



Pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de vulva. Serie de casos clínicos. 2022-2023

Autores:

Dra. Melba Sosa Leyva¹

M. Sc. Dra. Ana Isabel de la Torre Jiménez²

M. Sc. Dra. Maiteé Trujillo Ricaño³

Dr. Youeang Lor⁴

1Hospital Ramón González Coro, La Habana, Cuba melbasosaleyva@gmail.com
ORCID: 0000-0003-0281-8925

2Hospital Ramón González Coro, La Habana, Cuba. ORCID:0009-0006-0436-572X

3Hospital Ramón González Coro, La Habana, Cuba. ORCID: 0000-0001-5024-7480.

4Hospital Ramón González Coro, La Habana, Cuba. ORCID: 0009-0001-3118-5277

Autor para correspondencia. Dra. Melba Sosa Leyva

RESUMEN

Introducción: El adenocarcinoma de vulva representa aproximadamente el 4,0 al 5,0 % de todos los cánceres ginecológicos siendo la cuarta causa de neoplasia del tracto genital femenino. Su etiología, en general, se desconoce, pero existen pruebas que categorizan el virus del papiloma humano como un factor causal. En Cuba representa menos de 1,0 % de todos los tumores malignos de la mujer, con su máxima aparición en la posmenopausia. **Objetivo:** Se presenta una serie de cinco casos clínicos diagnosticados en el Servicio de Patología Cervical del Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro durante el período de enero de 2022 a marzo de 2023. **Material y método:** Se hace una descripción detallada de cada caso diagnosticado con adenocarcinoma de vulva, de la historia de la enfermedad, complementarios, diagnóstico y conducta a seguir, casos que son de interés por su forma de presentación, diagnóstico, tipo histológico y evolución. **Discusión:** Los casos presentados demuestran la importancia de tener

presente este diagnóstico independientemente de la edad de la paciente y del tipo de lesión. Llamamos la atención sobre el valor del método clínico para llegar a un diagnóstico definitivo incluso cuando el diagnóstico presuntivo por los síntomas referidos y la histología sea otro como el condiloma acuminado.

Conclusiones: Se reafirma que el diagnóstico temprano es importante, debiéndose remitir a consulta especializada de patología cervical a toda paciente con lesión vulvar, para realizar mediante evaluación clínico e histopatológica, una adecuada evaluación del caso, garantizando su tratamiento oportuno y eficaz.

Palabras clave: lesión vulvar, adenocarcinoma escamoso, atención primaria, condiloma acuminado.

Introducción

Vulvar adenocarcinoma represents approximately 4.0 to 5.0% of all gynecological cancers, being the fourth cause of neoplasia of the female genital tract. Its etiology is generally unknown, but there is evidence that categorizes human papillomavirus as a causative factor. In Cuba it represents less than 1.0% of all malignant tumors in women, with its maximum appearance in postmenopause. **Objective:** A series of five clinical cases diagnosed in the Cervical Pathology Service of the Ramón González Coro Gynecobstetric Hospital during the period from January 2022 to March 2023 is presented. **Material and method:** A detailed description of each case diagnosed with adenocarcinoma is made. of the vulva, the history of the disease, complementary, diagnosis and conduct to follow, cases that are of interest due to their form of presentation, diagnosis, histological type and evolution. **Discussion:** The cases presented demonstrate the importance of keeping this diagnosis in mind regardless of the age of the patient and the type of lesion. They call attention to the value of the clinical method to reach a definitive diagnosis even when the presumptive diagnosis based on the symptoms referred to and histology is another such as wart. **Conclusions:** It is reaffirmed that early diagnosis is important, and all patients with vulvar lesions should be referred to a specialized cervical pathology consultation, to carry out an adequate evaluation of the case through clinical and histopathological evaluation, guaranteeing its timely and effective treatment.

Keywords: vulvar lesion, squamous cell adenocarcinoma, primary care, condyloma acuminata.

