

CARCINOMA ADENOESCAMOSO DE VAGINA: RESPUESTA COMPLETA AL TRATAMIENTO PRIMARIO QUIMIORADIANTE

JOSEFA M BRICEÑO C¹, CARLOS ANGEL², ARGIMIRO RODRÍGUEZ¹

¹SERVICIO DE GINECOLOGÍA, ²SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA, HOSPITAL ONCOLÓGICO PADRE MACHADO. CARACAS, VENEZUELA.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El carcinoma primario de vagina es una neoplasia infrecuente. El tipo histológico más observado es el carcinoma epidermoide, con menos de 5 casos de carcinoma adenoescamoso publicados en la literatura internacional. El rol de la cirugía en estos casos es limitada, siendo la radioterapia el tratamiento más empleado, extrapolándose los esquemas de quimioterapia y radioterapia utilizados en el carcinoma de cuello uterino. **MÉTODO:** Se describen las características clínicas, hallazgos histopatológicos y manejo de una paciente con diagnóstico de carcinoma adenoescamoso primario de vagina. **RESULTADOS:** Se trata de una paciente de 53 años de edad, con antecedentes de histerectomía abdominal total por leiomiomatosis uterina 14 años previa a su ingreso, con clínica de sangrado genital anormal. Mediante el examen físico, estudios paraclínicos y toma de biopsia se diagnostica un carcinoma adenoescamoso primario de vagina estadio IVB según la FIGO. Se inicia tratamiento con 6 ciclos de Paclitaxel-Carboplatino seguido de radioterapia externa y braquiterapia, con una respuesta completa al finalizar el tratamiento. La paciente permanece libre de enfermedad a los tres meses de seguimiento. **CONCLUSIONES:** El carcinoma adenoescamoso de vagina es una entidad clínica sumamente infrecuente. La terapia multimodal basada en quimioterapia y radioterapia es una opción a tomar en cuenta en pacientes con estadios avanzados, con resultados alentadores.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma adenoescamoso, vagina, quimioterapia, radioterapia, braquiterapia.

Recibido: 03/08/2002 Revisado: 16/09/2002
Aceptado para Publicación: 15/11/2002

Correspondencia: Dra. Josefa María Briceño Coronado
Servicio de Ginecología, Hospital Oncológico "Padre Machado", Avenida Calvo Laird, El Cementerio, Caracas 1070, Venezuela E-mail: mayeb@telcel.net.ve

SUMMARY

INTRODUCTION: Primary cancer of the vagina is an uncommon neoplasia. The histological type most observed is the squamous cell carcinomas. Adenosquamous carcinoma is extremely rare, with less than 5 cases reported up to date. Surgery has a very limited role in these cases, being radiotherapy the modality most commonly employed. Most chemotherapy and radiotherapy treatment regimes are extrapolated from cervical cancer data. **METHODS:** We describe the clinical and histopathological findings in a patient with a primary adenosquamous vaginal carcinoma. The treatment applied is analyzed. **RESULTS:** We present the case of a 53 years old woman with past history of an abdominal hysterectomy 14 years prior to admission, with abnormal vaginal bleeding. Pphysical exam, biopsy and imaging studies, confirm the presence of a primary adenosquamous vaginal cancer stage IVB, by FIGO classification. Initial treatment is based on chemotherapy. The patient receives 6 cycles of Paclitaxel-Carboplatin followed by external radiotherapy and brachytherapy, achieving a complete response. She is free of disease at three months follow up. **CONCLUSIONS:** Adenosquamous cancer of the vagina is a very rare entity. Multimodal treatment based in chemo and radiotherapy is an option that must be considered in this subset of patients with advanced stages, offering good results.

