



Cáncer de vagina

¿Qué es el cáncer?

El cuerpo está compuesto por billones de células vivas. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen formando nuevas células y mueren de manera ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más rápidamente para facilitar el crecimiento de la persona. Una vez que se llega a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para remplazar las células desgastadas o las que están muriendo y para reparar lesiones.

El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada. Existen muchos tipos de cáncer, pero todos comienzan debido al crecimiento sin control de células anormales.

El crecimiento de las células cancerosas es diferente al crecimiento de las células normales. En lugar de morir, las células cancerosas continúan creciendo y forman nuevas células anormales. Las células cancerosas pueden también invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. El hecho de que crezcan sin control e invadan otros tejidos es lo que hace que una célula sea cancerosa.

Las células se transforman en células cancerosas debido una alteración en el ADN. El ADN se encuentra en cada célula y dirige todas sus actividades. En una célula normal, cuando se altera el ADN, la célula repara el daño o muere. Por el contrario, en las células cancerosas el ADN dañado no se repara, y la célula no muere como debería. En lugar de esto, esta célula persiste en producir más células que el cuerpo no necesita. Todas estas células nuevas tendrán el mismo ADN dañado que tuvo la primera célula.

Las personas pueden heredar un ADN dañado, pero la mayoría de las alteraciones del ADN son causadas por errores que ocurren durante la reproducción de una célula normal o por algún otro factor del ambiente. Algunas veces, la causa del daño al ADN es algo obvio, como el fumar cigarrillos. No obstante, es frecuente que no se encuentre una causa clara.

En la mayoría de los casos, las células cancerosas forman un tumor. Algunos tipos de cáncer, como la leucemia, rara vez forman tumores. En su lugar, estas células cancerosas afectan la sangre, así como los órganos productores de sangre y circulan a través de otros tejidos en los cuales crecen.

Las células cancerosas a menudo se trasladan a otras partes del organismo donde comienzan a crecer y a formar nuevos tumores que remplazan al tejido normal. A este proceso se le conoce como metástasis. Ocurre cuando las células cancerosas entran al torrente sanguíneo o a los vasos linfáticos de nuestro organismo.

Independientemente del lugar hacia el cual se propague el cáncer, siempre se le da el nombre del lugar donde se originó. Por ejemplo, el cáncer de seno que se propagó al hígado sigue siendo cáncer de seno y no cáncer de hígado. Asimismo, al cáncer de próstata que se propagó a los huesos se le llama cáncer de próstata metastásico y no cáncer de huesos.

Los diferentes tipos de cáncer se pueden comportar de manera muy distinta. Por ejemplo, el cáncer de pulmón y el cáncer de seno son dos enfermedades muy diferentes. Crecen a velocidades distintas y responden a distintos tratamientos. Por esta razón, las personas con cáncer necesitan un tratamiento que sea específico a la clase particular del cáncer que les afecta.

No todos los tumores son cancerosos. A los tumores que no son cancerosos se les llama tumores benignos. Los tumores benignos pueden causar problemas, ya que pueden crecer mucho y ocasionar presión en los tejidos y órganos sanos. Sin embargo, estos tumores no pueden crecer (invadir) hacia otros tejidos. Debido a que no pueden invadir otros tejidos, tampoco se pueden propagar a otras partes del cuerpo (hacer metástasis). Estos tumores casi nunca ponen en riesgo la vida de una persona.

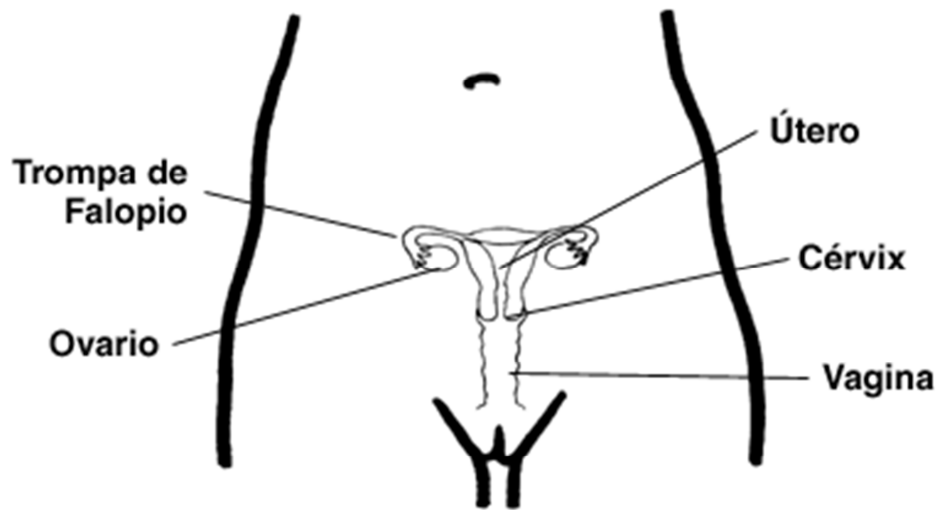
¿Qué es el cáncer de vagina?

La vagina

La vagina tiene un canal de 3 a 4 pulgadas (de 7 ½ cm a 10 cm). A veces se le llama *canal de parto*. La vagina va desde el cuello uterino (la parte más baja del útero) y se abre en la vulva (los genitales externos). La vagina está recubierta por una capa de células planas llamadas células *escamosas*. A esta capa de células se le llama también *epitelio* (o *revestimiento epitelial*) porque está formado por células epiteliales.

La pared vaginal debajo del epitelio tiene tejido conectivo, muscular, vasos linfáticos y nervios. La vagina está generalmente plegada con sus paredes tocándose entre sí. Las paredes vaginales tienen muchos pliegues que ayudan a que la vagina se abra y se expanda durante la relación sexual o el nacimiento de un bebé. Las glándulas cercanas a

la abertura de la vagina segregan una mucosidad que mantiene lubricado el revestimiento de la vagina.



Tipos de cáncer de vagina

Hay varios tipos de cáncer de vagina.

Carcinoma de células escamosas

Alrededor de 70 de cada 100 casos de cáncer de vagina son *carcinomas de células escamosas*. Estos cánceres comienzan en las células escamosas que forman el revestimiento epitelial de la vagina. Con más frecuencia se presentan en la parte superior de la vagina cerca del cuello uterino. El cáncer de células escamosas de la vagina suele formarse lentamente. Primero, algunas de las células normales de la vagina tienen cambios precancerosos. Luego, algunas de las células precancerosas se convierten en células cancerosas. Este proceso puede llevar muchos años.

