

Manejo quirúrgico inicial del carcinoma epidermoide vulvar

Israel Salazar-Báez^{1#}, Jessica E. Salazar-Campos^{1#}, Alhely López-Arias², Verónica Villavicencio-Valencia³, Jaime Coronel-Martínez³, Myrna Candelaria-Hernández³, Delia Pérez-Montiel⁴, Carlos Pérez-Plasencia³, Aurora Elizabeth Rojas-García⁵ y David Cantú de León^{2*}

¹Departamento de Ginecología Oncológica; ²Subdirección de Investigación Clínica; ³Dirección de Investigación; ⁴Departamento de Patología. Instituto Nacional de Cancerología (INCan); ⁵Secretaría de Investigación y Posgrado Universidad Autónoma de Nayarit. Ciudad de México, México

Resumen

El cáncer vulvar representa aproximadamente el 4% de las neoplasias ginecológicas. En el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) en México ocupa el cuarto lugar. El objetivo es evaluar el manejo del carcinoma epidermoide de vulva con tratamiento quirúrgico inicial. Es un estudio retrospectivo, observacional descriptivo, del 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2012. Se incluyeron 27 pacientes, estadios clínicos I, II o III, manejo quirúrgico inicial, con seguimiento de por lo menos un año. En 51.85% se realizó hemivulvotomía y en 40.74% escisión amplia; 66.66% se sometieron a disección inguino-femoral. Se presentó recurrencia en 25.91% de los casos y la supervivencia global a 10 años fue del 63%. Se concluye que con invasión de hasta 1 mm el porcentaje de afección ganglionar fue 0%, con invasión de 1 mm y hasta 5 mm, se incrementó a 25%, una invasión de más de 5 mm implica afección hasta 45%. La recurrencia fue principalmente a distancia haciendo el seguimiento a largo plazo con énfasis en la sintomatología para solicitar estudios de imagen al existir sospecha. La adyuvancia debe proponerse a pacientes con ganglios positivos, márgenes cercanos o positivos no ampliables y tumor mayor de 4 cm.

PALABRAS CLAVE: Cáncer. Vulva. Estadio. Carcinoma. Epidermoide. Supervivencia.

Abstract

Vulvar cancer accounts for approximately 4% of gynecological malignancies. At the Instituto Nacional de Cancerología in Mexico it occupies the fourth place. The purpose of this study is to assess the management of squamous carcinoma of the vulva with initial surgical treatment. It is a descriptive retrospective, observational study, from January 1, 2002 to December 31, 2012. Twenty-seven patients, clinical stages I, II, or III, initial surgical management, with at least one year of follow-up were included. In 51.85% a partial vulvectomy was performed and in 40.74% a wide excision; 66.66% underwent inguinofemoral dissection. Recurrence occurred in 25.91% of cases and the overall survival at 10 years was 63%. It is concluded that with invasion of up to 1 mm of lymph node, affection is 0%; with invasion of 1 mm and up to 5 mm this increases to 25%; an invasion of more than 5 mm implies up to 45%. Recurrence in our study was primarily distant, necessitating long-term monitoring with emphasis on symptoms to request imaging studies when suspected. Adjuvant therapy should be offered to patients with positive nodes, close or positive margins, and tumors larger than 4 cm. (Gac Med Mex. 2016;152:297-303)

Corresponding author: David Cantú de León, dcantude@gmail.com

KEY WORDS: Cancer. Vulva. Stage. Carcinoma. Squamous. Survival.

Correspondencia:

*David Cantú de León
Subdirección de Investigación Clínica
Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan)
Av. San Fernando, 22
Col. Sección XVI, Del. Tlalpan
C.P. 14000, Ciudad de México, México
E-mail: dcantude@gmail.com

[#]Ambos autores tuvieron una participación igual en la realización de este trabajo.

Fecha de recepción: 13-01-2015

Fecha de aceptación: 24-09-2015

Introducción

El cáncer vulvar es una entidad poco frecuente, representa aproximadamente el 4% de las neoplasias ginecológicas, con un pico de incidencia en el rango de edad de 65 a 75 años. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un incremento marcado en las pacientes más jóvenes, asociado a infección del virus del papiloma humano, así como a la historia de tabaquismo¹⁻⁵.

En México en 2006, se reportaron 162 casos de cáncer vulvar representando el 0.15% de los tumores del tracto genital en ambos sexos⁶. En el INCan en México en el año 2013 se reportaron 16 casos de cáncer vulvar colocando a esta patología en el cuarto lugar de los cánceres ginecológicos.

