

FORMULARIO DE DUDAS PARA LOS AUTORES

 ELSEVIER	Revista: POG Referencia N°: 218	Por favor, envíe un correo electrónico con su respuesta a: E-mail: corrections.eses@elsevier.thomsondigital.com Fax: +34 932 091 136
---	--	---

Estimado/a autor/a,

En el caso que durante la preparación de su manuscrito hubiera surgido alguna duda o comentario, podrá encontrarlos en el listado que aparece a continuación y señalados en el margen de la prueba. Le rogamos que revise detenidamente la prueba que le enviamos y señale al margen sus correcciones, si las hubiera, o bien nos envíe un texto aparte detallando los cambios necesarios.

En caso de que las correcciones afecten a las ilustraciones, por favor, consulte las instrucciones en: <http://www.elsevier.com/artworkinstructions>.

Citas cruzadas: Si en el artículo se hace referencia a otros artículos incluidos en el mismo número, le rogamos que compruebe que se han añadido las palabras "este número" tanto en la bibliografía como en el texto.

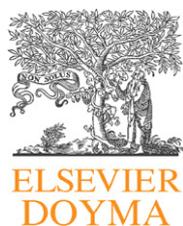
Referencias no citadas: En el caso de que existan referencias que se incluyen en la bibliografía pero que no se citan en el texto, se le indicará al final de la prueba. Por favor, cite cada referencia en la parte del texto donde debería aparecer o elimínela de la bibliografía.	
Faltan referencias: En el caso de que se citen en el texto referencias que no aparecen en la bibliografía, se le indicará al final de la prueba. Por favor, complete la bibliografía o elimine las referencias del texto.	
Situación en el artículo	Dudas / comentarios
<u>Q1</u> <u>Q2</u>	Por favor, facilite como mínimo 3 palabras clave y sus respectivas traducciones al inglés. Por favor, facilite el lugar de edición de esta referencia.

Problemas con los archivos electrónicos

En ocasiones los archivos originales de texto o de imágenes no se pueden abrir o procesar correctamente. En caso de que los archivos de su artículo hayan presentado estos problemas, hemos procedido de la siguiente manera:

Escaneado del texto (total o parcial)
 Tecleado del texto (total o parcial)
 Escaneado de las ilustraciones

Muchas gracias por su colaboración.



PROGRESOS de
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Carcinoma verrugoso de vagina. Presentación de un caso

Concepción Lara Bohórquez^{a,*}, Virginia Porras Hidalgo^a, Pilar Jurado Escámez^a
y M. Luz López Hidalgo^b

^a Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Infanta Elena, Huelva, España

^b Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Infanta Elena, Huelva, España

Recibido el 18 de octubre de 2010; aceptado el 20 de junio de 2011

PALABRAS CLAVE

Carcinoma verrugoso;
Vagina

KEYWORDS

Verrucous carcinoma;
Vagina

Resumen Los carcinomas verrugosos de vagina son neoplasias poco frecuentes, con un crecimiento lento, localmente invasivo, que no suelen metastatizar y con unas características macro y microscópicas específicas. Describimos un caso de carcinoma verrugoso de cúpula vaginal en paciente postmenopáusica histerectomizada 4 años antes por prolapso uterino grado IV, discutiéndose su diagnóstico diferencial y tratamiento. El carcinoma verrugoso de vagina es un tumor poco frecuente que plantea el diagnóstico diferencial con el condiloma acuminado, el carcinoma escamoso clásico y el condilomatoso, siendo el tratamiento de elección la exéresis quirúrgica completa.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Verrucous carcinoma of the vagina. A case report

Abstract Verrucous carcinoma of the vagina is a rare neoplasm. This entity is a slow-growing, locally invasive but generally nonmetastasizing neoplasm, with a characteristic gross and microscopic appearance. We report a case of verrucous carcinoma of the vagina in a postmenopausal woman diagnosed 4 years after transvaginal hysterectomy for grade 4 uterine prolapse. We also discuss the differential diagnosis and treatment. Verrucous carcinoma of the vagina is a rare neoplasm. The differential diagnosis includes typical squamous cell carcinoma, warty carcinoma, and condyloma acuminatum. Surgery remains the most effective treatment.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La vagina es una estructura tubular que se extiende desde el vestíbulo vulvar al cérvix uterino y está situada posterior a la vejiga urinaria y anterior al recto, con un ángulo de aproximadamente 90° entre el axis de la vagina y el del útero; mide

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: clarab@andaluciajunta.es
(C. Lara Bohórquez).

entre 7 y 10 cm de longitud en el adulto. Las paredes anteriores y posteriores están en contacto entre ellas, a excepción del extremo craneal en el que rodea al ectocérvix¹.

La pared vaginal está constituida por tres capas: mucosa, muscular y adventicia. La mucosa esta tapizada por epitelio escamoso estratificado, normalmente glucogenizado y no queratinizante, y se divide en varias capas en base a la apariencia que adoptan las células en las extensiones citológicas; la capa basal está constituida por una capa simple de células columnares; la capa parabasal está constituida de dos a 5 capas celulares cuboidales y la capa intermedia y superficial son de espesor variable. Tras la menopausia, se produce una reducción progresiva del grosor del epitelio vaginal quedando reducida a 6 u 8 capas de células parabasales.

