

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

CÁNCER DE VAGINA

Por:

Dr. Sergio Santana Rodríguez<sup>1</sup>, Dra. Ileana Gómez Delgado<sup>2</sup> y Dr. Luis Estévez Cobo<sup>2</sup>

1. Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.  
Especialista de I Grado en Oncología. Hospital Universitario "Celestino Hernández Robau"
2. . Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.

**Descriptorios DeCS:**

NEOPLASMAS VAGINALES/radioterapia  
CARCINOMA/radioterapia

**Subject headings:**

VAGINAL NEOPLASMS/radiotherapy  
CARCINOMA/radiotherapy

El cáncer de vagina es poco común, representa solo del 1 al 2 % de los tumores malignos ginecológicos, puede ser tratado eficazmente, y cuando se diagnostica en etapas tempranas, es curable. Histológicamente existen dos grandes grupos con origen, evolución y pronóstico diferentes, y un tercer grupo de baja frecuencia e incidencia clínica: 1) El carcinoma epidermoide, que representa el 85 %, con una edad promedio de 50 - 60 años, originado por dos virus del papiloma humano (HPV) tipo II; 2) los adenocarcinomas de posible origen hormonal que representan aproximadamente el 15 %, y se observan en edades entre 17 y 21 años, 3) el tercer grupo es muy raro (representa menos del 2 %); en él se encuentran melanomas, sarcomas, linfomas y variantes neuroendocrinas, en mujeres de 50 - 60 años, y los sarcomas de la primera infancia, con un pronóstico desfavorable. Para establecer el diagnóstico de cáncer primario de vagina es preciso investigar si se origina en cuello uterino, vulva y endometrio o recto, por su cercanía y drenaje linfático, ya que puede ser asiento de infiltración a la vagina. El estadiamiento se establece mediante el interrogatorio, examen físico adecuado y el sistema internacional propuesto por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, de 1998 (FIGO) por etapas (de la I a la IV)<sup>1-4</sup>.

El tratamiento del carcinoma de vagina se basa en aspectos importantes, como: edad de la paciente, etapa clínica, variantes histológicas, sexualidad y disponibilidad tecnológica, así como experiencias del equipo médico. En etapas iniciales, en pacientes jóvenes que presentan carcinomas epidermoides, se prefiere la radioterapia en pelvis, con dosis de 3000 - 4000 cgy seguida de radioterapia intracavitaria de 3000 cgy, en pacientes adultas que padecen variantes de adenocarcinomas, sarcomas, melanomas y etapas avanzadas, se indica la intervención quirúrgica, que comprende desde las vulvectomías parciales hasta las radicales con vaginectomía, linfadenectomía, y la histerectomía total abdominal con doble anexectomía, que llevan implícitas grandes complicaciones, como sepsis de los colgajos, linfangitis, entre otras<sup>5</sup>. El pronóstico del cáncer de vagina se basa en múltiples factores, que van desde la etapa clínica, el tamaño del tumor y la edad de la paciente; los mejores resultados informados son para: etapa I (65 - 70 %), etapa II (47 %), III y IV (30 y 18 %) respectivamente<sup>5-7</sup>.

## Presentación de paciente:

Recibimos a la paciente de 26 años, blanca, en la consulta de Ginecología Oncológica de nuestro hospital, el día 18 de julio de 1996, con historia ginecológica de sangrado vaginal escaso, en manchas, de tres meses de evolución, sin antecedentes personales y nulípara; en su área de salud se le realizó biopsia de la lesión en vagina, en la que se informó carcinoma epidermoide no queratinizante e infiltrante. Se indicaron exámenes complementarios adicionales: hemograma, creatinina, cistoscopia, ultrasonido abdominal y ginecológico, radiografía de tórax, cuyos resultados fueron normales; se procedió a realizar examen físico ginecológico bimanual, donde se observó lesión exofítica de 5 cm en la pared lateral superior derecha de la vagina y en el tacto rectal se palpó infiltración del tercio interno del parametrio izquierdo. Se clasificó como etapa II, utilizando los criterios de la FIGO. Por la edad y la variante histológica se decidió comenzar tratamiento con radioterapia externa, con cobalto en pelvis hasta 4000 cgy, y una semana después, radioterapia intracavitaria con alta tasa de dosis (HDR) con fuente de Co60 hasta 3000 cgy.