El tipo histológico más frecuente es el epidermoide^{3,4,7-21} con una frecuencia del 86.2%, seguido del melanoma con un 4.8% y sarcoma con el 2.2%. El cuadro clínico se caracteriza por periodos largos de prurito asociados a una tumoración vulvar en el 50% de las pacientes con cáncer invasor, puede presentar además dolor, sangrado, ulceración y disuria. El 70% de las lesiones se localizan en los labios mayores. Su principal vía de diseminación es linfática⁴.

La estadificación del cáncer de vulva es quirúrgica^{3,4}. La última modificación fue realizada en el 2008 donde los principales cambios ocurridos fueron:

- Formación de la EC IB en tumores mayores de 2 cm de diámetro.
- EC II incluye aquellas pacientes con involucro de tercio inferior de vagina, uretra y/o canal anal sin importar el tamaño del tumor.
- EC III se subdivide de acuerdo al número de ganglios afectados y el tamaño de los mismos, así como la presencia de invasión extracapsular¹¹.

Para la elección del tratamiento se debe considerar la edad de la paciente y las condiciones del tejido vulvar, además de otros factores como son: tamaño del tumor, localización y profundidad de invasión. El estado de los ganglios linfáticos es el factor pronóstico más importante con impacto en la recurrencia tanto local como a distancia⁹.

La escisión local radical es más apropiada para lesiones en vulva posterior o lateral, en la cual la preservación del clitoris es posible. La vulvectomía radical es el procedimiento ideal en lesiones multifocales o en tamaño tumoral mayor de 4 cm. Con estos procedimientos el porcentaje de supervivencia es cercano al 96.4%^{12,13}.

Un factor importante en la escisión radical o amplia de vulva es el margen, el cual debe ser al menos de 1 cm macroscópicamente para disminuir la probabilidad de recurrencia. Un estudio retrospectivo reportó que el porcentaje de recurrencia se eleva de 0% para márgenes > 8 mm a 50% para márgenes menores de 8 mm¹⁴. Se debe tener en cuenta la contracción cercana al 20% que sufren los tejidos al fijarse con formalina. Para las pacientes con estadio clínico IA solo es necesaria la escisión de la lesión, la cual, después de su estudio histopatológico definitivo, permitirá evaluar si procede o no la estadificación ganglionar. En el estadio clínico IB es necesaria la evaluación de la región inguinal, mientras que en el estadio clínico II, si se obtienen márgenes adecuados, la escisión local amplia y la estadificación ganglionar será un manejo suficiente.

La evaluación de la región inguino-femoral puede ser a través de ganglio centinela (GC), con el objetivo de disminuir la morbilidad asociada a la linfadenectomía completa sin compromiso de la supervivencia¹⁵. En el estadio clínico IA no es necesaria la evaluación de esta región ya que el porcentaje de afección es 0%. Sin embargo, el riesgo de afección ganglionar está directamente relacionado con la profundidad de invasión, de tal manera que si esta es de 1.1 a 3 mm la afección es del 8%, y si la invasión es > 3 mm la afección ganglionar se incrementa a un 26-34%^{16,17}. Actualmente la linfadenectomía terapéutica se considera solo si existe la presencia de enfermedad ganglionar corroborada, o bien, si durante la disección del GC, este resulta positivo en el estudio transoperatorio. Al momento de encontrar adenopatías positivas en región inguinal la conducta hasta el día de hoy es realizar la disección contralateral, ya que el porcentaje de recurrencia en ingle contralateral después de disección unilateral es cercana al 2.6 vs. el 0.4% en aquellas con ganglios negativos¹². Los requisitos para la realización del GC en cáncer vulvar incluyen lesiones unifocales, menor de 4 cm y ganglio clínicamente no palpable¹⁵.

El objetivo del presente trabajo es evaluar el manejo en pacientes con carcinoma epidermoide de vulva que hayan recibido tratamiento quirúrgico de forma inicial en el INCan de México.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional descriptivo, en el periodo comprendido del 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2012. Se revisaron los expedientes clínicos, tanto del archivo físico como electrónico, de todas las pacientes con cáncer de vulva que

ingresaron al INCan en dicho periodo ($n = 104$), seleccionándose aquellas con diagnóstico de cáncer tipo epidermoide, con estadio clínico I, II o III, que hubiesen recibido un manejo inicial con cirugía, sin quimioterapia (QT) ni radioterapia (RT) secuencial o en concomitancia, y cuyo seguimiento haya sido de por lo menos un año en el INCan. En todos los casos, el diagnóstico de cáncer epidermoide de vulva se confirmó mediante análisis histopatológico. Se analizaron las variables edad, número de embarazos, antecedente de terapia de remplazo hormonal, tiempo de evolución, síntomas principales, tamaño del tumor clínico y patológico, localización del tumor primario, multifocalidad, ganglios inguinales positivos clínicos y quirúrgicos, tipo de biopsia diagnóstica, estadio clínico, tipo de procedimiento quirúrgico del tumor primario, tratamiento quirúrgico de la región inguinal, márgenes, profundidad de invasión, permeación linfovascular (PLV), complicaciones, GC, adyuvancia, recurrencia, tratamiento de la recurrencia, periodo libre de enfermedad, y supervivencia global.

