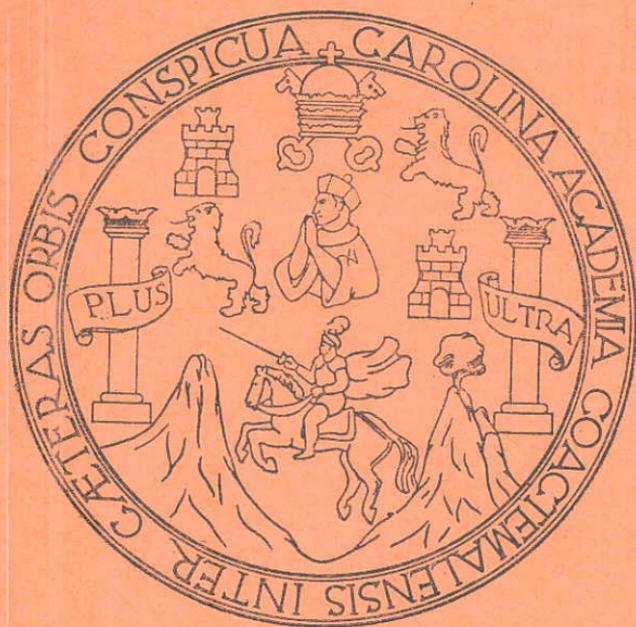


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

El Carcinoma de Vagina en los Servicios Nacionales de Salud



Alma Zoemia Chew Sosa

26 JUN. 1980

GUATEMALA, JUNIO DE 1980

PLAN DE TESIS

- 1) PRESENTACION.
- 2) DATOS GENERALES
 - 2:1 Epidemiología
 - 2:2 Etiología
 - 2:3 Patología
 - 2:4 Metástosis
 - 2:5 Métodos Diagnósticos
 - 2:6 Clasificación
 - 2:7 Tratamiento
-) OBJETIVOS
-) HIPOTESIS
-) MATERIAL Y METODOS
-) PRESENTACION DE DATOS
 - 6:1 Cuadros
 - 6:2 Gráficas
-) DISCUSION

EPIDEMIOLOGIA:

El cáncer primario de la vagina comprende de 1 a 2 de los cánceres del aparato genital femenino, predominando el carcinoma de Células Escamosas que por lo regular son del tipo moderadamente indiferenciados el cual parecen en mujeres de mayor edad. (2)

El cáncer de vagina tiene una prevalencia variable todo el mundo. Por ejemplo en Connecticut se observa 5 casos por cada 1,000,000 de mujeres; en Noruega se presenta 1 caso por cada 160,000 mujeres, así como en Suecia se presenta 1 caso por cada 280,000 mujeres. (2)

Con relación a la raza: la enfermedad suele ser rara en mujeres de raza negra y casi nula en judías. Se cree que la coplasia de la vagina es una lesión premaligna, aunque lo anterior no ha sido completamente confirmado. (3)

Acerca de la edad: en estudios realizados de series de 1,253 pacientes se encontró la frecuencia máxima entre los 60 a 70 años de edad; la edad parece ser el único factor que permanece constante en todos los estudios; al parecer no son importantes la raza, la paridad, el embarazo, el estado marital, ni los antecedentes familiares. Siendo la edad promedio de 56 años. (2,3)

ETIOLOGIA:

La etiología real del carcinoma de la vagina es incierta como el caso de los otros carcinomas humanos, habiéndose incrementado a varios agentes etiológicos; como sigue:

Estudios recientes efectuados por Herbst y colaboradores sobre la frecuencia de adenocarcinomas de células claras de la vagina relacionados con la edad en mujeres expuestas al dietilestilbestrol durante el embarazo, se advierte una frecuencia máxima a los 19 años de edad. (5)

14 años o más, cuando se detectó el carcinoma, según el estudio la aparición del carcinoma suele ir paralelo con el comienzo de la menarquía. (2,3,8)

Según estudios realizados por Way, Rutledge, Herbst y colaboradores, Ledward consideraron como factor importante la irritación local y crónica de la mucosa vaginal por pesarios o en los casos de procidencia. Whelton y Kottmeier observaron relación con el prolapso de tercer grado. (2)

El carcinoma de la vagina es más frecuente en niñas, se considera que estos tumores tienen origen mesodérmico mezclado (6). Así como al adenocarcinoma vaginal primario se considerará secundario arrestos del conducto mesonéfrico en uno de los fondos de saco laterales de la vagina o glándulas parauretrales. (6)

PATOLOGIA:

El carcinoma de la vagina nace con mayor frecuencia en el tercio superior de la pared posterior de éste órgano. (1,2,7 y 8) Revisión hecha por Plentl y Friedmann de gran serie de casos, señaló que el 51% de las lesiones surgieron en el 1/3 superior de la vagina, 30% en el 1/3 inferior y 19% en el tercio medio. En forma similar 60% apareció en la pared posterior, 25% en la pared anterior y 15% en paredes laterales de la vagina.

Los adenocarcinomas son por lo regular del tipo de células claras aparecen en las adolescentes y mujeres de 20 a 29 años, apareciendo también en mujeres de mayor edad y ancianas.

Los rhabdiosarcomas embrionarios son poco frecuentes - pueden presentarse a cualquier edad, encontrándose con mayor frecuencia en lactantes, aunque se han detectado casos en adultos jóvenes; es la variedad en forma de uvas la cual fué descrita por primera vez en 1,879 por Spieegelberg. (7,9)

El carcinoma secundario es común debido a la frecuencia

conque el carcinoma de cuello se extiende a la pared vaginal o a las metástasis del endometrio y ovarios los cuales deben descartarse para considerar el carcinoma de la vagina como primario.

