

Cáncer primario de vagina

Vaginal primary cancer

Raiza Ruiz Lorente^I; Daisy Hernández Durán^{II}; Tania Graciela Tamayo Lien^{II}; Ana Isabel de la Torre^{III}

^IEspecialista de I Grado en Oncología. Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Asistente. Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Instructora. Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro". La Habana, Cuba.

RESUMEN

El carcinoma primario de vagina es una neoplasia poco frecuente, representando solamente el 1-2 % de todos los tumores malignos del área ginecológica. Según la FIGO solo se considera como cáncer primario de vagina a aquellas lesiones confinadas a la vagina sin invasión del cuello uterino o la vulva. El pronóstico depende principalmente del estadio en que se encuentra la enfermedad, pero la supervivencia se reduce en pacientes mayores de 60 años de edad, si son sintomáticos al momento del diagnóstico, tienen lesiones del centro y tercio inferior de la vagina o tienen tumores mal diferenciados. Los objetivos de este estudio fueron evaluar la experiencia en el manejo del cáncer primario de vagina, identificar variables demográficas y clínicas, mostrar la variedad histológica de presentación de esta neoplasia tan rara, así como el grado de diferenciación en cada caso. Igualmente relacionar estadio del cáncer, tratamiento y respuesta en cada una de las pacientes. Se trata de un estudio retrospectivo de cinco pacientes con cáncer primario de vagina atendidas en el Servicio de Patología de cuello del Hospital Ramón González Coro, durante el año 2008. La evaluación inicial consistió en una historia clínica completa, examen físico haciendo hincapié en el área ginecológica descartando lesiones en vulva o cuello uterino. A todas las pacientes se les realizó biopsia excisional del tumor, enviando la muestra al estudio histopatológico. Se les realizó cistoscopia, rectoscopia, urograma descendente, a aquellas pacientes con sospecha de infiltración de vejiga o recto, laboratorio, radiografía del tórax y se estadiaron según la clasificación de la FIGO.

Palabras clave: Neoplasia de vagina, cáncer primario, metástasis, adenocarcinoma, coriocarcinoma, carcinoma epidermoide.

ABSTRACT

The primary vaginal carcinoma is a uncommon neoplasm present only in the 1-2% of all the malignant tumors of gynecology area. According to International Federation of Gynecology and Obstetrics only is considered as a primary vaginal cancer of those lesions confined to vagina without invasion of cervix or the vulva. The prognosis depends mainly on the disease stage, but the survival is reduced in patients aged over 60 if they are symptomatic at diagnosis, have lesions of the center and the inferior third of vagina or have ill-differentiated. The objectives of present study were to assess the experience in the vaginal primary cancer management, to identify demographic and clinical variables, to show the histological variety of presentation of this so rare neoplasm, as well as the differentiation grade of each case and to relate the cancer stage, the treatment and the response of each patient. It is retrospective study conducted in 5 patients presenting vaginal primary cancer seen in the Cervix Pathology Service of the "Ramón González Coro" Gynecology and Obstetrics Hospital during 2008. The initial assessment included a complete medical record, physical examination with emphasis in the gynecological area ruling out vulva or cervix uteri lesions. All patients underwent excision biopsy of tumor with the corresponding histopathological study of the sample. A cystoscopy, rectoscopy descending urogram were carried out in those patients with a possible bladder or rectum infiltration, lab tests, thorax Rx staged according the International Federation of Gynecology and Obstetrics classification.

Key words: Vaginal neoplasm, primary cancer, metastasis, adenocarcinoma, choriocarcinoma, epidermoid carcinoma.

INTRODUCCIÓN

Según la FIGO solo se considera como cáncer primario de vagina a aquellas lesiones confinadas a la vagina sin invasión del cuello uterino o la vulva. Debido a esta definición tan estricta observamos que la mayoría de los tumores malignos de vagina son metastásicos de los tumores del cuello uterino y la vulva. Otros tumores que puedan dar metástasis a la vagina son los adenocarcinomas de endometrio, coriocarcinomas, tumores de vejiga o del recto (Figura 1).

