

Estudio de la patología tumoral de la vulva mediante Resonancia Magnética (RM)

Poster No.: S-1299
Congress: SERAM 2012
Type: Presentación Electrónica Científica
Authors: M. Culiáñez Casas, M. D. Garcia Roa, F. M. Azcón, E. Pastor Pons, M. P. Garófano Plazas, J. L. García Espona; Granada/ES
Keywords: Genital / Aparato reproductor femenino, Oncología, Pelvis, RM, Agente de contraste-intravenoso, Estadificación, Análisis de resultados, Neoplasia, Metástasis
DOI: 10.1594/seram2012/S-1299

Any information contained in this pdf file is automatically generated from digital material submitted to EPOS by third parties in the form of scientific presentations. References to any names, marks, products, or services of third parties or hypertext links to third-party sites or information are provided solely as a convenience to you and do not in any way constitute or imply ECR's endorsement, sponsorship or recommendation of the third party, information, product or service. ECR is not responsible for the content of these pages and does not make any representations regarding the content or accuracy of material in this file.

As per copyright regulations, any unauthorised use of the material or parts thereof as well as commercial reproduction or multiple distribution by any traditional or electronically based reproduction/publication method is strictly prohibited.

You agree to defend, indemnify, and hold ECR harmless from and against any and all claims, damages, costs, and expenses, including attorneys' fees, arising from or related to your use of these pages.

Please note: Links to movies, ppt slideshows and any other multimedia files are not available in the pdf version of presentations.

www.myESR.org

Objetivos

Describir la anatomía de la vulva y sus relaciones anatómicas en RM.

Identificar y caracterizar las lesiones vulvares tumorales, realizando una aproximación diagnóstica en base a sus características por imagen.

En el caso de carcinomas, aplicar los hallazgos en RM a los criterios establecidos por la FIGO para la estadificación.

Material y método

Se realizó un estudio retrospectivo de las RM de vulva realizadas en nuestro centro entre abril de 2008 hasta octubre de 2011.

Se incluyeron 33 pacientes con edades comprendidas entre 39 y 87 años (media de 60.7 años) con sospecha clínica y/o anatomopatológica de neoplasia vulvar.

Los estudios de RM se realizaron con un equipo signa de 1.5 T (GE). Las secuencias realizadas en el protocolo estándar incluyeron:

- Secuencia sagital potenciada en T2-FSE
- Secuencia axial potenciada en T1-SE y axial potenciada en T2-FSE
- Secuencia coronal potenciada en T2-FSE con supresión grasa
- Estudio dinámico T1-SPGR tras administrar gadolinio intravenoso en fases arterial, portal y de equilibrio

Se recogieron datos sobre el tamaño tumoral, intensidad de señal, relación con estructuras pélvicas adyacentes y presencia de otros hallazgos regionales.

Se aplicaron los criterios de la FIGO para la estadificación del cáncer de vulva.

Estadío	Definición
I	Tumor confinado a la vulva o periné < 2 cm, sin afectación de adenopatías ni metástasis a distancia
II	Tumor confinado a la vulva, periné o ambos > 2 cm, sin afectación de adenopatías ni metástasis a distancia
III	El tumor se extiende a ano, vagina o uretra inferior sin metástasis a distancia. O también el tumor se encuentra en la vulva, periné o ambos y se extiende a adenopatías inguinales unilaterales sin metástasis a distancia
IV	El tumor se extiende a adenopatías inguinales bilaterales o se extiende por

contigüidad hasta parte superior de uretra, vejiga, recto o huesos pélvicos pero sin invasión a distancia (IVA)

Cuando se extiende a distancia a otros órganos y adenopatías (IVB)

Estadificación FIGO

Resultados

De los 33 estudios realizados se diagnosticaron:

- 20 carcinomas de vulva
- 2 enfermedades de Paget
- 1 melanoma
- 5 recidivas de carcinomas de vulva
- 1 tumor metastásico de origen no ginecológico
- 2 tumores metastáticos de origen ginecológico
- 1 leiomioma
- 1 hemangioma

De los 20 casos de cáncer de vulva, todos ellos fueron carcinomas epidermoides. 7 de los 20 casos no se identificaron en el estudio de RM, por lo que fueron clasificados como estadio IA. Posteriormente la anatomía patológica confirmó que se trataba de tumores < 1 cm de diámetro.

