



## Manejo quirúrgico de la neoplasia vulvar localmente avanzada

Barroso Linares R, Gallego Pozuelo RM, Belando Plaza E, Luque Ufarte MM, Martínez Zarco A, Naranjo Díaz E, Varó Torrecillas O

### CASO CLÍNICO

Paciente de 51 años que consulta por nódulo vulvar de 1 mes de evolución con dolor y pérdida de peso acompañantes. No revisiones ginecológicas previas. A la exploración física, vulva con signos de liquenificación crónica y dos úlceras, una de aproximadamente 3 cm, sobreinfectada, en labio mayor derecho, y otra de 2 cm a nivel perineal y de introito en lado izquierdo. Anatómico - patológicamente correspondientes con carcinoma infiltrante de células escamosas relacionados con VPH. En pruebas de imagen, se objetivan adenopatías inguinales bilaterales sospechosas, así como adenopatías ilíacas externas milimétricas, inespecíficas. La BAG resulta negativa. Ante diagnóstico de neoplasia vulvar localmente avanzada (FIGO rIII, T2 N1 - 2), se realiza hemivulvectomía derecha, extirpación de lesión perineal - labio izquierdo con márgenes de seguridad, linfadenectomía inguinal bilateral y reconstrucción inmediata con colgajo tipo Singapur por parte de Cirugía Plástica.



Figura 1: carcinoma vulvar localmente avanzado

### EVIDENCIA Y DISCUSIÓN

Los cánceres de vulva avanzados, son aquellos con extensión más allá de la vulva y/o con afectación macroscópica ganglionar, tumores cercanos o en contacto con uretra, ano, vejiga o recto que obligan a cirugías mutilantes o fijos a estructuras óseas y tumores primarios o recurrentes que no pueden ser manejados adecuadamente con una resección vulvar radical.

En aquellos tumores avanzados que pueden ser operados, se optará por una actitud radical local con linfadenectomía bilateral.

En caso de márgenes positivos, se recomienda la re - excisión frente a radioterapia (RT) externa en caso de que sea posible. Deberá considerarse la RT adicional en pacientes con márgenes negativos pero con otros factores de riesgo (invasión linfó - vascular, márgenes < 8 mm, gran tamaño del tumor, invasión profunda, patrón difuso de diseminación). En el estadio III, se considerará quimioterapia en caso de  $\geq 2$  ganglios positivos o 1 ganglio positivo de  $> 2$  mm.

#### INDICACIÓN DE CIRUGÍA

Tumor primario de cualquier tamaño, localizado en vulva o periné, sin afectación de estructuras vecinas (T1 - T2).

Lesiones que afecten a estructuras perineales superficiales (T3), cuyo tratamiento quirúrgico no condicione la colocación de estomas.

#### NO INDICACIÓN DE CIRUGÍA

Lesiones que afectan a estructuras perineales adyacentes (T3) cuyo tratamiento quirúrgico condicione la colocación de estomas.

Lesiones con infiltración profunda de estructuras adyacentes y/o órganos vecinos.

Confirmación de enfermedad diseminada (metastásica): afectación de ganglios pélvicos u órganos a distancia.

Valoración de la fragilidad de la paciente.

Figura 2: indicaciones y no indicaciones de cirugía del cáncer vulvar.



Figura 3 (izquierda): hemivulvectomía derecha con debulking.

Figura 4 (derecha): reconstrucción con colgajo tipo Singapur.

#### Bibliografía:

- Olawaiye AB, Cuello MA, Rogers LJ. Cancer of the vulva: 2021 update. Intl J Gynecology & Obste. octubre de 2021; 155 (S1): 7 - 18.
- Dellinger TH, Hakim AA, Lee SJ, Wakabayashi MT, Morgan RJ, Han ES. Surgical Management of Vulvar Cancer. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2017; 15 (1).
- Weinberg D, Gómez - Martínez RA. Vulvar Cancer. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. Marzo de 2019; 46 (1): 125 - 35.
- SEGO. CÁNCER ESCAMOSO INVASOR DE VULVA (2023).