Se realizó la primera consulta de control a las cuatro semanas de concluido el tratamiento, y en ella se comprobó la desaparición de la lesión, así como la toma parametrial. El seguimiento evolutivo fue efectuado cada dos meses el primer año y cada tres meses del segundo al quinto años; no hubo complicaciones durante el tratamiento, ni posteriormente. La paciente se incorporó a su vida laboral y mantuvo buen funcionamiento de su vagina, por lo que su vida conyugal transcurre de forma normal hasta los momentos actuales.

## Comentario

El carcinoma epidermoide de vagina es típico de las edades entre 50 y 70 años, con un pico de incidencia alrededor de los 60 años, donde se consideran como factores predisponentes: el HPV, pacientes operadas de histerectomía o haber recibido tratamiento previo con radioterapia en pelvis, así como la promiscuidad<sup>1,8,9</sup>. En nuestra paciente no se recogen estos antecedentes clínicos, es nulípara y con 26 años, edad inferior a la informada en la bibliografía. Aunque resultó difícil realizar su diagnóstico por la baja frecuencia de esta entidad, su evolución clínica fue excelente, así como los resultados para esa etapa II (47 %). Su estado psicológico y social no coincide con la bibliografía consultada, donde se relacionan complicaciones mentales, vesicales, sinequias vaginales con estenosis y dificultades en la micción y constipación; en la familia no existían antecedentes de cáncer ginecológico, colon, recto o mama. Respecto al tratamiento quirúrgico y radiante, en la bibliografía se informan complicaciones inmediatas, mediatas y tardías, que no aparecieron en este caso<sup>10</sup>.

## **Referencias bibliográficas**

1. Balaguero L, Escobelo AP, Comdon E. Cancer ginecológico. En: Oncología médica. Madrid: Nora Sidonia Oncología; 2000. p. 771-87.
2. Shibata R, Umezana A, Takeara K, Aoki D, Nozawa S, Hata I. Primary carcinoma of the vagina. *Pathol Int.* 2003 Feb;53(2):106-10.
3. Adamek K, Szczudrava A, Basta A. Coexistence of vagine and vulvar invasive cancer with intraepitelial neoplasia and invasive carcinoma of the cervix and/ or vagine, and hpv ifection of the low female genital tract. *Ginekol Pol.* 2003 Sep;74(9):657-61.
4. Grupta D, Malpica A, Deavers MT, Silva FG. Vaginal melanoma: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 26 cases. *Am J Surg Pathol.* 2002 Nov;26(11):1450-7.
5. Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Guías cubanas del cáncer. Cáncer de vagina. La Habana: INOR; 2004.
6. Nag S, Jacoub S, Copeland LJ, Fowler JM. Interstitial brachithery for salvage treatment of vaginal recurrences in previously unirradiated endometrial cancer patient. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2002. Nov 15;54(4):1153-9.
7. Young S, León M, Talerma A, Terest M, Enurad R. Polymorphous low grade adenocarcinoma of the vulva and vagina. A tumor resembling adenoid cystic carcinoma. *Int J Surg Pathol.* 2003 Jan;11(1):43-9.

8. Kaminski JM, Anderson PR, Han AC, Mitra PK, Roseblum NG, Edelson MI. Primary small cell of the vagina. *Gynecol. Oncol.* 2003 Mar;88(3):451-5.
9. Steed HL, Pearcey RG, Capstick V, Honore LH. Invasive squamous cell carcinoma of the vagina during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2002 Nov;100(5 Pt 2):1105-8.
10. Diakomanolis E, Rodolakis A, Kavalakis J, Michalas S. Primary invasive vaginal cancer: Report of 12 cases. *Gynecol Oncol.* 2002;23(6):53-7.