Los tipos descritos macroscópicamente son: papilar, polipoi-
de, fungosas (exofíticas), induradas, ulceradas, invertidas e in-
filtrantes (endofíticas), planas y mixtas, la lesión es friable, es
ponjosa y sangrante. (2,3)

Las lesiones constrictivas son relativamente raras, con mu-
cho la variedad más frecuente es la exofítica; la forma infiltrante
de invasión rápida conlleva al peor pronóstico.

El sarcoma se presenta en forma de masa racimada protu-
yendo por la vagina.

Las lesiones invasoras a menudo tienen un componente exo-
fítico (2,4), y el tamaño y extensión guardan relación directa con
el número de metástasis o ganglios linfáticos.

Histológicamente el carcinoma de células escamosas es el
tipo más frecuente, confundiéndose a menudo con el cáncer del -
cuello uterino por su similitud microscópica. (3)

En un escaso porcentaje aparece adenocarcinoma; posible-
mente en glándulas mucosas relacionadas o en una inclusión endo-
metrial.

METASTASIS:

El tamaño y extensión de la lesión están relacionadas di-
rectamente con el número de metástasis a ganglios linfáticos. Las
lesiones de 2 a 4 cm., de diámetro tienen una baja frecuencia de
ataque ganglionar, las lesiones de mayor tamaño dan mayor metás-
tasis a ganglios linfáticos. El carcinoma de la vagina muestra pro-
pensión a invadir el paracolpos, la vejiga o la pared rectal. El

carcinoma de la pared anterior parece penetrar la pared de la vagina en etapa temprana, apareciendo posteriormente la úlcera en la superficie. (1,2). Los de la pared posterior tienden a desplazar y a extender la vagina, la diseminación extravaginal se hace por linfáticos de la pélvis.

En estudios de series de 679 mujeres solo una de cinco pacientes mostró metástasis en ganglios sin indicar el sitio de las metástasis ni sus hallazgos histológicos.

Andriezen y Leitch encontraron metástasis en linfáticos de la pelvis en 4 de 22 pacientes, detectadas en autopsia. Sheets y colaboradores, señalaron que 3 de 9 personas elegidas a disección de ganglios de la pélvis tuvieron enfermedad metastática en ellos.

Sin las metástasis siguen las vías linfáticas normales, las vías posibles de invasión a distancia sería los ganglios ilíacos inferiores y superiores. Las lesiones altas atacan los ganglios ilíacos superiores dando en etapa tardía a órganos alejados por medio de la sangre. El 1/3 superior e inferior de la vagina puede dar metástasis a ganglios inguinales sin estar necesariamente afectada la vulva, no se conoce la distribución por la cual hay metástasis a sitios extrapelvicos. Encontrando predilección por pulmones, hígado, cuello y ganglios supraclaviculares. Con frecuencia sufren reacción inflamatoria en tejidos adyacentes lo que hace a veces que el clínico dé una calificación superior a la real.

El crecimiento temprano se hace en sentido del introito - de manera centrífuga hasta invadir por continuidad la porción hueca de la vagina, cuello uterino y tejidos perivaginales.

SINTOMATOLOGIA:

Con mucha frecuencia aparece una tríada de síntomas que son: salida indolora de sangre, secreción vaginal y dolor. La hemorragia puede tener la forma de menorragias, manchado o sangrado -

intermenstrual, manchas después del coito o hemorragia post-meno-
pausia. La secreción vaginal puede ser acuosa o parduzca. El
dolor vesical, la disuria o la polaquiuria pueden ser más frecuen-
tes como síntomas iniciables del carcinoma vaginal que del cervix
también puede aparecer dolor en vagina, sensación de tenesmo, -
defecación dolorosa o estreñimiento. Con frecuencia la presencia
de una masa visible o palpable es el hallazgo principal.

En promedio 60% de las pacientes acuden por hemorragia
indolora por la vagina, 20% consultan por leucorrea, 5% por do-
lor y 5 a 10% son asintomáticas.

La duración promedio de síntomas antes que se establez-
ca el diagnóstico es a menudo largo (7,4 meses) en un 70% --
(2,3). La lesiones suelen estar en etapa muy avanzada antes
de que aparezcan los síntomas.

METODOS DIAGNOSTICOS:

El examen de la paciente debe ser bajo anestesia, para
ser una clasificación exacta por etapas, esto es: el grado de ata-
que en paracolpos, invasión del tabique rectal o de la pared la-
teral de la pelvis. Es necesario examinar toda la mucosa vaginal
usando un espéculo, siguiendo un procedimiento planeado; si no -
se observa el tumor debe palpase cuidadosamente toda la vagina.
En la nota quirúrgica debe señalarse por escrito el sitio y tamaño
de la lesión debe explorarse cervix, vulva y uretra para descartar
un carcinoma secundario, debe excluirse también las lesiones me-
tastásicas de adenocarcinoma estos por lo regular aparecen en pla-
nes sub-uretrales y sub-mucosas.

El estudio citológico sirve para descubrir lesiones intrae-
piteliales pero no debe sustituir a la biopsia, con la cual se to-
man fragmentos satisfactorios para estudios histopatológicos y de su
borde periférico, así como del cuello uterino.

La cistouretroscopia se hace como paso de exploración -

ajo anestesia, la mucosa vesical se estudia con la mayor minuciosidad, si parece estar invadido se toma un fragmento para biopsia, si sale positiva la enfermedad se encuentra en la etapa IV. La pared anterior de la vagina puede palparse contra el cistoureteroscopio introducido, explorando movilidad o fijación (induración), del tabique vesico vaginal.

El examen de orina es necesario, para el examen citológico para descartar así células carcinógenas.

La proctosigmoidoscopia se hace con el mismo fin. Debe explorarse ambas ingles en busca de metástasis en ganglios inguinales y femorales de los cuales debe tomarse biopsia para comprobar por medios histológicos si existen metástasis.

