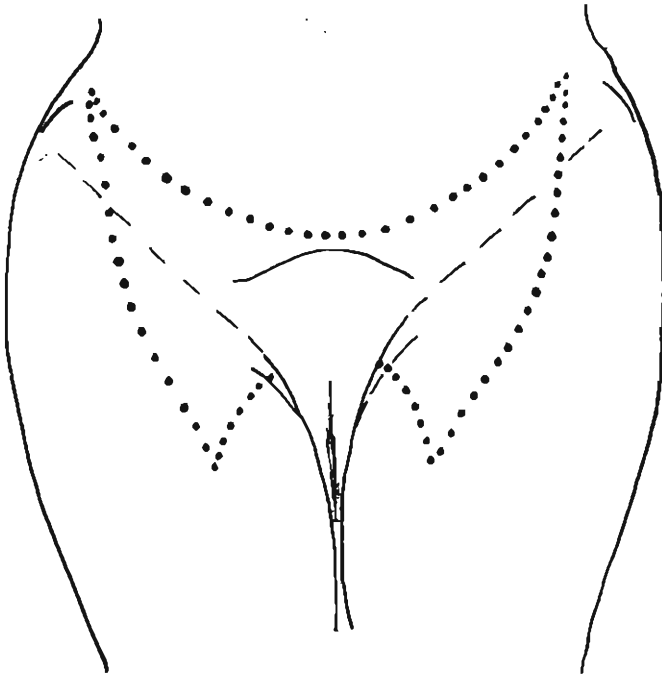


Fig. 2. Muestra la incisión quirúrgica para la disección ilio-inguino-crural, tipo Way.

noma invasivo. De esto se desprende que, el cáncer vulvar, como cualquier otro cáncer, va precedido de una fase intra-epitelial que puede ser de larga o corta duración.

En nuestros casos, todos pertenecen a la variedad epidermoide: 8 se catalogan dentro del grado II Broders; 2 al grado III Broders y 4 a I Broders. Uno de ellos tuvo como localización inicial una glándula sebácea de la vulva, origen que es bastante raro. Luego, pues, la mayor parte de los carcinomas vulvares pertenecen al grado II Brodes, es decir, son cánceres con gran diferenciación celular, y por este motivo, de relativa benignidad, de poca tendencia a dar metástasis, radioresistentes y por lo tanto accesibles a un tratamiento quirúrgico radical.

En las microfotografías 3 y 4 se pueden ver las características celulares y la presencia de globos córneos del carcinoma epidermoide, que se encuentra tanto en la lesión inicial como en las metástasis ganglionares.

*Metástasis ganglionares.*—La distribucional regional de estas metástasis contribuye a modificar la marcha clínica y gravedad pronóstica de estos cánceres.

La propagación se hace por tres vías: 1) La linfática, que es la de mayor frecuencia; 2) la de continuidad; 3) en forma más rara, por vía sanguínea.

La vía linfática, como lo ha observado Way (23), es por émbolos más

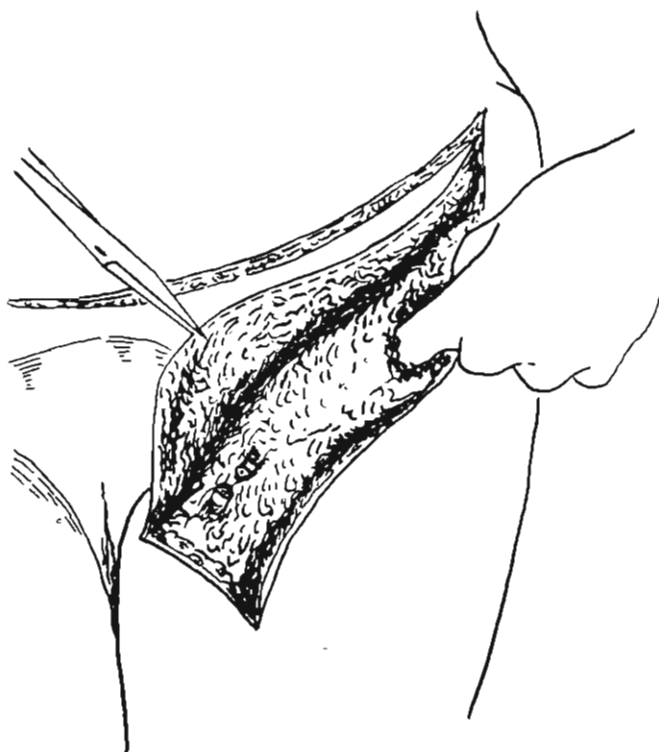


Fig. 3. Ligadura de la vena safena y extirpación de grasa y ganglios regionales.

