

CARCINOMA VULVAR ASOCIADO A TUBERCULOSIS

Por el doctor HERNANDO AMAYA LEON

Jefe de Clínica Ginecológica del hospital de San Juan de Dios.

Deseamos presentar este caso por considerarlo único dentro de la literatura revisada.

I. C., 65 años, ingresa al hospital el 20 de diciembre 1948. Reside permanentemente en Bogotá desde hace 36 años y se ocupa de labores hogareñas. Consulta por flujo y dolores vulvares.

Madre muerta por carcinoma del seno.

Pasado ginecológico satisfactorio; ciclos menstruales tipo 30/III normales. Menopausia hace 20 años, instalada sin mayores dificultades. Antecedentes obstétricos negativos.

La enfermedad actual parece evolucionar desde hace 10 años. Se inició con flujo blanco, cremoso, sin mal olor, acompañado de prurito vulvar; tratada con remedios caseros, no fue vista por médicos. El flujo se hizo con el transcurso de los años amarillo y mal oliente; el prurito se acentuó progresivamente. Desde hace un año acusa dolores, más o menos intensos, localizados en la vulva y regiones vecinas. Inexplicablemente la enferma confiesa no haber notado nunca signos objetivos vulvares.

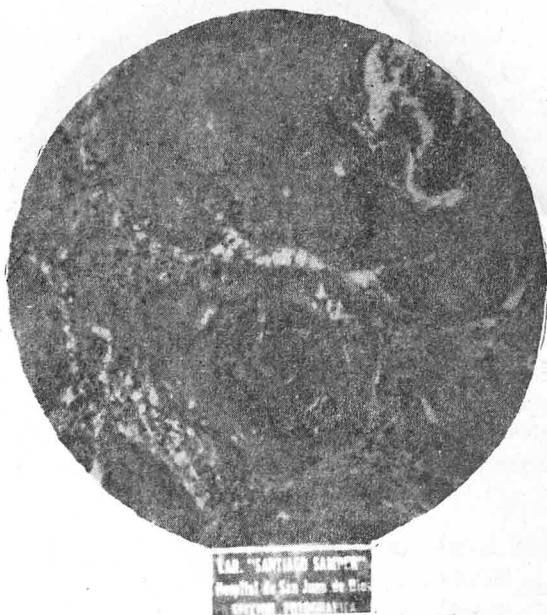
El examen clínico general es muy satisfactorio. T. A.: 125x75.

A la exploración ginecológica se ve una neoformación que recuerda una coliflor, de superficie irregular y ulcerada, friable, que invade todo el clítoris, y el pequeño y gran labio derechos en casi toda su extensión. Es posible apreciar adenopatía inguinal bilateral, y algunos ganglios son grandes, duros, inmóviles. Se observan grandes placas de leucoplasia, especialmente localizadas en los pliegues inguinocrurales. Hay himen virginal; no se aprecia mayor infiltración vaginal. T. R.: útero atrófico, móvil, sin caracteres anormales.

El examen histológico de biopsias, (Lab. S. Samper N° 52.459-07083) hace el diagnóstico microscópico de "Carcinoma epidermoide espinocelular. Grado II".

Otros exámenes de laboratorio: 4. 920.000 hematíes; 5.800 leucocitos; hemoglobina 100%; valor globular 1.02; fórmula leucocitaria, normal. Sedimentación globular: 7 y 27 mm. a la media y una hora. Azoemia: 0.34 gm%. Glicemia: 1.02 gm%. Orina: todo normal. Wasserman y Kahn: negativo total. Grupo sanguíneo: 0. Radiografía pulmonar: nada anormal. Reacción de Frei (Lygranum) practicada por el doctor J. E. Santos: negativa.

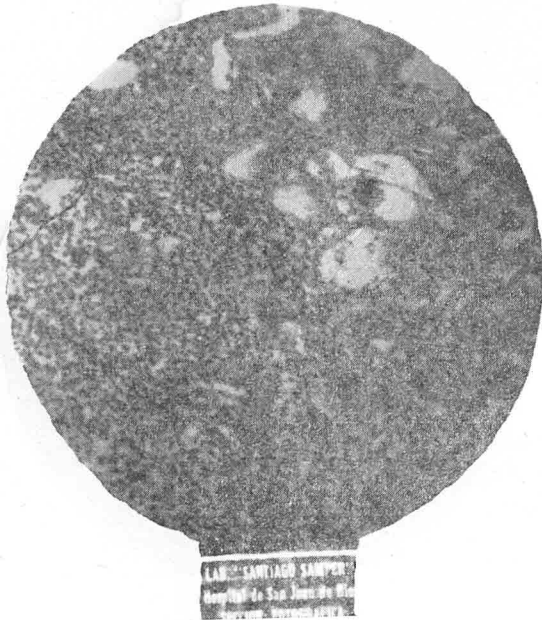
Al poco tiempo de tomar las biopsias, se instala una neta linfangitis, que cede con penicilina, sulfoterapia y aplicaciones locales.



Resuelto el tratamiento operatorio, se hace indispensable hacerlo en un solo tiempo, pues la enferma por ignorancia y necesidad no quiere comprender la gravedad de su caso, y difícilmente acepta una única intervención. Así, cuando se quería practicar en un primer tiempo la vulvectomía y en época posterior la excisión ganglionar, se hizo necesario ejecutar todo ello en una sola vez.

