

Vulvectomy radical

José María Fernández Martínez *
 Manuel Fernández Guisasola Carrillo *
 Enrique L. Borobia Melendo **

RESUMEN

El objeto de este trabajo es mostrar sucintamente las particularidades del tratamiento quirúrgico del cáncer de vulva; en una revisión de los criterios actuales sobre este tipo de localización cancerosa. Se considera la sistemática seguida —I. N. O. Dr. López de la Osa— modificando el método clásico de WAY, que aporta unas connotaciones quirúrgicas de indudable trascendencia para los pacientes. Aportamos un caso clínico.

SUMMARY

The object of this work is to demonstrate succinctly the particular aspects of surgical treatment of cancer of the vulva, in a review of present criteria on this type of cancerous localization. Consideration is given the systems followed —I.N.O. Dr. López de la Osa— modifying the classic WAY method, that offers some surgical connotations of undoubted importance for patients. We present a clinical case.

INTRODUCCION

Hemos de considerar en primer lugar la rareza de este tipo de localización neoplásica en la mujer. El carcinoma de vulva constituye el 3 por 100 de todos los procesos neoplásicos del tracto genital, superado en frecuencia por el cervix, cuerpo uterino y el ovario.

Por otra parte, la baja frecuencia de esta localización oncológica ha hecho que muy pocos cirujanos tengan experiencia personal notable. Solamente en grandes centros que trabajan específicamente problemas cancerológicos tienen experiencia y metodología importantes.

En nuestro Servicio del Hospital del Aire, de 1959 a 1981, hemos tenido 18 procesos tumorales de vulva, de los cuales 4 tenían carácter benigno y 14 maligno.

PLANTEAMIENTO GENERAL

Los puntos que vamos a considerar van a ser los siguientes:

- I. La problemática invasiva y general-carácter invasivo del tumor.

- II. La metodología quirúrgica acorde con las nociones actuales histopatológicas.
- III. Las modificaciones al proceder quirúrgico referidas a un caso clínico.

I. PROBLEMATICA INVASIVA

En cuanto a este primer punto, carácter invasivo o no invasivo en sus primeros estudios, hoy está sujeto a revisión. CIN, considerado como espectro de cambios epiteliales que comienza como una neoplasia intraepitelial y termina en carcinoma "in situ". Según los informes del Radium H. de Stockolm el término "in situ" tendría menor valor pronóstico que el de "proceso canceroso evolutivo", en contraposición a "proceso anaplásico con retroinvolución posible". De ahí que el tratamiento en este caso podría ser perfectamente conservador.

El carcinoma invasor, por otra parte, es básicamente enfermedad de mujeres de edad avanzada con frecuencia máxima en la séptima década de la vida.

La enfermedad comienza en cualquier lugar de la vulva. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma de células planas, tumores epiteliales o de revestimiento de las glándulas anejas —Bartholino— o tejido mamario ectópico. Son raros los mesodérmicos o linfomas, sarcomas y hemangiosarcomas.

II. METODOLOGIA QUIRURGICA

Indudablemente en estos momentos el tratamiento para el cáncer de vulva es la cirugía, que por cierto, fue propuesta ya en 1912 por Basset y por Kherer, por Taussig en 1931, Way en 1948. Todos estos autores serían los responsables del enfoque quirúrgico actual en el tratamiento de la enfermedad.

Para el carácter invasivo del proceso es absolutamente necesario la vulvectomy radical con linfadenectomía inguinal superficial y profunda.

Existen disparidad de opiniones sobre lo extensa que ha de ser la vulvectomy. Hemos de señalar que el dato fundamental no es la presencia de ganglios palpables. Estos crecimientos ganglionares no dependen generalmente del tumor sino de la infección concomitante. Los ganglios afectados clínicamente no suelen encontrarse aumentados de tamaño.

Way insiste en que la vulvectomy ha de ser tan amplia como lo permita el cierre primario. Muchos autores no están de acuerdo con este principio.

En cuanto a la linfadenectomía unida a la vulvectomy puede dar supervivencias mayores de 5 años.

