

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
“DR. AGOSTINHO NETO”  
GUANTANAMO

**CARCINOMA EPIDERMOIDE DE VULVA.  
INFORME DE UN CASO**

*Dra. Marilyn Martínez Enfedaque<sup>1</sup>, Dr. Osvaldo Rodríguez Lara<sup>1</sup>, Dr. Gerardo Estrada Sánchez<sup>2</sup>, Dr. Jorge Ávila Camejo<sup>2</sup>, Dra. Ana Saap Nuño<sup>3</sup>, Dra. Maritza Osorio Rodríguez<sup>3</sup>, Alex Ramos Sánchez<sup>4</sup>*

**RESUMEN**

Se presenta el caso de paciente de 64 años de edad, con antecedentes patológicos personales de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, con antecedentes obstétricos de 3 embarazos, 2 partos y 1 aborto (provocado), y menopausia a los 48 años, que acude a consulta privada por presentar lesión tumoral de 4 cm, prurito vulvar, secreción serohemática fétida de varios meses de evolución. Se realiza biopsia de lesión que informa carcinoma epidermoide de vulva. Se realiza vulvotomía total radical por técnica de incisiones separadas. El resultado anatomopatológico de la pieza operatoria confirma el diagnóstico epidermoide de la vulva. La paciente evoluciona satisfactoriamente.

*Palabras clave:* CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS/ etiología; CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS/ diagnóstico; NEOPLASMAS DE LA VULVA/ cirugía.

**INTRODUCCION**

La diversidad estructural de los tejidos de la vulva explica la gran variedad de proliferaciones malignas que pueden desarrollarse en ella. La vulva es el cuarto sitio más común de origen de cánceres en el tracto genital femenino. Sin embargo, los cánceres invasores de la vulva sólo constituyen el 3 al 5 % de ellos.

<sup>1</sup> *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.*

<sup>2</sup> *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Instructor.*

<sup>4</sup> *Estudiante de 4to. Año de Medicina*

El carcinoma epidermoide representa el 90 % de las neoplasias primarias del total de los tipos histológicos, seguido de los melanomas, enfermedad de Paget, enfermedad de Bowen, carcinomas basales y sarcomas.<sup>1-3</sup>

Ésta enfermedad se diagnóstica en etapas avanzadas aunque en los últimos años la edad de aparición ha disminuido y, sobre todo, las etapas precoces han sido detectadas en los grupos etarios entre 35 y 55 años, asociándose a la presencia del virus del papiloma humano (VPH) y lesiones precursoras (Neoplasia vulvar intraepitelial: VIN). Otros factores epidemiológicos de riesgo incluyen: el hábito tabáquico y uso de drogas inmunosupresoras, entre otros.<sup>3-5</sup>

La patología maligna de vulva ha ido en ascenso en los últimos años. Se registra una incidencia del 3 al 5 % de todos los carcinomas ginecológicos. La edad promedio es de 65 años (15 % menores de 40 años); la etiología es desconocida, aunque el 50 % de los casos tiene antecedentes de enfermedad de transmisión sexual. La causa más frecuente es el VPH.

El tratamiento quirúrgico es el de elección por ser el más eficaz, incluyendo excéresis amplias, vulvectomías parciales, simples, radicales, con vaciamiento inguinofemoral y excenteraciones pélvicas. Las complicaciones de la cirugía, aunque menores por la mejoría de las técnicas y cuidados postoperatorios, siguen siendo elevadas.<sup>5-7</sup>

La radioterapia y quimioterapia son terapéuticas sólo de primera opción en contraindicaciones a la cirugía, sea por problemas de la paciente, por extensión de la enfermedad o para realizar posteriormente procedimientos quirúrgicos menos extensos, con menos complicaciones y con el mismo control local de las técnicas quirúrgicas más extensas.<sup>5,8,9</sup>

## **PRESENTACION DEL CASO**

Paciente de 64 años de edad, de la raza blanca con talla de 1.54 cm y peso de 65 kg, con antecedentes patológicos personales de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, con antecedentes obstétricos de 3 embarazos, 2 partos y 1 aborto (provocado), y menopausia a los 48 años.

