

CÁNCER DE LA VULVA

Vulvectomy Radical con Linfnectomía Pélvica Bilateral

DR. RENE CARRANZA
DR. ELIAS FARAJ

El cáncer de la vulva ha sido uno de los más obstinados problemas ginecológicos.

Téoricamente **pareciera** de que no habría razón de que así fuera, puesto que la vulva es accesible tanto para diagnóstico temprano como para extirpación radical. Los ganglio:, linfáticos de la ingle y de la pelvis son mucho más accesibles **que** en cualquier otro sito donde se desarrolle cáncer. (1)

Sin embargo, todavía recientemente el cáncer de la vulva ha sido una de las lesiones malignas más **pobrement** manejadas. Retraso en el diagnóstico junto con falla para tomar adecuado conocimiento de la naturaleza **biológica** y de la forma de distribución del tumor en el planeamiento de su terapia, ha resultado en un porcentaje de cura desconsoladoramente bajo. La responsabilidad en el tardío diagnóstico, a menudo recae en el pariente, que encuentra penoso buscar consejo médico para los tempranos síntomas de la **enfermedad**. Sin **embargo** un mu-chisimas **oportunidades** los médicos mismos, fallan al tratar estos síntomas tempranos, en forma puramente sintomática por meses y aún por años, hasta **que** ya en un estadio avanzado el diagnóstico se vuelve obvio y el adecuado tratamiento con esperanza de cura es imposible. (2). En 50%. *de* los casos de diagnóstico tardío es responsable el médico, **(10)**.

Nuestro material consiste en el estudio del número de casos ingresados a los servicios de Ginecología y Cancerología del Hospital General San Felipe, de junio de 1957 a junio de 1962, en número de 6. Tres de los cuales fueron personalmente tratados por nosotros e incidentalmente se presentaron al servicio, en el curso de un mes.

El total de admisiones en cite **período** de tiempo fue de 8.251 **pacientes**, lo que da una incidencia de 1 caso por cada 1.375 pacientes ginecológicas. Como se ve entonces, la enfermedad es sumamente rara y es difícil que un solo individuo, **llegue** a tener suficiente experiencia a lo largo de su vida, a menos que se constituya un equipo al que se refieran sistemáticamente todas las pacientes en una extensa área de población.

Stanley **Way** (3) reporta una incidencia de. 1 caso por cada 44.556 mujeres de todas las edades.

Edad: Las edades oscilaron entre 82 y 32 años, con un promedio de edad de 57 años.

Sintomatología; En cinco pacientes el síntoma principal fue nódulo (ulcerado o verrucoso) en la vulva y en uno de ellos, prurito, ardor para orinar estaba

presente en 4 casos y en todos ellos se asociaba con la presencia de lesiones en la proximidad del meato.

Tamaño de las lesiones: En 3 de ellos no está especificado, en 1 caso fue de 5 era.; en otro de 8 cm.; y en el otro de 3 cm.

Diagnóstico anatomopatológico: Carcinoma epidermoideo bien diferenciado: 1 caso; **melanoma** maligno 1 caso: carcinoma epidermoideo (estadio intraepitelial) 1 caso; carcinoma epidermoideo moderadamente diferenciado 2 casos; no **especificado** 1 caso.

Tratamiento: Nuestro particular interés al traer esta contribución, ha sido presentar un informe preliminar sobre 3 casos que **personalmente** hemos lido oportunidad de atender con carcinoma de vulva de grados 1 y 2 clínicamente, y tratados con **vulvectomía** radical y linfadenectomía pélvica bilateral superficial (inguinal femoral) y profunda (Tacos **externos**, hipogástricos y obturadores) en un sólo **tiempo**.

La vulvectomía radical es relativamente una **operación** poco común. (W la misma **rareza** de la patología que la indica, y es difícil para un solo operador ganar experiencia con esta operación. y las lesiones que extirpa (41).

Para curar el cáncer de la Vulva el cirujano debe extirpar ampliamente la vulva, la frasa, y el enrejado linfático de ambas fosas inguinofemorales, a lo que **debe agregarse** los ganglios linfáticos, pélvicos profundos a lo largo de lo; vasos liacos internos y externos y de la fosa obturadora. (5)

La preparación de la paciente incluye un estudio exhaustivo pulmonar y **óseo**, para descartar metástasis pulmonares y óseas (8) e igualmente una **evaluación** total de las condiciones de su sistema cardiovascular y renal.