que por permeación. La permeación linfática ocurre en la vecindad del tumor. Cuando se presentan recidivas, éstas se localizan en el lugar primario de la lesión o en los ganglios regionales. Rara vez es posible demostrar la existencia de la enfermedad en los linfáticos intermedios. La propagación por émbolos se hace hacia los ganglios regionales y Way (24) considera 5 grupos principales: 1º grupo inguinal superficial, que se encuentra a lo largo del ligamento inguinal y muy ligeramente por debajo de él; Taussig estima que en las dos terceras partes de los casos se toman estos ganglios. 2º grupo inguinal profundo, situado a lo largo del canal inguinal y del ligamento redondo. 3º grupo femoral superficial, localizado en el trayecto de la vena sáfena interna y de su cayado; 4º grupo femoral profundo, que yace en el canal crural; y el más superior de éstos es conocido como ganglio de Cloquet. 5º grupo formado por el iliaco externo, situado inmediatamente por debajo de la vena iliaca externa. Los linfáticos de la vulva forman una red de donde parten troncos colectores que van en su mayor parte a los ganglios inguinales superficiales, los de la pared más interna de la vulva cruzan transversalmente hacia afuera, mientras que los de la parte superior haciendo al monte de venus antes de doblar hacia afuera. Hay una excepción en esta ruta, hecha por los linfáticos del clítoris, los cuales pasan directamente a los ganglios que ocupan el lado interno de la

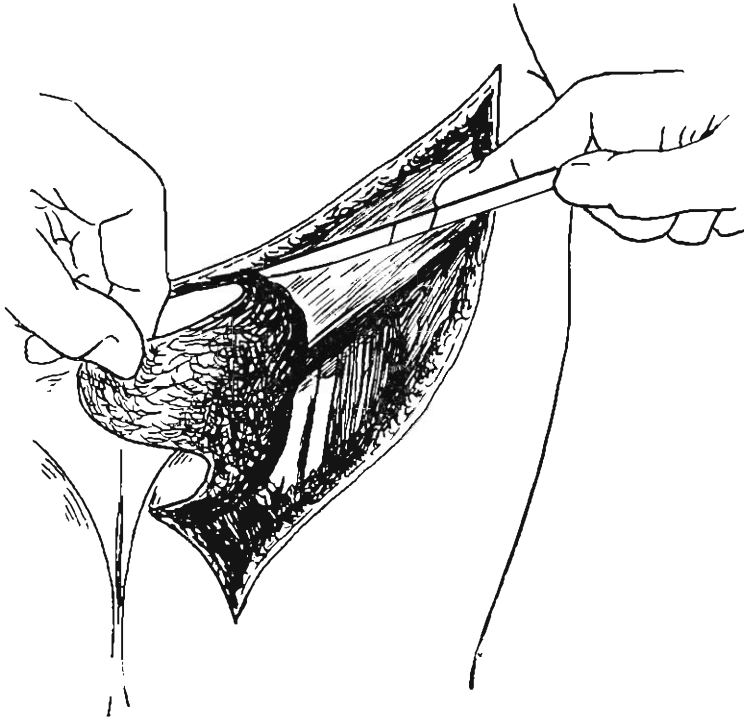


Fig. 4. Extirpación de los vasos femorales.

vena iliaca externa. Estos lo hemos comprobado en 2 casos de cáncer de la región clitoridiana, cuyos ganglios fueron positivos a metástasis en los grupos obturatrices e iliacos izquierdos. Ocasionalmente se produce una extensión más y es a los ganglios situados en el triángulo comprendido entre la arteria iliaca externa e interna y de aquí parten a la cadena lateral de la iliaca primitiva. Es raro que la propagación tenga lugar más allá. Eichmbur (23) en operaciones post mortem de 21 casos, sólo pudo encontrar en 5 casos que las metástasis habían llegado a los ganglios peri-aórticos.

Hay también anastomosis libre en el área de la vulva, las cuales explican porqué en algunos casos los ganglios están comprometidos en el lado opuesto al que crece el tumor primario.

De los 13 casos de nuestra serie que recibieron tratamiento quirúrgico, en 4 casos se comprobó que habían metástasis ganglionares; en 2 casos la metástasis alcanzó el grupo inguinal, no pudiendo comprobar en grupos más altos por el tipo de operación que se realizó en cada una de estas pacientes. En el otro caso cuyo tipo de operación fué Way, sólo se encontró metástasis en los ganglios inguinales y no así en los demás grupos ganglionares.

Por último en los dos casos restantes presentaron metástasis en los grupos obturatriz e iliaco izquierdo. Esto tiene suma importancia en el pronóstico, ya que habiendo metástasis en grupos tan altos, deja en duda acerca de



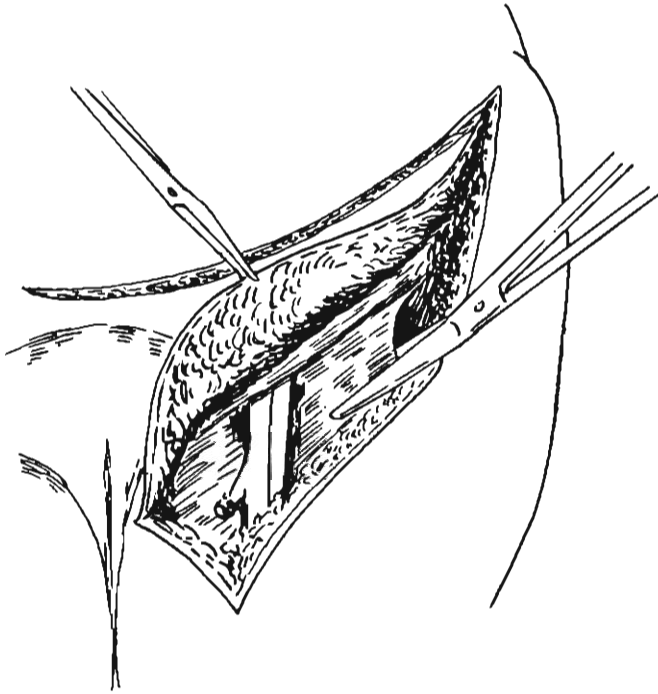


Fig. 5. Extirpación en bloque hasta la fascia de los músculos regionales inclusive.

la extirpación completa de los ganglios carcinomatosos con los consiguientes peligros que puede traer la remoción incompleta de la enfermedad. No ha pasado suficiente tiempo para valorar esta sospecha.

