

ALGUNAS CONSIDERACIONES A PROPOSITO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CANCER DE LA VULVA

DR. MARIANO BEDOYA HEVIA

(De la Cátedra de Ginecología de la Facultad de Medicina de Lima.)

LA divulgación y conocimiento del cáncer de la vulva es de suma importancia. Aunque es una afección poco frecuente y mal conocida, su interés estriba en hacer un diagnóstico oportuno, seguido de una cirugía ampliada o superampliada como se concibe la cirugía del cáncer en el momento actual. Esta cirugía ofrece enormes posibilidades de curación ya que la lesión primaria permanece estacionaria, si bien, es cierto, que da metástasis con gran frecuencia, como lo señala *Taussing* que observa hasta 66% de ellas en los ganglios regionales sin propagación a órganos distantes, observaciones que son confirmadas por *Way* y otros investigadores.

Solo voy a ocuparme de la técnica empleada al operar a una paciente afecta de carcinoma vulvar. Fig. 1.



Fig. 1.—Carcinoma de la vulva. Antes de la operación.

Filiación: E. E. de 70 años

Enfermedad actual. Desde hace 7 años prurito intenso y leucorrea amarillenta, siendo tratada con radium, con lo que la sintomatología remite por un tiempo; para reaparecer y hacerse continua hasta su ingreso.

A. Personales. Monarquía a los 13 años tipo 8/30. Menopausia desde los 49 años.

R. S. a los 17 años. Esteril.

Examen clínico. Paciente en excelentes condiciones.

Sistema Linfático. Se palpan ganglios en ambas regiones inguino crurales del tamaño de un frijol, duros, móviles, indoloros. Otras regiones ganglionares nada anormal.

El examen de los diferentes aparatos: normales.

Examen Ginecológico. Se aprecia los labios mayores y menores admatosos, violáceos, notándose formaciones de aspecto vegetante cubiertas por secreción saniosa duros, indoloros, que se movilizan sobre los planos profundos.

Vagina N.—F. S. libres. Cuello y Cuerpo uterino en involución senil.

Anexos no se palpan.

Especulum: no se aprecia nada anormal. Se toma muestra de secreción y biopsia.

Resultado del examen de secreción: sin importancia.

Resultado Biopsia. Carcinoma epidermoide (Dr. Weiss).

Operación. 2-111.—1955.

Anestesia. Pre anestésico de rutina. Anestesia general potencializada.

Posición. Con el objeto de facilitar los tiempos operatorios y evitar los cambios de posición, colocamos a nuestra paciente como para practicar una intervención abdomino ginecológica (Fig. 2).

