



Artículo original/Original article/Artigo original

Epidemiología y adherencia al tratamiento de cáncer de vulva en el occidente de México

Epidemiology and adherence to vulvar cancer treatment in western Mexico

Epidemiologia e adesão ao tratamento do câncer vulvar no oeste do México

Martha Martin-Garibay^{1a}

Edith Falconi-Olán^{1b}

Saul Muñoz-Herrera^{1c}

Alfonso Cruz-Ramos^{1d}

<https://orcid.org/0000-0002-5791-612X>

Resumen

Objetivo: Describir la epidemiología, el tratamiento, los aspectos clínicos y las tasas de adherencia al tratamiento y seguimiento del cáncer de vulva en las pacientes tratadas en el Instituto Jalisciense de Cancerología (IJC) en el occidente de México. **Material y métodos:** Se revisaron expedientes clínicos de pacientes con carcinoma de vulva en cualquier estadio clínico tratadas en el IJC durante el periodo 2016-2020. Se realizó estadística descriptiva con las variables de interés. **Resultados:** Se estudiaron 53 mujeres con cáncer de vulva confirmado por estudio histopatológico. Al momento del diagnóstico, el 35,84 % reportaron un mes de evolución; el 32,07 %, 6 meses; el 18,86 %, un año, y el 13,2 %, más de un año. El tamaño tumoral en promedio fue de 3,942 cm y en seis pacientes el tamaño fue de 1 cm o menos. La etapa clínica inicial más frecuente de la FIGO, fue el estadio III con 37,73 %, seguido del estadio IB con 28,30 % y II con 18,86 %. El labio mayor izquierdo es el sitio afectado más común con el 22,64 %. El 64,15 % de las mujeres abandonó el tratamiento y el 83,05 % abandonó el seguimiento. **Conclusiones:** El carcinoma de células escamosas de la vulva es predominante en mujeres posmenopáusicas con una edad promedio de 66 años. De 53 casos en 6 años, solamente 9 continuaron en seguimiento, esto implica que la mayoría de las pacientes tendrá progresión de la enfermedad o inclusive fallecerán por esta. La mayoría de las pacientes se presentaron en etapas clínicas avanzadas al momento del diagnóstico.

Palabras clave: neoplasias de la vulva, adherencia al tratamiento, cirugía, radioterapia

Abstract

Objective: To describe the epidemiology, treatment, clinical aspects, and rates of adherence to treatment and follow-up of vulvar cancer in patients treated at the Instituto Jalisciense de Cancerología (IJC) in western Mexico **Material y methods:** Clinical records of patients with vulvar carcinoma at

¹ Instituto Jalisciense de Cancerología. Guadalajara, México

^a Médica especialista en cirugía oncológica

^b Licenciado químico farmacéutico biotecnólogo

^c Licenciado químico farmacéutico biólogo

^d Doctor en genética humana





any clinical stage treated at the IJC during the 2016-2020 period were reviewed. Descriptive statistics were performed with the variables of interest. **Results:** 53 women with vulvar cancer confirmed by the histopathological study, were studied. At the time of diagnosis, 35.84% reported a month of evolution; 32.07%, 6 months; 18.86%, one year, and 13.2%, over one year. The tumor size on average was 3,942 cm, and in six patients the size was 1 cm or less. The most frequent initial clinical stage of FIGO was stage III with 37.73%, followed by stage IB with 28.30%, and II with 18.86%. The left labia major is the most commonly affected site, with 22.64%. 64.15% of the women abandoned treatment and 83.05% abandoned follow-up. **Conclusions:** Squamous cell carcinoma of the vulva is predominant in postmenopausal women with an average age of 66 years. Of 53 cases in 6 years, only 9 continued in follow-up, this implies that most of the patients will have disease progression or even die from it. Most of the patients presented in advanced clinical stages at the time of diagnosis.

