

Tumores no espinocelulares de vulva. Incidencia en ocho años

Non-squamous-cell tumors of the vulva. Study of eight-year incidence

Milvia Alasino,¹ Valeria García Llaver,¹ Viviana Parra,² Ángeles Aredes,³ Cecilia Giménez,⁴ Carolina Innocenti⁵ y Pedro Daguerre⁴

RESUMEN

Introducción. La vulva puede ser asiento de diversos tumores malignos, de los cuales el más frecuente es el espinocelular; sin embargo, los tumores vulvares no espinocelulares son de gran importancia debido su mal pronóstico.

Objetivos. Determinar la forma de presentación clínica, sintomatología, variedad histopatológica y el estadio de los tumores vulvares no espinocelulares al momento de la consulta. Evaluar el rol del dermatólogo en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico de pacientes que concurren por derivación al consultorio de Patología Vulvar desde agosto de 2002 a agosto de 2010. Se evaluaron las historias clínicas y los archivos anatomopatológicos e iconográficos de los tumores vulvares no espinocelulares.

Resultados. De un total de 637 consultas por derivación en el consultorio de patología vulvar, el 9,1% (n=56) correspondió a tumores malignos. De éstos, el 76,78% (n=43) fueron carcinoma espinocelular (incluidos neoplasia intravulvar y carcinoma invasor) y el 23,22% (n=15), carcinoma no espinocelular. Del total de estos últimos, ocuparon en orden de frecuencia decreciente: tumores secundarios de otros órganos, enfermedad de Paget extramamaria, melanoma, adenocarcinoma de la glándula de Bartolino y sarcoma. El motivo de consulta más frecuente fue dolor, y la forma clínica de presentación fue lesión exofítica única.

Conclusiones. Destacamos la alta incidencia de tumores vulvares no espinocelulares en nuestro medio: representa el 23,2% de las neoplasias vulvares, en comparación con la literatura, que es del 10% (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(4): 277-283).

Palabras clave:

carcinoma de vulva, tumores no espinocelulares, enfermedad de Paget extramamaria.

ABSTRACT

Background. The vulva may be the seat of many malignancies, of which the most common is squamous-cell carcinoma; nevertheless non squamous-cell vulvar neoplasms are significant because of their poor prognosis.

Objectives. To determine the symptoms, clinical presentation and stage of the disease at the time of consultation. To establish associations with various risk factors and evaluate prognosis. To assess the role of the dermatologist in the appropriate diagnosis and monitoring of these patients.

Methods. We performed a retrospective and observational study of patients seen at a vulvar-disease Clinic from August 2002 to August 2010. We reviewed the clinical records, biopsy specimens and iconographic files.

Keywords:

vulvar carcinoma, non squamous vulvar tumor, Paget's disease.

Results. From a total of 680 consultations to a vulvar-disease Clinic 7% (n=48) corresponded to malignant tumors. Of these 73% (n=35) were squamous-cell carcinomas and 27% (n=13) were non-squamous-cell carcinomas, which in decreasing order of frequency, were: secondary tumors from other organs, extramammary Paget's disease, melanoma, adenocarcinoma and sarcoma. The most frequent cause of consultation was pain, and the clinical presentation was a single exophytic lesion.

Conclusions. We underline the high incidence of non squamous-cell tumors in our environment, which account for 27% of vulvar cancers, as compared with published figures where they represent a 10% (*Dermatol. Argent.*, 2011, 17(4): 277-283).

Fecha de recepción: 25/10/2010 | **Fecha de aprobación:** 18/11/2010

Introducción

La vulva puede ser asiento de varios tipos de tumores malignos debido al diverso origen embriológico de su compleja estructura anatómica. El más frecuente es el carcinoma espinocelular, pero no menos relevantes, debido al mal pronóstico que los mismos exhiben, son los tumores vulvares no espinocelulares (TVNE). Son ejemplos de ellos los sarcomas, adenocarcinomas, melanoma, tumores secundarios a otros órganos, epiteloma basocelular y la enfermedad de Paget extramamaria, entre otros.

A continuación, se menciona la incidencia de los TVNE en nuestro medio y se realiza una breve descripción de los mismos.

Objetivos

Establecer la incidencia de los TVNE en nuestro medio, la sintomatología predominante y el estadio de la enfermedad al momento de la consulta.

