

# Guías asistenciales

## Sección de Oncología

# Actitud ante el cáncer de vulva

Autores	Revisores	Fecha de elaboración
Esther Velasco Sánchez Omar Rahmouni Samani	Manel Barahona Orpinell Irene Egea López	12/09/2024 Fecha de revisión 12/12/2024

Esta guía es sólo el resumen del la Oncoguía SEGO de cáncer escamoso invasor de vulva publicada en 2023

### Introducción

El cáncer de vulva supone menos del 1% de todos los tumores malignos de la mujer, un 4-5% de todos los cánceres ginecológicos y constituye la 4.ª causa de neoplasia del tracto genital femenino, tras endometrio, ovario y cérvix. Su incidencia varía según las series entre 0,5 y 3 por 100.000 mujeres por año. Esta incidencia aumenta con la edad, objetivándose la máxima en la 7.ª década de la vida (edad media global de 68 años), aunque en los últimos años, la edad de aparición ha disminuido. Las etapas precoces han sido detectadas en los grupos etarios entre 45 y 60 años. Se describen un número de 372 muertes anuales por esta patología en España.

### Clínica

La presentación del cáncer de vulva puede ser variada, desde casos asintomáticos a prurito(80%) y dolor/irritación, a veces de larga evolución. Con menos frecuencia debutan como masa, hinchazón, ulceraciones o sangrado. El dolor acompaña fundamentalmente a las lesiones próximas a clítoris o uretra. En un 5% de los casos, el primer síntoma de consulta es una masa inguinal o un absceso, en el contexto de una enfermedad evolucionada.

### Diagnóstico de confirmación

El diagnóstico de certeza es anatomopatológico mediante biopsia incisional tipo punch, incluyendo muestra que evite el área central y que llegue al tejido celular subcutáneo, de todas las lesiones sospechosas. Se debe evitar la biopsia escisional para no dificultar la planificación del tratamiento. En el informe anatomopatológico debe constar al menos el tipo y grado histológico, y la profundidad de la invasión.

