

Carcinoma primario de vagina

J.H. de la Rosa, J.M. Usandizaga y T. Ibáñez

Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

SUMMARY

The primary carcinoma of the vagina is an uncommon tumor. It represents 1-2% of all gynecological malignancies. Among these, squamous cell carcinoma is the most frequent one, comprising 85%. The most frequent site of the tumor is in the upper third and in the posterior wall of the vagina.

The diagnosis is realized by physical exploration and biopsy of the suspicious lesion, being the vaginal cytology a very useful method for an early diagnosis.

The cause is unknown, although it is possibly influenced by the same risk factors than the carcinoma of the cervix.

The prognosis has improved in the last years, finding radiotherapy as one of the most common processes used, but not the only one, since surgery also has an important place, overall, in initial estadies and in sexually active women.

In the following parragraph, it is presented a clinic case about a 76-year-old woman who came to our consult due to a vaginal hemorragy of two months of evolution. This patient was diagnosed of a primary squamous cell carcinoma of the vagina set in the anterior wall of the lower third of the vagina. She was treated by radiotherapy (58 Gy).

INTRODUCCIÓN

El carcinoma primario de vagina es un tumor raro, representa el 1-2% de todos los tumores malignos ginecológicos¹⁻³. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide (85%) y con mucha menor frecuencia se han descrito: melanomas, sarcomas y adenocarcinomas⁴. El carcinoma secundario de vagina se ve con mucha mayor frecuencia que la enfermedad primaria, proviniendo con mayor frecuencia del cérvix uterino y también de otros tejidos como el endometrio, ovario, uretra, vejiga y recto⁴. Así, se ha

considerado por acuerdo que toda neoplasia maligna que afecte al cérvix y a la vagina a la vez y que sea compatible histológicamente con los dos órganos sea clasificada como carcinoma primario de cérvix^{3,4}. Incluso hay autores que excluyen a todas las pacientes con antecedentes de otro cáncer de origen ginecológico⁵.

El diagnóstico suele retrasarse, siendo la hemorragia vaginal el síntoma más común⁴.

La localización más habitual es en el tercio superior de la vagina y en su cara posterior^{4,6-8}.

Aunque el tratamiento estándar de esta neoplasia es la radioterapia, la cirugía puede ser adecuada en casos seleccionados y con resultados similares^{1,3,4,6}.

CASO CLÍNICO

Paciente de 76 años que acudió a nuestro hospital por presentar un cuadro clínico de hemorragia supuestamente vaginal de 2 meses de evolución. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), accidente cerebrovascular, hernia de hiato, hipertensión arterial, operada de hernia inguinal.

La primera exploración ginecológica fue normal. Se intentó realizar una histeroscopia sin conseguir visualizar la cavidad uterina de forma adecuada. La biopsia endometrial fue informada como material insuficiente. La ecografía pélvica fue normal. La paciente volvió a acudir a los pocos días al servicio de urgencias de este centro aquejada del mismo cuadro. En esta ocasión se visualizó en la cara anterior y el tercio inferior de la vagina una formación excrecente, indurada, de 1 × 1 cm que se biopsió, siendo informado como carcinoma epidermoide (fig. 1). Se realizó una colposcopia visualizándose una lesión de las mismas características, pero de 3 × 3 cm. La resonancia magnética (RM) pélvica puso de manifiesto una tumoración vaginal de 5 × 4 × 2 cm que engloba la uretra sin aparente infiltración de la misma (fig. 2). La tomografía computarizada (TC) abdominal fue normal. Se intentó realizar una cistoscopia, pero fue imposible por estenosis de la uretra.

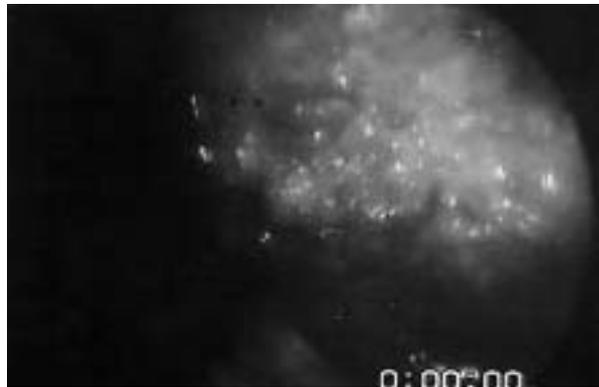


Fig. 1. Lesión vegetante y sangrante en cara anterior de vagina sospechosa de proceso neoplásico.