El término médico más frecuentemente usado para esta condición precancerosa es *neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA)*. "Intraepitelial" significa que las células anormales se encuentran únicamente en la capa superficial de la piel de la vagina (epitelio). Hay 3 tipos de NIVA: NIVA1, NIVA2, y NIVA3, donde 3 indica una mayor progresión hacia un cáncer propiamente dicho. La NIVA es más común en mujeres a quienes les han extirpado el útero (histerectomía) y en aquellas que fueron anteriormente tratadas por cáncer o precáncer cervical.

Anteriormente, se usaba el término *displasia* en lugar de NIVA. Este término se usa mucho menos ahora. Cuando se habla de displasia, hay también un rango de avance hacia

el cáncer; primero, displasia leve; luego, displasia moderada y posteriormente displasia grave.

Adenocarcinoma

El cáncer que se inicia en las células glandulares se llama *adenocarcinoma*.

Aproximadamente 15 de cada 100 casos de cáncer de vagina son adenocarcinomas. El tipo usual de adenocarcinoma vaginal se presenta por lo general en mujeres mayores de 50 años. Un cierto tipo, llamado *adenocarcinoma de células claras*, ocurre con más frecuencia en mujeres jóvenes que han estado expuestas al dietilestilbestrol (DES) en útero (cuando estaban en el útero materno). (Vea la sección llamada “¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer de vagina?” para más información sobre el DES y el carcinoma de células claras).

Melanoma

Los melanomas se forman a partir de las células que producen el pigmento que da color a la piel. Estos tipos de cáncer se encuentran usualmente en zonas de la piel expuestas al sol; sin embargo, se pueden formar en la vagina u otros órganos internos. Alrededor de 9 de cada 100 casos de cáncer de vagina son melanomas. El melanoma tiende a afectar la parte inferior o externa de la vagina. Los tumores varían mucho en cuanto a tamaño, color y patrón de crecimiento. Para más información sobre melanoma, consulte nuestro documento Cáncer de piel tipo melanoma.

Sarcoma

El sarcoma es un cáncer que comienza en las células de huesos, músculos, o de tejido conectivo. Hasta 4 de cada 100 casos de cáncer de vagina son sarcomas. Estos tipos de cáncer se forman en la parte profunda de las paredes vaginales, no en su superficie. Hay varios tipos de sarcomas vaginales. El *rabdomiosarcoma* es el tipo más común de sarcoma vaginal. Se encuentra con más frecuencia en las niñas y es poco común en mujeres adultas. Un sarcoma llamado *leiomiomasarcoma* se encuentra más frecuentemente en mujeres adultas. Tiende a presentarse en mujeres mayores de 50 años de edad.

Otros tipos de cáncer

El cáncer de vagina es mucho menos común que otros tipos de cáncer que comienzan en otros órganos (como el cuello uterino, útero, recto o vejiga) y luego se propagan a la vagina. Estos tipos de cáncer reciben el nombre del lugar donde se iniciaron. Asimismo, el cáncer que afecta tanto al cuello uterino como a la vagina se considera como cáncer cervical. Del mismo modo, si el cáncer abarca la vulva y la vagina, se considera como cáncer de vulva.

Este documento hace referencia únicamente a los tipos de cáncer que se inician en la vagina, también conocidos como cáncer primario de vagina.

¿Cuáles son las estadísticas clave sobre el cáncer de vagina?

El cáncer de vagina es poco común. Aproximadamente solo 1 de cada 100 casos de cáncer del sistema reproductor femenino es cáncer de vagina. Para el año 2013, los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para este cáncer en los Estados Unidos son:

- Se diagnosticarán alrededor de 2,890 nuevos casos.
- Aproximadamente 840 mujeres morirán de este tipo de cáncer.

¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer de vagina?

Un factor de riesgo es cualquier cosa que afecte su posibilidad de tener una enfermedad como el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen distintos factores de riesgo. Por ejemplo, la exposición de la piel a la luz solar intensa es un factor de riesgo para el cáncer de piel. El hábito de fumar es un factor de riesgo para muchos tipos de cáncer.

Existen distintos tipos de factores de riesgo. Algunos no pueden cambiarse, como su edad o raza. Otros pueden estar relacionados con elecciones personales como fumar, beber o la alimentación. Algunos factores influyen el riesgo más que otros. Sin embargo, los factores de riesgo no suministran toda la información. El tener un factor de riesgo, o incluso varios, no significa que una persona desarrollará la enfermedad. Además, el hecho de no presentar ningún factor de riesgo, tampoco significa que no padecerá la enfermedad.

Los científicos han descubierto que ciertos factores de riesgo hacen que una mujer sea más propensa a tener cáncer de vagina. Sin embargo, muchas mujeres con cáncer de vagina no tienen ningún factor de riesgo aparente. Aunque una mujer con cáncer de vagina tenga uno o más factores de riesgo, es imposible saber con certeza hasta qué punto dicho factor de riesgo contribuyó a causar el cáncer.

Edad

El cáncer de células escamosas de la vagina ocurre principalmente en mujeres mayores. Solo el 15% de los casos se presentan en mujeres menores de 40 años. Casi la mitad de los casos ocurren en mujeres que tienen 70 años o más.

Dietilestilbestrol (DES)

El dietilestilbestrol (DES) es un medicamento hormonal que se suministró a algunas mujeres para prevenir abortos espontáneos entre 1940 y 1971. Las mujeres cuyas madres tomaron DES (cuando estaban embarazadas de ellas) presentan adenocarcinoma de células claras de vagina o de cuello uterino con mayor frecuencia de lo que normalmente se esperaría. Hay aproximadamente 1 caso de este tipo de cáncer en cada 1,000 hijas de mujeres que tomaron DES durante su embarazo. Esto significa que aproximadamente 99.9% de las hijas cuyas madres tomaron DES no llegan a tener este cáncer.

