

# Morbilidad y recurrencia de la disección inguino-femoral con incisión limitada en carcinoma epidermoide de vulva

GD Muñoz,\* FJ Robles,\* LG Solorza,\* GC López,\* AG Escobar,\* EA González,\* SM Pérez,\*\*  
EA López-Cueto, GI Zeichner\*\*\*

## RESUMEN

Tradicionalmente la disección radical ganglionar inguinal ha sido el tratamiento en el carcinoma de vulva, sin embargo, la morbilidad asociada al procedimiento es alta. Recientemente se han propuesto nuevas opciones en el manejo. De tal manera que tanto los procedimientos radicales *versus* conservadores no han demostrado diferencias en la supervivencia. **Objetivo.** Comparar la morbilidad y recurrencia tumoral entre dos tipos de abordajes para la disección ganglionar inguino-femoral mediante incisiones clásicas radicales *versus* limitadas de tipo conservador. **Material y métodos.** Retrospectivamente analizamos los expedientes clínicos de pacientes con el diagnóstico de carcinoma epidermoide de la vulva tratados con disección ganglionar con incisión radical *versus* limitada, durante el periodo de enero de 1986 a diciembre de 1996, en el Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan). Se seleccionaron nueve pacientes tratadas con vulvotomía o hemivulvotomía e incisión inguino-femoral limitada (Grupo I), uni o bilateral y 18 pacientes tratadas con vulvotomía o hemivulvotomía con incisiones separadas de la disección ganglionar inguino-femoral pero con incisión radical clásica (Grupo II). **Resultados.** Durante los 10 años de evaluación, 27 pacientes con carcinoma de vulva fueron identificadas. Para el grupo I el promedio de edad fue de 68.4 años *versus* 72.5 del grupo II ( $p = \text{NS}$ ). El número de ganglios disecados y recurrencias locales no mostró diferencias con significancia estadística para ambos grupos. La supervivencia para las pacientes del grupo I fue del 66.7% y 42% para las del grupo II. Los únicos parámetros con  $p$  significativas fueron la frecuencia de necrosis del colgajo ( $p = 0.03$ ), infección de la herida quirúrgica ( $p = 0.05$ ) a favor del grupo I ( $p = 0.07$ ). **Conclusiones.** En nuestro análisis la incisión limitada para realizar la disección ganglionar inguino-femoral ofrece menor morbilidad que la incisión radical clásica, sin repercusión en el control oncológico y supervivencia de las pacientes.

**Palabras clave:** Carcinoma de vulva, disección ganglionar inguino-femoral.

## ABSTRACT

*Likely, the radical lymph node dissection has been the treatment for vulvar carcinoma, however the morbidity associated with the procedure is high.*

*Recently, new options for treatment have been proposed. Radical and conservative procedures have showed no impact in patients outcome. **Objective.** To compare morbidity and tumor recurrence between limited incision for inguino-femoral versus classical radical incision for lymph node dissections. **Material and methods.** Retrospectively, we analyzed the clinical files of patients with diagnosis of epidermoid vulvar carcinoma treated with limited or radical incision for lymph node dissections between January 1986 to December 1996 at the Instituto Nacional de Cancerología at Mexico City. During the time period of evaluation we identified nine cases treated with vulvectomy or hemivulvectomy with limited incision for inguino-femoral lymph node dissection (Group I), uni or bilateral and eighteen cases treated with vulvectomy or hemivulvectomy with separated incision for the lymph node dissection (classical extended incision) (Group II). **Results.** During 10-years of evaluation, 27 cases of vulvar carcinoma were identified. In group I the mean age was  $\pm$  SD 68.4-years versus 72.5  $\pm$  SD years in group II ( $p = \text{NS}$ ). The number of lymph node dissected and local recurrences do not show statistical differences between both groups. The survival in the group I of patients (66.7%), and 42.4% in the group II. The mean morbidity with statistical significance and difference were necrosis ( $p = 0.03$ ), infection of the surgical wound ( $p = 0.05$ ); less of the group I patients ( $p = 0.07$ ). **Conclusions.** In our study the limited incision for inguino-femoral lymph node dissection showed less morbidity than classical extended incision, without outcome repercussion.*

