

CÁNCER PRIMARIO DE VAGINA: CARACTERIZACION CLINICA, TRATAMIENTO Y SOBREVIDA. HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA (HCRV). 1990 - 2002.

Jaime Jans⁽¹⁾, Patricio Fernandez⁽¹⁾, Gabriela Santana⁽¹⁾,
Paula Manoli⁽¹⁾, Claudio Missarelli⁽²⁾.

Primary Vaginal Cancer: Clinical Description, Treatment And Survival Rate. Hospital Clinico Regional Valdivia (Hcrv). 1990-2002.

The primary carcinomas in the vagina represent among 1-2 percent of all gynecological cancer. The aim of this research was to describe the primary vaginal carcinoma, in the HCRV. A retrospective and descriptive study was made to all the patients with diagnosis of primary vaginal cancer among 1990-2002. Eleven patients were found with such diagnosis. All the patients were post-menopausal women older than 51 years old and the 72,7 percent were asymptomatic. The most frequent histological type was the epidermoid carcinoma with a (81,8 percent). The 0 stage (45,5 percent) and the II (36,4 percent) were the most frequent. More than 70% of the patients received radiotherapy treatment. The vaginal carcinoma is an infrequent pathology; generally, it is asymptomatic and found in early stages in our center. The chosen treatment is the radiotherapy, but due to its low frequency, the experience in this cancer treatment is limited.

Key words: Cancer; vagina; treatment.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vagina es una enfermedad de muy baja frecuencia, representando el 1– 2 % de todos los cánceres ginecológicos (1), siendo el cáncer primitivo de vagina uno de los más raros procesos malignos del cuerpo humano.

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide, comprendiendo el 89% del total de los cánceres primarios de vagina (2), pudiendo aparecer otras lesiones como el adenocarcinoma, melanoma, sarcoma y el tumor del seno endodérmico. No obstante, los cánceres metastásicos o secundarios (cervicouterino, endometrio, ovarios, colorrectal y vejiga), son hallados con mucha más frecuencia que los tumores primarios (3).

La edad de aparición se sitúa entre los 35 y los 90 años, siendo más frecuente en pacientes mayores de 50 años (4,5).

Para poder considerar un tumor vaginal como primario, éste debe originarse en la vagina y no afectar el orificio externo del cervix, por encima, o a la vulva, por debajo.

La etiología del carcinoma epidermoide de la vagina es desconocida. Se han sugerido como posibles factores de riesgo la exposición vaginal al virus papiloma humano, la histerectomía precoz, la irradiación previa y la exposición intrauterina al dietilestilbestrol (DES), aunque no se ha comprobado la existencia de factores específicos (6). El 40% de las pacientes con carcinoma vaginal presentan el

(1) Interno 7° año de Medicina,
Universidad Austral de Chile.

(2) Médico Oncólogo, Radioterapeuta.
Servicio de Oncología del HCRV.

antecedente de haber tenido un carcinoma cervical invasor o *in situ*, con un promedio de 5 años antes, y el 12% tienen el antecedente de cáncer de otro origen, destacando el cáncer de vulva (6, 7). El retraso en el diagnóstico de estos cánceres es frecuente, debido al no reconocimiento de su sintomatología. El sangrado genital anormal es el síntoma inicial en la mayoría de los casos, pudiendo presentar flujo vaginal, dispareunia, sinusorragia o, en tumores en estadios avanzados, dolor o sensación de peso pélvico. Importante es el hecho de que un 20% de los casos son asintomáticos (4). Si bien, la citología presenta una alta tasa de falsos negativos, los hallazgos citológicos patológicos obligan a realizar una detallada exploración de todo el tubo vaginal (4).

La vía de diseminación es fundamentalmente linfática y dependerá de la ubicación del tumor. Aquellos tumores situados en el tercio medio y superior de la vagina drenan en forma similar a los tumores cervicales a través de los ganglios pélvicos obturadores y a las cadenas iliacas internas y externas, mientras que los linfáticos del tercio distal drenan al igual que la vulva hacia los ganglios inguinales (5).

