
Casos clínicos

112 A. Hermann
J. Gómez

Departamento de Obstetricia y Ginecología.
George Eliot Hospital. College Street. Nuneaton. Reino Unido.

Correspondencia:

Dr. J. Gómez.
166 Wigan Lane. Wigan. WN1 2LA. Reino Unido.
Correo electrónico: javigomez@tinyworld.co.uk

Fecha de recepción: 26/9/01
Aceptado para su publicación: 15/1/02

Presentación tardía de carcinoma vaginal posneoplasia intraepitelial cervical III

Late presentation of vaginal carcinoma after cervical intraepithelial neoplasia grade III

A. Hermann, J. Gómez. Presentación tardía de carcinoma vaginal posneoplasia intraepitelial cervical III. *Prog Obstet Ginecol* 2002;45(3):112-113.

RESUMEN

Se presenta un caso de carcinoma escamoso de vagina, concurrente con fístula rectovaginal, a los 9 años de una histerectomía abdominal por NIC III de recurrencia, asociada a la presencia de HPV16. Se discute la aproximación individual adecuada en pacientes con problemas en la erradicación de neoplasia intracervical III.

PALABRAS CLAVE

Neoplasia intracervical III. Carcinoma escamoso. Histerectomía abdominal.

ABSTRACT

We present the case of concurrent squamous carcinoma of the vagina and rectovaginal fistula 9 years after abdominal hysterectomy was performed

for recurrent stage III intracervical neoplasm associated with HPV16. The appropriate individualized approach in patients with problems for eradicating stage III intracervical neoplasm is discussed.

KEY WORDS

Intracervical neoplasm III. Squamous carcinoma. Abdominal hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

Aunque la incidencia de neoplasia intraepitelial vaginal poshisterectomía debida a neoplasia intraepitelial cervical III (NIC III) oscila entre el 0,3%¹ y el 6,8%^{2,3}, los casos de carcinoma vaginal son extremadamente raros. Como causas se han propuesto la escisión inadecuada de la lesión de origen o una nueva recurrencia debido a la persistencia del

estímulo carcinogénico⁴, pero aún es escasa la evidencia científica.

No obstante, la presentación tardía de carcinoma vaginal en concurrencia con una fístula rectovaginal no ha sido jamás descrita.

CASO CLÍNICO

Una paciente de 48 años de edad presentó en 1988 un cuadro de NIC II, siendo el tratamiento con crioterapia inicialmente satisfactorio. Sin embargo, en 1990 desarrolló NIC III, que persistió a pesar de dos amplias escisiones de la zona de transformación. Como consecuencia de ello, se procedió a una biopsia en cono que demostró que la escisión había sido incompleta, así como la presencia de papilomavirus humano 16. La paciente solicitó la total esterilización, por lo que se procedió en octubre de 1991 a la histerectomía total por vía abdominal, incluyendo 1 cm de la pared vaginal. Histológicamente, se comprobó que no había ninguna evidencia de NIC residual. Se tomaron frotis vaginales durante los siguientes 4 años y todos fueron normales, por lo que ella misma decidió finalizar el seguimiento. En noviembre de 2000, 9 años después de la histerectomía, notó una inflamación dolorosa en la vagina y en poco tiempo se hizo evidente una fístula entre la pared posterior vaginal y el recto, siendo evaluada con enema de bario y tomografía computarizada de contraste. Tomándose una biopsia con la paciente bajo anestesia general, fue confirmado un carcinoma poco diferenciado de células escamosas de vagina y, de nuevo, la presencia de papilomavirus humano 16.

DISCUSIÓN

Después de una histerectomía por NIC III, el tiempo medio para la recurrencia de frotis vaginales anormales es de 2 años. Tres años después de la primera citología normal, los frotis cervicales patológicos son muy infrecuentes⁵. Por tanto, es recomendable hacer un seguimiento cada 6 meses durante el primer año y tomar el tercer frotis al final del segundo año. En el caso de que las tinciones sean normales, la paciente puede reintegrarse en el programa de cribado, que es cada 3-5 años en el Reino Unido.

La realización de frecuentes tinciones a todas las mujeres ha demostrado no tener una buena eficiencia, además de suponer un ingente número de pacientes y la sobrecarga de los servicios de colposcopia y citología.

Sin embargo, adoptándose un acercamiento individualizado en aquellos casos con historia de citología cervical anormal y problemas para la erradicación de NIC III, se posibilitaría la detección temprana y el tratamiento de lesiones vaginales anormales en este subgrupo de mujeres.

CONCLUSIÓN

Adoptando una aproximación más individualizada en pacientes con problemas en la erradicación de neoplasia intracervical cervical III, se permitiría la detección temprana y el tratamiento de subsiguientes lesiones vaginales anormales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reich O, Pickel H, Lahousen M, Tamusino K, Winter R. Cervical intraepithelial neoplasia III: long-term outcome after cold-knife conization with clear margins. *Obstet Gynecol* 2001;97:428-30.
2. Woodruff JD. Treatment of recurrent carcinoma in situ in the lower genital canal. *Clin Obstet Gynecol* 1965;8:757-70.
3. Gallup DG, Morley GW. Carcinoma in situ of the vagina-a study and review. *Obstet Gynaecol* 1975;46:334-40.
4. Broso PR. The Pap test in women after hysterectomy. *Minerva Ginecol* 1965;46:403-7.
5. Sawaya GF, Kerlikowske K, Lee NC, Gildengorin G, Washington AE. Frequency of cervical smear abnormalities within 3 years of normal cytology. *Obstet Gynecol* 2000;96:219-23.