De los 13 casos restantes:

- 4 eran estadio I. De ellos la RM clasificó correctamente a 4

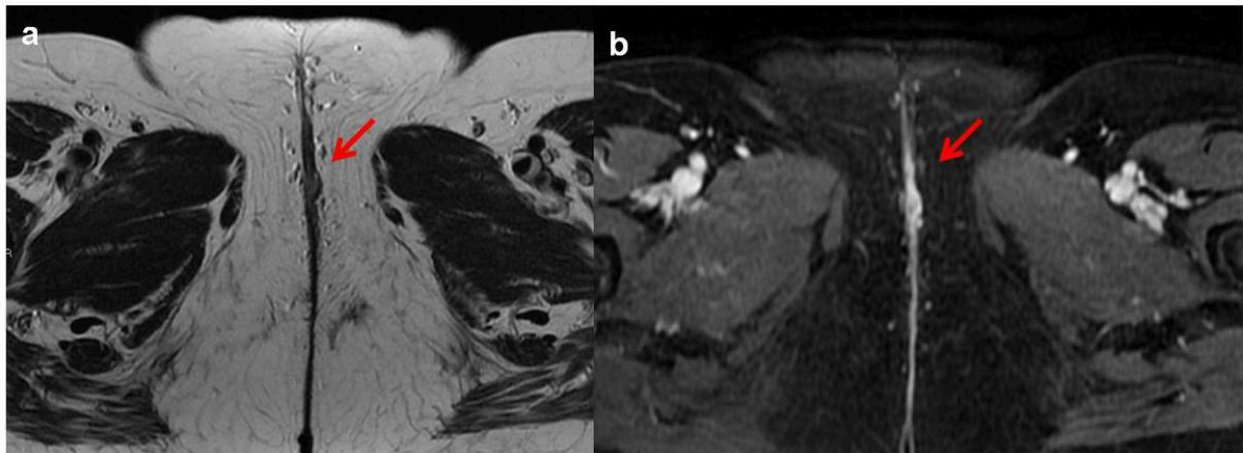


Fig. 1: Mujer de 65 años con diagnóstico histológico de ca. epidermoide de vulva. Estudio de estadificación. Imágenes de RM axial potenciadas en T2-FSE (a) y T1-SPGR tras contraste IV que muestran una pequeña lesión nodular sólida en labio mayor izquierdo < 2 cm. Correspondería a un estadio I por RM.

References: Hospital Materno-Infantil, Hospital Universitario Virgen de las Nieves - Granada/ES

- 5 eran estadio II. De ellos la RM clasificó correctamente a 4 (uno de ellos se dió de estadio III por la presencia de adenopatías inguinales que anatomopatológicamente estaban libres de enfermedad)