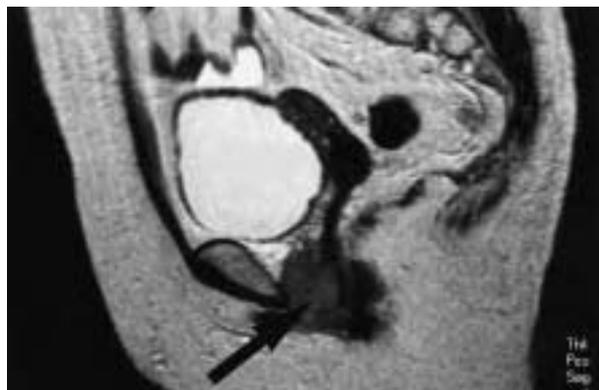


Fig. 2. Resonancia magnética pélvica, corte sagital. La flecha indica la tumoración vaginal.

Con el diagnóstico de carcinoma primario de vagina (estadio IIb) (fig. 3), la paciente fue tratada con radioterapia externa (58 Gy), mediante un acelerador lineal de electrones con fotones de 6 y 18 Mv anteroposterior/posteroanterior (AP/PA) a la vagina y precisó sondaje mediante talla vesical por imposibilidad en la micción.

En el último control realizado a los 8 meses del tratamiento la exploración ginecológica fue normal, sin visualizarse lesión vaginal. La RM pélvica evidencia ausencia de lesión vaginal, cambios posradioterapia, pequeñas adenopatías inferiores a 1 cm en ambas cadenas inguinales. El *Squamous cell carcinoma* (SCC) actual es de 3,94 ng/ml.

DISCUSIÓN

El carcinoma primario de vagina es un tumor poco frecuente, y supone el 1-2% de todos los tumores malignos del aparato genital femenino^{1,2}. Se presentan en

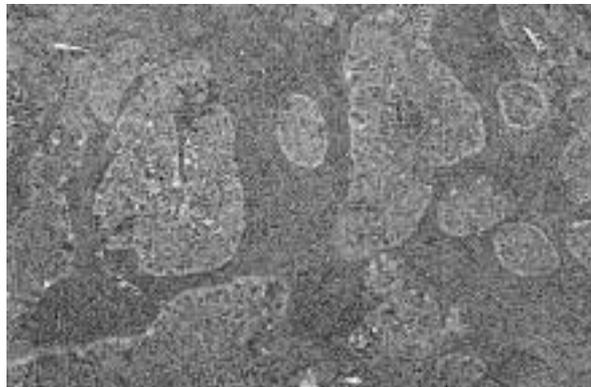


Fig. 3. Anatomía patológica. Carcinoma primario de vagina. En la imagen aparecen nidos de células escamosas infiltrando la estroma.

mujeres entre 35 y 90 años, siendo la mayor incidencia entre los 60-80 años⁴.

La localización más habitual es en el tercio superior de la vagina, en su cara posterior^{4,6-8}.

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide, que representa el 85% del total. También se han descrito, aunque con menor incidencia, adenocarcinomas, sarcomas y melanomas⁴.

El carcinoma secundario de vagina es mucho más frecuente que la enfermedad primaria. Proviene con mayor frecuencia del cérvix uterino y con menor incidencia del endometrio, ovario, uretra, vejiga y recto⁴. Por este motivo y por acuerdo toda neoplasia maligna que afecte al cérvix y a la vagina a la vez y que sean compatibles histológicamente se clasificará como carcinoma primario de cérvix⁴. Incluso otros autores excluyen a todas las pacientes con antecedentes de otros cánceres ginecológicos⁵. Pérez excluye a las pacientes con antecedentes de menos de 5 años de cáncer endometrial o cervical⁹. Kirkbride et al, al igual que Stanford, excluyen los carcinomas vaginales cuando hay antecedentes de cáncer *in situ* o invasivo de cérvix de menos de 7 años de evolución³. Como podemos apreciar, no hay un criterio uniforme a la hora de valorar los carcinomas primarios de vagina cuando se asocian a otros tipos de neoplasias, y esto suele suceder con relativa frecuencia.

Las causas del carcinoma vaginal se desconocen, pero la alta coincidencia con cánceres cervicales parece indicarnos que algunos de los factores que favorecen el cáncer de cérvix también lo hará con el de vagina. Por ello, parece prudente hacer un seguimiento en las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix mediante exploración y citología de la cúpula vaginal, no sólo para diagnosticar las posibles metástasis de este tumor sino también para diagnosticar precozmente un eventual carcinoma primario de vagina^{3,4}.

Los síntomas y signos del cáncer de vagina son similares al de cérvix, siendo la hemorragia vaginal el más frecuente. Los síntomas urológicos son más habituales que en el de cérvix. Cuando la lesión crece afectará al paracolpio, vejiga, recto o vulva, pudiendo dar sintomatología al afectar a estos órganos^{3,4}.

