

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Hospital Rebagliati Martins, EsSalud. Lima, Perú.
 - a. Médico ginecólogo oncólogo, Servicio de Ginecología oncológica
 - b. Médica patóloga, Servicio de Patología
 - c. Médico residente de ginecología oncológica

Contribuciones de los autores: Frida Gonzales Montúfar ha participado en la concepción y diseño del artículo, recolección de datos, elaboración del primer borrador y aprobación de la versión final del manuscrito. Mario Gamarra, Juana Vera Vera, Elmer Céspedes y Manuel Fernández han realizado la revisión crítica del contenido

Fuentes de financiamiento: autofinanciamiento

Conflictos de interés: al momento de la concepción de la publicación del artículo, los autores laboraban en EsSalud.

Recibido: 9 enero 2019

Aceptado: 9 abril 2019

Publicación online: 22 julio 2019

Correspondencia:

Dra. Frida Jenny Gloria Gonzales Montufar

📍 Servicio de Ginecología Oncológica - Hospital Rebagliati Seguro Social, EsSalud Domingo Cueto N°120, Jesús María, Lima, Perú

☎ +511 9999 56197

✉ fridagonzales@yahoo.com.mx

Citar como: Gonzales-Montúfar F, Vera Vera J, Gamarra Paredes M, Fernández López M, Céspedes Mendoza E. Cáncer de vagina: reporte de un caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(3):373-378. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2198>

Cáncer de vagina: reporte de un caso

Vaginal cancer: A case report

Frida Gonzales-Montúfar^{1,a}, Juana Vera Vera^{1,b}, Mario Gamarra Paredes^{1,a}, Manuel Fernández López^{1,a}, Elmer Céspedes Mendoza^{1,c}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2198>

ABSTRACT

Vaginal cancer has a low incidence in the female population. We present the case of a 77-year-old woman who was admitted to the hospital due to postmenopausal vaginal bleeding and initial diagnosis of cancer of the uterine cervix. Vaginal biopsy was performed from an ulcerated exophytic 3 x 2 cm lesion in the superior third of the posterior vaginal wall. Pathology reported a poorly differentiated squamous cell carcinoma of the vagina. The surgical specimen showed an infiltrating, non-keratinizing, moderately differentiated squamous cell carcinoma of the vagina. We present a case where similarity of symptomatology with cancer of the cervix may have led to a wrong diagnosis or management, due to the anatomical proximity of both tissues.

Key words: Vaginal bleeding, Vaginal cancer, Vaginal neoplasia.

RESUMEN

El cáncer de vagina tiene una baja incidencia en la población femenina. Una mujer de 77 años acudió al hospital con antecedentes de sangrado vaginal posmenopáusico y diagnóstico inicial de cáncer de cérvix. Se le realizó biopsia vaginal por lesión ulcerada exofítica de 3 x 2 cm en el tercio superior de la pared vaginal posterior, cuyo resultado patológico fue cáncer escamoso pobremente diferenciado de la vagina. La patología de la pieza operatoria mostró carcinoma de células escamosas, infiltrante, no queratinizante, medianamente diferenciado de vagina. Presentamos el caso, en el que pudo haber confusión en el diagnóstico y/o manejo por la similitud de la sintomatología con el cáncer de cuello uterino, debido a la localización anatómica y la proximidad de ambos tejidos.

Palabras clave: Sangrado vaginal, Cáncer vaginal, Neoplasia vaginal.



INTRODUCCIÓN

El cáncer de vagina representa menos del 2% de todas las neoplasias malignas del tracto genital femenino. Se ha detectado el ADN del virus papiloma humano (VPH) en 55 a 64% de los cánceres vaginales invasivos⁽¹⁾. El cáncer de vagina se define estrictamente como un cáncer sin evidencia clínica o histológica, o con una historia de cáncer cervical o vulvar, dentro de los 5 años previos⁽²⁾. Las neoplasias vaginales tienen baja frecuencia, y más del 80% son secundarias⁽³⁾. Cabe recalcar que los cánceres vaginales se presentan mayormente en mujeres de edad avanzada y posmenopáusicas⁽⁴⁾.