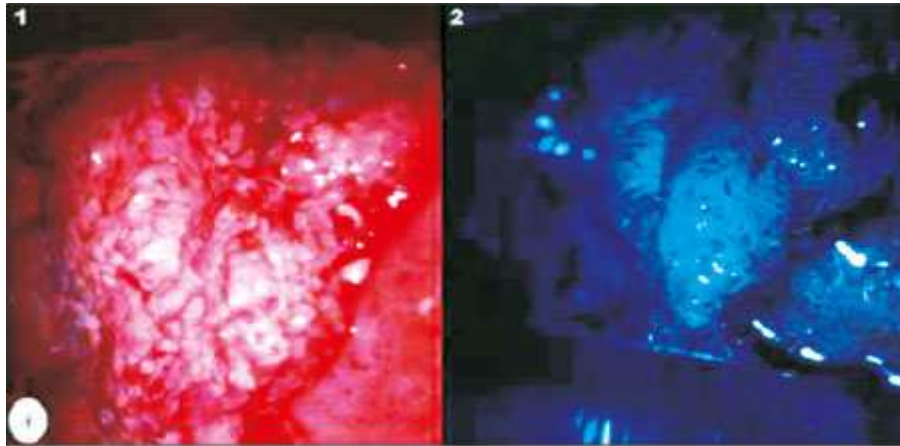


Fig. 1. Lesión de vagina en una videocolposcopia.

El carcinoma primario de vagina es una neoplasia poco frecuente, representando solamente el 1-2 % de todos los tumores malignos del área ginecológica.

La distinción histológica entre el carcinoma celular escamoso y el adenocarcinoma es importante porque los dos tipos representan enfermedades distintas, cada una con una patogénesis diferente y una evolución natural distinta. El cáncer vaginal celular escamoso (aproximadamente 85 % de los casos) inicialmente se disemina superficialmente dentro de la pared vaginal y más tarde invade los tejidos paravaginales y el parametrio. Las metástasis distantes se presentan con mayor regularidad en los pulmones e hígado.¹ El adenocarcinoma (aproximadamente 15 % de los casos) tiene una incidencia máxima entre los 17 y los 21 años de edad y difiere del carcinoma celular escamoso por un aumento en metástasis pulmonar y compromiso ganglionar supraclavicular y pélvico.² Con muy poca frecuencia el melanoma y el sarcoma son descritos como cánceres vaginales primarios. El carcinoma adenoescamoso es un tumor poco común y de rápido crecimiento con mezcla epitelial que comprende aproximadamente 1 a 2 % de los casos.

La etiología del cáncer de vagina es desconocida, sin embargo se han descrito varios factores de riesgo como la neoplasia intraepitelial vaginal, con una tasa de progresión a cáncer del 5 al 9 % de las pacientes tratadas. Actualmente en la etiología del carcinoma epidermoide de vagina tiene una gran relevancia su relación con la infección del HPV, responsable entre el 65 al 90 % de la aparición de lesiones malignas en esta localización.

El pronóstico depende principalmente del estadio en que se encuentra la enfermedad, pero la supervivencia se reduce en pacientes mayores de 60 años de edad, si son sintomáticos al momento del diagnóstico, si tienen lesiones del centro y tercio inferior de la vagina o cuando histológicamente tienen tumores mal diferenciados.^{3,4} Además, se ha encontrado que la extensión de la pared vaginal comprometida está significativamente correlacionada con la supervivencia y el estadio de la enfermedad en pacientes con carcinoma de células escamosas.⁵

Las alternativas terapéuticas dependen del estadio; la cirugía o la radioterapia son altamente eficaces en los estadios iniciales, mientras que la radioterapia es el tratamiento primario para estadios más avanzados.^{6,7} No se ha mostrado que la quimioterapia sea curativa en el caso del cáncer vaginal avanzado y no hay regímenes farmacológicos estándares.