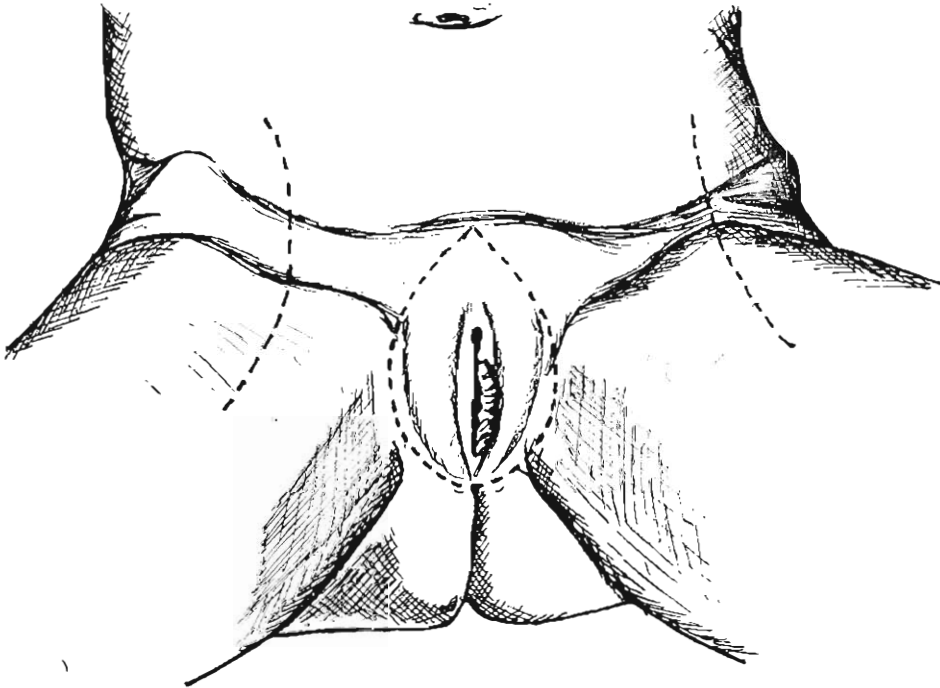


Fig. 2.—La línea punteada señala el trazado de las incisiones operatorias.—Tomado de Ahumada.

La *incisión* que aconsejamos es la de las tres incisiones (preconizada por Taussig) que facilita la cicatrización de la herida (Fig. 2).

Vaciamiento ganglionar. La inc. cutánea comienza a dos traveses de dedo de la espina iliaca ant. sup. y sigue un trayecto descendente por encima del ligamento inguinal y termina en el extremo inferior del triángulo de Scarpa, (Fig. 2).

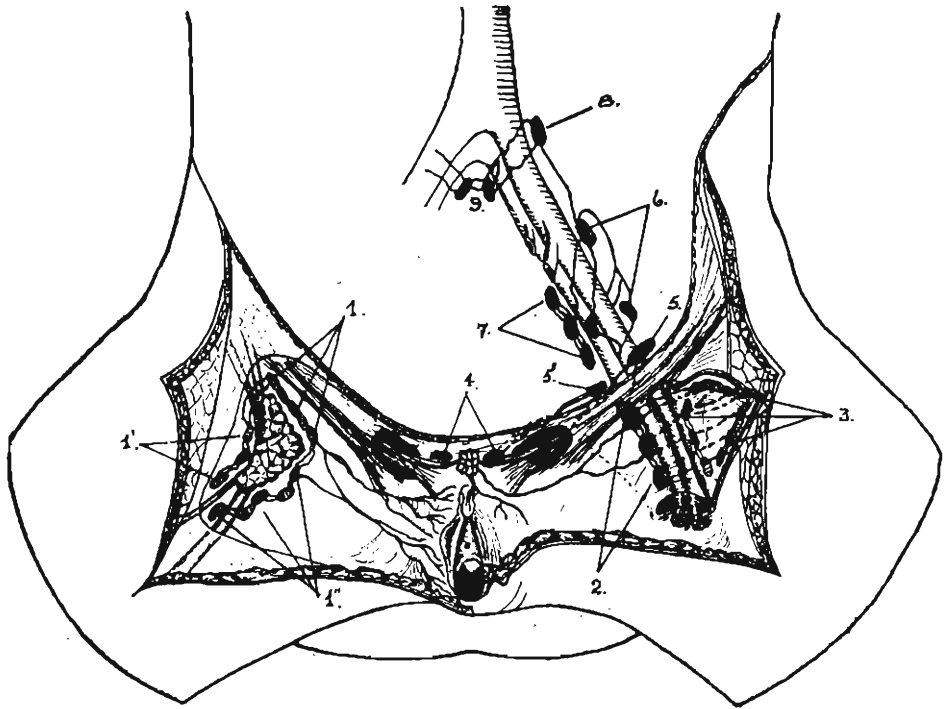


Fig. 3

- 1.—Ganglios inguinales superficiales (1 y 1'). Supero externos superficiales (1 y 1'). Supero internos.
- 2.—Ganglios inguinales profundos.
- 3.—Ganglios inguinales superficiales con sus eferentes a los ganglios inguinales profundos.
- 4.—Ganglios presinfisianos.
- 5.—Ganglios retrocrales interno y externo.
- 6.—Ganglios ilíacos externos.
- 7.—Ganglios ilíacos internos.
- 8.—Ganglio ilíaco primitivo.
- 9.—Ganglios presacros.