La técnica que seguimos es la de Twombly (6) con ligeras modificaciones tomadas de Ball (7) : incisión en U de una espina iliaca anterosuperior a la otra. incindiendo celular subcutáneo hasta fascia de músculo oblicuo y recto, inmediatamente después un cirujano procede a disecar los ganglios superficiales incluyendo la grasa, hacia arriba y hacia abajo, en generosa extensión, e igual labor ejecuta en el otro lado otro cirujano, de tal **suerte** que en el curso de la operación, la disección superficial y profunda se verifica simultáneamente por 2 cirujanos, con lo que se ahorra la mitad del tiempo. sin encontrarse ninguna dificultad *de* interferencia en los campos operatorios; los tejidos siempre se van disecando desde la periferia hacia el cáncer; la disección rápidamente extirpa la grasa sobre el ligamento inguinal y sobre la fascia lata en el aspecto superior del muslo; todos los **elementos** vasculares, arteriales y venosos son ligados a medida que se encuentran, no se hace hincapié en la disección específica de filetes nerviosos. Como la superficie de exposición es bastante extensa continuamente las áreas se cubren con compresas calientes.

Los elementos vasculares de la fosa ovalis con la vena safena y sus tributarias; la artera circunfleja superficial, la **epigástrica superficial** y las venas externas pudendas í-e ligan. El triángulo se Scarpa con la fascia cribiforme se limpia de sus elementos linfáticos y ganglionares.

A continuación se limpia el canal femoral de sus linfáticos y tejido aerolar tan alto como posible, hasta llegar al ganglio Cloquet o Rosenmuller, el resto del canal se limpia por encima del arco de Poupart incindiendo la aponeurosis oblicua externa como se hace en una herniorrafia y retrayendo los colgajos hacia arriba y hacia abajo se expone ampliamente el ligamento redondo y estructuras adyacentes que se cortan y ligan tan lejos como posible; enseguida se abre el músculo oblicuo **interno** y el transversa en la dirección de sus fibras hasta exponer la artera iliaca externa y la hipogástrica y rechazando el peritoneo hacia la línea media, se disea la grasa subperitoneal, los ganglios linfáticos que rodean los vasos antes mencionados y el tejido aerolar que los envuelve. A ésta altura hay que tener cuidado en

identificar adherido al peritoneo el uréter que hay que esconder **detrás** de un retractor **protegido con** una compresa.

El nervio femoral se ve salir del aspecto lateral del músculo **psoas** y sobre el músculo ileopectíneo, debe preservarse. La disección se continúa tan lejos como posible hacia las ilíacas comunes en la misma forma, se practica luego la disección de la fosa obturadora extrayendo el ganglio obturador, hasta que se mire en el fondo el color blanco nacarado del nervio obturador. Se limpiarán los vasos ilíacos en su aspecto posterior, mediante **adecuada** y suave retracción, con lo que queda **terminado** el **vaciamiento** ganglionar. A continuación se reparan los elementos de la pared abdominal **progresivamente** de adentro a afuera hasta llegar a la piel.

Inmediatamente se coloca la paciente en posición ginecológica y se practica la resección amplia de la vulva, con márgenes que no deben ser menores de 5 cm. de la lesión **primaria**; se une la incisión de piel con la incisión que limita la vagina y se extirpa todo de un solo bloque, la grasa se **extirpa** tan cerca del periostio como posible, se amputan los **músculos** bulbocavernosos e isquiocavernosos ligando los elementos **arteriales** a medida que se van seccionando.

Se dejan sendos drenos en las partes más declives de la herida **operatoria**, de preferencia sondas de melaton gruesas conectadas a succión para evitar los seromas. Adecuado reemplazamiento de sangre (3 ó 4 pintas) se administran durante la intervención. Las conquistas alcanzadas hasta ahora en el control de la infección con antibióticos, la prevención del shock quirúrgico por el uso de sangre o **plasma**, la utilización de la anestesia endotraqueal **disminuyendo** los **peligros** de la anestesia prolongada, **indiscutiblemente** contribuyen a **disminuir** el riesgo **operatorio** relativamente alto que significa para un **paciente**, sobre todo de edad avanzada, la vulvectomía radical (9).