Bajo el epitelio existe una lámina propia constituida por tejido fibrovascular con fibras elásticas y filetes nerviosos, extendiéndose desde el endocérvix a la vulva una banda de tejido estromal con presencia de células estromales estrelladas atípicas similares a las observadas en el pólipo vaginal con células estromales atípicas (pseudosarcoma botrioides). La capa muscular está constituida por haces de músculo liso dispuestas en sentido longitudinal en la capa externa y en sentido circular en la capa interna, pasando algunas de las capas longitudinales a la pared lateral pélvica contribuyendo a la porción inferior de los ligamentos cardinales. La capa adventicia es una fina capa de tejido conectivo denso que parte del tejido conectivo pélvico y contiene vasos linfáticos, plexos venosos y fascículos nerviosos¹.

El carcinoma verrugoso de tracto genital inferior es más frecuente en vulva, aunque se han descrito casos en cérvix y vagina. Se trata de una forma de carcinoma escamoso bien diferenciado, que de forma característica tiende a recurrir localmente, pero no suele metastatizar. Clínicamente se caracteriza por un crecimiento lento, localmente invasivo, con una apariencia macroscópica de masa friable de aspecto verrugoso, ocasionalmente ulcerada².

Desde el punto de vista microscópico se caracteriza por un crecimiento exofítico de superficie ondulada hiperqueratósica, a veces con proyecciones papilares con escaso tallo vascular y el margen profundo se caracteriza por ser compresivo, sin que se observen imágenes infiltrativas propias del carcinoma escamoso clásico. Otra de las características de esta neoplasia, es la escasa o nula atipia citológica de la lesión y la baja actividad mitótica, lo que plantea serios problemas en el diagnóstico diferencial con lesiones escamosas benignas en esta localización¹⁻³.

Presentamos un caso de carcinoma verrugoso de cúpula vaginal en paciente postmenopáusica hysterectomizada 4 años antes por prolapso uterino.

Presentación del caso

Paciente de 79 años de edad con antecedentes de dos partos normales, hipertensión arterial, AVC isquémico transitorio e hysterectomía vaginal 4 años antes por prolapso uterino grado IV. Acude a consulta por metrorragia, observándose a la exploración una tumoración en cúpula vaginal, blanquecina, de unos 3 cm de diámetro sin signos de sangrado (fig. 1). Se realiza biopsia en consulta, dejándose taponamiento hemostático que es retirado a las 12 horas.



Figura 1 Masa blanquecina, de aspecto friable y algodonosa. Fotografía macroscópica.

El material estudiado histológicamente corresponde a dos fragmentos irregulares de tejido de 1,5 y 0,5 cm. En el estudio microscópico se observa una mucosa tapizada por células escamosas sin atipia, ni imágenes de coilocitosis, con un patrón de crecimiento verrugoso, formando prolongaciones hacia la superficie con marcada hiperqueratosis, con focos de paraqueratosis, sin que se observen tallos fibrovasculares acompañantes (fig. 2) y en profundidad el patrón de crecimiento es compresivo, sin que se observen imágenes infiltrativas (fig. 3).

Con el diagnóstico de carcinoma verrugoso se realiza extirpación quirúrgica completa de la lesión con márgenes libres de tumor. La paciente permanece asintomática a los 14 meses de la intervención.

Discusión

Los tumores epiteliales escamosos son las neoplasias más frecuentes en localización vaginal, con incidencia en todos

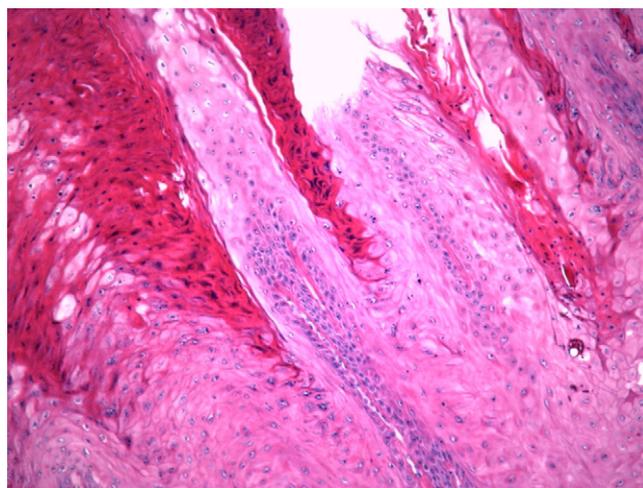


Figura 2 Crecimiento exofítico en superficie con hiperqueratosis, sin atipia ni mitosis. Hematoxilina-eosina $\times 20$.