INTRODUCCIÓN

Entre todos los cánceres ginecológicos, el adenocarcinoma de vulva representa aproximadamente el 4,0 – 5,0 %, es la cuarta causa de neoplasia del tracto genital femenino, después del endometrio, cérvix y ovario.¹

En los Estados Unidos en el 2019, 5 579 mujeres (2.6 por 100 000 mujeres) recibieron un diagnóstico de cáncer de vulva y de ellas 1 347 mujeres (0.6 por 100 000 mujeres) murieron por esta causa.²

Los estudios en Cuba demuestran que el carcinoma de la vulva es un tumor poco frecuente, representa menos del 1,0 % de todos los tumores malignos de la mujer, con su máxima aparición en la posmenopausia entre los 65 y los 75 años).³

Su incidencia varía entre 0,5 y tres casos por cada 100 000 mujeres por año. Tradicionalmente se ha considerado una enfermedad poco frecuente que aparece en edades avanzadas principalmente durante la séptima década de la vida.^{3,4} El cáncer de vulva en la mayoría de sus variedades (90 %) comienzan en las células cutáneas denominadas escamosas. También pueden producirse melanomas, adenocarcinomas, carcinomas baso celulares, carcinomas verrucosos, sarcomas, adenosarcomas y otras malignidades más raras.

En los últimos años se ha observado un aumento en la incidencia de neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) y carcinomas escamosos en mujeres jóvenes entre los 45 y 60 años. Esto podría deberse al aumento del hábito de fumar entre las féminas, cambios en la conducta sexual con una mayor exposición a la infección del virus del papiloma humano (VPH), a un mejor conocimiento médico de la enfermedad, así como a la utilización de medios diagnósticos cada vez más específicos y sencillos como es la biopsia tipo ponche que permiten un mejor diagnóstico precoz.^{1,3}

La mayoría de los casos se identifican en etapas iniciales, por la sintomatología precoz, en particular la dispareunia, dolor, sangrado y prurito. El resto de los

diagnósticos se realizan aproximadamente al año, y se debe en primer lugar, a la paciente que oculta los síntomas y, en segundo lugar, al médico de asistencia que en ocasiones indica tratamientos locales.

La mayoría de los carcinomas escamosos ocurren en los labios mayores; pero los labios menores, el clítoris y el periné también pueden resultar sitios primarios.

3-5

El 90,0 % de los tumores son del tipo carcinoma epidermoide, aunque hay otras histologías como melanoma, adenocarcinoma de glándulas de *Bartholino* y carcinoma basoescamoso.^{1,2,6}

Debido a la relativa poca frecuencia de la enfermedad, los escasos ensayos prospectivos de aproximación a las terapéuticas y que la mayoría de los estudios están basados en revisiones clínico-patológicas retrospectivas. Se decide presentar esta serie de casos para alertar sobre la incidencia de esta patología en mujeres posmenopáusicas, pero no siempre de edad avanzada, que se incrementa con la edad y que con frecuencia no se piensa en su diagnóstico lo que demora el comienzo del tratamiento.

Serie de casos

Caso 1. Paciente de 62 años de edad, con antecedentes de cono por lesión intraepitelial de alto grado (NIC II con bordes de sección quirúrgica negativo, en 2012, se mantuvo en seguimiento con citologías y colposcopias negativas, dándose de alta en 2019. Historia ginecológica: menarquia a los 13 años, primeras relaciones sexuales a los 23 años, cinco gestaciones, dos partos eutócicos, tres abortos provocados. Menopausia a los 54 años.

Acude nuevamente a consulta del Servicio de Patología Cervical del Hospital Ginecobstétrico Docente Ramón González Coro, en septiembre de 2022, refiriendo molestias, ardentía y cambio de coloración en sus genitales. Niega sangrado.

Examen físico: vulva con cambios atróficos en labios mayores y menores, áreas ulceradas y queratósicas hacia la periferia y el periné.