Su estadificación clínica, se realiza mediante el sistema propuesto y modificado en 1994 por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

Los tratamientos publicados en la literatura para la neoplasia de vagina, van desde la cirugía convencional, vaporización con láser, hasta la radioterapia externa más Braquiterapia endocavitaria, o el uso de Braquiterapia intersticial, debiendo individualizarse el tratamiento tomando en cuenta el tamaño, localización y estadio del tumor (4,5).

La tasa de sobrevida global a los 5 años en pacientes con carcinoma primario de vagina es de aproximadamente 45%, siendo de entre 80 – 90%

en estadios iniciales hasta un 0% en estadio IV (5). La recurrencia y persistencia de la enfermedad no es infrecuente, presentándose según algunos autores hasta en un 51% de las pacientes tratadas, evidenciándose en ellas una drástica disminución en el porcentaje de sobrevida (5).

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de vagina, tratadas en el HCRV durante los años 1990 y 2002. Las fichas clínicas fueron recopiladas del registro computacional del Servicio de Estadística de dicho hospital. Además se revisaron las biopsias con resultado de cáncer de vagina, del Servicio de Histopatología, realizadas durante este período. Para estimar la sobrevida, se obtuvo información del Registro Civil y de Identificación.

Se encontraron 54 pacientes, analizando las fichas clínicas de 40 de estos, no encontrándose las otras en los registros del hospital. Dieciséis casos correspondieron a otras lesiones neoplásicas (cáncer cervicouterino, de ovario y vulva), 12 a lesiones secundarias de otros primitivos (cervicouterino, endometrio, ovario, enfermedad trofoblástica y recto) y 11 a cánceres primarios de vagina.

Se analizaron las variables procedencia, edad, síntomas, antecedentes ginecológicos, examen físico al ingreso, forma del diagnóstico, histología, tratamiento y sus complicaciones, seguimiento y sobrevida. La información se analizó por métodos de distribución de frecuencia y por cientos, y la utilización del método de tabla de vida para la determinación de la sobrevida.

RESULTADOS

El 27,3 % de las pacientes (3) pertenecía a la provincia

de Valdivia, el resto fueron derivadas desde otras provincias y regiones del sur del País (VIII a la XII). El promedio de casos por año fue de 0,84; con un rango de 0 a 3. Todas las pacientes (11) estuvieron por encima de los 50 años y el 54,5 % (6) entre los 51 y 60. El 100% de las pacientes tenían antecedente de histerectomía total, por neoplasias intraepiteliales del cuello uterino (NIE II o NIE III), Cáncer Cervicouterino *in situ*, cáncer de endometrio o miomas uterinos. Un 36,4 % tuvo antecedente de condilomas y 27,3 % de irradiación pélvica.

El principal motivo de consulta fue el sangrado genital presente en 3 casos (27,3 %), aunque en la mayoría de los casos la enfermedad fue un hallazgo (8 casos; 72,7 %). Tabla 1. El método diagnóstico de certeza lo constituyó la biopsia en el 100% de los casos.

Tabla 1. Distribución de pacientes con cáncer primario de vagina, según motivo de consulta. (N = 11).

NOTA: Hubo pacientes que presentaron más de un síntoma.

Motivo de consulta.	Casos	%
Dolor	1	9,1
Sangrado	3	27,3
Incontinencia Urinaria	1	9,1
Hallazgo	8	72,7
Retención urinaria	1	9,1

Los hallazgos principales en el examen físico al ingreso fueron la lesión tumoral (45,5 %) y el eritema (18,2 %). Tabla 2.

Tabla 2. Distribución de pacientes con cáncer primario de vagina, según hallazgos al examen físico de ingreso. (N = 11).

Nota: Hubo pacientes que presentaron más de un hallazgo al examen físico.

Hallazgo al examen físico	Casos	%
Aspecto sano	2	18,2
Tumor	5	45,5
Vagina acartonada	1	9,1
Vagina tabicada	1	9,1
Sangrado	1	9,1
Eritema	2	18,2
Leucorrea	1	9,1
Compromiso Parametrial	1	9,1

Con respecto a la localización de la lesión, en 4 casos (36,4 %) comprometió toda la extensión de la vagina, en 2 casos (18,2 %) el tercio superior y en 1 caso (9,2 %) el tercio inferior.

