



ivo
FUNDACIÓN
INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGÍA

S O G C V



XI Reunión de Grupos de Trabajo de la Sociedad de
Obstetricia y Ginecología de la Comunidad Valenciana

ADEIT

Valencia, 12 y 13 de Noviembre de 2015



Tratamiento del cáncer de vulva inoperable

Pedro Luis Martínez Castro

13 de Noviembre de 2015
Servicio de Ginecología
Area Clínica de Oncología Ginecológica
Instituto Valenciano de Oncología
Valencia

Cáncer de vulva inoperable: **Localmente avanzado (ACR)**



- **Sin metástasis a distancia**

- **Compromiso de:**

- uretra-vejiga
- ano-recto

Exenteración
pélvica
**Resección
parcial**



- **Compromiso inguinal :**

- Infiltración músculo
- Infiltración fascia
- Infiltración vasos

Cirugía:
• Vascular
• Plástica

Cronología del manejo del Cáncer de Vulva Localmente Avanzado

De
“Exenteración como única opción”
a
“Cirugía probablemente innecesaria”

De “Exenteración sistemática” a “ Cirugía no necesaria?”

Los años 70

“Cuando se han agotado alternativas más conservadoras, todas las pacientes con cáncer en la pelvis (cervix,vagina,vejiga,uretra,recto o vulva) deben ser consideradas candidatas a exenteración”

Symmonds RE et al. Exenterative operations : experience with 198 patients. Am J Obstet Gynecol, 1975

Tratamiento Primario Exenteración Pélvica

Edad	n	Muerte POP	OS 5 ^a %
26-50	17	1	41
51-60	8	0	60
61-70	2	0	50
>71	6	3	0

Krupp Ph. Current status of the treatment of epidermoid cancer of the vulva. Cancer 38, 587-595. 1976

Morbimortalidad de la Exenteración Pévica

Institución	Años	N	Morbilidad %	Mortalidad %	S 5 a %
MSKCC	1948-64	561	-	26	20
S.Louis University	1950-65	312	46	10	38
MD Anderson	1955-76	192	-	13	42
Mayo Clinic	1950-71	198	34	13	32
Roswell Park	1957-74	87	40	10	28
Total		1350	40	14	

Exenteración Pévica

- Cambios anatomía perineal y fisiología del sistema urinario y/o digestivo
- Impacto psico-sexual
- Alta tasa complicaciones graves
- Alta tasa mortalidad

De “Exenteración sistemática” a “ Cirugía no necesaria?”

Los años 80 : La Radioterapia

48 pacientes
Cáncer de Vulva primario y recurrente
Radioterapia preoperatoria : 77%

Respuestas : 42%
Exenteración : 5%

Boronow RC. Combined therapy as an alternative to exenteration for locally advanced vulvovaginal cancer : rationale and results. **Cancer, 1982**

*“ Los datos son limitados, pero parece que moderadas dosis de **RT preoperatoria disminuyen el tamaño del tumor en el 70-85% de las pacientes, obviando la necesidad de exenteración con menos morbilidad sin comprometer la supervivencia “***

De “Exenteración sistemática” a “ Cirugía no necesaria?”

Los años 90 : La quimioterapia

○ Varios estudios no controlados (que incluyen menos de 30 pacientes) con diversas drogas (5-FU, vincristina, MMC, cisplatino), y 2 prospectivos de EORTC (Bleo, Methotrexate y CCNU) proporcionaron tasas de respuesta del 60% .

○ **Buenos resultados con CTRT neoadyuvante en :**

- Cabeza y cuello
- Cervix uterino
- Anal

De “Exenteración sistemática” a “ Cirugía no necesaria?”

1998

GOG 101

2000

- 73 pacientes T3T4 irresecables

*Radioterapia preoperatoria: 46.7Gy
Cisplatino y 5 FU*

Respuestas : 100%

- Completa 33/71 (46.5%)
- Parcial 38/71 (53.5%)