Los adenocarcinomas de células claras son poco comunes y se presentan con mayor frecuencia en pacientes de menos de 30 años de edad quienes han tenido un historial de exposición al dietilestilbestrol (DES) en el útero. La incidencia de esta enfermedad, que es más alta para quienes estuvieron expuestas durante el primer trimestre, alcanzó su grado máximo a mediados de la década de 1970, reflejando el uso de DES en la década de 1950.² Mujeres jóvenes con un historial de exposición al DES en el útero, se les deberá dar seguimiento de forma cuidadosa para diagnosticar esta enfermedad en un estadio temprano. Para las mujeres que han recibido un seguimiento cuidadoso y bien administrado, la enfermedad es altamente curable.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal, donde se revisaron cinco historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer primario de vagina atendidas en el Servicio de Patología de cuello del Hospital Ramón González Coro, durante el año 2008.

La evaluación inicial de dichas mujeres consistió en la elaboración de una minuciosa historia clínica, haciendo hincapié en el interrogatorio del sistema genitourinario y un examen físico completo precisando la presencia de lesiones en periné, vulva, vagina o cuello uterino. En todos los casos se realizó una videocolposcopia, con los pasos descritos al respecto: visión a ojo descubierto, luego con aplicación de solución salina isotónica, seguida de la exploración con ácido acético al 5-6 % y por último con solución de Lugol. A todas las pacientes se les realizó biopsia incisional del tumor bajo visión colposcópica, enviando la muestra al departamento de anatomía patológica para el diagnóstico histopatológico según los métodos convencionales. Una vez que contamos con el resultado histológico, se sometieron a un grupo de exámenes complementarios con el fin de lograr estadiar a cada una de las pacientes acorde con la clasificación sugerida por la FIGO; entre ellos se indicaron: cistoscopia, rectoscopia, urograma descendente, estudio hemoquímico, radiografía de tórax.

A pesar de que el tratamiento de elección de estos tumores lo constituye la radioterapia, debemos individualizar los casos según el estadio de la enfermedad, edad de la paciente y condiciones médicas de la paciente, tipo histológico, grado de diferenciación tumoral, la localización de la lesión, la presencia o ausencia del útero y los antecedentes de radioterapia previa.

El tratamiento radiante se realizó mediante dos técnicas, radioterapia externa por campos pélvicos antero-posterior y postero-anterior, abarcando la pelvis verdadera desde el introito vaginal hasta la unión de la quinta vértebra lumbar y la primera vértebra sacra; incluyendo las ganglios inguinales, a una dosis fracción de 180/200 cGy/día, durante 5 días a la semana, hasta completar 5000/6000 cGy y; braquiterapia intracavitaria a una dosis total de 3000-3500 cGy. La quimioterapia a base de cisplatinato con dosis de 40mg/m² semanal durante la administración de la radioterapia; se empleó solamente en pacientes con persistencia o recidiva.

Se describen variables demográficas y clínicas de cada una de las pacientes, las cuales fueron evaluadas de acuerdo a edad, historia obstétrica, sintomatología, patología ginecológica previa, estadio de la enfermedad, clasificación histológica, grado de diferenciación, tratamiento realizado, porcentaje de persistencia y recidiva de la lesión.

Se muestran los resultados en tablas y figuras de 1 ó más entradas, así como la foto de una de las pacientes. Además por tratarse nuestro estudio de la presentación de nuestra casuística en relación a esta enfermedad oncoproliferativa

tan rara, nos limitamos a mostrar los resultados, utilizando ocasionalmente el método del tanto por ciento.

RESULTADOS

A pesar de ser el cáncer primario de vagina, una de las neoplasias más infrecuentes del aparato ginecológico, ha sido significativo el número de casos reportados en nuestro centro en el año 2008 con un total de 5.

Como bien se aprecia en la figura 2, la edad más frecuente de aparición es después de los 60 años, no hubo ninguna paciente menor de 30 años, solamente 1 caso con 34 años, para un 25 %.

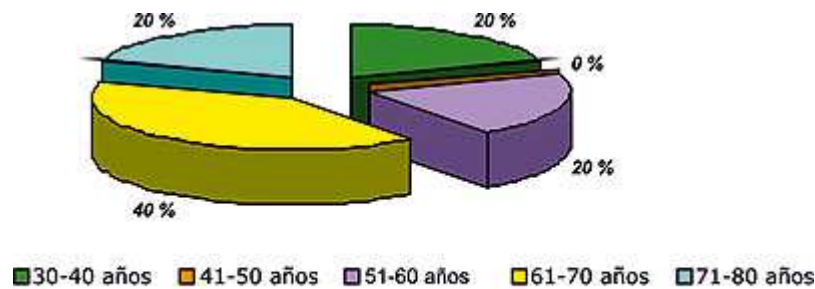


Fig. 2. Distribución de los casos según la edad.