Bajo anestesia general, aplicando a la vez sangre y fluidos en abundancia, se practica una operación por la técnica de Basset. La incisión, muy amplia para extirpar las placas de leucoplasia, parte del

monte de Venus, alcanza la piel de los muslos y termina en el rafo ano-vulvar. En profundidad, deja los planos aponeuróticos a la vista, limpios. En la segunda parte de la operación, se prolongan las incisiones siguiendo un plan perpendicular a la arcada de Poupart y resecaando en bloque el tejido céluo-adiposo y los ganglios; se anota que el tejido está crónicamente inflamado, y hay una zona a la derecha en donde se encuentra un absceso de pus mal ligado y sin mal olor. Se logra una amplia disección de los ligamentos redondos y canales inguinales; excisión de los ganglios femorales y los llamados de Cloquet, en forma satisfactoria. Posteriormente, previa ligadura de las venas safenas externas, se extirpan todos los ganglios y tejidos en una amplia extensión.



Las condiciones de la enferma al terminar el complejo acto quirúrgico (3 horas), son muy buenas. El post-operatorio es largo, pues se asiste a un esfacele de las suturas, lo cual era lógicamente esperado. Actualmente se prepara para injertos.

El resultado anatomopatológico de las piezas quirúrgicas dice: "Laboratorio Santiago Samper-Sección de Anatomía Patológica 04930-07169.

Descripción macroscópica.—Vulva, tejido figrograsoso y ganglios linfáticos. Vulva: dimensiones 14 x 9 x 4 cms. El clítoris, la parte

posterior del gran labio derecho y el pequeño labio correspondiente, están aumentados de tamaño, de superficie ulcerada, irregular y de aspecto de coliflor. A nivel de la comisura anterior, el tejido celular subcutáneo está invadido por tejido de consistencia firme de color rosado pálido en unas partes y amarillento en otras. Son abundantes los focos de necrosis. Estas áreas invaden a ambos labios mayores hasta su parte media. El tejido fibroso muestra áreas de reproducción del mismo tumor. Los ganglios están hipertrofiados y algunos muestran áreas de color amarillento y consistencia firme.

Diagnóstico microscópico.—Carcinoma epidermoide espinocelular malignidad grado III, con metastasis ganglionar. Los cortes muestran grande y pequeño labio, clitoris, tejido celular subcutáneo y ganglios linfáticos. En todos, las preparaciones con excepción del tejido celular subcutáneo, se aprecia un neoplasma epitelial maligno, de tipo espinoso, muy infiltrante y moderadamente diferenciado. Se caracteriza por células agrupadas en islotes que se caracterizan por su polimorfismo, variaciones de tamaño e hiper cromatismo nuclear; son abundantes las figuras de división indirecta. El neoplasma muestra tendencia a queratinizarse y a formar globos corneos, pero estos últimos son muy escasos. El tumor se acompaña de un proceso inflamatorio subagudo muy activo. En los ganglios linfáticos se ven áreas de reproducción del tumor. En el tejido celular subcutáneo se observa un proceso inflamatorio específico caracterizado por áreas de caseificación, infiltración linfocitaria, células epitelioides, fibroblastos y células gigantes multinucleadas de tipo Langhans. Con coloración especial se encontraron formas sospechosas de ser bacilos ácido-alcoholo-resistentes, y por lo tanto es muy probable que se trate de un proceso tuberculoso" (Fdo.) E. Lichtemberger.

Como comentarios breves, hacemos notar que si bien el carcinoma vulvar no es tan raro (1), sí lo es el localizado en el clitoris y labios, 0.32% de los cánceres genitales según Gentil (2). En cambio, la localización TBC en la vulva, se considera como excesivamente rara (3), (4), (5).

Con Taussig —6—, opina la gran mayoría de los autores —7—, —8—, —9—, —10—, que la excisión quirúrgica del carcinoma es la terapéutica más satisfactoria en la actualidad. Es posible que este tratamiento sea el aconsejable también para los casos de TBC vulvar.

Creemos que la operación de Basset era el tipo de intervención ideal en el caso que nos ocupa.

Sumario

- 1) Se presenta un caso de carcinoma y tuberculosis vulvar asociados.
- 2) No se conoce otro caso similar, en la revisión de la literatura consultada.
- 3) La intervención (técnica de Basset) ejecutada en un solo tiempo, por razones especiales, dio buenos resultados inmediatos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Curtis A. H.—Ginecología. 487, 1941. Ed. Salvat, Barcelona.
- (2) Gentil F.—Carcinoma de la región vulvar. Gac. Méd. España, 1946, XX:9, 353.
- (3) Wharton.—Gynecology. 1944, 392. W. B. Saunders Co. Philadelphia.
- (4) Calatroni-Ruiz.—Terapéutica Ginecológica. 1941, 480. El Ateneo, Buenos Aires.
- (5) Cardiviola L.—Obst. y Gineco. Lat-Amer., 1946, 4:955.
- (6) Taussig F. J.—Am. J. Obst. Gynec. 40:764, 1940.
- (7) Mc Kelvey J. L.—The treatment of carcinoma of the vulva. Am. J. Obst. Gynec. 54:626-632, 1947.
- (8) Campbell R. E.—Am. J. Obst. Gynec. 54:634, 1947.
- (9) Ackerman-Gegato.—Cáncer, Diagnosis, Treatment and Prognosis, 1947. Mosby Co. St. Louis.