

PROGRESOS de
**OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA**

www.elsevier.es/pog

CASO CLÍNICO

Metástasis vaginales de tumores colorrectales

Aitziber Elvira Urdampilleta*, Fernando Garnateo Nicolás, Amaya Oyarzabal Urkiola y Borja Rivero Torrejón

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

Recibido el 13 de noviembre de 2008; aceptado el 22 de marzo de 2010
Accesible en línea el 6 de julio de 2010

PALABRAS CLAVE

Metástasis vaginal;
Sangrado vaginal;
Tumores colorrectales

KEYWORDS

Vaginal metastasis;
Colorectal tumours;
Vaginal bleeding

Resumen Las metástasis vaginales de tumores extragenitales son extremadamente raras. El primer síntoma más frecuentemente referido es el sangrado vaginal, aunque muchas veces el diagnóstico suele ser casual, en una revisión ginecológica de control o mediante una prueba de imagen. El tratamiento es controvertido y debe individualizarse. Debido a su baja incidencia, no estarían indicadas una colposcopia y vaginoscopia rutinaria en el seguimiento de estas pacientes. Sin embargo, la revisión ginecológica debe ser rutinaria y se debe tener presente la posibilidad de una metástasis vaginal ante cualquier lesión en la vagina o sangrado vaginal.

Describimos 3 casos de metástasis vaginal del cáncer colorrectal diagnosticados en el Hospital Donostia de San Sebastián.

© 2008 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Vaginal metastasis of colorectal tumours

Abstract Vaginal metastases of extragenital tumours are extremely rare. The most frequent first symptom is vaginal bleeding, although the diagnosis is often a casual finding during a gynaecological check-up or by an imaging test. Treatment is controversial and should be individualized. The incidence is very low and colposcopy and vaginoscopy are not necessary in the routine monitoring of these patients. However, the routine gynaecological examination is required, and the possibility of a vaginal metastasis should be taken into account if there is any vaginal lesion or bleeding.

We report three cases of vaginal metastasis of colorectal cancer diagnosed in Donostia Hospital

© 2008 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de vagina representa el 1-2% de todos los cánceres ginecológicos y son más frecuentes los tumores metastáticos que los tumores primarios. Las metástasis vaginales de tumores extragenitales son extremadamente raras y el tumor

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: aitziberelvira@gmail.com
(A. Elvira Urdampilleta).

extragenital que más frecuentemente las produce es el adenocarcinoma renal¹. La infiltración por un cáncer colorrectal suele producirse habitualmente por invasión directa por continuidad, sobre todo en los carcinomas de sigma y recto. Sin embargo, las metástasis a distancia son muy poco frecuentes^{2,3}. Cuando el tumor intestinal primario se localiza fuera de la pelvis, la metástasis en los genitales y, sobre todo, en el tejido vaginal es francamente excepcional⁴.

Describimos 3 casos de metástasis vaginal del cáncer colorrectal diagnosticados en el Hospital Donostia de San Sebastián.

Casos clínicos

Caso clínico 1

Paciente de 67 años, sin antecedentes médicos de interés, que consulta por astenia, anorexia y rectorragia. Mediante la realización de pruebas de imagen fue diagnosticada de tumoración de colon derecho. Se planteó tratamiento quirúrgico y quimioterapia adyuvante. Se realizó una hemicolectomía derecha reglada y se envió la pieza quirúrgica a anatomía patológica; el análisis evidenció un adenocarcinoma moderadamente diferenciado de 3,5 X 3 X 1,5 cm, que alcanzaba el tejido adiposo paracólico sin alcanzar la serosa y con afectación de un ganglio linfático (T3N1M0). Se realizaron tomografías computarizadas (TC) toraco-abdomino-pélvicas de seguimiento cada 3 meses, que fueron normales. A los 19 meses del tratamiento se detectaron mediante TC un implante retroperitoneal infraaórtico y una metástasis vaginal. La paciente se encontraba asintomática y fue derivada a la consulta de patología cervical de nuestro hospital. Se realizó una exploración ginecológica general y se observó que la lesión se encontraba en la cara lateral izquierda y era visible con especuloscopia. Se trataba de una lesión exofítica de 2 cm de diámetro máximo (fig. 1) que sangraba al contacto. Se realizó una biopsia de la lesión, que confirmó una metástasis de tumor colorrectal. A los 3 meses, la paciente presentó múltiples metástasis pulmonares y 6 meses después metástasis hepáticas, y falleció a los 9 meses.