Determinar la forma de presentación clínica y evaluar el pronóstico de cada subtipo en particular. Evaluar el rol del dermatólogo en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico de pacientes que concurren por derivación al consultorio de Patología Vulvar del Hospital Dr. Luis Lagomaggiore, de Mendoza, en el período comprendido entre agosto de 2002 y agosto de 2010. Todas las pacientes fueron evaluadas en forma conjunta por una dermatóloga y una ginecóloga y, eventualmente, participó el oncólogo y el cirujano ginecológico.

Se evaluaron las historias clínicas, los estudios histopatológicos y los archivos iconográficos de los tumores vulvares espinocelulares y no espinocelulares. De los TVNE, se analizó la incidencia, motivo de consulta, edad, sintomatología, forma de presentación, estadio al momento del diagnóstico, evolución y la asociación con distintos factores de riesgo.

¹ Concurrente del Servicio de Dermatología

² Jefa del Servicio de Dermatología. Prof. Titular Área de Dermatología. FCM, Universidad Nacional de Cuyo

³ Residente del Servicio de Dermatología

⁴ Médicos de Planta del Servicio de Ginecología

⁵ Dermatopatóloga del Servicio de Dermatología

Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, República Argentina.

Correspondencia: Viviana Parra, Guayaquil 115, Dorrego, Mendoza, República Argentina. vivianaparra@arnet.com.ar

Resultados

Durante el período estudiado, fueron atendidas en el consultorio de Patología Vulvar 637 mujeres. De estas consultas, el 9,10% (n=56) correspondió a neoplasias malignas. Los carcinomas espinocelulares representaron el 6,75% (n=43) del total de las consultas y el 76,78% de las neoplasias. Los TVNE, el 2,35% (n=15) y el 23,22%, respectivamente (gráfico 1). De los tumores espinocelulares, el 34,89% (n=15) correspondió a neoplasias intravulvares (VIN) y el 65,11% (n=28) a tumores invasores.

De los TVNE, el 46,67% (n=7) fue secundario de otro órgano, el 26,67% (n=4) enfermedad de Paget extramamaria, el 13,33% (n=2) melanoma, el 6,67% (n=1) carcinoma de la glándula de Bartolino y el 6,67% (n=1) rabdomiosarcoma (gráfico 2).

Respecto de los tumores secundarios de otros órganos (n=7), cinco fueron originados en neoplasias uterinas primarias (tres adenocarcinomas y dos coriocarcinomas), uno en vagina y otro a partir de un adenocarcinoma de colon (foto 1 y 2).

Todas las pacientes fueron posmenopáusicas, con una edad promedio de 51 años. La localización más frecuente fue el introito (n=6), y la forma clínica de presentación, la de tumor o nódulo único. Sólo el caso de metástasis de carcinoma de colon se manifestó como múltiples pápulas y nódulos localizados en vulva y pliegue inguinal en forma simétrica y bilateral. En los dos casos de coriocarcinoma uterino se evidenció, además, ulceración. El dolor fue el síntoma predominante.

El pronóstico en todos los casos fue ominoso, consecuencia del estadio avanzado de la enfermedad de base.

En lo que respecta a la enfermedad de Paget extramamaria vulvar, se incluyeron cuatro pacientes, lo que representa en nuestro estudio el 26,6% de los TVNE. Todas fueron mujeres caucásicas, con una edad media de 60 años y ninguna refirió antecedentes heredofamiliares ni ginecológicos relevantes. Los síntomas preponderantes fueron prurito y ardor de más de un año de evolución. La forma clínica de presentación al momento de la consulta fue una placa eritematoescamosa, de aspecto aterciopelada, con bordes geográficos definidos y superficie erosionada (foto 3). La distribución en tres de los casos fue simétrica (inicialmente en labio mayor y luego menor) y sólo en uno el compromiso fue unilateral izquierdo. El estudio histopatológico informó enfermedad de Paget extramamaria intraepitelial en tres de las muestras, y una se asoció a carcinoma glandular in situ. El tratamiento de elección fue quirúrgico, realizándose vulvectomía radical en uno de los casos, hemivulvectomía izquierda en otro y simple en los dos restantes. Los márgenes de las piezas quirúrgicas estuvieron comprometidos en las pacientes que presentaron recidiva local y perianal de la enfermedad dentro del mismo año de realizada la cirugía (n=2). Una presentó metástasis en ganglios inguinales, infiltración de uretra y vejiga, con evolución fatal.



