

CANCER DE VAGINA

Cáncer de vagina.

-El cáncer de vagina representa el 1-2% de todos los cánceres ginecológicos, se considera un tumor poco frecuente lo que limita la realización de estudios randomizados así como la existencia de guías de manejo y tratamiento.

-El 90% de las tumoraciones de vagina van a ser tumores metastásicos o por extensión de tumores de otros orígenes como cérvix endometrio o vulva. Por lo que para diagnosticar un tumor primario es fundamental descartar la existencia de carcinoma de otros orígenes, especialmente tumor a nivel cervical. Además la paciente no debe haber sido diagnosticada de cáncer de cérvix en los 5 años previos, ya que se consideraría una recidiva del cáncer de cérvix y no un primario de vagina. Del mismo modo un diagnóstico de adenocarcinoma en una biopsia vaginal, en una paciente con antecedente de adenocarcinoma de endometrio ha de considerarse una metástasis del endometrio.

-La edad media del diagnóstico son los 60 años, y la clínica más frecuente es el sangrado en forma de metrorragia postmenopáusica o coitorragias.

-El diagnóstico siempre debe hacerse mediante exploración clínica y toma de biopsias para determinar el tipo tumoral y si existe infección por HPV. Si se tiene disponibilidad se recomienda asociar RM para determinar el tamaño y extensión local de la enfermedad ya que ha demostrado ser la prueba con mayor sensibilidad para delimitar el tamaño de la lesión, la afectación del tejido paravaginal y posible afectación de pared pélvica. El TC o PET TC se recomiendan en sospecha de enfermedad avanzada para descartar enfermedad ganglionar o metastásica, teniendo del PET Tc mayor sensibilidad para detectar enfermedad a nivel ganglionar.

-El carcinoma escamoso es el tipo histológico más frecuente (80%) en la edad adulta. Están relacionados con la infección por HPV, que es uno de los factores predisponentes más importantes, hasta el 72% de todos ellos se relacionan con la infección por HPV 16. Otros factores de riesgo son la exposición al tabaco, la edad, inmunosupresión y lesiones vaginales intraepiteliales de alto grado persistentes.

-Se recomienda realizar siempre la estadificación según criterios FIGO

TABLE 1 Comparison of staging systems for vaginal cancer

AJCC Stage	Stage grouping (TNM)	FIGO Stage	Stage description
IA	T1a N0 M0	I	The cancer is only in the vagina and is no larger than 2.0 cm (4/5 inch) (T1a) It has not spread to nearby lymph nodes (N0) or to distant sites (M0)
IB	T1b N0 M0	I	The cancer is only in the vagina and is larger than 2.0 cm (4/5 inch) (T1b) It has not spread to nearby lymph nodes (N0) or to distant sites (M0)
IIA	T2a N0 M0	II	The cancer has grown through the vaginal wall, but not as far as the pelvic wall and is no larger than 2.0 cm (4/5 inch) (T2a) It has not spread to nearby lymph nodes (N0) or to distant sites (M0)
IIB	T2b N0 M0	II	The cancer has grown through the vaginal wall, but not as far as the pelvic wall and is larger than 2.0 cm (4/5 inch) (T2b) It has not spread to nearby lymph nodes (N0) or to distant sites (M0)
III	T1 to T3 N1 M0	III	The cancer can be any size and might be growing into the pelvic wall, and/or growing into the lower one-third of the vagina and/or has blocked the flow of urine (hydronephrosis), which is causing kidney problems (T1 to T3). It has also spread to nearby lymph nodes in the pelvis or groin (inguinal) area (N1) but not distant sites (M0)
	OR T3 N0 M0		
IVA	T4 Any N M0	IVA	The cancer is growing into the bladder or rectum or is growing out of the pelvis (T4) It might or might not have spread to lymph nodes in the pelvis or groin (inguinal area) (Any N). It has not spread to distant sites (M0)
IVB	Any T Any N M1	IVB	The cancer has spread to distant organs such as the lungs or bones (M1). It can be any size and might or might not have grown into nearby structures or organs (Any T) It might or might not have spread to nearby lymph nodes (Any N)

Adams TS, Rogers LJ, Cuello MA. Cancer of the vagina: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021 Oct;155 Suppl 1(Suppl 1):19-27.

-La extensión de la enfermedad puede ser por contigüidad a tejido paravaginal, parametrios, vejiga o uretra, recto o pared pélvica condicionando la aparición de hidronefrosis. Por vía linfática, en la que para saber la vía de drenaje es fundamental conocer la localización del tumor, ya que el tercio superior de vagina drena a ganglios pélvicos (fosa obturatriz, ganglios iliacos externos e internos), el tercio inferior de vagina drena a ganglios inguinales y femorales y el tercio medio puede drenar tanto a ganglios pélvicos como inguinales

El tratamiento debe ser individualizado dependiendo del tipo histológico, del estadio de la enfermedad y de su localización. También debemos tener en cuenta la edad de la paciente y el deseo de mantener o no la funcionalidad sexual adecuada de la vagina. El tratamiento quirúrgico se recomienda en general en estadios precoces, con tumores <2cm, en los que se pueda conseguir margen de resección libre de tumor sin afectar a uretra/ano.