KEY WORDS: Adenosquamous carcinoma, vagina, chemotherapy, radiotherapy, brachytherapy.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma primario de vagina se define como toda lesión maligna localizada en la vagina sin invadir el cuello uterino o vulva ⁽¹⁾. En

pacientes con antecedentes de cáncer de cuello uterino, deben haber transcurrido 5 años de intervalo libre de enfermedad para considerar que una lesión maligna en la vagina sea definida como un nuevo cáncer primario. Estos tumores representan el 2,08 % de los cánceres del área ginecológica (2). El carcinoma adenoescamoso es sumamente raro, con menos de 5 casos reportados en la literatura internacional (3). Describimos un caso muy infrecuente de carcinoma adenoescamoso primario de vagina, discutiendo el manejo empleado.

Caso clínico

Se trata de una paciente femenina de 53 años de edad quien refiere dolor pelviano y sangrado genital tipo mancha de 1 mes de evolución. Antecedentes de histerectomía abdominal total con preservación de anexos por leiomiomatosis uterina 14 años previa a su ingreso. Al examen físico se evidencia masa firme en hipogastrio. El tacto bimanual revela la presencia de masa dura, fija en cúpula vaginal que infiltra ambos paracolpos ocupando la casi totalidad de la pelvis. Al espejuelo lesión mamelonante, acetoblanca e yodo-negativa en cúpula vaginal cuya biopsia es compatible con carcinoma adenoescamoso moderadamente diferenciado. El ultrasonido abdominopélvico y la TAC reportan la presencia de tumoración pélvica sólida de 9 cm x 9,7 cm, hidronefrosis bilateral y ascitis (Figuras 1 y 2). Signos tomográficos de derrame pleural bilateral. La cistoscopia es normal y la colonoscopia revela compresión extrínseca de la pared anterior del recto. El diagnóstico clínico es un carcinoma adenoescamoso de vagina T3 N0 M1 estadio IVB según la clasificación TNM (4) y, IVB según la FIGO (5). Recibe 6 ciclos de paclitaxel (175 mg/m² de superficie corporal: 273 mg día 1) y carboplatino (área bajo la curva -AUC-: 410 mg día 1) cada 21 días. Posterior a la finalización de la quimioterapia se evidencia respuesta clínica y paraclínica completa. Recibe entonces radioterapia externa (4600 cGy en



Figura 1. Tomografía de pelvis mostrando la extensión de la lesión (corte longitudinal).



Figura 2. Tomografía de pelvis evidenciando el tumor pretratamiento (corte sagital).

fracciones diarias de 200 cGy mediante acelerador lineal 4 MV) combinada con paclitaxel (45 mg/m² de superficie corporal) y carboplatino (2 AUC) como radiosensibilizante seguida de braquiterapia de alta tasa (1500 cGy fraccionado en tres dosis de 500 cGy). Tres meses posteriores a la culminación del tratamiento la paciente se encuentra sin evidencia de enfermedad (Figura 3).



Figura 3. Tomografía axial evidenciando la desaparición del tumor posterior al tratamiento (corte sagital).

DISCUSIÓN

El cáncer primario de vagina es una patología infrecuente que corresponde al 2,08 % de los cánceres del área ginecológica ⁽²⁾. En vista de los criterios tan estrictos para definir un carcinoma de vagina, es de crucial importancia hacer una evaluación clínica cuidadosa y un interrogatorio adecuado para descartar una neoplasia primaria de vulva o cuello uterino y hacer un adecuado diagnóstico diferencial. La mayoría de las pacientes presentan sangrado genital anormal, aunque puede observarse además, dolor pelviano, rectorragia o hematuria ⁽¹⁾. Un 27 % de los casos son asintomáticos diagnosticándose posterior a un examen físico o una citología anormal. El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide ⁽⁶⁾, observándose en un 90 % de los casos. El adenocarcinoma corresponde al 5 % aproxi-

madamente. El carcinoma adenoescamoso es sumamente raro, con menos de 5 casos reportados en la literatura internacional ⁽³⁾. Se define como carcinoma adenoescamoso aquella neoplasia que tiene, desde el punto de vista histológico, un componente glandular y escamoso maligno. El rol de la cirugía en estos tumores está limitado a lesiones pequeñas del tercio superior de la vagina ⁽⁷⁾. El estándar de tratamiento es la radioterapia. Los estadios avanzados se manejan con radioterapia con quimioterapia concurrente o sin ella basada en cisplatino, no existiendo estudios al azar que comparen la radioterapia sola versus el tratamiento quimiorradiante ⁽⁸⁾. Estas pacientes son candidatas a formar parte de protocolos de investigación, en especial los estadios IVB. Los reportes de uso de quimioterapia son anecdóticos ^(9,10), extrapolándose con frecuencia los esquemas empleados en el cáncer de cuello uterino.