Foto 1. Metástasis de coriocarcinoma.



Foto 2. Metástasis de carcinoma de colon.

El melanoma representó el 13,33% (n=2) de los TVNE. Al momento del diagnóstico la edad media de las pacientes fue 63,5 años y la forma clínica de presentación correspondió a la de nódulo amelanótico, uno de novo (paciente 1) y el otro sobre melanoma extensivo superficial (paciente 2). En esta última se encontraron, además, restos de nevus nevoceleular en la histopatología (fotos 4 y 5).

El motivo de consulta en ambos casos fue el crecimiento rápido acompañado de intenso prurito y dolor. El tiempo promedio entre el inicio de la sintomatología y la consulta fue de 7,5 meses.

El estadio de la enfermedad en la paciente 1 fue TNM EII,



Foto 3. Enfermedad de Paget extramamaria.



Foto 4. Melanoma amelanótico.

Clark II, Breslow 2, Chung II y en la segunda TNM EIII, Clark V, Breslow 4, Chung V. En ninguno de los casos existieron antecedentes personales ni familiares de melanoma cutáneo; sí la existencia de un nevus melanocítico vulvar de evolución incierta en la paciente 2. Ambas pertenecían al fototipo II-III de Fitzpatrick y en la paciente 2 se observó la aparición de vitiligo centofacial y vulvar durante la evolución de la enfermedad. En esta última se realizó vulvectomía radical con linfadenectomía superficial y profunda bilateral, mientras que en la otra se optó por la hemivulvectomía simple. La evolución fue favorable en la primera paciente, con un tiempo de sobrevida y libre de enfermedad de 2 años a la fecha. La segunda presentó recidiva de melanoma en ganglios inguinales, por lo que se realizó tratamiento quirúrgico y radioterapia coadyuvante inguinal bilateral durante 2 meses, con escasa respuesta terapéutica. Finalmente, un año después desarrolló carcinoma ductal invasor de mama estadio IIa, con metástasis óseas, y falleció a los pocos meses. Respecto del carcinoma de la glándula de Bartolino, representó el 6,66% de los TVNE. Se presentó en una mujer de 33 años, nulípara, manifestándose como tumor doloroso de crecimiento rápido. No refirió antecedentes patológicos ni familiares de importancia. La paciente fue tratada luego del diagnóstico histopatológico con hemivulvectomía y posteriormente presentó tres recidivas locales y una metástasis ascendente en un leiomioma uterino que motivó recientemente la realización de anexohisterectomía total, vaciamiento ganglionar bilateral y quimioterapia coadyuvante. Nuestro único caso de rhabdomyosarcoma representó el mismo porcentaje que la neoplasia descrita previamente. Se desarrolló en una adolescente de 15 años sin antecedentes de patologías ginecológicas ni heredo-familiares. Se manifestó como un tumor de 6 cm de diámetro, eritematoso, duro y muy doloroso a la palpación. La localización fue en labio mayor izquierdo, desviando la línea media vulvar. Presentó al momento de la consulta adenomegalias durópétreas inguinales ipsilaterales (foto 6). La anatomía patológica y la inmunohistoquímica confirmaron el diagnóstico de rhabdomyosarcoma embrionario poco diferenciado y se constató en los estudios complementarios metástasis ganglionares diseminadas (inguinales, mamarias, pulmonares y cerebrales). Se realizó tratamiento con quimioterapia (IVA) con una sobrevida de 4 meses.

Conclusiones

El cáncer vulvar es una neoplasia que se presenta principalmente en pacientes posmenopáusicas. El carcinoma espinocelular ocupa el lugar preponderante, con el 90% de los mismos, mientras que los TVNE constituyen sólo el 10% de los casos.¹ En nuestro trabajo, la incidencia de carcinoma espinocelular fue del 76,78%, mientras que los TVNE se observaron en el 23,22%, lo cual resultó significativamente mayor a lo referido en la literatura.

