

Carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes y pequeñas en vagina

Large and small cells non-keratinizing epidermoid vaginal carcinoma

Dra. Ofelia Masó Anaya, Dra. María Elena Morales Larramendi, MsC. Dolores Díaz Pérez, Dra. Esperanza Dager Dager y Dra. Gloria Adelaida Bolaños Diego

Hospital Ginecoobstétrico Provincial Docente "Mariana Grajales Coello", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presentan 5 casos clínicos de pacientes atendidas en la consulta de patología de cuello del Hospital Provincial Ginecoobstétrico "Mariana Grajales Coello" de Santiago de Cuba por presentar sangrado vaginal, dolor en bajo vientre, leucorrea y lesiones vaginales. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de carcinoma de células escamosas o epidermoide.

Palabras clave: mujer, vagina, carcinoma de células escamosas, carcinoma epidermoide, cáncer invasor, sangrado vaginal, leucorrea, cirugía.

ABSTRACT

Five case reports of patients who were assisted at the cervix Pathology Department from "Mariana Grajales Coello" Provincial Gynecological Obstetrical Hospital in Santiago de Cuba due to vaginal bleeding, low abdominal pain, leukorrhea and vaginal injuries are presented. The pathological study confirmed the diagnosis of squamous or epidermoid cells carcinoma.

Key words: woman, vagina, squamous cells carcinoma, epidermoid carcinoma, invasive cancer, vaginal bleeding, leukorrhea, surgery

INTRODUCCIÓN

La vagina es una parte del aparato genital femenino que se destaca por la ausencia de enfermedades primarias. En las mujeres adultas, las infecciones suelen afectar la vulva y las estructuras perivulvares y se extienden al cuello uterino sin dañar significativamente la vagina. La principal lesión primaria grave es el carcinoma primario, por lo demás poco frecuente.¹

El carcinoma invasivo primario de vagina es una enfermedad predominante en ancianas (de 70-80 % de los casos), fundamentalmente en mayores de 60 años. Excepto en el carcinoma de células claras asociado al consumo del dietilestilbestrol, los carcinomas invasivos de vagina son extremadamente raros en mujeres menores de 40 años. Entre los factores pronósticos más importantes figuran: estadio tumoral, tamaño y localización del tumor, grado y subtipo histológico.²

Algunos autores han observado un mayor riesgo en las féminas con bajo nivel socioeconómico, entre otras causas (uso de pesarios, antecedentes de verrugas venéreas, vaginitis e infección por el virus del papiloma humano).³

Los adenocarcinomas son poco comunes, pero han sido objeto de atención por el aumento creciente de los de células claras en mujeres jóvenes (entre 20 y 25 años), cuyas madres fueron tratadas con dietilestilbestrol durante el embarazo.^{4, 5}

El carcinoma vaginal afecta con mayor frecuencia la porción posterosuperior de la vagina, especialmente en la unión de la pared posterior con el exocérvix. Comienza como un foco de engrosamiento epitelial, que se asocia, a menudo, con una neoplasia intraepitelial cervical y evoluciona hasta formarse una masa en forma de placa que se extiende e invade, por contigüidad, al cuello uterino y a las estructuras perivaginales.

La rareza de los hallazgos justificó la realización del presente artículo, a fin de compartir estas experiencias con los lectores.

CASOS CLÍNICOS

- Caso 1. Paciente de 74 años de edad, quien acudió a consulta por presentar pérdidas vaginales como "lavado de carne".
 - Examen físico ginecológico (espéculo): Se observó un tumor de 3 cm en la cara lateral de la vagina, cerca del introito vaginal.
 - Informe anatomopatológico: carcinoma epidermoide no queratinizante de células pequeñas.
- Caso 2. Paciente de 52 años de edad, con dolor en bajo vientre y sangrado en forma de manchas.
 - Examen físico ginecológico (espéculo): Se visualizó una lesión ulcerativa en el tercio superior de la vagina.
 - Informe anatomopatológico: Carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes.
- Caso 3. Paciente de 54 años de edad, con dolor en bajo vientre y sangrado vaginal escaso.
 - Examen físico ginecológico (espéculo): Se observó lesión ulcerada en el tercio posterior y cara lateral de la vagina, que sangraba con facilidad.
 - Informe anatomopatológico: Carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes.