Como situaciones especiales, el adenocarcinoma primario de vagina representa entre 8 y 10% de los casos de cáncer de vagina. Según la literatura, se ha atribuido asociación entre el dietilestilbestrol (DES) y el adenocarcinoma de células claras (cuello uterino/vagina) en las hijas que tuvieron exposición intrauterina de la hormona administrada durante las primeras 16 semanas de embarazo. La mayoría de estos casos fueron diagnosticados entre las edades de 14 y 22 años⁽²⁾. Hasta 30% de las pacientes con carcinoma primario de vagina tiene el antecedente de cáncer *in situ* o invasor de cuello uterino tratado en lapso menor de 5 años. Algunos cánceres de vagina son precedidos por neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN). Desde el año 2014, estas lesiones son clasificadas en lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL) -antiguamente llamadas VAIN 1 y que representan infecciones productivas y transitorias que pueden regresionar- y lesiones intraepiteliales de alto grado (HSIL), que agrupa a la terminología antigua VAIN 2-3, que son infecciones de riesgo alto y que pueden progresar a carcinoma invasivo en 2 a 12% de las veces^(2,4).

Presentamos el caso de una paciente con cáncer de vagina escamoso pobremente diferenciado, que acudió al servicio de ginecología oncológica por sangrado vaginal como manifestación inicial. Este reporte de caso fue elaborado siguiendo la guía *Case Report*⁽⁵⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 77 años que, un año atrás, acudió a la consulta de atención primaria por presentar sangrado vaginal, razón por la que

le realizaron una biopsia aparentemente 'cervical'. No tenía antecedentes médicos y quirúrgicos relevantes, salvo alergia a la aspirina; no había historia genética de cáncer. Menarquia a los 15 años, última menstruación a los 45 años, 3 gestaciones, 2 partos a término, un aborto y dos hijos vivos. La primera relación sexual fue a los 23 años, andría 1; negó uso de métodos anticonceptivos; último Papanicolaou hacía 38 años. Fue derivada a nuestro hospital de nivel de atención especializada, para manejo.

En la atención en el servicio de ginecología oncológica, a la especuloscopia se observó lesión ulcerada exofítica de 3 x 2 cm en pared vaginal posterior, a nivel del tercio superior (figura 1). Al tacto rectal, los parametrios estaban libres. Se realizó biopsia del canal endocervical en la patología referida como 'cáncer de cérvix'. El resultado del curetaje endocervical fue de escaso epitelio escamoso sin alteraciones histológicas significativas, por lo que se indicó hospitalización para mayor estudio. En la hospitalización, se identificó existencia de lesión en la pared vaginal y no en el cuello uterino. Al segundo día de hospitalización, se realizó biopsia de la lesión vaginal, compatible con carcinoma de vagina, y se estudió la extensión de la enfermedad. Se solicitó resonancia magnética pélvica, con resultados que no contraindicaron la posibilidad de cirugía (figura 2). A los 12 días de su hospitalización, se realizó histerectomía radical tipo III ampliada al tercio medio de la vagina. Luego, se extendió el borde vaginal y se realizó linfadenectomía pélvica bilateral. Los hallazgos del acto quirúrgico fueron útero y anexos atróficos, vasos ilíacos muy tortuosos, lesión erosiva de vagina en el tercio superior posterolateral izquierdo, en un área de 3 x 2 cm (figura 3).

A los 10 días, el resultado patológico de la pieza operatoria fue carcinoma de células escamosas medianamente diferenciado de vagina, infiltrante, ulcerado. El área tumoral midió 2 x 1,5 cm, con profundidad de invasión hasta 4 mm, llegando a menos de 1 mm del borde quirúrgico radial. La neoplasia maligna se localizaba en la pared posterior de la vagina, llegando a 0,3 cm del repliegue cérvico vaginal. Se identificó el borde quirúrgico distal de la pieza operatoria comprometida por la neoplasia maligna, con invasión linfovascular presente; el cérvix aparecía libre de neoplasia maligna. Adicionalmente, se observó libres de neoplasia maligna el parametrio



FIGURA 1. FOTOGRAFÍAS DE LA COLPOSCOPIA. A. COLPOSCOPIA ADECUADA. B. ZONA DE TRANSFORMACIÓN TIPO 3. C. EPITELIO ACETOBLANCO. D. ZONA DE TRANSFORMACIÓN TIPO 3.