Otro dato contrastante es que en nuestro estudio las metástasis constituyeron los TVNE más frecuentes: representaron

el 46,67% (n=7) de los mismos y el 12,5% de las neoplasias malignas totales. En la bibliografía se cita que la vulva es la región genital menos afectada por tumores secundarios de otros órganos: sólo del 5 al 8% de las neoplasias malignas de la misma.²⁻⁴ En coincidencia con la literatura, seis de los siete casos correspondieron a metástasis de tumores primarios ginecológicos.

La edad promedio de las pacientes (51 años), como la forma clínica de presentación (nódulo único) y los síntomas asociados (dolor y prurito), se correspondieron con las descripciones en distintos trabajos. En nuestro estudio la localización principal fue el introito vulvar, lo cual difiere con la localización en labio mayor referida en las escasas revisiones de la literatura sobre el tema.⁵

La enfermedad de Paget extramamaria es una patología poco frecuente que afecta zonas ricas en glándulas apócrinas. La vulva, especialmente el labio mayor, es la región anatómica más comúnmente comprometida, y representa el 2% de las neoplasias de la misma.⁶⁻⁷ El grupo etario más afectado corresponde a mujeres entre la 6ª y 7ª década de la vida y se asocia con peor pronóstico cuando afecta el clítoris, presenta un adenocarcinoma subyacente (endometrial, endocervical, vaginal, uretral o de vejiga) o se ha realizado previamente radio o quimioterapia.⁸⁻¹¹ El tratamiento de elección es la cirugía y las recidivas están supeditadas a la extensión de la enfermedad y a la técnica quirúrgica empleada, y son más frecuentes en aquellos casos tratados con procedimientos conservadores como la escisión local.¹²

Destacamos en nuestra casuística que los cuatro casos correspondieron a enfermedad de Paget primaria, en uno asociada a carcinoma aneural subyacente. Tres de las pacientes presentaron las lesiones bilaterales y simétricas, mientras que la cuarta fue unilateral.

La frecuencia con la cual la enfermedad de Paget se acompaña de una neoplasia subyacente visceral es del 10 al 15%, lo que obliga a efectuar un exhaustivo estudio clínico antes de proceder a la intervención quirúrgica, y posteriormente realizar un seguimiento estricto.¹³

El melanoma vulvar presenta una incidencia del 1,3 al 4%, lo que coincide con nuestro trabajo, en el que el tumor pigmentado representó el 3,57% de los casos.¹⁴⁻¹⁶

Sin embargo, en nuestro estudio el melanoma ocupó el cuarto lugar en orden decreciente de frecuencia, mientras que en la literatura se observa en el segundo lugar, luego del carcinoma espinocelular.¹⁴⁻¹⁶

El tiempo promedio entre la aparición del primer síntoma y el diagnóstico en nuestras pacientes fue de 7,5 meses, lo que coincide con la bibliografía.¹⁶

En ambas pacientes, la presentación clínica fue un nódulo amelanótico de rápido crecimiento, en un caso de novo y en el otro sobre un melanoma extensivo superficial. Una de las pacientes presentó vitiligo centofacial durante la evolución de

GRÁFICO 1. Incidencia de tumores de vulva

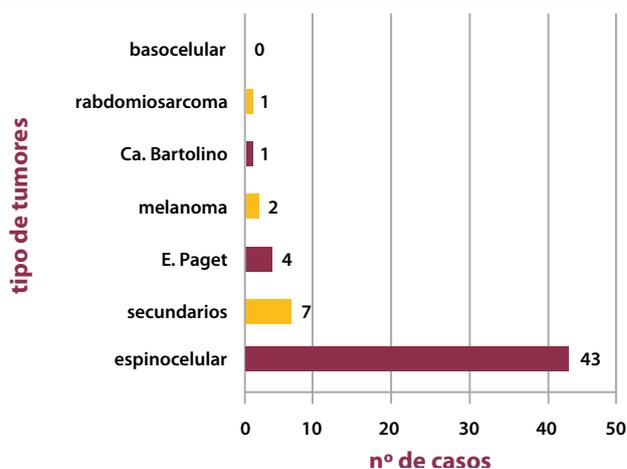
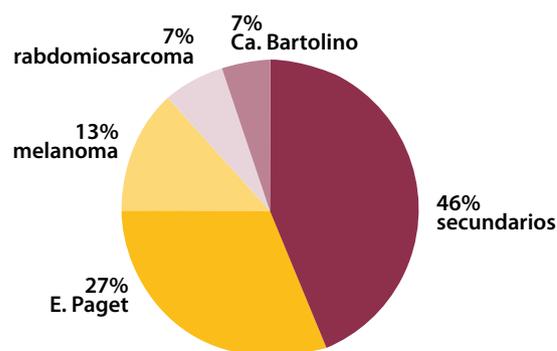