Pruebas complementarias:

– Vulvoscopía: Vulva con cambios atróficos en labios mayores y menores, áreas ulceradas y queratósicas hacia la periferia y el periné. Epitelio acetoblanco fino con bordes regulares finos, no sobre elevados, no vasos atípicos. A nivel del capuchón del clítoris se observa lesión redondeada con bordes irregulares, que recuerda un condiloma acuminado a ese nivel. Schiller captación débil.

La vagina no presenta alteraciones.

- Colposcopía: Cuello conizado, sano, unión escamocolumnar visible, no epitelio acetoblanco, no patrón vascular atípico, no zonas de transformación anormal, no condilomas, no leucorrea. *Schiller* captación normal.
- Biopsia por ponche de las áreas más significativas de lesiones

Impresión diagnóstica

- Sospecha de lesión de alto grado de vulva, a descartar condiloma acuminado en clítoris y liquen plano a nivel perineal.

Diagnóstico definitivo

- Por estudio histológico: vulva con lesión compatible con adenocarcinoma de vulva. Borde de sección con lesión.

Conducta a seguir

La paciente se envía a consulta de Oncología para culminar estudio y estudiar el caso, proponer conducta y seguimiento posterior.



Figuras 1 y 2: Se observa Vulva con cambios atróficos en labios mayores y menores, áreas ulceradas y queratósicas hacia la periferia y el periné. Epitelio acetoblanco fino con bordes regulares finos, no sobre elevados, no vasos atípicos. A nivel del capuchón del clítoris se observa lesión redondeada con bordes irregulares, que recuerda un condiloma acuminado a ese nivel.

Caso 2. Paciente de 77 años de edad, con antecedentes de asma bronquial y de NIC II a los 39 años. Historia ginecológica: menarquia a los 12 años, primeras relaciones sexuales a los 20 años, cuatro gestaciones, dos partos, dos abortos. Menopausia a los 39 años.

La paciente acude a consulta por lesión vulvar con ardencia y prurito, se le pone tratamiento sintomático y al no resolver se remite a consulta de patología Cervical.

Examen físico: lesión en labio mayor derecho, enrojecida

Pruebas complementarias:

- Vulvoscopia: En labio mayor derecho, lesión bien vascularizada, epitelio acetoblanco (EAB) perineal. Schiller captación débil
- Biopsia por ponche: Se toman 3 fragmentos de tejido.

Impresión diagnóstica:

- Sospecha de lesión maligna de vulva.

Diagnóstico definitivo

- Por estudio histológico carcinoma escamoso de vulva con posible invasión.

Conducta a seguir

La paciente se envía a consulta de Oncología para culminar estudio y estudiar el caso, proponer conducta y seguimiento posterior.

Caso 3. Paciente de 59 años de edad, con antecedentes de valvulopatía mitral. Historia ginecológica: menarquia a los 19 años, primeras relaciones sexuales a los 22 años, tres gestaciones, dos partos, un aborto. Menopausia a los 51 años.

Paciente que acude a su consultorio médico de la familia por presentar molestia en la vulva, con dolor, ardor y prurito desde hace varios meses que ha ido en aumento, se interconsulta con el Especialista de Ginecología y Obstetricia del área de salud y este la remite a la consulta de patología cervical.

Examen físico:

Lesión en tercio medio de labio mayor y menor derecho, exofítica, friable

Pruebas complementarias:

Vulvoscopía: En labio mayor y menor derecho, lesión bien vascularizada, exofítica, con presencia de epitelio acetoblanco (EAB), orificios glandulares expuestos. Schiller captación débil.

- Biopsia por ponche: Se toman 3 fragmentos de tejido.