Figura 1 Metástasis de tumor colorrectal exofítica en la cara lateral izquierda de la vagina, de 2 cm, visible con especuloscopia.

Caso clínico 2

Paciente de 60 años, diagnosticada de adenocarcinoma de recto T3N0M0 y tratada mediante cirugía reglada, radioterapia y quimioterapia. Se realizaron TC toraco-abdomino-pélvicas de seguimiento, que resultaron normales. A los 5 años presentó metástasis hepáticas, por lo que fue intervenida y tratada con alcoholización de las metástasis por considerarse irresecables. Un año después presentó metástasis suprarrenal derecha y varias lesiones pulmonares, y se la trató con quimioterapia. A los 4 años se detectó una metástasis ósea y se observó una lesión en la vagina y el cérvix (fig. 2). La paciente fue derivada a la consulta de patología cervical de nuestro hospital para una valoración de la lesión genital. Se realizó una exploración ginecológica general y se observó que la lesión se encontraba en el fondo de saco posterior y no afectaba al cérvix. No era fácilmente visible con especuloscopia; sin embargo, se visualizó fácilmente mediante vaginoscopia. Se realizó una biopsia de la lesión y se envió al servicio de anatomía patológica, que confirmó un adenocarcinoma de origen intestinal. La paciente falleció a los 2 meses.

Caso clínico 3

Paciente de 70 años, sin antecedentes de interés, que fue diagnosticada de adenocarcinoma de válvula ileocecal y otra tumoración sincrónica de colon derecho. Se decidió tratamiento con cirugía y quimioterapia adyuvante. La tumoración del colon derecho era moderadamente diferenciada e infiltraba macro y microscópicamente el tejido adiposo. Presentó metástasis tumoral en 18 de los 23 ganglios linfáticos aislados. El apéndice cecal fue normal. A los 15 meses en un estudio con resonancia magnética presentó una tumoración que afectaba al cérvix y la vagina. Se derivó a la consulta de patología cervical de nuestro hospital, donde se comprobaron los hallazgos mediante una biopsia de la lesión. La anatomía patológica evidenció un adenocarcinoma de origen intestinal. Debido a la afectación de ambas estructuras, y junto con el servicio de cirugía general, se decidió la realización de tratamiento quimioterápico; se observó una reducción considerable de la lesión.

Figura 2 Adenocarcinoma de origen intestinal en el fondo de saco posterior visible con vaginoscopia.

Discusión

Las metástasis vaginales de tumores extragenitales son extremadamente raras y el origen más frecuente es el adenocarcinoma renal¹. Hasta un 3,6% de los adenocarcinomas renales presentan metástasis vaginales solitarias al diagnóstico^{1,5}.

La infiltración por un cáncer colorrectal suele producirse habitualmente por invasión directa por continuidad, sobre todo en los carcinomas de sigma y recto. Sin embargo, las metástasis a distancia son muy poco frecuentes^{2,3}. Cuando el tumor intestinal primario se localiza fuera de la pelvis, la metástasis en los genitales, y sobre todo en el tejido vaginal, es francamente excepcional⁴. El carcinoma primario de vagina suele asentarse en el fondo de saco posterior, a diferencia del carcinoma metastásico, de asentamiento preferentemente en la pared anterior. El lugar en el que más frecuentemente metastatiza este tipo de tumores es el hígado, seguido por el pulmón, metástasis locorregionales, intraabdominales y finalmente retroperitoneales⁶.

Se discute cuál puede ser la ruta por la que las células metastásicas colorrectales se implantan en la vagina. Podría ocurrir por la ruta trascelómica mediante exfoliación de células tumorales, probablemente en el momento de la intervención^{7,8} e implantación en la superficie de la serosa vaginal⁹.