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, mientras que para el análisis de la supervivencia se utilizó el método de Kaplan-Meier, a través del paquete estadístico Stata versión 12.0.

Resultados

Se incluyeron en el presente estudio 27 pacientes con diagnóstico de cáncer epidermoide de vulva y que cumplieron los criterios de inclusión seleccionados, cuyo rango de edad fue de 67 a 78 años (promedio de 72.41 ± 13.85 años). Con respecto a la paridad el promedio de embarazos fue de 4.93 (rango de 3.36 a 6.49). La presencia de Infección por virus del papiloma humano (IVPH) o antecedentes de ella se presentó solo en el 18.52% ($n = 5$). El síntoma más frecuente fue el prurito, el cual se presentó en el 88.89% de las pacientes. En el 51.85% de estas el prurito fue acompañado de tumoración, mientras que en el 18.52% fue acompañado de tumoración, sangrado y dolor. El promedio del tiempo de evolución fue de 11.22 meses con un rango de 1 a 36 meses. El diagnóstico de carcinoma epidermoide de vulva se realizó mediante biopsia incisional en el 88.8% de las pacientes, mientras que en el resto de ellas fue a través de una biopsia escisional. En el 66.67% de los casos se trató de tumores moderadamente diferenciados, en el 22.2% fueron bien diferenciados, y solo 3 casos se consideraron indiferenciados (Tabla 1).

Con respecto a la estadificación (Fig. 1), la cual se realizó con base en la última modificación de la FIGO

tabla 1. Características clínicas

Edad	72.4 años (66.9-77.8)
Etapa FIGO	
I	14 (51.8%)
II	1 (3.7%)
III	8 (29.6%)
IV	0
*	4 (14.8%)
Localización del tumor	(%)
Labio mayor derecho	8 (29.63)
Labio mayor izquierdo	4 (14.8)
Labio menor derecho	1 (3.7)
Labio menor izquierdo	4 (14.8)
Clitoris	3 (11.1)
Horquilla	6 (22.22)
Periné	1 (3.7)
Síntoma principal	(%)
Prurito más tumor	14 (51.85)
Prurito	5 (18.52)
Tumor	1 (3.7)
Dolor	1 (3.7)
Sangrado	1 (3.7)
Todas	5 (18.52)
Tamaño tumoral (promedio)	Promedio (mm)
Clínico	29.74
Patológico	30.22
Invasión estromal	5.74 (1-13 mm)
Grado histológico	(%)
Bien diferenciado	6 (22.2)
Moderadamente diferenciado	18 (66.67)
Indiferenciado	3 (11.13)

*No se logró identificar etapa clínica.

(2009)¹¹, el 77.77% ($n = 21$) de las pacientes presentaron inicialmente un estadio clínico I, porcentaje que disminuyó a 51.85% ($n = 14$) al momento de la estadificación posquirúrgica. Por otro lado, el 18.5% ($n = 5$) de las pacientes presentaron inicialmente un estadio clínico III, el cual se incrementó a 29.6% ($n = 8$) en la estadificación posterior al procedimiento quirúrgico. La localización del tumor primario en las 27 pacientes presentó la siguiente distribución: 8 en el labio mayor derecho, una en el labio menor derecho, 4 en el labio mayor izquierdo, 4 en el labio menor izquierdo, 3 en el clitoris, 6 en la horquilla, y una en el periné. Una paciente fue considerada multifocal. Con base en la exploración física, el 81.48% ($n = 22$) tuvieron ganglios negativos al momento del diagnóstico, y las 5 pacientes restantes (18.5%) presentaron ganglios clínicamente palpables, 2 de ellas con confirmación citológica. El tamaño tumoral clínico promedio fue de 29.74 mm, mientras que el tamaño tumoral patológico fue de 30.22 mm.