La variedad histológica principal fue el carcinoma escamoso con 9 casos (81,8 %), seguido del carcinosarcoma con 2 casos (18,2 %). La distribución porcentual para los estadios 0, I, II, III y IV fue de 45,5; 0; 36,4; 9,1 y 9,1%, respectivamente.

Se realizó tratamiento quirúrgico en 8 pacientes (72,7 %) y 8 (72,7 %) recibieron radioterapia. Tabla 3.

Tabla 3. Resumen del tratamiento realizado según paciente y estadio. (N = 11)

Paciente	Estadio	Cirugía	Radioterapia	Intención
1	0	Colpectomía Total	Teleterapia + Braquiterapia	Curativa
2	0	Colpectomía tercio superior	No	Curativa
3	0	Colpectomía 2 tercios superiores	No	Curativa
4	0	Biopsia escisional	Teleterapia	Curativa
5	0	Colpectomía total	Teleterapia	Curativa
6	II	Tumorectomía	Teleterapia + Braquiterapia	Curativa
7	II	No	Teleterapia	Curativa
8	II	Colpectomía total	Teleterapia + Braquiterapia	Curativa
9	II	Colpectomía tercio superior	Teleterapia + Braquiterapia	Curativa
10	III	No	Teleterapia + Braquiterapia	Paliativa
11	IV	No	Teleterapia	Paliativa

Se evidenciaron complicaciones del tratamiento en 2 pacientes (18,2 %): una estenosis uretral post quirúrgica y una obstrucción intestinal por enteritis actínica.

Cuatro casos (36,4 %) presentaron persistencia de la enfermedad, tratándose una sola con crioterapia local. Se evidenció recidiva local en un caso, a los 3 años de tratamiento, manejándose en forma quirúrgica con colpectomía y vulvectomía mas injerto de vagina.

El promedio de seguimiento fue de 44,4 meses, con un rango entre 0 meses (en una paciente que no asistió a controles) y 120 meses, siendo superior a 2 años en el 54.5% de los casos. Muchos pacientes fueron evaluados inicialmente en HCRV, siguiendo sus controles posteriormente en su hospital de origen. La sobrevida global a 5 años fue de 63,6% (7 casos), siendo 100% para el estadio 0, 50% para el estadio II y 0 % para los estadios III y IV. No tenemos sobrevida en estadio I ya que no existieron casos en nuestra serie. El 100% de los fallecimientos (4 casos) tuvieron como causa el cáncer vaginal.

DISCUSIÓN.

El carcinoma primario de vagina se define como toda lesión maligna localizada en la vagina sin afectación del cuello uterino o vulva. Debido a esta definición tan estricta nos encontramos con que la mayoría de los tumores malignos de la vagina son metastásicos de tumores del cuello uterino y vulva, pudiendo existir otros orígenes como el adenocarcinoma de endometrio, cáncer de recto, vejiga, coriocarcinoma y otros (9,10). En nuestro estudio, se evidenció que del total de cánceres de vagina, un 52.2% correspondía a lesiones secundarias, las cuales no fueron analizadas en detalle.

La edad de presentación de nuestra serie se situó principalmente en la sexta década (54,5%), siendo el promedio de edad 61,7 años, lo que concuerda con lo descrito en la literatura (4).

Se han descrito varios factores de riesgo como la neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN) con una tasa de progresión a cáncer del 5 al 9% de las pacientes tratadas. Ninguna de nuestras pacientes presentó dicho antecedente.

El VPH, otro factor reconocido se reporta en la literatura internacional con una asociación del 21 al 56%, siendo el tipo 16 el más común (11). En nuestra casuística no es posible realizar dicha asociación dado que no se realizó pesquisa de VPH. Sin embargo, es posible asociarlo indirectamente a la presencia de condilomas, antecedente que se presentó en el 36,4% de nuestros casos. Se describe que más del 30% de las pacientes con cáncer primario de vagina tienen antecedente de cáncer de cuello uterino tratado (11), lo que concuerda con el 27,3% de nuestra serie.

