



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CARCINOMA  
VULVAR EN ETAPA INICIAL”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

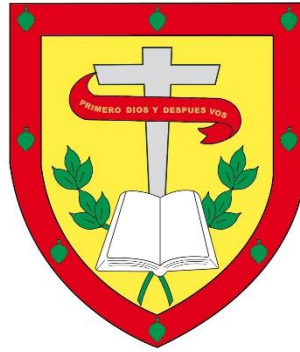
**AUTOR: BRYAN ISAAC VACACELA NAULA**

**DIRECTOR: DR. ESTEBAN RIGOBERTO GUERRERO CEVALLOS**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CARCINOMA  
VULVAR EN ETAPA INICIAL”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: BRYAN ISAAC VACACELA NAULA**

**DIRECTOR: DR. ESTEBAN RIGOBERTO GUERRERO CEVALLOS**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**Bryan Isaac Vacacela Naula** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0750348625**. Declaro ser el autor de la obra: “**Diagnóstico y Tratamiento del Carcinoma Vulvar en Etapa Inicial**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 29 de febrero de 2024

F:  .....

**Bryan Isaac Vacacela Naula**

**C.I. 0750348625**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Diagnóstico y Tratamiento del Carcinoma Vulvar en Etapa Inicial**" realizado por **Bryan Isaac Vacacela Naula** con documento de identidad No. **0750348625**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 29 de febrero de 2024

F:  .....

**Dr. Esteban Rigoberto Guerrero Cevallos**

**DIRECTOR / TUTOR**

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis a mi familia, cuyo amor inquebrantable y apoyo constante han sido mi mayor motivación a lo largo de este desafiante viaje académico. A mis padres, por ser el faro que iluminó mi camino, a mis hermanas, por cada consejo sabio y apoyo en cada momento, a mis queridos pastores cuya sabiduría y cariño me inspiran cada día. También dedico este trabajo a mis queridos amigos y amigas, cuyas palabras alentadoras y sonrisas en los momentos difíciles me recordaron la importancia de la perseverancia, en especial a mi mejor amiga Summer Santacruz quien han estado conmigo en los momentos más tristes y felices tanto en mi vida secular como académica. Por último, dedico esta tesis en especial a mi amada madre quien yo sé que desde el cielo junto con Dios sus oraciones no han sido en vano ya que han sido mi pilar y mi protección en cada momento. Este trabajo es un tributo a su fe en mí y en un futuro mejor para quienes me rodean. ¡Gracias, Dios les bendiga!

## **AGRADECIMIENTO**

En este punto culminante de mi recorrido académico, deseo expresar mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que hicieron posible la realización de esta tesis, especialmente a mi Dios ya que a lo largo de los desafíos y obstáculos que encontré en el camino, pude hallar consuelo y dirección en mi fe gracias a Él. También, agradezco a Dios por darme la sabiduría y la determinación para llevar a cabo este trabajo, por iluminar mi mente y permitirme adquirir el conocimiento necesario para completar esta investigación; a mi director de tesis, Dr. Esteban Guerrero, por su guía experta, paciencia y apoyo constante a lo largo de este proceso de investigación. Agradezco a mis profesores y mentores, cuyas enseñanzas y conocimientos han sido fundamentales en mi desarrollo académico. Mi gratitud se extiende a mi familia, amigos y seres queridos, cuyo apoyo inquebrantable y palabras alentadoras me dieron fuerzas en los momentos desafiantes. También agradezco a mi querido Padre Manuel Vacacela quien con sacrificios hizo todo lo posible por darme este estudio. Finalmente, quiero rendir homenaje a Manuela Naula cuya mujer de fe inquebrantable depositó toda su confianza y apoyo hacia a mi hasta el último momento en esta tierra. Este logro es el resultado de la gracia y favor de mi Dios.

## **RESUMEN**

**Introducción:** El carcinoma vulvar es considerada como una neoplasia ginecológica maligna rara, el cual llega a representar el 3% al 5% de todos los carcinomas del aparato reproductor femenino en mujeres posmenopáusicas. El carcinoma vulvar afecta regularmente a pacientes de edad avanzada, pero, en los últimos años, la incidencia del cáncer vulvar en mujeres jóvenes se está acrecentando de manera preocupante, demostrado tener una prevalencia variable, por ende, el lugar y las condiciones demográficas de la paciente, repercutirá en su diagnóstico y tratamiento del carcinoma vulvar en estadio temprano.

**Objetivo General:** Describir los métodos diagnósticos, medidas terapéuticas y seguimiento del carcinoma vulvar en etapa inicial.

**Metodología:** La presente investigación tiene como diseño revisión bibliográfica tipo narrativa, para la correcta realización de recolección de información se utilizó diferentes bases de datos científicas de gratuito acceso, las cuales son: PubMed, Web of Science, LILACS. Se incluyeron publicaciones en español e inglés, durante los años 2019 – 2023 o de otros años de gran importancia científica de años anteriores, con las palabras "Vulvar Carcinoma AND Therapeutics AND Diagnosis".

**Conclusión:** El poder tener un diagnóstico oportuno sobre el carcinoma vulvar en etapa inicial, resultará beneficioso, ya que al ver estado y escenario en el que se encuentre, se puede llegar a un correcto manejo, además, su seguimiento deberá ser individual según las necesidades de cada paciente.

**Palabras clave:** "Cáncer, Diagnóstico, Terapéutica, Vulva".

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Vulvar carcinoma is considered a rare malignant gynecological neoplasm, which represents 3% to 5% of all carcinomas of the female reproductive system in postmenopausal women. Vulvar carcinoma regularly affects elderly patients, but in recent years, the incidence of vulvar cancer in young women has been increasing and shown to have a variable prevalence. Therefore, the location and demographic conditions of the patient will impact their diagnosis and treatment of early-stage vulvar carcinoma.

**General Objective:** To describe the diagnostic methods, therapeutic measures, and follow-up of vulvar carcinoma in the initial stage.

**Methodology:** This research is designed as a narrative literature review. Different free-access scientific databases were used: PubMed, Web of Science, and LILACS, to gather the information. Publications in Spanish and English were included, published from 2019 – 2023 or other years of great scientific importance from previous years, with the keywords “Vulvar Carcinoma AND Therapeutics AND Diagnosis.”

**Conclusion:** A timely diagnosis of vulvar carcinoma in the initial stage would be beneficial since correct management can be achieved due to the study of the state and stage in which it is found. In addition, its follow-up should be individual according to each patient’s needs.

**Keywords:** “Cancer, Diagnosis, Therapeutics, Vulva”

**ÍNDICE**

<b>RESUMEN</b> .....	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>8</b>
<b>CAPITULO I</b> .....	<b>11</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>CAPITULO II</b> .....	<b>13</b>
<b>2. METODOLOGÍA</b> .....	<b>13</b>
<b>CAPITULO III</b> .....	<b>15</b>
<b>3. DESARROLLO DEL TRABAJO</b> .....	<b>15</b>
3.1 DEFINICIÓN .....	15
3.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	15
3.3 PREVALENCIA .....	15
3.4 CLÍNICA .....	16
3.5 FACTORES DE RIESGO .....	16
3.6 ETIOLOGÍA.....	18
3.7 ESTADIFICACIÓN .....	19
3.8 DIAGNÓSTICO .....	20
3.9 TRATAMIENTO .....	23
3.10 SEGUIMIENTO.....	24
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>25</b>
<b>CAPITULO IV</b> .....	<b>26</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>26</b>
<b>CAPITULO V</b> .....	<b>31</b>
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	<b>31</b>
<b>CAPITULO VI</b> .....	<b>33</b>
<b>6. CONCLUSIÓN</b> .....	<b>33</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>34</b>

**ÍNDICE DE TABLAS**

<i>Tabla 1.</i>	<i>ESTADIAJE FIGO 2021 .....</i>	<b>19</b>
<i>Tabla 2.</i>	<i>Diagnóstico del Carcinoma Vulvar en Etapa Inicial .....</i>	<b>26</b>
<i>Tabla 3.</i>	<i>Medidas terapéuticas del Carcinoma Vulvar en Etapa Inicial .....</i>	<b>27</b>
<i>Tabla 4.</i>	<i>Seguimiento del Carcinoma Vulvar en Etapa Vulvar.....</i>	<b>30</b>

## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

El carcinoma vulvar es considerada como una neoplasia ginecológica maligna rara, el cual llega a representar el 3% al 5% de todos los carcinomas del aparato reproductor femenino en mujeres posmenopáusicas. Afecta regularmente a pacientes de edad avanzada, pero, en los últimos años, la incidencia del cáncer vulvar en mujeres jóvenes se está acrecentando de manera preocupante, demostrado tener una prevalencia variable, por ende, el lugar y las condiciones demográficas de la paciente, repercutirá en su diagnóstico y tratamiento del carcinoma vulvar en estadio temprano (1-2).