*Diagnóstico.*—El diagnóstico es clínico y siempre debe ser confirmado por la biopsia; rutinariamente se hará el diagnóstico diferencial con las enfermedades venéreas y en ella ayudarán los exámenes de laboratorio. En todos nuestros casos el diagnóstico fué clínico corroborado por la biopsia, excepto en 1 caso, en el que fué el estudio de la pieza operatoria el que informó carcinoma; clínicamente era un tumor quístico benigno, pero el estudio histopatológico demostró la presencia de carcinoma.

*Tratamiento.*—Todos los autores están de acuerdo que el tratamiento de elección para el cáncer de la vulva es el quirúrgico y debido a la relativa frecuencia de la recidiva, sólo la operación radical —vulvectomía total con linfadenectomía extraperitoneal bilateral (20)— ofrece la posibilidad de curación. En este sentido la literatura muestra el esfuerzo desplegado por infatigables trabajadores como Basset, Taussig, Cosbie, Kelvey, Collins, Stanley Way y otros.

La técnica propuesta por Stanley Way la consideramos entre las mejores y la propiciamos porque cumple los requisitos de la terapéutica del cáncer.

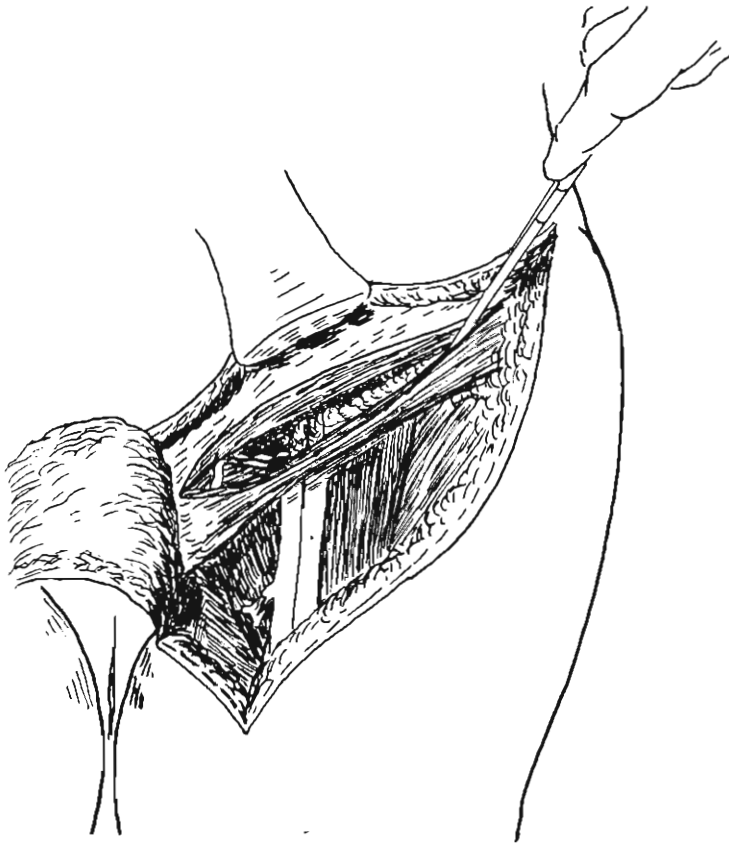


Fig. 6. Incisión a lo largo de los músculos abdominales para penetrar al espacio de Bogros

En 1941, Stanley Way (24-20-26), hizo por primera vez la vulvectomía descrita por él y la paciente murió 9 años después sin recurrencia del carcinoma pese a que los ganglios fueron positivos a metástasis. Desde 1940-1949 Way y colaboradores realizaron 75 vulvectomías radicales de 86 casos vistos por él y no seleccionados para su tratamiento, lo que representa un coeficiente de operabilidad de 83 %. Los casos inoperables fueron debidos a la combinación de tres factores: edad avanzada, tumor voluminoso y enfermedad concomitante (diabetes, asma e insuficiencia cardíaca); se entiende que una contraindicación general lo constituye la presencia de metástasis viscerales.