La radioterapia pélvica previa se observa en el 10 % de las pacientes (11); 27,3% de nuestras pacientes presentaban dicho antecedente.

Se ha asociado el uso del dietilestilbestrol en el primer trimestre del embarazo y el adenocarcinoma de células claras de la vagina (9, 12, 13, 14), no observándose casos en nuestra serie.

El principal motivo de consulta lo constituye el sangrado genital anormal con un 60% aproximadamente (9,10). De nuestras pacientes, el 72,7 % fueron asintomáticas, diagnosticándose como hallazgo, sin embargo, de las pacientes que consultaron, el 100% lo hizo por sangrado genital anormal.

El carcinoma epidermoide constituyó el tipo histológico más frecuente (81,8%) concordante con la literatura, seguido del carcinosarcoma entidad mas bien rara y con poca documentación bibliográfica. En lo que respecta al tratamiento, la radioterapia constituye el de elección (9, 10), y en nuestra serie se utilizó en el 72,7% de las pacientes (8 casos). El resto fueron tratadas sólo con cirugía. En estadio 0 el tratamiento descrito lo constituye la Braquiterapia en dosis de 6000 - 7000 cGy más extirpación quirúrgica en casos de enfermedad localizada (4, 5). A nuestras 5 pacientes se les realizó tratamiento quirúrgico y a 3 de estas se les

realizó radioterapia (RDT) complementaria. En estadios I la radioterapia es el tratamiento de elección. En lesiones < de 2 cm. se administra Braquiterapia en dosis de 6000 – 7000 cGy. En lesiones mayores se administra Teleterapia en dosis de 4000 – 5000 cGy mas Braquiterapia en dosis de 3000 – 4000 cGy (4, 5). No evidenciamos casos en el estadio I. En estadios II el tratamiento es igual a los estadios I con lesiones mayores a 2 cm (4, 5). De nuestras 4 pacientes, 3 fueron tratados con cirugía más RDT complementaria y una paciente solo con RDT de carácter curativo. Por último en los estadios III y IV el tratamiento lo constituye la Teleterapia en dosis de 5000 cGy a pelvis completa mas Braquiterapia en dosis de 2000 – 3000 cGy (si la regresión tumoral es optima) (4, 5). Nuestras 2 pacientes fueron tratadas con RDT exclusiva de carácter paliativo.

Tabla 3

La frecuencia de complicaciones tras la irradiación es relativamente baja. Se producen complicaciones graves aproximadamente en el 10% de los casos (estenosis rectales, fistulas rectovaginales y hemorragia rectal). Hasta en el 35 % de las enfermas se describe cistitis y/o proctitis durante el tratamiento (5). En nuestra serie, solo una paciente presentó estenosis intestinal por enteritis actínica, representando el 12,5 % de las pacientes irradiadas. La recurrencia trae consigo un pronóstico grave y ocurre generalmente antes de los 2 años. El 80% se detecta clínicamente y son de tipo local. Las recurrencias a distancia son más tardías y menos frecuentes (5). El único caso de recurrencia, de tipo local, correspondió a un estadio 0 que había sido tratado con colpectomía parcial más teleterapia, ocurriendo esta a los 3 años, siendo manejada en forma quirúrgica con colpectomía, vulvectomía e injerto de vagina. No fue posible evaluar la recurrencia a distancia dado que por su procedencia, muchas de las pacientes no fueron controladas en nuestro

centro.

La sobrevida a 5 años de las pacientes con cáncer de vagina está en directa relación con el estadio en que se diagnostica (14, 15, 16). Para el estadio I se describe de un 73 a un 82%, para el estadio II de un 39 a un 53% y para los estadios III y IV varía entre un 0 y un 30%. Pese a que no se observaron estadios I nuestra experiencia fue similar a lo descrito por otros autores, con una sobrevida a 5 años de 50% para el estadio II y de 0% para los estadios III y IV.

