

CÁNCER DE VULVA

Bibliografía base: Williams Ginecología. 4.^a edición. McGraw-Hill.

EPIDEMIOLOGÍA

Segunda neoplasia más frecuente de la vulva y genitales externos. Predomina en mujeres posmenopáusicas. Entre el 85% y 90% son carcinomas escamosos. Localización más frecuente: labios mayores.

- ❑ **Punto CONAREM:** "Tipo histológico más común" → [carcinoma escamoso](#).

DOS VÍAS PATOGENICAS



A. Vía HPV dependiente

- Mujeres jóvenes.
- Relación con VPH 16 y 33.
- Lesión precursora: VIN usual (clásica).
- Lesiones multifocales y pigmentadas.
- Fuerte asociación con tabaquismo.

B. Vía NO HPV dependiente

- Mujeres posmenopáusicas.
- Relación con lichen escleroso y mutación p53.
- Lesión precursora: VIN diferenciada.
- Lesión única, blanquecina, hiperqueratósica.
- Riesgo de progresión a invasión mucho mayor.

- ❑ **Punto CONAREM:** "Lesión precursora en posmenopáusicas con prurito crónico" → [VIN diferenciada](#).

CLÍNICA

Prurito crónico vulvar

(síntoma más frecuente)

Lesión blanca, hiperqueratósica

o úlcera que no cicatriza

Dolor, ardor, sangrado

ocasional

Masa vulvar

o induración

- **Punto CONAREM:** prurito crónico + lesión blanca en mujer mayor → sospecha de **VIN** diferenciada o **carcinoma escamoso**.

LESIONES PRECURSORAS (VIN)

VIN usual (relacionada a VPH)

- Mujeres jóvenes.
- Información clásica: lesiones multifocales.
- Progresión baja.

VIN diferenciada

- Posmenopáusicas.
- Lesión única, blanca.
- Riesgo alto de progresión.

- **Punto CONAREM:** **VIN diferenciada** es la de mayor riesgo de progresión.

DIAGNÓSTICO

- Examen físico dirigido.
- Colposcopia vulvar cuando es posible.
- Biopsia de cualquier lesión sospechosa.

Regla clave: No existe diagnóstico de cáncer vulvar sin biopsia.

MANEJO DEL CÁNCER DE VULVA

A. Enfermedad microinvasiva (FIGO IA, invasión ≤1 mm)

Tratamiento: escisión local amplia con márgenes adecuados. No requiere linfadenectomía.

- Punto CONAREM:** invasión menor o igual a 1 mm → [no se evalúan ganglios](#).

B. Enfermedad invasora (>1 mm de invasión)

Se debe evaluar compromiso ganglionar.

- Tumores laterales: linfadenectomía inguinofemoral ipsilateral.
- Tumores en línea media: evaluación bilateral.

- Punto CONAREM:** Tumor medial o a menos de 1 cm de la línea media → [ganglios bilaterales](#).

C. Tratamientos recomendados según Williams

- Cirugía conservadora cuando sea posible: escisión local radical.
- Linfadenectomía inguinofemoral o biopsia de ganglio centinela.
- Radioterapia adyuvante cuando:
 - ganglios positivos
 - márgenes positivos
 - tumores voluminosos
 - infiltración extensa

FACTOR PROGNÓSTICO MÁS IMPORTANTE

El estado de los ganglios inguinofemorales.

- Punto CONAREM:** el factor pronóstico fundamental es el [estado ganglionar](#).

MANEJO DE VIN

- VIN usual: ablación con láser, imiquimod o escisión local.
- VIN diferenciada: escisión quirúrgica amplia por alto riesgo.

TABLA RESUMEN PARA EXAMEN

Tema	Punto clave
Tipo histológico más común	Carcinoma escamoso
Lesión precursora más común	VIN usual
Lesión más proclive a evolucionar	VIN diferenciada
Síntoma más frecuente	Prurito crónico
Localización más frecuente	Labios mayores
Factor de riesgo clásico	VPH (jóvenes) y lichen escleroso (mayores)
Lesión preinvasiva en posmenopáusicas	VIN diferenciada
IA (≤ 1 mm)	Escisión amplia sin ganglios
>IA	Evaluación ganglionar
Tumor cerca de línea media	Linfadenectomía bilateral
Pronóstico	Determinado por ganglios

PERLAS CONAREM

- Toda lesión vulvar blanca y pruriginosa en mujer mayor requiere biopsia.
- VIN diferenciada progresiona más que VIN usual.
- VPH 16 es el tipo más asociado al cáncer escamoso vulvar.
- Tumores laterales → ganglios ipsilaterales; tumores centrales → bilaterales.
- Invasión de 1 mm es el punto de corte para evaluar ganglios.
- El manejo actual es conservador: escisión local radical, no vulvectomías totales en la mayoría de los casos.

