



Tumores intraepiteliales e invasivos de la vagina

R. Rouzier, S. Bendifallah, F. Huguet, R. Ramanah, O. Pambou, E. Touboul, B. Lesieur

Los tumores vaginales intraepiteliales e invasivos son infrecuentes. Las neoplasias intraepiteliales vaginales (VAIN) fueron descritas en 1952 por Graham y Meigs. Su potencial evolutivo no se conoce bien. En general, se admite que el 5% de las VAIN se transforma en un carcinoma epidermoide invasivo de la vagina. Desde el punto de vista terapéutico, la mayoría de los autores considera que el tratamiento conservador es la opción de primera elección. Se impone una vigilancia comparable a la de las neoplasias intraepiteliales del cuello uterino. Los cánceres primarios de la vagina representan el 1-2% de los tumores malignos ginecológicos y afectan, sobre todo, a la mujer menopáusica. En la mayoría de los casos, se trata de cánceres epidermoides. Los otros tipos histológicos son más infrecuentes. El factor de riesgo principal es una infección persistente por virus del papiloma humano, responsable de las lesiones de VAIN que pueden evolucionar hacia una forma invasiva. Los otros factores son un antecedente de histerectomía, el uso prolongado de un pesario y la radioterapia pélvica. El diagnóstico clínico, a menudo evidente, debe completarse con una colposcopia para precisar la topografía de las lesiones invasivas y preinvasivas, y con una evaluación de extensión clínica y mediante pruebas complementarias para la estadificación del tumor según las clasificaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y TNM (tumor, ganglio [node], metástasis). El tratamiento depende del estadio de la lesión, de la edad de la paciente y del tipo histológico. La radioterapia es la piedra angular del tratamiento de los cánceres vaginales primarios. Es la modalidad terapéutica más citada en las publicaciones, la más conservadora y la que asegura un mínimo de secuelas. Las indicaciones de la cirugía son más infrecuentes. El pronóstico de estos cánceres primarios de la vagina depende del estadio FIGO, que es el parámetro pronóstico independiente más significativo, y de la edad.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cáncer de vagina; Radioterapia; Braquiterapia; Histerectomía; Colpectomía; Vulvectomy

Plan

■ Introducción	1
■ Neoplasias intraepiteliales vaginales	2
■ Neoplasias invasivas de la vagina	3
Epidemiología y fisiopatología	3
Diagnóstico	5
Extensión del cáncer de vagina	5
Evaluación	5
Estadificaciones FIGO y TNM	6
Tratamiento	6
Pronóstico	10
■ Conclusión	10

■ Introducción

El cáncer de vagina es infrecuente. El tipo histológico principal es el carcinoma epidermoide, que corresponde al 80-90% de los cánceres primarios de la vagina. En la década de 1970, eran más frecuentes en las jóvenes de 15-20 con antecedentes de exposición in utero al dietilstilbestrol (DES). Según las publicaciones, los factores de riesgo principales son infecciosos y mecánicos. En los cánceres de la vagina están incriminados los mismos virus del papiloma humanos (VPH) oncogénicos que en los cánceres del cuello uterino. En las publicaciones se analizan los aspectos relativos a las modalidades terapéuticas y los factores pronósticos de estos tumores. Para tratar estas

cuestiones se ha efectuado a partir de la base de datos PubMed (Medline) una revisión hasta el 1 de abril de 2010 con las palabras clave *vagina carcinoma, epidemiology, surgery, radiotherapy, brachytherapy, prognostic factors* que incluye ensayos clínicos, revisiones de las publicaciones y recomendaciones para la práctica clínica en las revistas científicas de lengua inglesa o francesa. En primer lugar se tratarán los aspectos epidemiológicos y terapéuticos de las neoplasias intraepiteliales vaginales (VAIN) y se analizará su influencia en la génesis de un cáncer invasivo de la vagina. A continuación, se proporcionan los datos epidemiológicos y los factores de riesgo relativos a los cánceres primarios de la vagina según cada tipo histológico y se analizan los datos de las publicaciones sobre la conducta terapéutica.

■ Neoplasias intraepiteliales vaginales

Las VAIN fueron descritas en 1952 por Graham y Meigs^[1]. La incidencia en Estados Unidos se calcula en 0,2-2 cada 100.000 mujeres^[2]. Estas lesiones suelen observarse en mujeres en período de actividad sexual. Sin embargo, la incidencia más alta se detecta después de los 60 años. Este tipo de lesión neoplásica intraepitelial puede ser sincrónica con un cáncer invasivo del cuello uterino en el 30-75% de los casos o bien sucederlo^[3,4]. Es posible encontrar verdaderos cuadros de neoplasias múltiples del aparato genital inferior con lesiones cervicales, vaginales y vulvares. Estas lesiones múltiples se explican por el origen embrionario común de los epitelios cervicales y vaginales y por la existencia de factores de riesgo comunes.