CONCLUSIONES.

El cáncer de vagina es una patología poco frecuente, de presentación habitualmente asintomática y en estadios precoces en nuestro centro. Debido a que la sobrevida disminuye en forma crítica entre los estadios iniciales (0, I y II) y los avanzados (III y IV), se hace imprescindible diagnosticarlo en forma temprana.

RESUMEN

Los carcinomas primarios de vagina representan entre el 1-2% de todos los cánceres ginecológicos. El objetivo de este trabajo fue realizar una caracterización del cáncer primario de vagina del HCRV. Estudio retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes con diagnóstico de cáncer primario de vagina, entre 1990–2002. Se encontraron 11 pacientes con dicho diagnóstico. Todas las pacientes fueron posmenopáusicas mayores de 51 años. El 72,7% fueron asintomáticas. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide (81,8 %). El estadio 0 (45,5 %) y el II (36,4 %) fueron los más frecuentes. Más del 70% de las pacientes recibieron radioterapia. El cáncer de vagina es una patología poco frecuente, de

presentación habitualmente asintomática y en estadios precoces en nuestro centro. El tratamiento de elección es la radioterapia, pero dado su baja frecuencia, la experiencia en su manejo es limitada.

Palabras claves: Cáncer, Vagina; Tratamiento.

REFERENCIAS

1. Perez C, Arneson A, Galakatos A, Samanth H. Malignant tumors of vagina. *Cancer* 1973; 31 : 36
2. Manetta A, Gutrecht E, Berman M, Disaia P. Primary invasive carcinoma of the vagina. *Obstet. Gynecol.* 1990; 76(4): 639-42
3. Fletcher GH; Tumors of the vagina and Female uretra. *Text book of Radiotherapy* (3er ed) Philadelphia: Lea & Febigir 1980: 821-24
4. Herbst A, 1999. Enfermedades neoplasicas de la vagina. En: Mishell D. Stenchever M, Droegemueller W, Herbst A. *Tratado de Ginecología oncológica.* Madrid, España; Editorial Harcourt Brace, 1999; cap32, 969-983.
5. Disaia P., Creasman W, 1999. Cáncer invasor de LA VAGINA Y LA URETRA. En su: *Oncología Ginecológica clínica.* Madrid, España; Editorial Mosby, 1999; pp 235 – 251.
6. Bénédict JL, Primary invasive carcinoma of the vagina. *Obstet Gynecol* 1983; 62:715
7. Lee R, Symmonds R. Recurrent carcinoma in situ of the vagina in patients previously treated for in situ carcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 1976; 48(1): 61.
8. Hernandez – Linares W, Puthawala A, Nolan J, Jernstrom P, Monrow C. Carcinoma in situ of vagina: past and present management. *Obstet Gynecol* 1980; 56(3): 356-60.
9. De Vita V. *Vaginal Cancer: Principles and Practice.* 5th Edition 1998: 1-15.
10. Goodman A. Primary vaginal cancer. *Surg Oncol*

Clin North Am 1998; 7(2): 47-61.

11. Calderon F, Medina F, Rezis M, Pacheco C. Cancer primario de vagina. Experiencia en el Hospital Oncologico Padre Machado (1988-1998). Rev Venez Oncol. 2001; 13: 5-9.

12. 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.

13. Dixit S, Singhal S, Babo H, Squamous cell carcinoma of the vagina: A review of 70 cases.

Gynecol Oncol. 1993; 48:80-7.

14. Davis K, Stanhope R, Garton G et al. Invasive vaginal carcinoma: Analysis of early stage disease: Gynecol Oncol. 1991; 42:131-6.

15. Eddy G, Marks R, Miller M, Undrewood P. Primary invasive vaginal carcinoma. Am J Obstet Gynecol 1991; 165 (2): 292-6.

16. Stock R, Chen A, Seski J. A 30-years experience in the management of primary carcinoma of the vagina: Analysis of prognostic factors and treatment modalities. Gynecol Oncol 1995; 56 (1): 45-52.