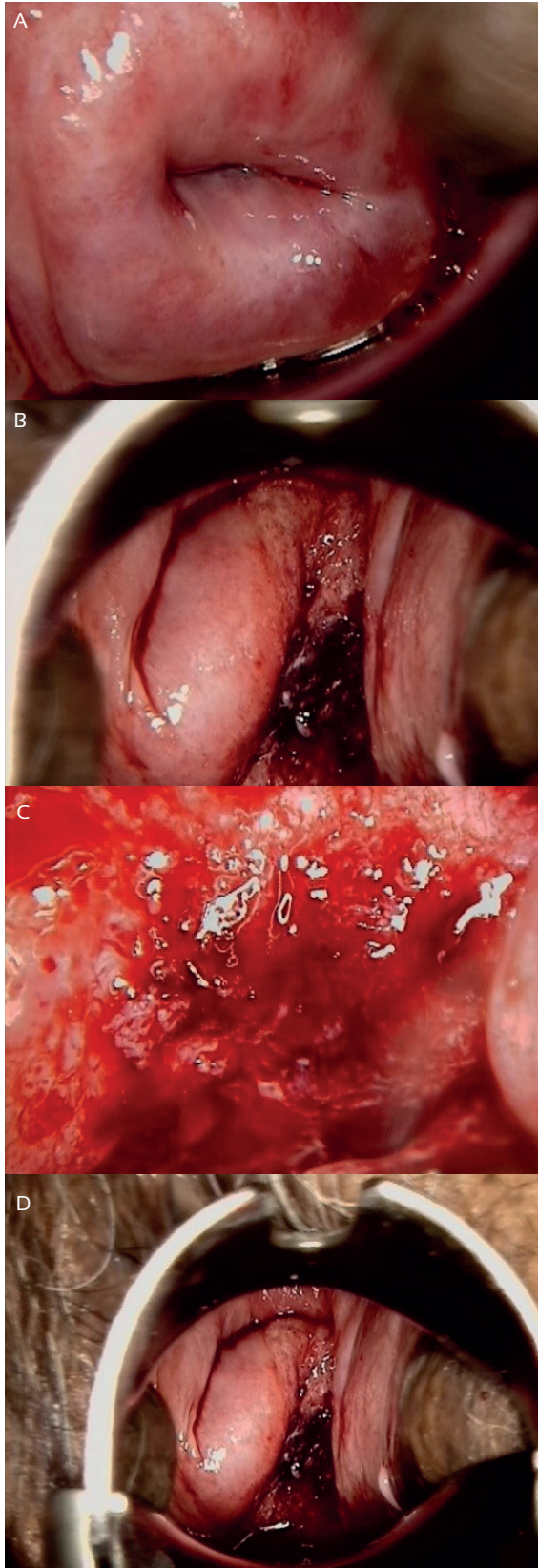
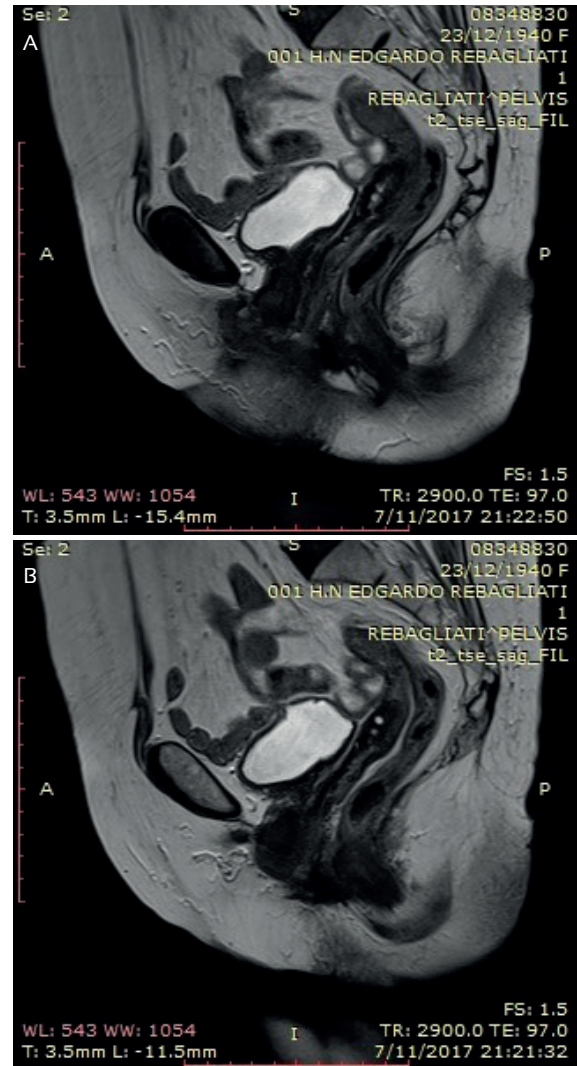


