

---

## Casos clínicos

---

**M. Sánchez Serrano  
J.V. Torres Gallach**

**567**

Sección de Ginecología Oncológica.  
Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología.  
Facultad de Medicina y Odontología de Valencia.

### Sarcoma vulvar posradioterapia

*Vulvar sarcoma  
after radiotherapy*

**Correspondencia:**

Dra. M. Sánchez Serrano.  
Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología.  
Facultad de Medicina y Odontología de Valencia.  
Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia.

Fecha de recepción: 7/2/02

Aceptado para su publicación: 10/7/02

*M. Sánchez Serrano, J.V. Torres Gallach. Sarcoma vulvar posradioterapia.*

---

#### **RESUMEN**

Entre los efectos secundarios de la radioterapia se encuentran el desarrollo de sarcomas en el área irradiada. Se describe un caso de carcinoma epidermoide vulvar tratado mediante vulvectomía radical (estadificación posquirúrgica: T2pN1+/26 Mx) y posterior radioterapia, con aparición, 21 meses después de la intervención, de un sarcoma fusocelular en la misma zona de la lesión epidermoide primitiva. Se practicó exéresis amplia de la lesión, año y medio después no se había producido recidiva. Se discute la relación entre la irradiación y la aparición del sarcoma en esta localización concreta.

#### **ABSTRACT**

One of the adverse effects of radiotherapy is the development of sarcomas in the irradiated area. We describe a case of vulvar epidermoid carcinoma treated with radical vulvectomy (postsurgical staging: T2 pN1 +/26 Mx) and subsequent radiotherapy. Twenty-one months after the operation, a fusocellular sarcoma developed in the same location as the primitive epidermoid tumor. Wide excision of the tumor was performed and eighteen months later no tumoral recurrence has occurred. The relationship between irradiation and the development of sarcoma in this particular location is discussed.

#### **PALABRAS CLAVE**

Carcinoma epidermoide vulvar. Sarcoma vulvar.  
Radioterapia.

#### **KEY WORDS**

Vulvar epidermoid carcinoma. Vulvar sarcoma.  
Radiotherapy.

## 568 INTRODUCCIÓN

Los sarcomas representan entre el 1 y el 3% de las neoplasias malignas de la vulva. Se han descrito múltiples subtipos histológicos, siendo los más frecuentes los leiomiosarcomas<sup>1-3</sup>. El sarcoma inducido por radioterapia o asociado con la misma fue publicado por primera vez en 1922, y desde entonces los casos descritos han sido generalmente relacionados con el tratamiento primario de cáncer de mama y hueso<sup>4-6</sup>. Más raramente se ha descrito esta enfermedad en relación con neoplasias ginecológicas malignas<sup>7-9</sup>, y no se ha publicado hasta la fecha su aparición en el área vulvar previamente irradiada.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 76 años de edad, con antecedentes de menarquía a los 13 años, 2G 2P, con menopausia a los 52 años, fractura de calcáneo a los 63 años, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, hipertensión arterial y accidente cerebrovascular 5 años antes con recuperación completa.

Consultó por dolor y escozor vulvar de 5 meses de evolución. Se practicó biopsia con resultado histopatológico de carcinoma epidermoide infiltrante bien diferenciado. Con dicho diagnóstico fue remitida a nuestro servicio, evidenciándose en la exploración clínica una neoformación en la cara interna del labio menor derecho de 5-4 cm con posible infiltración periclitoroidea, aunque menos aparente macroscópicamente; en la palpación no se detectaron adenomegalías inguinales, y tampoco se descubrieron lesiones satélites. Con la estadificación T<sub>2</sub>N<sub>x</sub>M<sub>x</sub> prequirúrgica, y tras la realización del estudio de preanestesia, se practicó vulvectomía radical. El informe de anatomía patológica fue el siguiente: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de vulva, metástasis en una adenopatía inguinal izquierda, Cloquet negativo y bordes de resección quirúrgica libres de infiltración. La estadificación posquirúrgica fue VT2 pN1+/26 Mx. Ante estos hallazgos, 2 meses después recibió radioterapia, fotones de 18 MV del acelerador lineal sobre cadenas inguinofemorales e ilíacas bilaterales; más área vulvar, mediante dos campos, anterior y posterior, con protección de estructuras pélvicas centrales administrando una dosis de 50,4 Gy con fraccionamiento de 1,8 Gy/día. En las