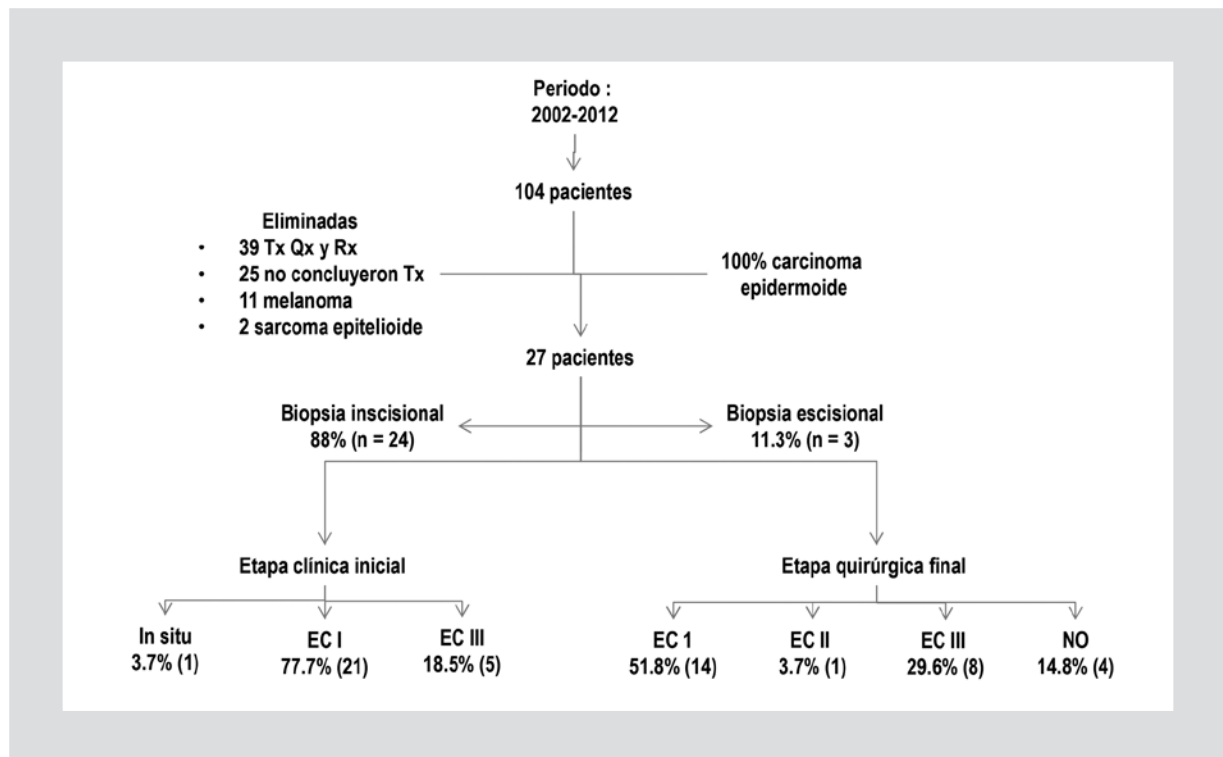


Figura 1. Diagrama de flujo de selección del grupo de estudio.

El 100% de las pacientes recibieron cirugía de vulva, siendo las más frecuentes la hemivulvectomía (51.85%) y la escisión amplia (40.74%). Por otro lado, al 66.66% de las pacientes se les realizó cirugía inguinal: disección inguino-femoral unilateral en 4 pacientes (14.81%) y bilateral en 14 casos (51.85%). Se presentaron complicaciones quirúrgicas en el 48.1% (n = 13) de las pacientes sometidas a cirugía de vulva y en el 22.22% (n = 4) de las pacientes sometidas a cirugía inguinal, siendo la dehiscencia de la herida quirúrgica la complicación más frecuente (Fig. 2).

En 8 pacientes se realizó el procedimiento del GC siendo la localización unilateral. En dos pacientes la técnica fue fallida, y en las 6 pacientes restantes se obtuvo un resultado de 4 negativos y 2 positivos en el estudio transoperatorio. El promedio de ganglios obtenidos contando GC y la disección inguino-femoral fue de 10.14 ganglios. Se calculó para el GC una sensibilidad del 50%, especificidad del 75%, valor predictivo positivo (VPP) del 50% y valor predictivo negativo (VPN) del 75%, con un 16% de falsos negativos.

Al correlacionar ganglios linfáticos positivos [GL (+)] y la recurrencia de la enfermedad, no se obtuvo una significancia estadística (Fig. 3), sin embargo el porcentaje de pacientes con GL (+) que recurrieron fue del 50 vs. 17.7% de las pacientes con ganglios linfáticos negativos.

Por otra parte, al correlacionar la localización del tumor y GL (+), las pacientes con tumores en labios mayores derecho o izquierdo y en horquilla tuvieron mayor porcentaje de positividad, pero sin significancia estadística. Con respecto a la centralidad y GL (+), 3 de 15 (20%) pacientes presentaron la lesión a más de 1 cm y GL (+), en contraste con 5 pacientes de 12 (41.6%) en quienes la lesión se ubicó a una distancia menor o igual a 1 cm, también sin significancia estadística.

La PLV se detectó en un 22.22% (n = 6). El 50% de las pacientes con PLV presentaron GL (+) en contraste con el 40% de aquellas sin PLV, presentándose una tendencia a la significancia (p = 0.051).