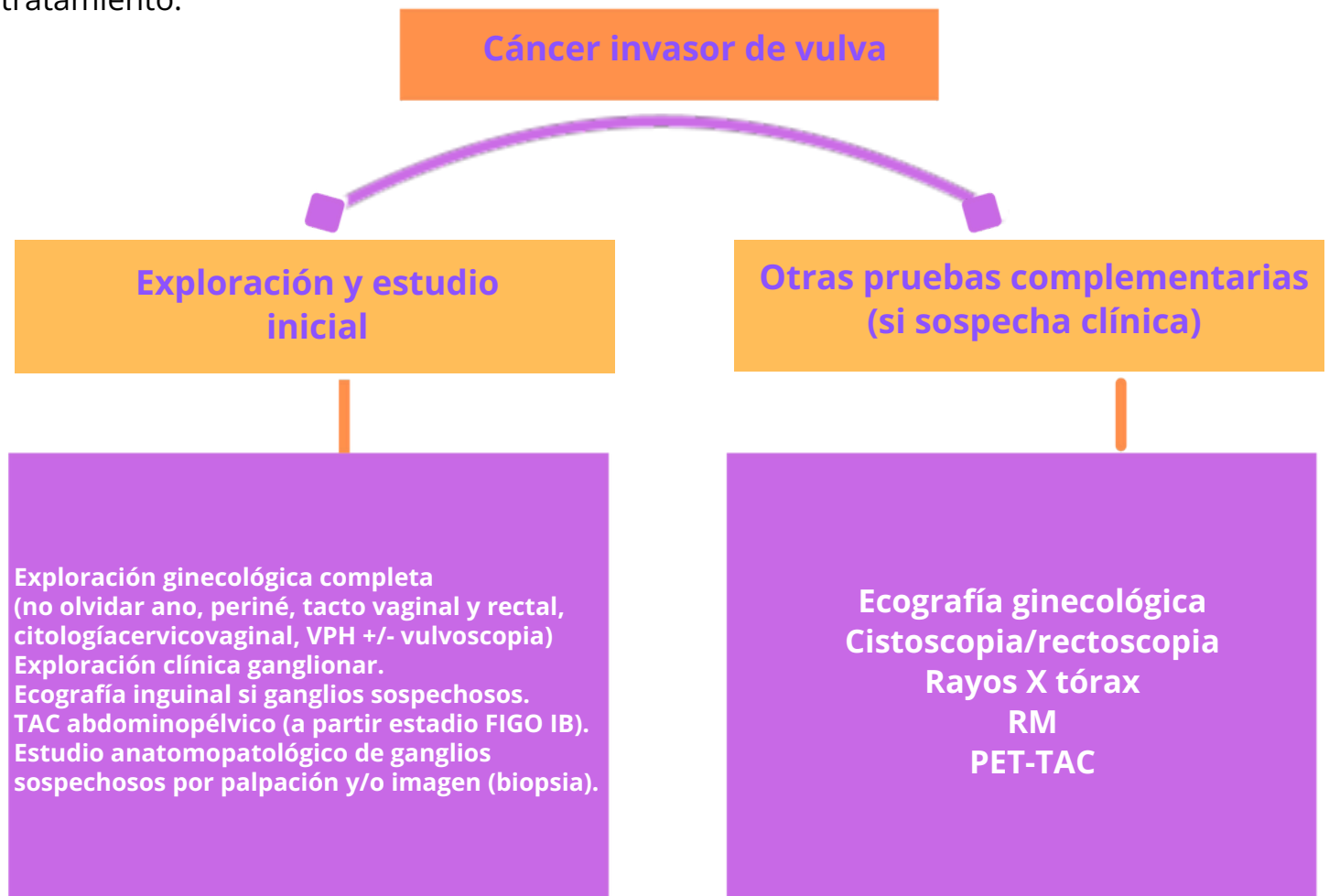


## Estudio de extensión

Los factores más relevantes del estudio de extensión son el tamaño, la localización del tumor (distancia a línea media/clítoris/ano/vagina/uretra) y la presencia o no de afectación ganglionar. La exploración clínica puede definir el tamaño y la localización de la lesión. Sin embargo, la palpación inguinal puede ser inexacta.

Ninguna prueba previa a la cirugía ha demostrado ser altamente efectiva para detectar la afectación ganglionar de pequeño tamaño, por lo que la estadificación ganglionar requiere una linfadenectomía inguino-femoral completa o una BSGC si reúne criterios.

En pacientes no candidatas a cirugía primaria, por extensión de la enfermedad o patologíamédica asociada, el estado ganglionar se evaluará por técnicas de imagen (ecografía, TAC, RM, tomografía por emisión de positrones [PET-TAC]), recomendándose, además, el estudio anatómo-patológico de las adenopatías sospechosas, para planificar el tratamiento.



## E estadificación y pronóstico

La estadificación clínica se considera insuficiente. Por tanto, siempre que sea posible, será necesaria una estadificación quirúrgica-anatomopatológica, como lo exigen las guías de la TNM y de la FIGO. Aproximadamente, el 30% de las pacientes con enfermedad operable presenta diseminación ganglionar, y el estado ganglionar constituye el factor pronóstico más importante.



## Tratamiento

El tratamiento es complejo y debe ser individualizado, realizado por un equipo multidisciplinar en un centro oncológico, con experiencia en tratamiento de estos tumores. Siempre que sea factible, la cirugía debe ser el tratamiento de primera elección, para obtener el tamaño del tumor, la invasión estromal y la afectación ganglionar, lo que permite establecer la estadificación de la enfermedad. La cirugía puede no resultar de elección, cuando no garantice unos márgenes suficientes o requiera una amplia mutilación para ello (con derivación urinaria, digestiva o estomas), siendo el tratamiento conservador con radioterapia con/sin quimioterapia, una alternativa eficaz, sobre todo en tumores avanzados. El objetivo principal de la cirugía es conseguir márgenes anatomopatológicos libres de tumor. El margen quirúrgico macroscópico recomendado es de al menos de 1 cm, con escisión

en profundidad hasta el diafragma urogenital, fascia profunda del músculo o periostio del pubis. En la actualidad, un margen quirúrgico inferior o igual a 3 mm ha objetivado el mayor riesgo de recurrencia.

