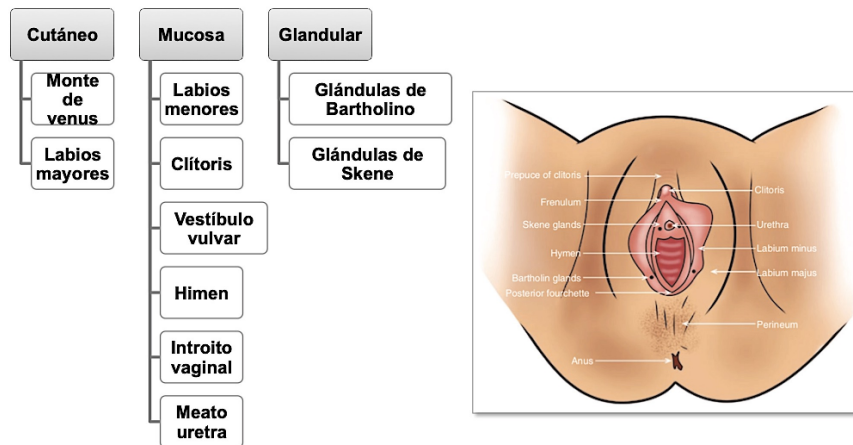


CÁNCER DE VULVA

Anatomía – epidemiología

El cáncer vulvar representa alrededor del 5% de las neoplasias malignas de tracto genital femenino y el 0,6% de los cánceres en la mujer. La vulva está formada por diferentes zonas anatómicas, una parte cutánea, mucosa y glándulas por lo que se trata de una enfermedad muy heterogénea.



© Springer International Publishing AG, part of Springer Nature 2019 J. Bornstein (ed.), *Vulvar Disease*, https://doi.org/10.1007/978-3-319-61621-6_2

El cáncer vulvar es una enfermedad que afecta principalmente a mujeres mayores y, a pesar de que la vulva está localizada en un área externa y accesible, es común que haya un diagnóstico tardío.

Ha habido un aumento considerable en la incidencia de unos de los precursores como es la neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) en las últimas décadas, atribuido a los cambios en el comportamiento sexual de las mujeres, al virus del papiloma humano (VPH) y al tabaquismo.

La tasa de supervivencia a 5 años en los casos operables es de aproximadamente el 70%. La supervivencia está correlacionada con el estadio clínico de la FIGO y también con el estado de los ganglios linfáticos.

Histopatología

Los carcinomas de células escamosas representan el 80-90% de estos casos, mientras que son mucho más infrecuentes el melanoma vulvar (2º más frecuente), el carcinoma de células basales, la enfermedad de Paget vulvar invasiva, los carcinomas de la glándula de Bartholino y los sarcomas.

La vía inicial de diseminación del cáncer vulvar es hacia los ganglios linfáticos inguino-femorales. La diseminación hematógena y la diseminación por extensión directa también ocurren, pero son más infrecuentes y suceden principalmente en cánceres en etapa avanzada o enfermedad recurrente.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo del cáncer de vulva incluyen la neoplasia intraepitelial vulvar o cervical, tabaquismo, liquen escleroso vulvar, el virus del papiloma humano y síndromes de inmunodeficiencia.

Síntomas

Las pacientes con cáncer de vulva suelen presentar una lesión vulvar, observada por la propia paciente o por un clínico. Puede ser asintomática en el momento del diagnóstico o presentarse como prurito, hemorragia vulvar o exudado vulvar.

La presentación mediante una masa inguinal por afectación ganglionar o síntomas urinarios o del tracto gastrointestinal inferior se asocian a una enfermedad avanzada.

Diagnóstico

En primer lugar es necesaria la exploración ginecológica y la toma de una biopsia para un diagnóstico anatómico-patológico.

Se complementa con pruebas de imagen para una mejor estadificación con resonancia magnética (RM) y tomografía computarizada (TC) tanto la ver la extensión tumoral como posible afectación ganglionar. En casos locamente avanzados se solicita un PET-TAC.