CLASIFICACION:

La clasificación clínica define la extensión de la enfermedad en el momento de la exploración inicial, y permite comparar sus resultados con otros.

La presente clasificación es con el sistema FIGO, adaptado por la federación internacional de ginecología y obstetricia después del 10., de julio de 1974.

ETAPA 0:

Intraepitelial

ETAPA I:

Limitada a pared vaginal.

ETAPA II:

Se extiende al tejido sub-vaginal pero no a la pared lateral de la pelvis.

ETAPA III:

Se extiende a la pared lateral de la pelvis

ETAPA IV:

Se extiende por fuera de la pelvis verdadera o abarca la mucosa de la vejiga o el recto. (El hallazgo de Edema Buloso no basta para calificar como etapa IV la enfermedad.)

ETAPA IV a:

Ataque de órganos vecinos.

ETAPA IV b:

Ataque de órganos distantes.

Para diagnosticar el carcinoma de la vagina se deben cumplir criterios establecidos por FIGO; estos son:

- 1) La neoplasia primaria debe surgir de la vagina.
- 2) El cuello uterino, vulva y uretra deben estar libres del tumor (1, 2, 3, 6)

TRATAMIENTO:

El carcinoma de la vagina necesita individualización para su tratamiento para esperar un porcentaje mayor de curación.

Este carcinoma por lo regular se encuentran menos localizado y más complicado en su tratamiento que el carcinoma del cuello de la matriz. Además es uno de los tumores malignos más difíciles de tratar y de curar por su posición intermedia entre dos órganos de -

situación crítica, la pared delgada de este órgano no permite el mínimo de tejido para cortar bordes satisfactorios en la extirpación su capacidad de invadir linfáticos y tejidos de sus vecinos aunados con las dificultades técnicas que acompañan a la radioterapia.

Frecuentemente se planifica un tratamiento incompleto o conservador con la esperanza de obtener buenos resultados, si la meta es curar el tratamiento del carcinoma de la vagina no debe ser menos intensivo o agresivo que el tratamiento de otros cánceres del aparato genital femenino.

El tratamiento seleccionado se basará en la etapa de la enfermedad, el volumen de la lesión presente, valorado por la magnitud de la lesión primaria y la profundidad de penetración, el sitio de origen en el eje vaginal y la capacidad de diseminación. También hay que considerar la importancia de conservar la funcionalidad de la vagina.

Se han hecho comparaciones de los resultados obtenidos por cirugía y radiación señalando importantes diferencias.

El tratamiento quirúrgico raramente es conservador. Por la íntima cercanía de la vagina con la vejiga y el recto.

La cirugía ablativa a menudo entraña cirugía ultraradical, esto es exenteración pélvica y desviación de la corriente de orina o heces (2,4). En muchos casos la edad de la mujer y el sacrificio obligado de la vagina hacen de lo anterior una solución impráctica. La radioterapia puede dar complicaciones graves pero con menos riesgos para la paciente en forma global tiene la posibilidad de conservar la vejiga el recto y la vagina así como los índices de curación son bastante semejantes a los señalados en el caso de carcinoma del cuello uterino y del endometrio.

En uno u otro caso la radioterapia o la cirugía hechas en forma inadecuada no son alternativas aceptables en el tratamiento

de este problema.

CIRUGIA:

Esta es indicada para tratar lesiones superficiales en cualquier nivel de la vagina, tumores pequeños que aparecen en la zona superior de la vagina, recidivas y metástasis en ganglios inguinales. El tumor pequeño que aparece en la zona superior de la vagina puede tratarse igual al cáncer incipiente del cuello uterino, esto es, por histerectomía radical y disección de ganglios pélvicos. La recidiva de la neoplasia, después de dosis adecuadas de radiación tiene mayor posibilidades de curar con la cirugía exenterativa. La linfadenectomía inguinal o femoral no solo elimina las metástasis en una zona relativamente radiosensible, sino que también permite contar con linfáticos para confirmar histológicamente las metástasis.

Otras indicaciones de la cirugía incluyen: enfermedad en etapa cuatro, en la cual la neoplasia está ya adherida a vejiga o recto que ha sido tratado en el pre-operatorio con dosis sub- radicales de radiación; lesiones de la pared posterior en el 1/3 superior o el inferior en el caso de prolapso uterino completo, en el cual es imposible la colocación y permanencia de un pesario después de radioterapia.

RADIOTERAPIA:

La combinación de radioterapia externa con radiación intracavitaria ha mejorado los resultados terapéuticos. El método de aplicar energía ionizante varía con las características de la radiación, así como el sitio y tamaño del tumor.

TECNICAS DE RADIACION:

La energía radiante que emite un aplicador de superficie disminuye con rapidez, a distancia corta. Las lesiones planas menores de 0.5 cm., de profundidad se tratan mejor con radiación

Intracavitaria que hace llegar altas dosis a la superficie mucosa de la vagina. Los aplicadores de superficie incluyen el Tandem y los ovoides, los cilindros vaginales y los aplicadores de Bloedorn.

Con radiación intersticial la cual llega por agujas de radio 226 o Iridium 192 se intenta tratar un volumen mayor de tejido a mayor profundidad aplicándose implantes sencillos, dobles o por volumen.

La radiación por orto-voltaje puede aplicarse a través de un cono transvaginal o por implantación intersticial la cual sirve para tratar lesiones pequeñas dentro del introito.

La teleterapia con Cobalto 60 y los aceleradores lineales y de Betatrón suelen emplearse para aplicar radiación de mega voltaje. Logrando con estas fuentes dar una dosis terapéutica y homogénea a los ganglios linfáticos regionales y al tumor primario, aminorando así eficazmente el volumen del tumor primario.

RADIOTERAPIA POR ETAPAS.

ETAPA I.