El tratamiento adyuvante se decidió con base en los márgenes libres de la tumoración, GL (+), tamaño del tumor y la PLV. En 4 pacientes se administró RT total a pelvis con una media de 46.9 Gy, la sobreimpresión se administró en 2 pacientes a región vulvar y en 4 pacientes a región inguinal con una dosis media de 11.83 Gy. En la adyuvancia con QT se utilizaron los siguientes agentes: monoterapia con carboplatino (n = 1) o cisplatino (n = 2), régimen combinado con cisplatino más 5-fluorouracilo (n = 1). Cuando se administró en conjunto con RT el periodo de administración fue concomitante. La decisión de administrar el esquema de QT fue basada principalmente en la presencia o ausencia de enfermedad ganglionar.

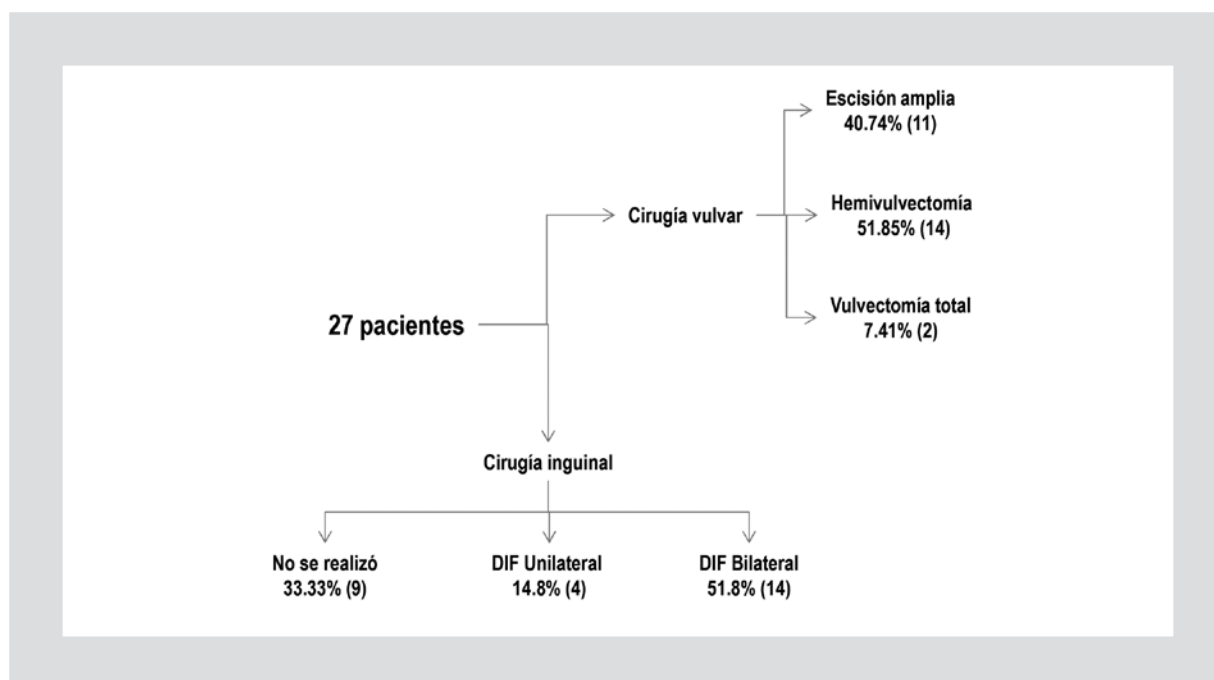


Figura 2. Procedimiento quirúrgico realizado.

La recurrencia se presentó en el 25.91% ($n = 7$) de los casos, siendo la recurrencia ósea la de mayor frecuencia (42.8%). El tratamiento de la recurrencia ósea fue con administración de RT; los principales sitios fueron en fémur, sacro, ilíaco, tórax óseo, región lumbosacra. Una paciente recurrió a ingle (no tenía antecedente de cirugía previa en región inguinal), la cual se llevó a disección y se complementó con RT; permanece viva sin enfermedad. Una paciente recurrió a vulva, se llevó a cirugía con márgenes positivos, se consideró inoperable para ampliación y se trató con RT complementaria, sin embargo falleció por *cor pulmonale*.

Con respecto a la supervivencia y el procedimiento quirúrgico utilizado, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la hemivulvectomía y la escisión amplia ($p = 0.9$). La supervivencia global a 123 meses de seguimiento en nuestras pacientes fue del 63%.

Discusión

En el presente trabajo se corroboró la teoría de que a mayor profundidad, mayor afección ganglionar. En las pacientes con invasión de hasta 1 mm el porcentaje de afección ganglionar fue del 0%, a diferencia de aquellas en las que la invasión fue de 1 mm y hasta 5 mm, en quienes la afectación ganglionar se incrementó a un 25%; por otro lado, una invasión de más de 5 mm implicó un porcentaje de afección ganglionar

de 45% (5/11 pacientes). El sitio predominante de detección fue el labio mayor derecho. El prurito asociado a la presencia del tumor se presentó en el 58% de nuestros casos, lo que resulta similar a lo reportado en la mayoría de los estudios^{4,18}.