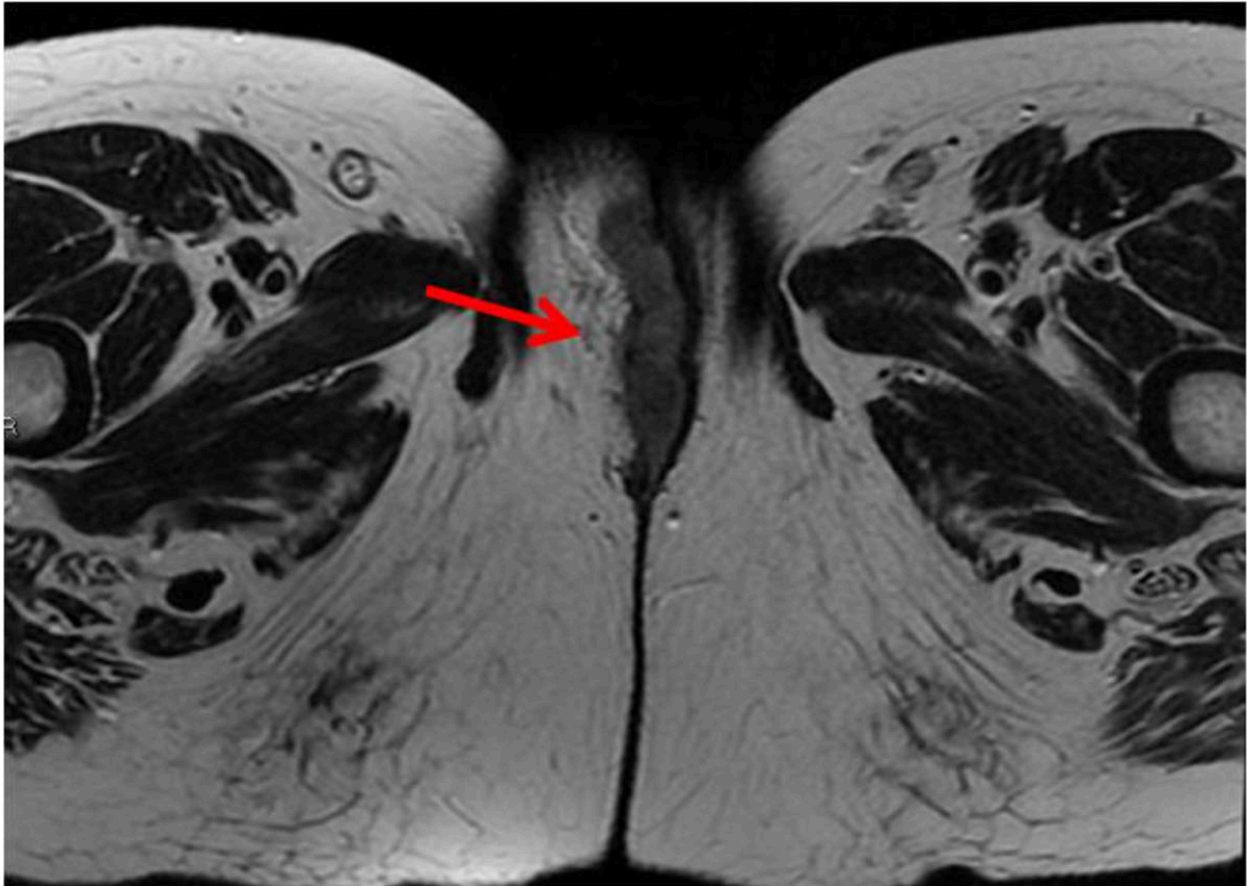


Fig. 2: Mujer de 73 años con diagnóstico histológico de ca. epidermoide de vulva. Estudio de estadificación. RM axial potenciada en T2-FSE que muestra una lesión sólida > 2 cm en labio mayor derecho, sin infiltración local ni adenopatías regionales. Correspondería a un estadio II por RM.

References: Hospital Materno-Infantil, Hospital Universitario Virgen de las Nieves - Granada/ES

- 3 eran estadio III. La RM los clasificó correctamente.