Impresión diagnóstica:

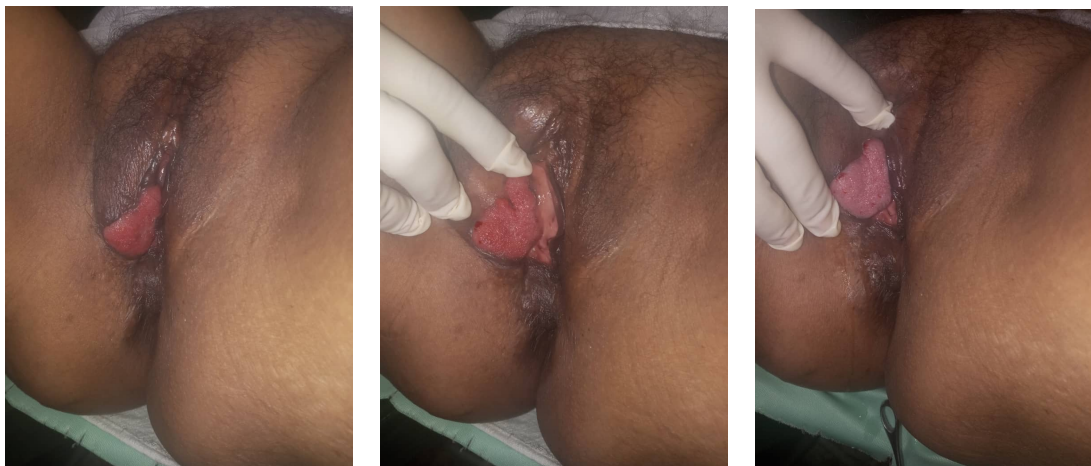
- Sospecha de lesión maligna de vulva.

Diagnóstico definitivo

- Por estudio histológico: Carcinoma escamoso invasor, no queratinizante, de células grandes, bordes de sección comprometidos

Conducta a seguir

La paciente se envía a consulta de Oncología para culminar estudio y estudiar el caso, proponer conducta y seguimiento posterior.



Figuras 3, 4 y 5: En labio mayor y menor derecho, lesión bien vascularizada, exofítica, con presencia de epitelio acetoblanco (EAB), orificios glandulares expuestos.

Caso 4: Paciente de 82 años de edad, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión arterial crónica, accidente vascular encefálico Historia ginecológica: menarquia a los 14 años, primeras relaciones sexuales a los 21 años, cuatro gestaciones, tres partos, un aborto. Menopausia a los 53 años.

Paciente que acude a su consultorio médico de la familia por presentar molestia en la vulva, con dolor, ardor y prurito desde hace varios meses que ha ido en aumento, se interconsulta con el Especialista de Ginecología y Obstetricia del área de salud y este la remite a la consulta de patología cervical.

Vista en una primera ocasión en nuestra consulta donde se le realiza 1ra biopsia y en seguimiento de la lesión se observa incremento de las lesiones, por lo que se realiza una 2da toma de nuestra.

Examen físico: en ambos labios ligera lesión acrómica, en el labio mayor izquierdo área ulcerada, redondeada, erosionada en el centro, friable, de más menos cuatro centímetros (cm), lesiones similares se observan en labio superior, rodeando el capuchón del clítoris, con endurecimiento y cambio de coloración de toda la horquilla vulvar.

Pruebas complementarias

- Vulvoscopía: Se muestra EAB extenso, erosión con aumento de la vascularización en área ulcerada. Schiller canario en toda la vulva.
- Biopsia por ponche: Se toman varios fragmentos de tejido del área de mayor lesión.

Impresión diagnóstica

- Sospecha de lesión maligna de vulva

Diagnóstico definitivo:

- Biopsia 1. Condiloma (infección por HPV o lesión intraepitelial de bajo grado), no se queda conforme con este resultado
- Biopsia 2. Carcinoma escamoso bien diferenciado, queratinizante, infiltrante

Conducta a seguir

La paciente se envía a consulta de Oncología para culminar estudio y estudiar el caso, proponer conducta y seguimiento posterior.