Motivo de consulta: Lesión tumoral de 4 cm de aspecto exofítica y ulcerada en el tercio superior de la vulva, muy dolorosa y acompañada de secreción serohemática fétida de varios meses de evolución.

Otros síntomas: Prurito vulvar y manchas blanquecinas en el resto de la vulva.

**Datos positivos al examen físico de la vulva:**

Inspección: Lesión tumoral de tipo mixta, en partes exofítica y en otras ulcerada, que recuerda al condiloma acuminado, localizada en el tercio superior de la vulva, fundamentalmente del labio mayor y menor del lado izquierdo. Secreciones serohemáticas. En el resto de la vulva se aprecian múltiples lesiones leucoplásicas (Figura 1).

Palpación: La lesión tumoral sangraba con facilidad a la exploración médica; en la región inguinfemoral se palpan varias adenopatías aisladas de consistencia firme, pétreas de aspecto metastásico.

Tacto vaginal: No infiltración de vagina ni del meato uretral.

Tacto rectal: No infiltración anal ni rectal.

**Estudios de laboratorio clínico:**

Hemograma completo: Hemoglobina 122 g/L	Leucocitos $11.8 \times 10$
Hematócrito 37 L/L	Polimorfonucleares 0.71
Eritrosedimentación 32	Linfocitos 20
	Eosinófilo 9

**Estudios imagenológicos:**

Radiografía de tórax anteroposterior: Negativo.

Ultrasonido abdominal: Negativo.

**Estudios anatomopatológicos:**

Biopsia por ponche: Lesión vulvar con carcinoma epidermoide bien diferenciado, grado histológico y nuclear I.

Conducta: Ingreso en el servicio de Oncoginecología del Hospital General Docente de Guantánamo para tratamiento quirúrgico el 12-11-07.

Operación propuesta: Vulvectomy total radical.

Operación realizada: Vulvectomy total radical por técnica de incisiones separadas (Figuras 2).

Evolución posoperatoria inmediata y mediata: Satisfactoria.

Egreso posoperatorio: A los 6 días.

Evolución posoperatoria tardía:

Desfavorable por:

1. Descompensación de la diabetes mellitus.
2. Sepsis de la vulvectomy.
3. Sepsis de ambas linfadenectomía inguinofemorales.
4. Necrosis de los colgajos inguinofemorales (Figura 3).

Conducta: Reingreso de la paciente a los 16 días para:

1. Compensación metabólica.
2. Tratamiento sistémico.
3. Tratamiento local de la sepsis vulvar.
4. Necrectomía de los colgajos y afrontamiento de los mismos.

Evolución: Favorable y a los 19 días del ingreso se decide reconstrucción de los colgajos y alta (Figura 9).

Estado actual: Controlada.

Resultado de la pieza quirúrgica:

Diagnóstico: Vulvectomy radical y ganglios linfáticos por lesiones tumorales: una de aspecto ulceroso de 4.5 x 4.5 cm y la otra de aspecto verrugoso de 3.5 x 3.5 cm. Histológicamente muestra epitelio bien diferenciado, con grado histológico I y nuclear II, invasión vascular por reacción inflamatoria I.

Se disecó un total de 15 ganglios: 7 en el lado derecho, ninguno metastásico, y 8 en la lado izquierdo con 1 metástasis. El resto de la reacción sinusoidal, bordes de sección libre en extensión.

Estadamiento: T2N1M0 etapa IIb

Otro tratamiento propuesto a la paciente: Se propuso radioterapia.

## **DISCUSION DEL CASO**

La patología maligna de vulva ha ido en ascenso en los últimos años, alcanzando casi el 8 %. En Estados Unidos, se estima una tasa de incidencia anual ajustada para la edad de cáncer invasor de la vulva de 1.6 a 2.3 por 100 000 mujeres por

año.<sup>4,8</sup> Ocupa el cuarto lugar de las neoplasias malignas del tracto genital femenino. Su incidencia en mayores de 70 años es de 20 x 100 000 habitantes. Carcinoma *in situ* se diagnostica con mayor frecuencia entre los 45 y 50 años, siendo la incidencia de 2.1 x 100 000 habitantes.<sup>4,8,9</sup>