El adenocarcinoma de células claras relacionado con DES es más común en la vagina que en el cuello uterino. El riesgo parece ser mayor en aquellas madres que tomaron el medicamento durante las primeras 16 semanas de embarazo. La edad promedio cuando son diagnosticadas es de 19 años. La Administración de Alimentos y Drogas de EE. UU. (FDA) prohibió en 1971 el uso de DES durante el embarazo, desde entonces, incluso las hijas más jóvenes de madres que tomaron DES son mayores de 35 años; pasada la edad de mayor riesgo. Sin embargo, no hay una edad en la que una mujer esté a salvo de presentar cáncer relacionado con DES. Los médicos no saben con exactitud cuánto tiempo estas mujeres estarán en riesgo.

Las hijas de madres que tomaron DES tienen un mayor riesgo de presentar carcinomas de células claras; sin embargo, las mujeres no tienen que estar expuestas al DES para que presenten carcinoma de células claras. De hecho, las mujeres eran diagnosticadas con este tipo de cáncer antes de que se inventara el DES.

Las hijas de madres que tomaron DES son también más propensas a tener displasia cervical de alto grado (NIC 3) y displasia vaginal (NIVA 3) en comparación con las mujeres que nunca estuvieron expuestas.

Adenosis vaginal

Normalmente, la vagina está revestida por células planas llamadas células escamosas. En casi un 40% de las mujeres que ya han comenzado a tener sus períodos menstruales, la vagina puede tener una o más zonas donde, en cambio, está revestida por células glandulares. Estas células son similares a las que se encuentran en las glándulas del cuello uterino, en el revestimiento del útero (endometrio) y en el revestimiento de las trompas de Falopio. A estas áreas de células glandulares se les llama *adenosis* y ocurren en casi todas las mujeres que estuvieron expuestas al DES durante el embarazo de sus madres. Tener adenosis aumenta el riesgo de presentar carcinoma de células claras; sin embargo, este tipo de cáncer sigue siendo poco común. El riesgo de carcinoma de células claras en una mujer que tenga adenosis no relacionada con DES es muy, muy pequeño. No obstante, muchos médicos consideran que toda mujer que tenga adenosis debe realizarse un control exhaustivo para determinar la presencia de cáncer y para hacerle seguimiento.

Virus del papiloma humano

El virus del papiloma humano (VPH o HPV, siglas en inglés) es un grupo de más de 100 virus relacionados. Se les llama virus del papiloma debido a que algunos de ellos causan un tipo de crecimiento llamado *papiloma*. Los papilomas, más comúnmente conocidos como verrugas, no son cancerosos.

Los distintos tipos de VPH pueden causar distintos tipos de verrugas en diferentes partes del cuerpo. Algunos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies. Otros tipos tienden a causar verrugas en los labios o la lengua.

Ciertos tipos de VPH pueden infectar los órganos genitales externos femeninos y masculinos, así como la zona anal, y ocasionar verrugas elevadas e irregulares. Estas verrugas pueden ser apenas visibles o pueden tener varias pulgadas de diámetro. El término médico para las verrugas genitales es *condiloma acuminado*. La mayoría de los casos de verrugas genitales son causados por dos tipos de VPH, el VPH 6 y el VPH 11. Estos dos tipos de VPH rara vez están asociados con cáncer; por lo tanto, se les conocen como tipos de VPH de *bajo riesgo*.

Otros tipos de VPH han sido asociados con cánceres del cuello uterino y de vulva en las mujeres, cáncer de pene en los hombres, así como cáncer anal y de garganta (en hombres y mujeres). Estos se conocen como tipos de VPH de *alto riesgo* e incluye VPH 16, VPH 18, VPH 31, entre otros. La infección por un VPH de alto riesgo puede que no produzca signos visibles sino hasta que se originen cambios precancerosos o cáncer.

El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una manera en la que el VPH se puede transmitir es mediante las relaciones sexuales, incluyendo coito vaginal, penetración anal e incluso durante el sexo oral.

Hasta 90% de los casos de cáncer y precáncer de vagina (neoplasia intraepitelial vaginal; VAIN) está asociado con infección por VPH.

Se han creado vacunas para ayudar a prevenir la infección por algunos tipos del VPH. En la actualidad, la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) ha aprobado 2 tipos diferentes de vacunas contra el VPH para su uso en EE. UU.: Gardasil® y Cervarix®. Estas vacunas se tratan en detalle más adelante en este documento.

Cáncer de cuello uterino

Tener cáncer o precáncer de cuello uterino (neoplasia intraepitelial cervical o displasia cervical) aumenta el riesgo de una mujer de presentar cáncer de células escamosas de la vagina. Esto ocurre porque tanto el cáncer de cuello uterino como el de vagina tienen factores de riesgo similares, tales como infección por VPH y tabaquismo.

Algunos estudios sugieren que el tratamiento de cáncer cervical con radioterapia puede aumentar el riesgo de cáncer de vagina; sin embargo, esto no se observó en otros estudios y por lo tanto, no hay una conclusión al respecto.

Tabaquismo

Fumar cigarrillos aumenta en más del doble el riesgo de las mujeres de presentar cáncer de vagina.

Alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas podría afectar el riesgo de cáncer de vagina. Un estudio de mujeres alcohólicas encontró más casos de cáncer de vagina que lo esperado. Sin embargo, este estudio no se consideró coherente debido a que no examinó otros factores que pueden alterar el riesgo, como el tabaquismo y la infección por VPH. Un estudio más reciente que consideró estos otros factores de riesgo encontró un menor riesgo de cáncer de vagina en las mujeres que no toman bebidas alcohólicas en absoluto.

Virus de inmunodeficiencia humana

La infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana), el virus que causa SIDA, también aumenta el riesgo de cáncer de vagina.

Irritación vaginal

En algunas mujeres, el estiramiento de los ligamentos pélvicos puede hacer que el útero caiga dentro de la vagina o incluso salga fuera de esta. Esta condición se conoce como *prolapso uterino* y puede ser tratado con cirugía o mediante el uso de un pesario, un dispositivo para mantener el útero en su lugar. Algunos estudios sugieren que la irritación a largo plazo (crónica) de la vagina en las mujeres que usan un pesario puede aumentar levemente el riesgo de cáncer de células escamosas de la vagina. Sin embargo, esta relación es muy poco común, y ningún estudio ha comprobado de manera concluyente que los pesarios realmente causen cáncer de vagina.

¿Se sabe cuáles son las causas del cáncer de vagina?

Se desconoce la causa exacta de la mayoría de los tipos de cáncer de vagina. Sin embargo, los científicos han determinado que está asociada con varias afecciones descritas en la sección “¿Cuáles son los factores de riesgo para el cáncer de vagina?”. Actualmente, se está llevando a cabo una investigación para conocer más sobre la forma

cómo estos factores de riesgo hacen que las células de la vagina se conviertan en células cancerosas.