- Los principales factores de riesgo han sido identificados:
- al igual que en los cánceres y las neoplasias intraepiteliales cervicales, se reconoce como factores oncogénicos a los VPH^[3,5]; esta afirmación se basa en la demostración de ácido desoxirribonucleico (ADN) viral en las neoplasias intraepiteliales y los cánceres invasivos de la vagina^[6,7];
 - un antecedente de histerectomía^[6];
 - casi el 10% de las pacientes tratadas por cáncer de vagina tiene antecedentes de radioterapia pélvica, la cual se considera como un factor de riesgo de neoplasia intraepitelial o de cáncer de vagina^[8,9];
 - un prolapso vaginal exteriorizado o el uso prolongado de un pesario^[8], fuente de mecanismo inflamatorio;
 - la exposición in utero al DES^[10,11] aumenta sobre todo el riesgo de adenocarcinoma de células claras, cuya incidencia se estima en el 1% después de los 40 años^[3,12], y de las neoplasias de la vagina y del cuello del útero^[13,14].

Según el modelo del cuello uterino y la clasificación de Bethesda, las neoplasias intraepiteliales vaginales se clasifican en función de la altura del epitelio afectado y del grado de invasión de la membrana basal del epitelio vaginal. Se distinguen las neoplasias:

- de bajo grado, o VAIN 1, o displasias leves;
- de alto grado, o VAIN 2 o 3, antes denominadas displasias moderadas o graves (o carcinomas in situ).

Los diagnósticos diferenciales principales son las lesiones inflamatorias, la metaplasia inmadura de la adenosis y las modificaciones posradioterapia. Desde el punto de vista clínico, la mayoría de las neoplasias intraepiteliales vaginales son asintomáticas y ninguna lesión es visible sin una coloración específica; algunas veces, una mucosa sin brillo y elevada, con zonas blanquecinas o rosadas, sin induración ni ulceración permite sospechar el diagnóstico, que se confirma con biopsias dirigidas bajo colposcopia. La mayoría de las veces, las lesiones se localizan en el tercio superior de la vagina; en el resto de los casos son difusas o multifocales^[10,15]. La exploración cervical, vulvoperineal y anal complementaria es obligatoria.

El potencial evolutivo de las neoplasias intravaginales no se conoce bien^[15,16]. Aho, luego de un seguimiento de 3 años, señala una regresión espontánea de las lesiones en el 78%, una persistencia en el 13% y una progresión hacia el cáncer en el 9% de los casos^[17]. Un trabajo de Sugase^[3] confirma estos resultados, con el 77% de regresión espontánea en 39 meses de promedio; las lesiones persistieron en el 23% de los casos y no se demostró ningún cáncer invasivo. Por lo general, se admite que el 5% de las VAIN se transforma en un carcinoma epidermoide invasivo. Desde el punto de vista terapéutico, y después de descartar un proceso infiltrante, la mayoría de los autores considera que el tratamiento conservador es la opción de primera elección. La comprobación de que la mayoría de las neoplasias intravaginales no evoluciona hacia un cáncer invasivo es un argumento de peso para justificar esta conducta. En las lesiones limitadas se prescribe vaporización con láser y en las VAIN 3, una exéresis quirúrgica localizada. Las lesiones extendidas o multifocales pueden tratarse con 5-fluorouracilo (5-FU) en crema o vaporización con láser. En las lesiones de alto grado extendidas y resistentes al tratamiento de primera elección, se privilegian las colectomías amplias, incluso totales, con injerto de piel. Algunos autores han probado con éxito el tratamiento local con 5-FU en crema al 20%^[18,19]. Los índices de éxito comúnmente admitidos son del 75-90%^[20]. Aunque la braquiterapia ha dado buenos resultados, sobre todo en un trabajo de Ogin en el que después de un tratamiento para VAIN 3 se señala un índice nulo de recidiva^[21], en las neoplasias intravaginales no se recomienda por la gravedad de los efectos secundarios. La cirugía de exéresis sería especialmente apropiada para las VAIN 3 en caso de recidiva posterior a un tratamiento conservador por destrucción. En algunos trabajos se han comunicado resultados excelentes con índices bajos de recidiva a largo plazo; debido a la sospecha de lesión invasiva, es el tratamiento que se impone en caso de ulceración o de placa infiltrada^[22,23]. La vaporización con láser CO₂ se efectúa bajo control colposcópico, en la mayoría de los casos con anestesia general o locorregional, sin superar los 2-3 mm de profundidad debido a la proximidad del aparato urinario y del recto.

Los índices de éxito son del 50-90%^[14,24]. Para algunos autores, las neoplasias intravaginales multifocales necesitan vaporización de toda la cubierta vaginal^[24]. Con este tratamiento se obtienen buenos resultados y una muy buena tolerabilidad clínica. En una serie de larga data, Townsend et al^[14] señalan un índice de éxito del 92%. Sin embargo, en trabajos posteriores se obtuvieron resultados más moderados, con índices de recidiva de casi el 57%^[18,25]. Se impone una vigilancia comparable a la de las neoplasias intraepiteliales.

“ Punto importante

Según la clasificación de Bethesda de las neoplasias intraepiteliales, se distinguen:

- las lesiones de bajo grado: VAIN 1 o displasia leves;
- las lesiones de alto grado o carcinomas in situ: VAIN 2 o displasias moderadas y VAIN 3 o graves.

El tratamiento de primera elección de referencia de las VAIN es la vaporización con láser CO₂. El índice de éxito es del 50-90%^[14,24].

Evolución espontánea: el 77-78% de regresión en 3 años^[3,17].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3918933>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3918933>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)