

**XII Reunión Nacional de la AEPCC y "HPV Clinical Workshop of the
18th International Papillomavirus Conference"
BARCELONA, 21-23 de Julio 2000**

Resúmenes de Ponencias

Primera Ponencia: TERAPÉUTICA ACTUAL EN PATOLOGÍA VULVAR
Coordinadores: E. López de la Osa (España) - J. M. Capdevila (España)

CANCER DE VULVA LOCALMENTE AVANZADO

Dr. N. López García

Servicio de Ginecología Oncológica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

El cáncer de vulva representa en la actualidad aproximadamente el 4 % de todos los tumores del aparato Genital (excluida la mama), lo que le da un carácter de infrecuencia que determina que se requiera tiempo en los Servicios Hospitalarios para adquirir experiencia en estos tumores. Las investigaciones de grupos cooperativos, como las del *Gynecologic Oncology Group*, han ayudado a protocolizar el tratamiento de este tumor.

El cáncer de vulva es un tumor que debería ser tratado precozmente, dada su localización accesible al examen directo. Pero en realidad no ocurre así, siendo frecuente que las pacientes oculten la lesión durante un cierto tiempo, o que incluso esta sea tratada tópicamente como un proceso banal. En cualquier caso, no resulta infrecuente que consulten ya con tumores voluminosos o en estadios avanzados.

Es objetivo de este trabajo analizar la situación actual del tratamiento de las lesiones localmente avanzadas, estadios III y IVa, y del problema de las recurrencias.

La propia anatomía de la vulva, con el meato uretral y el ano fácilmente alcanzables por tumores vulvares, incluso de no excesivo tamaño, dan lugar a situaciones especiales por afectación de esfínteres.

La clasificación vigente de la UICC y de la FIGO estadifican como T3 las siguientes situaciones: afectación de uretra distal, afectación anal, ó afectación vaginal; y como T4a, los casos de afectación de uretra proximal ó mucosa vesical y la afectación de mucosa rectal. Situaciones clínicas especiales que requieren tratamientos individualizados. Problemas parecidos a los que se plantean en el tratamiento de los tumores T3 y T4a, los plantean las recurrencias locales que igualmente pueden afectar a los esfínteres indemnes en el momento del tratamiento de la lesión primaria.

La observación de dos circunstancias: 1.-Tumores de tamaño no excesivo pueden comprometer uretra, vagina ó ano. 2.- Las metástasis en ganglios inguinales son similares a las que se demuestran en tumores de tamaño parecido pero sin afectación de esfínteres, ello hizo pensar que el tratamiento quirúrgico era posible

en estos casos. Así, durante décadas la cirugía exenterativa ha representado el tratamiento de elección en pacientes con cáncer de vulva localmente avanzado.

AFECTACION DE URETRA: La invasión del meato uretral, o incluso de la uretra distal, no ha sido obstáculo para una cirugía de exéresis. Junto a la vulvectomía radical se puede incluir la amputación de la misma. Una disección adecuada del conducto uretral restante puede permitir su neo-implantación en la zona próxima de la cara anterior de vagina. Esta "traslocación uretral" a vagina, permite efectuar una exéresis adecuada sin necesidad de "estoma" urinario. En casos de afectación uretral alta, o incluso de cuello vesical, la traslocación uretral ya no es posible y sin embargo la cirugía puede no ser necesariamente exenterativa, practicándose amputación total de la uretra junto con la pieza de vulvectomía, en cuyo caso la derivación urinaria mediante talla supra-púbica es necesaria.

AFECTACION ANAL O ANO-RECTAL: De la misma forma que en los casos de afectación uretral, la vulvectomía radical puede comportar la exéresis también del conducto y piel anales, con o sin exéresis del esfínter del ano. Si se logra respetar el esfínter, una liberación y descenso de la mucosa rectal, suturada a piel puede resolver el problema. Si la afectación tumoral compromete el esfínter anal y la mucosa rectal, la exenteración posterior, con colostomía de descarga previa, puede ser una solución quirúrgica para estos casos.

QUIMIO-IRRADIACIÓN PREOPERATORIA: Aunque durante décadas la cirugía exenterativa fue el tratamiento de elección para el cáncer vulvar avanzado, en la actualidad tratamientos combinados, que incluyen radioterapia preoperatoria asociada a quimioterapia, han demostrado que en muchos casos pueden conducir a cirugías menos mutilantes; de manera que en estos momentos son considerados tratamientos de elección. Los fármacos que se han demostrado eficaces como radio-sensibilizantes, han sido: 5-Fluoracilo, Mitomicina-C y Platino, generalmente en uso combinado: 5-Fluoracilo y Mitomicina-C; ó 5-Fluoracilo y Platino. La combinación de los dos primeros fue la primera en demostrar alta eficacia; el 5-Fluoracilo a dosis de 750 mgrs./m² y día en perfusión endovenosa, durante los 5 primeros días del tratamiento radioterápico, o 1000 mgrs/m² y día durante 4 días; la Mitomicina-C endovenosa, en "bolo" directo a dosis de 15 mgrs./m², aplicado el primer día del tratamiento. La radioterapia sobre vulva y cadenas ganglionares inguinales y pélvicas supone una dosis total de aproximadamente 54 Gy, separada en dos tandas con dos semanas de intervalo entre ellas e iniciando la segunda tanda con idéntica pauta de quimioterapia en un segundo y último ciclo. En la actualidad se está utilizando el Platino combinado con el 5-Fu, en sustitución de la Mitomicina-C, a dosis de Carboplatino 50 mgrs/m² el primer día de cada tanda de tratamiento, con un total de dos ciclos.

Los casos con afectación de esfínter anal o uretral, con una buena respuesta a la quimio-irradiación, se benefician así de una cirugía menos mutilante y de menor morbilidad. Pero no todos los casos desgraciadamente entrarán en este grupo de buena respuesta y, en el momento actual, para ellos exclusivamente queda reservada como opción terapéutica la cirugía con técnicas exenterativas que comporten amputación de uretra o ano.

Se presentan en esta comunicación 40 casos de tumores localmente avanzados, o recurrencias, atendidos en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, analizando los tratamientos efectuados y los resultados.

Bibliografía

Leiserowitz GS. et al. Prophylactic chemoirradiation of inguino-femoral lymph nodes in patients with locally extensive vulvar cancer. *Gynecol. Oncol.* 1.997 .66:509-19.

Zucali R. et al. Radio-chemotherapy of vulvar cancer. *Tumori*: 1.998. 84(2): 250-51

Cunningham MJ. et al. Primary radiation, cisplatin, and 5-fluoracil for advanced squamous carcinoma of the vulva. *Gynecol. Oncol.*; 1.997 .66 (2): 258-61.

Whitaker et al. A pilot of chemo-radiotherapy in advanced carcinoma of the vulva. *Br. J. Obstet Gynecol.* 1.990. 97: 436.