El carcinoma epidermoide representa el 90 % de los tumores malignos vulvares, encontrándose dentro de este grupo el caso presentado. En los casos típicos, es una enfermedad de mujeres posmenopáusicas (promedio 65 años), pero en la mayoría de las series se informa entre los 30 y 90 años, correspondiendo el 10 % a menores de 50 años en el momento del diagnóstico.<sup>4,8</sup>

Otros factores epidemiológicos de riesgo destacados son: el hábito de fumar y consumo regular de café, uso de drogas inmunosupresoras, padecer enfermedad granulomatosa crónica, así como ser portadora de lesiones precursoras de cáncer como son el liquen escleroso, hiperplasia de células escamosas, otras dermatosis no bien definidas y neoplasias intraepiteliales vulvares.<sup>4,8,10</sup>

La infección por VPH proporciona el vínculo más directo entre las enfermedades de transmisión sexual y el cáncer vulvar, acompañándose de anomalías epiteliales de la vulva, con una frecuencia superior al 80 %, especialmente, en el caso de los tipos 16 y 18. Así también, hay que tener en cuenta que el antecedente de cáncer cervical aumenta el riesgo en el 40 %.

Actualmente se sabe que la gestación o la paridad, la hipertensión, la diabetes mellitus, la obesidad, el prurito crónico, la humedad local, la exposición a sustancias industriales, uso de agentes higiénicos, las infecciones repetidas así como enfermedades de transmisión sexual como herpes y la sífilis, ya no constituyen factores etiológicos para ésta patología.<sup>11,12</sup>

Existen lesiones precursoras del cáncer vulvar y su clasificación histológica fue propuesta por la Sociedad Internacional de Estudios de Enfermedades de la Vulva, para trastornos epiteliales no neoplásicos de piel y mucosas y neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) (1989).<sup>4-6</sup>

- 1.- Trastornos epiteliales no neoplásicos de la piel y mucosas:
  - Líquen escleroso.
  - Hiperplasia de células escamosas.
  - Otras dermatosis.

## 2.- Neoplasia vulvar intraepitelial (VIN).

### a) Tipo escamoso.

- VIN I (displasia leve).
- VIN II (displasia moderada).
- VIN III (displasia severa, *Carcinoma in situ*).

### b) Tipo no escamoso.

- Enfermedad de Paget de vulva.
- *Melanoma in situ*.

El síntoma de presentación más común es el prurito (30-90 %), seguido por tumoración (20-60 %), ulceración (35-60 %), sangrado (5-30 %), dolor (10-25 %), síntomas de vías urinarias (15-20 %), secreción vaginal y vulvar (13-25 %); sin más, una proporción mayor del 50 % de los casos es asintomática y se diagnostica en forma incidental. Al examen físico, se puede apreciar en mayor frecuencia, lesión única o multicéntrica desde el 15 al 19 %, de aspecto diverso, pudiendo ser elevada, irregular, de superficie lisa o rugosa, con distintas coloraciones: roja, rosada, blanca, gris o pigmentada.

La lesión aparece en cualquier lugar de la vulva, con mayor afectación de los labios mayores, seguido de los menores, clítoris y periné. Además, el orificio anal está comprometido en el 30 % de los casos, por lo que su exploración debe ser sistemática. La citología cervicovaginal es indispensable para descartar un tumor primario cervical, ya que su nexo con neoplasia intracervical se aproxima al 80 %.

### Clasificación y frecuencia de las neoplasias vulvares:

- |                                |        |
|--------------------------------|--------|
| • Carcinomas epidermoides      | 86.2 % |
| • Melanomas vulgares           | 4.8 %  |
| • Sarcomas                     | 2.2 %  |
| • Carcinomas basales           | 1.4 %  |
| • De la glándula de Bartholino |        |
| 1. Escamoso                    | 0.4 %  |
| 2. Adenocarcinomas             | 0.6 %  |
| • Adenocarcinomas              | 0.6 %  |
| • Indiferenciados              | 3.9 %  |

El cáncer de vulva tiende al crecimiento local relativamente lento y a diseminarse por continuidad a los tejidos u órganos adyacentes, o por vía linfática a los ganglios inguinales.

Por continuidad: Ano-recto, vagina, uretra, huesos pélvicos.

Vía hemática: Pulmón.