**Key words:** Vulvar carcinoma, lymph node dissection.

## INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente se ha cuestionado la necesidad de cirugía radical para los tumores primarios escamosos de vulva,<sup>1-7</sup> fundamentando esto en la revisión de Parry-Jones,<sup>8</sup> en la que, anatómicamente, el flujo linfático de la vulva y perineo no cruzan el pliegue labiocrural en tránsito directo hacia la ingle, lo que permite realizar excisiones menos radicales del tumor primario.

\* División de Cirugía Oncológica.

\*\* Departamento de Patología.

\*\*\* División de Investigación Clínica.

En las últimas dos décadas, la morbilidad asociada al tratamiento para el cáncer epidermoide de vulva ha tenido modificaciones importantes, tanto en la extensión quirúrgica como en la disección inguinal, variando desde hemivulvectomías a excisión radical amplia, y de disecciones inguinopélvicas en bloque a disección inguinal superficial o profunda ipsilateral con incisión separada.

El uso de la incisión inguinal separada fue inicialmente sugerida por Taussig en 1940,<sup>9</sup> siendo posteriormente popularizado por diferentes autores y demostrado por Hacker que, en pacientes con etapa I y II, la incisión separada tenía una disminución significativa en la morbilidad quirúrgica sin un incremento en la recurrencia.<sup>10</sup>

Además la incisión inguinal separada, reportada por diferentes autores, presenta la ventaja de menor pérdida hemática, estancia hospitalaria, y menor presentación de dehiscencia de la herida quirúrgica.<sup>11,12</sup>

La disección inguinal unilateral ha sido recomendada para el tratamiento de tumores superficiales lateralizados,<sup>6,7</sup> en los que el riesgo, según múltiples estudios de afección ganglionar metastásica contralateral en ingle ipsilateral negativa, es de cero.<sup>2,3,6,7,13</sup>

En la actualidad, el tratamiento del tumor primario pequeño en etapa I generalmente varía desde la resección local radical<sup>6,7</sup> medial, anterior o posterior a la hemivulvectomía clásica, teniendo su evolución más tardía la disección inguinal. Morris y colaboradores publican, en su revisión del tratamiento del cáncer unilateral pequeño de vulva,<sup>14</sup> la importante morbilidad de la disección inguinal clásica bilateral, abogando por la linfadenectomía unilateral si la lesión primaria se encuentra confinada a un labio de la vulva. DiSaia y colaboradores sugieren también el muestreo de los ganglios superficiales por arriba de la fascia cribiforme como un indicador confiable de enfermedad metastásica de los ganglios inguinofemorales en las lesiones pequeñas unilaterales, donde la disección linfática completa puede ser omitida si los ganglios linfáticos superficiales son negativos.<sup>5</sup>

Con base en la experiencia reportada por el comportamiento biológico de la enfermedad, estas modificaciones quirúrgicas menos radicales han demostrado su efectividad en el control locorregional de la enfermedad, con curación de la misma en etapas tempranas, en comparación con la cirugía radical en bloque tradicionalmente realizada. Se estudiaron en nuestra institución la morbilidad y recurrencia asociada al tipo de incisión realizada para la disección inguinofemoral, con el fin de evaluar el número de ganglios resecados, complicaciones y recurrencias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron todos los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva tratados en forma inicial con cirugía radical y disección inguinofemoral uni o bilateral, en un periodo comprendido entre enero de 1986 a diciembre de 1996, de tipo histológico epidermoide corroborado por el servicio de patología. Fueron excluidas todas aquellas pacientes con diferente subtipo histológico, así como de tratamiento neoadyuvante con quimioterapia y/o radioterapia, con el fin de evaluar morbilidad y recurrencia. Todas las pacientes fueron estadificadas acorde a la clasificación actual de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 1995), conformándose para su estudio 2 grupos:

### Grupo I:

Nueve pacientes en las que se realizó vulvectomía o hemivulvectomía con incisión inguinal limitada uni o bilateral (*Figura 1B*).