Comenzamos a practicar una amplia disección de la piel y parte del tejido celular subcutáneo (Fig. 4), respetando la laminilla (fascia de Spalteholz) que contiene las linfo-glándulas superficiales inguino cruales.

El grupo supero-interno (Fig. 3-1-1) que reciben importantes colectores eferentes (pedículo linf. inferior de Basset) y el grupo supero-externo (Fig. 3.1-1-1).

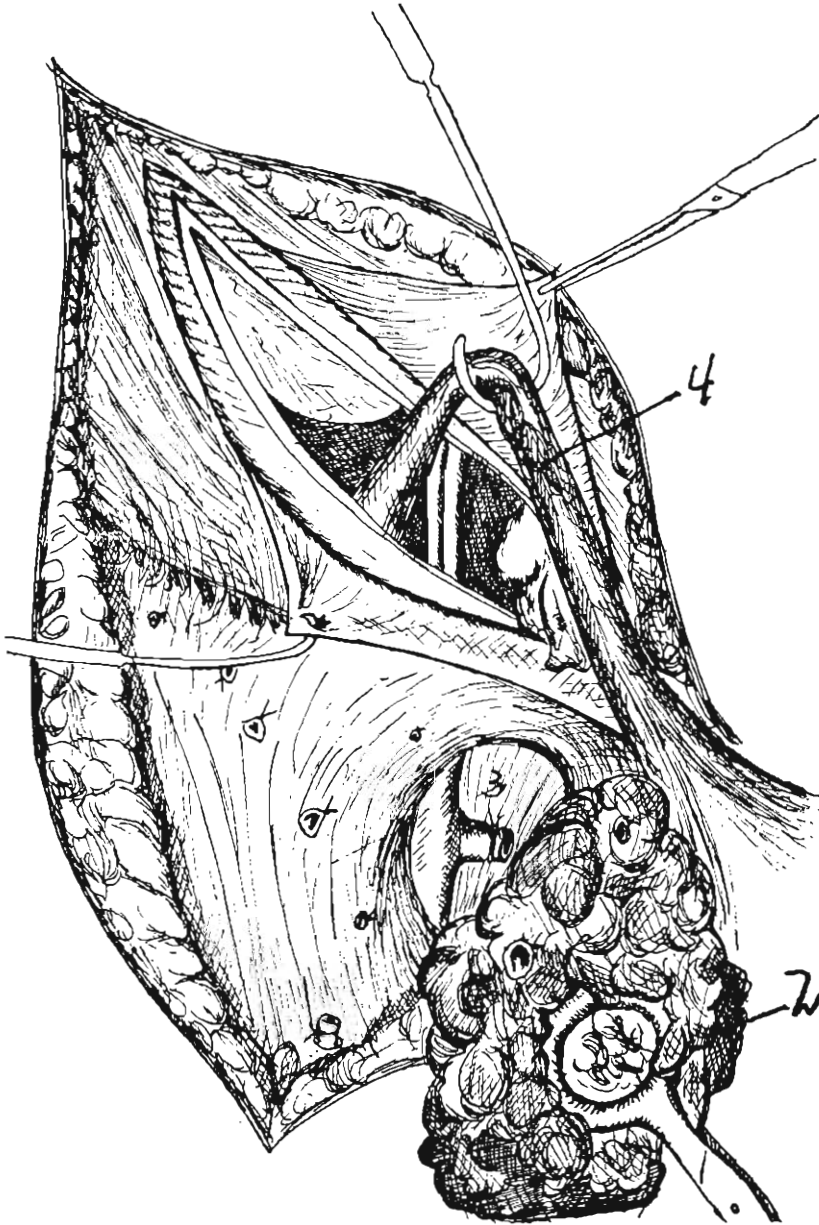


Fig. 4

- 1.—Diseción amplia.
- 2.—Tejido celular y paquetes linfáticos inguinales rechazados hacia la vulva.
- 3.—Agujero oval que muestra a la safena interna ligada.
- 4.—Vista de la aponeurosis del oblicuo mayor incindida que muestra el ligamento redondo hasta sus inserciones terminales.
- 5.—La diseción se hace de fuera a dentro.

Luego iniciamos la disección en block (Fig. 4-²) hacia la inserción en el labio mayor. Ligadura de la safena y circunfleja iliaca (Fig. 4). Disección de los ganglios inguinales profundos (Fig. 3-²) que en número de 3-4 están, escalonados y separados de la vena femoral por su vaina propia, el