FIGURA 2. RESONANCIA MAGNÉTICA: LEVE ENGROSAMIENTO IRREGULAR DE LA REGIÓN VAGINAL, SIN CONFIGURAR UNA MASA FOCAL QUE INFILTRARE LAS REGIONES ADYACENTES. POR LO DEMÁS, LA VEIGA LEVEMENTE ENGROSADA, NO SE OBSERVA LESIONES A NIVEL UTERINO Y ANEXIALES, RECTO SIN LESIONES FOCALES, NO HAY LÍQUIDO LIBRE Y NO SE VEN ADENOMEGLIAS.



derecho e izquierdo, el endometrio (atrófico), los anexos derecho e izquierdo (ovario y trompas), los ganglios pélvicos derecho (0/7) y los ganglios pélvicos izquierdos (0/2) (figuras 4A y 4B). Al realizar la ampliación distal de vagina, se observó que estaba libre de neoplasia maligna. Finalmente, el estadiaje patológico fue pT1a, pN0.

Con los resultados de patología y hallazgos intraoperatorios, se decidió por junta médica derivarla a radioterapia, por la invasión linfovascular presente, donde recibió radioterapia externa (RTE) y radioterapia intracavitaria (RIC).

FIGURA 3. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. A Y B. HISTERECTOMÍA RADICAL TIPO III, AMPLIADA AL TERCIO MEDIO DE VAGINA MÁS AMPLIACIÓN DEL MARGEN DISTAL Y LINFADENECTOMÍA PÉLVICA BILATERAL. AMPLIACIÓN DEL RODETE VAGINAL. C. HALLAZGOS QUIRÚRGICOS: ÚTERO Y ANEXOS ATRÓFICOS. D. LESIÓN EROSIVA DE VAGINA EN TERCIO SUPERIOR POSTEROLATERAL IZQUIERDA. ÁREA DE 3 x 2 CM.

