

CANCER DE VULVA

Preguntas y discusión

Dr. CARRANZA (Argentina).— Deseo felicitar a las autoridades del Congreso por la elección de este importante tema.

El Dr. Rodríguez López se ha adelantado a lo que yo pensaba decir, y es, hacer recalar en este momento todo lo que ha hecho Stajano con ideas personales en el esclarecimiento de este problema. El cáncer de vulva, aunque de relativa frecuencia, llega hasta un cuatro por ciento de las localizaciones neoplásicas genitales.

Conozco los trabajos de Stajano de 1919, su libro titulado "Tromfismo y Cáncer", y sus múltiples contribuciones. Todo esto sintetizado en una magnífica comunicación el año pasado en la Sociedad de Cirugía.

Por eso los argentinos nos asociamos a este homenaje, y con él, el refrán "Nadie es profeta en su tierra" se invierte, pues el Dr. Stajano ha sido un profeta en su tierra.

El Dr. Crottogini me ha pasado una pregunta, y la voy a contestar basado en mi experiencia. Ya en 1928, escribimos en colaboración una monografía sobre leucoplasia y cáncer de la vulva. Este trabajo se basaba en 37 casos, todos certificados histológicamente por el Prof. Rosso. Ese trabajo fue comentado en la Sociedad de Cancerología Belga, en la época que el cáncer de la vulva se trataba casi exclusivamente por radio.

Nosotros abogábamos por el tratamiento quirúrgico. Obteníamos el porcentaje de 16,7 % de curaciones en cinco años; en esa época operábamos en un tiempo.

En aquel trabajo se hizo notar, sobre todo, la importancia de la lesión precancerosa, la leucoplasia, y ya proponíamos el tratamiento profiláctico por la vulvectomía.

Después, con motivo de unas Jornadas Rioplatenses de Ginecología, yo hice un trabajo basado en 120 casos observados en el Instituto, algunos en mi Departamento, y basados en la experiencia de que la recidiva nunca se hacía en el tejido intermedio sino en la lesión inicial o en los ganglios regionales, nosotros en esa época efectuábamos la operación en dos tiempos.

Debo decir que también bajo el influjo de las enseñanzas de mi maestro Kaiser, empezamos a tratar tanto la lesión inicial como la regional por electrocirugía, pero fue Werber, de Estocolmo, que en un medio completamente radioterápico, hizo las primeras electrocoagulaciones con corriente bipolar.

Las lesiones son generalmente en enfermas de mucha edad; primero hacemos la vulvectomía, a la demanda de la lesión: amplia del lado de la lesión y menos extensa de la parte opuesta.

Es muy raro que el cáncer invada la vagina. Solamente en aquellas lesiones localizadas alrededor de la uretra, en cuyo caso, preferimos el tratamiento radioterápico.

Estoy de acuerdo con el Dr. Leborgne en que la radioterapia tiene algunas indicaciones inobjetables, que son éstas, que invaden la uretra, donde la cirugía es muy mutilante, y tiene secuelas importantes que con la radioterapia no se observan, y las lesiones situadas en la horquilla. En esta situación también la radioterapia debe ser preferida.

En las otras, en las epidérmicas, en las clitorídeas y en las lesiones que se sitúan en las glándulas de Bartolino, el tratamiento debe ser quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico tiene la ventaja de permitir operar en dos tiempos, porque así se independiza esa región tan fácil a la infección que es fuente de secuelas: cuando la lesión está cicatrizada, hacemos el vaciamiento ganglionar.

En el vaciamiento ganglionar, usamos una incisión vertical, que da amplísima exposición.

El sitio de preferencia de las adenopatías inguinales superficiales y profundas está al nivel del cayado de la safena y en sus alrededores. Se encuentra algún ganglio sobre la espina iliaca o sobre el pubis.

En la parte superior, incontestablemente, hay una sola manera de actuar. Yo antes agrandaba el orificio crural y trataba de sacar el tejido celular pelviano, pero eso es insuficiente. La única manera es cortar el arco de Gimbernat para tener un acceso amplio.

En estos últimos tiempos hay una táctica quirúrgica que me ha parecido muy aceptable, pero que no he tenido ocasión de practicarla, que es la desinserción de la areada crural de la espina iliaca.

Con respecto a lo que ha hablado el Dr. Stajano, de las secuelas en los vaciamientos ganglionares, creo que la electrocirugía favorece enormemente, porque cierra los capilares, los linfáticos y los pequeños vasos; de este modo los hematomas no se producen con tanta frecuencia.

Hay otro problema: ¿qué se hace con esas adenopatías que llegan tarde, que están pegadas, que están supuradas, y que muchas veces son fuente de continuas hemorragias?