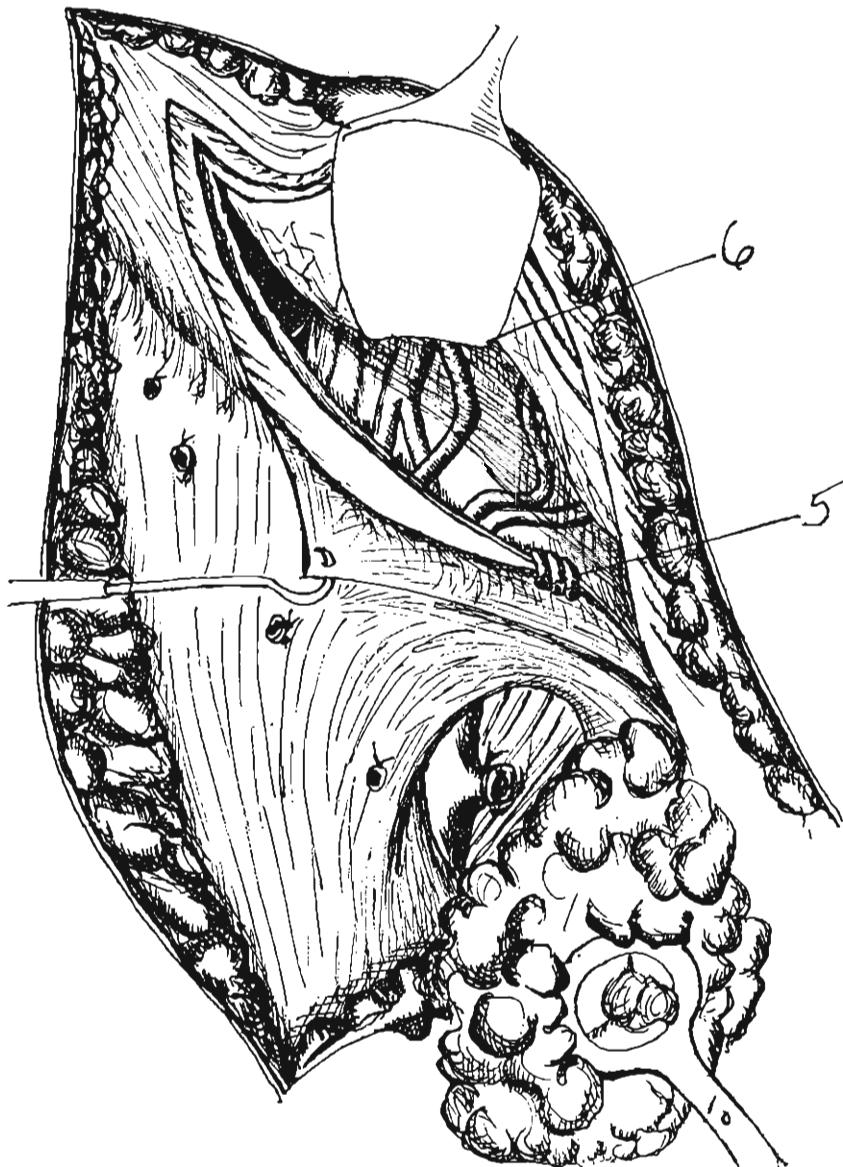


Fig. 5.—Observamos el rechazo del peritoneo hacia arriba y se nos presenta la fosa iliaca interna y el arco crural; la ligadura de los vasos epigástricos ha sido practicada y en el espacio de BOGROS vamos a encontrar los elementos vasculares y linfáticos.

drenaje linfático que reciben es de los inguinales superficiales (Fig. 3.³); del glánde clitoridiano por intermedio del ganglio presinfisiano (Fig. 4.⁴) y que constituye el colector superior de Basset. Disección de la fosa oval y del conducto femoral hasta el anillo crural (Fig. 4.³).

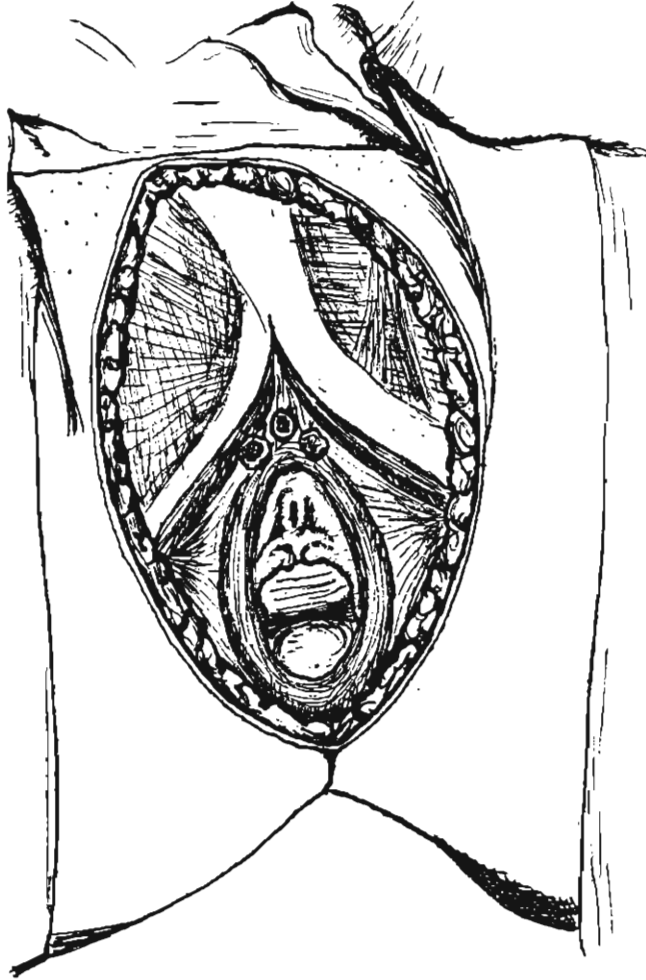


Fig. 6.—Vista de la zona operatoria después de haberse practicado la vulvectomía.

Se procede a abrir el canal inguinal incindiéndole a lo Basset (Fig. 4). Disección del redondo y vasos epigástricos que expone el espacio de Bogros (Fig. 4.⁴) y (Fig. 5.³); se procede a rechazar con suavidad el peritoneo (Fig. 5.⁶) con lo que conseguiremos disecar las linfo-glándulas de la fosa iliaca interna: a) el retrocrural externo que recibe la linfa del ped. linf. superior. (Fig. 3.³) y b) el interno (Fig. 3.³¹) que recibe los linf. crurales profundos; c) los iliacos externos superiores (Fig. 3.⁶); d) i. int. (Fig. 3.⁷). Disección de los ganglios del grupo obturatriz.