El cáncer de vulva suele ser asintomático, pero, en algunos pacientes se puede presentar las siguientes manifestaciones clínicas: dolor, sangrado vulvar, secreción y disuria. El prurito es considerado como el síntoma con mayor frecuencia en pacientes que presentan dicha neoplasia, además, la presencia de masa vulvar o bulto suele estar presente, de los cuales son acompañadas de un aspecto carnososa, leucoplasia, verrugosa o ulcerada. Cabe recalcar que, en el 10% caso, el daño es demasiado extenso para determinar el lugar real de origen, además, el 5% de los casos, las lesiones son multicéntricas, es decir, asociados con otras lesiones que afectan el tracto genital inferior, por lo que es importante evaluar también el cuello uterino, la vagina y la región perianal. También el 22% casos de malignidad vulvar en su mayoría se encuentra sincrónicamente un tumor cervical (3-4).

Esta patología afecta anualmente a 45.000 mujeres en todo el mundo; cada año se informan alrededor de 6100 casos y 1500 muertes en los Estados Unidos. Dentro del tipo histológico el más frecuente del carcinoma vulvar es el carcinoma escamoso vulvar (VSCC) con un 90%, los demás tipos histológicos son el melanoma, adenocarcinoma de glándulas de Bartolino, enfermedad de Paget invasiva, carcinoma basocelular y sarcoma (5-6).

En países con recursos limitados, la calidad de la atención del cáncer varía, y los profesionales a menudo enfrentan desafíos que difieren de los de las regiones más ricas del mundo. La implementación de pautas internacionales puede ser difícil en países con recursos limitados, ya que la mayoría de las pautas se originan en América del Norte y Europa occidental (7).

En Ecuador, en el 2018 se obtuvieron datos por parte del GCO (The Global Cancer Observatory) donde realizaron estudios, los cuales demostraron 69 nuevos casos de

carcinoma vulvar y 25 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad, a su vez demostró una prevalencia de 2.11. En la ciudad Quito-Ecuador tiene una tasa estandarizada por edad de 0.5 junto con una frecuencia relativa de 0.3% de cáncer vulvar (8-9).

Actualmente, existe varias disputas sobre el método diagnóstico temprano para el carcinoma vulvar, debido a la falta de estudios y escasez de evidencia, ya que este tipo de carcinoma puede ser asintomático, incluso el tratamiento del carcinoma vulvar llega a ser más difícil en países donde los recursos son limitados y la implementación directa de las guías internacionales es difícil (10).

Además, alrededor del 30% al 40% de las mujeres con carcinoma vulvar tienen un tumor avanzado. Estos a menudo se deben a una derivación tardía a los servicios de salud apropiados y pueden deberse a factores del paciente como la edad avanzada y la confusión, brechas educativas tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes, falta de acceso a la atención médica, especialmente en áreas del mundo con menos recursos; las mujeres con una enfermedad inflamatoria de etiología poco clara, probablemente autoinmune, deben someterse a un autoexamen en busca de lesiones sospechosas. Asimismo, en mujeres con lesiones intraepiteliales del cuello uterino, la vagina o el ano, el examen de los genitales externos es obligatorio como parte de la vigilancia colposcópica y su prevención (10).

El tratamiento indirecto del cáncer se asocia con una morbilidad física, sexual y psicológica significativa. La alta morbilidad ha llevado a un cambio sostenido en los paradigmas de tratamiento que se centran en un tratamiento más conservador para reducir la morbilidad sin reducir las tasas de curación (10).

Gracias a esta investigación, se podrá obtener un cuidado más integral y ser de gran conveniencia para los posteriores estudios vinculadas a este proyecto, con el fin de alcanzar un mejor desarrollo en la calidad de atención de salud. Por tal motivo, con todos los antecedentes expuestos anteriormente se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los métodos diagnósticos y las medidas terapéuticas para la resolución del carcinoma vulvar en etapa inicial?

## **CAPITULO II**

### **2. METODOLOGÍA**

#### **Diseño del estudio**

Revisión bibliográfica.

#### **Criterios de Elegibilidad de los Estudios**

Para la correcta realización de recolección de información se utilizaron diferentes bases de datos científicas de gratuito acceso, las cuales son: PubMed, Web of Science, LILACS. Se incluyeron publicaciones en español e inglés, de ensayos clínicos, metaanálisis, revisiones sistemáticas y bibliográficas e incluido literatura gris, realizadas en humanos, mujeres adultas y jóvenes, donde cuya información debe ser confiable y de gran importancia científica de años anteriores, con las palabras “Vulvar Carcinoma AND Therapeutics AND Diagnosis”.

Además, se procedió formar una estrategia de búsqueda amplia, aplicando palabras sinónimas para mayor sensibilidad. Para la estrategia se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), creado por BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de información en Ciencias de la Salud) de la OMS y OPS.

#### **Estrategias de búsqueda**

Esta estrategia de búsqueda se basó en la utilización de términos clave MeSH y DeCS mencionados a continuación:

- **MeSH**
  - Vulvar
  - Carcinoma
  - Therapeutics
  - Diagnosis
- **DeCS**
  - Vulvar
  - Carcinoma
  - Terapéutica
  - Diagnóstico

## **Criterios de Selección**

### **-Criterios de Inclusión**

- Estudios publicados entre los años 2019 y 2023 o de otros años con información relevante.
- Artículos publicados en español e inglés.
- Investigaciones que aborden temas relacionados con la terapéutica del carcinoma vulvar.
- Estudios que tengan resultados de acuerdo al tema planteado.
- Estudios con pacientes del sexo femenino.
- Todo tipo de artículos que cumplan con los títulos y resúmenes del estudio.

### **-Criterios de Exclusión**

- Reportes de casos clínicos.
- Artículos que no requieran pago para su obtención.
- Artículos realizados en poblaciones pediátricas.
- Estudios incompletos o que no cumplen con los objetivos del trabajo.
- Artículos duplicados

## **CAPITULO III**

### **3. DESARROLLO DEL TRABAJO**

#### **3.1 DEFINICIÓN**

El carcinoma vulvar es un tipo de cáncer donde se desarrolla células malignas o cancerosas en la piel y en los tejidos de la vulva, que es la parte externa del aparato genital femenino. Además, esta patología se considera también como un tumor maligno que puede afectar a diferentes áreas de la vulva, como los labios mayores, labios menores, el clítoris, monte de Venus o vestíbulo vaginal. Este tipo de cáncer es poco común, pero puede ser grave si no se diagnostica y trata a tiempo (11).