Hay autores que afirman que el diagnóstico de estas lesiones es tardío y lo justifican porque suelen ser mujeres mayores que acuden poco a los controles ginecológicos y a que muchas veces el médico no realiza exploraciones minuciosas de la vagina⁴. Otros autores publican resultados contrarios con estadios precoces por encima del 50% y lo justifican por la fácil accesibilidad de la vagina y a los síntomas claros de la enfermedad^{3,6,10}.

La citología vaginal (frotis de Papanicolaou) es eficaz para descubrir lesiones en estadio precoz, pero será la biopsia de la zona sospechosa la que nos confirmará el diagnóstico⁴.

La estadificación según la FIGO ha de ser clínica y no quirúrgica. En todas las pacientes debe realizarse: historia clínica, exploración, radiografía de tórax, pielografía, cistoscopia y rectoscopia⁴.

– Estadio 0: carcinoma *in situ* = carcinoma intraepitelial.

– Estadio I: lesión limitada a la mucosa vaginal.

– Estadio II: la lesión afecta al tejido subvaginal pero sin llegar a la pared pélvica. Pérez y Camel¹¹ han sugerido subdividirlo en: a) estadio IIa: la lesión afecta a la submucosa sin llegar al paracolpio, y b) estadio IIb: la lesión llega al paracolpio, pero sin llegar a la pared pélvica.

– Estadio III: la lesión se ha extendido hasta la pared pélvica. La afectación de la sínfisis del pubis también se considera estadio III.

– Estadio IV: a) IVa: difusión de la masa a órganos adyacentes (vejiga y/o recto) y/o extensión directa más allá de la pelvis verdadera, y b) IVb: difusión a órganos distantes.

La radioterapia ha sido el tratamiento de elección para la mayoría de los cánceres primarios de vagina en los últimos años. Está basado en la demostrada efectividad de este tratamiento para el cáncer *in situ* e invasivo y en la baja morbilidad^{2,3,9,12,13}.

La cirugía también puede tener su papel en el tratamiento inicial del cáncer de vagina. Así, en estadios iniciales (0 y I) y en mujeres jóvenes, sexualmente activas, una cirugía limitada (vaginectomía parcial) puede suplir a la radioterapia evitando la eventual estenosis vaginal y preservando la función ovárica^{3,4,14}. Incluso en este tipo de pacientes cuando la afección

de la vagina es difusa la vaginectomía total o subtotal con reconstrucción de la misma con injerto cutáneo generalmente permite excelentes resultados a largo plazo^{4,15}.

Las lesiones con invasión superficial (< 2,5 mm), sin afectación del espacio vascular-linfático no precisarán linfadenectomía y se podrá realizar un tratamiento local, bien sea exéresis quirúrgica o radioterapia¹⁴.

Cuando elijamos la radioterapia como tratamiento primario deberemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

– El tratamiento del carcinoma *in situ* o invasor superficial puede realizarse con inserción intracavitaria solamente^{4,16,17}.

– En el cáncer invasor de espesor superior a 0,5 cm y localizado en una pared la adición de un implante intersticial aumenta la posibilidad de control local^{4,17}.

– En lesiones de la parte inferior de la vagina y en estadios avanzados como alternativa a la cirugía, que tendría que ser muy agresiva (exenteración), Di Saia y Boronow proponen realizar linfadenectomía inguinal seguida de radioterapia externa más braquiterapia vaginal^{4,18}.

– En las pacientes previamente histerectomizadas la aplicación de radioterapia está dificultada. Se aplicará radioterapia externa más braquiterapia vaginal o intersticial y en las grandes lesiones que afecten a la cúpula vaginal se considerará la técnica de implante abierto⁴.

La recurrencia local es la más frecuente; más del 80% recurren en los 2 primeros años. Esto ensombrece el pronóstico^{3,4,19}.

La afección a distancia es mucho menos habitual y más tardía^{3,4,19}.

Las recurrencias generalmente se tratan asociando radioterapia, bien con implantes intracavitarios o radioterapia externa por hiperfraccionamiento, con quimioterapia (5-fluorouracilo [5-FU] y mitomicina C)²⁰. El tratamiento mediante cirugía precisaría de procedimientos exenterativos, existiendo poca experiencia, con curaciones aparentes en el 40%²¹.

El número de pacientes que sobrevive al cáncer primario de vagina ha aumentado, hasta el punto que puede abandonarse el pesimismo de la bibliografía antigua⁴. La supervivencia varía según autores. Así, Pérez y Camel¹¹ encontraron supervivencias del 90% en el estadio I, 58% en el IIa, 32% en el IIb, 40% en el III y 0% en el IV. Stock et al¹ encontraron 67% en el I, 53% en el II, 0% en el III y 15% en el IV.