El compromiso de los ganglios per-se no fué contraindicación de la operación y una paciente con ganglios adheridos al ligamento inguinal y con ulceración hacia la piel fué tratada, teniendo una supervivencia de 5 años. Way da un coeficiente absoluto de vida, en pacientes tratados y en los que han recibido sólo tratamiento paliativo, 61 % mucho más alto que el publicado por otros, como puede leerse en el cuadro N° 1. y un coeficiente relativo

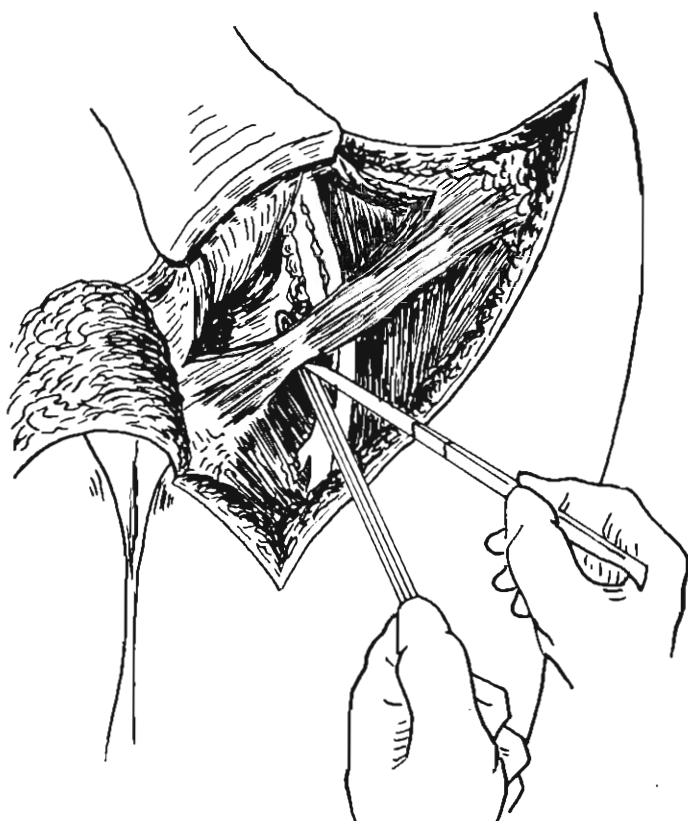


Fig. 7. Sección de los músculos abdominales para proceder a la linfadenectomía.

de sobrevivida de 5 años de 74 %; es decir, en los casos únicamente operados. En vista de estos resultados expuso y extendió este nuevo tipo de vulvectomía radical, en 1951, la cual consiste en la extirpación de la vulva desde el monte de venus hasta cerca del ano y profundamente hasta dejar el hueso pélvico al descubierto conjuntamente con la escisión de los bordes de la piel de la ingle y la vena sávena, así como la extirpación de los ganglios linfáticos ilíacos externos y primitos. Las heridas de la ingle deben ser suturadas y la de la vulva debe ser dejada sola que granule.

La influencia del compromiso ganglionar, como en cualquier otro cáncer es de suma importancia, ya que los resultados son peores cuando hay metástasis. En la serie de Way, el 32 % de los casos tenían compromiso ganglionar; de éstos el 43 % tenían los ganglios ilíacos comprometidos. Estos porcentajes nos dan el coeficiente relativo de sobrevivida de 5 años en los casos libres de metástasis que es del 86 %. Este porcentaje es excelente para cualquier método standard y es satisfactorio el hecho de que ningún paciente muriera de cáncer. Esto daría lugar a la pregunta de ¿Es necesario, entonces, extirpar la cadena linfática en forma tan amplia como lo propone Way? Ya se ha dicho

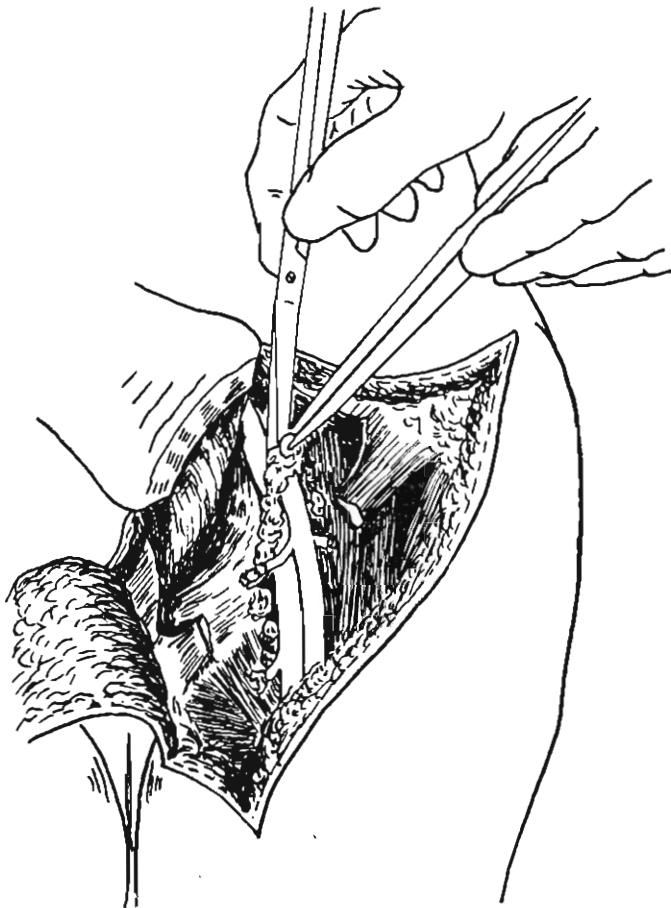


Fig. 8. Extirpación ganglionar de arriba hacia abajo.

que por el examen clínico es imposible saber si los ganglios están comprometidos o no, pero la estadística que presenta Way, el coeficiente de vida se reduce al 46 % cuando los ganglios están comprometidos. Esto no deja lugar a dudas acerca de la ventaja de la extirpación de los ganglios linfáticos. Además, Taylor y Nathanson encontraron que en el 30 % de 79 casos en los cuales no se palpaba adenopatías, tenían enfermedad metastásica microscópica.