Los cirujanos americanos, como Collins, son más radicales incluyendo la linfadenectomía con la exenteración de los órganos vecinos, vagina, uretra, recto.

* Teniente Coronel Médico. Servicio Tocoginecología. Hospital del Aire.

** Capitán Médico. Servicio Cirugía. Hospital del Aire.

Collins señala que el grado de curabilidad es paralelo a la amplitud de la lesión observada. Se consideran 3 centímetros como la dimensión crítica. Por encima de ella es poco probable la curación.

La radioterapia se estima poco indicada por la mayor parte de los centros.

A pesar de que las pacientes tributarias suelen ser personas de edad avanzada la cirugía radical puede no estar suficientemente justificada, y si la afectación ganglionar es alta los resultados —según Novak— no son buenos. No obstante, en principio, se acepta el tratamiento operatorio como el método de elección.

Las lesiones tienden a producir metástasis y muchas veces lo hacen en forma superficial. La invasión local amplia y la extensión suelen proceder a la diseminación linfática o hemática.

III. MODIFICACIONES AL PROCEDER QUIRURGICO CLASICO

Expuestas las líneas básicas de las pautas quirúrgicas y anatomoclínicas

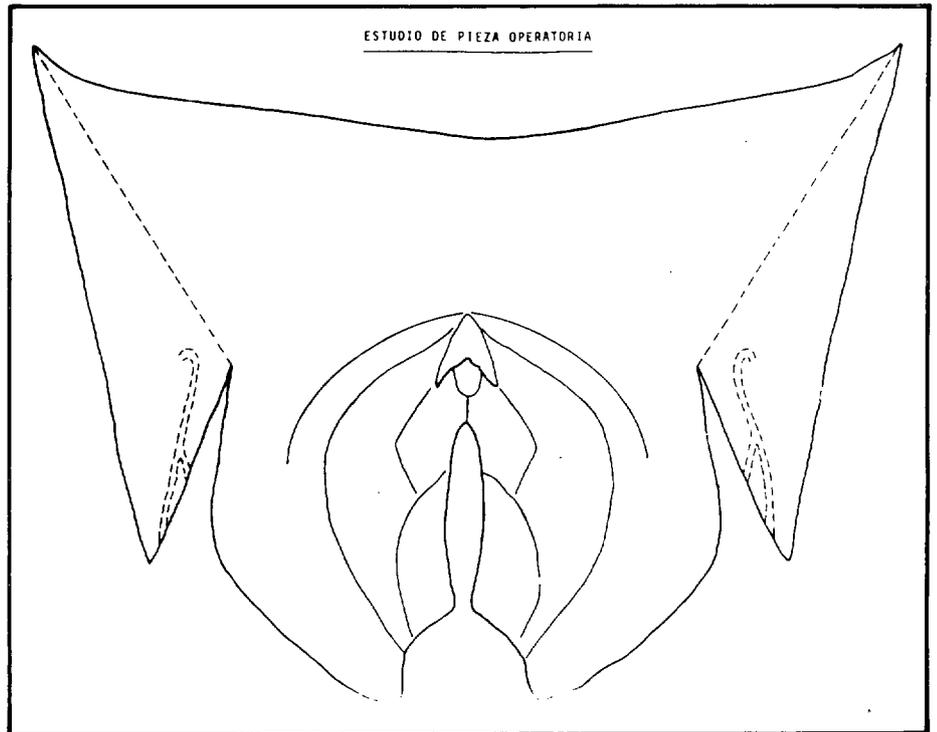


Figura 1.—Líneas de trazado y estudio pieza operatoria.

vamos a referirnos en detalle a la sistemática operatoria, modificando la clásica de Way, refiriéndola a una enferma en la que practicamos una vulvectomía radical.