Inicialmente se dan 4000 rads aplicados a toda la pelvis durante cuatro semanas. Con el útero intacto se introduce el Tandem intrauterino y los ovoides y cilindros vaginales para aplicar una dosis total de 8000 rads a la mucosa y una dosis total al tumor de 6000 rads. Si se ha extirpado el útero puede emplearse ovoide y cilindros vaginal o aplicador de Bloedorn para aplicar las mismas dosis radioterapéuticas. Si hay regresión del tumor, el volumen residual se trata mejor por radiación intersticial que por aplicador de superficie.

Las lesiones que nacen de la pared lateral de la vagina se tratan con radiación intersticial en combinación con la radiación externa. Estos carcinomas se individualizan con base en su extensión y espesor. Si el tumor es plano y superficial después de radiar toda la pelvis se utiliza un aplicador de superficie para --

darle una dosis total de 6000 a 8000 rads en 3 o 4 días al tumor.

A los tumores que nacen cerca del introito no suele dárseles radiación externa pues después de irradiar la vulva aparece notable molestia.

ETAPA II.

Se siguen los mismos principios señalados para tratar la enfermedad en estadio uno. Siendo mayor el riesgo de enfermedad residual después de la radiación externa; por esta razón se necesita dosis mayores de radiación en parametrios y pared lateral de la pelvis, así como el empleo más generoso de radiación intersticial.

En casos de tumores sub-vaginales sin extensión a parametrios la aplicación de 4000 rads a toda la pelvis durante cuatro semanas será seguido por un refuerzo de 1000-15000 rads en una a una semana y media a los parametrios. Después de este método se hace radiación intracavitaria al sitio local.

Si después de irradiar toda la pelvis y los parametrios persiste un volumen importante de neoplasia puede emplearse implantes de agujas intersticiales o parametriales para así poder llegar 2000-3000 rads en 2 a 4 días, al sitio donde está el tumor.

ETAPA III.

Se recomienda la radiación externa en mujeres con enfermedad avanzada. En términos generales se aplican 5000 rads a toda la pelvis en 5 semanas después de esta dosis se dan 1000 a 2000 rads por medio de campos reducidos, sobre el sitio tumoral o aplicar 2000 a 3000 rads en dos a cuatro días por implantación intersticial. El plan de tratamiento debe abarcar la mayor parte del sistema linfático pélvico pues los tumores de mayor tamaño suelen tener mayor probabilidad de enviar metástasis a los linfáticos. Por lo regular es relativamente fácil controlar la enfermedad de la

vagina pero es difícil dominar la enfermedad en el parametrio o si está fija a la pared lateral de la pelvis.

ETAPA IV:

El tratamiento depende de las metas del terapeuta. Como método paliativo, puede aplicarse 4000 a 5000 rads de radiación externa en 4 a 5 semanas para cohibir la hemorragia, aminorar la secreción y aliviar el dolor. Si se busca el control local de la enfermedad puede aplicarse 5000 rads en 5 semanas seguida por 2000 a 2000 rads en una a dos semanas; por medio de campos reducidos o 2000 a 3000 rads en 2 a 4 días por implantación intersticial. En caso de enfermedad central cabe considerar exenteración pélvica después de aplicar 4000 rads a toda la pelvis, como método externo.

RADIOTERAPIA POR LOCALIZACION:

CARCINOMA DE LA ZONA SUPERIOR DE LA VAGINA:

Los carcinomas de la zona superior de la vagina (etapa I y II) en mujeres con útero intacto se tratan con 4000 rads externos en campos de 12X12 centímetros contrarios y paralelos, con intensidad de megavoltaje como método inicial logrando así disminución de la masa tumoral. En casos en que la vagina tiene tamaño superior se emplean ovoides vaginales para aplicar una dosis de 4000 rads en dos aplicaciones de 48 horas a intervalos de 2 semanas.

CARCINOMA DE LOS 2/3 INFERIORES DE LA VAGINA:

Las lesiones de 2 cm., de diámetro o menores pueden usarse radiación intersticial, la dosis necesaria es de 6000 a 7000 rads externos en cinco a siete días seguidos por 3000 a 4000 rads en tres a cuatro días.

CARCINOMA AVANZADO:

Las lesiones avanzadas en etapas III Y IV en cualquier sitio de la vagina se tratan con 5000 rads externos en cinco semanas después de valorar a la paciente puede recibir 1000 a 2000 -- rads adicionales con este mismo método en campos reducidos 10X10 cms., o un implante intersticial para la emisión de 2500 a 3000 -- rads en tres a cuatro días.

CRIOCIRUGIA:

Los tumores intraepiteliales en vagina como el carcinoma in-situ pueden ser tratados por criocirugía si son pequeños, la congelación debe hacerse juiciosamente por la proximidad de la vejiga, la uretra y el recto siendo suficiente un ciclo de congelación y -- descongelación, si las lesiones son mayores debe subdividirse y -- congelar por separado cada segmento, la bola de hielo debe incluir cuando menos tres milímetros del epitelio de aspecto normal. Estos estudios en las lesiones vaginales han sido leves y la vigilancia ha sido en promedio tres años. No ha habido cicatrices ni contracturas después de la congelación.

CIRUGIA CON LASSER EN LA VAGINA:

Según Staff y colaboradores, con la aplicación de lásser de dióxido de carbono a través de un endoscopio, en el tratamiento de lesiones vaginales, se obtuvieron mayores ventajas, evitando lesiones a vejiga y recto. Además, la mucosa vaginal cura sin la formación de cicatrices mutiladoras después del tratamiento.

En un estudio de tres casos de carcinoma in-situ Staff y colaboradores observaron que el lásser Sharplan fué útil en tres casos uno de los cuales reapareció después de la histerctomía, pero -- piensan que el rayo aplicado bajo la orientación de un Colposcopio se logra un mayor control.