CUADRO I. SOBREVIDA DE 5 AÑOS DEL CANCER DE VULVA, SEGUN DIFERENTES AUTORES

Autor	Nº de casos	Sobrevida de 5 años	Sin ganglios metastásicos	Con ganglios metastásicos
Shaffner .....	60	23.33 %	—	—
Smith y Pollack	19	42 %	—	—
Taussig .....	41	58.5 %	63 %	52 %
Way .....	65	61 %	86 %	48 %

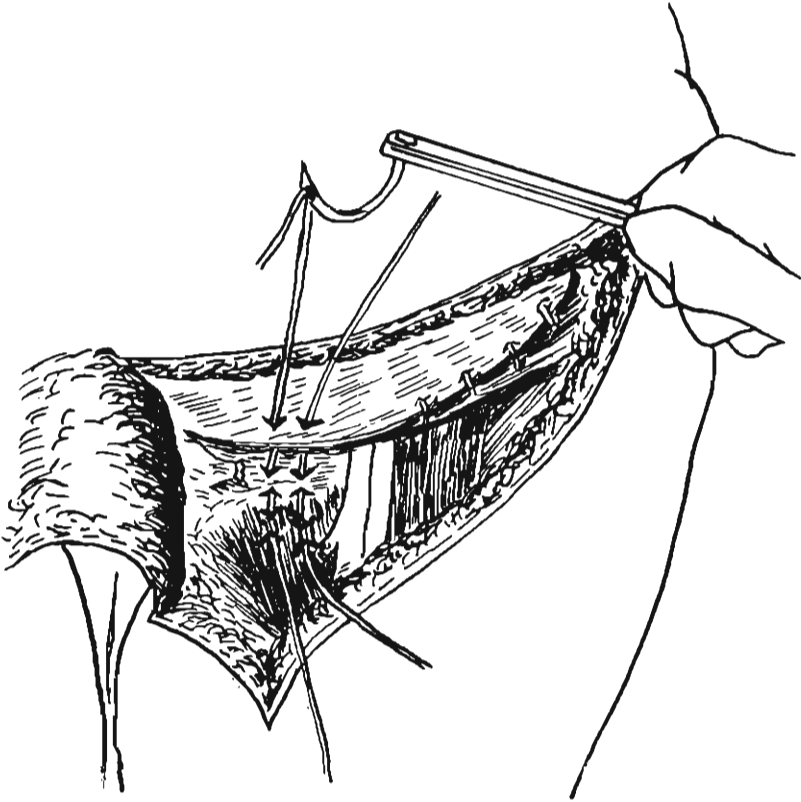


Fig. 9. Reconstrucción de la pared abdominal.

La complicación metastática en ambas regiones inguinales es algo común, aún cuando el tumor primario es limitado a un lado de la vulva. En los casos que publicaron Taylor y Nathanson, tumores unilaterales mostraron metástasis cruzadas en el 10 % mientras que si el tumor tomaba la línea media, las metástasis se presentaban en el 27 % de casos. Way encontró que de 30 pacientes con tumor unilateral el 50 % tenían metástasis contralaterales.

Con los estudios amplios de Stanley Way, se establece que el tratamiento ideal para el carcinoma de la vulva es: *vulvectomía radical con linfoadenectomía inguinocrural y disección pelviana extraperitoneal*. La técnica está descrita por Bonney (24), pero nosotros vamos a mencionar las etapas principales:

1º—Paciente en posición decúbito y bajo anestesia general.

- A) Incisión de la piel, tal como muestra la figura 2. Puntos de referencia: Espina ilíaca antero-superior, límites superior del monte de venus, vértice del triángulo de Scarpa, espina de pubis, 5 cms. por debajo de ella.

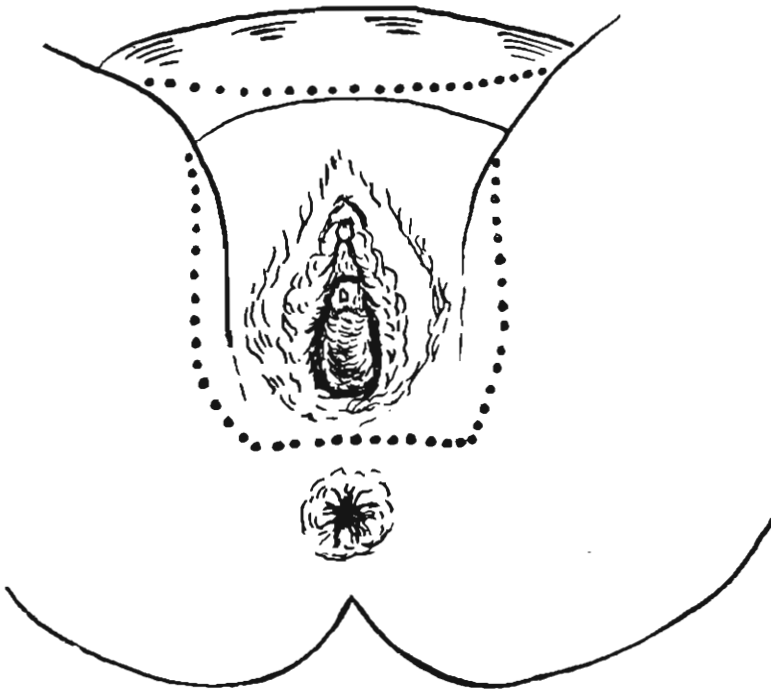


Fig. 10.

