

Reconstrucción de un defecto vulvar crónico secundario al tratamiento de un carcinoma primario de la vagina: reporte de un caso y consideraciones de manejo

Reconstruction of a Chronic Secondary Vulvar Defect upon Treatment of Primary Vaginal Carcinoma: a Case Report and Management Considerations

Óscar Suescún¹, Jaime F. Ruiz^{1,2}, Francisco Sanmiguel³, Enrique Chaparro⁴

¹ Clínica de ginecología oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia

² Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D. C., Colombia

³ Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia

⁴ Clínica de cirugía plástica oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia

Resumen

El cáncer de vagina es una neoplasia rara, que constituye un 1% del cáncer genital femenino, aunque ha aumentado su incidencia en los últimos años. El manejo quirúrgico, adyuvante y reconstructivo resulta importante en el resultado oncológico y funcional de la enfermedad, pero puede comprometer la anatomía y función vaginal, y la de los órganos adyacentes. El avance en las terapias quirúrgicas y adyuvantes en pacientes más jóvenes ha conducido a una mayor supervivencia, implicando la necesidad de un mejor manejo del defecto anatómico de la lesión o de las secuelas de su tratamiento. Debe intentarse siempre que sea necesario un manejo multidisciplinario, desde la primera intervención, incluyendo la técnica reconstructiva correspondiente al defecto. Se presenta un caso de manejo conjunto oncológico y reconstructivo, mediante colgajo unilateral en flor de loto de un defecto vulvar crónico, originado tras el manejo de un cáncer vaginal primario previo.

Palabras clave: neoplasias vaginales, colgajos quirúrgicos, procedimientos quirúrgicos reconstructivos, cirugía plástica, Neoplasias de la vulva.

Abstract

Vaginal cancer is a rare neoplasm which makes up 1% of female genital cancer; however, its incidence has risen in the past few years. Adjuvant and reconstructive surgical management prove to be important in the oncologic and functional outcome of the disease, but may involve anatomy and function in the vagina, as well as in adjacent organs. Breakthroughs in surgical and adjuvant therapy have led to greater survival rates among younger patients, thus implying a greater need for improved management of the anatomical defect in the lesion or of treatment side effects. An effort should always be made towards interdisciplinary management, from the initial interven-

Correspondencia:

Oscar Suescun, Clínica de ginecología oncológica, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D. C., Colombia.
Av. 1ª No. 9-85, Bogotá, D. C., Colombia. Teléfono (57 1) 334 11 11

Fecha de recepción: 24 de abril de 2012 Fecha de aprobación: 28 de agosto de 2012

tion, including the corresponding reconstructive technique used on the defect. A case is presented on the combined oncologic and reconstructive management achieved by means of a lotus flower unilateral flap for a chronic vulvar defect brought about by previous primary vaginal cancer.

Keywords: vaginal neoplasm, reconstruction technical procedures, surgical flaps, plastic surgery, vulvar neoplasms.

Introducción

El carcinoma primario de vagina es el tumor maligno de origen ginecológico menos frecuente, aunque se ha reportado un aumento progresivo en las últimas décadas, que corresponde actualmente al 1% de los cánceres de los órganos genitales femeninos (1). Según el Anuario Estadístico 2010, del Instituto Nacional de Cancerología (INC), se presentaron 12 casos nuevos de cáncer vaginal en ese año, lo que equivale al 0,2% del total de cánceres en mujeres (2).

El manejo estándar del cáncer vaginal es la radioterapia o la quimiorradiación primaria, pero en casos seleccionados y en estadios tempranos puede considerarse la escisión radical del tumor y órganos adyacentes comprometidos (histerectomía, vulvectomía, linfadenectomía), de acuerdo con su localización y dependiendo de la lateralidad, profundidad de la invasión y extensión del tumor primario (3). En ocasiones, el tamaño de la intervención, cuando esta se realiza, o las secuelas del tratamiento ameritan alguna técnica de reconstrucción, la cual se puede realizar junto con la cirugía oncológica primaria o diferirse a un segundo tiempo



Figura 1. Caso descrito. Lesión vulvoperineal con marcación de márgenes oncológicos

quirúrgico meses o años después. Se calcula en tres casos al año el número de procedimientos quirúrgicos vulvares de manejo conjunto y simultáneo, oncológico y reconstructivo, de acuerdo con los registros de la clínica de ginecología oncológica del INC, aunque con mayor frecuencia se trata de casos de carcinoma vulvar.

Se presenta el caso clínico de una paciente a quien se realiza una reconstrucción de un defecto vulvar crónico consecutivo al tratamiento de un cáncer vaginal realizado años atrás.

Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una paciente que fue tratada a los 50 años por un carcinoma escamocelular de vagina en estadio FIGO, en 1995, en el Instituto Nacional de Cancerología, con radioterapia (teleterapia). Desde entonces refería prurito vulvar y úlcera crónica en región posterior de la vulva (periné), manejada en múltiples ocasiones con tratamientos estimulantes de la cicatrización y estudiada mediante toma repetida de biopsias, reportadas siempre como negativas para malignidad. Acude a su control en 2011 y refiere persistencia del prurito, asociado con flujo vaginal no fétido y con la úlcera vulvar que nunca cicatrizó; se realizó de nuevo biopsia negativa para malignidad. Se encontró lesión ulcerada en labios mayores y periné de aproximadamente 2 x 2 cm, de fondo limpio, indurada, sin signos de infección y que causaba obliteración completa del introito (figura 1). Se palpaba induración y fibrosis subyacente notable hasta los dos tercios internos de los labios mayores bilateralmente (en su borde lateral) y hasta 1 cm del meato uretral (en su borde anterior).

Se programó en conjunto con cirugía plástica para realizar cirugía oncológica (resección local amplia del defecto con márgenes), y en el mismo tiempo quirúrgico-anestésico, cirugía reconstructiva del



Figura 2. Caso descrito. Lesión vulvoperineal resecada y marcación del colgajo en 'flor de loto' izquierdo

defecto. Se realizó demarcación de los bordes con 1 cm de margen (figura 1), y resección del tejido superficial, incluyendo la úlcera y el tejido fibrótico circundante (figura 2). El servicio de cirugía plástica realizó colgajo en flor de loto izquierdo, y rotación de este para cubrir el defecto central (figuras 2 y 3). No hubo complicaciones durante el tiempo operatorio. La paciente evolucionó satisfactoriamente en los controles posquirúrgicos, sin anomalías en el colgajo, con adecuada perfusión y sin signos de sobreinfección ni colección (figura 5). La patología fue negativa para lesión infiltrante residual.

Discusión

Se obtuvo consentimiento por parte de la paciente para obtener y presentar las imágenes con objetivos académicos. Se ha documentado en los últimos años un cambio en patologías ginecológicas, como el cáncer vaginal y vulvar, y sus correspondientes condiciones premalignas (VAIN y VIN), las cuales ahora son diagnosticadas en etapas más tempranas y en una población más joven (4). Las lesiones mismas, su tratamiento y el uso de terapias adyuvantes como radioterapia pueden afectar notablemente la morfología genital o dejar lesiones residuales, lo que hace necesaria la práctica de procedimientos de reconstrucción posteriores o simultáneos al tratamiento primario, toda vez que el mantenimiento de la anatomía y de la función sexual y la prevención de secuelas psicológicas tras el procedimiento resultan fundamentales. El tratamiento primario y adyuvante, así como el manejo de las recurrencias

suponen, entonces, un reto notable para la cirugía oncológica y reconstructiva, y por este motivo suele (y debe) ser realizado en centros de referencia de cirugía oncológica multidisciplinaria, donde pueden ser concentrados estos casos infrecuentes (5).

La cirugía oncológica sobre la vulva representa un riesgo notable de morbilidad, y el proceso de reconstrucción del área genital tras los tratamientos del cáncer ginecológico es diverso; existen diferentes técnicas para su realización, incluyendo vulvo y vaginoplastia, reconstrucción uretral, reparación de fístulas urinarias o intestinales, y otros, todo ello dependiendo del tipo de defecto y de la afectación funcional que cause a cada paciente en particular. Es claro, sin embargo, que el manejo reconstructivo inmediato permite resecciones de lesiones mayores y con márgenes más seguros, lo que disminuye el riesgo de infección, dehiscencia y recurrencia (6).

El manejo debe hacerse de manera multidisciplinaria, y se requiere una adecuada interacción entre los especialistas en ginecología oncológica, cirugía reconstructiva, cirugía gastrointestinal y urología, para ofrecer la mejor opción a cada paciente (7). Frecuentemente, las condiciones locales hacen necesario el uso de injertos o colgajos cutáneos, los cuales pueden ser tomados de tejido local o a distancia. Dependiendo de las características del área receptora y el tejido circundante, se debe escoger entre los más frecuentes colgajos pediculados o los más complejos colgajos libres, los cuales requieren técnicas microquirúrgicas depuradas (7).