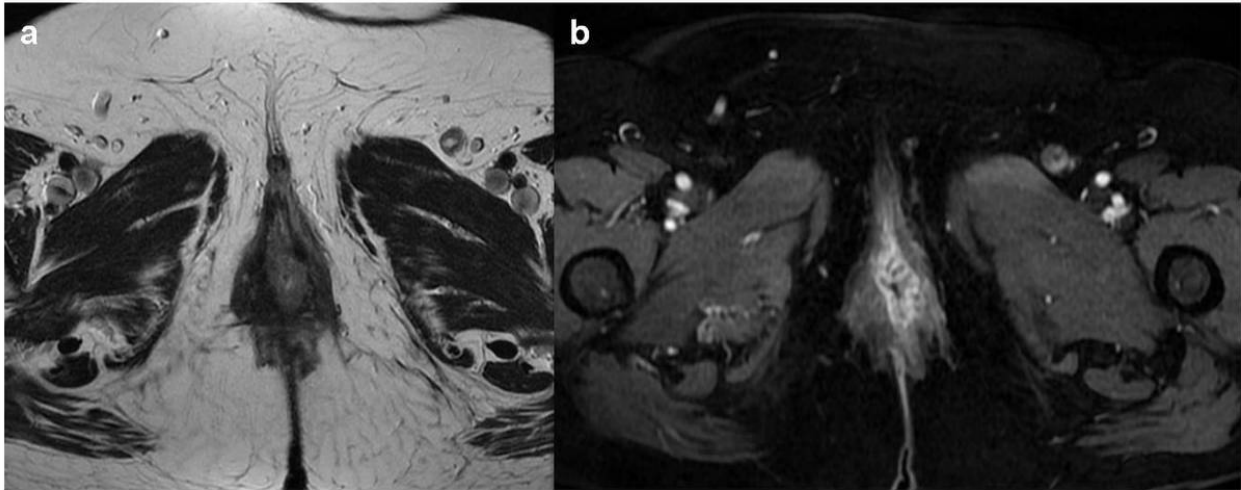


Fig. 3: Mujer de 75 años con diagnóstico histológico de ca. epidermoide de vulva. Estudio de estadificación. Imágenes de RM axial potenciadas en T2-FSE (a) y T1-SPGR tras contraste IV que muestran una lesión infiltrativa sólida en labio menor izquierdo > 2 cm que se extiende hasta el introito vaginal infiltrándolo. Existe una adenopatía inguinal izquierda sospechosa. Correspondería a un estadio III por RM. **References:** Hospital Materno-Infantil, Hospital Universitario Virgen de las Nieves - Granada/ES

- 1 era estadio IV. La RM lo clasificó correctamente.