En esta paciente, considerando que la presentación inicial es un estadio avanzado, catalogado como IVB según FIGO ⁽⁵⁾, por la presencia de derrame pleural, se decide administrar tratamiento sistémico como primera opción terapéutica, con la finalidad de garantizar una mayor penetración de los medicamentos en un tejido no irradiado con vascularización indemne. Se extrapolan los resultados de varios estudios fase II y III ⁽¹¹⁻¹³⁾, donde se comprueban la eficacia de la combinación de paclitaxel/carboplatino en el tratamiento del carcinoma de cuello uterino avanzado. Al finalizar los 6 ciclos de quimioterapia se instaura tratamiento radiante, empleando la misma combinación de quimioterápicos como radiosensibilizantes. Concluimos que el tratamiento multimodal basado en quimioterapia y radioterapia en carcinoma adenoescamoso de vagina avanzado constituye una opción terapéutica en estas pacientes.

REFERENCIAS

1. Rezic M. Cáncer de vagina. En: Calderaro F, Tejada A, Fernández A, editores. Manual del XXX Curso Básico de Oncología. Caracas, 2001.p.198-201.
2. Plentl AA, Friedman EA. Lymphatic system of the female genitalia. Filadelfia: Saunders 1971.
3. Sulak P, Barnhill D, Seller P, Weiser E, Hoskins W, Park R, Woodward J. Nonsquamous cancer of the vagina. *Gynecol Oncol* 1988;29(3):309-320.
4. Vagina. En: American Joint Committee on Cancer: AJCC Cancer Staging Manual. 5ª edición. Filadelfia, Pa: Lippincott-Raven Publishers; 1997:185-188.
5. Benedet JL, Bender HG, Jones III HW, Pecorelli S, Ngan H. Cancer of the vagina. En: Benedet JL, Pecorelli S, editores. Staging classifications and clinical practice guidelines of gynecological cancers by the FIGO committee on gynecological oncology. Elsevier. Sept 2000.
6. Ausin J, Iglesias-Guiu X, Rovirosa A, García A. Lesiones premalignas y cáncer de vagina. En: González-Merlo J, González-Bosquet J, editores. *Ginecología Oncológica*. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2000.p.97-119.
7. Vaginal Cancer. En: NCI PDQ Statements, Feb 2002.
8. Grisby PW. Vaginal Cancer. *Curr Treat Opt Oncol* 2002;3(2):125-130.
9. Goodman, A. Primary vaginal cancer. *Surg Oncol Clin N Am* 1998;7(2):47-61.
10. Grisby PW, Graham MV, Pérez CA, Galakatos AE, Camel HM, Kao MS. Prospective phase I/II studies of definitive irradiation and chemotherapy for advanced gynecologic malignancies. *Am J Clin Oncol* 1996;19(1):1-6.
11. Mickiewicz E, Garbino C, Hurtado F, et al. Paclitaxel and carboplatin as first line treatment for advanced carcinoma of the cervix. *Proc Am Soc Clin Oncol* 2001.
12. Moore DH, McQuellon R, Blessing J, et al. A randomized phase III study of cisplatin versus cisplatin plus paclitaxel in stage IVB, recurrent or persistent squamous cell carcinoma of the cervix: A Gynecologic Oncology Group study. *Proc Am Soc Clin Oncol* 2001.
13. Suk Yin Sit A, Kunschner A, Kelley J, et al. Paclitaxel and carboplatin combination chemotherapy in recurrent or persistent cervical carcinoma. *Proc Am Soc Clin Oncol* 2001.