Consideraciones consideradas como clave en la intervención:

- a) Incisión primaria según mostramos en el esquema I.
- b) Investigación intraoperatoria de

FICHA ANEXO DE HISTORIA CLINICA

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DE GANGLIOS

| INVASION | LADO DCHO | TOPOGRAFIA | LADO IZDO | INVASION |
|----------|-----------|--------------------|-----------|----------|
| | 2 | Iliacos externos | 1 | |
| | 4 | Retrocrurales | 3 | |
| | 6 | Infracrurales | 5 | |
| | 8 | Obturadores | 7 | |
| | 10 | Ing. superficiales | 9 | |
| | 12 | Ing. profundos | 11 | |

2-3 LESION
Unica, Múltiple
Ulcerada, No ulcerada

DISTANCIA DEL LIMITE DE LA LESION A:

- 1) Borde vaginal (menos de 1 cm., de 1 a 2 cm., más de 2 cm.)
- 2) Borde libre de piel (menos de 1 cm., de 1 a 2 cm., más de 2 cm.)
- 3) Uretra (menos de 5 mm., más de 5 mm.)
- 4) Borde anal (menos de 5 mm., más de 5 mm.)

3-1 PARTICIPACION GANGLIONAR
Inguinales superficiales: Homolaterales-contralaterales
Inguinales profundos: Homolaterales-contralaterales
Regionales pelvianos: Homolaterales-contralaterales
Número indemnes _____ Número afectados _____

2-1 HISTOPATOLOGIA:

7-1 HISTOPRONOSTICO: Infiltración.....grado.....
Anaplasia.....grado.....
Mitosis.....grado.....
Queratinización.....grado.....
Estromorreacción.....grado.....

3-2 CLASIFICACION POST-OPERATORIA: p^T p^N p^M

PROPUESTA TERAPEUTICA COMPLEMENTARIA:.....

Figura 2.—Estudio anatomopatológico de los ganglios.

limitación quirúrgica ganglionar, extra o intraperitoneal, según esté o no afectado este ganglio frontera.

c) Trasposición del musculo sartorio, desinsertándolo de la espina iliaca anterior superior y neinsertándolo en el ligamento inguinal, al objeto de cubrir los grandes vasos femorales que han sido cuidadosamente liberados en su adventicia de las cadenas ganglionares profundas. Esto ha creado una zona de vacío que entraña exposición y riesgo traumático vital; lo que eliminamos con una cubierta muscular de protección, creada artificialmente con la mencionada transposición. Técnica de Whitmore.

d) El despegamiento bidigital de los elementos vulvares de las fascias del suelo pelviano para facilitar la disección subsiguiente de la vulva —De Valera.

e) Cierre directo del colgajo abdominal. Este proceder nos ha evitado la

enojosa y problemática práctica de los injertos de piel.

El riesgo de infección, necrosis y desvitalización son un gran peligro. Was y McKelvey no tenían buenos resultados con los injertos inmediatos de piel, pero Way y otros autores han tenido mayor éxito con colgajos de espesor total.

f) colocación de drenajes abdominales y femorales de aspiración continua.

g) La herida queda al descubierto sin apósito alguno.

EXPOSICION DEL CASO

Paciente de 67 años, natural de Avila, menopáusica. U. R. hace 20 años. Multípara —6 hijos—, partos normales. Acude a la consulta de Ginecología por vez primera aquejando, junto a trastornos miccionales, una tumoración en vulva que data de bastante tiempo y que no ha conllevado excesivas molestias. Paciente aquejada de un cuadro de artrosis e hipertensión. Sin otra sintomatología clínica.

Exploración general: Respiratorio, car-

diocirculatorio y exploración abdominal normales.

Exploración genital: Vulva senil, en la que se objetiva en tercio inferior del labio menor izquierdo una formación exofítica, ulcerada, de base indurada, que se extiende a comisura posterior, de unas dimensiones de 4 por 3 centímetros. No se palpan adenopatías en regiones inguinales. Exploración vaginal, uterina y anexial normal para la edad y paridad de la enferma.

El 22 de octubre de 1982 le practicamos una biopsia con el diagnóstico anatomopatológico de "carcinoma epidermoide", grado I de Broders. Se decidió la exéresis del tumor. Previamente se le practicó un estudio completo urológico así como una rectoscopia revisando recto, sigma y colon, sin hallazgos patológicos. Estudios analíticos normales.