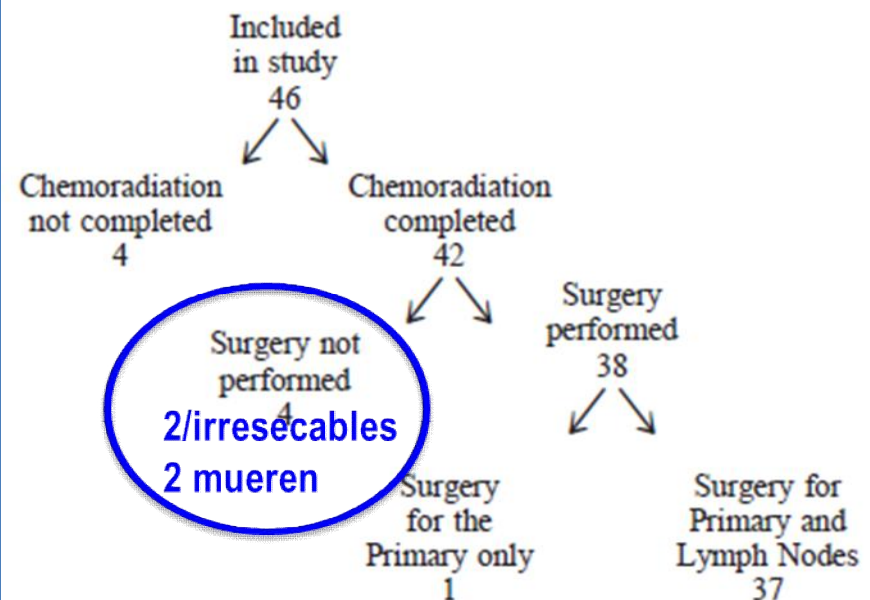
Irresecables : 2/71 (2.8%)

Exenteración : 3/71 (4.22%)

Toxicidad aceptable (dermitis)

“CRT es factible y puede reducir necesidad de exenteración”

- 46 pacientes N2,N3 irresecables



**Respuesta completa patológica
15/37 (40%)**

Montana GS et al *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000; 48:1007-1013

De “Exenteración sistemática” a “ Cirugía no necesaria?”

2012 : GOG 205

58 pacientes, T3,T4 irresecables
Radioterapia sin descanso: **57.6 Gy**
Sólo cisplatino(40mg/m²)