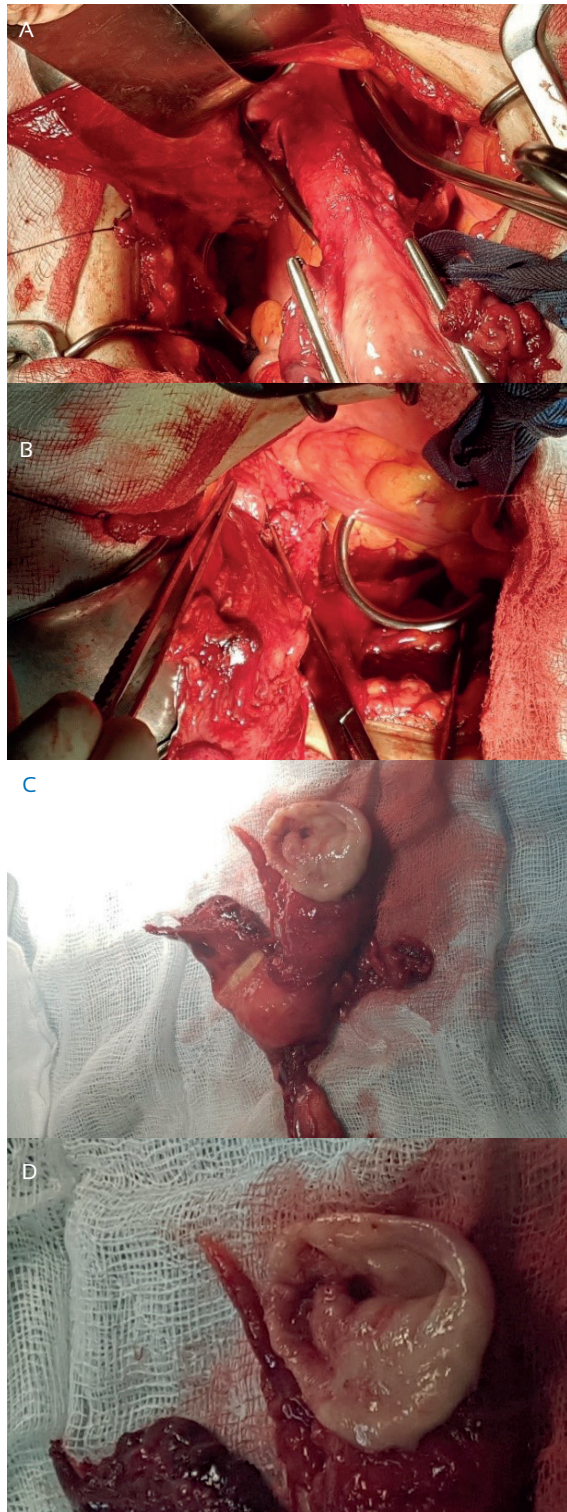
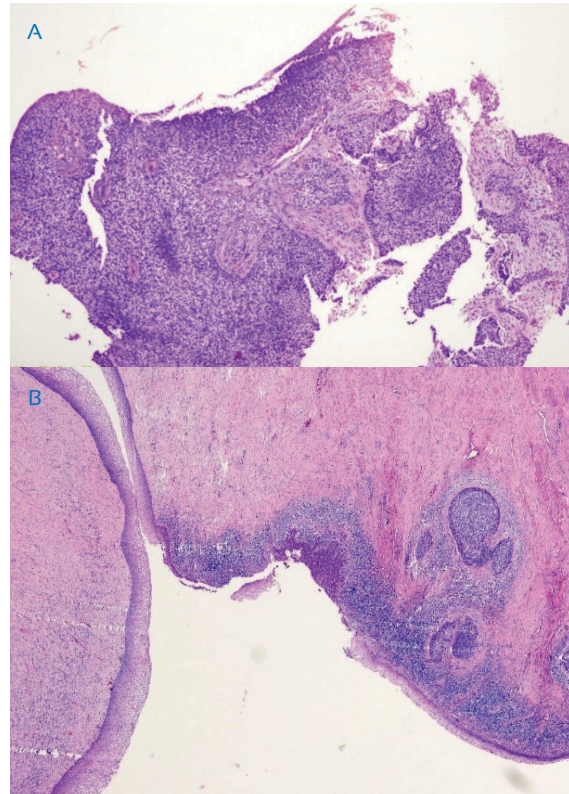