Respecto a la sistemática quirúrgica en este caso, dadas las características de la lesión, las exploraciones complementarias y el buen estado general de la paciente pensamos en practicar una vulvetomía radical según la metodología de Way modificada, es decir, vulvetomía ampliada, linfadenectomía bila-

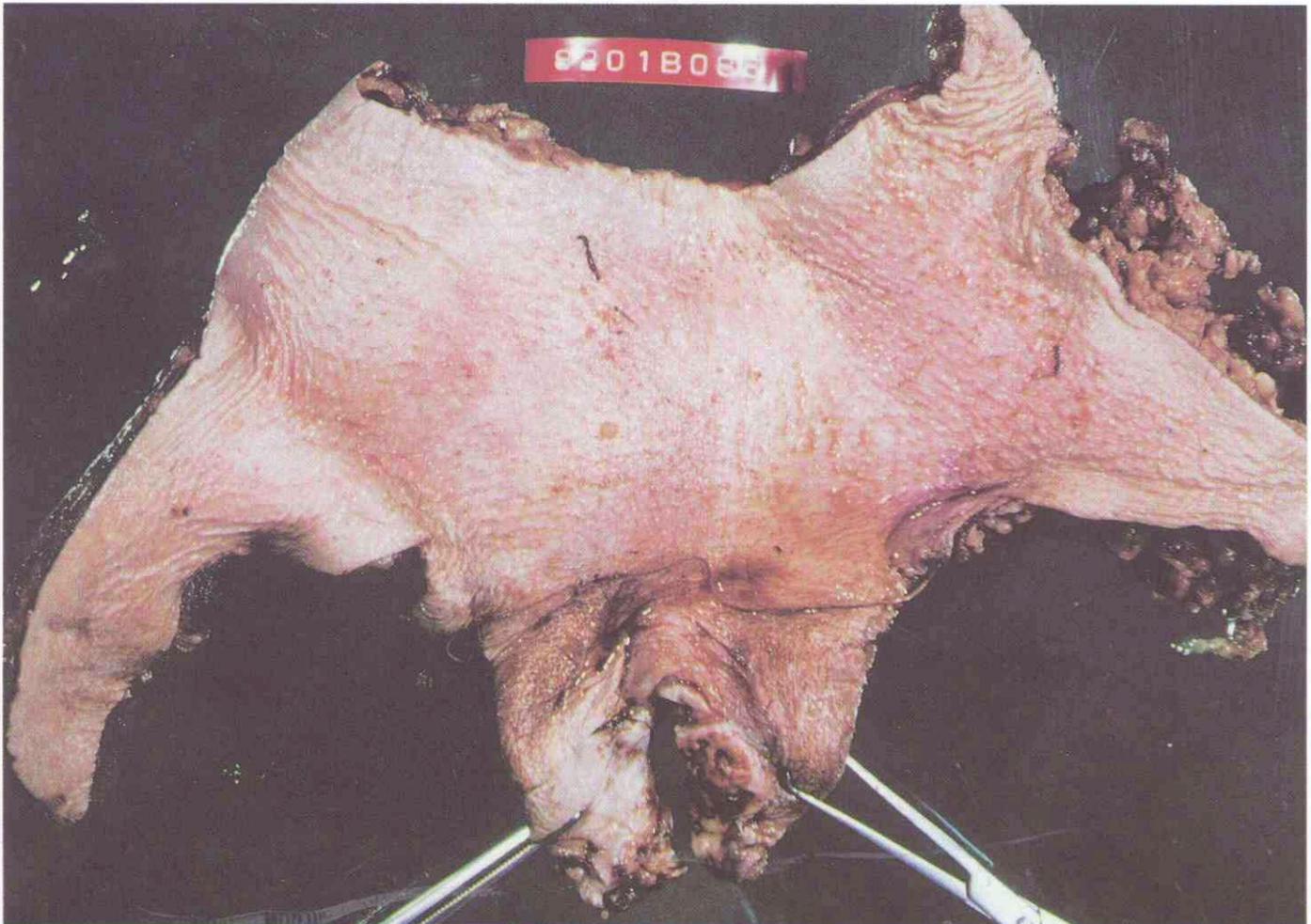


Figura 3.—Pieza operatoria.

teral superficial y profunda y cierre directo del colgajo abdominal.