revisiones, a los 3, 6 y 9 meses después de la intervención, la paciente se encuentra asintomática, sin evidenciarse lesiones locales; sin embargo, 21 meses después se aprecia una neoformación en área perirectal derecha (fig. 1), de aproximadamente 2-3-2 cm, coloración sonrosada, superficie lisa, consistencia sólida, elástica, no dolorosa a la palpación y que no había producido sintomatología salvo su presencia. Se practica biopsia de la lesión con resultado anatopatológico de sarcoma, y ante dicho resultado y tras comprobar la ausencia de metástasis a distancia mediante tomografía axial computarizada (TAC) toracico-abdominopélvica, se procede a la exéresis de la lesión con ampliación de bordes quirúrgicos (figs. 2 y 3). En el informe de la pieza quirúrgica se evidenciaron: sarcoma fusocelular con componente epiteloide (fig. 4), de alto grado citológico, 5 mitosis/10 campos, vimentina positivo, actina focal y débilmente positivo; citoqueratina, CD31, CD34 y desmina negativos; p53 positivo, Ki 67 15%, y bordes de resección libres de infiltración. Un año y medio después de la exéresis no se ha producido recidiva.

## DISCUSIÓN

La posible asociación entre el tratamiento radioterápico y la subsecuente aparición de sarcomas en el área irradiada ha sido ampliamente estudiada y descrita para ciertas neoplasias malignas óseas y mamarias<sup>4-6</sup>; sin embargo, son pocas las publicaciones que apunten dicha asociación en el caso de tumores ginecológicos. Se ha sugerido que el linfedema crónico es un factor causal importante en el desarrollo de estos sarcomas, especialmente angiosarcomas<sup>8,9</sup>. Por otro lado, se ha calculado el riesgo relativo de cáncer secundario en pacientes tratadas por carcinoma de cérvix, y se ha comprobado que la irradiación es un factor importante en el incremento del riesgo; y en este trabajo no se ha diferenciado entre la aparición secundaria de sarcomas o tumores epiteliales<sup>7</sup>.

Mark et al publicaron el estudio de 114 mujeres con sarcoma uterino, 13 de las cuales habían recibido previamente radioterapia para el tratamiento de otras enfermedades. Calcularon la incidencia acumulada de sarcomas secundarios a radioterapia para el tratamiento de cánceres ginecológicos, entre el 0,03 y el 0,8%, y concluyeron que la posibilidad de que aparezca un sarcoma secundario en el área irradiada



**Figura 1.** Neoformación en área periuretral posvulvectomía y posradioterapia.



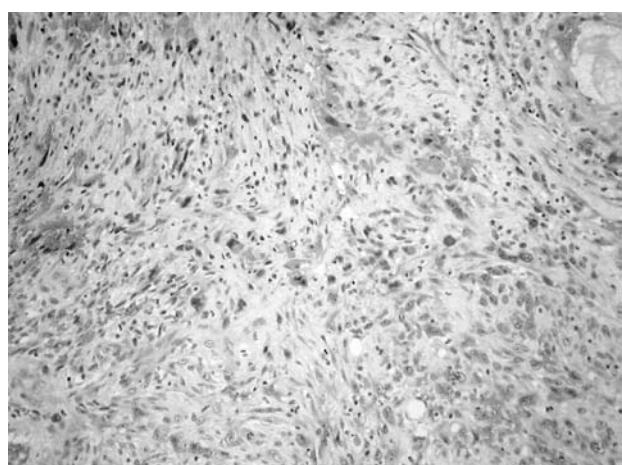
**Figura 2.** La sonda de Foley resalta la localización periuretral de la lesión: imagen preoperatoria.

no es óbice para no utilizar dicha irradiación en el tratamiento de la neoplasia primaria<sup>8</sup>.