Debe excluirse carcinoma invasor antes de emprender el tratamiento local.

PRONOSTICO Y SOBREVIVENCIA:

La supervivencia de cinco años es de 20 a 30%, la de 10 años es de 15%. Mientras otros autores opinan que la supervivencia de cinco años con el tratamiento de radioterapia es de aproximadamente 35% ya que más de la mitad de los pacientes han fallecido dentro de los primeros 18 meses del tratamiento.

En el Sarcoma Botroide el pronóstico es grave ya que la radiación es ineficaz y la cirugía total tiene poco éxito.

Según Barber la muerte por neoplasia aumenta conforme avanza la etapa de la enfermedad siendo esta de la siguiente forma:

TAPA I:

el 10 por ciento.

TAPA II:

50 por ciento.

TAPA III y IV:

80 por ciento.

Apareciendo las recidivas en un 80 por ciento en término de 48 meses en la etapa I, 30 meses en la etapa II y 18 meses en la etapa III y IV.

La muerte por enfermedad intercurrente aparecen en el 10% de todos los casos.

OBJETIVOS

1. Conocer la frecuencia de Cáncer de Vagina en los Servi
cios Nacionales de Salud.
2. Conocer grupo etáreo más afectado por Cáncer de Vagina
que consulta a los Servicios Nacionales de Salud.
3. Detectar tipo histológico de Cáncer de Vagina más fre-
cuente en los Servicios Nacionales de Salud.
4. Detectar el tipo más frecuente de tumor en vagina.
5. Conocer los métodos diagnósticos y tratamientos usados
con más frecuencia en Cáncer de Vagina en los Servi-
cios Nacionales de Salud.

HIPOTESIS

1. "El carcinoma de Vagina es más frecuente a los 30 años
en los Servicios Nacionales de Salud."
2. "La insidencia de Cáncer de Vagina es alta en los Ser-
vicios Nacionales de Salud."

MATERIAL Y METODOS:

El material de estudio fueron todos los pacientes que consultaron a los Servicios Nacionales de Salud, a los cuales les se les practicó biopsia.

Se practicó una revisión de el 1o de enero de 1960 a 31 de diciembre de 1979 en los siguientes departamentos de patología a saber:

Departamento de patología "CARLOS MARTINEZ DURAN" del hospital San Juan de Dios, Departamento de patología "HELENA DE GUZMAN", del Instituto de seguridad Social de Guatemala, departamento de patología del "Instituto Nacional de Cancerología", Departamento de Patología del Hospital Roosevelt.

Revisando los informes de Biopsia como los especímenes quirúrgicos.

Se tomaron en consideración los 4 departamentos antes mencionados, ya que son estos, los que procesan todas las biopsias que se practican en los servicios nacionales de salud.

PRESENTACION DE DATOS.

Se revisó los libros de patología de los últimos 20 años de los hospitales nacionales: IGSS, INCAN, Roosevelt, San Juan de Dios. Obteniendo un total de 187 biopsias positivas para Cáncer de Vagina. Encontrando solamente 165 casos documentados según patología; mientras que al solicitar las historias clínicas solo se encontraron 101 papeletas que corresponden al 100%.

CUADRO No. 1
CANCER DE VAGINA
ESTUDIO 15 CASOS.

ORIGEN DEL TUMOR

ORIGEN DEL TUMOR	No. Casos	%
Metástasis de Cervix	64	63.36
Metástasis de Endometrio	13	12.87
Metástasis de Vulva	5	4.95
Metástasis no determinado	4	3.96
Primario de Vagina	15	14.85
TOTAL	101	100.00

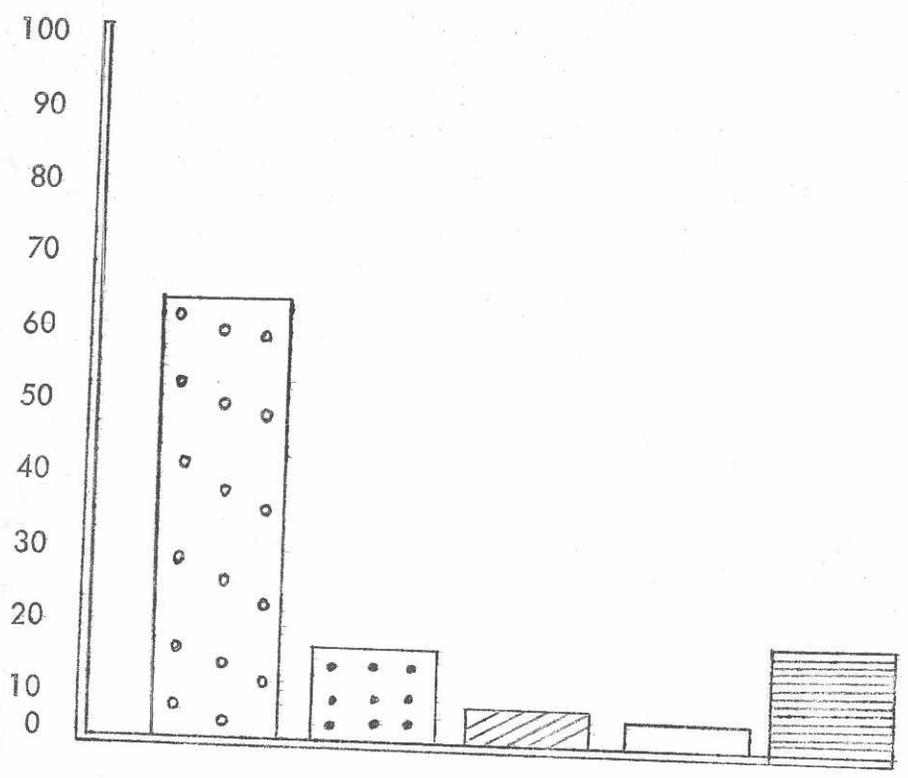
Se puede observar que el Carcinoma primario de Vagina

corresponde únicamente al 14,85% ya que los demás tumores corresponden a metástasis de cervix, endometrio y vulva.