Por otro lado, todas las pacientes son multíparas, independientemente de la edad al momento del diagnóstico. En cuanto a la presencia de patología ginecológica previa es significativa la asociación con la infección por HPV que se demuestra en el 70 % de los casos analizados, sin embargo otras lesiones del aparato genitourinario fueron infrecuentes. No se reportó ningún caso de adenocarcinoma de células claras relacionado con tratamientos previos de dietilbestrol.

La incidencia de sangramiento vaginal (como síntoma inicial referido por las pacientes) fue del 80 %. El sangramiento constituye el primer signo de alarma y la causa de asistencia a la consulta de más de $\frac{3}{4}$ de los casos, relacionado con otros síntomas de menor frecuencia de aparición como la leucorrea y el dolor, pero que orientan hacia la presencia de lesión fuera de la vagina (Tabla 1).

Tabla 1. Relación de los datos más relevantes de las pacientes estudiadas

Paciente	Edad	Historia obstétrica	Patología ginecológica previa	Síntomas Iniciales
1	64	G ₃ P ₃ A ₀	Mioma uterino operado	Leucorrea sanguinolenta
2	34	G ₄ P ₂ A ₂	Inflamación pélvica e infección por HPV	Sangramiento
3	59	G ₆ P ₅ A ₁	Ninguna	Sangramiento y sepsis urinaria
4	69	G ₄ P ₃ A ₁	Infección por HPV	Dolor y sangramiento
5	73	G ₃ P ₃ A ₀	Liquen plano de vulva e infección por HPV	Prurito y sangramiento

En nuestra serie (tabla 2) predominó el carcinoma, como variedad histológica, con 4 casos para un 80 % del universo estudiado.

Tabla 2. Relación de diagnóstico, tratamiento y respuesta al tratamiento

Casos	Diagnóstico histológico	Etapa clínica	Tratamiento	Respuesta
1	Carcinoma epidermoide de células claras	IIB	RTP + BQT-HDR	Persistencia de la lesión
2	Carcinoma epidermoide de alto grado	IIB	RTP + QTP+ BQT- HDR	Progresión de la lesión
3	Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado	IB	RTP + QTP + BQT -HDR	Completa
4	Carcinoma adenoescamoso	IA	RTP + BQT	Completa
5	Carcinoma epidermoide bien diferenciado	IIB	RTP + QTP + BQT-HDR	Completa

El 60 % de los casos se diagnosticó en etapa II. Las 2 pacientes con estadio I fueron tratadas con radioterapia externa más braquiterapia. Las pacientes con estadio II reportadas en esta serie tuvieron: una de ellas progresión de la lesión durante el tratamiento con metástasis a recto y posterior diseminación abdominal que conllevó al fallecimiento de la paciente meses después y otra una persistencia sin evidencia de respuesta.

La terapéutica utilizada en todos los casos fue la RTP externa con Co 60 DT 50.4 Gy seguida de BQT-HDR cuatro aplicaciones de 600Cgy cada una para una dosis total de 42Gy.

El grado de diferenciación estuvo directamente relacionado con la respuesta al tratamiento con un mejor control en aquellas pacientes con tumores bien diferenciados.

El control de la enfermedad hasta la actualidad se logró en el 60 % de las pacientes. El promedio de seguimiento ha sido de 15 meses con una paciente fallecida en este tiempo, otra con persistencia de la lesión de forma local pero sin metástasis a distancia y 3 pacientes controladas hasta el momento, que representan el 60 % de los casos analizados.

DISCUSIÓN

Las mujeres de este estudio se comportaron de igual modo que lo reportado en la escasa bibliografía que existe respecto a este tipo de cáncer ginecológico, ya que la mayoría de los autores afirman que el síntoma primordial por el que acuden las pacientes a consulta es el sangramiento genital anormal (58-85 %).^{2,5}

Es rara la incidencia del cáncer primario de vagina antes de la 6ª década de la vida, sin embargo es muy frecuente en pacientes posmenopáusicas.