Caso 5. Paciente de 58 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y NIC I a los 42 años. Historia ginecológica: primeras relaciones sexuales a los 19 años, tres gestaciones, un parto, dos abortos. Menopausia a los 44 años.

Paciente que comienza a notar aumento de volumen en la vulva labio derecho, con picazón y ardencia y acude a la consulta de patología cervical donde fue atendida con anterioridad.

Examen físico: lesión verrugosa de base ancha, en labio mayor derecho.

Pruebas complementarias:

- Vulvoscopía: Ambos labios de características normales. No EAB, no vasos atípicos. Lesión verrugosa de aspecto condilomatosa, de base ancha, en labio mayor derecho.

Impresión diagnóstica

- Condiloma acuminado; sospecha de lesión maligna de vulva.

Diagnóstico definitivo

- Por estudio histológico: Biopsia: VIN III, áreas de aspecto baseloide, bien diferenciado.

Conducta a seguir

La paciente se envía a consulta de Oncología para culminar estudio y estudiar el caso, proponer conducta y seguimiento posterior.

Discusión

El aumento creciente de la esperanza de vida ha hecho que se observe con mayor frecuencia el carcinoma de la vulva entre las neoplasias malignas ginecológicas.³ En Cuba, gracias al sistema de atención médica existente, único, accesible y gratuito, los métodos de pesquisa en la atención primaria, y el seguimiento de la atención médica a todos los niveles los indicadores de salud se mantienen de forma favorable, prolongando la de vida de la población y afecciones como el cáncer de vulva, se diagnostican con mayor frecuencia.

Aunque se desconoce la etiología de esta neoplasia, existen factores de riesgo o cofactores que favorecen su desarrollo, la infección previa por el virus del papiloma humano, las distrofias vulvares como el liquen escleroso, el tabaquismo, los tratamientos inmunosupresores, antecedentes de patología cervical previa (NIC o carcinoma de cérvix), las neoplasias vulvares intraepiteliales (VIN), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).⁷

Se conocen dos vías de desarrollo para el carcinoma escamoso de vulva. La primera relacionada con la infección del VPH, fundamentalmente el serotipo 16 y menos frecuentemente el 33, 18, 31, 35, 39 y 52, afectando especialmente a las mujeres jóvenes, se ha relacionado con el desarrollo de la neoplasia vulvar intraepitelial (VIN), considerada una lesión precursora del carcinoma escamoso de vulva.^{7,8}

El segundo tipo se presenta en mujeres mayores, asociada a procesos inflamatorios crónicos como distrofias (liquen escleroso) o enfermedad venérea granulomatosa crónica.⁴

La terminología actual distingue la neoplasia intraepitelial vulvar (VIN) en:

- Relacionada con el virus del papiloma humano, de tipo baso verrugoso, generalmente mal diferenciada (anteriormente VIN grado 2,3). La VIN 1 no se incluye, porque corresponde al condiloma plano.
- Tipo diferenciada, no relacionada con el virus del papiloma humano.

La VIN relacionada con el VPH es más frecuente que la forma no relacionada. Se da en mujeres jóvenes y lleva asociados los factores de riesgo que son típicos de las infecciones cervicales por VPH de alto riesgo (oncogénicos). Las lesiones no relacionadas con el VPH se asocian a dermatosis vulvares (hiperplasia

escamo celular, liquen escleroso) y se presentan en mujeres de edad avanzada con antecedentes de ciclos de prurito con rascado de larga evolución.^{4,7,8}

Tanto las VIN relacionadas con el VPH como las no relacionadas tienen el potencial de transformarse en un carcinoma epidermoide invasivo, los que se producen en mujeres de edad avanzada son histológicamente bien diferenciado, queratinizante, se diagnostican en un estadio avanzado y tienen tasas de supervivencia significativamente peores que sus equivalentes de tipo histológico poco diferenciados, que se originan a partir de las VIN relacionadas con el VPH.^{7,8}