GRAFICA No. 1.

ORIGEN DEL TUMOR

-  Metástasis de Cervix.
-  Metástasis de Endometrio.
-  Metástasis de Vulva
-  Metastasis no Determinada
-  Ca Primario de Vagina.



CUADRO No. 2.
 CANCER DE VAGINA
 ESTUDIO 15 CASOS

FRECUENCIA DE CASOS POR AÑO

AÑO	No. Casos	%
1961	1	6,66
1963	1	6,66
1964	1	6,66
1965	2	13,33
1966	1	6,66
1967	1	6,66
1968	1	6,66
1975	3	20,00
1977	2	13,33
1979	2	13,33
TOTAL	15	100,00

Con este cuadro podemos observar que el año de más alta incidencia fué 1975, permaneciendo el resto de años con una frecuencia constante.

CUADRO No. 3.
 CANCER DE VAGINA
 ESTUDIO 15 CASOS

EDAD:

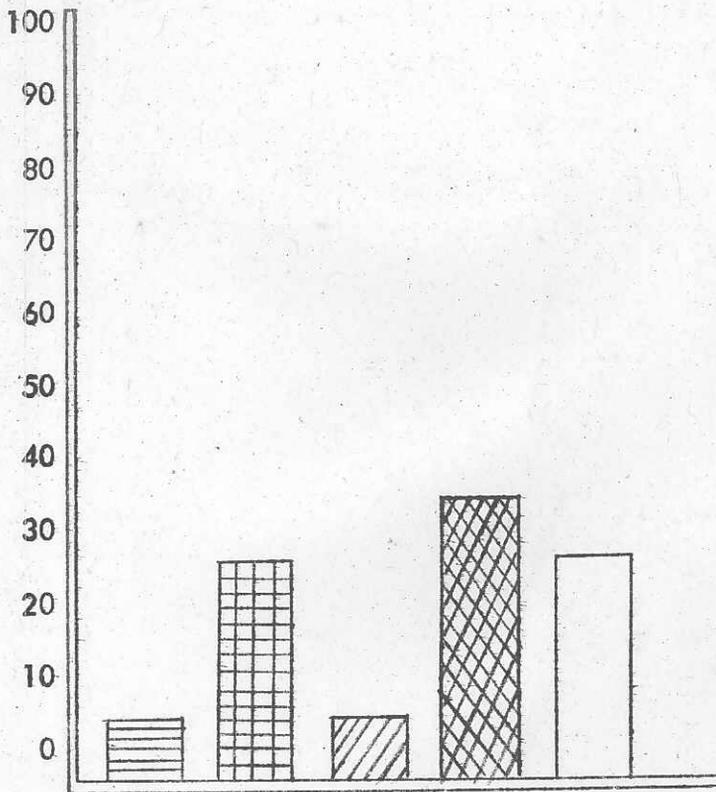
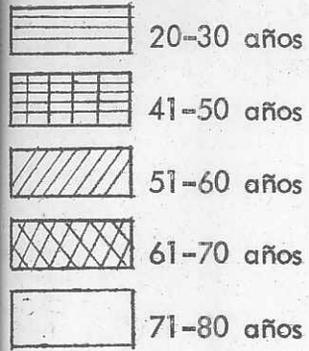
EDAD	No. Casos	%
20-30	1	6.66
41-50	4	26.66
51-60	1	6.66
61-70	5	33.33
71-80	4	26.66
TOTAL	15	100.00

La edad más frecuente es entre 61 y 70 años ya que corresponde a un 33.33%.

(VER GRAFICA No. 2)

GRAFICA No. 2.

EDAD:



CUADRO No. 4
CANCER DE VAGINA
ESTUDIO 15 CASOS

RESIDENCIA

RESIDENCIA	No. Casos	%
CIUDAD	9	60
DEPARTAMENTAL	3	20
RURAL	3	20
TOTAL	15	100

Podemos darnos cuenta que el porcentaje en el área departamental y rural es bajo, probablemente sea porque no se detecta se carezca de medios diagnósticos.

CUADRO No. 5
 CANCER DE VAGINA
 ESTUDIO 15 CASOS
 OCUPACION

OCUPACION	No. Casos	%
OFICIOS DOMESTICOS	9	60
SIN DATO	6	40
TOTAL	15	100

Encontramos que el mayor porcentaje de pacientes son -
 amas de casa.

CUADRO No. 6
 CANCER DE VAGINA
 ESTUDIO 15 CASOS
 ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	No. Casos	%
VIUDA	2	13,33
SOLTERA	6	40,00
CASADAS	5	33,33
UNIDAS	2	13,33
TOTAL	15	100,00

El estado civil no influye en el Carcinoma de Vagina.

CUADRO No. 7
CANCER DE VAGINA
ESTUDIO 15 CASOS

HABITOS:

HABITOS	No. Casos	%
FUMAN	6	40.00
ALCOHOL	1	6.66
SIN DATO	8	53.33
TOTAL	15	100.00

Consideramos que éstos datos no influyen en la etiología del cáncer vaginal ya que el mayor porcentaje no presenta -- datos.

CUADRO No. 8.
 CANCER DE VAGINA -
 ESTUDIO 15 CASOS

ANTECEDENTES OBSTETRICOS.

N Gestas	N Casos	N Partos	N Casos	N Abortos	N Casos
0	2	0	2	0	9
2	2	2	3	1	4
3	1	3	1	3	1
5	1	5	3	6	1
6	2	7	1	0	0
7	1	8	1	0	0
9	1	12	3	0	0
11	1	14	1	0	0
12	2	0	0	0	0
13	1	0	0	0	0
14	1	0	0	0	0
TOTAL	15	15	15	15	15

Los antecedentes obstétricos no influyen en la epidemiología y etiología del cáncer primario.