La **duración** media del procedimiento operatorio **fue** de 3 horas. Las complicaciones **intraoperatorias** consistieron: en 1 caso; sección del uréter **izquierdo** seguido inmediatamente, con la colaboración del urólogo, de ureteroneocistostomía con éxito. Y en otro caso en él que la proximidad de la lesión al periné y la presencia de de gano perineal de 2 grado nos **condujeron** a lesión del recto **que fue** reparada inmediatamente en 3 **planos** con éxito.

El **promedio** de **estadía** de las **pacientes** en el **Hospital** fue de 90 **días**, atribuyendo esto al hecho de que las pacientes precedían de lugares remotos de tal suerte que no se les podía hacer ambulatorias para las sencillas curaciones que **exige** el prolongado periodo de granulación de la herida operatoria.

En los 3 casos hubo necrosis de una mayor o menor **extensión** de los bordes cutáneos, tanto inguinales como perivulvares. Se administraron sistemáticamente antibióticos a todas ellas, y en ninguna se vio evidencia de infección en la herida.

Todas las heridas han llegado a **cicatrizarse** satisfactoriamente y al control de las **pacientes**; al cabo de 5 meses, se encuentran en buen estado; presentando una de ellas nada más, un moderado edema de las extremidades inferiores que se mejora con elevación de los miembros.

Ninguno de los ganglios; reportados anatomopatológicamente **se** informó como conteniendo metastasis. Dos casos; fueron de carcinoma epidermoideo moderadamente diferenciado, y uno de ellos a **pesar** de los múltiples cortes solo llenó el criterio de lesión carcinomatosa epidermoidea **intraepiteal**.

R E S U M E N

Se analizan los casos *de* carcinoma de la vulva admitidos al **Servicio** de Ginecología de) Hospital General San Felipe, en un periodo de 5 años. No se trata de extraer conclusiones estadísticas por ser muy reducido el número de casos.

El cáncer de la vulva es una enfermedad rara, y la **única** forma de adquirir experiencia en su evolución y manejo es colocar en manos de un grupo determinado todos los casos de un amplio sector de la población.

Se describen los **hallazgos** clínicos de 3 casos de carcinoma de la vulva, estudio clínico 1 y 2. Se expone *el* criterio aceptado por la generalidad de autores en la materia, sobre lo que constituye el adecuado tratamiento quirúrgico del cáncer de la vulva. Se describe la técnica usada de Twombly con modificaciones de Thomas L. **Ball**. Se narran las complicaciones intraoperatorias y los resultados obtenidos a los cinco **meses** de haberse instituido el tratamiento.

B I B L I O G R A F Í A

- 1) WAY STANLEY: Carcinoma of the Vulva; American Journal of Obstetrics and Gynecology, 79: 692 April 1960.
- 2) THOMAS H. GREEN Jr. M. D. HOWARD ULFELDER M. D. and JOE V. MEIGS M, D.: Epidermoid Carcinoma of the Vulva, an analysis of 238 cases: American Journal of Obstetrics and Gynecology: 75: 834 No 4, April 1958.
- 3) WAY STANLEY: Progress in Gynecology, Volume III; MEIGS and STURGIS: Pág. 489. GRUÑE and STRATTON, 1957.
- 4) JACK R. PASTTE M. D.: Vulvectomy; American Journal of Surgery 97: 690; June 1959.
- 5) ULFELDER HOWARD: Radical Vulvectomy with Bilateral Inguinal, Femoral and iliac Node Resection; American Journal of Obstetrics and Gynecology, 78: 1074, November 1959.
- 6) J. P. GREENHILL: Surgical Gynecology, Year Book Publishers: Vulvar Carcinoma. Radical Vulvectomy and nodie dissection, Pág. 108-1957.
- 7) THOMAS L. BALL; Gynecologic Surgery and Urology, The C. V. Mosby Company; Radical Vulvectomy and Groin Dissection, Pág.: 330. 1957.
- 8) COLLINS CONRAD G. M. D. COLLINS H. JASON M. D. NELSON EDWARD, LEWIS N. GEORGE M. D. CASSIDY ROBERT E. M. D.: Malignant Vulvar Tumor; Obstetrics and Gynecology Volume 8 Number 1; 18 July 1956.
- 9) PRATT JOSEPH HYPE, and WATSON JOHN R.: Carcinoma of the Vulva. New Incision for one Stage Radical Vulvectomy and Bilateral Nodal Dissection; Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic 30: 23 January 26: 1955.
- 10) JAMES P. NOLAN M. D.: Carcinoma of the Vulva, Am, J. Obst. & Gyneec. 78: 823, Oct. 1959.