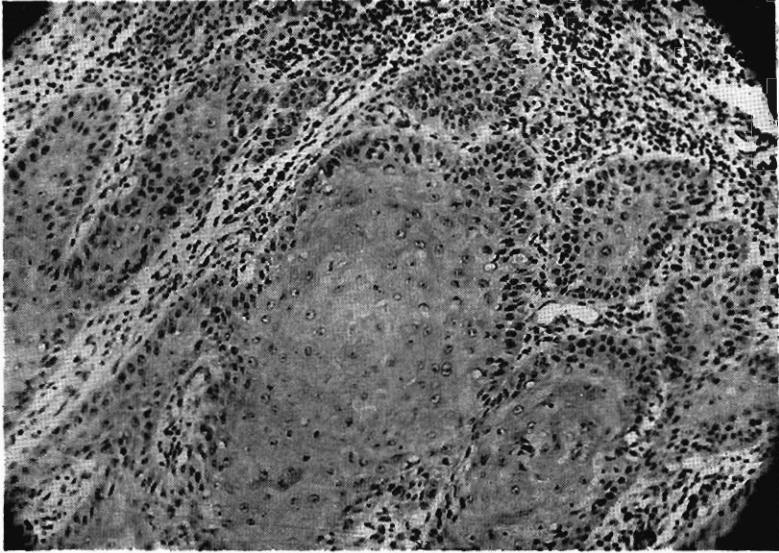


Fig. 7.—Carcinoma invasivo de vulva.

Si se trabaja con un solo equipo el mismo acto se repite en el lado contrario. Reconstruimos la herida con puntos separados y sin drenaje para practicar el tiempo siguiente o sea la *Vulvectomía*, trazamos una incisión circular interna entre el vestíbulo y la vagina, respetamos el meato sino hay compromiso de él. La inc. ext. pasa sobre el borde superior del pubis, orientándola oblicuamente hacia abajo para encontrar el surco genito-crural y así llegar



Fig. 8.—Después de la operación.

al perineo, atravesarlo hasta encontrar la otra inc. ext. y completar todo el trazado.

La exéresis se practica profundizando la inc. ext. hasta llegar al plano que corresponde a la aponeurosis superficial, en esta forma arrastramos todo el tejido celular interpuesto entre la vulva y la aponeurosis y que contiene todos los elementos linfáticos eferentes de la vulva, continuamos nuestra disección hasta ponernos en relación con la inc. interna. La inc. compromete el clítoris y los vulvos vestibulares (Fig. 6).

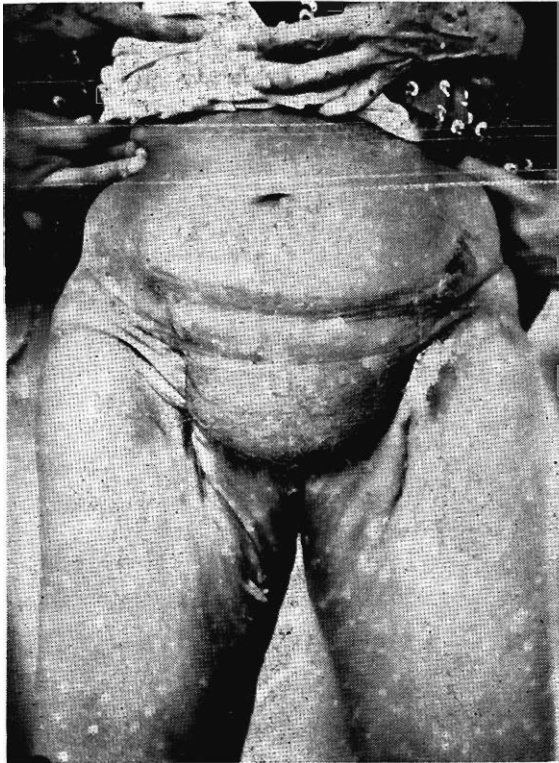


FIG. 9.