La metástasis vaginal puede ser la forma de presentación de un cáncer colorrectal¹⁰ o en una mujer ya diagnosticada y tratada, como es en nuestros 3 casos clínicos. Las metástasis vaginales pueden ser exofíticas o ulceradas. El primer síntoma más frecuentemente referido es el sangrado vaginal, aunque muchas veces el diagnóstico suele ser casual, en una revisión ginecológica de control o mediante una prueba de imagen, como ocurre en estos casos clínicos.

Tal y como ocurre en el carcinoma de vagina primario y debido al escaso número de pacientes, no existe un consenso sobre la actuación terapéutica quirúrgica ni tampoco una política clara en cuanto a la utilidad de la radioterapia y la quimioterapia. Las lesiones pueden tratarse con cirugía, aunque sus resultados son muy variables. En caso de tratarse de una lesión única vaginal de pequeño tamaño, se puede realizar el tratamiento excisional de ésta con márgenes amplios.

En el carcinoma primario de vagina tratado con quimioterapia se ha obtenido resultados desalentadores¹¹. Con la utilización de pautas combinadas de radioquimioterapia se han obtenido buenos resultados en remisiones completas

iniciales, pero resultados variables en cuanto a la tasa de recurrencias posteriores. En el caso de las metástasis vaginales, debido a la escasa incidencia, se debe tener en cuenta cuál es el tumor primario, el tamaño de la lesión y la presencia de metástasis en otras localizaciones, y valorar individualmente el tratamiento más apropiado.

Dada su infrecuencia, consideramos que no estarían indicadas una colposcopia y una vaginoscopia rutinaria en el seguimiento de estas pacientes. Habitualmente, la clínica nos puede hacer sospechar la presencia de lesiones, y se debe instruir a las pacientes para que consulten si presentan sangrado vaginal irregular e indoloro que suele ser el primer síntoma, dolor genital o pélvico que suele ocurrir en casos avanzados, así como síntomas urinarios y rectales, como tenesmo y urgencia.

Sin embargo, debido a la posibilidad de que las pacientes no presenten ningún síntoma, la revisión ginecológica debe ser rutinaria.

Bibliografía

1. Pramod C. Solitary vaginal metastasis from unsuspected renal cell carcinoma. *J Urol*. 1979;121:95–7.
2. Mazur MT, Hsueh S, Gersell DJ. Metastases to the female genital tract. Analysis of 325 cases. *Cancer*. 1984;53:1978–84.
3. Chagpar A, Kanthan SC. Vaginal metastases of colon cancer. *Am Surg*. 2001;67:171–2.
4. López Fernández JA, Lozano JM. Metástasis vaginal de un adenocarcinoma de colon transverso. *Clin Invest Gin Obstet*. 1998;25:56–7.
5. Torné A, Pahisa J, Castelo-Blanco C. Solitary vaginal metastasis as a presenting form of unsuspected renal adenocarcinoma. *Gynecol Oncol*. 1994;52:260–3.
6. Gutiérrez-Bayard L, Fernández-Fernández C. Metástasis vaginal de adenocarcinoma colorrectal tras resección curativa. *Clin Invest Gin Obstet*. 1996;23:329.
7. Umpleby HC, Fermor B, Symes MO, Williamson CN. Viability of exfoliated colorectal carcinoma cells. *Br J Surg*. 1984;71:659–63.
8. Placer C, Elosegui JL, Irureta I. Metástasis cutánea perineal de adenocarcinoma tras cirugía de cáncer colorrectal. *Cir Esp*. 2007;82:41–3.
9. Cohen R, Margolius KA. Non-gynecological metastases to the vulva and vagina. *S Afr Med J*. 1998;73:159–60.
10. Marchal F, Leroux A, Hoffstetter S. Vaginal metastasis revealing colon adenocarcinoma. *Int J Colorectal Dis*. 2006;21:861–2.
11. Stock R, Chen A, Seski J. A 30-year experience in the management of primary carcinoma of the vagina: analysis of prognostic factors and treatment modalities. *Gynecol Oncol*. 1995;56:45–52.