GRÁFICO 2. Frecuencia de tumores de vulva no espinocelulares



su enfermedad, que se extendió posteriormente a región vulvar y cicatrices quirúrgicas. Si bien es controvertido, está descrito que la aparición de vitiligo en pacientes con melanoma sería un factor de buen pronóstico, independientemente de la terapéutica (inmunoterapia, radioterapia, quimioterapia). En nuestro caso, pese a extenderse las lesiones hipopigmentadas en forma centrífuga, la evolución fue desfavorable.¹⁷⁻²¹

Para determinar el grado de invasión se utilizan los niveles de Clark, Breslow y más específicamente los de Chung (Clark modificado). Este último fue diseñado para el melanoma vulvar, ya que tanto los labios como el clítoris carecen de dermis papilar definida. Esta condición, a su vez, podría explicar el peor pronóstico del melanoma vulvar en comparación con el melanoma cutáneo.¹⁶

Al momento del diagnóstico en ninguno de los casos se evidenciaron metástasis, por ello el tratamiento de elección fue la cirugía, realizándose en un caso hemivulvotomía y en el otro vulvotomía radical con linfadenectomía inguino-femoral bilateral, previa técnica de ganglio centinela. Si bien esta última es la opción terapéutica recomendada en esta patología, la mayoría de los autores concluye que la cirugía radical no mejora la supervivencia de los pacientes con enfermedad en estadios tempranos, en comparación con la escisión local.^{15,16}



Foto 5. Melanoma secundario a nevus melanocítico.



Foto 6. Rbdomiosarcoma con adenopatía izquierda.

Finalmente, lo cierto es que el melanoma vulvar es una neoplasia con alta tasa de recidiva local y bajos índices de supervivencia a los 5 años, cuando no es diagnosticada en estadios iniciales.¹⁴⁻¹⁶ El carcinoma primario de la glándula de Bartolino es un tumor extremadamente raro. Se presenta entre el 2 y el 7% de todas las lesiones vulvares invasivas y corresponde al 0,001% de todas las neoplasias malignas de la mujer.²² La edad promedio de presentación es a los 49 años, con un rango de 25 a 80 años. Los signos y síntomas son inespecíficos, y presenta masa palpable, dolor, dispareunia, prurito o sensación de quemazón.²³ En coincidencia con la escasa bibliografía, presentamos un

caso de tumor de la glándula de Bartolino que representó el 1,74% de nuestros tumores vulvares. La edad de presentación fue a los 33 años y la manifestación clínica inicial fue un nódulo doloroso palpable, de rápido crecimiento, en cara interna de labio mayor.

A pesar del tratamiento quirúrgico, la paciente presentó numerosas recidivas locales y una ascendente a un leiomioma uterino, por lo cual se le realizó anexohisterectomía total con linfadenectomía y actualmente se encuentra bajo tratamiento radio y quimioterápico.

El rhabdiosarcoma infantil, un tumor maligno de tejido blando de origen músculo esquelético, representa aproximadamente el 3,5% de los casos de cáncer en niños menores de 14 años, y 2% entre los 15 a 19 años de edad.²⁴ Es generalmente curable en la mayoría de los niños que reciben terapia de modalidad combinada. Los factores de buen pronóstico incluyen edad entre 1 y 9 años; sitios primarios como la órbita, cabeza y cuello, paratestis, vulva, vagina, útero y vías biliares; tamaño del tumor <5 cm, histología (embrionario más favorable que alveolar) y el número de sitios metastásicos.^{25,26} Nuestro caso representó el 1,74% de los tumores malignos vulvares; se presentó en una adolescente de 15 años. A pesar de mostrar una variedad histológica y una localización favorables, se destacó su mal pronóstico asociado con la edad de aparición, el tamaño mayor a 5 cm y la presencia de múltiples metástasis a distancia.