Su diagnóstico se realiza mediante anamnesis, el examen físico (Tacto vaginal y rectal) y por los complementarios. Para todas las series consultadas, el método definitivo para el diagnóstico es la biopsia por escisión, obtenida por visualización directa, realizando prueba de Collins o vulvoscopía. En pacientes con enfermedad clínicamente confinada a la vulva, se usa radiografía de tórax para detección oportuna de metástasis pulmonar, pero no otros estudios de manera sistemática.

Estadamiento por la Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 1994):

- Estadio 0: Carcinoma *in situ*, carcinoma intraepitelial.
- Estadio I: El cáncer se ha formado y se encuentra solamente en la vulva, o en la vulva y el perineo (región entre el recto y la vagina). El tumor mide 2 cm o menos y se ha diseminado hasta el tejido debajo de la piel.

El cáncer de la vulva en estadio I se divide en estadio IA y estadio IB.

1. Estadio IA: Tumor confinado a vulva o periné, de 2 cm. o menos en su mayor dimensión, con profundidad de 1 mm o menos de infiltración estromal. No ganglios metastásicos.
  2. Estadio IB: Tumor confinado a la vulva o periné de 2 cm. o menos en su mayor dimensión, con una profundidad de 1 mm o más de invasión estromal. No ganglios metastásicos.
- Estadio II: Tumor confinado a la vulva o periné de más de 2 cm. en su mayor dimensión. No ganglios metastásicos.
  - Estadio III: Tumor de cualquier tamaño con infiltración de uretra inferior, vagina o ano o ganglios metastásicos unilaterales (inguinales).
  - Estadio IV: se divide en estadio IVA y estadio IVB, de acuerdo con el lugar hacia donde se haya diseminado el cáncer.

1. Estadio IVA: Tumor que invade uretra superior, mucosa rectal o vesical, o ganglios metastásicos bilaterales.
2. Estadio IVB: Cualquier metástasis incluyendo huesos de la pelvis o cualquier toma ósea, ganglios pelvianos.

La última clasificación de la FIGO y la Unión Internacional contra el cáncer (UICC), para cáncer de vulva, subdivide la etapa I en a y b, según tenga menos o más de 1 mm de infiltración estromal. Ésta clasificación quirúrgica establece una correlación con los datos de supervivencia, alcanzando el 98 % en etapa I y 85 % para la etapa II. Aquellas pacientes en etapa III con ganglios negativos, afectación uretral o vaginal, tienen un pronóstico excelente del 74 %, contrario a las que tienen ganglios inguinales múltiples que son menos del 50 % y la etapa IV en el 31 %.

La vulvectomy radical con linfadenectomía inguinofemoral bilateral es el tratamiento estándar del cáncer de vulva invasor. Sin embargo, algunos casos seleccionados son susceptibles de tratamiento conservador, tomando en cuenta los factores predictivos para encontrar ganglios metastásicos regionales, como son: pobre diferenciación celular, permeación vascular o linfática, ganglios palpables clínicamente y espesor de la lesión mayor de 5 mm.

Las lesiones pequeñas, unifocales y lateralizadas, pueden tratarse con hemivulvectomy radical o con extirpación local radical y linfadenectomía inguinal homolateral. Las lesiones del clítoris han de ser tratadas en la forma convencional o con radioterapia. En casos avanzados se han empleado distintos tipos de tratamiento, siendo la excenteración, aunque capaz de erradicar la enfermedad, causante de gran morbilidad y mortalidad operatoria, alcanzando una supervivencia a los 5 años menor del 50 %.

Después de la cirugía, pueden preservarse numerosas complicaciones como son: deshicencia e infección de la herida, edema de miembros inferiores, linfoquistes, celulitis, flebitis, estenosis uretral o vaginal, relajación pélvica, incontinencia rectal y urinaria, así como fístulas. La radioterapia preoperatoria, asociada a la vulvectomy radical ha proporcionado tasas de resultados satisfactorias del 65 al 90 %, además, de conservar la función urinaria e intestinal de pacientes con cáncer avanzado. Las metástasis locales e inguinales también se tratan con radioterapia. Las metástasis a distancia deben tratarse sólo con quimioterapia de combinación.