Aplicamos una sonda vesical. Reconstruimos la herida con puntos separados.

Post operatorio. Está demás entrar en repeticiones, ya que las indicaciones son por todos conocidas.

Resultado de la Biopsia: Carcinoma escamoso de la vulva.

Carcinoma escamoso de la vulva.

No hay metástasis tumoral. Sólo los ganglios examinados muestran marcada hiperplasia folicular, con senos linfáticos llenos de células mononucleadas y extensos focos hemorrágicos. (Microfotografía.)

Ultimo control. Agosto de 1955 (Fotografías 8-9). Enferma en magníficas condiciones.

BIBLIOGRAFIA

- Ahumada J. C. El cáncer ginecológico (t.I).
 Ahumada J. C. y Sanmartino.—Estudios precoces del carcinoma de la vulva. — Obst. Lat. América — 1943, 1, 66.
 Aguinaga, A. Cáncer de la Gland. de Bartholino. Obst. y G. Lat. Amer. 1944, 2, 168.
 Calantroni C. J.—Terapéutica Ginecológica. Cap. XXVI.
 Corscaden.—Gynecologic cancer.—Chapter 3, pág. 67.
 Conill Montobio V.—Trat. Ginecología. — pág. 364.
 Curtis.—Ginecología: Capítulo XLV.
 Crossen y Crossen. Ginecología Operatoria. Tomo II, pág. 733.
 Donnelly, Gand Bauld, W. A. C.: Aspects in the treatment of vulvar o cervical carcinoma Am J. Obst. & Gynec., 1948, 56, 454.
 Fox é Ibarbia.—Ginecología Operatoria. — pág. 83.
 Greenhill.—Cirugía Ginecológica, pág. 110.
 Gentil, F.—Sobre el cáncer genital. — Carcinoma de la región vulvar. "Gaceta Médica, Española", 1946, 20, 353.
 Jascke y Pankow.—Trat. de Ginec., pág. 196.
 Kirght, R. van D.—Bowen's disease of the vulva Am J. Obst. & Gynec., 1943, 46-114.
 Lumin A. B.—Car of vulva. "Am J. Obst. & Gynec" 1949, 57-742.
 Leland H. R.—Carcinoma of Bartholin gland duct Am J. Obst. & Gynec., 1949, 57-606.
 Mc Kelvey, J. L.—The Treatment of carcinoma of the vulva. Am J. Obst. & Gynec., 1947, 54-626.
 Meigs J. V. y Sturgis.—Progresos de la Ginecología per Pearsons, M. D. pág. 697, 1953.
 Monteiro A. e Quinet, A.—Carcinoma da Clitoride. "Obst. y Ginec. Lat. Amer." 1948, 6-75.
 Novak Emil.—Textbock of Gynec., pág. 176. 1944.
 Novak Emil.—Texto de Gynecología. 1952, pág. 208.
 Palmer J. Sadugor, M. G.—and Reinhard, M. C. Carminoma of the vulva. Report of 313 casos "Surg. Gyn. Obst". 1949, 88-435.
 Riesco, A.—Cáncer de la vulva "Bol. Sec. Chilena Obst. Ginec." 1943, 8-11.
 Rouviere.—Anatomía Humana.
 Stoekel. W.—Trat. de Gynec., pág. 140.
 Te Linde.—Operative Ginec. 1946, pág. 621-624-627.
 Tapfer S.—Las Operaciones Regladas; 1954, pág. 58.
 Taussig, F. J.—Cáncer of the vulva. An analysis of 155 casos. "Am. J. Obst. Gynec." 1940, 40-764.
 Testut L. y Jacob.—Tratado de Anatomía Humana.
 Testut Latarget.—Tratado de Anatomía Humana.
 Testut Jacob.—Anatomía Topográfica.
 Warten.—Ginecología 1950., pág. 425.