La finalidad de este estudio fue determinar la incidencia de TVNE en nuestro medio y destacar que, si bien son tumores poco frecuentes, adquieren relevancia debido a su mal pronóstico. Es de resaltar en nuestro trabajo la mayor incidencia de TVNE respecto del carcinoma espinocelular, en relación con la reportada en la literatura, así como también la frecuencia elevada de metástasis vulvares, la falta de casos de epiteloma basocelular y la tardía consulta de las pacientes, generalmente añosas.

Destacamos el rol del dermatólogo en la detección precoz de estas neoplasias, que en ocasiones pasan inadvertidas para el ginecólogo en sus estadios iniciales.

Bibliografía

- Rodríguez Cerdeira C., González-Guerra E., Guerra Tapia A. Cáncer de vulva, *Más Dermatol.*, 2008, 4: 5-13.
- Convington E.E., Brendle W.K. Breast carcinoma with vulvar metastasis, *Obstet. Gynecol.*, 1964, 23: 910-911.
- Lerner L.B., Andrews S.J., González J.L., Heaney J.A. *et ál.* Vulvar metastases secondary to transitional cell carcinoma of the bladder: A case report, *J. Reprod. Med.*, 1999, 44: 729-732.
- Dehner L.P. Metastatic and secondary tumors of the vulva, *Obstet. Gynecol.*, 1973, 42: 47-57.
- Neto A.G., Deavers M.T., Silva E.G., Malpica A. Metastatic tumors of the vulva a clinicopathologic study of 66 cases, *Am. J. Surg. Pathol.*, 2003, 27: 799-804.

6. Kirkham N. Tumores y quistes epidérmicos. Elder D., Elenitsas R., Jaworsky C., Johnson Jr., B. Lever, *Histopatología de la piel*, Ed. Intermédica, Buenos Aires, 1997: 433-434.
7. Roh H.J., Kim D.Y., Kim J.H., Kim Y.M. et al. Paget's disease of the vulva: evaluation of recurrence relative to symptom duration, volumetric excision of lesion, and surgical margin status, *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2010, 89: 962-965.
8. Black D., Tornos C., Soslow R.A., Awtrey C.S. et al. The outcomes of patients with positive margins after excision for intraepithelial Paget's disease of the vulva, *Gynecol. Oncol.*, 2007, 104:547-550.
9. Petković S., Jeremić K., Vidakovic S., Jeremić J., et al. Paget's disease of the vulva-a review of our experience, *Eur. J. Gynaecol. Oncol.*, 2006, 27: 611-612.
10. Awtrey C.S., Marshall D.S., Soslow R.A., Chi D.S. Clinically unapparent invasive vulvar carcinoma in an area of persistent Paget's disease: a case report, *Gynecol. Oncol.*, 2003, 88:440-443.
11. Zollo J.D., Zeitouni N.C. The Roswell Park Cancer Institute experience with extramammary Paget's disease, *Br. J. Dermatol.*, 2000, 142: 59-65.
12. Fanning J., Lambert H.C., Hale T.M., Morris P.C., et al. Paget's disease of the vulva: prevalence of associated vulvar adenocarcinoma, invasive Paget's disease, and recurrence after surgical excision, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1999, 180: 24-27.
13. Kanitakis J. Mammary and extramammary Paget's disease, *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2007, 21: 581-590.
14. Feinsilber D., Lemme J.L., Schroh R., Escobar Correa C. et al. Melanoma de vulva: presentación de 7 casos, *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía*, edición electrónica, vol. XV, N°1, 2010.
15. Sugiyama V., Chan J., Shin J., Berek J. et al. Vulvar melanoma. A multivariable analysis of 644 patients, *Obstet. Gynecol.*, 2007, 100: 269-301.
16. Jahnke A., Makovitzky J., Briese V. Primary melanoma of the female genital system: A report of 10 cases and review of the literature, *Anticancer Res.*, 2005, 25: 1567-1574.
17. Onsun N., Büyükbabani N., Ümmetoglu O., Cebeci F. Do we have to pay more attention to vitiligo patients? Peculiar histopathological features of primary cutaneous melanoma preceded by vitiligo, *J. Dermatol.*, 2009, 36: 612-615.
18. Cho E., Lee M., Kang H., Lee S. et al. Vitiligo-like depigmentation associated with metastatic melanoma of an unknown origin, *Ann. Dermatol.*, 2009, 21: 178-181.
19. Nordlund J.J., Kirkwood J.M., Forget B.M. Vitiligo in patients with metastatic melanoma: a good prognostic sign?, *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1983, 9: 689-696.
20. Bystryń J.C., Rigel D., Friedman R.J., Kopt A. Prognostic significance of hypopigmentation in malignant melanoma, *Arch. Dermatol.*, 1987, 123: 1053-1055.
21. Duhra P., Ilchysyn A. Prolonged survival in metastatic malignant melanoma associated with vitiligo, *Clin. Exp. Dermatol.*, 1991, 16: 303-305.
22. Cardosi R.J., Speights A., Fiorica J., Grendys E.C., et al. Bartholins gland carcinoma: A 15 year experience, *Gynecol. Oncol.*, 2001, 82: 247-251.
23. DePasquale S.E., McGuinness T.B., Mangan C.E., Husson M. et al. Adenoid Cytic Carcinoma of Bartholin's gland: review of the literature and report of a patient, *Gynecol. Oncol.*, 1996, 61: 122-125.
24. Kapczuk K., Lewandowska L., Friebe Z., Wochowiak J. Vulvar rhabdomyosarcoma in a 15-year-old girl (case report), *Ceska Gynekol.*, 2003, 68: 458-461.
25. Lowry D.L., Guido R.S. The vulvar mass in the prepubertal child, *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.*, 2000, 13: 75-78.
26. Magné N., Oberlin O., Martelli H., Gerbaulet A., et al. Vulval and vaginal rhabdomyosarcoma in children: update and reappraisal of Institut Gustave Roussy brachytherapy experience, *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, 2008, 72: 878-883.