La investigación ha mostrado que las células normales producen sustancias llamadas *productos de genes supresores de tumores* que les impiden crecer demasiado rápido y convertirse en cáncer. Los tipos de VPH (virus del papiloma humano) de alto riesgo (como el 16 y 18) producen 2 proteínas (E6 y E7) que pueden interferir con el funcionamiento de productos conocidos de genes supresores de tumores.

Como se menciona en la sección sobre factores de riesgo, las mujeres que estuvieron expuestas al dietilestilbestrol (DES) cuando estaban en el útero materno (es decir, sus madres tomaron DES durante el embarazo) tienen un mayor riesgo de presentar carcinoma de células claras. El DES también aumenta la probabilidad de manifestar adenosis vaginal (células glandulares en el revestimiento de la vagina en lugar de las células escamosas habituales). La mayoría de las mujeres con adenosis nunca presentan carcinoma de células claras de vagina. Sin embargo, las que tienen un tipo raro de adenosis (llamado *adenosis tuboendometrial atípica*) tienen un mayor riesgo de presentar este cáncer.

¿Se puede prevenir el cáncer de vagina?

La mejor manera de reducir el riesgo de cáncer de vagina es evitar los factores de riesgo conocidos, así como descubrir y tratar cualquier precáncer de vagina. Sin embargo, debido a que muchas mujeres con cáncer de vagina tienen factores de riesgo desconocidos, no es posible prevenir completamente la enfermedad.

Evite la exposición al VPH

La infección por el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés) es un factor de riesgo para el cáncer de vagina. En las mujeres, la infección por VPH ocurre principalmente en las edades más jóvenes y es menos común en mujeres mayores de 30 años. La razón para este hecho aún no es clara.

El VPH se transmite de una persona a otra durante el contacto de piel a piel con una zona infectada del cuerpo. El VPH se puede propagar durante la relación sexual, que incluye el contacto vaginal, el anal y el sexo oral, pero no tiene que ocurrir el acto sexual para que se transmita la infección. Todo lo que se requiere para transmitir el virus es el contacto de piel a piel con un área del cuerpo infectada por este virus. El virus se puede transmitir a través del contacto de genital a genital. Incluso es posible que una infección genital se transmita al tocar los genitales con las manos.

La infección por VPH también parece que se puede transmitir de una parte del cuerpo a otra. Esto significa que una infección puede iniciarse en el cuello uterino y luego propagarse a la vagina y a la vulva.

Puede que sea muy difícil evitar la exposición al VPH. Al prohibir que otras personas tengan contacto con su área genital o anal, pudiera ser posible prevenir la infección genital con el VPH. Sin embargo, aun así puede haber otras maneras de infectarse que todavía no están claras.

La infección por VPH es común, y en la mayoría de los casos el organismo es capaz de eliminarla por sí mismo. Sin embargo, en algunos casos, la infección no desaparece y se vuelve crónica. La infección crónica, especialmente en los tipos de VPH de alto riesgo, puede finalmente causar ciertos tipos de cáncer, entre los que se incluye el cáncer y precáncer de vagina.

Ciertos tipos de comportamientos sexuales aumentan el riesgo de una mujer de contraer una infección genital por VPH, tales como: tener relaciones sexuales a temprana edad y tener muchas parejas sexuales. Aunque las mujeres que han tenido muchas parejas sexuales tienen una mayor probabilidad de infectarse con el VPH, una mujer que haya tenido solo una pareja sexual aún puede infectarse con el virus. Esto es más probable que ocurra si ella tiene una pareja que ha tenido muchas parejas sexuales o si su pareja es un hombre incircunciso.

Demorar las relaciones sexuales hasta tener más edad puede ayudarle a evitar el VPH. También le ayudará restringir el número de parejas sexuales y evitar tener relaciones sexuales con alguien que haya tenido muchas parejas sexuales.

Una persona puede estar contagiada con VPH durante años sin tener síntomas, de modo que la ausencia de verrugas visibles no permite indicar si una persona tiene el VPH. Incluso si una persona no tiene verrugas (o cualquier otro síntoma), puede estar contagiado con el VPH y transmitir el virus a otra persona.

El VPH y los hombres

Los dos factores principales que influyen en el riesgo de infección genital por VPH en los hombres son la circuncisión y el número de parejas sexuales. Los hombres que están circuncidados (a quienes les han quitado la piel del prepucio del pene) tienen una menor probabilidad de contagiarse o de mantener la infección por VPH.

Los hombres que **no** han sido circuncidados son más propensos a tener infecciones por VPH y a transmitirlos a sus parejas. Las razones de esto no están claras. Es posible que la piel del glande pase por cambios que lo hagan más resistente al VPH. Otra teoría es que la superficie del prepucio (la cual se elimina mediante la circuncisión) puede contagiarse con el VPH con mayor facilidad. Aun así, la circuncisión no protege por completo contra el VPH; los hombres que están circuncidados aún pueden contraer el VPH y transmitirlo a sus parejas.

El riesgo de que un hombre se contagie con el VPH está también estrechamente relacionado con el hecho de tener muchas parejas sexuales (durante la vida de un hombre).

Los preservativos y el VPH

Los preservativos ("condones") proporcionan cierta protección contra el VPH. En un estudio se determinó que el uso correcto de los preservativos cada vez que se mantienen relaciones sexuales puede reducir el índice de contagio con VPH en un 70% aproximadamente. Los preservativos no pueden brindar una protección total porque no cubren todas las zonas del cuerpo que podrían transmitir el VPH, como la piel de la zona genital o anal. Aun así, los preservativos proporcionan cierta protección contra el VPH y también protegen contra el VIH y algunas otras enfermedades de transmisión sexual. Los preservativos (cuando son usados por una pareja masculina) parecieran ayudar también a que tanto mujeres como hombres sanen más rápidamente las infecciones genitales por VPH.

Vacúnese

Una vacuna llamada Gardasil puede ayudar a protegerle contra la infección por los subtipos 16 y 18 del VPH (como así también los tipos 6 y 11). En algunos estudios se determinó que esta vacuna previene la formación de verrugas anales y genitales causadas por los tipos 6 y 11 del VPH y previene los casos de cáncer y precáncer de ano, vulva, vagina y cuello uterino causados por los tipos 16 y 18 del VPH.