Además de la escisión local del tumor invasivo con márgenes, se debe considerar la resección superficial de la neoplasia vulvar diferenciada acompañante. En la enfermedad multifocal se podría plantear la exéresis local de cada lesión con los márgenes quirúrgicos recomendados. La vulvectomía ampliada podría tenerse en cuenta en lesiones multifocales asociadas a cuadro de dermatosis vulvar extensa. Se requiere, además, la disponibilidad de técnicas y habilidades de cirugía reconstructiva para el abordaje multidisciplinar del cáncer de vulva.

## Seguimiento

En los tumores de vulva localmente avanzados tratados con radioterapia o quimiorradioterapia, en cuanto a las pruebas de reevaluación antes de decidir si es necesario o no cirugía, hay poca evidencia en la literatura. En general se recomienda reevaluación con pruebas de imagen, similares al diagnóstico, RMN, TAC y/o PET-TC, con un intervalo de 3 meses tras finalizar tratamiento, para evaluar la respuesta.

Por otro lado, hasta un 35% de pacientes recurren a los cinco años o más, lo que demuestra la necesidad de un seguimiento a largo plazo.

Periodicidad para estadios iniciales: cada 6 meses los dos primeros años, y después anual hasta completar cinco años de seguimiento. Para estadios avanzados, cada 3 meses los dos primeros años, y después cada 6 meses hasta completar los cinco años, hasta pasar a control anual.

## Manejo de la enfermedad recurrente o metastásica

La QT paliativa se debería de considerar para aquellas pacientes que no tienen opción a más RT ni a resección quirúrgica o en las pacientes con enfermedad metastásica a distancia, con el fin de paliar los síntomas y mejorar la calidad de vida. No hay estudios aleatorizados que indiquen qué esquema de QT podemos considerar estándar. El cisplatino es el tratamiento más frecuentemente utilizado como radio-sensibilizador, y también se recomienda como agente único o en combinación en la enfermedad metastásica.



# Algoritmo de tratamiento

## Manejo del cáncer de vulva invasor

**Indicaciones del tratamiento quirúrgico** Tumor primario de cualquier tamaño localizado en vulva o periné, sin afectación de estructuras vecinas. Lesiones que afecten estructuras perineales adyacentes superficialmente, pero que el tratamiento quirúrgico no condicione la colocación de estomas.

### Tratamiento quirúrgico

### No tratamiento quirúrgico

**Indicación de estudio ganglionar:** para lesiones mayores de 2 cm y con invasión estromal inferior a 1 mm

QT + RT (IB-II)  
Neoadyuvancia y exéresis (III-IVA)  
QT+/-Rt (IVB)

### Manejo de la enfermedad local

### Manejo de los ganglios linfáticos

No patológicos

Patológicos

Escisión radical local, excepto en lesiones multifocales que nos condicionen una vulvectomía. Márgenes de la menos 1 cm macroscópico salvo preservación de estructuras adyacentes. Ampliación de márgenes si bordes afectos.

**BSGC si:** tumores unifocales confinados a la vulva, menores de 4 cm, con invasión estromal mayor de 1 mm, con ganglios clínicamente negativos.  
**Linfadenectomía si:** no se consigue la detección del centinela Estudio ganglionar ipsilateral en tumores menores de 4 cm y a más de 2 cm de línea media

Valorar cirugía de citoreducción ganglionar Si ganglios fijos o ganglios pélvicos QT + RT

**Indicaciones tratamiento adyuvante:** En estadios IB-II con márgenes libres a más de 3 mm y factores de riesgo asociados: ILV presente e invasión estromal mayor a 5mm, tamaño mayor a 4 cm , G3, dVIN RADIOTERAPIA

**Indicaciones tratamiento adyuvante:** Radioterapia si afectación en GC con micrometástasis inferior a 2 mm o células tumorales aisladas, Quimioterapia vs Radioterapia exclusiva si dos o más ganglios patológicos