### Grupo II:

Dieciocho pacientes en las que se realizó vulvectomía o hemivulvectomía radical con incisión inguinal separada clásica en S itálica (*Figura 1A*).

La técnica quirúrgica se inicia realizando incisión de 8 cm de longitud y dos cm por debajo y paralelo al ligamento inguinal; se tallan los colgajos en forma convencional con un grosor aproximado de 10 mm, hasta los márgenes quirúrgicos comprendidos por el ligamento inguinal, borde medial del músculo sartorio y borde lateral del músculo abductor mayor (triángulo de Scarpa), según se ejemplifica en las *figuras 2 y 3*.

Ambos grupos fueron confirmados en cuanto a misma estirpe histológica, carcinoma escamoso invasor de vulva, tamaño del tumor, profundidad de invasión, márgenes quirúrgicos y grado de diferenciación por el mismo patólogo.

La morbilidad asociada entre los grupos evaluados fue revisada, así como la recurrencia de cada uno de ellos.

Se utilizó la prueba de  $\chi^2$  o exacta de Fisher para analizar las diferentes variables entre ambos grupos.

La supervivencia fue calculada por el método de Kaplan-Meier y para las diferencias en ésta se realizó con la prueba de log-rank.

## RESULTADOS

De las 27 pacientes evaluadas, el grupo I presentó una edad media de 68.4 años y el grupo II de 72.5 años, siendo el rango de 47 a 86 años.

En forma global la distribución por etapa clínica fue: una paciente (3.7%) en etapa I, 11 (40.7%) en etapa II, 10 (37.0%) en etapa III y cinco (18.5%) en etapa IV.

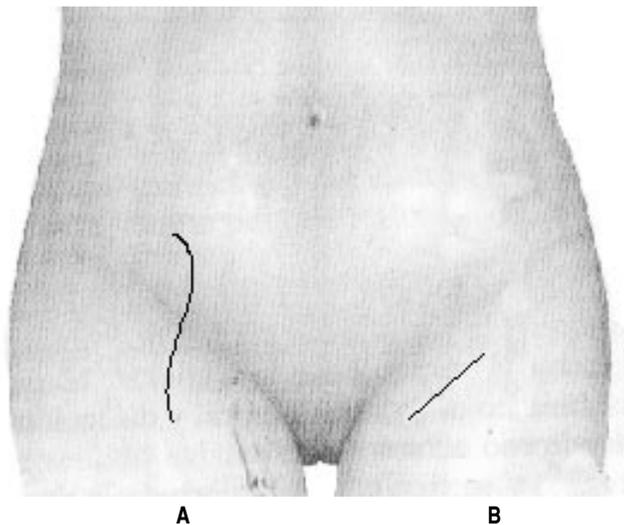


Figura 1.

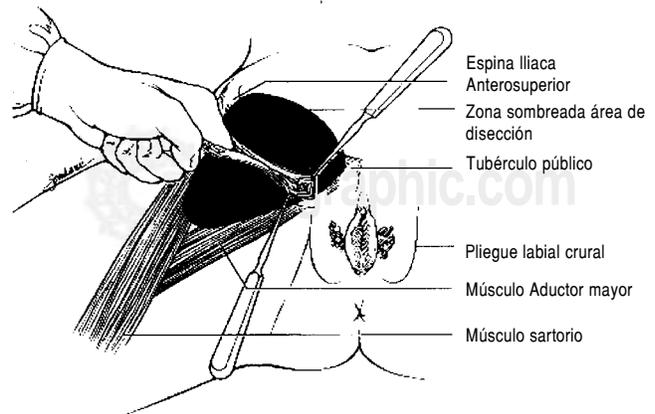


Figura 3.