En esos casos nosotros también empleamos la electrocirugía, la electrocoagulación con el mango bipolar. El mango bipolar, al coagular los tejidos, hace que muchas veces, esos ganglios que parecían completamente inextirpables, al coerse se retraen, y es posible —aunque no siempre— hacer una extirpación satisfactoria.

Cuando uno no está satisfecho, debe hacer una plástica, solucionando el problema. Tenemos por lo tanto recursos para detener estas hemorragias que a veces son graves y pueden matar al enfermo.

Para terminar, debo manifestar que en principio estoy de acuerdo con todo lo que se ha dicho.

Estoy muy conforme con las operaciones a dos tiempos.

Con las operaciones en equipos dobles la técnica se simplifica, ya que la vulvectomía llevará una hora y el vaciamiento ganglionar una hora y media. Hay que recordar que en general son enfermas de más de 60 años. Una vez tuve en el Servicio dos enfermas que tenían más de 90 años. En esas enfermas ninguna de esas operaciones es posible, pero hay que aliviarlas; se les hizo electrocoagulación, hasta tejido sano, y las enfermas pudieron ser dadas de alta.

De manera que este es un procedimiento que ustedes, que están en la enseñanza, deben vulgarizarlo, porque es fácil y simple. Conviene entrenarse, antes de hacerlo en el vivo, con un trozo de carne. Es decir que el cirujano debe conocer su aparato, y tener aparatos de potencia, aparatos que no carbonifiquen, sino que electrocoagulen.

De manera que no soy partidario ni creo necesarios los dos equipos. Es una complicación; los movimientos muy a menudo no se sincronizan y creo que se demora más tiempo.

Para finalizar, agradezco que se me haya dado la oportunidad de decir mi experiencia basado en el trabajo de muchos años, en el correr de los cuales he observado más de dos centenares de cánceres de vulva.

Dr. ACHARD.— He escuchado al Dr. Carranza, que tiene amplísima experiencia en el tema, y le quisiera plantear la pregunta del tratamiento del cáncer avanzado de vulva. El ya nos dio las normas que yo le he visto seguir cuando dirigía el Instituto del Cáncer en Buenos Aires, sobre la electrocoagulación en masa, y luego, si se puede —no sé si él lo hace sistemáticamente o cuando es posible—, en un segundo tiempo, la extirpación del paquete ganglionar.

Yo le he visto hacer eso a Carranza y los resultados son realmente extraordinarios. Cuando uno ve esos casos de cáncer avanzado, parece mentira que se pueda hacer algo útil en esas enfermas. Sin embargo, se puede, y yo le he visto hacer a él, primero, la electrocoagulación en masa; y después, con un cuchillo ancho, ir tomando las lonjas del tejido ya electrocoagulado, con muy poca hemorragia, y llegar a la extirpación total de esas vulvas que parecían inoperables, y frente a las cuales uno piensa que realmente no se puede hacer otra cosa.

Esa era la consideración que quería hacer, aunque ya el Dr. Carranza se adelantó e hizo el comentario de su amplísima experiencia en el tema.

En segundo lugar, creo que el electrobisturí es utilísimo en la extirpación de la vulva. Ahora, en lo que se refiere a hacer toda la operación también con el bisturí eléctrico, quisiera preguntarle al Dr. Carranza si él no cree que la cicatrización de los colgajos altos, si se hace todo con electrobisturí, a veces presente dificultades, y si no es mejor en esos casos hacer la extirpación con electrobisturí solamente de la vulva, y hacer con el bisturí común todo lo demás, lo que se refiere a la linfadenectomía del triángulo de Scarpa y de

todo el tejido celuloanglionar que rodea a los grandes vasos, por la dificultad que existe, evidentemente, de la cicatrización de los colgajos altos cuando se utiliza solamente el electrobisturí.

En tercer lugar, quisiera preguntar a los colegas que han hecho uso de la palabra: cuando uno hace esas amplias incisiones, ¿qué porcentaje de necrosis de los colgajos han tenido? Porque evidentemente ese es el otro gran problema que tenemos en la cirugía ampliada de la vulva.

Dr. CARRANZA.—Creo que ya he manifestado que la operación se debe hacer totalmente con el bisturí eléctrico. Por eso he dicho que es necesario que el cirujano haga su aprendizaje y que tenga un aparato muy eficiente. Se habla de electrocoagulación, pero hay otros cortes. La electrotomía es tan simple como el corte del bisturí común, y las heridas prenden exactamente igual, con la única diferencia de que hay que dejar los puntos unos días.

A veces las fallas no son culpa del procedimiento. He tenido ocasión de ver una vez en Buenos Aires, un cáncer de mama, al que Bosch Arana, que era un técnico perfecto, hizo una amputación de mama y la herida se abrió. Y al lado, yo operaba una enferma de una recidiva amplia, que tuve que resear hasta el recto anterior, y la herida no se abrió.