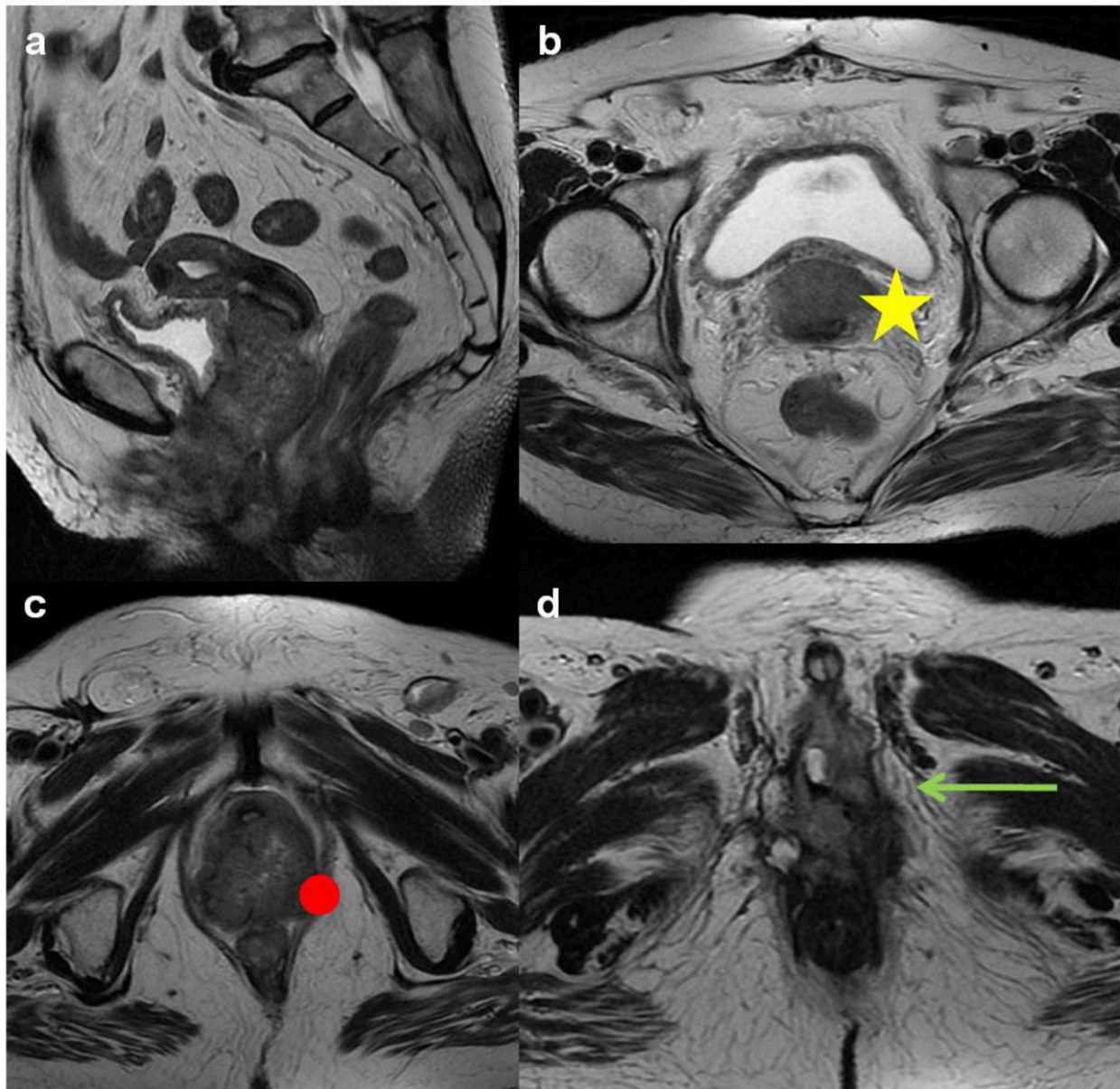


Fig. 4: Mujer de 80 años con diagnóstico y tratamiento previos de cáncer de vulva en la que se sospecha progresión de la enfermedad. Imágenes de RM sagital potenciada en T2-FSE (a), y axiales potenciadas en T2-FSE a nivel del cérvix (b), vagina (c) y vulva (d). Se observa una voluminosa masa sólida que se extiende por la cara anterior del cérvix uterino (estrella amarilla), invade a la vagina en toda su extensión (círculo rojo) y en la vulva tiene una morfología multilobulada infiltrando ambos labios menores, introito vaginal, clítoris y horquilla vulvar. Correspondería a un estadio IV por RM.

References: Hospital Materno-Infantil, Hospital Universitario Virgen de las Nieves - Granada/ES

La intensidad en RM de estos tumores fue intermedia en secuencias potenciadas en T2 e hipointensa en secuencias potenciadas en T1. El estudio con contraste mejoró la

detección de las lesiones debido al realce precoz de los tumores, lo que permitió realizar mediciones más exactas.

Tanto el melanoma como las enfermedades de Paget no se identificaron en RM. Posteriormente la anatomía patológica confirmó que eran tumores de pequeño tamaño, con morfología en placa y sin invasión del estroma, por lo que no eran visibles en el estudio de imagen.

El tumor metastásico de origen no ginecológico correspondía a un carcinoma de vejiga con invasión de uretra y vulva.

Los tumores metastásicos de origen ginecológico correspondían a tumores de cérvix con extensión del tumor primario por vagina y vulva