Para establecer el tratamiento de las pacientes es importante determinar la relación del tumor con la línea media, como lo muestra el estudio GOG donde tan solo el 2.5% de 272 pacientes con tumores localizados fuera de la línea media presentaron metástasis contralaterales en ausencia de involucro ipsolateral. En la población de estudio del presente trabajo, el 44.4% ($n = 12$) presentó lesiones centrales, sin embargo, durante el periodo analizado se puede observar que esto modificó la conducta hasta el año 2009 donde se consideró la localización de la lesión para realizar o no una disección bilateral.

La historia del control local va desde la vulvectomía radical hasta la escisión amplia actual, ambos procedimientos con una media de seguimiento de 84 meses, con un porcentaje de supervivencia cercano al 96.4% dependiente de los márgenes¹⁰. En un estudio retrospectivo donde se analizaron 135 casos, con márgenes mayores de 8 mm no presentaron recurrencia locorregional comparado con un margen < 8 mm donde se elevó a un 50%¹⁴.

De Simeone, et al., en el 2007, evaluaron el tratamiento con tumores T1 ($n = 62$) y T2 ($n = 61$) llevados

a hemivulvectomía o bien vulvectomía radical. El 11 y 31% de los tumores T1 y T2, respectivamente, tenían afección inguinal ipsolateral superficial. De los T1 ninguno tuvo afección profunda y los T2 presentaron afección profunda en un 11%, por lo tanto el tratamiento de estos tumores puede ser con hemi o vulvectomía radicales además de disección inguinal superficial y solo profunda si se corrobora enfermedad ganglionar⁷.

A lo largo de la historia del INCan se puede observar que los tratamientos entre 2002 y 2006 fueron más radicales, realizando linfadenectomía inguinal superficial y profunda sin importar ni la localización ni el tamaño del tumor, ni si existía o no la presencia de enfermedad ganglionar, por lo que la cirugía más realizada fue la hemivulvectomía (54%) sin mostrar diferencia significativa al compararlo con la cirugía más conservadora.

En la revisión del grupo Cochrane 2011, se demuestra que las escisiones locales amplias son tratamiento suficiente con el mismo periodo libre de recurrencia, siempre y cuando los márgenes sean negativos¹⁹.

La técnica de GC utilizada en el instituto fue combinada usando tecnecio 99 + azul patente en el 100% de las pacientes, obteniéndose 1 falso positivo y 1 falso negativo. A pesar del número de pacientes se calculó la sensibilidad y especificidad de esta prueba encontrando: sensibilidad del 50%, especificidad del 75%, VPP del 50% y VPN del 75%.

El estudio GOG 173 (GROINSS V) comparó GC (doble técnica) vs. linfadenectomía inguino-femoral, la tasa de detección del GC con ambas técnicas por separado fue cercana al 88%, 5% de falsos negativos; pero si se usan ambas técnicas el porcentaje de detección se incrementa a un 96.2%²⁰.

La importancia de conocer el estatus ganglionar fue demostrada en 1995 por Burger, et al., quienes demostraron en pacientes con T1-T2, la presencia de GL (+) y una recurrencia temprana del 29.4%, mientras que con ganglios negativos la recurrencia fue de tan solo el 5%²². De igual forma la supervivencia disminuye de un 70 a un 25% en un periodo de 120 meses con el hecho de tener ganglios positivos. Lo mismo se demostró en el presente trabajo, donde pacientes con GL (+) mostraron mayor mortalidad por cáncer que aquellas pacientes con ganglios negativos.

La evolución en la cirugía está relacionada con la disminución de la morbilidad sin perder de vista el contexto del control oncológico. En el presente estudio el porcentaje de complicaciones fue del 40.7% en la región inguinal y 48.1% en la región vulvar, siendo la más común la dehiscencia.

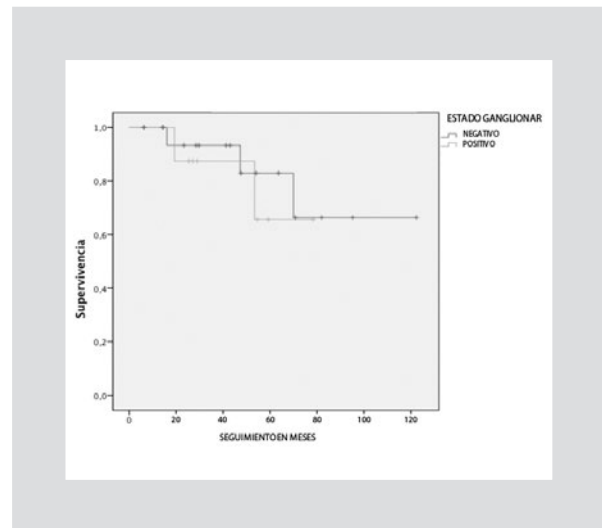


Figura 3. Supervivencia de acuerdo al estatus ganglionar.