Keywords: vulvar neoplasms, adherence to treatment, surgery, radiotherapy

Resumo

Objetivo: Descrever a epidemiologia, tratamento, aspectos clínicos e taxas de adesão ao tratamento e acompanhamento do câncer de vulva em pacientes atendidas no Instituto de Cancerologia de Jalisco (IJC) no oeste do México. **Material e métodos:** Foram revisados os prontuários de pacientes com carcinoma vulvar em qualquer estágio clínico atendidos no IJC durante o período 2016-2020. Estatísticas descritivas foram realizadas com as variáveis de interesse. **Resultados:** Foram estudadas 53 mulheres com câncer vulvar confirmado por estudo histopatológico. No momento do diagnóstico, 35,84% relataram um mês de evolução; 32,07%, 6 meses; 18,86%, um ano, e 13,2%, mais de um ano. O tamanho do tumor em média foi de 3.942 cm e em seis pacientes o tamanho foi de 1 cm ou menos. O estágio clínico inicial da FIGO mais frequente foi o estágio III com 37,73%, seguido do estágio IB com 28,30% e II com 18,86%. O lábio maior esquerdo é o local mais acometido com 22,64%. 64,15% das mulheres abandonaram o tratamento e 83,05% abandonaram o seguimento. **Conclusões:** O carcinoma espinocelular da vulva é predominante em mulheres na pós-menopausa com idade média de 66 anos. Dos 53 casos em 6 anos, apenas 9 continuaram em acompanhamento, isso implica que a maioria dos pacientes terá progressão da doença ou até mesmo morrerá dela. A maioria dos pacientes apresentava-se em estádios clínicos avançados no momento do diagnóstico.

Palavras-chave: neoplasias vulvares, adesão ao tratamento, cirurgia, radioterapia

Introducción

El cáncer de vulva representa del 3 al 5% de todos los cánceres ginecológicos en el mundo. Esto lo coloca en el cuarto lugar entre las neoplasias malignas ginecológicas detrás del cáncer de útero, ovarios y cuello uterino.¹ La mayoría de los carcinomas escamosos ocurren en los labios mayores, pero los labios menores, el clítoris y el perineo también pueden ser sitios primarios.

El cáncer de vulva se puede clasificar en dos tipos de enfermedades separadas: el primer tipo implica

una infección por el virus del papiloma humano (VPH), que es causante de la neoplasia intraepitelial vulvar (VIN), un factor predisponente para el cáncer de vulva, en este panorama tener conocimiento del subtipo histológico del cáncer de vulva nos permite estimar la etiología del cáncer relacionado con el VPH. Se estima que el 80% de las mujeres no tratadas que padecen VIN III desarrollan cáncer de vulva invasivo, este tipo de cáncer de vulva es común que ocurra en pacientes más jóvenes (35 a 65 años).^{1,2}

El segundo tipo de cáncer de vulva incluye los trastornos epiteliales no neoplásicos de la vulva



(VNED) y la edad avanzada que conducen a la atipia celular y, finalmente, al cáncer. Los pacientes de edad avanzada (55-85 años), en particular, muestran una baja tasa de infecciones por VPH y, en consecuencia, rara vez se asocian con neoplasia cervical.³

El síntoma más común descrito de cáncer de vulva es el prurito, con síntomas de menor frecuencia: sangrado vulvar, disuria, secreción y dolor. La manifestación más obvia del cáncer de vulva es un bulto o masa vulvar, que puede presentarse ulcerada, leucoplásica, carnosa o verrugosa.^{4,5}

La evaluación de las pacientes con cáncer de vulva debe determinar la extensión de la enfermedad, las comorbilidades y anticipar el plan de tratamiento.⁶ La valoración inicial incluye examen físico, medir dimensiones del tumor primario y determinar la extensión a mucosa, hueso o estructuras adyacentes, además de identificar la posibilidad de invasión ganglionar inguinal.

