

CARCINOMA PRIMARIO DE VAGINA

RESUMEN

Se comunican 3 casos de cáncer primario de vagina, de rara presentación, diagnosticados y tratados en el servicio de Ginecología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, en el año 2005. Se describe la edad de aparición, antecedente ginecológico, clínica de presentación, localización, histología, estudios de extensión, distribución por estadio, tratamiento y evolución.

Palabras clave: Carcinoma de vagina, Cáncer ginecológico.

Carlos León, Claudia Urbina,
Alejandro Yábar

Rev Per Ginecol Obstet. 2006;52(3):186-89

Hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud

Recibido el 13 de julio de 2006.

Aceptado el 2 de agosto de 2006.

ABSTRACT

Three cases of primary cancer of the vagina, of rare presentation, diagnosed and treated at the Gynecology Service, Edgardo Rebagliati Martins National Hospital, in 2005 are reported. Presentation age, gynecological history, presentation, localization, histology, extension studies, stage distribution, treatment and evolution are described.

Key words: Carcinoma of the vagina, Gynecological cancer.

INTRODUCCIÓN

Se define carcinoma primario de vagina a toda lesión maligna localizada en la vagina, sin invadir el cuello uterino o la vulva. En pacientes con antecedentes de cáncer de cuello uterino, debe haber transcurrido 5 años de intervalo libre de enfermedad para considerar que una lesión maligna en la vagina es un nuevo cáncer primario.

El carcinoma primario de vagina representa 1 a 2% de los cánceres ginecológicos y su localización más habitual es el tercio superior y cara posterior de la vagina.

Describimos 3 casos de cáncer primario de vagina diagnosticados y tratados en el 2005; de rara presentación, llamó la atención la ocurrencia de 3 casos en el mismo año.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1

Paciente de 48 años que acudió a nuestro hospital por presentar un cuadro clínico de sangrado vaginal, dispareunia y sangrado poscoital de un año de evolución, sin antecedentes personales de importancia. En la exploración ginecológica, se halló huellas de

sangrado rosado escaso, vagina estrecha, lesión exofítica sangrante en el tercio superior de la cara posterior; cérvix aparentemente sano, útero y anexos normales.

La biopsia de vagina fue informada como cáncer epidermoide infiltrante bien diferenciado queratinizante. La ecografía abdominal fue normal y la ecografía pélvica señaló hacia la pared vaginal formación heterogénea de 33 mm, sin aparente infiltración, parametrios libres, útero y anexos normales.

El Papanicolaou fue negativo, la cistoscopia normal, proctoscopia normal. La urografía mostró ectasia del sistema pielocalicial derecho, uréter de trayecto y calibre normal.



Figura 1. Caso 1. Lesión exofítica sangrante en el 1/3 superior de cara posterior de vagina, cérvix aparentemente sano

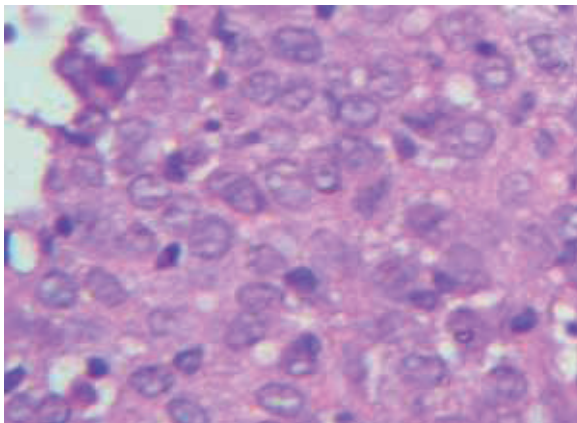


Figura 2. Caso 1. La fotografía muestra un carcinoma epidermoide pobremente diferenciado (20X)

Con el diagnóstico de cáncer de vagina I, la paciente fue sometida a histerectomía radical y vaginectomía parcial (13/9/2005), hallándose útero de tamaño normal, ganglios de cadena pélvica aumentados de volumen, tumoración vaginal que comprometía la pared posterior con tejido tumoral de tejido submucoso; no se palpaba ganglios paraaórticos. Fue dada de alta a los 24 días. El resultado de anatomía patológica fue: carcinoma escamoso bien diferenciado de vagina, queratinizante, con área de aspecto verrucoso que infiltra los planos musculares; bordes quirúrgicos vaginal y profundo libres de neoplasia maligna cercana a la tumoración, ganglios negativos, útero y anexos normales. Cáncer de vagina II (Figuras 1 y 2).