En nuestra población el 52% recibió tratamiento adyuvante, la mayoría QT con RT a pelvis total, con una dosis para RT similar a lo que establece la literatura (promedio de 46.9 Gy), además se utilizó el platino como primera línea junto con 5-fluorouracilo como terapia en una paciente.

Durante el seguimiento, 6 pacientes recurrieron: 2 a distancia, 2 de manera local y 2 regionalmente, en quienes se otorgó tratamiento combinado. Una revisión de 55 pacientes con cáncer de vulva etapa clínica avanzada se demostró que a 96 meses la recurrencia principal fue a distancia, posterior la regional y por último la locorregional. La recurrencia fue un factor que disminuyó la supervivencia global al compararla con las pacientes que no presentaron recurrencia²¹.

En estadios tempranos I y II, la supervivencia a 5 años es de aproximadamente el 90%, en un estudio realizado de 1980 a 2004 en 373 pacientes con edad promedio de 63 años, 76.6% epidermoides, 31.11 y 19.84% en estadio II y I, respectivamente, la supervivencia a 5 años fue del 65%⁹, la supervivencia obtenida en nuestro análisis de manera global fue cercana al 63%, teniendo en cuenta que las pacientes incluidas en el estudio eran en su mayoría mayores de 70 años (Fig. 4).

El cáncer vulvar es una entidad que puede presentar dificultades diagnósticas, sobre todo por la sintomatología que inicialmente se presenta (prurito), lo que hace que las pacientes sean vigiladas por largos periodos de tiempo sin un diagnóstico definitivo, sin embargo, ante la sospecha de neoplasia el abordaje es relativamente sencillo mediante la biopsia guiada por colposcopia o visión directa.

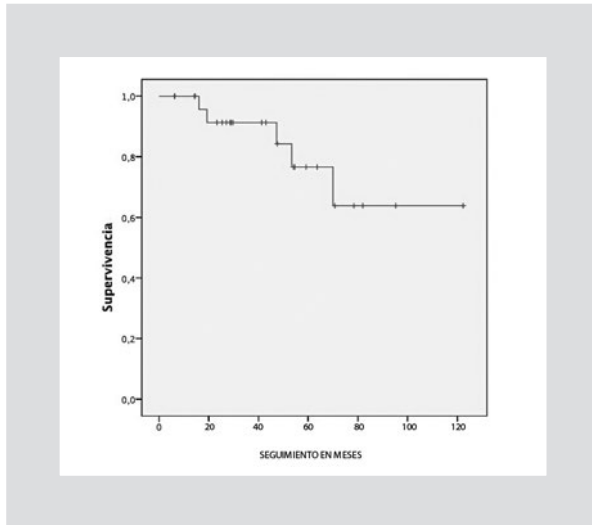


Figura 4. Supervivencia global.

Debido a su baja frecuencia a nivel mundial, el manejo aún no se logra unificar sobre todo en las etapas tempranas. De acuerdo con nuestros resultados podemos determinar que se debe proponer un tratamiento individualizado, con un margen mayor a 8 mm microscópico para el control local, con probabilidad de recurrencia de hasta 0%. La estadificación debe ser quirúrgica y completa. La técnica del GC es una opción adecuada para la estadificación ganglionar con alta sensibilidad, especificidad y VPN si se usa una técnica combinada, el abordaje bilateral de la ingle incluye lesiones centrales o presencia de ganglios positivos unilateral, realizar la disección pélvica no ofrece ventaja en supervivencia global ni en periodo libre de enfermedad, el porcentaje de complicaciones es elevado y está relacionado con la técnica quirúrgica o con la educación de las pacientes en el cuidado postoperatorio en casa.

Por otro lado, la recurrencia en nuestro estudio fue principalmente a distancia, por lo que se deben solicitar estudios de imagen al existir sospecha. El tratamiento adyuvante debe proponerse a pacientes con ganglios positivos principalmente, márgenes cercanos o positivos no ampliables y en tamaño tumoral mayor de 4 cm.

Se puede observar a lo largo del tiempo que la radicalidad en el procedimiento no precisamente mejora la supervivencia en estas pacientes, tendiéndose en la actualidad a ser procedimientos menos radicales con similares resultados en cuanto a recurrencia local como a distancia, sin embargo se requieren estudios

prospectivos aleatorizados que evalúen la diferencia en el manejo de estas pacientes de acuerdo con la conducta quirúrgica, ya que aún no existe un consenso o estandarización para el manejo de esta patología.