-El tratamiento quirúrgico consiste en colpectomía y estadificación ganglionar. Por el momento no hay estudios que avalen el uso de la detección de ganglio centinela como técnica eficaz para descartar la afectación a nivel ganglionar en el cáncer de vagina.

- Si el tumor se localiza en la parte superior de vagina: se recomienda realizar linfadenectomía pélvica con resección de los ganglios de fosa obturatriz, iliacos externos, comunes y presacros. Asociando histerectomía radical si el tumor se encuentra en los fondos de saco vaginales y la paciente tiene útero in situ.

En caso de que la paciente ya tuviera realizada una histerectomía se recomendaría la realización de una vaginectomía radical.

- Si el tumor se localiza en el tercio inferior de vagina: Se realizará linfadenectomía inguinal y resección de la lesión intentando conseguir márgenes libres de enfermedad de 1 cm (Adams TS, Rogers LJ, Cuello MA. *Cancer of the vagina: 2021 update. Int J Gynaecol*)

Aunque hasta el momento se considera necesario conseguir márgenes quirúrgicos de al menos 1 cm, parece que las nuevas recomendaciones tienden a ser menos radicales ya que no existe un margen libre de seguridad definido, por lo que valoran considerar márgenes libres a aquellos en los que el tumor no se encuentra en el margen de resección, especialmente para mujeres que deseen preservar fertilidad y/o función sexual.

- Se aconseja dar tratamiento adyuvante con RT o Radio-quimioterapia (ya que la quimiosensibilización con platinos ha demostrado aumentar el control de la enfermedad), si se demuestra en el estudio anatomopatológico definitivo afectación ganglionar o el tumor está en contacto con el margen de resección sin posibilidad de ampliar márgenes. En la misma línea de lo que ocurre con el cáncer de cérvix, si de forma prequirúrgica hay dudas en la posibilidad de conseguir márgenes libres o si el tamaño tumoral es grande o hay afectación de tejido paravaginal, es preferible el tratamiento radioterápico radical de entrada para disminuir los efectos secundarios que conlleva el sumar las posibles secuelas de tratamiento quirúrgico y radioterápico.

El tratamiento con braquiterapia sola como tratamiento primario tiene unas tasa elevadas de recurrencia (80%) por lo que no se recomienda, sin embargo añadir braquiterapia a la RT externa sí se ha visto que aumenta la supervivencia en estadios III/IV (Yang J, Delara R, Magrina J, Magtibay P, Langstraat C, Dinh T, Karlin N, Vora SA, Butler K. *Management and outcomes of primary vaginal Cancer. Gynecol Oncol. 2020 Nov;159(2):456-46*)

-Hay otros tipos histológicos mucho menos frecuentes como el adenocarcinoma (10%) destaca sobre todo el de células claras que aparecía en pacientes jóvenes y se relacionaba con el uso del dietilestilbestrol (estrógeno sintético no esteroideo usado en los años 1930-70 para disminución del riesgo de aborto, ya en desuso por el aumento del riesgo demostrado de adenocarcinoma de células claras en un 40% sobre la población general.

-Los sarcomas (3%) donde el más frecuentes es el rabdomiosarcoma botriode que aparece en niñas, este subtipo tiene buen pronóstico en general por su alta quimiosensibilidad.

-Los melanomas son muy infrecuentes y con muy mal pronóstico por su elevado riesgo de metástasis, se recomienda tratamiento quirúrgico en estadio precoces y QT en enfermedad metastásica o recurrente.

-El pronóstico del cáncer de vagina va a depender del tamaño tumoral (sobre todo tumores > 4 cm), de la edad, el tipo histológico, si existe o no afectación tercio superior de vagina y del MIB-1 (Marcador de la tasa de mitosis). *Daling JR,*

Madeleine MM, Schwartz SM,. A population-based study of squamous cell vaginal cancer: HPV and cofactors. *Gynecol Oncol.* 2002 Feb;84(2):263-70

Aunque el principal factor pronóstico es el estadio tumoral al diagnóstico, por encima del tipo histológico, aunque el problema de las tasas de supervivencia publicadas en los distintos artículos es que aquellos con mayor número de casos incluyen pacientes tratadas en distintas épocas y por tanto con tratamientos no superponibles.

Supervivencia a 5 años	
Estadio I	64-84%
Estadio II	53-58%
Estadio III	36%
Estadio IV	8-36%

Hingran A. Updates in the treatment of vaginal cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2022 Mar;32(3):344-351.