Esta vacuna solo se puede usar para prevenir la infección por VPH; no ayuda en el tratamiento de una infección existente. Para aumentar su efectividad, la vacuna se debe administrar antes de que una persona esté activa sexualmente.

Gardasil fue aprobada originalmente para su uso en mujeres con el fin de prevenir el cáncer cervical; sin embargo, ahora también se aprobó para prevenir el cáncer y precáncer de vulva y vagina (en las mujeres), así como para prevenir el cáncer y precáncer anal tanto en hombres como en mujeres. También se aprobó para prevenir verrugas anales y genitales en hombres y mujeres.

Cervarix, otra vacuna contra el VPH disponible en EE. UU., se puede usar para prevenir la infección por los tipos 16 y 18 del VPH. Hasta ahora, solo se ha demostrado que ayuda a prevenir el cáncer y precáncer cervical, pero no que previene ninguno de los otros tipos de cáncer relacionados con la infección por VPH (tal como el cáncer de vagina). La vacuna Cervarix también parece proteger contra algunos tipos de VPH de alto riesgo además del tipo 16 y 18.

Se están creando y probando más vacunas contra el VPH.

Para más información sobre el VPH y las vacunas contra el VPH, consulte nuestro documento Virus del Papiloma Humano (VPH), cáncer y las vacunas contra el VPH – Preguntas frecuentes.

No fume

No fumar es otra forma de reducir el riesgo de cáncer de vagina. Las mujeres que no fuman son también menos propensas a manifestar muchos otros tipos de cáncer, tal como el cáncer de pulmón, boca, garganta, vejiga, riñones y de varios otros órganos.

Descubra y trate las condiciones precancerosas

La mayoría de los casos de cáncer de células escamosas de la vagina se cree que se inician como un cambio precanceroso, conocido como *neoplasia intraepitelial vaginal o VAIN*. La VAIN puede estar presente durante años antes de que se convierta en un cáncer propiamente dicho (invasivo). Algunas veces, estos precánceres se pueden encontrar como resultado de una prueba de cáncer de cuello uterino (como la prueba de Papanicolaou o la prueba para detectar VPH). Si se descubre la presencia de un precáncer, se puede tratar y detener así el cáncer, antes de que realmente comience.

Sin embargo, debido que el cáncer de vagina y la VAIN son poco frecuentes, los médicos no realizan a menudo otros exámenes para detectarlos en mujeres que no presentan síntomas o un antecedente de precáncer o cáncer de cuello uterino, vagina o vulva.

Lea nuestros documentos [Cáncer de cuello uterino](#) y [Cáncer de cuello uterino: prevención y detección temprana](#) para más información sobre las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.

Cómo se realizan las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos

Primero, se examina la piel de los labios externos (labios mayores) y de los labios internos (labios menores) para observar si hay algún signo visible de anomalías. A continuación, el profesional de atención médica inserta un espéculo, un instrumento de metal o de plástico que mantiene abierta la vagina para que se pueda ver claramente el cuello uterino y la vagina. Luego, para la prueba de Papanicolaou, se utiliza una espátula o cepillo para realizar un raspado suave a fin de obtener una muestra de células y mucosidad del exocérvix (parte externa). Para obtener una muestra del endocérvix (la parte interna del cuello uterino que está cerca del cuerpo del útero) se usa un cepillo pequeño. Posteriormente, se saca el espéculo. El médico examinará los órganos de la pelvis, para lo cual insertará dentro de la vagina uno o dos dedos enguantados de una mano mientras palpa (siente) con la otra mano, la parte baja del abdomen, justo por encima del hueso púbico. En ese momento, puede que el médico haga también un examen rectal. Es muy importante saber que un Papanicolaou no siempre se realiza cuando se hace un examen pélvico, de modo que si no está segura debe preguntar si le hicieron uno.

Puede que la neoplasia intraepitelial vaginal (VAIN; precáncer de vagina) no sea visible durante un examen de rutina de la vagina. No obstante, se puede detectar mediante la prueba de Papanicolaou. Debido a que el cáncer cervical es mucho más común que el

cáncer de vagina, las muestras del Papanicolaou se realizan mediante un raspado o cepillado del cuello uterino. Sin embargo, también suelen extraerse al mismo tiempo algunas células del revestimiento vaginal. Esto permite que se detecten casos de NIVA en mujeres a las que no se les realizó un raspado intencional del revestimiento vaginal. Aun así, el principal objetivo de una prueba de Papanicolaou consiste en detectar precánceres y cánceres de cuello uterino temprano, no cáncer vaginal o VAIN. Por esta razón, las mujeres que se hayan sometido a una histerectomía total (extirpación del útero y del cuello uterino) dejan de hacerse las pruebas de Papanicolaou, a menos que la histerectomía se haya hecho como tratamiento de precáncer (o de cáncer) de cuello uterino.

En las mujeres que se han sometido a cirugía para la extirpación del cuello uterino para tratar cáncer o precáncer de cuello uterino, las muestras del Papanicolaou se pueden obtener del revestimiento de la parte superior de la vagina para detectar cáncer de cuello uterino (que ha regresado), y para detectar temprano el cáncer de vagina o VAIN. El cáncer de vagina y la VAIN son más comunes en mujeres que han tenido cáncer o precáncer de cuello uterino.

Muchas mujeres con NIVA también pueden tener un precáncer de cuello uterino (conocido como *neoplasia intraepitelial cervical o NIC*). Si en un examen de Papanicolaou se observan células anormales, el paso siguiente es un procedimiento llamado colposcopia, en el cual se examinan el cuello uterino, la vagina, y a veces la vulva con un instrumento especial llamado *colposcopio*.

¿Se puede descubrir la presencia de cáncer de vagina en una etapa inicial?

Algunos casos de cáncer de vagina se pueden determinar en sus inicios. Pueden producir síntomas que hagan que los pacientes busquen atención médica; sin embargo, muchos casos de cáncer de vagina no presentan síntomas sino hasta después de que han llegado a una etapa avanzada. Las áreas precancerosas de neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA) por lo general no presentan ningún síntoma. Aun así, los exámenes rutinarios y las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino pueden algunas veces encontrar casos de VAIN y de cáncer de vagina invasivo en sus etapas iniciales.

¿Cómo se diagnostica el cáncer de vagina?