★ PERLAS DERMATOLÓGICAS

Alopecia androgenética y cardiopatías.

Arias Santiago S., Gutiérrez - Salmerón M.T., Buendía - Eisman A., Girón - Prieto M.S. et al. Comparative Study of Dislipidaemia in Men and Women with Androgenic Alopecia, *Acta Dermato-Venereol.*, 2010, 90: 485.

Este estudio de casos control incluye 300 pacientes, de los que la mitad (80 hombres y 70 mujeres) presentaban alopecia androgenética de inicio temprano. La población con alopecia androgenética tenía valores de triglicéridos, colesterol total y HDL elevados y HDL bajos en relación al grupo control. Los valores de lípidos elevados podrían relacionarse al desarrollo de la enfermedad cardiovascular en pacientes con alopecia androgenética.

Demodex, el último aporte de un genio.

Kligman A.M., Christensen M.S. Demodex folliculorum: requirements for Understanding Its Role in Human Skin Disease. *J Invest Dermatol.*, 2011, 131: 8-10.

Albert Kligman, fallecido a los 94 años, hasta último momento aportó revolucionarios hallazgos a la investigación dermatológica. Determinó que las demodexosis incluyen: 1) rosácea, en especial ocular, granulomatosa y papulopustulosa, 2) erupciones papulopustulosas con "distribución sebácea" en inmunocomprometidos, 3) dermatitis perioral, en especial la secundaria a corticoides tópicos.

Análisis multivariado de los factores pronósticos entre 2.313 pacientes con estadio III melanoma: comparación de las micrometástasis ganglionares versus macrometástasis.

Balch C.M., Gershenwald J.E., Soong S.J., Thompson J.F. et al, *J. Clin. Oncol* 2010; 28: 2452-2459.

Se estudiaron 2.313 pacientes con estadio III. El 81% tenía micrometástasis y el 19% mostraba macrometástasis clínicamente detectables. En pacientes con micrometástasis ganglionares, la cantidad de ganglios que contienen células tumorales, el espesor del tumor primario, la edad del paciente, la ulceración y el sitio anatómico del primario determinan la supervivencia del paciente. En el análisis multiinstitucional se demostró en forma remarcable la heterogeneidad del pronóstico entre pacientes con estadio III de melanoma, especialmente en aquellos con micrometástasis ganglionar.

» 1

Alberto Woscoff

» 2

Alberto Woscoff

» 3

León Jaimovich