

RADIOTERAPIA DEL CANCER VULVAR

Dr FELIX LEBORGNE

Aunque la experiencia ha demostrado que la cirugía es la terapéutica de elección en el cáncer de la vulva, la radioterapia puede estar indicada en ciertas localizaciones de cáncer vulvar, y desde luego en los casos inoperables.

Se le puede diferenciar de acuerdo con cuatro localizaciones:

- 1º) Cáncer del tercio anterior, generalmente primario, del clítoris.
- 2º) Cáncer de la uretra.
- 3º) Cáncer del tercio medio, primario, del labio posterior.
- 4º) Cáncer del tercio posterior, primario, del orificio vaginal o del periné.

Salvo excepciones, el cáncer de la vulva es un cáncer epidermoide, que a pesar de ser relativamente radiosensible las estructuras donde asienta no resisten las altas dosis necesarias para la esterilización neoplásica.

La técnica consiste en la implantación de rádium o en la roentgenterapia localizada cuando la lesión es pequeña o la roentgen comprendiendo solamente la zona tumoral, cuando se trata de un tratamiento paliativo.

En el cáncer del tercio anterior se puede emplear el rádium por implante monopiano, con una dosis de 6.000 r en siete días. Esta localización puede ser tratada también por roentgenterapia radical, con un campo apropiado de la lesión, siendo la dosis adecuada de 4.500 r en cinco semanas.

En los pequeños carcinomas de meato uretral, se puede emplear la radioterapia de contacto. Con cualquiera de los métodos de irradiación deben evitarse las dosis altas pues la mucosa de esta región es sumamente sensible.

En los tumores uretrales profundos la radioterapia constituye el método de elección, y pueden tratarse indistintamente con rádiom intracavitario contenido en una sonda uretral, acompañado de un molde vaginal, o con un implante de volumen, este último de difícil realización debido a la vecindad de las estructuras óseas.

Aunque la cirugía está verdaderamente indicada en los casos precoces del cáncer del tercio medio, una alternativa es el tratamiento por implante monoplano, submucoso, con la misma dosis de 6.000 a 6.500 r en siete u ocho días.

En los tumores extendidos las dosis han de ser disminuidas, en relación.

El cáncer del tercio posterior constituye una localización en la cual la radioterapia puede tener ventajas sobre la cirugía, porque el esfínter anal dificulta una buena resección quirúrgica, existiendo el riesgo de lesionarlo.

La implantación puede efectuarse siguiendo la misma técnica empleada en los tumores profundos del tercio medio, pero ofrece ventajas técnicas al tener más espacio para permitir la inserción de agujas más largas. Lógicamente es indispensable controlar los implantes con radiografías.

Después de la aplicación de rádiom sobreviene una intensa reacción local, con el consiguiente malestar para la paciente, que dura aproximadamente tres semanas. El mejor tratamiento para este tipo de reacción es la violeta de genciana al uno por ciento, pudiendo también aplicarse apósitos de agua bicarbonatada.

La irradiación local, profiláctica, postoperatoria, no está indicada. Tampoco parece efectiva la irradiación profiláctica de las regiones inguinales correspondientes.

Las recidivas locales postoperatorias pueden tratarse por electrocoagulación o radioterapia, ya sea rayos X o implantaciones. Las recidivas posradioterápicas deben ser tratadas siempre quirúrgicamente o por electrocirugía.

Existe una alta proporción de efectos tardíos de las radiaciones, debido a la intolerancia de estos tejidos. Cuando ello ocurre la electrocoagulación es un medio eficaz para combatirlo.

Cuando toda la vulva está involucrada, el tratamiento radioterápico es solamente paliativo. Consiste en la roentgenterapia con un campo ajustado de la lesión, sin margen, o con la implantación de rádium adecuado al volumen de la misma.

Dada la extensión de las lesiones, las dosis deben ser considerablemente menores que las empleadas en los tratamientos radicales.

La estadística completa del Instituto, con resultados de más de cinco años, será presentada por el Dr. Schaffner. Pero podemos adelantar que de doce casos tratados únicamente por radiaciones, hay tres curados, de diez, siete y seis años respectivamente. Dos de ellos fueron tratados por implantación de radio y uno por roentgenterapia radical.

Nuestra experiencia total de los tratamientos de radio y roentgenterapia complementarios a la cirugía, profilácticos y paliativos, de las recidivas y metástasis, comprende 41 enfermas, de las cuales hay 8 curadas de más de cinco años.

Si bien estas cifras no son importantes, representan un porcentaje de 19,2 %. Es nuestra esperanza que los nuevos métodos de alto voltaje y de Cobalto 60, así como los electrones rápidos generados en el Betatrón, puedan mejorar el tratamiento del cáncer de la vulva por radiaciones, en virtud de la mayor tolerancia de la piel y de la ventaja considerable que representa poder administrar dosis profundas.

El resumen de nuestra experiencia con tratamientos de radio y roentgen, incluyendo los complementarios a la cirugía, profilácticos, paliativos y de las recidivas quirúrgicas, así como radioterápicas, y de las metástasis, comprende 41 casos; estando curados, 8; lo que da un porcentaje de 19,2 %. De ellos:

- Con rádium solamente, 5 casos; curados 2.
- Con roentgen radicales, 7 casos; curado 1.
- Con roentgen complementario de la cirugía, 9 casos; curados 3.
- Roentgen postvaciamiento inguinal, 1 caso: curado.

- Roentgenterapia paliativa, casos inoperables, 10 casos; ninguno curado.
- Roentgenterapia paliativa postcirugía, 1 caso: no curado.
- Roentgenterapia de recidivas quirúrgicas, 4 casos; curado 1.
- Roentgenterapia de recidivas de rádium, 1 caso: no curado.
- Roentgenterapia de metástasis inguinales, 3 casos; ninguna curación.

Esta es nuestra experiencia.