Si una mujer tiene algunos de los síntomas o señales de cáncer de vagina, debería consultar a un médico. Si la prueba de Papanicolaou identifica células anormales, o si los resultados del examen pélvico no son normales, será necesario realizar más pruebas. Esto puede significar que la refieran a un ginecólogo (especialista en problemas del sistema genital femenino).

Señales y síntomas del cáncer de vagina

Más de ocho de cada 10 mujeres con cáncer de vagina invasivo tienen uno o más síntomas, tales como:

- Sangrado vaginal anormal (por lo general después de las relaciones sexuales).
- Flujo vaginal anormal.
- Un bulto que puede ser palpado.
- Dolor durante la relación sexual.

Los síntomas del cáncer de vagina avanzado pueden ser dolor al orinar, estreñimiento y dolor constante en la pelvis.

La presencia de estos síntomas no siempre significa que usted tiene cáncer. De hecho, estos síntomas muy probablemente sean causados por una condición benigna, como una infección. La única forma de saber con certeza cuál es la causa de estos problemas es ver a su profesional de atención médica. Si usted tiene alguno de estos síntomas, hable de inmediato con su médico. Recuerde, mientras más pronto sea diagnosticado correctamente el problema, más rápido podrá empezar el tratamiento, y más efectivo será este.

Antecedentes médicos y examen físico

El primer paso consiste en que el médico tenga sus antecedentes médicos completos a fin de identificar factores de riesgo y síntomas. Luego el médico le realizará un examen físico, que incluye un examen pélvico y posiblemente una prueba de Papanicolaou y una biopsia de la vagina.

Colposcopia

Si algunos síntomas sugieren la presencia de cáncer o si la prueba de Papanicolaou muestra células anormales, será preciso realizarle una prueba llamada colposcopia. En este procedimiento, usted estará acostada sobre la mesa de examinación como se suele hacer para un examen pélvico. Se coloca un espéculo en la vagina. El médico usará el colposcopio para examinar el cuello uterino y la vagina. El colposcopio permanece fuera del cuerpo y tiene lentes de aumento (como binoculares). Cuando el médico mira a través del colposcopio, puede ver las paredes vaginales y la superficie del cuello uterino de cerca y con claridad. A veces se coloca una solución diluida de ácido acético (similar al vinagre) o yodo para que sea más fácil ver las áreas anormales. El uso del colposcopio para examinar la vagina se llama *vaginoscopia*.

La colposcopia en sí misma no es más dolorosa que un examen con espéculo y puede realizarse en forma segura incluso si usted está embarazada. Si se observa un área anormal en el cuello uterino o en la vagina, se realizará una biopsia. La biopsia puede ser levemente dolorosa y puede causar algunos calambres pélvicos.

Biopsia

Ciertos síntomas y señales pueden sugerir en gran medida la presencia de cáncer de vagina; sin embargo, muchos de estos pueden ser causados por condiciones distintas del cáncer. La única forma de estar seguros de la presencia de un cáncer es mediante una biopsia. Para este procedimiento, se toma una pequeña porción de tejido del área sospechosa. Un patólogo (médico especializado en el diagnóstico de enfermedades mediante pruebas de laboratorio) examinará la muestra de tejido al microscopio para verificar la presencia de una condición cancerosa o precancerosa y, de ser así, determinar de qué tipo se trata.

Estudios por imágenes

Radiografía de tórax

Si le diagnostican cáncer de vagina, es posible que le realicen una radiografía simple de tórax para ver si el cáncer se ha propagado a los pulmones. La propagación es muy poco probable a menos que el cáncer esté muy avanzado. Esta radiografía se puede realizar de manera ambulatoria.

Tomografía computarizada

La tomografía computarizada (*computed tomography*, CT) es un estudio de rayos X que produce imágenes transversales detalladas del cuerpo. En lugar de tomar una sola imagen, como se hace en una radiografía convencional, una tomografía computarizada toma muchas imágenes mientras gira a su alrededor. Luego, una computadora combina estas imágenes en una imagen de una sección de su cuerpo. Una CT puede proporcionar información sobre el tamaño, la forma y la posición de un tumor, y puede ayudar a determinar si el cáncer se propagó a otros órganos. También puede ser útil para descubrir ganglios linfáticos inflamados que pudieran contener células cancerosas.

Un explorador de CT ha sido descrito como una rosca (dona) grande, con una camilla estrecha que se encuentra en la abertura central. Usted necesitará acostarse inmóvil sobre la camilla mientras se realiza el examen. Las tomografías computarizadas toman más tiempo que las radiografías convencionales, y usted podría sentirse un poco confinado por el anillo mientras se toman las fotografías.

Antes de realizar el estudio, se le podrá solicitar que beba aproximadamente entre 1 y 2 pintas (entre medio y un litro) de un líquido llamado *contraste oral*. Esto ayuda a delinear

el intestino, a fin de que determinadas áreas no puedan confundirse con tumores. Es posible que también le coloquen una línea IV a través de la cual se inyecta una clase diferente de tinte de contraste (agentes de contraste por vía intravenosa). Esto ayuda a delinear mejor las estructuras, como los vasos sanguíneos en su cuerpo.

La inyección puede causar cierto enrojecimiento y sensación de calor. Pocas personas son alérgicas al colorante y desarrollan urticaria, o raramente presentan reacciones más graves como problemas para respirar o presión sanguínea baja. Asegúrese de decir al médico si alguna vez ha tenido alguna reacción a cualquier material de contraste usado para rayos X.

Biopsia con aguja guiada por CT

Las tomografías computarizadas se usan para guiar con precisión una biopsia con aguja al área donde se sospecha está el tumor. Para este procedimiento, el paciente permanece en la mesa de la CT, mientras un médico mueve una aguja de biopsia a través de la piel hacia el tumor. Las tomografías computarizadas se repiten hasta que la aguja esté dentro de la masa. Se extrae una muestra mediante una biopsia con aguja fina o una biopsia por punción y se examina con un microscopio. Aunque no se emplea para hacer una biopsia de un tumor vaginal, se puede usar para realizar biopsias de posibles metástasis.