Existen varios tipos histológicos, siendo el carcinoma epitelial escamoso (epidermoide) el más frecuente, representando del 85,0 al 90,0 % de las neoplasias vulvares. El segundo más frecuente es el melanoma suponiendo el 5,0 % de los casos. Otros tipos menos frecuentes son la enfermedad de *Paget* de la vulva, adenocarcinoma o carcinoma de las glándulas de *Bartholino* y los tumores dependientes de anejos cutáneos.⁷⁻⁹

Entre los tumores epiteliales escamosos pueden observarse distintos subtipos, de los cuales el carcinoma escamoso queratinizante o simple es el más frecuente. Aparece en mujeres de edad avanzada, típicamente asociado al liquen escleroso, un tumor que no suele ser multifocal.

Los tipos histológicos no queratinizante, el basaloide se asocian con el VPH 16, el condilomatoide o Bowenoide con el VHP 16, 18 y 33 los cuales suelen ser multifocales y aparecen en pacientes más jóvenes, tipo verrucoso o condiloma gigante de *Buschke-Lowenstein* suele ser localmente agresivo y recidivar, aunque raramente metastatiza, el tipo “queratoma *like*” es bien diferenciado y susceptible a tratamiento quirúrgico exclusivo y el tipo de células gigantes tiene un mal pronóstico.^{1,7-10}

Existen múltiples tratamientos médicos y quirúrgicos disponibles para las VIN relacionadas con el VPH, todas ellas con altas tasas de recidiva, por lo que se necesitan múltiples intentos para conseguir la curación.^{11,12}

El tratamiento ideal para la VIN simple no relacionada con el VPH es la aplicación tópica de esteroides de elevada potencia que tratan la enfermedad subyacente y evitan los ciclos de pruritorascado.^{5,6,11,12}

La prevención continúa siendo el mejor tratamiento, el uso del condón, eliminación del tabaquismo, conductas sexuales adecuadas, complementada con el examen ginecológico completo con la inspección de los genitales externos, buscando lesiones, que recuerden o hagan sospechar este tipo de patología.¹¹

Los casos presentados demuestran la importancia de tener presente este diagnóstico independientemente de la edad de la paciente y del tipo de lesión. Llamam la atención sobre el valor del método clínico para llegar a un diagnóstico definitivo incluso cuando el diagnóstico presuntivo por los síntomas referidos, el examen físico, los antecedentes de múltiples parejas más la presencia de infección con VPH sea el condiloma acuminado, confirmado por histología, como se puede ver en el caso 4, donde la experiencia de las autoras y la clínica de la paciente llevó a realizar un segundo estudio histológico donde se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma de vulva.

Demuestran la importancia de las relaciones sexuales protegidas y del seguimiento tanto en la atención primaria como secundaria de salud.

Referencias bibliográficas

1. Gallegos HJF. Cáncer de vulva. Neoplasia poco frecuente con tratamiento evolutivo, recomendaciones para su abordaje diagnóstico-terapéutico en etapas iniciales. Acta Med. [Internet] 2019 [citado 25 de marzo de 2023];17(3):305-310. [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=89102>
2. Grupo de Trabajo de Estadísticas del Cáncer en los Estados Unidos. Herramienta de Visualizaciones de Datos de Estadísticas del Cáncer en los Estados Unidos, basados en los datos de presentación del 2021 (1999–2019): Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Instituto Nacional del Cáncer. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/vagvulv/statistics/index.htm>.