En el examen del 7/11/05, la vagina era estrecha, la cúpula bien conformada. El 17/11/06 presentó edema de miembro inferior derecho; la exploración ginecológica fue normal. Se solicitó tomografía axial computarizada, que no mostró adenopatías paraaórticas, intercava o iliacas; lesión de aspecto de masa sólida heterogénea de contornos irregulares de 7 x 5 y 5 de diáme-

tros transverso, anteroposterior y longitudinal; ocupaba área uterina y no guardaba adecuada interfase con el borde posterior de la pared vesical, considerándose la posibilidad de infiltración vesical; hidronefrosis derecha.

El 29/12/05 presentó dolor en hemiabdomen izquierdo y nódulo 1 x 1 cm a la derecha. Luego de interconsulta con el servicio de radioterapia, se inició radioterapia externa 5 000 cGY en 25 fracciones y 2 braquiterapias. Terminó la atención el 3/3/06.

Caso clínico 2

Paciente de 81 años, que acudió por presentar tumor vaginal por 4 meses y dolor en vagina. Antecedentes personales de hipertensión arterial, colecistectomía y apendicetomía, asma bronquial. En la exploración ginecológica, se encontró cistocele III, histerocele IV, vagina con zona ulcerada de 8 x 7 cm, bordes engrosados en pared posterior vaginal.

La biopsia de vagina, el 5/9/05, reportó cáncer epidermoide bien



Figura 3. Caso 2. Se evidencia en cara posterior de vagina lesión ulcerada de 8 x 7 cm con bordes engrosados.

diferenciado queratinizante. Por cistoscopia, se encontró edema buloso, vejiga libre de tumoración, Papanicolaou negativo, con citología atrófica; radiografía de tórax normal. Con diagnóstico clínico de cáncer de vagina I, fue sometida a vaginectomía total, histerectomía vaginal y colporrafía anterior y posterior, el 15/11/05. El reporte de anatomía patológica fue carcinoma epidermoide de vagina bien diferenciado queratinizante infiltrante, ulcerado, 5 x 4,7 cm, borde quirúrgico distal libre de neoplasia maligna, borde quirúrgico profundo comprometido por neoplasia maligna. Cuello libre de neoplasia maligna, cervicitis crónica, con metaplasia escamosa inmadura, hiperplasia endometrial simple sin atipia.

El control del 12/1/06 no mostró evidencia de enfermedad; el tacto fue negativo. El 30/3/06 no había evidencia de recurrencia.

CASO CLÍNICO 3

Paciente de 71 años, que acude por sangrado vaginal de 1 mes y baja de peso. Antecedente personal de diabetes mellitus II. En la exploración ginecológica, se encontró vagina mediana con 2 lesiones exofíticas, uno en cara posterior de 2,5 x 1,5 cm, de implantación por pedículo, y otra en tercio superior de vagina, en su cara posterior; cérvix sano, útero pequeño móvil, anexos normales. En el tacto rectal, los parametrios estaban libres. El 8/8/05, la biopsia mostró carcinoma epidermoide pobremente diferenciado no queratinizante; primera posibilidad histogénica de cérvix (Figura 3).

Con Papanicolaou positivo a células tumorales de carcinoma escamoso, se decidió teleterapia 5 000 CG/25 y BIC; se inició tratamiento en noviembre 2005.

Desde el 15/1/06, no se presentó hasta la fecha (17/3/06).

DISCUSIÓN

El cáncer primario de la vagina es una patología infrecuente, que corresponde al 2,08% de los cánceres del área ginecológica. La mayoría de los pacientes presenta sangrado genital anormal, aunque puede observarse además dolor pelviano, rectorragia o hematuria.

Un 27% de los casos es asintomático, diagnosticándose posteriormente en un examen físico o citológico anormal.

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide, observándose en 90% de los casos; al adenocarcinoma corresponde el 5%. El carcinoma adenoescamoso es sumamente raro.

El rol de la cirugía está limitado a lesiones pequeñas del tercio superior de la vagina.

El estándar de tratamiento es la radioterapia con quimioterapia concurrente, basada en cisplatino.