Figura 3. Caso descrito. Rotación y fijación del colgajo sobre el defecto

En una revisión retrospectiva de 46 pacientes a quienes se realizaron colgajos reconstructivos a pacientes con cáncer ginecológico (vulva, cérvix, ovario, vagina y endometrio) en un hospital de Londres, Staiano y colaboradores describen los resultados de 53 colgajos: 26 pediculados (de los cuales 16 fueron romboideos, 5 en flor de loto y 5 colgajos de avance), 26 miocutáneos (de los cuales 21 fueron de recto abdominal, 4 de músculo grácilis y uno de tensor de fascia lata) y un colgajo libre.

Reportan una tasa de complicaciones globales del 53%, con una tasa de reintervención del 18%. En 35% de los casos se documentó dehiscencia de la herida, y hubo un caso (2%) de pérdida total y cuatro casos (8%) de pérdida parcial del colgajo, fundamentalmente en los casos de colgajos miocutáneos. En los casos de colgajos rectos abdominales se presentaron tres casos de hernia abdominal. En esta serie de casos debe mencionarse que incluía numerosos casos de enfermedad recurrente y que habían recibido radioterapia (8). Otras series han reportado menores incidencias de dehiscencia (15%) con técnica de grácilis, pero con menos casos de enfermedad recurrente y radioterapia previa (9).

La técnica del colgajo en “flor de loto” fue descrita inicialmente por Yii y Niranjan, en 1996, en Inglaterra, y desde entonces ha sido extensamente usada en la reparación de los defectos perineales y vaginales (10). Tiene la virtud de aprovechar la rica red subcutánea de anastomosis pudendas en la región perineal, permitiendo la elaboración de un colgajo bastante seguro, relativamente sencillo de implementar y versátil en la rotación y aplicación



Figura 4. Caso descrito. Resultado postoperatorio inmediato

sobre los defectos vulvares, lo cual permite una adecuada cicatrización, con buen efecto cosmético (11).

El caso actual requería una intervención que ofreciera una buena irrigación y garantizara la viabilidad del colgajo con una buena irrigación (habida cuenta del antecedente de radioterapia), que tuviese poco riesgo de pérdida y poca probabilidad de morbilidad (porque el defecto era relativamente pequeño), y que permitiera cubrir la línea media. Esta técnica permitió el cubrimiento del defecto vulvar completo con la aplicación de un solo colgajo, con buenos resultados funcionales y estéticos. El uso de colgajos que crucen la línea media ha sido, sin embargo, asociado con frecuencia mayor de necrosis y pérdida de este (12). Se han realizado propuestas de modificación a la técnica original, simplificándola al describir un colgajo más delgado o utilizando un túnel de tejido sano bajo el cual se moviliza el colgajo (11).

La técnica utilizada en este caso comparte con otras que utilizan colgajos perineales la utilidad de una red vascular, que por su localización no se ve mayormente comprometida por la radioterapia y permite, por tanto, una viabilidad de colgajos satisfactoria. Por otra parte, se trata de una técnica sencilla y de fácil implementación, lo cual resulta de particular importancia en una población que suele ser de edad avanzada (aunque, como se mencionó, ha ido disminuyendo) y cursar con comorbilidades asociadas. Puede mencionarse, además, la ventaja evidente de que el área donante es poco visible, que su localización es suficientemente lejana para evitar recurrencias locales y que la sensibilidad del área se conserva (el nervio pudiendo discurre paralelo a los vasos). Una desventaja potencial descrita es el hecho de que se reemplaza tejido con vello por un tejido que normalmente no lo tiene, pero es poco probable que en nuestro medio eso represente molestia alguna para las pacientes (6).

Se han descrito otros tipos de colgajos para la reconstrucción de lesiones vulvares y perineales (figura 5), y estas han sido categorizadas de acuerdo con su área como pequeñas (< 10 cm²), medianas (10-20 cm²) o grandes (> 20 cm²) (12). Entre estos, cabe destacar el colgajo de grácilis, el colgajo Singapur, el colgajo fasciomuscular pudiendo y más recientemente los llamados colgajos fasciocutáneos V-Y.