- B) Resección del colgajo y de los ganglios inguinales superficiales, conjuntamente con el celular subcutáneo de la región. Ligadura de la vena sávena a nivel de su desembocadura en la femoral. Figura 3.
- C) Remoción de la fascia de los músculos del muslo (sartorio, psoas, pectíneo y aductor mayor). Los vasos femorales y la parte inferior del anillo crural están expuestos y los ganglios profundos extirpados. Figuras 4 y 5.
- D) Se libera el colgajo por su parte superior, aponeurosis del oblicuo mayor, ligamento inguinal, vasos femorales y músculos de la parte superior del muslo.
- E) Incisión de la aponeurosis abdominal y del músculo transversal, paralelo al inguinal. Se penetra al espacio de Bogros. En la parte interna se ligan los vasos epigástricos y ligamento redondo. Figura 6.
- F) Sección del ligamento inguinal, con lo que se exponen los vasos femorales e iliacos. Figura 7.
- G) Extirpación de los ganglios linfáticos iliacos externos e internos de arriba hacia abajo. La fosa obturatriz se limpia. Figura 8.
- H) El músculo transverso es suturado por puntos separados.
- I) Sutura de la aponeurosis de la pared abdominal: se reconstruye el ligamento inguinal y se fija al periostio por su parte inferior Figura 9.
- J) Se cierra la piel en los ángulos de la incisión.
- K) Se practica la misma incisión, en el lado opuesto.

2º—En posición ginecológica se procede a hacer la extirpación de la vulva, por cuya parte central se empieza ejecutando una incisión en plena mucosa y por encima del meato urinario. Por fuera la incisión en la piel se tiende hasta la parte más superior e interna del muslo. Todo es removido en block con electrobisturí hasta el hueso pélvico que se vé en su perióstio. Se sutura aunque la parte central quede abierta. Figura 10. Se deja cateter vesical.

Los 4 casos de nuestra pequeña serie recibieron tratamiento quirúrgico tipo Stanley Way, los mismo que están en control desde hace 17 meses, 5 meses, 2 meses, y 30 días, después del acto quirúrgico; todas ellas en buen estado y sin signos de recidiva local.

Todas ellas recibieron medicación antibiótica en el pre y post operatorio, por la gran infección concomitante que presentan en estas lesiones. Sólo en un caso se presentó hipoproteinemia e hiperazoemia en el post operatorio, como resultado de la extensa superficie cruenta que se deja a campo abierto para que granule sola, como lo hace Way. En la experiencia Way, el injerto inmediato y los antibióticos no disminuyen el período de granulación, pero tales beneficios son grandes, dice, por la inmersión del baño caliente cada día, después del segundo día de operado; beneficio que lo hemos comprobado en el primer caso operado por esta técnica. En los tres últimos casos las heridas cicatrizaron por segunda intención, en un promedio de 8 a 12 semanas. En todos los casos se presentó linfedema más o menos al 20º día de post operatorio, que cede progresivamente, así lo afirma el autor y así lo hemos comprobado.

En ninguno de los casos se presentó complicaciones operatorias ni post operatorias dependientes del gran trauma quirúrgico, ya que cada una de ellas duró aproximadamente seis horas.

*Ventajas de la técnica.*— 1º) La mayor ventaja de esta técnica es indudablemente la amplia escisión del área vulvar, que se demuestra por la no recurrencia local en la serie de 5 años que presenta Way.

2º—El vaciamiento ganglionar por vía extraperitoneal hasta los iliacos primitivos inclusive.

3º) El compromiso ganglionar no es contraindicación de la operación.

#### RESUMEN

Se ha estudiado 14 casos de cáncer de la vulva que representan el 0.82 % de las 1,691 neoplasias malignas del tracto genital pelviano tratadas durante 4 años en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

El carcinoma de la vulva ocupa el cuarto lugar entre los blastomas malignos de la esfera genital pelviana. El porcentaje de 0.82 % es más bajo que el referido por otros autores, pero este hecho se explica por la gran frecuencia de carcinomas de cérvix que existe entre nosotros.

Todas las pacientes se encontraron en edad post menopáusica; la más joven tenía 58 años y la mayor 85 años; el mayor número de casos fluctúa entre los 60 y 70 años, como ha sido señalado por Taussig.

