

CÁNCER DE VAGINA

Introducción – epidemiología

El cáncer vaginal primario representa alrededor del 3% de todas las neoplasias malignas del tracto genital femenino. Aunque el cáncer vaginal primario es infrecuente, sí puede haber metástasis en la vagina. La edad media es de aproximadamente 60 años.

Histopatología – factores de riesgo

El carcinoma de células escamosas representa alrededor del 85% de los carcinomas vaginales, relacionado con una infección persistente del virus del papiloma humano. Existen otras histología como el melanoma maligno que es un tumor de la vagina infrecuente pero muy agresivo.

Síntomas

Los síntomas más comunes son sangrado vaginal anómalo, dolor pélvico, incluso clínica urinaria o digestiva en estadios más avanzados.

Diagnóstico

El diagnóstico del carcinoma vaginal puede ser difícil debido a que la lesión puede que no se detecte durante un examen visual. Un diagnóstico definitivo se obtiene luego de realizar una biopsia de la lesión sospechosa.

Se puede utilizar una prueba de imagen como la resonancia magnética (RM) de la pelvis para obtener una imagen del tumor vaginal y una tomografía computarizada para evaluar si hay presencia de adenopatías pélvicas o inguinales.

Tratamiento

El manejo actual del cáncer vaginal requiere de una estrategia planteada por un equipo multidisciplinar y con experiencia.

Se recomienda que los planes de tratamiento sean individuales y que dependan de ciertos factores a considerar como e la proximidad del tumor a estructuras adyacentes (vejiga, uretra, recto). El papel de la cirugía para estos tumores es limitado debido a que la radicalidad requerida para conseguir márgenes quirúrgicos negativos.

En estadios localmente avanzados el tratamiento estándar es la radioterapia-quimioterapia concomitante con intención radical seguido de braquiterapia. Consiste en administrar radioterapia diaria con un ciclo semanal de quimioterapia durante 5 semanas.

En estadios IV, el tratamiento es la quimioterapia y se puede valorar la radioterapia sobre la tumoración vulvar con intención de mejorar síntomas como el dolor o el sangrado.

Aspectos claves sobre la radioterapia externa:

La RTE consiste en administrar radiaciones ionizantes sobre la zona a tratar. Es un tratamiento de alta precisión en que protegemos los órganos de alrededor como son el intestino delgado, el recto, la vejiga y las cabezas femorales para evitar los efectos secundarios. Las sesiones de radioterapia son diarias de lunes a viernes y en el cáncer de endometrio, oscilan entre 23-28 sesiones.



La braquiterapia es una técnica de radioterapia que consiste en tratar directamente la tumoración mediante la colocación de unos catéteres intratumorales. Existen diferentes esquemas de tratamiento, oscilando entre 3-4 sesiones.

Los efectos secundarios más frecuentes por radioterapia son:

- Agudos: Estos son los que se producen durante el tratamiento y hasta unas semanas después de finalizar el mismo.
 - A nivel intestinal: enteritis o proctitis que se manifiesta con diarrea, dolor abdominal, tenesmo rectal.
 - A nivel urinario: síntomas similares a una infección de orina como disuria, incremento de la frecuencia miccional.
- Crónicos: son los que se producen a partir de los 6 meses de finalizar los tratamientos. Los más frecuentes son los vaginales como la sequedad de mucosa vaginal, estrechamiento y acortamiento vaginal.

Seguimiento

Se aconseja un seguimiento post-tratamiento cada 3-6 meses durante los 2 primeros años, cada 6 meses durante los 3 años siguientes y anualmente después de 5 años.

La exploración física es fundamental, tanto la exploración ginecológica como áreas ganglionares. Se complementa con alguna prueba de imagen en función del estadio. En el caso de los casos localmente avanzados, la primera evaluación tras el tratamiento radical con radioterapia y quimioterapia se realiza a las 12 semanas con RM y PET-TAC.