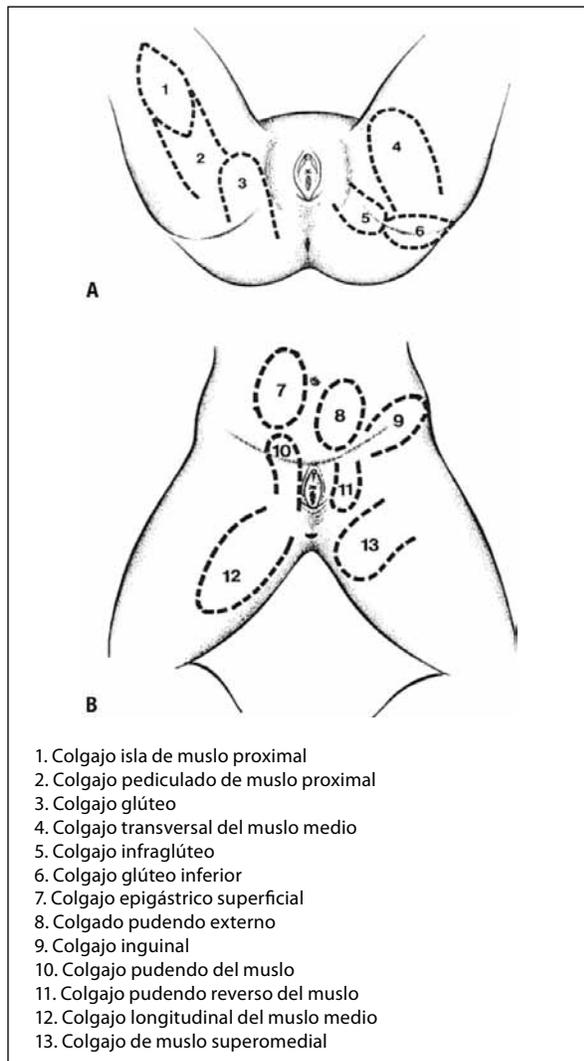


Figura 5. Ejemplos de colgajos fasciocutáneos para la reconstrucción vulvoperineal

Fuente: modificado de (5).

Han sido propuestos, así mismo, varios algoritmos de reconstrucción de acuerdo con el tamaño, en general proponiendo los colgajos fasciocutáneos para los defectos más pequeños y reservando los miocutáneos para los casos más severos (5,8,12). También para los defectos vaginales han sido propuestas clasificaciones y algoritmos de reconstrucción, teniendo en cuenta la pared vaginal comprometida y si se trata de lesiones circunferenciales (13).

En conclusión, la concurrencia de la cirugía oncológica y reconstructiva simultánea en centros especializados en cáncer será cada vez más necesaria para la corrección de defectos vulvares y perineales

consecutivos al tratamiento quirúrgico o adyuvante del cáncer, o las lesiones premalignas de vulva y vagina. La utilización de colgajos como el descrito permite corregir defectos pequeños o medianos de una manera eficiente, rápida y segura.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). Tumours of the breast and female genital organs. Geneva: WHO; 2003.
2. República de Colombia, Instituto Nacional de Cancerología (INC). Distribución de casos nuevos de cáncer por sexo, según localización primaria. Bogotá: INC; 2012.
3. Hacker N. Berek and Hacker's gynecologic oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
4. Medina M, Sánchez R, Ortiz N, Rodríguez A, Oróstegui S. Comportamiento del cáncer de vulva durante 16 años en el Instituto Nacional de Cancerología (Colombia). *Rev Col Cancerol.* 2009;13:22-8.
5. Hage J B van M. Reconstruction of acquired perineovulvar defects: a proposal of sequence. *Sem Plast Surg.* 2011;25:148-54.
6. Bodin F, Weitbruch D, Seigle-Murandi F, Volkmar P, Bruant-Rodier C, Rodier JF. Vulvar reconstruction by a "supra-fascial" lotus petal flap after surgery for malignancies. *Gynecol Oncol.* 2012;125:610-3.
7. Ninkovic M, Dabernig W. Flap technology for reconstructions of urogenital organs. *Current opinion in urology. Curr Opin Urol.* 2003;13:483-8.
8. Staiano JJ, Wong L, Butler J, Searle AE, Barton DP, Harris PA. Flap reconstruction following gynaecological tumour resection for advanced and recurrent disease – A 12 year experience. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009;62:346-51.
9. Burke TW, Morris M, Levenback C, Gershenson DM, Wharton JT. Closure of complex vulvar defects using local rhomboid flaps. *Obstet Gynecol.* 1994;84:1043-7.
10. Yii NW, Niranjan NS. Lotus petal flaps in vulvo-vaginal reconstruction. *Br J Plast Surg.* 1996;49:547-54.
11. Buda A, Confalonieri PL, Rovati LCV, Signorelli M, Del Bene M. Tunneled modified lotus petal flap for surgical reconstruction of severe introital stenosis after radical vulvectomy. *Int J Surg Case Reports.* 2012;3:299-301.
12. Salgarello M, Farallo E, Barone-Adesi L, Cervelli D, Scambia G, Salerno G, et al. Flap Algorithm in vulvar reconstruction after radical, extensive vulvectomy. *Ann Plast Surg.* 2005;54:184-90.
13. Pusic AL, Mehrara BJ. Vaginal reconstruction: an algorithm approach to defect classification and flap reconstruction. *J Surg Oncol.* 2006;94:515-21.