#### **3.2 EPIDEMIOLOGIA**

El carcinoma vulvar es considerado como una neoplasia maligna muy rara, ocupando el cuarto lugar después del cáncer de cuello uterino, de ovario y vagina, incluso es el sexto entre los tumores malignos de los órganos genitales femeninos, afectando anualmente a 45.000 mujeres en todo el mundo; cada año se informan alrededor de 6100 casos y 1500 muertes en los EE.UU. Dentro del tipo histológico el más frecuente del carcinoma vulvar es el carcinoma escamoso vulvar (VSCC) con un 90%, los demás tipos histológicos son el melanoma, adenocarcinoma de glándulas de Bartolino, enfermedad de Paget invasiva, carcinoma basocelular y sarcoma (11-12).

#### **3.3 PREVALENCIA**

Presenta una tasa de incidencia estandarizada por edad (ASR) estimada de 0,85 por 100.000 mujeres por año. Dicha enfermedad representa el 0,5% del total de casos de cáncer y el 0,4% de las muertes por cáncer en mujeres en todo el mundo. Cuyo pico de prevalencia llega a ser más alto en mujeres posmenopáusicas cuya edad es de 65-75 años de edad y suele estar relacionado con antecedentes de infección por diferentes cepas del VPH oncogénico y diversos factores más. La incidencia de cáncer de vulva es menor en Asia que en los países occidentales, con una incidencia ajustada por edad de aproximadamente 2 por 100.000 (12).

En Ecuador, en el 2018 se obtuvieron datos por parte del GCO (The Global Cancer Observatory) donde realizaron estudios, los cuales demostraron 69 nuevos casos de carcinoma vulvar y 25 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad, a su vez demostró

una prevalencia de 2.11. En la ciudad Quito-Ecuador tiene una tasa estandarizada por edad de 0.5 junto con una frecuencia relativa de 0.3% de cáncer vulvar (8-9).

### 3.4 CLÍNICA

El cáncer de vulva suele ser asintomático, pero, de manera infrecuente, en algunos pacientes se puede presentar las siguientes manifestaciones clínicas: dolor local, sangrado vulvar, secreción vulvar y disuria. Además, el prurito es considerado como el síntoma con mayor frecuencia en pacientes que presentan neoplasia. El aspecto clínico puede llegar a variar a lo largo de sus distintos estadios de evolución (13-14).

Dentro de sus fases sintomáticas iniciales del carcinoma vulvar, se puede llegar a mostrar una zona indurada, donde su aspecto es hiperqueratósico y algo sobreelevada, acompañada de una superficie erosiva con una coloración rojiza o blanquecina, la cual puede ser multifocal o unifocal. Estas sintomatologías pueden llegar a cambiar por la presencia de nosologías asociadas, tales como la hiperplasia de células escamosas, liquen escleroso, lesiones de neoplasia intraepitelial de vulva (VIN), lesiones de rascado o atrofia genital. En sus fases más tardías, la apariencia más común del cáncer de vulva es la de un tumor exofítico sólido, redondeado y con frecuencia ulcerado, donde la ubicación más habitual llega a ser a nivel del clítoris y de los labios mayores acompañándose de un aspecto carnososo, leucoplasia, verrugosa o ulcerada; en los labios menores, el clítoris, el monte de Venus y el perineo se ven afectados con menor frecuencia (13-14).

### 3.5 FACTORES DE RIESGO

Existen varios factores de riesgo asociados al cáncer de vulva. A continuación, se mencionan los siguientes:

#### **Factores Exógenos:**

- **Infección por el virus del papiloma humano (VPH16):** Es el factor de riesgo más importante, ciertos tipos de VPH están asociados al cáncer de vulva.
- **Tabaquismo:** Fumar incrementa el riesgo de padecer cáncer de vulva, se cree que los carcinógenos presentes en el humo del tabaco producen mutaciones genéticas que pueden llevar al desarrollo de células cancerosas en el tejido vulvar.
- **Inmunosupresión (VIH-SIDA):** Tener el sistema inmunitario debilitado también es un factor de riesgo.

- **Consumo de alcohol:** El consumo crónico y excesivo de alcohol (más de 2 bebidas al día) podría actuar como carcinógeno directo o también alterar los niveles hormonales
- **Obesidad:** Se cree que la inflamación crónica asociada a la obesidad puede promover la carcinogénesis.
- **Diabetes:** Se piensa que los altos niveles de insulina e IGF-1 en pacientes diabéticos pueden estimular el crecimiento de células tumorales
- **Trasplante de órganos sólidos:** Las mujeres que se han sometido a un trasplante de órgano sólido, como riñón, hígado o corazón, pueden tener un riesgo aumentado de cáncer de vulva. Esto se debe a que requieren medicamentos inmunosupresores de por vida, lo que las hace más susceptibles a infecciones como el VPH y al desarrollo de cáncer.
- **Educación y nivel socioeconómico bajo:** Esto podría deberse a menor acceso a programas de detección precoz y servicios médicos. También, esto puede estar relacionado con un menor conocimiento sobre prácticas sexuales seguras y factores de riesgo
- Número elevado de parejas sexuales.
- **Coito a edad temprana:** Tener relaciones sexuales a una edad menor de 17 años se ha asociado tentativamente a un mayor riesgo de cáncer de vulva. Esto podría deberse a una exposición temprana al virus del papiloma humano (VPH) durante la adolescencia.

#### **Factores Endógenos:**

- **Edad avanzada:** El riesgo aumenta en mujeres mayores de 50 años de edad.
- **Enfermedad de Liquen escleroso:** Esta enfermedad dermatológica crónica puede progresar a cáncer de vulva.
- Antecedentes de lesiones precancerosas como la neoplasia vulvar intraepitelial.
- Antecedentes de cáncer de cuello uterino o vagina.

- Antecedentes familiares de cáncer de vulva (15-16).

### **3.6 ETIOLOGÍA**

El oncogénico potencial por la infección por el virus del papiloma humano se puede llegar a adjudicar a dos oncoproteínas principales tales como E6 y E7. El efecto de la E6 puede llegar a ejercer en las células, la cual, se dirige a la proteína supresora de tumores p53 para su degradación, produciendo la pérdida de control del ciclo celular. En cuanto a la E7 se enlaza y fomenta la degradación de la pRb (proteína de la retinoblastoma), a la par conduce a la sobreexpresión y sobrerregulación de la p16, y la subsiguiente intermisión del control del ciclo celular. Por consiguiente, la sobreexpresión del p16 se ha ejecutado como un marcador suplente de la infección por el virus del papiloma humano de alto riesgo en alguna de las investigaciones, sin embargo, otros estudios han aducido que la sobreexpresión del p16 debería utilizarse como un marcador auxiliar para las acciones transformadoras de la infección por VPH de alto riesgo (17).

También se ha planteado que existen dos mecanismos etiológicos principales, donde uno es dependiente del VPH y el otro llega ser independiente del virus (17).

El carcinoma vulvar dependiente del VPH está relacionada con una infección persistente de los subtipos VPH 16 (77%), VPH 33 (10,6%), VPH 18 (3%) y VPH 31 que evoluciona desde una neoplasia intraepitelial vulvar de tipo habitual la cual llega a ser más frecuente en mujeres jóvenes de 35 a 65 años de edad. Asimismo, la infección por VPH llega a jugar un papel fundamental dentro del desarrollo del carcinoma de células escamosas (CCE), la cual constituye como el 90% de los casos de carcinoma vulvar (18-19).

Además, el virus del VIH-SIDA junto con el trasplante de órganos sólidos, se vinculan con la inmunosupresión y un acrecentamiento de la carcinogénesis vinculada al VPH. Con esto, alguna de las suposiciones presentadas para expresar la mayor susceptibilidad al cáncer en receptores de órganos sólidos incluye la modulación inmune y la infección por VPH, posiblemente otros virus oncogénicos tales como el VIH y el Epstein-Barr (18).