En la actualidad, la resección quirúrgica conservadora se ha convertido en la modalidad de elección, asociada a radioterapia y quimioterapia; así como el realizar reconstrucción de la vulva después de la vulvotomía radical, ya que la estética y la función sexual, han sido aspectos importantes de consideración.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El cáncer vulvar afecta con más frecuencia los labios que son los pliegues de la piel que se encuentran por fuera de la vagina. En algunos casos, el cáncer vulvar puede comenzar en el clítoris o en las glándulas que se encuentran a los lados de la abertura vaginal. La mayoría de los cánceres vulvares comienzan en las células cutáneas denominadas células escamosas. El cáncer vulvar es relativamente raro y su causa se desconoce, aunque una enfermedad de transmisión sexual como el VPH puede guardar cierta relación en ello.

Este tipo de cáncer suele aparecer después de la menopausia, de forma característica en las mujeres de 50 años o más. Sin embargo, el 15 % de los casos ocurre en mujeres de 40 años o menos. Entre los factores de riesgo se pueden mencionar infecciones previas con VPH, cáncer cervical o cáncer vaginal previo, infección con sífilis, diabetes, obesidad e hipertensión. Las mujeres que padecen una afección llamada neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer vulvar que se disemina. Sin embargo, la mayoría de los casos de VIN nunca conducen a cáncer.

Hemos presentado un caso con esta patología para demostrar que a pesar de no ser muy frecuente su incidencia en nuestra provincia, puede presentarse en cualquiera de nuestras mujeres, madres o abuelas, por lo que consideramos importante el conocimiento general de esta afección.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. **Rev Obstet Ginecol Venez vol.64 no.3 Caracas Sept. 2004**
2. **Rev Esp Patol 2003; Vol 36, No. 1: 53-58**
3. **American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2006. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2006.**
4. **American Cancer Society.: Cancer Facts and Figures 2007. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2007. Also available online. Last accessed September 7, 2007.**

5. Estrategias terapéuticas del cáncer de vulva en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Siveira Pablo JM, Bosque Diego O, Linchenat Lambert A, Díaz Ortega I. *Rev cubana de oncolog*, 2001; 17(2): 134-44.
6. Robins. *Patología funcional y estructural*. 6ta ed. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana, 2000. 1084-9.
7. Carcinoma de la Vulva. Informe de un caso. Hosp. Prov. Gine-obs. Ana Betancour. Camaguey Cuba. *Archivo medico de Camaguey* 2004, 8(5) ISSN 1025-0255. Bermejo Bencomo W, Valladares Lorenzo R.
8. De cáncer de vulva: estudio restrospectivo. Vieira Sabas CV, Edman Duarte, Papua Filho. *J. Bra Med*. 2001; 80(5); 32-6.
9. Avila Medrano L, Torres Cobaton A, CVruz Ortiz. Leiomiomas de la vulva. Presentación de un caso con 21 años d seguimiento. *Rev. Med. Hospital Gen. Mex* 2001; 64(2): 100-3
10. Muñoz GD, Roble FJ, Solorza LG. Morbilidad y recurrencia de la diseccion inguinfemorale en incisiones limitada en carcinoma epidermoide de la vulva. *Rev inst.nac de cancerol.Mex*.2000.46(3).17-4
11. Rodríguez GC, Villar MCC, Gonzalez BP. Validez del diagnostico clinico del carcinoma epidermoide. *Rev. Esp. Patolog* 2000,33(3)205-210
12. Carcinoma basal de la vulva. Batists Perez c, saing Ballestero J, Azze Pavon M. Hosp. General- Docente Enrique Cabrerias. C. Habana. IV Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomia Patologica. Marzo-2004
13. Condiloma acuminado gigante de la vulva. Presentacion de un caso. Montero Varela P, Batallan Jiménez P, Batista Muñoz N. *Correo cientifico de Holguin*. 2004.8(2)
14. Micci f, Texeira M. Et al department of cancer genetics. The Norwegian radium hospital, also Norway. Cytogenetic characterization of tumours of the vulva and vagina genes, chromosomes, cancer, 2003,38(2) 137-48
15. Takahashi H. Non ulcerative basal cell carcinoma arising on the genital. *J. Dermatology* 2000,27(12)798-801. Japan



*Figura 1*



*Figura 2.*



*Figura 3.*