CUADRO No. 9
CANCER DE VAGINA
ESTUDIO 15 CASOS

SINTOMAS:

SINTOMAS	No. Casos
HEMORRAGIA VAGINAL	10
FLUJO FETIDO	5
DOLOR	5
SINTOMAS URINALES	5
ESTREÑIMIENTO	4
MASA PALPABLE	2
PERDIDA DE PESO	1
DIARREA	1
PUJO Y TENESMO	1
ANOREXIA	1

El 60% de pacientes presentó hemorragia vaginal que fue el sintoma más comunmente encontrado.

CUADRO No. 10
 CANCER DE VAGINA
 ESTUDIO 15 CASOS

EVOLUCION DE SINTOMAS:

TIEMPO DE EVOLUCION	No. CASOS	%
MENOS DE 2 MESES	8	53,33
2 a 4 MESES	2	13,33
4 a 6 MESES	0	0,00
6 a 8 MESES	0	0,00
8 a 10 MESES	0	0,00
10 a 12 MESES	1	6,66
SIN DATO	4	26,66
TOTAL	15	100,00

Ocho pacientes que corresponden al 53,33% consultaron por primera vez antes de 2 meses de evolución de los síntomas.

CUADRO No. 11
CANCER DE VAGINA
ESTUDIO 15 CASOS

METODOS DIAGNOSTICOS

METODOS DIAGNOSTICOS	No. CASOS.
LABORATORIOS DE RUTINA	10
CITOLOGIA	6
BIOPSIA	14
PIELOGRAMA IV	10
RX. TORAX	2

biopsia continúa siendo uno de los métodos más importantes para el diagnóstico del Ca. de Vagina, ya que se le efectuó a la mayoría de las pacientes.

CUADRO No. 12
 CANCER DE VAGINA
 ESTUDIO 15 CASOS

SITIO DE LA LESION

SITIO DE LA LESION	No. Casos	%
2/3 superoposterior de vagina	3	20
2/3 superoanterior de vagina	3	20
1/3 medio laterales	3	20
1/3 inferior posterior de vagina	1	6.66
Generalizado	1	6.66
Sin Dato	4	26.66
Total	15	100.00

son igualmente afectadas las partes anteriores y posteriores
 los 2/3 superiores de la vagina para la implantación de las
 lesiones neoplásicas ya que corresponde a un 40% de los sitios
 de localización.

GRAFICA No. 13
 CANCER DE LA VAGINA
 ESTUDIO 15 CASOS

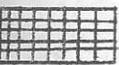
DIAGNOSTICO PATOLOGICO

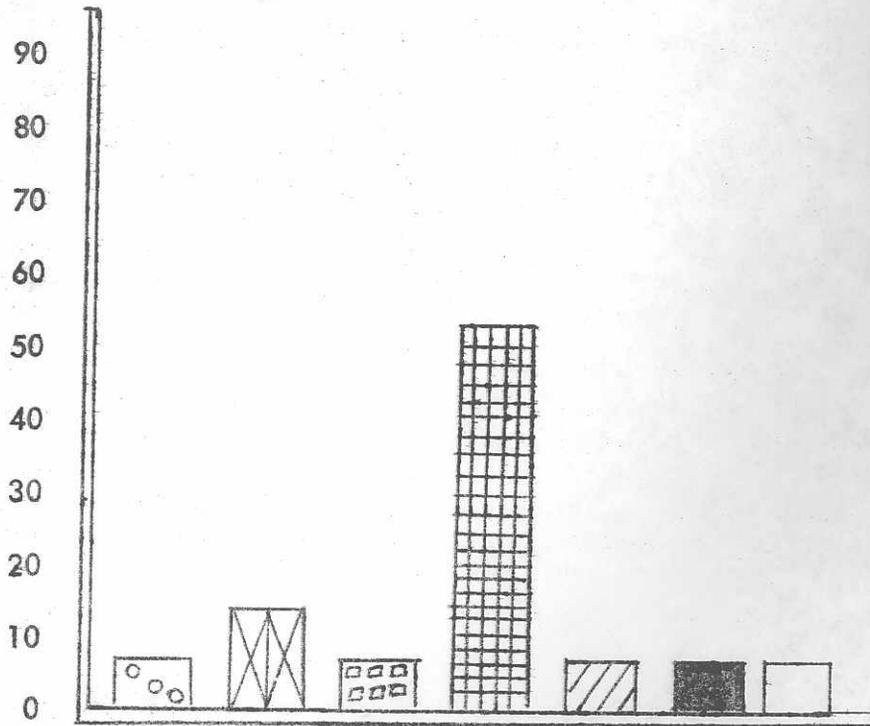
DIARNOSTICO PATOLOGICO	No. CASOS	%
CARCINOMA IN-SITU	1	6.66
CARCINOMA EPIDERMOIDE ESCAMOSO G I	2	13.33
CARCINOMA EPIDERMOIDE ESCAMOSO G II	1	6.66
CARCINOMA ESCAMOSO EPIDERMOIDE G III	8	53.33
CARCINOMA EPIDERMOIDE ESCAMOSO G IV	1	6.66
ADENOCARCINOMA MODERA- DAMENTE DIFERENCIADO	1	6.66
SARCOMA BOTROIDES	1	6.66
TOTAL	15	100.00

El carcinoma Epidermoide Escamos es el más frecuente ya que corresponde a un 86.64%, mientras que el Adenocarcinoma y Sarcoma Botroide corresponde únicamente al 13.32% y son los tipos histológicos menos encontrados en todos los casos.