En cuanto al tipo de desarrollo del carcinoma vulvar independiente del VPH ocurre con mayor incidencia en pacientes mayores con una de edad 55 a 85 años, el cual es una evolución gradual del desarrollo de atipia celular que encamina a una neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) y después a un carcinoma de células escamosas, donde el

factor de riesgo llega es el liquen escleroso, de igual forma es posible el cruce de las dos vías patogénicas (19).

### 3.7 ESTADIFICACIÓN

Dentro la revisión más reciente por FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) fue llevada a cabo en el 2021; para una evaluación más precisa del estado de los ganglios linfáticos se manejan en estos sistemas una perspectiva quirúrgica y clínico-patológico híbrido (20).

Algunos de los cambios observados en esta nueva versión son:

- La profundidad de la invasión se mide desde la membrana basal hasta la cresta papilar más profunda, adyacente, displásicos y sin tumor hasta el punto más profundo de invasión.
- La positividad de los ganglios linfáticos es macrometástasis y micrometástasis.
- La ITC (células tumorales únicas) no se consideran en las metástasis de los ganglios linfáticos.
- Permitir que los hallazgos de imágenes se incluyan en la estadificación parecido al cáncer del cuello uterino (20).

**Tabla 1. ESTADIAJE FIGO 2021**

Estadio	Descripción
<b>I</b>	<b>Tumor confinado a la vulva</b>
<b>IA</b>	Tamaño del tumor $\leq 2$ cm e invasión estromal $\leq 1$ mm <sup>a</sup> .
<b>IB</b>	Tamaño del tumor $> 2$ cm o invasión del estroma $> 1$ mm <sup>a</sup> .
<b>II</b>	Tumor de cualquier tamaño con extensión hasta un tercio inferior de la uretra, un tercio inferior de la vagina, un tercio inferior del ano con ganglios negativos.

<p><b>III</b> Tumor de cualquier tamaño con extensión a la parte superior de estructuras perineales adyacentes, o con cualquier número de ganglio linfático no fijo, no ulcerado.</p> <p><b>IIIA</b> Tumor de cualquier tamaño con extensión de la enfermedad a la parte superior dos tercios de la uretra, dos tercios superiores de la vagina, la mucosa de la vejiga, la mucosa rectal o metástasis en ganglios linfáticos regionales <math>\leq 5\text{mm}</math>.</p> <p><b>IIIB</b> Regional<sup>b</sup> metástasis en ganglios linfáticos <math>&gt; 5\text{mm}</math>.</p> <p><b>IIIC</b> Regional<sup>b</sup> metástasis en los ganglios linfáticos con diseminación extracapsular.</p>
<p><b>IV</b> Tumor de cualquier tamaño fijado a hueso, o fijo, ulcerado metástasis en los ganglios linfáticos o metástasis a distancia.</p> <p><b>IVA</b> Enfermedad fijada al hueso pélvico, o fijada o ulcerada metástasis en los ganglios linfáticos regionales.</p> <p><b>IVB</b> Metástasis a distancia.</p>
<p><sup>a</sup>La profundidad de la invasión se mide desde la membrana basal desde el más profundo, adyacente, displásico y libre de tumores (o más cercana rete peg displásico) hasta el punto más profundo de invasión.</p> <p><sup>b</sup> Regional se refiere a los ganglios linfáticos inguinales y femorales.</p>

**Fuente:** Elaboración propia, adaptado de Cancer of the vulva: 2021 update (21).

### 3.8 DIAGNÓSTICO

El carcinoma vulvar puede ser de diagnóstico tardío, ya que, en etapas iniciales no hay presencia de síntomas específicos, a su vez, aquellos pacientes de edad avanzada no suelen asistir a exámenes preventivos e incluso no llegan a reportar sus síntomas (21).

**Diagnóstico Clínico:** Si bien, las pacientes que tienen esta neoplasia pueden ser asintomáticos, sin embargo, algunas experimentan ardor, dolor, prurito o incluso

sangrado, donde el sitio de presentación más común son los labios mayores; los labios menores, el perineo, el monte de venus o el clítoris pueden llegar a ser otro de los posibles sitios de afección (21).

**Estudio Histológico:** La presencia de una masa mal definida, placa, ulcera o la presencia de un parche escamoso eritematoso y la presencia de cualquier lesión sospechosa se justifica inmediatamente un estudio histológico, e incluso, en aquellos que presentan lesiones más graves es indispensable un mapeo vulvar. El carcinoma vulvar, histológicamente es un tipo de tumor bien diferenciado con marcada proliferación epitelial acantósica con una mínima atipia nuclear. Este puede expandirse y una de sus caracterizaciones es la elongación de las crestas de la red que progresa hacia la dermis e incitan un patrón de empuje en lugar de infiltrado; la proliferación sucede sobre todo en las capas parabasal y basal, demostrando un aumento de la expresión de TOP2A, Ki76 y MCM2 (22).

**Colposcopia:** Se utiliza un colposcopio (instrumento con luz y aumento) para detectar células anormales o cancerosas que pueden presentar en el cuello uterino, vagina o vulva, estas células anormales son denominadas en ocasiones como tejido precanceroso. Incluso, se llega a extraer muestras de tejido mediante una cureta o cepillo, herramientas diseñadas en forma de cuchara, para su análisis microscópico y la detección de posibles signos de enfermedad (23).

**Prueba del virus del papiloma humano (VPH):** La evaluación de la presencia de ADN o el ARN de ciertos tipos de infección por el virus del papiloma humano se realiza mediante pruebas de laboratorio. En este procedimiento, se toman células de la vulva y se someten a un análisis para identificar si la infección está asociada con un tipo específico de VPH vinculado al cáncer de vulva. En ocasiones, se utiliza la muestra de células obtenida durante una prueba de Papanicolaou (Pap) para llevar a cabo este examen. Además, esta prueba se realiza cuando los resultados de un Pap indican la presencia de células anormales en la vulva (24).

**Biopsias:** Todas las lesiones vulvares sospechadas deben ser biopsiadas para poder descartar una invasión. Dicha biopsia se puede realizar bajo anestesia local, donde el instrumento de biopsia Keyes es de unos 3 o 4 mm o también se puede realizar una biopsia por cuña o incisión. Si la lesión llega a ser pequeña es recomendable no extirpar toda la lesión durante el procedimiento, por lo que podría complicar la planeación de la cirugía

definitiva más adelante. Si la lesión presenta un diámetro de 2cm o menos, y si su profundidad de penetración del estroma llega a ser menor o incluso igual a 1 mm dentro de la biopsia inicial, lo recomendable es realizar una escisión local de manera radical y extensa de la lesión para poder evaluar su máxima profundidad e invasión. Sin embargo, si ninguna parte de la lesión posee una profundidad de invasión superior a 1mm, esa escisión es suficiente para el tratamiento definitivo (23-24).

Con respecto a la biopsia del ganglio centinela se puede llegar a recomendar si el tumor es unifocal, debe poseer un diámetro de menos de 4cm y los ganglios linfáticos son negativos clínicamente (24).

**Marcadores Tumorales:** El uso de marcadores tumorales en el diagnóstico y seguimiento del cáncer de vulva es limitado en comparación con otros tipos de cáncer. Sin embargo, hay algunos marcadores tumorales que se han investigado en relación con el cáncer de vulva. Es importante tener en cuenta que estos marcadores no se utilizan de forma rutinaria para el diagnóstico o la monitorización del cáncer de vulva, y su utilidad clínica aún está en investigación. Algunos de estos marcadores tumorales son:

- **Antígeno carcinoembrionario (CEA):** El CEA es un marcador tumoral que puede estar elevado en varios tipos de cáncer, incluido el cáncer de vulva. Sin embargo, su utilidad específica en el cáncer de vulva no está bien establecida.
- **Antígeno CA-125:** El CA-125 es un marcador tumoral que se utiliza comúnmente en el seguimiento del cáncer de ovario. En algunos casos de cáncer de vulva avanzado o recurrente, los niveles de CA-125 pueden estar elevados (25).