3. Velasco Boza AJ, Diaz Curbelo A, Vergel Gotera MN, Idavoy Corona A. Carcinoma escamoso de vulva, presentación de un caso. Rev. Cubana Obstet. Ginecol. [Internet] 2018 [citado 23 de marzo de 2023]; 1 (44): [aprox. 7 p.]. Disponible en:
[https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/265/244#:~:text=Los%20estudios%20en%20Cuba%20demuestran,\(65%2D75%20a%C3%B1os\).](https://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/265/244#:~:text=Los%20estudios%20en%20Cuba%20demuestran,(65%2D75%20a%C3%B1os).)
4. Alarcón Andrade C, Rivadeneira Santana N, Montes Lainez H. Adenocarcinoma de vulva: un reporte de caso tipo glándula mamaria. Rev. Oncol. Ecu [Internet] 2021[citado 12 de febrero 2023];31(3):243-250: [aprox. 7 p.]. Disponible en:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1352470/cc70-adenocarcinoma-de-vulva-tipo-glandula-mamaria-reporte-de-caso.pdf>
5. Moreno Lekkue K. Cáncer escamoso de vulva: revisión de nuestra experiencia (2010-2021). [Tesis]. Santander: Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria; 2020 [Internet]. [citado 3 de febrero 2023]. Disponible en:
https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/25870/2022_MorenoLekueK.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Apgar BS, Brotzman GL, Spitzer M. Colposcopia, principios y práctica. Manual y atlas integrados. [Internet]. 2da ed. Barcelona: Elsevier España, S.L., 2010. [ciatado 23 de marzo de 2023]. Disponible en:
<https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788445812761/Colposcop%C3%A1a++Principios+Y+Practica>
7. Martin Garibay M, Falconi Olán E, Muñoz Herrera S, Cruz Ramos A. Epidemiología y adherencia al tratamiento de cáncer de vulva en el occidente de México. Revista Médica Basadrina [Internet] 2022 [citado 3 de febrero de 2023];16(1): 12–17: [aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://www.revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1512>
8. Hernández JA, Calderón P, Melo-Uribe MA. Hidradenoma papilífero de la vulva con componente de carcinoma in situ: reporte de caso y revisión

- de la bibliografía. Ginecol. Obstet. Mex. [Internet] 2022 [citado 3 de febrero de 2023];90(03):300-306. [aprox. 8 p.]. disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104468>
9. Pérez Elizondo AD. Carcinoma basocelular en región vulvar. Un caso de excepción. Arch Inv Mat Inf. [Internet] 2020 [citado 3 de febrero de 2023];11(3):119-121: [aprox. 6 p.]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104807>
10. Luque González P, Pineda Mateo M, Valle Aguilar Martin. Carcinoma de células basales en la región vulvar: revisión bibliográfica a propósito de un caso. Ginecol. Obstet. Mex. [Internet] 2022 [citado 4 de marzo de 2023];90(08):688-694: [aprox.6p.].Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106825>
11. Navarro Mesa A. Manejo del cáncer de vulva: Actualización en el manejo de pacientes con cáncer vulva escamoso y propuesta de protocolo para la atención. [Tesis]. Costa Rica: Cuidad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica; 2022. [Internet]. [citado 3 de febrero de 2023]. Disponible en:
<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/87398/Manejo%20qu%C3%BArgico%20de%20c%C3%A1ncer%20de%20vulva%20TRABAJO%20FINAL%20FINAL-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Loja Vega E. Sobrevida de las pacientes con cáncer de vulva en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas entre los años 2018 y 2020. [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022. [Internet]. [citado 23 de febrero de 2023]. Disponible en:
https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11360/Sobrevida_LojaVega_Elmer.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Conflictos de intereses:

No existen conflictos de intereses.

Aportes de los autores

Dra. Melba Sosa Leyva: investigadora principal, participó en la atención, diagnóstico y seguimiento de las pacientes, confección de las historias clínicas, diseño de la investigación, revisión bibliográfica y confección del informe final.

M. Sc. Dra. Ana Isabel de la Torre Jiménez: participó en la atención, diagnóstico y seguimiento de las pacientes, confección de historias clínicas, revisión bibliográfica y confección del informe final.

M. Sc. Dra. Maiteé Trujillo Ricaño: diseño de la investigación, confección del informe final y revisión bibliográfica.

Dr. Youeang Lor: recogida de información de las historias clínicas, revisión bibliográfica.