

# CÁNCER DE VAGINA

**Dra. Cristina Gutiérrez, Dra. Najjari, Dra. Marta García, Dr. Miguel Alonso**

*ICO Hospitalet. Barcelona*

## **EPIDEMIOLOGÍA**

El cáncer de vagina es un tipo de cáncer ginecológico raro, representando cerca del 3% de todos los tumores ginecológicos [41]. Según las estadísticas de la Agencia Internacional para la investigación del cáncer de la OMS, en 2020 el cáncer de vagina representó una prevalencia del 0.17 % sobre el total de casos de cáncer a nivel mundial. En ese año 2020, se estimó que hubo aproximadamente 17.908 nuevos casos de cáncer endometrio y 7.995 muertes, el 15% en Europa por detrás de Asia con el 55% [1]. Es una neoplasia típica de mujeres postmenopáusicas, aunque su incidencia está aumentando en mujeres jóvenes probablemente por aumento de la tasa de infección por HPV, especialmente en regiones donde el HIV es prevalente.

## **FISIOPATOLOGÍA**

El cáncer de vagina se define estrictamente como un cáncer que se encuentra en la vagina, sin evidencia clínica o histológica de cáncer cervical o vulvar, o sin una historia previa de estos cánceres durante los cinco años previos [42].

Los principales factores de riesgo son infección por HPV y los factores asociados ya mencionados, exposición a dietilestilbestrol en útero, histerectomía previa, cáncer anogenital previo y radiación pélvica previa.

La histología más frecuente es el carcinoma escamoso de vagina, asentando habitualmente en el tercio superior de la vagina y en su pared posterior. El adenocarcinoma vaginal menos frecuente, la mayoría de tipo célula clara, casi siempre en la pared vaginal anterior.

## **PRESENTACIÓN CLÍNICA**

El síntoma más común es el sangrado vaginal en un 70% de pacientes (posmenopausia, poscoital), seguido de la disuria, leucorrea, masa palpable, dispareunia o dolor perineal. En un 14% de los casos las pacientes están asintomáticas.

## **DIAGNÓSTICO**

En pacientes con sospecha de neoplasia vaginal, adicionalmente a la historia y examen físico completo, debe realizarse la biopsia de la lesión sospechosa.

La resonancia magnética es el examen de elección para la evaluación de la extensión locorregional.

Para valorar la enfermedad a distancia, la PET-TC tiene mayor sensibilidad y especificidad en la detección de afectación ganglionar. La afectación ganglionar del cáncer de vagina se encuentra en alrededor de un 30% en enfermedad avanzada [43].

## ESTADIFICACIÓN

Se recomienda la estadificación mediante la clasificación FIGO revisada en 2021 [44] asociando el estadio TNM de la AJCC correspondiente.

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	III	The cancer is 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 (T3) It has not spread to nearby lymph nodes (N0) or to distant sites (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)

## FACTORES PRONÓSTICOS

Los factores pronósticos en cáncer primario de vagina son [45]: estadio al diagnóstico, histología, tamaño del tumor primario, localización del tumor (mejor pronóstico si se localiza en tercio superior), edad y afectación ganglionar.

## TRATAMIENTO

El cáncer primario de vagina es poco común, por lo que la evidencia clínica para definir las recomendaciones de su manejo es insuficiente.

### Tratamiento quirúrgico

No existen ensayos clínicos aleatorizados y la mayor parte de la literatura es de naturaleza retrospectiva. Además el tratamiento del cáncer de vagina se orienta siempre a la preservación del órgano, por lo que la cirugía no es la primera opción.

En casos muy seleccionados se puede plantear la cirugía en estadios I con lesiones confinadas a mucosa vaginal de menos de 2 cm de tamaño.

#### Tratamiento preservador de órgano

La radioterapia + braquiterapia +/- quimioterapia es el tratamiento de elección [46-48].

La combinación con braquiterapia permite llegar a dosis en el tumor residual de 70-80 Gy [49]

Debido a las similitudes entre el tratamiento de cáncer de cérvix y de vagina, la braquiterapia adaptada y guiada por la imagen de RNM ofrece resultados clínicos prometedores en cáncer de vagina, debido a la adaptación del volumen blanco a tratar y la protección de los órganos de riesgo [50-52]. Recientemente, los resultados del EC multicéntrico RetroEMBRAVE [53] mostraron altas tasas de control local con aceptable morbilidad en el uso de radio(quimio)terapia seguido de braquiterapia secuencial, mostrando un mayor beneficio en control local los estadios T2-T4 en los que se alcanzaron dosis >80 Gy.

### **PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO RADIOTERÁPICO**

Radioterapia externa:

- Volúmenes (ABS consensus Guideline 2012, [53])
  - Cadenas ganglionares ilíacas comunes, externas, internas y presacros.
  - Se añaden inguinales si hay infiltración del 1/3 inferior de vagina.
  - Vagina completa + tejido paravaginal y parametrios
- Dosis: 45-50.4Gy a un fraccionamiento de 1.8Gy/fx.

Braquiterapia [53]:

- Aplicador: Mupit / Venezia / Ovoides + sonda uterina +/- agujas intersticiales.
- Dosis a GTV EQD210 70-75 Gy para estadios iniciales y dosis de > 80 Gy para estadios avanzados o tumores grandes. En lesiones del tercio inferior de vagina se intenta disminuir la dosis para no aumentar el riesgo de complicaciones en órganos de riesgo.