La intervención se realiza el 17 de noviembre de 1982. La enferma es dada de alta el 24 de diciembre tras 38 días de hospitalización.

Curso evolutivo sin contratiempo alguno. Medicación administrada: complejos vitamínicos, proteicos, hierro. No se administró antibiótico alguno.

La paciente ha acudido a revisión a la clínica en forma periódica, al principio cada tres meses. Controles analíticos usuales y tumorales normales. Actividad personal y social normal. Última revisión a finales de 1985.

CONCLUSION

Estimamos que las modificaciones sistematizadas al método de Way en el carcinoma de vulva constituyen una valiosa contribución al pronóstico de estas enfermas, tan comprometidas en sí mismas por sus peculiares características nosológicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ANDERSON, M. D.: *Surgical condition of the vulva*. In *Operativa Gynecology* (Ed.), Te Linde, R. W., 4th edition, Ch. 31, pp. 682-695. Philadelphia and Toronto: Lippincott, 1970.
- 2.—CALANDRA, D.; DI PAOLA, G.; GOMEZ RUEDA, N., y BALIÑA, J. M.: *Enfermedades de la vulva*. Edit. Med. Panamericana. Buenos Aires, 1979.
- 3.—DE VALERA, E.: *Algunos aspectos técnicos de vulvectomía radical*. En "Simposium Internacional de cáncer de vulva". Edit. Servicio Ginecología, Instituto Nacional de Oncología. Madrid, 1971.
- 4.—GREEN, TH. H.: *Carcinoma of the vulva*. *Progress in Gynecology*, vol. III. Grune Stratton. Edit. N. Y. London, 1957.
- 5.—INGERSOLL: *Resección de los órganos pélvicos femeninos anteriores*, en "Terapéutica quirúrgica del cáncer de cuello uterino", de J. V. Meigs. Edit. Salvat. Barcelona, 1959.
- 6.—LOPEZ GARCIA, N.: *Estudio clínico del carcinoma vulvar*. En "I Simposium Internacional de cáncer de vulva". Edit. Servicio Ginecología, Instituto Nacional de Oncología. Madrid, 1971.
- 7.—PARRY-JONES, E.: *Lymphatics of the vulva*. *Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Commonwealth*, 70, 751-756, 1963.
- 8.—ULFELDER, H.: *Resección de los órganos pélvicos femeninos posteriores*, en "Terapéutica quirúrgica del cuello uterino", de J. V. Meigs. Edit. Salvat. Barcelona, 1959.