El riesgo de metástasis regional y el pronóstico de sobrevida posterior al tratamiento se relacionan con el número de hallazgos clínicos y patológicos. El diámetro del tumor es fuertemente predictivo del resultado. Otros factores que tienden a relacionarse y, de manera individual son predictivos de diseminación ganglionar, incluyen la profundidad de invasión y la presencia o ausencia de invasión linfovascular. Más del 75 % de las pacientes con invasión linfovascular presentan metástasis ganglionar.⁷⁻⁸

Los avances de la ciencia y la tecnología han beneficiado al manejo de estos tumores, existiendo ahora distintas opciones que disminuyen la morbilidad de los tratamientos. Sin embargo, la cirugía sigue siendo la opción curativa principal, aunque a veces el tratamiento se ve limitado, puesto que las resecciones vulvares y el desarrollo de la técnica del ganglio centinela han supuesto una menor morbilidad quirúrgica y secuelas sin aumentar el riesgo de recidiva.⁹ El tratamiento radioterapéutico es utilizado en conjunto de la cirugía, esto si existe presencia de factores de riesgo de recurrencia, o en caso de sustitución de la cirugía, cuando este tratamiento no

es posible o es demasiado agresivo. La morbilidad de la radioterapia ha disminuido en gran medida y la asociación con la quimioterapia probablemente conduce a una mayor eficacia. El tratamiento puede ser duradero y tener un gran impacto en la calidad de vida.¹⁰

Material y métodos

Se evaluaron los expedientes de todas las pacientes con carcinoma epidermoide de vulva en cualquier estadio clínico, tratadas en el Instituto Jalisciense de Cancerología, en el periodo comprendido entre el 2016 y el 2020.

Criterios de inclusión

Pacientes con cáncer de vulva atendidas en el Instituto Jalisciense de Cancerología en el periodo comprendido entre el 2016 y el 2020, ya sea con cirugía, radioterapia o ambas.

Pacientes mayores de 18 años con neoplasia vulvar.

Pacientes con tumor en vulva corroborado con estudio histopatológico de carcinoma epidermoide.

Criterios de exclusión

Pacientes menores de 18 años.

Expedientes perdidos.

Análisis

Se utilizó estadística descriptiva y gráficos de barras y sectores con el programa Graphpad y Excel.

Resultados

Se encontró un total de 53 pacientes que acudieron con una lesión tumoral en vulva, confirmada con un estudio histopatológico de carcinoma epidermoide, siendo el rango de edad desde los 27 a los 90 años, con una media de 66 años y estado civil casadas (41,51 %), viudas (32,08 %), solteras (24,53 %) y divorciadas (1,89 %).

En el número de parejas sexuales, 5 mujeres (9,45 %) mencionaron no haber tenido ninguna pareja sexual, 1 y 2 parejas sexuales el 64,15 % y el 15,04 %, respectivamente. Del total, 6 reportaron

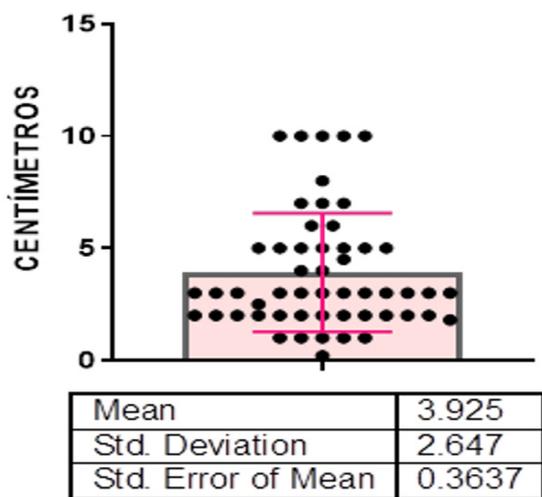


más de 2 parejas al momento del interrogatorio.

El 35,84 % (19 pacientes) reportaron un mes aproximado de evolución; el 32,07 % (17 mujeres), 6 meses; el 18,86 %, un año, y el 13,2 %, más de 1 año de evolución. Cabe destacar que 1 de ellas expresó más de 10 años de evolución.