CUADRO II. RESUMEN DE NUESTRA CASUISTICA

Nº de Historia	Edad	Años de Post Menopausia	Lesión Inicial	Localización	Duración de la lesión	Histopatología	Tratamiento
8269	70 años	?	Leucoplasia Tumoración	Labio mayor	8 meses	Ca. epidermoide III Broders	Quirúrgico
20767	72 años	25 años	Tumoración	Labio menor	10 meses	Ca. epidermoide I-II Broders	Quirúrgico
22299	67 años	?	Prurito Tumoración	Labio mayor	8 meses	Ca. epidermoide II Broders	Rayos X Radium
24432	62 años	16 años	Prurito Leucoplasia Tumoración	Labio mayor	5 meses	Ca. epidermoide II Broders	Quirúrgico
26468	59 años	24 años	Tumoración	Labio mayor	5 meses	Ca. epidermoide I Broders	Quirúrgico
26882	72 años	24 años	Tumoración	Labio mayor	4 meses	Ca. epidermoide I Broders	Quirúrgico
27830	63 años	32 años	Prurito Tumoración	Hemi-vulva izq.	6 meses	Ca. epidermoide II Broders	Rayos X Radium
24516	72 años	30 años	Leucoplasia Tumoración	Hemi-vulva der.	3 años	Ca. epidermoide II Broders	Radium
28949	78 años	28 años	Tumoración	Labio menor	3 meses	Ca. epidermoide III Broders	Rayos X
29108	62 años	10 años	Tumoración	Labio menor	2 meses	Ca. epidermoide II Broders	Quirúrgico
30646	58 años	12 años	Leucoplasia Tumoración	Labio mayor	8 meses	Ca. epidermoide II Broders	Quirúrgico
31058	64 años	14 años	Tumoración	Labio mayor	8 meses	Ca. epidermoide II Broders	Quirúrgico
33774	59 años	11 años	Leucoplasia	Labio mayor	8 meses	Ca. epidermoide I Broders	Quirúrgico
35147	85 años	35 años	Tumoración	Clítoris	7 meses	Ca. epidermoide	—

En un 71 % de ellos, se encontraron lesiones pre-cancerosas (leucoplasia y prurito) que precedieron al desarrollo del carcinoma; de éstas el 57 % correspondieron a lesiones leucoplásicas.

El período de evolución ha sido variable entre meses y años, lo que ha estado en relación con el tamaño que presentaron estas lesiones en el primer examen practicado.

El diagnóstico fué clínico en todos los casos y comprobados por la biopsia, a excepción de un caso, cuyo diagnóstico fué de "Hidroadenoma" y cuyo estudio histopatológico reveló carcinoma. Histológicamente, todos han sido carcinomas epidermoides.

La profilaxis del carcinoma vulvar es el tratamiento de la lesión pre-cancerosa (leucoplasia) por la vulvectomía.

La frecuencia de las metástasis ganglionares inapreciables clínicamente pero confirmadas por el laboratorio, reafirma el tratamiento quirúrgico radical como el mejor. Los últimos 4 casos recibieron tratamiento quirúrgico con la técnica de Stanley Way, con resultados bastante halagadores. No ha pasado tiempo suficiente para hablar de curación.



SUMMARY

From June 1, 1952 to May 31, 1956, we have seen 14 cases of cancer of the vulva at the Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. This represents 0.82% of the all the malignancies of the genital tract (1691 cases). This percentages is lower than reported by other authors. This, however, is relative, because we have a high frequency of carcinoma of the cervix.

All these patients were of the past menopausal age. The youngest was 58 an the oldest 85 years. The greatest number of cases were between the ages of 60 and 70 years, as Taussig found.

In 71% of these patients we found pre-cancerous lesions such as leukoplakia and pruritus. The time interval between this lesion and the apparance of malignancy varied from months to years.

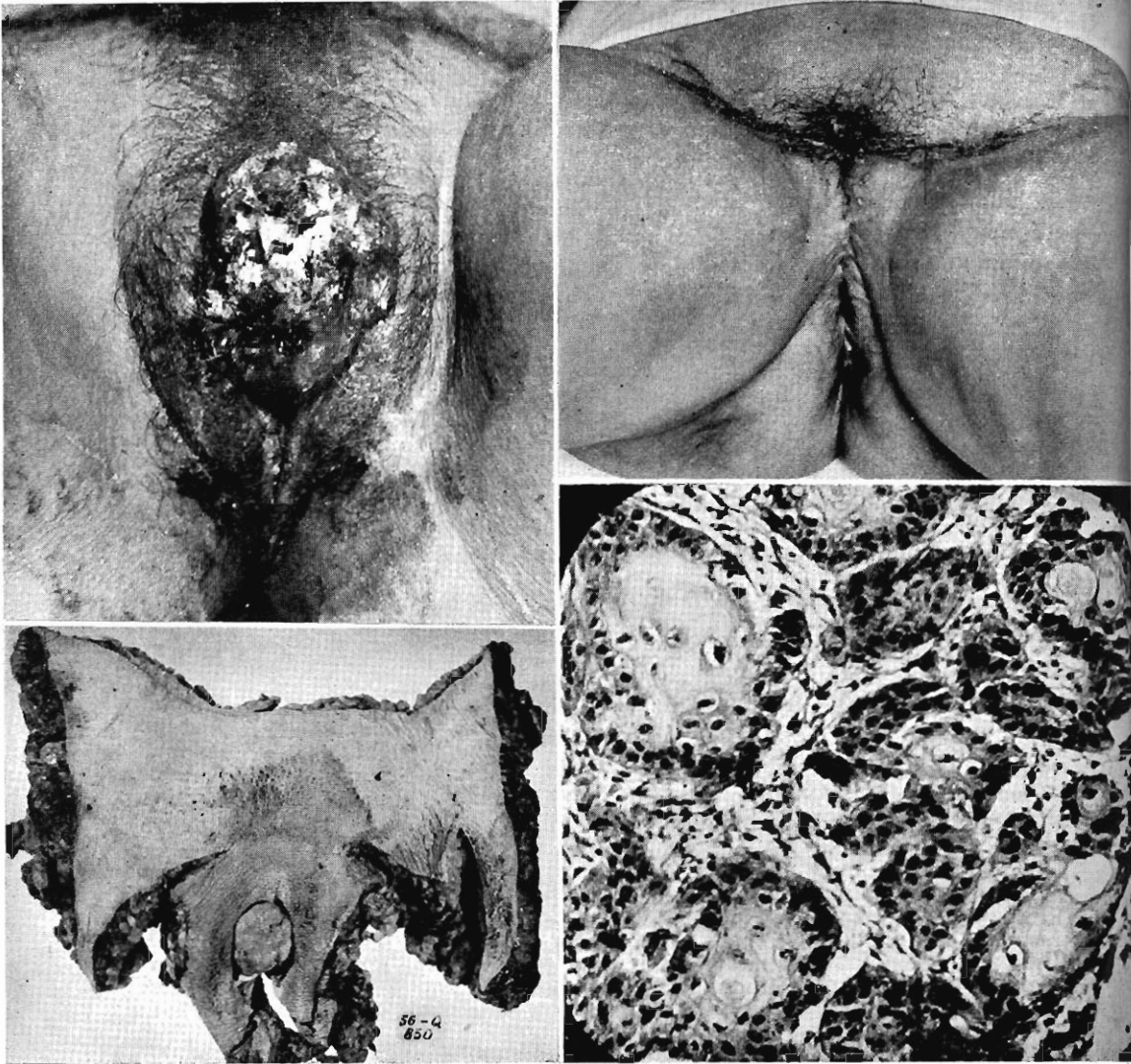
The clinical diagnosis was corroborated by the biopsy, with the exception of one case, in wich the clinical diagnosis was Hidroadenoma and the pathological report was carcinoma. Histologically, all the cases were epidermoid carcinoma.