GRAFICA No. 3

DIAGNOSTICO PATOLOGICO

-  Ca In Situ
-  Ca Epidermoide Escamoso I.
-  Ca Epidermoide Escamoso II.
-  Ca Epidermoide Escamoso III.
-  Ca Epidermoide Escamoso IV.
-  Adenocarcinoma moderadamente diferenciado
-  Sarcoma Botroide.



CUADRO No. 14
 CANCER DE VAGINA
 ESTUDIO 15 CASOS

TRAMIENTO:

TRATAMIENTO	No. CASOS	%
RADIACION EXTERNA	6	40.00
RADIACION EXTERNA Y RADIACION INTRÁ CAVITARIA	5	33.32
QUIRURGICO	1	6.66
SIN COMPLETAR TRATAMIENTO	1	6.66
SIN DATO	2	13.33
TOTAL	15	100.00

La radiación externa fué aplicada con Cobalto 60 y la radiación intracavitaria con Cesio 137 y Radio siendo este tratamiento más usado para el Ca de Vagina ya que corresponde a un 32%.

DISCUSION:

En nuestra investigación, puede observarse, que el carcinoma primario de vagina corresponde al 15.85% ya que los demás tumores corresponde a metástasis de cervix, endometrio y vulva, por lo que debe descartarse estos antes de clasificarlos como primario. También pudimos comprobar que la incidencia del carcinoma no ha aumentado en los últimos 20 años y que la edad más afectada corresponde a la 6a y 7a década; en comparación con literatura mundial, revisada, se observa que la edad más afectada ocurre entre 5a y 6a década.

Sin duda el factor de mayor importancia en el pronóstico es la etapa clínica de la enfermedad y casi todos los estudios publicados concuerdan con este hecho e indican una disminución progresiva en la supervivencia al ser mayor la calificación de la etapa clínica, se ha confirmado sin duda la actividad de la radioterapia en el carcinoma primario de la vagina, buscándose con ella disminuir la recidiva del tumor y llevar al mínimo o erradicar las metástasis en ganglios regionales.

En nuestro estudio un 73.32% de pacientes fueron sometidas a radioterapia, obteniendo resultados satisfactorios. La frecuencia global de ataque de ganglios linfáticos de la pelvis no se pudo determinar por falta de datos. En nuestra investigación al parecer los factores como ocupación, residencia, estado marital y antecedentes obstétricos no influyen en la presencia de carcinoma primario de la vagina, por lo que sigue siendo un enigma entre las neoplasias de la mujer.

CONCLUSIONES:

Carcinoma Primario de Vagina corresponde a un 14.85% de todas las pacientes que consultan a los Servicios Nacionales de Salud.

Frecuencia de Carcinoma primario de Vagina ha permanecido constante en los 20 años revisados.

Edad más frecuente afectada corresponde a la sexta y séptima década.

No varían la ocupación, estado marital, residencia y los hábitos no relacionados con la presencia de Ca. de Vagina.

Antecedentes obstétricos no determinan etiología ni epidemiología del cáncer primario de vagina.

Síntoma más frecuente es la hemorragia vaginal que se encontró en el 60% de las pacientes.

En nuestro estudio encontramos que el tiempo de evolución fue de entre 1 a 24 meses de evolución en 8 pacientes los que corresponde un 53.33%. Mientras que en la literatura reportan un tiempo de evolución de 7.4 meses.

Colposcopia es un método diagnóstico de valor para detectar el Carcinoma de Vagina.

En el Carcinoma de Vagina los síntomas aparecen tardíamente.

El tipo histológico más frecuentemente encontrado es el Carcinoma Escamoso en un 85%.

El tratamiento que se aplicó con más frecuencia fue la radioterapia.

BIBLIOGRAFIA:

1. Anckerman IV. and Del Regato.
"Carcinoma of Vagina", en su Cancer Diagnosis, treatment and Prognosis: The C. V. Mosby Co. St. Louis 1,970, - Fourth Edition.
2. Barber Hugh R. K.
"Cáncer del Aparato Genital de la Mujer" en Clínicas - Quirúrgicas de Norte América: Nueva Editorial Interamericana, México D. C. 1,978 Vol. I Pag: 25-38, 90-92, 159-195.
3. Castro Federico Héctor
"Carcinoma de la Vagina", en su Oncología Clínica: -- Editorial Hospital General San Juan de Dios 1,977. --- Pag: 273-275.
4. Dávila Mohr Carlos Arturo
Tesis Carcinoma Ginecológico y Mamario
Universidad de San Carlos de Guatemala 1,977.
5. Hamond Charles B.
"Ginecología: Utero, Ovarios y Vagina", en Christopher, Davis Tratado de Patología Quirúrgica: Nueva Editorial - Interamericana, México D. C. 1,974 Pag: 1404-1442. - Tomo II.
6. Lumper G. Donald
"Year Book of Cancer": Year Book Medical Publishers.
Chicago, London 1,977.

Novak Edmund.

"Enfermedades de la Vagina", en su Tratado de Ginecología: Editorial Nueva Interamericana, S. A. México. 1,977
Pag: 205-224, Capítulo X.

Robbins Stanley

"Aparato Genital Femenino", en su Patología Estructural y Funcional: Editorial Nueva Interamericana S. A. México
1,975 Pag: 1157-1217, Capítulo XXVII.

Rodas Estrada Mildred Anabella

Tesis "Tumores de vulva y Vagina en niñas desde su Nacimiento hasta los 13 años".
Universidad de San Carlos de Guatemala, 1,976.

Br. Reinhold

Dr. Reinhold Castillo
Asesor.

Reinhold Castillo
Dr. Reinhold Castillo
Revisor.

Reinhold Castillo
Dr. Reinhold Castillo
Director de Fase III

Reinhold Castillo
Dr. Reinhold Castillo
Secretario

Vo. Bo.

Reinhold Castillo
Dr. Reinhold Castillo Mentalvo
Decano.