El tamaño tumoral al momento del diagnóstico en promedio fue de 3,942 cm, 6 pacientes (11,32 %) con tamaño de 1 cm o menos. Trece (24,52 %) presentaron lesiones de 2 cm. El 43,39 % (23 mujeres) corresponde a tumores de 2-5 cm de diámetro. Once de ellas (20,75 %) se reportan mayores de 5 cm (figura 1).

Figura 1
Promedio del tamaño del tumor



En la exploración clínica, en el 43,39 % se observaron tumores entre 2 y 5 cm de diámetro y el 37,73 % se clasificó clínicamente como estadio III, lo que evoca a una evolución mayor.

La etapa clínica inicial más frecuente de la FIGO fue el estadio III con 37,73 %, seguido del estadio IB con 28,30 % y II con 18,86 %. El menor número de pacientes se agruparon en estadios IA, IV y IVB con 9,43 %, 3,77 % y 1,88 %, respectivamente (figura 2 y 3).

Figura 2
Etapa clínica inicial

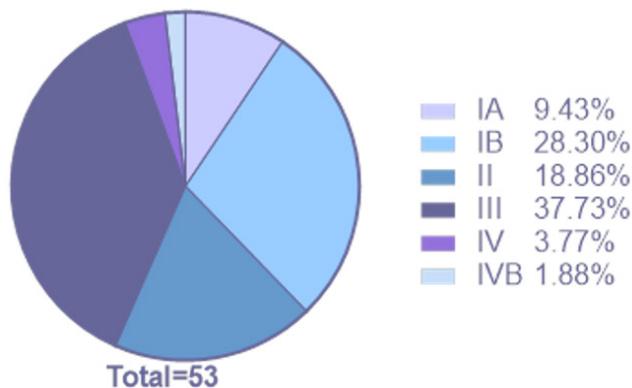
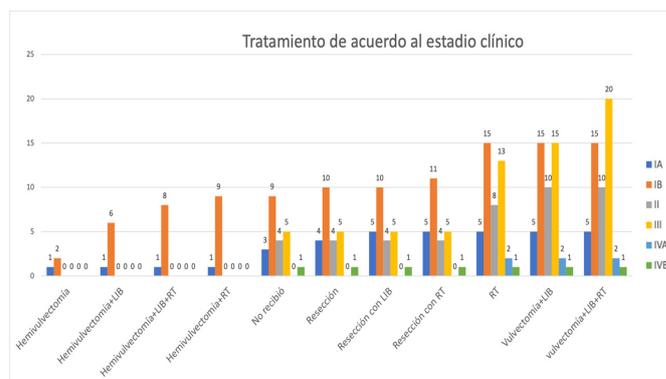
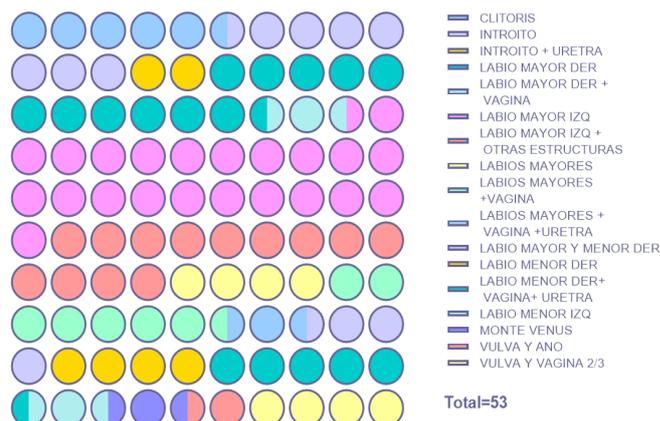


Figura 3
Información detallada de los pacientes de acuerdo con su estadio clínico



Dentro de la localización del tumor primario se encontró que el labio mayor izquierdo es el sitio más común con el 22,64 %; asimismo, se encontró que 7 mujeres (13,20 %) presentaron una lesión tanto en el labio mayor izquierdo, extendido a otras estructuras como en tercio inferior de la vagina, clítoris y uretra (figura 4).