FIGURA 4A. ANATOMÍA PATOLÓGICA. A. LA MUESTRA COMPRENDE FRAGMENTO DE EPITELIO VAGINAL CON CARCINOMA IN SITU Y ALGUNAS PROYECCIONES Y NIDOS AISLADOS DE EPITELIO ESCAMOSO MALIGNO QUE INFILTRAN EL ESTROMA CON REACCIÓN DESMOPLÁSICA, CARACTERÍSTICO DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS. B. LA MITAD DERECHA DE LA IMAGEN CORRESPONDE A TEJIDO ECTOCERVICAL CUBIERTO POR EPITELIO ESCAMOSO BENIGNO Y LA CONTRAPARTE IZQUIERDA A TEJIDO VAGINAL CON CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS INFILTRANTE MEDIANAMENTE DIFERENCIADO, LO CUAL DEMUESTRA QUE LA NEOPLASIA ES PRIMARIA DE VAGINA. C. LA VISTA EVIDENCIA, EN LA SUPERFICIE TUMORAL, LA NEOPLASIA Y EL CRECIMIENTO INFILTRATIVO EN EL ESTROMA VAGINAL. EN EL EXTREMO INFERIOR DERECHO SE OBSERVA LA PRESENCIA DE EMBOLIA VASCULAR TUMORAL. D. GANGLIOS LINFÁTICOS LIBRES DE NEOPLASIA.

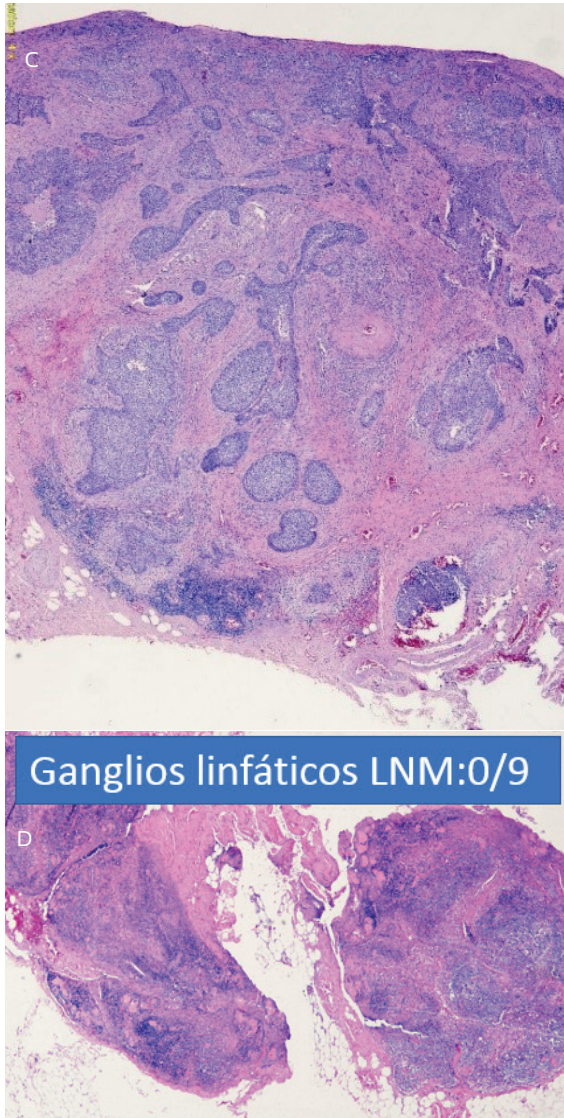


La paciente tuvo controles periódicos en el servicio de radioterapia, consultas en oncología médica (no recibió quimioterapia) y en el servicio de ginecología oncológica, donde se le solicitó exámenes de imágenes -ecografías, tomografías- y Papanicolaou. El único hallazgo a resaltar fue una lesión quística en fosa iliaca izquierda, probable quiste mesentérico versus divertículo, el cual está en evaluación por ecografía abdominal. No se descarta la posibilidad de un linfociste, ya que fue visto en el postoperatorio, mediante tomografía abdominal.

La paciente cursaba con evolución favorable, sin evidencia de enfermedad, en el último control en el servicio de ginecología oncológica, el 29 de octubre de 2018.