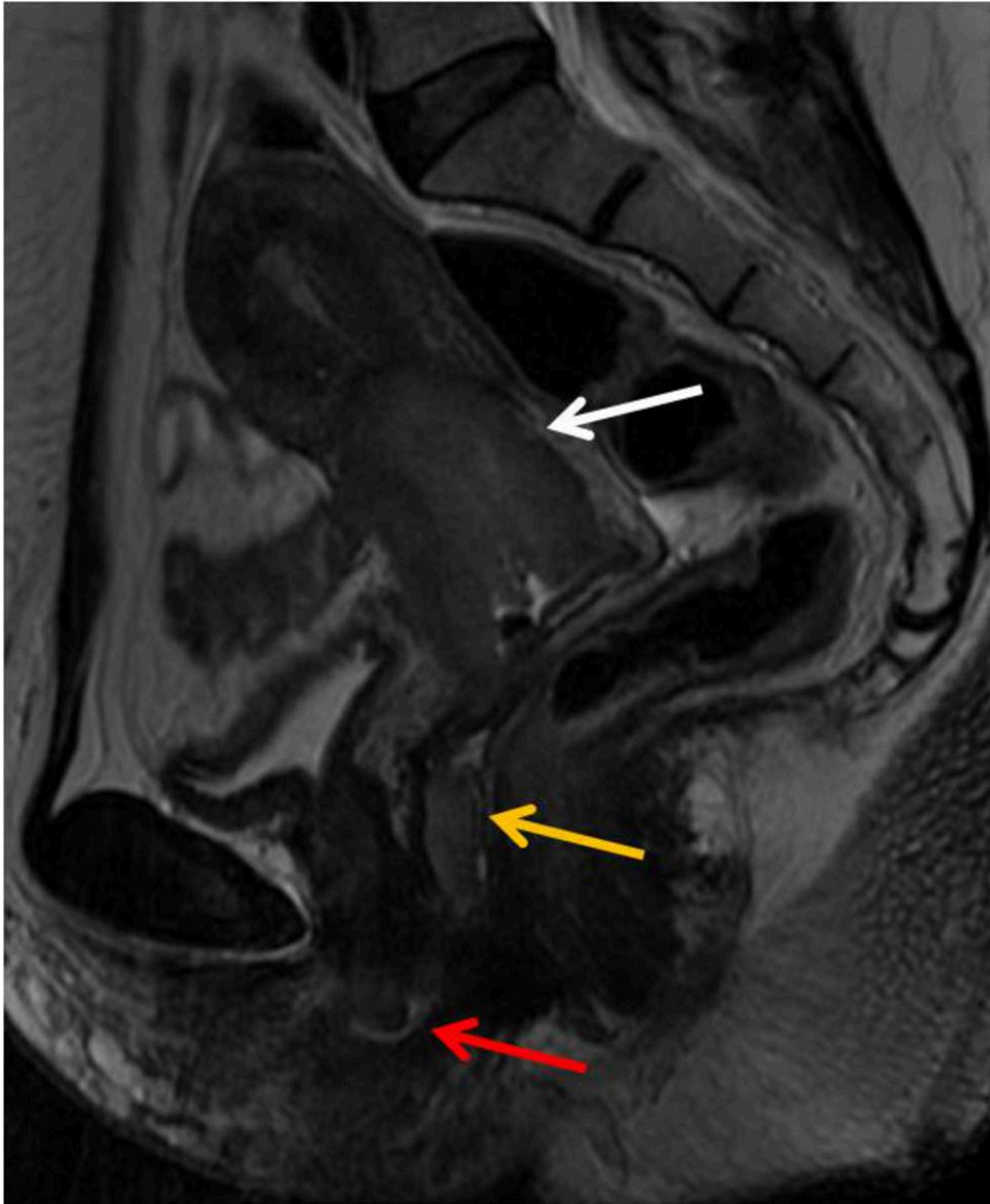


Fig. 5: Mujer de 51 años con diagnóstico histológico de ca. epidermoide de cérvix a la que se solicita estudio de RM para estadificación. Imagen de RM sagital potenciada en T2-FSE que muestra un cáncer de cérvix, que afecta a exo y endocérvix, con extensión a todo el espesor del estroma circunferencialmente (flecha blanca). Se asocia a afectación de la pared anterior de la vagina (flecha amarilla) y vulva (flecha roja).

References: Hospital Materno-Infantil, Hospital Universitario Virgen de las Nieves - Granada/ES