Imágenes por resonancia magnética

Los estudios de imágenes por resonancia magnética (*magnetic resonance imaging*, MRI) utilizan ondas de radio e imanes muy potentes en lugar de rayos X para tomar las imágenes del cuerpo. La energía de las ondas radiales es absorbida por el cuerpo y luego liberada en un patrón específico formado por el tipo de tejido y ciertas enfermedades. Una computadora traduce el patrón en una imagen detallada de las partes del cuerpo. Al igual que la CT, este estudio produce imágenes de secciones transversales del cuerpo. Una MRI también puede producir secciones que son paralelas a la longitud de su cuerpo. Al igual que la CT, se podría usar un material de contraste, aunque esto no es necesario con tanta frecuencia.

El procedimiento para obtener la MRI es más incómodo que los estudios de CT. La MRI toma más tiempo (a menudo hasta una hora). Usted debe colocarse en el interior de un equipo en forma de tubo, lo cual es confinante y puede molestar a las personas que padecen claustrofobia (temor a los lugares cerrados). Si a usted se le dificulta estar en lugares encerrados, avísele a su médico antes de realizar la MRI. Para reducir la ansiedad, a veces se pueden administrar medicamentos justo antes del estudio. Otra opción consiste en usar una máquina de MRI especial que es “abierta” y que no restringen tanto el movimiento y que provee más comodidad para tales personas. La desventaja de estas máquinas consiste en que las imágenes no son de tan buena calidad. La máquina también produce un zumbido o ruido metálico que podría causar molestias a algunas personas. En algunos centros se proporcionarán audífonos para escuchar música y bloquear estos sonidos.

Los exámenes de MRI son muy útiles para examinar los tumores pélvicos. A menudo, pueden identificar ganglios linfáticos inflamados en la ingle. También son útiles para encontrar el cáncer que se ha propagado al cerebro o la médula espinal. En el cáncer de vagina, esto ocurre en raras ocasiones.

Tomografía por emisión de positrones

La tomografía por emisión de positrones (*positron emission tomography*, PET), utiliza glucosa (un tipo de azúcar) que contiene un átomo radiactivo de baja intensidad. Debido a que el cáncer utiliza glucosa a un ritmo mayor que los tejidos normales, la radioactividad tiende a concentrarse en el cáncer. Se usa una cámara especial para identificar la radioactividad. Esta prueba puede ser útil para identificar depósitos pequeños de células cancerosas y puede ayudar a determinar si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos. La PET también es útil cuando su médico cree que el cáncer se ha propagado, pero no sabe a qué lugar. La PET puede ser utilizada en vez de un conjunto de varias sesiones de radiografías, ya que ésta examina todo el cuerpo. Las máquinas especiales que combinan una CT y una PET pueden identificar aún mejor el tumor. Los estudios PET no son usados frecuentemente para el cáncer de vagina, aunque pueden ser útiles para encontrar áreas donde el cáncer se propagó.

Pruebas endoscópicas

Estas pruebas no se usan por lo general para evaluar a mujeres con cáncer de vagina.

Proctosigmoidoscopia

La proctosigmoidoscopia es un procedimiento que se realiza para examinar el recto y parte del colon. Se realiza para determinar si el cáncer de vagina se ha propagado al recto o al colon. En este procedimiento, se coloca en el recto un tubo delgado, flexible, hueco e iluminado. Se realizará una biopsia de cualquier área que se vea sospechosa. Esta prueba puede ser un tanto incómoda; sin embargo, no debería ser dolorosa. La proctosigmoidoscopia se puede recomendar a pacientes que tengan un tumor vaginal canceroso que sea grande o que esté ubicado en la parte de la vagina que está al lado del recto y del colon.

Cistoscopia

La cistoscopia es un procedimiento que examina el interior de la vejiga. Se realiza para determinar si el cáncer de vagina se ha propagado a la vejiga. Este procedimiento se puede llevar a cabo en el consultorio médico o en una clínica. Es probable que le administren un medicamento intravenoso para adormecerla. Se inserta un tubo delgado con una lente en la vejiga a través de la abertura llamada uretra. Si se observan áreas o bultos sospechosos, se realizará una biopsia. Se puede recomendar una cistoscopia si el

tumor vaginal canceroso es grande o está ubicado en la pared frontal de la vagina, cerca de la vejiga.

¿Cómo se clasifica por etapas el cáncer de vagina?

Sistema de FIGO/AJCC para la clasificación por etapas (estadificación) del cáncer de vagina

La clasificación por etapas (estadificación) es el proceso para determinar qué tanto se ha propagado el cáncer. Es un proceso muy importante porque las opciones de tratamiento y la perspectiva de recuperación y supervivencia (pronóstico) de un paciente dependen de la etapa (estadio) en la que se encuentre el cáncer.

La etapa de la mayoría de los casos de cáncer de vagina se describe por lo general mediante el uso del Sistema de Estadificación de *FIGO* (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) en combinación con el sistema TNM (tumor, ganglios y metástasis) del AJCC (Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer). Este sistema clasifica las enfermedades en etapas de la 0 a la IV dependiendo de la extensión del tumor (T), de si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos (N) y si se ha propagado a lugares distantes (M de metástasis). El sistema aquí descrito es el sistema más reciente de la AJCC, el cual entró en vigencia en enero de 2010. Cualquier diferencia entre el sistema de AJCC y el sistema de FIGO aparece explicada en el texto.

El cáncer de vagina es estadificado clínicamente, lo que significa que la clasificación por etapas (estadificación) no considera lo que se encuentra durante la cirugía.

Estos sistemas no se usan para clasificar por etapas el melanoma vaginal, el cual es estadificado como melanoma de la piel. La información sobre la clasificación por etapas del melanoma se encuentra en nuestro documento Cáncer de piel tipo melanoma.

Extensión del tumor (T)

Tis: Las células cancerosas están sólo en la capa más superficial de células de la vagina sin que se hayan expandido hacia los tejidos subyacentes. Esta etapa se llama también *carcinoma in situ* (CIS) o *neoplasia intraepitelial vaginal 3* (NIVA 3). Esta etapa no está incluida en el sistema de FIGO.

T1: el cáncer se encuentra solo en la vagina.

T2: el cáncer se ha extendido a través de la pared vaginal, pero no ha llegado a la pared pélvica.

T3: el cáncer se está extendiendo a la pared pélvica.

T4: el cáncer se ha extendido hacia la vejiga o al recto o está creciendo fuera de la pelvis.

Propagación del cáncer a los ganglios linfáticos (N)

N0: el cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos

N1: el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos de la pelvis o la ingle (región inguinal)

Propagación del cáncer a sitios distantes (M)

M0: el cáncer no se ha propagado a sitios distantes

M1: el cáncer se ha propagado a sitios distantes.

