

CASO CLÍNICO

INFORME DE CASO: VULVECTOMÍA RADICAL MAS GANGLIO CENTINELA CON RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA POR COLGAJO FASCIOCUTÁNEO EN CANCER DE VULVA

Autores

Rodolfo Serrano (1), Mabel Aroja Santos (1)

RESUMEN

Introducción: Existe poca literatura acerca del manejo quirúrgico del cáncer de vulva, sus controles y seguimiento por lo que se presenta un caso clínico de paciente con carcinoma escamoso vulvar. Reconociendo que su diagnóstico y tratamiento tienen una enorme repercusión, tanto física como emocional en nuestras pacientes.

Palabras clave: Cáncer de vulva - reconstrucción - ganglio centinela - colostomía.

ABSTRACT

Introduction: There is little literature on the surgical management of vulvar cancer, its controls and follow-up, so a clinical case of a patient with vulvar squamous carcinoma is presented. Recognizing that its diagnosis and treatment have an enormous impact, both physical and emotional, on our patients.

Keywords: Vulvar cancer - reconstruction - sentinel node - colostomy.

1) Instituto Oncológico del Oriente Boliviano - Facultad de medicina UMSA. La Paz - Bolivia.

Correspondencia: Mabel Aroja Santos

Dirección: La Paz - Bolivia.

Teléfono: 591- 65624584

Correo electrónico: mas.oyu14@hotmail.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Se trata de una paciente de 72 años de edad, sexo femenino, profesora jubilada, que acude a consulta el 18/07/18 refiriendo la aparición de una lesión con forma de verruga, que luego de 8 semanas empieza a desarrollarse convirtiéndose en una lesión más grande y extensas que se asocia a prurito y dolor.

La paciente presenta antecedentes quirúrgicos de apendicectomía, histerectomía y colecistectomía hace 10 años. En sus antecedentes gineco obstétricos se destacan 4 embarazos, 3 partos normales y 1 aborto, menopausia a los 40 años.

HALLAZGOS CLÍNICOS

Al examen no se palpan adenopatías periféricas, periné íntegro en vulva lesión exofítica unilateral que compromete labio mayor y menor izquierdo en su tercio inferior mide 3x4cm. de bordes irregulares cuyo borde inferior dista 1cm por debajo de orificio.

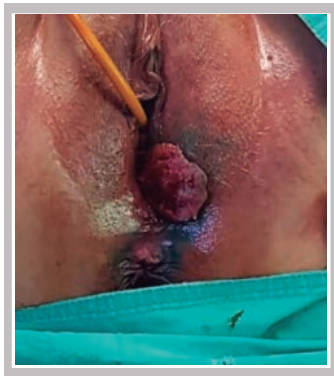


Figura 1
Lesión exofítica vulvar002E

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La biopsia informa carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, queratinizante, ulcerado, infiltrante en dermis profunda.

Dentro de estudios cistoscopia, rectoscopia normal, Tomografía Computarizada de tórax abdomen y pelvis sin evidencia de lesiones neoproliferativas. Exámenes de laboratorio y serología normales.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

El comité de tumores sugiere intervención quirúrgica, por lo cual se realiza hemivulvectomía izquierda, mas ganglio centinela en región inguinal izquierda, posterior reconstrucción vulvoperineal y colostomía transversa, el día se realiza el 05/09/18.

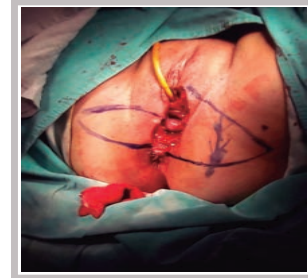


Figura 2
Colgajo local - reconstrucción

Se utiliza azul patente en región inguinal izquierda, se evidencia ganglio de 2 cm el cual es enviado para estudio mediante biopsia por congelación, el mismo que informa negativo. Con posterior vulvectomía respetando los márgenes tumorales, posterior a lo cual se realiza un colgajo facio-cutáneo para la reconstrucción de los labios mayores, parte de la uretra y tercio inferior de vagina y área perineal y glútea. **(Fig. 3) (Fig. 4)**. Se realizó la colostomía en asa (temporal), con el fin de evitar infecciones.

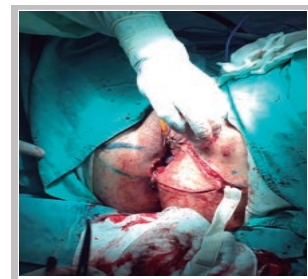


Figura 3
Delimitación de colgajos



Figura 4
Reconstrucción de labios mayores y menores, tercio inferior de vagina y parte de la uretra

Fuente Propia complicaciones tardías como el linfedema, celulitis, incontinencia urinaria o incontinencia anal por lo que una opción recomendable es la realización de colostomía en asa.

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

La paciente acude para controles post operatorios, luego de años de seguimiento actualmente cuenta con colposcopia y vulvosocopia normal, sin lesiones y un área perineal de aspecto casi natural o normal.

DISCUSIÓN

Los casos de cáncer de vulva con conducta quirúrgica y su reconstrucción vulvar son considerados un reto desde el punto de vista oncológico y reconstructivo. Existen dos factores que se deben tener en cuenta al determinar el tratamiento del tumor vulvar: el estado del resto de la vulva y la presencia o ausencia de una enfermedad invasiva multifocal.

La linfadenectomía inguinofemoral con ganglio centinela es el tratamiento más seguro para todas las pacientes con un tumor de hasta 2 cm con más de 1 mm de invasión estromal y para todas las pacientes con un tumor mayor de 2 cm de diámetro.

El cáncer de vulva diagnosticado en etapas tempranas tiene altas tasas de éxito ante conductas quirúrgicas y la aplicación de colgajo local es mayor que la aplicada en varios otros lugares, reconociendo un cierto porcentaje de complicaciones postoperatorias como la dehiscencia y la aparición de linfoquistes por lo que es recomendable la colocación de drenajes, y complicaciones tardías como el linfedema, celulitis, incontinencia urinaria o incontinencia anal por lo que una opción recomendable es la realización de colostomía en asa.

CONCLUSIÓN

Se logró el éxito tanto el diagnóstico como el tratamiento oncológico y reconstructivo por la participación de un grupo multidisciplinario de especialistas y sub especialistas. Aunque los resultados a corto plazo son alentadores, se requiere una serie más amplia, con un seguimiento más prolongado, para evaluar completamente la eficacia terapéutica.

Sería bueno la investigación del uso de la quimioterapia -radioterapia neo adyuvante como tratamiento efectivo a la hora de facilitar la realización de una posterior cirugía radical y especialmente en aquellos casos donde no previsiblemente no se pueda realizar de inicio una intervención con márgenes adecuados que sumarian al número de pacientes recuperados y con éxito en el tratamiento del cáncer vulvar.

REFERENCIAS

1. Said F. Vulvectomy radical con reconstrucción inmediata mediante colgajo musculocutáneo en melanoma de vulva. *Medigraphic Artemisa en línea*. Vol. 53, Núm. 4 Oct. - Dic. 2008 pp. 211 - 217.
2. Micheletti L. Cirugía de vulva en cancer de vulva. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. Octubre de 2014; 28 (7):1074-87.
3. Vicente de la Cruz A. Maribe Vicente M. Peña A. Tumor de la vulva, vulvectomy radical. *Rev Cubana Cir vol.50 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2011*.