RESUMEN

El carcinoma primario de vagina es un tumor poco frecuente. Supone el 1-2% de los tumores malignos ginecológicos. El carcinoma escamoso es el más frecuente (85%). La localización más habitual es en el tercio superior y pared posterior de la vagina.

El diagnóstico se realiza por exploración física y biopsia de la lesión sospechosa.

La causa se desconoce, posiblemente influyan los mismos factores que en el carcinoma de cérvix.

El pronóstico ha mejorado en los últimos años. La radioterapia es el tratamiento más utilizado, aunque no el único, ya que la cirugía también tiene su lugar sobre todo en estadios iniciales y en mujeres sexualmente activas.

Hemos presentado el caso clínico de una paciente de 76 años que acudió a nuestra consulta por un sangrado vaginal de 2 meses de evolución. La paciente fue diagnosticada de un carcinoma escamoso primario de vagina, situado en la pared anterior y tercio inferior de la misma. Fue tratada con radioterapia (58 Gy).

BIBLIOGRAFÍA

1. Stock RG, Chen ASJ, Seski J. A 30 year experience in the management of primary carcinoma of the vagina: Analysis of prognostic factors and treatment modalities. *Gynecol Oncol* 1995; 56, 45-52.
2. Pérez CA, Camel HM, Galakatos AE, Grigsby PW, Kuske RR, Buchsbaum G et al. Definitive irradiation in carcinoma of the vagina: Long-term evaluation of results. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1988; 15: 1284-1290.
3. Kirkbride P, Fyles A, Rawlings GA, Manchul L, Levin W, Murphy KJ et al. Carcinoma of the vagina. Experience at the Princess Margaret Hospital (1974-1989). *Gynecol Oncol* 1995; 56: 435-443.
4. Di Saia PJ, Creasman WT. Cáncer invasor de vagina. En: *Oncología ginecológica clínica* (5.ª ed.). Madrid: Harcourt Brace, 1999; 235-254.
5. Ball HG, Berman ML. Management of primary vaginal carcinoma. *Gynecol Oncol* 1982; 14: 154-163.
6. Leminen A, Forss M, Lehtovirta P. Therapeutic and prognostic considerations in primary carcinoma of the vagina. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1995; 74: 379-383.
7. Kucera H, Vavra N. Radiation management of primary carcinoma of the vagina: clinical and histopathological variables associated with survival. *Gynecol Oncol* 1991; 40: 6-12.
8. Houghton CRS, Iversen T. Squamous carcinoma of the vagina. A clinical study of the location of the tumor. *Gynecol Oncol* 1982; 13: 365-372.
9. Pérez CA, Arneson AN, Galakatos A. Treatment of carcinoma of the vagina. *Cancer* 1973; 31: 36-44.
10. Di Domenico A. Primary vaginal squamous carcinoma in the young patient. *Gynecol Oncol* 1989; 35: 181-187.
11. Pérez CA, Camel HM. Long term follow up in radiation therapy of carcinoma of the vagina. *Cancer* 1982; 49: 1308.
12. Prempre T, Viravathana T, Slawson RG, Wizenberg MJ, Cuccia CA. Radiation management of carcinoma of the vagina. *Cancer* 1977; 40: 109-118.
13. Benedet JL, Sanders BH. Carcinoma *in situ* of the vagina. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148: 695-700.
14. Peters WA, Kumar NB, Morley GW. Microinvasive carcinoma of the vagina: a distinct clinical entity? *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153: 505.
15. Lee RA, Symmonds RE. Recurrent carcinoma *in situ* of the vagina in patients previously treated for *in situ* carcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 1976; 48: 61.
16. Nonavati PJ et al. High dose rate brachytherapy in primary stage I and II vaginal cancer. *Gynecol Oncol* 1993; 51: 67.
17. Puthawala A, Nisar Syed AM, Nalick R, Mc Namera C, Di Saia PJ. Integrated external and interstitial radiation therapy for primary carcinoma of the vagina. *Obstet Gynecol* 1983; 62: 367.
18. Boronow RC et al. Therapeutic alternative to primary exenteration for advanced vulvovaginal cancer. *Gynecol Oncol* 1973; 1: 233.
19. Reddy S, Lee MS, Graham JE, Jordan EL, Phillips R, Saxena VS et al. Radiation therapy in carcinoma of the vagina. *Gynecol Oncol* 1987; 26: 19-24.
20. Leung S, Sexton M. Radical radiation therapy for carcinoma of the vagina impact of treatment modalities on outcome: the Peter McCallum Cancer Institute experience 1970-1990. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993; 25: 413-418.
21. Krepert G et al. Invasive squamous cell carcinoma of the vagina. Paper presented at Felix Rutledge Society, Houston, Texas, 1975.