Es importante destacar que estos marcadores tumorales no son específicos del cáncer de vulva y pueden estar elevados en otros tipos de cáncer u otras condiciones benignas. Su utilidad clínica en el cáncer de vulva aún se encuentra en fase de investigación y no se utilizan de forma rutinaria en la práctica médica (25).

**Estudios de Imagen:** La Sociedad Europea de Radiología Urogenital, aconseja una intensidad de campo mínima de 1,5 T durante la valoración del carcinoma vulvar; según los hallazgos encontrados en la RM, el 83% de las lesiones de la vulva se pueden llegar a clasificar con exactitud. Incluso la RM con contraste puede ayudar a visualizar neoplasias más pequeñas e incluso muestran órganos adyacentes afectados, tales como la uretra, el ano y la vejiga. Se recomienda, que antes de realizarse el procedimiento los pacientes se

presenten en ayunas durante por lo menos de 4 a 6 horas antes de la toma de imagen, e incluso deben vaciarla vejiga y se les receta agentes antiperistálticos para poder delimitar las deposiciones (26).

Sin embargo, el carcinoma vulvar se puede llegar a preciar de mejor manera mediante una FS-T2WI que en las secuencias sin supresión de grasa; las secuencias del T1W1 con supresión de grasa dinámica de 3D realzada con gadolinio y axial y un T1 con supresión de grasa sagital permiten la evaluación de la extensión y caracterización del tumor. La tomografía por emisión de positrones con 18F fluorodesoxiglucosa (18F- FDG) evalúa y detecta de manera eficaz la afección de ganglios linfáticos inguinofemorales en comparación con la tomografía computarizada. Del mismo se puede llegar a utilizar para la planificación de la cirugía primaria y la disección de los ganglios linfáticos inguinales; se usaría también en tumores más grandes o cuando existe una metástasis, particularmente cuando se contempla la exenteración pélvica (26,27).

### **3.9 TRATAMIENTO**

La decisión del tratamiento va a depender de la estadificación quirúrgica que se le realice a la paciente. La cirugía es el tratamiento primario para el cáncer vulvar, donde se realiza una vulvectomía radical o una escisión local amplia radical, con una disección superficial o profunda de los ganglios inguinales. Un paciente con ganglios negativos su supervivencia es del 96 %, mientras que un paciente con 2 o menos ganglios positivos tiene una tasa de supervivencia del 80 % y un paciente con más de 2 ganglios positivos tiene una tasa de supervivencia del 12 %. A raíz de los antecedentes, se utiliza el estudio de Ganglio Centinela (GC), donde primeramente reconoce el primer ganglio de drenaje del tumor, donde si dicho ganglio resulta ser negativo el resto también lo es, con ello evitando una linfadenectomía bilateral o lateral; el tumor de la paciente debe ser unifocal, confinado a la vulva, < de 4cm, con invasión de estroma mayor de 1 mm, ganglios inguinales negativos y la lesión debe estar localizada a más de 2 cm de la línea media:

#### **Manejo Quirúrgico del Carcinoma Vulvar en los Estadios Iniciales**

- **Lesión Clínica- Estadio LA:** Posee una profundidad < de 1mm (la) lo cual requiere una resección local con margen de 1 cm, no amerita disección de ganglios.
- **Profundidad > 1mm LB:** Lesión a más de 2 cm de la línea media; vulvectomía parcial, se evalúa ganglios. Se utiliza el estudio GC donde no se detecta ganglios,

por lo cual, se realiza una linfadenectomía inguinofemoral ipsilateral completa; un ganglio ipsilateral positivo: linfadenectomía inguinofemoral bilateral.

- **Lesión Central:** Es una lesión en la línea media, por ende, se recomienda una vulvectomía parcial, un ganglio centinela bilateral y una linfadenectomía bilateral (28,29).

### **Manejo del Carcinoma Vulvar en Estadios Avanzados**

- **E.3 Avanzado – E4:** Se requiere una excentración pelviana; por su alta morbimortalidad este procedimiento quirúrgico fue remplazada por la realización de radioterapia-quimioterapia. Además, puede producir trastornos psico-sexuales.
- **Radioterapia:** En estadio IV es fundamental ante la presencia de márgenes positivos llevados de la mano de dos o más ganglios positivos, con invasión capsular. Este procedimiento se ejecuta en región inguinal y pelviana.
- **Quimioterapia:** En estadio IVA se realiza una quimoradiación +/- cirugía para remover enfermedad residual y en el estadio IVB se realiza la quimioterapia sugerida en enfermedades avanzadas e irresecable, es decir, se requiere si la paciente posee más de dos ganglios comprometidos (28,29).

### **3.10 SEGUIMIENTO**

Actualmente, no hay pruebas suficientes para respaldar un único modelo de seguimiento después de la terapia radical para el cáncer de vulva. Dependiendo del tipo de tratamiento, la Sociedad Europea de Oncología Ginecológica recomienda el siguiente programa:

Después del tratamiento quirúrgico inicial, el esquema de seguimiento se realiza de 6 a 8 semanas postquirúrgicas, luego se realizan exámenes clínicos de la vulva y el área de la ingle cada 3 a 4 meses durante dos años. En los próximos tres años, los exámenes de seguimiento se realizarán dos veces al año. Después de este período, se recomienda un examen clínico anual. Esto es especialmente importante para los pacientes con mayor riesgo, como aquellos diagnosticados con liquen esclerótico/plano. También se recomienda una TC dentro de 10 a 12 semanas después de la quimioterapia o la radioterapia, incluso una tomografía computarizada por emisión de positrones para confirmar la remisión (29,30).

Después de eso, se recomienda un examen clínico de la vulva y el área de la ingle cada 3-4 meses durante los primeros 2 años, luego dos veces al año durante 3 años y una vez al año a partir de entonces. Si se supone de una recurrencia local se recomienda la realización de una biopsia y si se sospecha recurrencia de la enfermedad en el área de la ingle o enfermedad generalizada, debe ser seguimiento con imágenes diagnósticas apropiadas. La detección temprana de recurrencias malignas aún tratables quirúrgicamente puede mejorar significativamente la calidad de vida, pero actualmente se carece de evidencia definitiva de su impacto en la morbilidad y la mortalidad (29,30).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Describir los métodos diagnósticos, medidas terapéuticas y seguimiento del carcinoma vulvar en etapa inicial.

### **Objetivos Específicos**

- Definir los métodos diagnósticos y su eficacia en la etapa inicial del carcinoma vulvar.
- Señalar las medidas terapéuticas para el carcinoma vulvar en etapa inicial.
- Detallar el seguimiento del carcinoma vulvar.