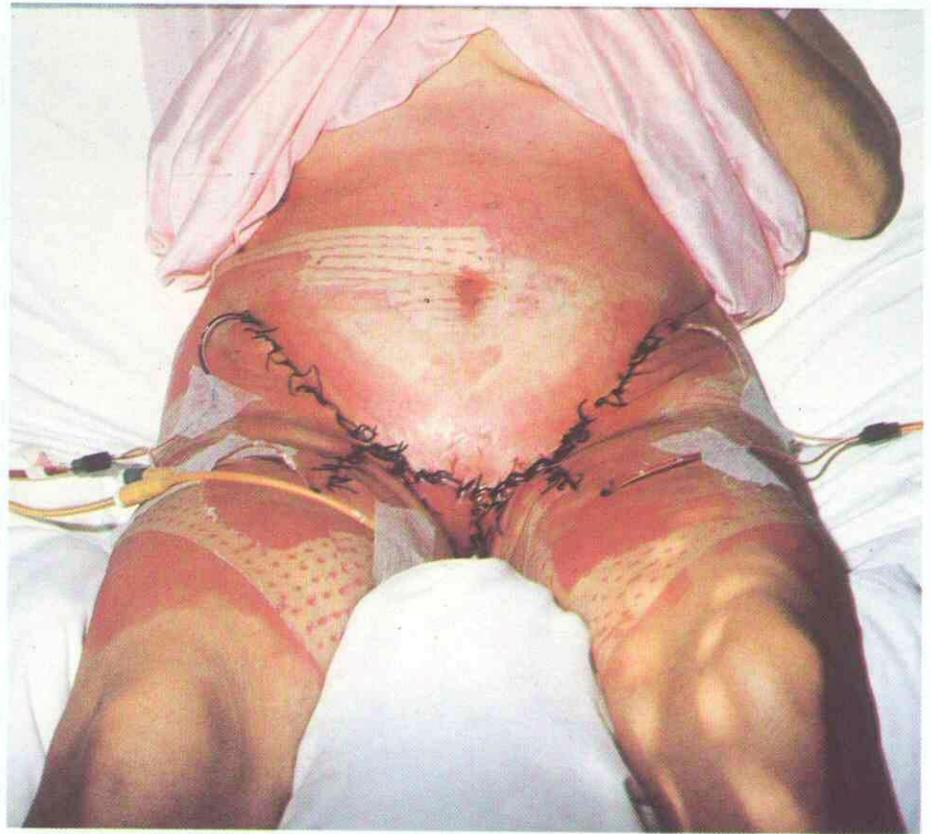


Figura 4.—Postoperatorio inmediato.

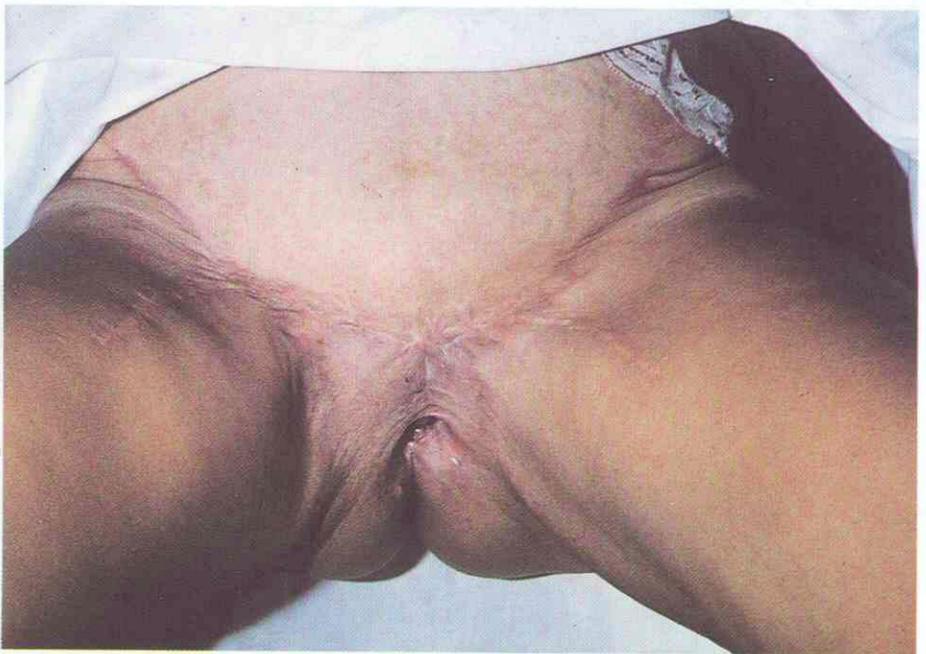


Figura 5.—Paciente a los dos años de la intervención.

9.—WAY, S.: *Carcinoma of the vulva*. *Progress in Gynecology*, vol. III. Grune Stratton. Ed. N. Y. London, 1957.

11.—WAY: *Results of a planned attack on carcinoma of the vulva*. *British Medical Journal*, II, 780-782, 1954.

10.—WAY, S.: *The Anatomy of the Lymphatic drainage of the vulva and its influence on the radical operation of carcinoma*. *Annals of the Royal College of Surgeons, England*, 3, 187-209, 1948.

12.—LOPEZ DE LA OSA: *Tratamiento quirúrgico del cáncer de vulva*. III Reunión Nacional de Oncología Ginecológica, nov. 1983.