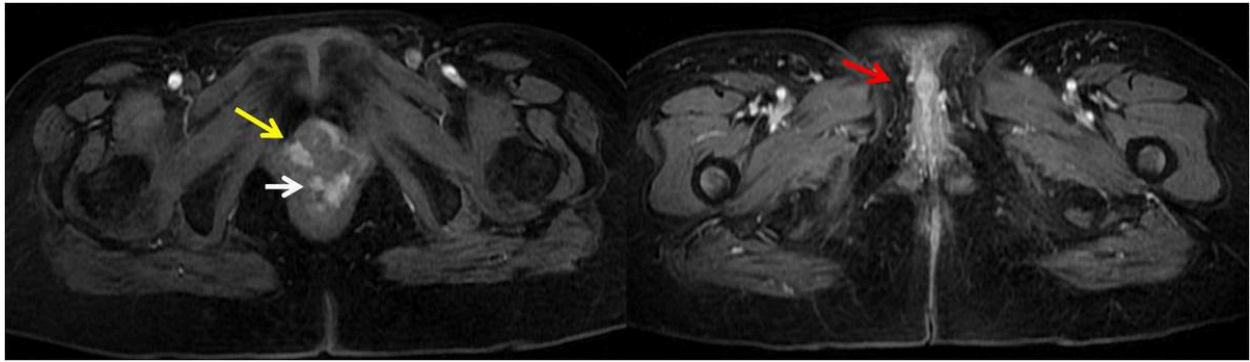


Fig. 6: Mismo caso que el anterior. Imágenes de RM potenciadas en T1-SPGR dinámico tras contraste IV en las que se observa realce tumoral rodeando a uretra (flecha amarilla), en pared anterior de vagina (flecha blanca) y extensión tumoral a vulva con lesión en clítoris y labios menores (flecha roja).

References: Hospital Materno-Infantil, Hospital Universitario Virgen de las Nieves - Granada/ES

El leiomioma de la vulva tiene una apariencia característica en RM como masas sólidas voluminosas con baja intensidad de señal en secuencias potenciadas en T2 e intermedia en secuencias potenciadas en T1, con realce progresivo tras la administración de contraste IV.

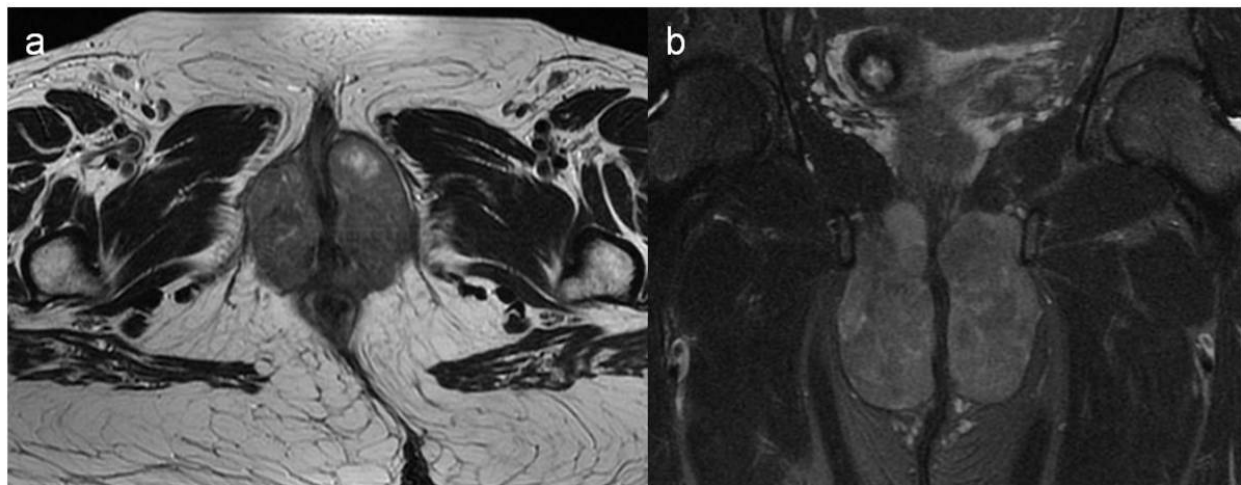


Fig. 7: Mujer de 56 años con tumoraciones en ambos labios mayores de gran tamaño. Imágenes de RM axial potenciada en T2-FSE (a) y coronal potenciada en T2-FSE con SG (b). Tumoraciones sólidas con IS baja que ocupan ambos labios mayores, lobuladas y de bordes bien definidos, que respetan clítoris y la musculatura perineal, desplazándolos pero sin infiltrarlos.