The frequency of ganglionar metastasis we could not detect clinically but the malignancy proven by the pathological studies, shows that radical surgical treatment is the best.

The last 4 cases that we saw we treated with radical surgery, following the Stanley Way technique, with satisfactory results. Enough time has not elapsed for us to speak of cure, but until now there has been no recurrence of malignancy.

BIBLIOGRAFIA

1. Sadugar, Palmer, Reinhard, M.: Surg. Gynec. Obst. 1949, Vol. 8, pág. 435.
2. Smith y Pollack: Sug. Gynec. Obst. 1947, Vol. 84, pág. 78.
3. Arenas y Foix: Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, pág. 263.
4. Arenas y Foix: El Día Médico Año XXVI, N° 1, pág. 22.
5. Ahumada y San Martín: Obstetricia y Ginecología Latinoamericanas, 1943, Vol. 1, pág. 86.
6. Mauchi, L., Manuel: Tesis de Bachillerato de Medicina, 1952, N° 2361.
7. Taussig, Fred: Am. Jour. Obst. & Gynec., 1940, Vol. 40, pág. 761.
8. Ahumada: Tratado de Ginecología, 1936, Tomo II pág. 5.
9. Calatroni: Terapéutica Ginecológica, 5ª Edición, pág. 697.
10. Novack, E.: Tratado de Ginecología, 1952, 3ª Edición, pág. 697.
11. Conill, Montobbio: Tratado de Ginecología y Técnica Terapéutica Ginecológica, 2ª Edición, pág. 368.
12. Meiggs, Sturgis: Progresos de la Ginecología; 2ª Edición, 1953, pág. 687.
13. Bayard, Carter, Lousse-Kaupman-Kennet, Ceyler: Surg. Gynec. Obst., 1950, Vol. 91, rág. 600.
14. Ribeyro Sánchez: Revista Brasileira de Cirugía Jího 1954, Vol. XXVIII, N° 1, Pág. 22.
15. Curtis: Tratado de Ginecología, 3ª Edición, pág. 487.
16. Carranza: Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, 1951, Vol. 30, pág. 145.
17. Willis: Pathology of Tumours, 1948, pág. 549.
18. II Congreso Luso-Español de Obstetricia y Ginecología, Lisboa mayo 1948 (02960) pág. 10.
19. Taussig, Fred: Am. Jour. Obst. & Gynec. 1941, Vol. 45, pág. 813.
20. Thombly: Cáncer 1953, Vol. 6, pág. 516.
21. Plachta, Aaron-Speer Francis: Cáncer 1954, Vol. 7, pág. 910.
22. Gartner y Staut: Excerta Médica: Carcinoma intra-epitelial de la vulva, Abril 1954. Vol. 2, N° 4.
23. Peham, Armeich: Ginecología Operatoria, 1950, pág. 757.
24. Bonney, Víctor: A Test Book of Ginecologycal Surgery, 6ª Edición, 1952, pág. 209.
25. Urrutia Ruiz: Revista de Ginecología y Obstetricia de México, Año VII, Vol. VII, N° 5, pág. 369.
26. Way, Stanley: British Medical Journal, 1954, Saturday, October 2, pág. 780.



- Fig. 1. Aspecto clínico en un caso de cáncer de vulva, moderadamente avanzado.  
 Fig. 2. Aspecto de la cicatriz post-operatoria de vulvotomía radical con linfadenectomía inguino-crural y disección pelviana extraperitoneal.  
 Fig. 3. Aspecto de la pieza operatoria.  
 Fig. 4. Aspecto microscópico que demuestra una característica estructura de cáncer epitermoide.