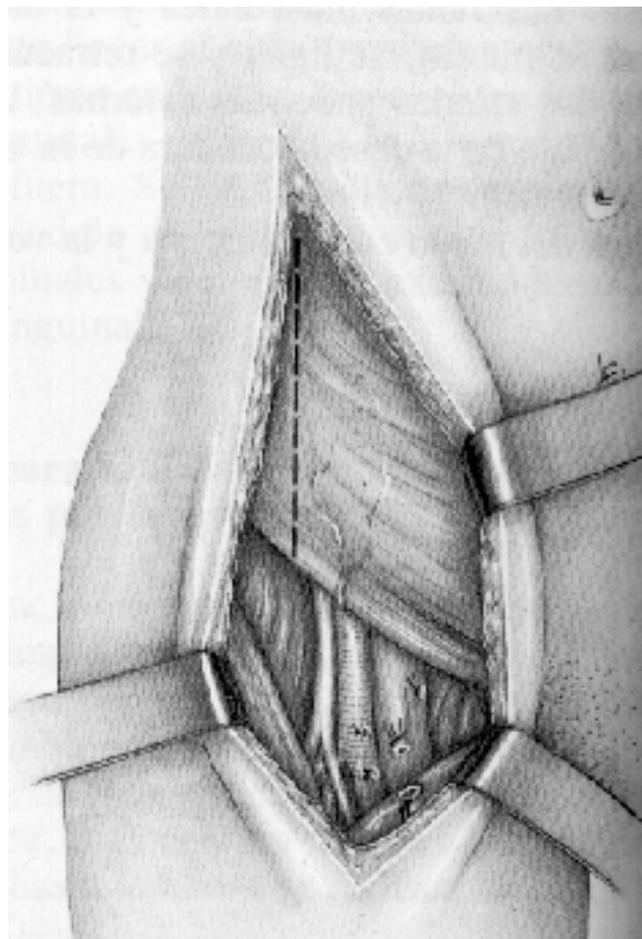


Figura 2.

Grupo I: fueron sometidas a vulvectomía radical cuatro enfermas con disección inguinal bilateral limitada y cinco a hemivulvectomía y disección inguinal unilateral limitada.

Grupo II: se realizaron siete hemivulvectomías con disección inguinal unilateral y 11 pacientes a vulvectomía radical con incisión inguinal bilateral clásica.

El número de ganglios resecaos, morbilidad quirúrgica caracterizada principalmente por necrosis e infección, así como porcentaje de recurrencia, se esquematizan en el cuadro I.

Las complicaciones mayores en la que se demostró significancia según tipo de incisión fueron: necrosis con  $p= 0.03$ , infección de la herida quirúrgica con  $p= 0.05$ , siendo menor la morbilidad según incisión realizada en las pacientes del grupo I ( $p= 0.07$ ).

El número de ganglios disecados, así como el porcentaje de recurrencia local no mostró significancia estadística, siendo la supervivencia a 27 meses para el grupo I de 66.67% y para el grupo II de 42.46% (Figura 4).

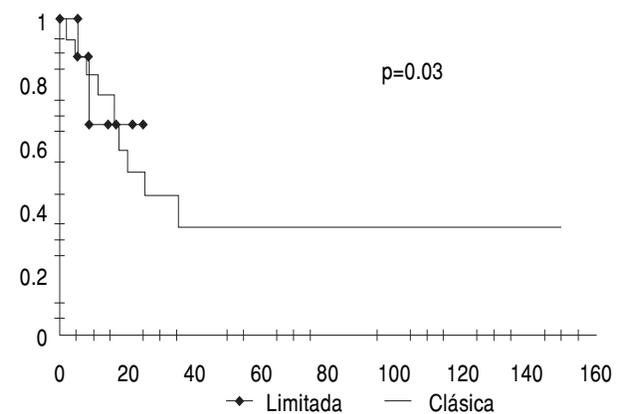


Figura 4. Curva de supervivencia por tipo de incisión

**Cuadro I.** Ganglios resecaados, complicaciones y recurrencias por tipo de incisión.

Tipo de incisión	Promedio ganglios	Complicaciones		Recurrencias	
Incisión limitada	Unilateral 10.8 (6-19)	4/9	44%	1/9	11%
	Bilateral 23.5 (19-32)				
Incisión clásica	Unilateral 5 (2-8)	16/18	89%	6/18	33%
	Bilateral 29.3 (3-47)				
			p= 0.07	p= .23	