El cáncer de vagina está descrito como entidad que padecen mujeres mayores de 60 años. Se ha descrito numerosos factores de riesgo relacionados con el carcinoma de vagina, entre ellos, el antecedente de histerectomía, radioterapia pélvica, prolapso de útero, uso de pesarios, virus PVH, virus del herpes, endometriosis, tratamiento inmunosupresor.

La estadificación según FIGO debe ser clínica y no quirúrgica, se debe realizar historia clínica, exploración, radiografía de tórax, proctoscopia, cistoscopia.

Los estadios son como sigue:

1. Lesión limitada a mucosa vaginal
2. Afecta tejido subvaginal, pero sin llegar a pared pélvica.

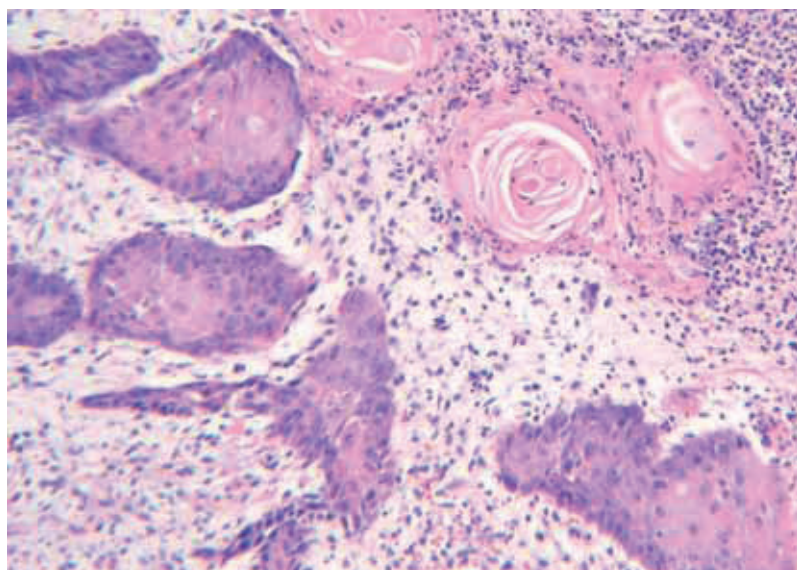


Figura 4. Caso 3. La biopsia muestra un carcinoma epidermoide bien diferenciado con presencia de perlas córneas que infiltran la submucosa

- 2a. Afecta submucosa, sin llegar a paracolpos
- 2b. Llega a paracolpos, sin llegar a pared pélvica.
- 3. Lesión llega a pared pélvica
- 4. 4a Vejiga y recto
- 4b Órganos a distancia

Las lesiones con invasión superficial (< 2,5 mm), sin afectación del espacio vascular-linfático, no precisan de linfadenectomía y se podría realizar un tratamiento local, bien sea exéresis quirúrgica o radioterapia.

En pacientes con histerectomía previa, la aplicación de radioterapia está dificultada.

La recurrencia local es la más frecuente.

Pensamos que son importantes las tomas citológicas periódicas, incluso las histerectomizadas por alguna causa benigna, ya que el riesgo de padecer cáncer de vagina está aumentado y es útil poder hacer el diagnóstico precozmente y por lo tanto mejorar el pronóstico de pacientes y aumentar la supervivencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Briceño JM, Arginio CA. Carcinoma adenoescamoso de vagina. *Rev Venez Oncol.* 2003;15(1):55-58.
2. Ortega, Cosió SEF. Carcinoma primario de vagina: estudio de diez casos. *Toko-Gin Pract.* 2001;60(6):313-316.
3. De la Rosa JH, Usandizaga JM, Ibáñez. Carcinoma primario de vagina. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2001;28(5):2009-212.
4. Creasman WT. Vaginal cancers. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2005;17:71-76.
5. Falcón O, Vizcaíno J, del Pozo D, López-Bonilla A. Carcinoma primario de vagina. *Prog Obstet Ginecol.* 1999;42:225-229.
6. Cáncer de Vagina. www.cirugia20cancer20%devagina20%.htm
7. Gao Z, Bhuiya T, Falkowski O. Papillary squamous transitional cell carcinoma of the vagina: a case report and review of literature. *Gynaecology case reports*, pag 94-96