FIGURA 4B. ANATOMÍA PATOLÓGICA (COMPTINÚA). C. LA VISTA EVIDENCIA, EN LA SUPERFICIE TUMORAL, LA NEOPLASIA Y EL CRECIMIENTO INFILTRATIVO EN EL ESTROMA VAGINAL. EN EL EXTREMO INFERIOR DERECHO SE OBSERVA LA PRESENCIA DE EMBOLIA VASCULAR TUMORAL. D. GANGLIOS LINFÁTICOS LIBRES DE NEOPLASIA.



DISCUSIÓN

El cáncer de vagina es una entidad poco frecuente; ocurre en alrededor de 1 a 2% de todas las neoplasias malignas del tracto genital femenino y en solo 10% de todas las neoplasias vaginales malignas. Es una patología poco usual, que no se diagnostica adecuadamente por la confusión que existe entre el cáncer de cuello uterino y el cáncer de vagina; pasa desapercibido, por no ser común y por presentarse con sintomatología de sangrado vaginal posmenopáusico en ambas entidades. La paciente en referencia fue reeva-

luada con biopsia dirigida de la lesión en tercio superior de vagina, siendo este el lugar más frecuente del cáncer de vagina⁽²⁾.

Durante su estancia hospitalaria, con el resultado de la biopsia se demostró carcinoma escamoso, que representa el 90% del subtipo histológico de cáncer vaginal⁽²⁾. Fue catalogado como cáncer de vagina estadio clínico IA (clasificación FIGO 2009). Además, se realizaron exámenes auxiliares para definir la extensión de la enfermedad, como resonancia magnética, teniendo en cuenta que esta no debe de cambiar el diagnóstico clínico inicial^(2,6). Al ser una enfermedad rara, el manejo -según las recomendaciones internacionales- se extrapola al de un cáncer cervical, debido a su ubicación anatómica y etiología similares. Se decidió realizar histerectomía radical tipo III, ya que cumplía los criterios para realizar dicha operación^(2,7): 1) enfermedad temprana (estadio clínico I); 2) enfermedad en vagina superior y limitada a mucosa vaginal; y, 3) histerectomía radical que ofrezca un margen libre de 1 cm. Luego, en el postoperatorio, y con el resultado de la anatomía patológica, la junta médica concluyó que debía pasar por el servicio de radioterapia externa, para tratamiento con RIC, por infiltración linfovascular⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Los factores pronósticos en el cáncer de vagina se pueden obtener de estudios retrospectivos, siendo estos:

1. estadio de la enfermedad, con 90,2%, 32,2% y 25,7% de supervivencia libre de enfermedad (SLE) en 5 años, para los estadios I, III y IV, respectivamente;
2. la localización del tumor, con SLE de 94,8%, 77,1%, 72,6% y 18,5% para tumores en el tercio superior, tercio medio, tercio inferior y toda la vagina, respectivamente;
3. el tamaño tumoral tiene mejor SLE en pacientes con tumor menor de 5 cm;
4. el tratamiento administrado, con supervivencia libre de enfermedad en 5 años de 100%, 73,7%, 66,5% y 100%, respectivamente, para braquiterapia sola, radioterapia externa más braquiterapia, radioterapia externa sola y cirugía más radioterapia. No se ha podido determinar diferencia significativa en las pacientes tratadas con las modalidades mencionadas, ya que el núme-



ro de casos reportados es limitado en los grupos de braquiterapia sola, radioterapia externa sola y cirugía más radioterapia;

5. el tratamiento de radioterapia externa más braquiterapia ha tenido mejor supervivencia global -hasta en 61% de las pacientes-, comparado con los otros esquemas de radioterapia⁽¹¹⁾.

La paciente fue operada y, posteriormente, recibió radioterapia adyuvante, basado en la presencia de infiltración linfovascular (ILV). Sin embargo, la literatura refiere que a las pacientes a quienes se les ha realizado histerectomía con intención curativa y que tienen factores de riesgo en el postoperatorio -como muñón positivo o metástasis en los ganglios linfáticos-, ameritan un tratamiento adyuvante, como radioterapia^(12,13).