Bibliografía

1. U.S. Cancer Statistics Working Group. United States Cancer Statistics: 1999–2011 Incidence and Mortality Web-based Report. Atlanta (GA): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, and National Cancer Institute; 2014.
2. I.R.C.P. (2012) Gynecologic Cancers Portfolio Analysis: Summary of the burden of gynecologic cancers in the United States and investments in research by the National Center Institute and members of the International Cancer Research Partnership. Recuperado el 21/11/14, de IRCP Partnership sitio web: https://www.icrpartnership.org/Publications/ICRP_GYN_analysis.pdf.
3. Oncología Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Cáncer Escamoso Invasor de Vulva. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones S.E.G.O. 2010(3). 978-84-615-5421-8.
4. Schilder JM, Stehman FB. Invasive Cancer of the Vulva. En: Clinical Gynecologic Oncology. DiSaia P, Creasman WT. (editores). 8a ed. Philadelphia, EUA: Saunders, Elsevier Inc.; 2012. p. 220-44.
5. Rodríguez C, González E, Guerra A.I. Cáncer de vulva. Más Dermatología. 2008;4:5-13.
6. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil Epidemiológico de los Tumores en México. 2011. ISBN 978-607-460-236-4.
7. DeSimone CP, Van Ness JS, Cooper AL, et al. The treatment of lateral T1 and T2 squamous cell carcinomas of the vulva confined to the labium majus or minus. Gynecol Oncol. 2007;104(2):390-5.
8. Bromfield ME, Gibson TN, Hanchard B, Waugh N, McNaughton D. A Thirty-year Review of Vulvar Cancer in Jamaica, 1978 to 2007. West Indian Med J. 2014;2:138-41.
9. Bosque OJ, Delgado R, Montero JF, Esperón RP, Silveira JM, Aguilar FO. Cáncer de la vulva: cuadro clínico, histopatología y supervivencia (1980 a 2004). Rev. Cubana Cir. 2008;47:4.
10. Maggion T, Landoni F, Sartori E, et al. Patterns of recurrence in patients with squamous cell carcinoma of the vulva. A multicenter CTF study. Cancer. 2000;89:116.
11. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. Int J Gynecol and Obstet. 2009;105:103-4.
12. Martínez-Palones JM, Pérez-Benavente MA, Gil-Moreno A, et al. Comparison of recurrence after vulvectomy and lymphadenectomy with or without sentinel node biopsy in early stage vulvar cancer. Gynecol Oncol. 2006;103:865-70.
13. Messing MJ, Gallup DG. Carcinoma of the vulva in young women. Obstet Gynecol. 1995;1:51-4.
14. Heaps JM, Fu YS, Montz FJ, Hacker NF, Berek JS. Surgical-pathologic variables predictive of local recurrence in squamous cell carcinoma of the vulva. Gynecol Oncol. 1990;3:309-14.
15. Oonk MH, van der Zee AG. Application of sentinel nodes in gynaecological cancer therapy. EJC Suppl. 2013;11:287-8.
16. Barton DP, Berman C, Cavanagh D, et al. Lymphoscintigraphy in vulvar cancer: a pilot study. Gynecol Oncol. 1992;3:341-4.
17. Woelber L, Trillsch F, Kock L, et al. Management of patients with vulvar cancer: a perspective review according to tumour stage. Ther Adv Med Oncol. 2013;3:183-92.
18. Molero J, Hernández-Aguado JJ, Laila JM. Carcinoma de la vulva. En: Fundamentos de Ginecología, Bajo Arenas JM, Laila Vicens JM, Xercavins Montosa J. (editores). 1a ed. Madrid, España: Panamericana Inc.; 2009. p. 347-63.
19. Farias-Eisner R, Cirisano FD, Grouse D, et al. Conservative and individualized surgery for early squamous carcinoma of the vulva: the treatment of choice for stage I and II (T1-2N0-1M0) disease. Gynecol Oncol. 1994;1:55-8.
20. van der Zee AG, Oonk MH, De Hullu JA, et al. Sentinel node dissection is safe in the treatment of early-stage vulvar cancer. J Clin Oncol. 2008;6:884-9.
21. Bellati F, Angioli R, Mancini N, et al. Single agent cisplatin chemotherapy in surgically resected vulvar cancer patients with multiple inguinal lymph node metastases. Gynecol Oncol. 2005;96:227-31.
22. Burger MP, Hollema H, Emanuels AG, Krans M, Pras E, Bouma J. The importance of the groin node status for the survival of T1 and T2 vulvar carcinoma patients. Gynecol Oncol. 1995;3:327-34.