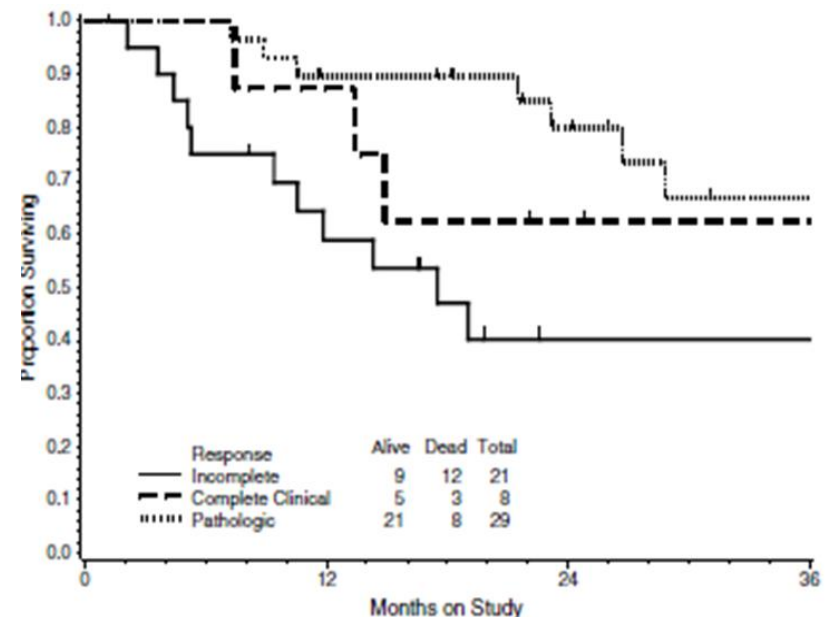
18/58 no completan tratamiento

Respuestas : 100%

- **Clinica Completa 37/58 (64%)**
- **Patológica Completa 29/37 (78%)**

Exenteración : 0/58

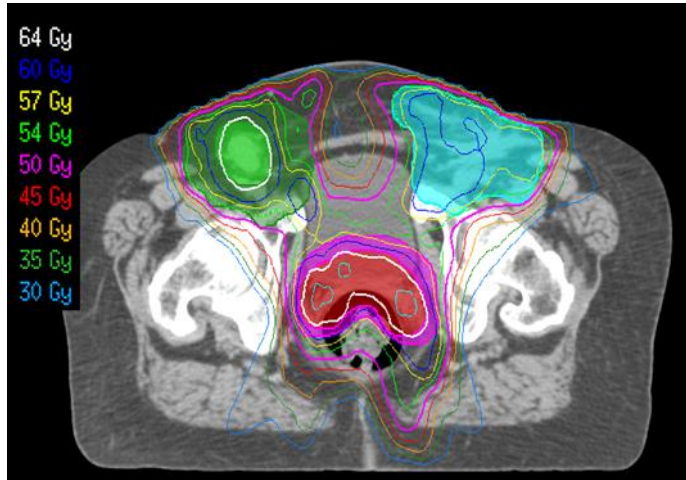
Toxicidad : Hematologica,GI,Piel



Moore DH et al ,Gynecol Oncol 2012; 124(3):529-533



IMRT

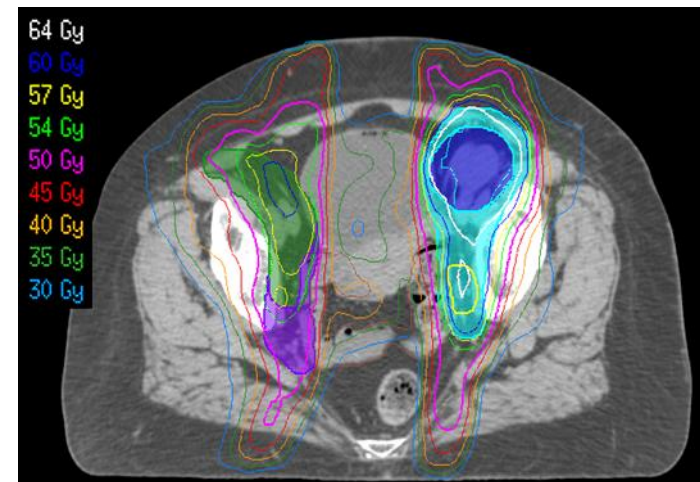


Inconvenientes :

- Curva aprendizaje
- Controversias delimitación ingule (Metástasis en tránsito)
- Protección M. Venus y vagina
- Es necesario cubrir toda la vulva?

Ventajas :

- Protección piel por fuera de PTV
- Protección vejiga, intestino delgado, recto
- Protección de cabeza femoral
- Concurrent boost



De “Exenteración sistemática” a “ Cirugía no necesaria?”

2013 : IMRT

42 pacientes T1,T2,T3

- 36 pacientes : IMRT, cisplatino, 5FU
- 6 pacientes IMRT, cisplatino

Dosis 46.4 Gy

Respuestas: 100%

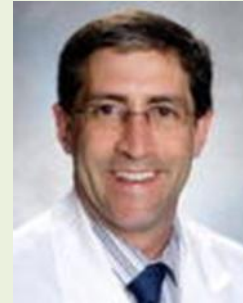
- **Completa 21/41 (51.2%)**
- **Parcial 20/41 (48.8%)**

Irresecables : 8

Sin toxicidad \geq grado 3

“Es necesario aumentar dosis RT y explorar otras drogas”

>2019 : GOG 279



Neil S. Horowitz, MD
Dana-Farber Cancer Institute

**Objetivo principal : Respuestas
patológicas**

IMRT con Cisplatino y Gemcitabina

•N : 52 pacientes a incluir

•T2,T3 N0-3 M0

•Inicio : Julio 2012

•Datos: Sept. 2019

ClinicalTrials.gov Identifier:NCT01595061

Conclusiones

1. **CT-RT produce alta tasa de respuestas en CVLA pero...**
Fraccionamiento, dosis total y droga(s) radiosensibilizantes aún no han sido definitivamente establecidos
2. **IMRT es menos tóxica que RT convencional pero...**
Su eficacia, a dosis altas aún ha de ser probada
3. **Cirugía sistemática en pacientes que alcanzan RC patológica debería realizarse tras comprobar “beneficio clínico”**



ivo
FUNDACIÓN
INSTITUTO VALENCIANO DE ONCOLOGÍA

S O G C V



XI Reunión de Grupos de Trabajo de la Sociedad de
Obstetricia y Ginecología de la Comunidad Valenciana

ADEIT

Valencia, 12 y 13 de Noviembre de 2015



Muchas gracias

Pedro Luis Martínez Castro

13 de Noviembre de 2015
Servicio de Ginecología
Area Clínica de Oncología Ginecológica
Instituto Valenciano de Oncología
Valencia

“ Inoperable” y “ Cirugía no recomendable”

- No es lo mismo
- **No existe evidencia nivel 1**