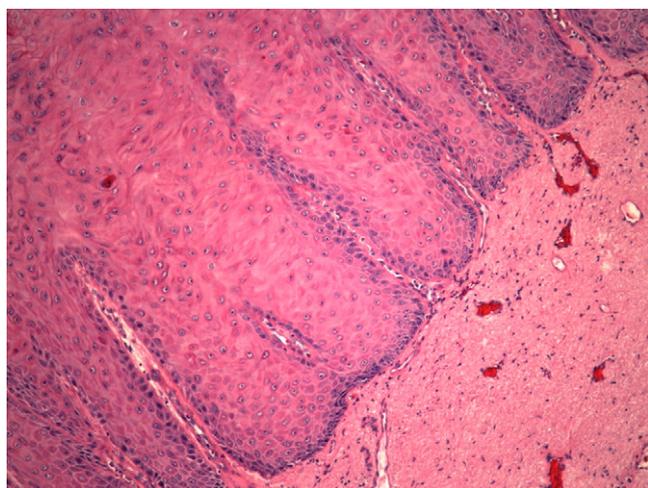


Figura 3 Crecimiento compresivo en profundidad sin imágenes de infiltración. Hematoxilina-eosina $\times 20$.

los grupos de edad y preferencia por mujeres de edad avanzada, siendo su localización más frecuente la pared posterior del tercio superior de la vagina^{1,2}.

Aunque es típica la asociación, como lesión precursora, de la neoplasia intraepitelial (VIN), no es imprescindible. Actualmente ha aumentado, proporcionalmente, la incidencia de neoplasia intraepitelial en relación con el descenso del carcinoma escamoso, como reflejo de la detección precoz y el tratamiento preventivo².

Desde el punto de vista clínico, el síntoma más frecuente de presentación es el sangrado vaginal, a veces con dolor, sintomatología urinaria o sangrado postcoital; asociándose usualmente la disuria o el dolor pélvico a enfermedad avanzada^{1–4}.

El carcinoma escamoso vaginal presenta características histológicas similares a este tumor en otras localizaciones. La mayoría de los casos son carcinomas moderadamente diferenciados no queratinizantes, y como variantes poco frecuentes podemos encontrar carcinomas de células fusiformes, condilomatosos o verrugoso, correspondiendo este último a una forma de carcinoma de células escamosas bien diferenciado con un crecimiento exofítico de aspecto verrugoso y que invade el estroma adyacente con bordes compresivos, no infiltrativos, en forma de nidos de células neoplásicas. De forma característica, las células presentan mínimo pleomorfismo, algo mayor en las capas inferiores

adyacente al estroma, las figuras de mitosis son poco frecuentes y no se observa coilocitosis, esta última característica es utilizada en el diagnóstico diferencial con lesiones de tipo condiloma^{1,2,4,5}.

La localización más frecuente del carcinoma verrugoso en el área genital es a nivel de vulva, representando el 1-2% de carcinomas en esta localización, también han sido descritos casos en endometrio, cérvix y vagina².

Es importante identificar correctamente estas lesiones, ya que con el tratamiento adecuado su pronóstico es muy bueno. El diagnóstico diferencial de esta neoplasia en localización vaginal se plantea fundamentalmente con el carcinoma escamoso clásico, carcinoma condilomatoso y el condiloma acuminado. El carcinoma escamoso clásico presenta marcado pleomorfismo nuclear y un patrón infiltrativo en relación con el estroma adyacente; el carcinoma condilomatoso presenta una morfología verrugosa similar al carcinoma verrugoso, pero con presencia de tallos fibrovasculares en las formaciones papilares, marcado pleomorfismo nuclear y patrón infiltrativo similar al carcinoma epidermoide clásico; el condiloma acuminado se caracteriza por una arquitectura papilar compleja con tallos fibrovasculares, imágenes de coilocitosis y escaso crecimiento compresivo en profundidad^{1,2,4,5}.

Los carcinomas verrugosos suelen recidivar tras su extirpación, aunque la presencia de metástasis es rara, y cuando ésta se presenta es aconsejable una reevaluación de la lesión para descartar focos de carcinoma epidermoide infiltrante clásico, ya que a veces se asocian ambas lesiones². El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa, siendo su pronóstico excelente cuando esta se realiza.

Bibliografía

1. Kurgan Robert J, Norris Henry J. Tumors of the cervix, vagina, and vulva. Washington: AFIP. 2004. p. 200–202.
2. Fattaneh A. Tavassoli and Meter Devilee. WHO Classification Tumours of the breast and female genital organs. IARC press; Q2 2003. p. 316–17.
3. Batista TP, Morais JA, Reis TJ, Macedo FI. A rare case of invasive vaginal carcinoma associated with vaginal prolapse. Arch Gynecol Obstet. 2009;280:845–8.
4. Word WG, Giustini FG, Sohn S, Aranda RR. Verucous carcinoma of the vagina. South Med J. 1978;71:368–71.
5. Ramzy I, Smout MS, Collins JA. Verrucous carcinoma of the vagina. Am J Clin Pathol. 1976;65:644–53.