References: Hospital Materno-Infantil, Hospital Universitario Virgen de las Nieves - Granada/ES

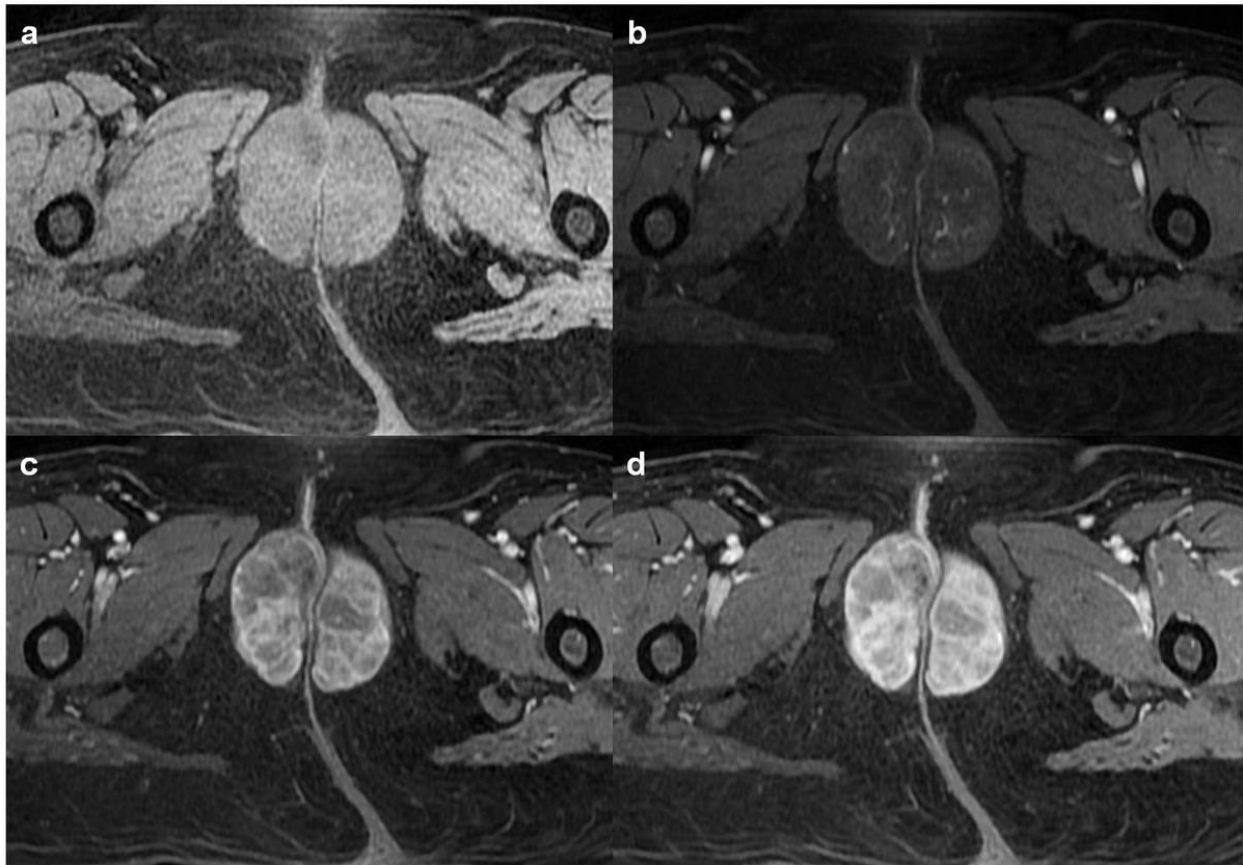


Fig. 8: Mismo caso que el anterior. Mujer de 56 años con tumoraciones en ambos labios mayores de gran tamaño. Imágenes de RM axial potenciada en T1-SPGR dinámico sin (a) y tras la administración de contraste intravenoso en fases arterial (b), portal (c) y tardía (d). Se observa como la intensidad de las tumoraciones es isointensa al músculo antes de la administración de CIV y como ambas muestran un realce lento y progresivo, que se homogeneiza en fase tardía, sugerente de benignidad.

References: Hospital Materno-Infantil, Hospital Universitario Virgen de las Nieves - Granada/ES

Conclusiones

La RM es una técnica útil en el estudio de la patología tumoral vulvar debido a su mayor contraste entre tejidos frente a otras técnicas de imagen.

Su principal utilidad es en la estadificación prequirúrgica del cáncer de vulva y en la evaluación de la recidiva, ya que permite valorar con exactitud el tamaño del tumor primario, sus relaciones anatómicas y la presencia o no de adenopatías locales, factor pronóstico principal en esta patología.