## CAPITULO IV

## 4. RESULTADOS

Tabla 2. Diagnóstico del Carcinoma Vulvar en Etapa Inicial

Título	Año	Autor	Tipo de Estudio	Población	Resultados
Valor diagnóstico del centinela guiado por fluorescencia verde de indocianina biopsia de ganglios linfáticos en cáncer de vulva: Una revisión sistemática	2021	Koual M, et al (31).	Revisión bibliográfica sistemática.	-	La verde de indocianina (ICG) junto con la guía fluorescencia NIR muestran ser seguros para el mapeo del cáncer vulvar en etapa temprana.
Análisis retrospectivo de la efectividad diagnóstica de la biopsia de ganglio centinela (BSGC) en el cáncer de vulva	2020	Piatek S, et al (32).	Estudio observacional retrospectivo.	193 mujeres con cáncer de vulva y 558 mujeres sin cancer de vulva.	Existe una efectividad diagnóstica entre la linfogammagrafía y la biopsia, donde se concluyó que la linfogammagrafía tiene mayor eficacia y precisión.
Estado del arte en imagenología del cáncer de vulva	2019	Serrado M, et al (33).	Estudio analítico observacional.	205 pacientes con cancer de vulva invasivo primario.	El diagnóstico tardío de esta patología es frecuente, por lo cual, para saber su estadificación local y ganglionar, la TC o la Tomografía por emisiones de positrones juegan un papel

					fundamental para la evaluación de la patología; los estudios de imagen son fundamental para la estadificación y tratamiento.
--	--	--	--	--	--

**Fuente:** Elaboración Propia

**Tabla 3. Medidas terapéuticas del Carcinoma Vulvar en Etapa Inicial**

<b>Título</b>	<b>Año</b>	<b>Autor</b>	<b>Tipo de Estudio</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados</b>
Tratamiento moderno del cáncer de vulva	2020	Merlo Sebastjan (34)	Estudio narrativo.	-	El tratamiento con mayor validez y mejores resultados es el quirúrgico, en específico, la linfadenectomía inguino-femoral.
Sociedad Europea de Oncología Ginecológica Directrices para el manejo de pacientes con Cáncer de Vulva- Actualización 2023	2023	M Oonk M, et al (35).	Estudio descriptivo transversal retrospectivo.	-	El mejor tratamiento consiste en un procedimiento de SNL indicado en pacientes con un tumor unifocal primario <4cm, con una profundidad de invasión >1cm, y una linfadenectomía inguino-femoral

					bilateral en pacientes con un tumor > 4 cm y enfermedad multifocal.
Manejo del cáncer de vulva en etapa temprana	2022	Pedrao PG, et al (36).	Estudio narrativo.	-	La mejor medida terapéutica para etapas iniciales o tempranas es la escisión local amplia y radical del tumor, a diferencia de la vulvectomía radical, ya que es un tratamiento más conservador y previene la recurrencia local, disminuyendo la morbilidad psicosexual.
Los pasos gigantes en la reducción del tamaño quirúrgico hacia un tratamiento personalizado del cáncer de vulva	2022	Giannini A, et al (37).	Estudio observacional retrospectivo de casos y controles.	186 casos (mujeres con cáncer de vulva) y 373 controles (mujeres sin cáncer de vulva).	Es imprescindible un tratamiento quirúrgico más personalizado y a su vez conservador, para poder reducir la complejidad en la disfunción sexual o linfedema. Este método terapéutico es la vulvectomía radical modificada, con valoración quirúrgica de los

					ganglios linfáticos.
Análisis de la eficacia a corto plazo de Laparoscópica de puerto único sin gas Linfadenectomía inguinal mediante incisión de vulva para el cáncer de vulva	2022	Ding J, et al (38).	Estudio observacional analítico retrospectivo de cohorte.	22 pacientes con carcinoma de células escamosas de vulva.	La linfadenectomía inguinal laparoscópica de puerto único sin gas a través de una incisión en la vulva, es un método mínimamente invasivo, y un tratamiento con mayor seguridad, ya que reduce la dificultad de operación.
Plasma frío a presión atmosférica (CAP) como nueva herramienta para el tratamiento del cáncer de vulva y las lesiones premalignas vulvares en oncología ginecológica	2020	Zubor P, et al (39).	Revisión Sistemática.	509 pacientes con cancer de vulva temprano.	El CAP llega a ser muy útil para lesiones displásicas, tumores invasiones y cáncer intraepitelial temprano, además, ayuda a disminuir el agravamiento inflamatorio y mejora cicatrización de la herida posquirúrgica.
Tratamiento del cáncer de vulva (PDQ): Versión para profesionales de salud	2023	National Cancer Institute (US) (40)	Estudio narrativo.	-	En los estadios iniciales del carcinoma vulvar se realiza una escisión local o radical, reemplazando la

					vulvotomía radical.
--	--	--	--	--	---------------------

**Fuente:** Elaboración Propia

**Tabla 4. Seguimiento del Carcinoma Vulvar en Etapa Vulvar**

<b>Título</b>	<b>Año</b>	<b>Autor</b>	<b>Tipo de Estudio</b>	<b>Población</b>	<b>Resultados y conclusiones</b>
Sociedad Europea de Oncología Ginecológica Directrices para el manejo de pacientes con cáncer de Vulva	2023	M Oonk M, et al (35).	Estudio descriptivo transversal retrospectivo.	-	Un seguimiento efectivo consiste en la revisión de los síntomas y examen de la vulva, el puente cutáneo y los ganglios linfáticos inguinofemorales, incluyendo el asesoramiento psicosexual, que mejora la calidad de vida de las pacientes supervivientes de esta enfermedad.
Criterios de idoneidad del ACR y seguimiento del cáncer de vulva	2021	Lakhman Y, et al (41).	Estudio narrativo.	-	El enfoque de vigilancia se extrapola de la experiencia con el cáncer de cuello uterino más común y consiste en una historia clínica, un examen físico y una citología periódica.

**Fuente:** Elaboración Propia

## CAPITULO V

### 5. DISCUSIÓN

Conforme a los resultados obtenidos, se ha evidenciado un número propuesto de variables dependientes del criterio de cada autor, donde se encuentran incluidos los métodos diagnósticos y su eficacia, las medidas terapéuticas y el seguimiento en la etapa inicial del carcinoma vulvar, cuyas fuentes fueron tomadas de estudios actualizados que permitieron obtener resultados convenientes.

Dentro de los métodos diagnósticos y su eficacia en la etapa inicial del carcinoma vulvar, varios autores difirieron según sus métodos de elección; Koual M., et al. (31) concluyeron que la detección de SLN con fluorescencia ICG y NIR obtuvo una eficacia entre el 89,7 al 100%, mientras que Piatek S., et al. (32) evaluaron la efectividad diagnóstica entre la linfogammagrafía y la biopsia, donde se planteó que la linfogammagrafía tiene mayor eficacia y precisión; cabe recalcar que, la biopsia obtuvo un alto impacto en el estudio, pero no el necesario para demostrar mayor efectividad, dado que demandaba algunos criterios de elegibilidad para su realización. Serrado M., et al. (33) se enfocaron en el área de imagenología para definir su eficacia entre ellas, donde la TC o PET/TC con 18F-FDG fue establecida como la más eficiente para la evaluación diagnóstica de las etapas iniciales del carcinoma vulvar.

En cuanto a las medidas terapéuticas para la etapa inicial del carcinoma vulvar, se encontró que, en su gran mayoría, los autores coincidían con su terapia de elección. Merlo S. (34) afirmó que el tratamiento con mayor validez y mejores resultados es el quirúrgico, en específico, la linfadenectomía inguino-femoral. Así mismo, Oonk M., et al. (35) dedujeron que el mejor tratamiento consistía en un procedimiento de SNL indicado en pacientes con un tumor unifocal primario <4cm, con una profundidad de invasión >1cm, y una linfadenectomía inguino-femoral bilateral en pacientes con un tumor > 4 cm y enfermedad multifocal. El estudio de Giannini A., et al. (37) plantea que el abordaje quirúrgico tiene mayor eficacia, el cual consiste en una vulvectomía radical modificada, con valoración quirúrgica de los ganglios linfáticos; aunque, en el estudio de Pedrão PG., et al. (36) se concluyó que la mejor medida terapéutica para etapas iniciales o tempranas es la escisión local amplia y radical del tumor, a diferencia de la vulvectomía radical, ya que es un tratamiento más conservador y previene la recurrencia local, disminuyendo la morbilidad psicosexual. Del mismo modo, National Cancer Institute (US) (40) afirma que

en el caso de los estadíos iniciales se realiza una escisión local o radical, reemplazando la vulvectomía radical.