La quimioterapia y radioterapia concurrente para el tratamiento de cáncer de vagina pueden ser una opción como tratamiento primario. Existe una revisión retrospectiva que sugiere una mejora potencial en la supervivencia general. Aunque fue una revisión pequeña de 71 pacientes, mostró que la quimio-radioterapia versus la radioterapia sola mejoró la supervivencia global (79% versus 56%) y la supervivencia libre de enfermedad (73% versus 43%), en un seguimiento de tres años^(2,14). Estos datos debemos tomarlos con cautela, a la espera de nueva evidencia y realizando un manejo multidisciplinario en este tipo de cáncer.

En conclusión, el cáncer de vagina tiene mucha similitud al cáncer de cérvix en cuanto a la sintomatología, lo que conlleva a gran confusión por el sangrado vaginal (ginecorragia). Por lo tanto, es importante realizar una buena evaluación clínica, a través de la especuloscopia, con exposición de las paredes vaginales en toda su extensión y del cérvix uterino, para identificar de manera adecuada la lesión y no inducir a error diagnóstico.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) de la Seguridad Social del Perú (EsSalud), por el respaldo para el desarrollo de este manuscrito a través de su Programa de *Mentoring*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sinno AK, Saraiya M, Thompson TD, Hernandez BY, Goodman MT, Steinau M, et al. Human papillomavirus genotype prevalence in invasive vaginal cancer from a registry-based population. *Obstet Gynecol*. 2014;123(4):817-21. doi: 10.1097/AOG.000000000000171.
2. Adams TS, Cuello MA. Cancer of the vagina. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2018;143:14-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.003>.
3. Tinkler S. Cancer of the vagina. In: Keen A, Lennan E. *Women's Cancers*. Chapter 12. Wiley Online Library. 2013:172-82. doi:10.1002/9781118786635.ch12.
4. Hacker NF, Eifel PJ, van der Velden J. Cancer of the vagina. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015 Oct;131 Suppl 2:S84-87. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.06.003.
5. Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. *J Clin Epidemiol*. 2014 Jan;67(1):46-51. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.08.003.
6. Rajaram S, Maheshwari A, Srivastava A. Staging for vaginal cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015 Aug;29(6):822-32. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.01.006.
7. Ozgul N, Basaran D, Boyraz G, Salman C, Yuce K. Radical hysterectomy and total abdominal vaginectomy for primary vaginal cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2016 Mar 1;26(3):580-1. doi: 10.1097/IGC.0000000000000636.
8. Kirchheiner K, Fidarova E, Nout RA, Schmid MP, Sturdza A, Wiebe E, et al. Radiation-induced morphological changes in the vagina. *Strahlenther Onkol*. 2012 Nov;188(11):1010-7. doi: 10.1007/s00066-012-0222-0.
9. Radioterapia para el cáncer de vagina [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-vagina/tratamiento/radioterapia.html>.
10. Radioterapia: Ginecología | MD Anderson Cancer Center Madrid [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://www.mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/guias-y-manuales-para-pacientes-enfermeria/radioterapia-ginecologia>.
11. Lian J, Dundas G, Carlone M, Ghosh S, Pearcey R. Twenty-year review of radiotherapy for vaginal cancer: an institutional experience. *Gynecol Oncol*. 2008 Nov;111(2):298-306. doi: 10.1016/j.ygyno.2008.07.007.
12. Saito T, Tabata T, Ikushima H, Yanai H, Tashiro H, Niikura H, et al. Japan Society of Gynecologic Oncology guidelines 2015 for the treatment of vulvar cancer and vaginal cancer. *Int J Clin Oncol*. 2018 Apr;23(2):201-34. doi: 10.1007/s10147-017-1193-z.
13. Shah CA, Goff BA, Lowe K, Peters WA, Li CI. Factors affecting risk of mortality in women with vaginal cancer. *Obstet Gynecol*. 2009 May 1;113(5):1038-45. doi: 10.1097/AOG.0b013e31819fe844.
14. Miyamoto DT, Viswanathan AN. Concurrent chemoradiation for vaginal cancer. *PLoS One*. 2013;8(6):1-7. 10.1371/journal.pone.0065048.