No se diagnosticaron casos de melanoma o sarcoma, por lo cual solo nos referimos al tratamiento actual de los tumores malignos de origen epitelial.

Es bueno recalcar que los pacientes con adenocarcinoma de vagina deben ser examinados exhaustivamente debiéndose descartar un primario en el canal endocervical, endometrio, vejiga o recto-sigmoides.²

En el análisis de las primeras variables observamos que, como se describe en la literatura el cáncer vaginal es más frecuente en pacientes posmenopáusicas.¹

En el estadio I la radioterapia es el tratamiento de elección, ya que se necesitaría una vaginectomía total o una excentración pélvica para obtener márgenes sanos adecuados. Pacientes seleccionadas con tumores pequeños y superficiales pueden ser tratadas con braquiterapia solamente (intersticial o intracavitaria). La braquiterapia intersticial provee una distribución de dosis más homogénea. Tumores más grandes y profundos se tratan con radioterapia combinada (externa más braquiterapia) obteniendo una sobrevida libre de enfermedad que varía del 75 al 95 %.

La cirugía como tratamiento primario solo está indicada en pacientes jóvenes, delgadas con tumor localizados en el tercio superior de la vagina.

En las pacientes con estadio II la radioterapia es el tratamiento estándar siendo la combinación de radioterapia externa más braquiterapia (dosis total de 7500 a 8000 cGy), el método más empleado con unas tasas de sobrevida que varían del 50 al 80 % dejándose a la cirugía sola como tratamiento de rescate.

En un trabajo publicado por *Rada et al* del HOPM,⁸ se obtuvo una tasa global de sobrevida a los 5 años en pacientes con estadio I y II tratadas con radioterapia externa más braquiterapia del 75 %, cifras que coinciden con otros autores.^{2,5,6}

Debido a que el cáncer primario de vagina es una enfermedad sumamente rara, existen pocos reportes sobre el uso de la quimioterapia en esta enfermedad, extrapolándose muchas veces la experiencia obtenida con el tratamiento del carcinoma de cuello uterino y de vulva. Por esta razón, las pacientes con persistencia o recidiva reciben esquemas basados en cisplatino con resultados desalentadores. Los reportes que utilizan quimioterapia neo adyuvante y quimio-irradiación concurrente son escasos y anecdóticos.²

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. De Vita V. Vaginal Cancer: Principles and Practice. 5th edition. Lippincott-Raven Philadelphia, PA 19106 USA 1998:1-15.
2. Wharton J, Tortoledo G, Linares A. Vaginal intraepithelial neoplasia and vaginal Cancer. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 1996; 23(2):325-45.
3. Calderaro F, Medina F, Rezig M, Pacheco C. Cáncer primario de vagina. Experiencia en el hospital oncológico "Padre Machado". 1988-1998. Rev venez oncol. 2001;13(3):77-82.
4. Goodman A. Primary vaginal cancer. Surg Oncol Clin North Am. 1998;7(2):47-61.
5. Pérez C, Camel H, Galakatos A et al. Definitive irradiation in carcinoma of the vagina: long term evaluation of results. Intern J Radiat Oncol, Biol, Phys. 1988;15(8):1283-90.
6. Palacios P, Spagnuolo L, Medina F. Estado actual del tratamiento del cáncer de vagina. Rev Venez Cir. 1989;42(1):178-9.
7. Dixit S, Singhal S, Babo H, Squamous cell carcinoma of the vagina: A review of 70 cases. Gynecol Oncol. 1993;48:80-7.
8. Rada N, González H, Calderaro F. Efectividad de la radioterapia en el tratamiento del carcinoma de vagina en estadios I y IIA. Rev Venez Oncol. 1992;4(3):113-7.

Recibido:25 de junio de 2010.

Aprobado:3 de julio de 2010.

Dra. *Raiza Ruiz Lorente*. Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro". Calle 21 entre 4 y 6. Vedado. La Habana, Cuba. Autor de correspondencia: Dra. *Daisy Hernández Durán*. Correo electrónico: daisy.hdez@infomed.sld.cu