Figura 4
Localización de lesión tumoral





La población estudiada disminuyó, ya que, de 53 casos de patología maligna de la vulva en 6 años, solamente se pudieron evaluar los resultados de 9 pacientes que aún continuaban en seguimiento. El resto abandonó el tratamiento y la vigilancia, por lo que fue imposible obtener datos como persistencia, progresión, recurrencia o sobrevida, que sean significativos para valorar si el abordaje y el manejo a estas pacientes ha sido el adecuado (figura 5 y 6).

Figura 5

Porcentaje de abandono al tratamiento

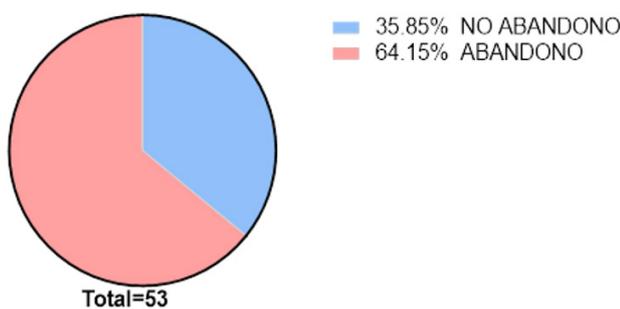
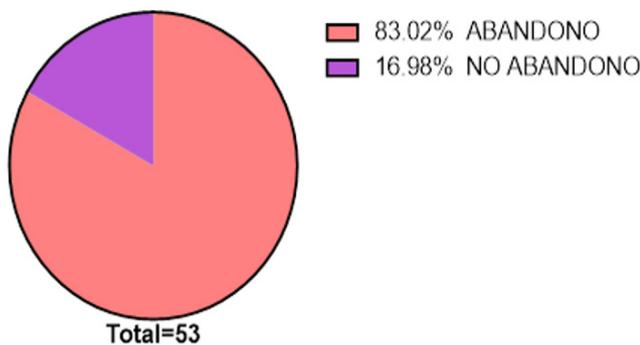


Figura 6

Porcentaje de abandono al seguimiento



Discusión

La edad promedio fue similar a lo reportado en la literatura, todas las pacientes reclutadas presentaron tumores de estirpe epidermoide. La mayoría de las mujeres eran casadas (41,51 %).

La mayoría de las mujeres tuvieron solamente 1 o 2 parejas sexuales, ya que el carcinoma epidermoide de vulva está asociado con el virus del papiloma humano (VPH), es posible que la transmisión haya sido de parte de su pareja, sobre todo en las mujeres jóvenes, ya que el cáncer de vulva se asocia a VPH en un 28,6 %.

En cuanto al tiempo de evolución de la sintomatología al diagnóstico, cabe mencionar que es común el retraso en el diagnóstico en las neoplasias de vulva, Muigai y colaboradores reportaron un periodo de 186 hasta 328 días en pacientes de Alemania, Francia y Grecia.¹¹ Nuestra población presentó un retraso en el diagnóstico de más de un año en el 13,2 %, lo que indica que el acceso a los servicios de salud en el estado Jalisco es deficiente y es probable que se deba a factores tanto culturales como de infraestructura de los servicios de salud.

Este retraso del diagnóstico se refleja en el promedio del tamaño del tumor (3,942 cm), solamente el 11,32 % presentó tumores menores a 1 cm y el 20,75 % fueron mayores a 5 cm. Lo cual implica que la mayoría de las pacientes se presentan con tumores voluminosos de larga evolución. A diferencia de lo reportado en países europeos,¹¹ los cuales han reportado etapa I (35 %), II (37 %), III (15 %) y IV (7 %); en nuestra muestra de pacientes con cáncer de vulva, el 37,73 % se clasificó en estadio III, lo cual es consecuencia de una evolución de mayor tiempo en las mujeres con cáncer de vulva de Jalisco que en Europa.