## DISCUSIÓN

En los últimos 20 años, las modificaciones a la vulvectomía radical y la disección inguinal han tenido una disminución importante en la morbilidad quirúrgica sin un incremento en la recurrencia. En el pasado, infecciones y dehiscencias secundarias a necrosis del colgajo fueron las complicaciones más frecuentes de la vulvectomía radical y de la disección inguinal. Las recientes modificaciones como la disección inguinal separada y la disección unilateral diferida han tenido menor porcentaje de complicaciones, disminuyendo así el tiempo de estancia hospitalaria.<sup>10</sup>

En nuestra experiencia, la disección inguinal unilateral con incisión limitada tiene un menor riesgo de necrosis, infección y dehiscencia, con una estancia hospitalaria promedio de siete días. Así mismo, los pacientes que son sometidos a disección inguinal bilateral con incisión limitada separada se les puede realizar sólo linfadenectomía superficial o disección completa del triángulo femoral con una buena resección de ganglios y menor morbilidad del colgajo, sin encontrar significancia en aquellos en los que únicamente se realizó disección superficial.

Por otro lado, el riesgo de recurrencia no se modificó según el tipo de incisión realizada.

A pesar del número de pacientes estudiados, nosotros encontramos mayores ventajas en el tipo de incisión limitada, sin representar por ello un mayor porcentaje de recurrencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hughes RR. Early diagnosis and management of premalignant lesion and early cancers of the vulva, *South Med J* 1971; 64: 1490-92.
- Wharton JT, Gallager S, Rutledge FN. Microinvasive carcinoma of the vulva. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 118: 159-169.

- Parker RT, Duncan I, Rampope J, Creasman W. Operative management of early invasive epidermoid carcinoma of the vulva. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 123: 349-355.
- McLean MJ. A formula for selective lymphadenectomy. *Obstet Gynecol* 1977; 50: 152-158.
- DiSaia PT, Creasman WT, Rich WM. An alternative approach to early cancer of the vulva. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 133: 828-832.
- Iversen TJ, Abeler V, Aalders J. Individualized treatment of stage I carcinoma of the vulva. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 85-89.
- Hacker NF, Berek JS, Lagasse LD, Neberg RK, Leuchter RS. Individualization of treatment for stage I squamous cell vulvar cancer. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 155-162.
- Parry-Jones E. Lymphatics of the vulva. *J Obstet Gynecol* 1960; 67: 919-928.
- Taussig FL. Cancer of the vulva: An analysis of 155 cases (1911-1940) *Am J Obstet Gynecol* 1949; 40: 764-779.
- Jeffrey YL, Brent D, Cynthia A, Philip MD. Morbidity and Recurrence with modifications of radical vulvectomy and groin dissection. *Gynecologic Oncology* 1992; 47: 80-86.
- Burrell MO, Franklin EW, III Campion MJ, Crozier MA, Stacey DW. The modified radical vulvectomy with groin dissection: An eight year experience. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 715-722.
- Helm CW, Hatch KD, Austin JM, Patridge EE, Soong ST, Shingleton HM. Comparison of single and triple incision techniques for the surgical treatment of the vulva and bilateral groin dissection. *Gynecol Oncol* 1991; 40: 170.
- Magrina JF, Webb MJ, Gaffey TA, Symmonds RE. Stage I squamous cell cancer of the vulva. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 134: 453-459.
- Burke TW, Stringer CA, Gerhenson DM, Edwards CL, Morris M, Wharton TJ. Radical wide excision and selective inguinal node dissection for squamous cell carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 1990; 38: 328.

Dirección para correspondencia:

**Dr. David Muñoz González**  
Departamento de Ginecología Oncológica  
Instituto Nacional de Cancerología (México)  
Av. San Fernando No. 22 Tlalpan,  
México, D.F. C.P. 14000

Fecha de recepción: 10/02/00  
Fecha de aceptación: 29/06/00