- Caso 4. Paciente de 50 años de edad con dolor en bajo vientre y sangrado vaginal.
 - Examen físico ginecológico (espéculo): Se visualizó una lesión ulcerativa en la pared posterior de la vagina.
 - Informe anatomopatológico: Carcinoma epidermoide no queratinizante de células pequeñas.
- Caso 5. Paciente de 35 años de edad, con abundante leucorrea.
 - Examen físico ginecológico (espéculo): Presencia de una lesión ulcerativa en el fondo de saco lateral derecho.
 - Informe anatomopatológico: Carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes.

COMENTARIOS

De 80-90 % de las neoplasias malignas primarias vaginales son carcinomas de células escamosas, histológicamente similares a los que aparecen en otras localizaciones. Un tercio de estos tumores son queratinizantes y más de la mitad no queratinizantes, moderadamente diferenciados. Macroscópicamente pueden ser nodulares, ulcerativos, indurados o placas exofíticas.

Aproximadamente de 5-10 % de las neoplasias primarias vaginales son adenocarcinomas. Estos, a menudo, presentan dificultad en el diagnóstico diferencial, por lo cual deben ser distinguidos de los tumores metastásicos de otras localizaciones.²

Muchos autores consideran que el principal factor de riesgo es un carcinoma previo de cuello de útero o vulva y que de 1 a 2 % de los carcinomas cervicales invasores evolucionan hasta convertirse en un carcinoma epidermoide de vagina, lo cual se atribuye al carácter multicéntrico de las neoplasias epidermoides del tracto genital inferior femenino, a la insuficiente extirpación de los carcinomas primarios y a los efectos mutágenos de la radioterapia.¹⁻⁵

Los carcinomas de cuello uterino, que se extienden a la vagina, son mucho más frecuentes que las neoplasias primarias, por eso para diagnosticarlos debe excluirse el tumor cervical existente. Los principales síntomas son el sangrado irregular en forma de manchas y, en ocasiones, abundante leucorrea, aunque muchas veces son silentes o asintomáticos.

Las lesiones situadas en los dos tercios inferiores tienden a metastizar hacia los ganglios inguinales; las altas, afectan a los ganglios regionales ilíacos y, en fases avanzadas, a órganos distantes, mediante la vía hematógena.

El cáncer de vagina, debido a su crecimiento infiltrante e insidioso, es difícil de curar, por lo cual su diagnóstico precoz es obligatorio. Teniendo en cuenta lo anterior, se sugiere realizar examen ginecológico anual a las mujeres de riesgo, principalmente a las expuestas al dietilestilbestrol, pues el proceder quirúrgico y la irradiación han eliminado satisfactoriamente los tumores relacionados con este estrógeno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robbins S, Cotran RS, Kumar V, Collins T. Patología estructural y funcional. 8 ed. Madrid: McGraw Hill- Interamericana; 2007. p. 710-12.
2. Vera E, Prujá M, Marcos JJ, Albistur M, Tejedor Valerdi JJ. Factores pronósticos en los tumores de origen ginecológico. Anales. [Internet]. [citado 22 Ago 2011]; 24 supl 1. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple1/suple11a.html>
3. González-Merlo J, González Bosquet J, González Bosquet E. Ginecología. Tumores de ovario. 6ed. Madrid: Editorial Salvat; 2003.
4. Brux J. Histopatología ginecológica. La Habana: Edición Revolución; 1983. p. 207-21.
5. Dexeus Trias de Bess JM. Obstetricia y ginecología. 2 ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1974. p. 546-69.
6. Gien LT, Beauchemin MC, Thomas G. Adenocarcinoma: a unique cervical cancer. Gynecol Oncol. [Internet]. 2010 [citado 22 Ago 2011]; 116(1):140-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19880165>
7. Garg K, Shih K, Barakat R, Zhou Q, Iasonos A, Soslow RA. Endometrial carcinoma in women aged 40 years and younger: tumors associated with loss of DNA mismatch repair proteins comprise a distinct clinicopathologic subset. Am J Surg Pathol [Internet]. 2009 [citado 22 Ago 2011]; 33(12):1869-77. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19898223>

Recibido: 12 de diciembre de 2011.

Aprobado: 14 de enero de 2012

Ofelia Masó Anaya. Hospital Provincial Ginecoobstétrico "Mariana Grajales Coello", avenida Victoriano Garzón, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: ofelia.maso@medired.scu.sld.cu