De los 53 casos estudiados, solamente 9 mujeres (16,98 %) continuaron su seguimiento médico; además, abandonaron el tratamiento el 64,15 %. Esta pobre adherencia se ha reportado previamente en la literatura, Kumar y colaboradores, quienes reportaron que la pobre adherencia al tratamiento y el abandono del seguimiento se podría deber a que la mayoría de las pacientes con cáncer de vulva pertenecen a un estrato socioeconómico bajo o modesto, tienen escolaridad baja y existe negligencia en ellas.¹²

Es de gran importancia fomentar la adherencia al tratamiento y el seguimiento, así como el diagnóstico temprano a través de programas educativos y medicina comunitaria innovadora, sobre todo en instituciones públicas y de concentración como es el Instituto Jalisciense de Cancerología.

Se declara que no hay conflictos de interés.





Referencias

- Merlo S. Modern Treatment of Vulvar Cancer. *Radiology and Oncology* [Internet]. 2020 Sep 22 [cited 2022 Jun 7]; 54(4):371. Available from: /pmc/articles/PMC7585347/
- Alkatout I, Schubert M, Garbrecht N, Weigel MT, Jonat W, Mundhenke C, et al. Vulvar cancer: epidemiology, clinical presentation, and management options. *International Journal of Women's Health* [Internet]. 2015 Mar 20 [cited 2022 Jun 7]; 7:305. Available from: /pmc/articles/PMC4374790/
- Siegel DA, Wilson R, Wilkinson EJ, Gargano JW, Watson M, Hernandez BY, et al. Evaluation of the Vulvar Cancer Histology Code Reported by Central Cancer Registries: Importance in Epidemiology. *Arch Pathol Lab Med* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2022 Jun 12]; 141(1):139-43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Urgencias en ginecología oncológica [Internet]. [cited 2022 Jun 12]. Available from: <https://scielo.isciii.es>
- Hunter DJS. Carcinoma of the vulva: a review of 361 patients. *Gynecol Oncol* [Internet]. 1975 [cited 2022 Jun 7]; 3(2):117-23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1183864/>
- IMSS. Diagnóstico y tratamiento de cáncer de vagina en el segundo y tercer nivel de atención.
- Boyce J, Fruchter RG, Kasambilides E, Nicastri AD, Sedlis A, Remy JC. Prognostic factors in carcinoma of the vulva. *Gynecologic Oncology*. 1985 Mar 1;20(3):364-77.
- Binder SW, Huang I, Fu YS, Hacker NF, Berek JS. Risk factors for the development of lymph node metastasis in vulvar squamous cell carcinoma. *Gynecol Oncol* [Internet]. 1990 [cited 2022 Jun 8]; 37(1):9-16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1691127/>
- Gallegos Hernández José Francisco. Cáncer de vulva. Neoplasia poco frecuente con tratamiento evolutivo, recomendaciones para su abordaje diagnóstico-terapéutico en etapas iniciales [Internet]. 2019 [cited 2022 Jun 13]. Available from: <http://www.scielo.org.mx>
- Mathevet P. Approches thérapeutiques actuelles dans les cancers vulvaires. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2012 Oct 1; 41(6):519-25.
- Muigai J, Jacob L, Dinas K, Kostev K, Kalder M. Potential delay in the diagnosis of vulvar cancer and associated risk factors in women treated in German gynecological practices. *Oncotarget* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 15]; 9(9):8725-30. Available from: www.impactjournals.com/oncotarget
- Kumar N, Ray D, Sharma DN, Pandey R, Lata K, Mishra A, et al. Vulvar cancer: surgical management and survival trends in a low resource setting. [cited 2022 Jun 15]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s43046-019-0015-y>

Correspondencia:

jalfonso.cruz@academicos.udg.mx

Fecha de recepción: 10/01/2022

Fecha de aceptación: 31/03/2022