Existen ciertos criterios para poder considerar que un sarcoma ha sido inducido por irradiación o está asociado a la misma<sup>4,5</sup>. El primero y más importante de estos criterios es que el tumor debe originarse en



**Figura 3.** Resultado tras exéresis amplia de la tumoreación y reconstrucción del defecto.



**Figura 4.** Sarcoma fusocelular teñido con hematoxilina-eosina, imagen a 40 aumentos.

el área previamente irradiada y tras un período de latencia entre 3 y 5 años. El segundo criterio es que el

**570** sarcoma debe ser de histología diferente a la lesión primaria y tener una incidencia significativamente superior en el grupo al que se le haya aplicado irradiación comparando con un grupo control<sup>10</sup>. También parece que existe relación entre la dosis de irradiación aplicada y la aparición de sarcomas<sup>6,10</sup>. En el caso presentado, sí se origina el sarcoma en el área irradiada y es de histología diferente al cáncer primario; sin embargo, el período de latencia es de 21 meses, y la dosis de 50,4 Gy supera los 46 Gy citados como necesarios para su desarrollo<sup>6</sup>.

En el tratamiento de los sarcomas “secundarios” a radioterapia parece que la cirugía radical es el úni-

co abordaje con posibilidad resolutiva, y el pronóstico es, en general, y en cualquier localización, muy malo, tanto por la dificultad para el control local como por el elevado riesgo de metástatización<sup>5</sup>. Cuando el sarcoma posradioterapia se localiza en la vulva, no existen datos para poder asegurar el tratamiento más correcto o el pronóstico esperado, ya que no hay casos publicados. Lo que sí parece claro es que, aunque el riesgo de sarcoma vulvar tras radioterapia se encontrara incrementado, el tratamiento del cáncer primario de vulva no deberá modificarse por este motivo.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Clinical features and treatment of genital sarcomas. In: Burghardt E, editor. *Surgical gynecologic oncology*, 1993.
2. Davos I, Abell MR. Soft tissue sarcoma of vulva. *Gynecol Oncol* 1976;4:70-86.
3. DiSaia PJ, Rutledge F, Smith JP. Sarcoma of the vulva. Report of 12 patients. *Obstet Gynecol* 1971;38:1802-4.
4. Pendelbury SC, Bilous M, Langlands AO. Sarcomas following radiation therapy for breast cancer: a report of three cases and a review of the literature. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1995;31:405-10.
5. Bobin JY, Rivoire M, Delay E, El Arini A, Mignotte H, Wagner P, et al. Radiation induced sarcomas following treatment for breast cancer: presentation of a series of 14 cases treated with an aggressive surgical approach. *J Surg Oncol* 1994;57:171-7.
6. Kuttesch JF Jr, Wexler LH, Marcus RB, Fairclough D, Weaver McClure L, White M, et al. Second malignancies after Ewing's sarcoma: radiation dose dependency of secondary sarcomas. *J Clin Oncol* 1996;14:2818-25.
7. Kleinerman RA, Boice JD Jr, Storm HH, Sparen P, Andersen A, Pukkala E, et al. Second primary cancer after treatment for cervical cancer. An international cancer registries study. *Cancer* 1995;76:442-52.
8. Mark RJ, Poen J, Tran LM, Fu YS, Heaps J, Parker RG. Postirradiation sarcoma of the gynaecologic tract. A report of 13 cases and a discussion of the risk of radiation-induced gynaecologic malignancies. *Am J Clin Oncol* 1996;19:559-64.
9. Kim MK, Huh SJ, Kim DY, Yang JH, Han J, Ahn YC, et al. Secondary angiosarcoma following irradiation: case report and review of the literature. *Radiat Med* 1998;16:55-60.
10. Tinkey PT, Lembo TM, Evans GR, Cundiff JH, Gray KN, Price RE. Postirradiation sarcomas in Sprague-Dawley rats. *Radiat Res* 1998;149:401-4.