De manera que muchas veces las fallas son motivadas por causas personales y circunstanciales, y no por el procedimiento. El que haga electrocirugía no debe comprarse un aparato e ir a operar a un enfermo al día siguiente. Primero necesita conocer bien el procedimiento y sus distintos cortes: la electrotomía, la electrocoagulación, la coagulotomía y la amplia coagulación.

Cuando hay esos edemas, siempre pienso que el vaciamiento ha sido incompleto, que ha quedado algún ganglio, y que en esos casos no hay que operar.

En cuanto a necrosis, nosotros la hemos tenido, sí. Hemos tenido desprendimientos de una herida que ha curado por segunda, pero nunca una gran necrosis. Ya manifesté que hay que tener cuidado en la parte central, donde está el asiento del ganglio, y hay que hacer un colgajo fino; en las partes laterales se puede hacer un colgajo con tejido celular, que va a proteger la vitalidad de la paciente.

CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. EDUARDO SCHAFFNER (Coordinador). Para clausurar esta sesión, trataré de resumir lo que aquí se ha dicho respecto al cáncer vulvar y su tratamiento. Tengo la seguridad de que todos los colegas que han hecho uso de la palabra están de acuerdo en que para el cáncer de la vulva el tratamiento quirúrgico es el indicado. En ese aspecto tengo la seguridad de que es así.

Voy a referirme brevemente a los resultados que hemos tenido en el Instituto de Radiología del Hospital Pereyra Rosell en cuanto al tratamiento del cáncer vulvar en los últimos años. Me voy a limitar en la estadística exclusivamente a los casos curados, es decir, a los que tienen más de cinco años de tratados.

SEGUNDA ESTADÍSTICA DEL INSTITUTO DE RADIOLOGIA
Y CENTRO DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

Director: Dr. Félix Leborgne; Cirujano: Dr. Eduardo Schaffner

Resultados.— La primera estadística fue publicada en 1951 y comprendía 60 casos tratados entre los años 1924 y 1945.

En dicho trabajo se obtuvo el 23,33 % de curaciones y llegamos a la conclusión que el único tratamiento curativo del cáncer de vulva es el quirúrgico.

La actual estadística que comprende los casos tratados entre los años 1946-1953, es decir ocho años, se refiere también a 60 casos.

Cuadro estadístico:

Total de enfermas vistas	60
Total de enfermas tratadas	50
Total de enfermas curadas	19
Porcentaje de enfermas curadas	31,66 %

	Núm. de casos	Operables	Inoperables	Curadas	Fallecidas	Desaparecidas
1946	7	3	4	2	4	1
1947	12	4	8	2	7	3
1948	2	2	—	2	—	—
1949	8	5	3	4	3	1
1950	10	7	3	4	6	—
1951	4	4	—	2	1	1
1952	7	3	4	—	3	4
1953	10	7	3	3	1	6
Totales	60	35	25	19	25	16

Tratamiento de los 19 casos curados:

Cirugía sola	13
Cirugía más radio o rayos X	3
Radio solo	2
Rayos X solo	1

Enfermas menores de 60 años: 17 casos.	Curadas: 7	41,17 %
Enfermas mayores de 60 años: 43 casos.	Curadas: 12	27,91 %
Enfermas mayores de 70 años: 19 casos.	Curadas: 2	10,52 %

Enfermas operables: 35. de las que dos se descartan, una por no aceptar el tratamiento y la otra fallece por senilidad antes de operarse. Es decir que de 33 operables, curaron 10, o sea 30,30 %.

	E d a d						
	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99
Curadas	—	1	6	10	2	—	—
Fallecidas o desaparecidas	2	1	7	14	8	8	1

A pesar de que en esta estadística figuran tres casos de curación con radioterapia, consideramos que el tratamiento de elección es el quirúrgico. Este consiste en la vulvectomía total ampliada, con vaciamiento de los ganglios inguinales, superficiales y profundos; ganglios retrocraurales externos e internos y ganglios obturadores de ambos lados.

Por la evolución de nuestros casos operados estimamos que sólo por excepción deberá irse más profundamente, a buscar los ganglios ilíacos primitivos e hipogástricos.

De los 35 casos operables, hemos operado 33 y no hubo ninguna muerte operatoria.

Con radio solo, tratamos un epiteloma de meato en 1947 radiopuntura curada y en 1950 otro perimeático con cilindro de radio 8.500 R. gamma (curada). En 1949 con roentgenterapia sola se curó un neo de meato.

Destacamos nuevamente que de las 60 enfermas vistas, 43 tenían más de 60 años (71 %) lo que explica el alto porcentaje de enfermas inoperables y lo difícil que es aun en los casos tratados seguir la evolución por cinco años o más.

Para terminar, quiero agradecer a todos los congresales presentes aquí, a los que han prestado su colaboración en esta Mesa Redonda y en especial al Congreso de Cirugía que me designó coordinador en esta emergencia.