Din J., et al. (38) propuso un método mínimamente invasivo, donde pudo demostrar que la linfadenectomía inguinal laparoscópica de puerto único sin gas a través de una incisión en la vulva, es un tratamiento con mayor seguridad, dado que reduce la dificultad de operación. Por último, Zubor P., et al. (39) descubrieron una nueva herramienta como método terapéutico, que se basa en la actividad del plasma frío a presión atmosférica (CAP), el cual llegó a ser muy útil en el cáncer vulvar intraepitelial temprano, además, ayuda a disminuir el agravamiento inflamatorio y mejora la cicatrización de la herida posquirúrgica.

Respecto al seguimiento en la etapa inicial del carcinoma vulvar, Lakhman Y., et al. (41) apuntaron que el enfoque de vigilancia se debe basar en una historia clínica, examen físico y citologías periódicas, mientras que el estudio de Oonk M., et al. (35) mantiene el mismo criterio, que consiste en la revisión de los síntomas y examen de la vulva, el puente cutáneo y los ganglios linfáticos inguinofemorales, aunque, propuso también que el asesoramiento psicosexual puede mejorar la calidad de vida de las pacientes supervivientes de esta enfermedad.

## CAPITULO VI

### 6. CONCLUSIÓN

A medida que la medicina avanza, es evidente que el diagnóstico del cáncer vulvar está experimentando una transformación significativa. Además, la clínica tiene un papel importante en su diagnóstico, pueden identificar características como una lesión eritematosa, placas, úlceras o una masa poco definida.

Como se indicó previamente, es imperativo investigar y realizar una biopsia minuciosa de cualquier lesión sospechosa, dicho esto la biopsia del ganglio linfático centinela (BSGC) es el procedimiento estándar para la evaluación quirúrgica del cáncer de vulva. Además, la histopatología también es considerada como el estándar de oro único y universalmente aceptado para diagnosticar cualquier lesión sospechosa. La identificación intraoperatoria del ganglio centinela y el examen histopatológico son pasos cruciales posteriores en la BSGC.

La terapéutica del cáncer de vulva en su etapa inicial con mayor validez y mejores resultados es el quirúrgico, en específico, la linfadenectomía inguino-femoral. La detección temprana, la atención personalizada y el apoyo emocional son fundamentales para mejorar los resultados y la calidad de vida de las pacientes. Aunque los avances médicos continúan, la concienciación y la educación siguen siendo esenciales para abordar este tipo de cáncer de manera efectiva.

El calendario de seguimiento óptimo para el carcinoma vulvar aún sigue siendo indeterminado, pero, se recomienda encarecidamente ofrecer asistencia psicosexual a todas las mujeres durante el diagnóstico, tratamiento y postratamiento de la enfermedad vulvar preinvasiva o invasiva, junto de la mano con estudios de imágenes y pruebas de citológicas de VPH.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dasgupta S, Ewing-Graham PC, Swagemakers SMA, van der Spek PJ, van Doorn HC, Noordhoek Hegt V, et al. Precursor lesions of vulvar squamous cell carcinoma - histology and biomarkers: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2020;147(102866):102866. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2020.102866>
2. Abuhijla F, Salah S, Al-Hussaini M, Mohamed I, Jaradat I, Dayyat A, et al. Factors influencing the use of adaptive radiation therapy in vulvar carcinoma. *Rep Pract Oncol Radiother.* 2020;25(5):709–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpor.2020.06.005>
3. Gund G, Chadha A, Dongre A, Nayak C. Vulvar Sarcomatoid Squamous Cell Carcinoma: A Rare Entity. *Indian Dermatol Online J.* 2023 Oct 5;14(6):856-860. doi: 10.4103/idoj.idoj\_696\_22. PMID: 38099028; PMCID: PMC10718109.
4. Lebreton M, Carton I, Brousse S, Lavoué V, Body G, Levêque J, et al. Vulvar intraepithelial neoplasia: Classification, epidemiology, diagnosis, and management. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2020;49(9):101801. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101801>
5. Naumann RW, Hollebecque A, Meyer T, Devlin M-J, Oaknin A, Kerger J, et al. Safety and efficacy of nivolumab monotherapy in recurrent or metastatic cervical, vaginal, or vulvar carcinoma: Results from the phase I/II CheckMate 358 trial. *J Clin Oncol.* 2019;37(31):2825–34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.19.00739>
6. Muangchang M, Suprasert P, Khunamornpong S. Clinicopathological prognostic factors influencing survival outcomes of vulvar cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2021;22(8):2541–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.8.2541>
7. Bucchi L, Pizzato M, Rosso S, Ferretti S. New insights into the epidemiology of vulvar cancer: Systematic literature review for an update of incidence and risk factors. *Cancers (Basel).* 2022;14(2):389. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35053552/>

8. The Global Cancer Observatory: Ecuador. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. 2020. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/218-ecuador-fact-sheets.pdf>
9. The Global Cancer Observatory: Vulva. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. 2020. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/21-Vulva-fact-sheet.pdf>
10. Shapira-Frommer R, Mileshkin L, Manzyuk L, Penel N, Burge M, Piha-Paul SA, et al. Efficacy and safety of pembrolizumab for patients with previously treated advanced vulvar squamous cell carcinoma: Results from the phase 2 KEYNOTE-158 study. *Gynecol Oncol.* 2022;166(2):211–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2022.01.029>
11. Watkins JC, Yang E, Crum CP, Herfs M, Gheit T, Tommasino M, et al. Classic vulvar intraepithelial neoplasia with superimposed lichen simplex chronicus: a unique variant mimicking differentiated vulvar intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Pathol.* 2019;38(2): 175–82. <https://doi.org/10.1097/PGP.0000000000000509>
12. Salcedo MP, Sood AK, Dos Reis R, Ramalingam P, Chen C, Frumovitz M, et al. Perineural invasion (PNI) in vulvar carcinoma: a review of 421 cases. *Gynecol Oncol.* 2019;152(1):101–5. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.10.035>
13. Malandrone F, Bevilacqua F, Merola M, Gallio N, Ostacoli L, Carletto S, Benedetto C. The Impact of Vulvar Cancer on Psychosocial and Sexual Functioning: A Literature Review. *Cancers (Basel).* 2021 Dec 23;14(1):63. doi: 10.3390/cancers14010063. PMID: 35008225; PMCID: PMC8750175.
14. Kesic V, Carcopino X, Preti M, Vieira-Baptista P, Bevilacqua F, Bornstein J, Chargari C, Cruickshank M, Erzeneoglu E, Gallio N, Gultekin M, Heller D, Joura E, Kyrgiou M, Madić T, Planchamp F, Regauer S, Reich O, Esat Temiz B, Woelber L, Zodzika J, Stockdale C. The European Society of Gynaecological Oncology (ESGO), the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD), the European College for the Study of Vulval Disease (ECSVD), and the European Federation for Colposcopy (EFC) consensus statement on the management of vaginal intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol*