Tratamiento

El manejo actual del cáncer vulvar requiere de una estrategia planteada por un equipo multidisciplinar y con experiencia, algo que solo está disponible en centros hospitalarios de tercer nivel.

Haremos referencia al carcinoma de células escamosas por ser el más frecuente.

En los estadios precoces y localizados la cirugía es el elemento fundamental. Lo más importante es llevar a cabo la operación más conservadora que busque curar la enfermedad con extirpación de la misma, obteniendo márgenes de seguridad. Se realiza un estudio ganglionar mediante biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) y según el resultado intraoperatorio se completa con linfadenectomía inguino-femoral.

Tras la cirugía, se decide los tratamientos adyuvantes necesarios, teniendo en cuenta los diferentes factores de riesgo. En caso de márgenes quirúrgicos insuficientes se completa con radioterapia (RT) sobre el lecho tumoral; también se tienen en cuenta otros factores como el tamaño tumoral o la invasión linfovascular. En caso de haber afectación ganglionar se completa con radioterapia externa sobre áreas ganglionares con quimioterapia (QT) concomitante.

En estadios más avanzados el tratamiento inicial es la RT-QT con intención radical.

En estadios IV, el tratamiento es la quimioterapia y se puede valorar la radioterapia sobre la tumoración vulvar con intención de mejorar síntomas como el dolor o el sangrado.

Aspectos claves sobre la radioterapia externa y la braquiterapia:

La radioterapia externa consiste en administrar radiaciones ionizantes sobre la zona a tratar que en el caso del cáncer de vulva intervenido son el lecho quirúrgico asociado o no a las áreas ganglionares pélvicas e inguino-femorales. Es un tratamiento de alta precisión en que protegemos los órganos de alrededor como son el intestino delgado, el recto, la vejiga y las cabezas femorales para evitar los efectos secundarios. Las sesiones de radioterapia son diarias de lunes a viernes y en el cáncer de vulva, oscilan entre 23-28 sesiones.



La braquiterapia intersticial es una técnica de radioterapia que consiste en tratar directamente la tumoración mediante la colocación de unos catéteres intratumorales. El aplicador se deja puesto hasta la finalización del tratamiento. Se administran dos sesiones por día, separadas por un mínimo de 6 horas durante una semana. Se puede realizar en los siguientes supuestos:

- Como braquiterapia adyuvante: en estadio precoz con márgenes quirúrgicos próximos o afectos.
- Sobreimpresión del tumor primario tras la radioterapia externa.
- Braquiterapia radical en lesiones pequeñas y sin afectación ganglionar.
- Reirradiación en recidivas

Efectos secundarios del tratamiento:

Tras la cirugía puede haber dehiscencias de la herida, son zonas muy sensibles que en ocasiones tardan tiempo en completar la cicatrización.

La complicación más frecuente tras la linfadenectomía es la formación de linfocelos y de forma subaguda o crónica la aparición de linfedema en extremidades inferiores.

Los efectos secundarios más frecuentes por radioterapia son fundamentalmente cutáneos: durante el tratamiento se puede producir una radiodermatitis sobre la zona vulvar e inguinal hasta en grado 3 que requiere de curas diarias por parte del equipo de enfermería de radioterapia. A largo plazo, la piel puede sufrir atrofia, telangectasias (una alteración de la microvasculatura). Otros efectos podrían verse a nivel intestinal (diarrea) y urinario (uretritis).

Seguimiento

No hay un consenso sobre el método y frecuencia de seguimiento, ya que se individualiza dependiendo de cada caso y sus factores de riesgo. Durante los primeros 2 años cada 3-6 meses, hasta los 5 años cada 6 meses - 1 año.

La exploración física es fundamental tanto la exploración ginecológica como áreas ganglionares. Se puede complementar con alguna prueba de imagen, bien ecografía o TC.