- Cancer. 2023 Apr 3;33(4):446-461. doi: 10.1136/ijgc-2022-004213. PMID: 36958755; PMCID: PMC10086489.
15. Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Saginala K, Barsouk A. Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Med Sci (Basel)*. 2023 Jun 13;11(2):42. doi: 10.3390/medsci11020042. PMID: 37367741; PMCID: PMC10304137.
  16. Schleiss-Andreassen JL, Kristensen E, Frøding LP, Stæhr E, Høgdall C, Christiansen AP, Høgdall E, Schnack TH. Assessment of recurrence rate and risk factors of relapse in stage in IA vulvar carcinoma. *Gynecol Oncol*. 2022 Mar;164(3):543-549. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.12.020. Epub 2021 Dec 29. PMID: 34973843.
  17. Ghoniem K, Shazly SA, Dinoi G, Zanfagnin V, Glaser GE, Mariani A. Sentinel lymph nodes and precision surgery in gynecologic cancer. *Clin Obstet Gynecol* 2020; 63: 12-23. doi:10.1097/GRF.0000000000000517
  18. Schnürch HG, Ackermann S, Alt-Radtke CD, Angleitner L, Barinoff J, Beckmann MW, et al. Diagnosis, therapy and follow-up of vaginal cancer and its precursors. Guideline of the DGGG and the DKG (S2k-Level, AWMF Registry No. 032/042, October 2018). *Geburtshilfe Frauenheilk* 2019; 79: 1060-78. doi: 10.1055/a-0919-4959
  19. Weinberg D, Gomez-Martinez RA. Vulvar cancer. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019; 46:125-35. Medline:30683259 doi:10.1016/j.ogc.2018.09.008
  20. Virarkar M, Vulasala SS, Daoud T, Javadi S, Lall C, Bhosale P. Vulvar Cancer: 2021 Revised FIGO Staging System and the Role of Imaging. *Cancers (Basel)*. 2022 Apr 30;14(9):2264. doi: 10.3390/cancers14092264.
  21. Olawaiye AB, Cuello MA, Rogers LJ. Cancer of the vulva: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021; 155 (Suppl 1):7-18. doi: 10.1002/ijgo.13881.
  22. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Arbyn M. Geographic and temporal variations in the incidence of vulvar and vaginal cancers. *J Cancer*. 2020; 147:2764-71. Medline:32410226 doi:10.1002/ijc.33055

23. Kesić V, Vieira-Baptista P, Stockdale CK. Early Diagnostics of Vulvar Intraepithelial Neoplasia. *Cancers (Basel)*. 2022 Apr 4;14(7):1822. doi: 10.3390/cancers14071822. PMID: 35406594; PMCID: PMC8997501.
24. Williams A, Syed S, Velangi S, Ganesan R. New directions in vulvar cancer pathology. *Curr Oncol Rep [Internet]*. 2019;21(10):88. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11912-019-0833-z>
25. Weinberg D, Gomez-Martinez RA. Vulvar cancer. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019;46(1):125–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2018.09.008>
26. Woelber L, Jaeger A, Prieske K. New treatment standards for vulvar cancer 2020. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2020;32(1):9–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/gco.0000000000000595>
27. Tan A, Bieber AK, Stein JA, Pomeranz MK. Diagnosis and management of vulvar cancer: A review. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Dec;81(6):1387-1396. doi: 10.1016/j.jaad.2019.07.055. Epub 2019 Jul 23. PMID: 31349045.
28. Virarkar M, Vulasala SS, Daoud T, Javadi S, Lall C, Bhosale P. Vulvar cancer: 2021 revised FIGO staging system and the role of imaging. *Cancers (Basel)*. 2022;14(9):2264. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/cancers14092264>
29. Martin-Garibay M, Falconi-Olán E, Muñoz-Herrera S, Cruz-Ramos A. Epidemiología y adherencia al tratamiento de cáncer de vulva en el occidente de México. *Revista Médica Basadrina [Internet]*. 2022;16(1):12–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33326/26176068.2022.1.1512>
30. Rasmussen CL, Thomsen LT, Baandrup L, Franzmann MB, Kjaer AK, Larsen LG, et al. Time trends in prevalence of p16 positivity and combined HPV/p16 positivity in a large cohort of Danish vulvar cancer patients. *Int J Cancer [Internet]*. 2023;152(11):2424–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.34446>
31. Koual M, Benoit L, Nguyen-Xuan HT, Bentivegna E, Azaïs H, Bats AS. Diagnostic value of indocyanine green fluorescence guided sentinel lymph node biopsy in vulvar cancer: A systematic review. *Gynecol Oncol*. 2021; 161(2):436-41. doi: 10.1016/j.ygyno.2021.01.031.

32. Piatek S, Michalski W, Benke M, Danska-Bidzinska A, Bidzinski M. Retrospective analysis of the diagnostic effectiveness of the sentinel lymph node biopsy (SLNB) in vulvar cancer. 2020;91(7):379-82. doi: 10.5603/GP.2020.0079
33. Serrado MA, Horta M, Cunha TM. State of the art in vulvar cancer imaging. 2019; 52(5):316-24. doi: 10.1590/0100-3984.2018.0072.
34. Merlo S. Modern treatment of vulvar cancer. *Radiol Oncol.* 2020; 54(4):371-6. doi: 10.2478/raon-2020-0053.
35. Oonk MHM, Planchamp F, Baldwin P, Mahner S, Mirza MR, Fischerová D, Creutzberg CL, Guillot E, Garganese G, Lax S, Redondo A, Sturdza A, Taylor A, Ulrikh E, Vandecaveye V, van der Zee A, Wölber L, Zach D, Zannoni GF, Zapardiel I. European Society of Gynaecological Oncology Guidelines for the Management of Patients with Vulvar Cancer - Update 2023. *Int J Gynecol Cancer.* 2023; 33(7):1023-43. doi: 10.1136/ijgc-2023-004486.
36. Pedrão PG, Guimarães YM, Godoy LR, Possati-Resende JC, Bovo AC, Andrade CEMC, Longatto-Filho A, Dos Reis R. Management of Early-Stage Vulvar Cancer. *Cancers (Basel).* 2022;14(17):4184. doi: 10.3390/cancers14174184.
37. Giannini A, D'Oria O, Chiofalo B, Bruno V, Baiocco E, Mancini E, Mancari R, Vincenzoni C, Cutillo G, Vizza E. The giant steps in surgical downsizing toward a personalized treatment of vulvar cancer. *J Obstet Gynaecol Res.* 2022;48(3):533-40. doi: 10.1111/jog.15103.
38. Ding J, Teng P, Guan X, Luo Y, Ding H, Shi S, Zhou X, Ni G. Analysis of Short-Term Efficacy of Gasless Single-Port Laparoscopic Inguinal Lymphadenectomy Through Vulva Incision for Vulvar Cancer. *Front Surg.* 2022; 9:813711. doi: 10.3389/fsurg.2022.813711.
39. Zubor P, Wang Y, Liskova A, Samec M, Koklesova L, Dankova Z, Dørum A, Kajo K, Dvorska D, Lucansky V, Malicherova B, Kasubova I, Bujnak J, Mlyncek M, Dussan CA, Kubatka P, Büsselberg D, Golubnitschaja O. Cold Atmospheric Pressure Plasma (CAP) as a New Tool for the Management of Vulva Cancer and Vulvar Premalignant Lesions in Gynaecological Oncology. *Int J Mol Sci.* 2020;21(21):7988. doi: 10.3390/ijms21217988.

40. PDQ Adult Treatment Editorial Board. Vulvar Cancer Treatment (PDQ®): Health Professional Version. 2023. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002–. PMID: 26389203.
41. Expert Panel on GYN and OB Imaging; Lakhman Y, Vargas HA, Reinhold C, Akin EA, Bhosale PR, Huang C, Kang SK, Khanna N, Kilcoyne A, Nicola R, Paspulati R, Rauch GM, Shinagare AB, Small W Jr, Glanc P. ACR Appropriateness Criteria® Staging and Follow-up of Vulvar Cancer. *J Am Coll Radiol*. 2021;18(5S): S212-28. doi: 10.1016/j.jacr.2021.02.016.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Bryan Isaac Vacacela Naula** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0750348625**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Diagnóstico y Tratamiento del Carcinoma Vulvar en Etapa Inicial”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **29 de febrero de 2024**

F: .....

  
**Bryan Isaac Vacacela Naula**  
**C.I. 0750348625**