Agrupación por etapas

Una vez que se han asignado las categorías T, N, y M, esta información se combina para asignar una etapa general en un proceso llamado agrupación por etapas. Las etapas identifican los tumores que tienen un pronóstico similar y que son tratados de forma similar.

Etapa 0 (Tis, N0, M0): en esta etapa, las células cancerosas se encuentran únicamente en la capa superficial de las células que recubren la vagina (el epitelio) y no se han expandido a las capas más profundas de la vagina. El cáncer en esta etapa no puede propagarse a otras partes del cuerpo. El cáncer de vagina en etapa 0 también se llama *carcinoma in situ* (CIS) o *neoplasia intraepitelial vaginal 3* (NIVA 3). Esta etapa no está incluida en el sistema de FIGO.

Etapa I (T1, N0, M0): el cáncer se ha extendido a través de la capa superficial de células, pero no ha crecido fuera de la vagina ni en las estructuras cercanas (T1). No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0), ni a sitios distantes (M0).

Etapa II (T2, N0, M0): el cáncer se ha propagado a los tejidos conectivos próximos a la vagina, pero no se ha propagado a las paredes de la pelvis ni a otros órganos cercanos (T2). (La pelvis es la cavidad interna que contiene los órganos reproductores femeninos internos, el recto, la vejiga y partes del intestino grueso). No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0), ni a sitios distantes (M0).

Etapa III: cualquiera de los siguientes:

T3, cualquier N, M0: el cáncer se ha propagado a las paredes de la pelvis (T3). Puede (o no) haberse propagado a los ganglios linfáticos cercanos (cualquier N), pero no se ha propagado a sitios distantes (M0).

O

T1 o T2, N1, M0: el cáncer se encuentra en la vagina (T1) y puede haberse extendido al tejido conectivo cercano (T2). Se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N1), pero no a sitios distantes (M0).

Etapa IVA (T4, cualquier N, M0): el cáncer ha crecido fuera de la vagina hacia los órganos cercanos (como la vejiga o el recto) (T4). Puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos (cualquier N). No se ha propagado a sitios distantes (M0).

Etapa IVB (cualquier T, cualquier N, M1): el cáncer se ha propagado a órganos distantes como los pulmones (M1).

Tasas de supervivencia para el cáncer de vagina

Los médicos suelen utilizar las tasas de supervivencia para exponer el pronóstico de una persona en forma estándar. Es posible que algunos pacientes con cáncer quieran conocer las estadísticas de supervivencia de personas en situaciones similares, mientras que para otras las cifras pueden no ser útiles e incluso pueden no querer conocerlas. Si usted decide que no quiere saber las estadísticas de supervivencia, no lea los siguientes párrafos y pase a la próxima sección.

La tasa de supervivencia a 5 años se refiere al porcentaje de pacientes que viven al menos 5 años después de que le diagnostican cáncer. Desde luego, muchas personas viven mucho más de 5 años (y muchos se curan).

Las tasas de supervivencia a 5 años específicos de una enfermedad suponen que algunas personas morirán de otras causas y sólo toma en cuenta las muertes a causa del cáncer mismo. Esta es una manera más precisa de describir el pronóstico para pacientes con un tipo y etapa particular de cáncer.

A fin de obtener tasas de supervivencia a 5 años, los médicos tienen que examinar a personas que fueron tratadas al menos 5 años atrás. Los avances desde entonces en el tratamiento pueden dar como resultado una perspectiva más favorable para las personas que actualmente son diagnosticadas con cáncer de vagina.

Las tasas de supervivencia se basan con frecuencia en los resultados previos de un gran número de personas que tuvieron la enfermedad; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Existen muchos otros factores que pueden afectar el pronóstico de una persona, como su estado general de salud, el tratamiento que recibe y de cómo el cáncer responde al tratamiento. El médico puede indicarle cómo se pueden aplicar a su caso las cifras que están a continuación, ya que él mismo está familiarizado con los aspectos de su situación particular.

Las cifras a continuación provienen de la base de datos del programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) del Instituto Nacional del Cáncer, y están basadas en mujeres con cáncer de vagina (de cualquier tipo) que fueron diagnosticadas entre 1990 y 2004.

Tasas de supervivencia para el cáncer de vagina, por etapa

Etapa AJCC	Tasa de supervivencia a 5 años específico para la enfermedad
I	84%
II	75%
III y IV	57%

Las tasas de supervivencia también varían según el tipo de cáncer de vagina. Las estadísticas para el cáncer de vagina que se presentan a continuación provienen de la base de datos del programa SEER, y están basadas en mujeres que fueron diagnosticadas con cáncer de vagina entre 1988 y 2001. Éstas son tasas *relativas* de supervivencia. Las tasas relativas de supervivencia comparan la supervivencia observada con la esperada para las mujeres sin cáncer de vagina. Ésta es otra manera de describir el pronóstico para pacientes con un tipo y etapa particular de cáncer.

Para todos los casos de cáncer de vagina combinados, la supervivencia relativa a 5 años es aproximadamente de 50%. Para el carcinoma de células escamosas de la vagina, la supervivencia relativa a 5 años es de 54%, mientras que para el adenocarcinoma vaginal es casi del 60%. Para el melanoma de vagina, la supervivencia relativa a 5 años es sólo del 13%.

¿Cómo se trata el cáncer de vagina?

Esta información representa los puntos de vista de los médicos y del personal de enfermería que prestan servicio en la Junta Editorial del Banco de Datos de Información de la Sociedad Americana Contra El Cáncer. Estos puntos de vista se basan en la interpretación que ellos hacen de los estudios publicados en revistas médicas, así como en su propia experiencia profesional.

La información sobre tratamientos incluida en este documento no constituye una política oficial de la Sociedad y no tiene como objetivo ofrecer asesoramiento médico que remplace la experiencia y el juicio de su equipo de atención médica contra el cáncer. Su objetivo es ayudar a que usted y a su familia estén informados para tomar decisiones conjuntamente con su médico.

Es posible que su médico tenga motivos para sugerir un plan de tratamiento distinto de estas opciones generales de tratamiento. No dude en consultarle acerca de sus opciones.

Información general sobre tratamientos

Después que se han realizado los estudios de diagnóstico, su equipo de atención médica contra el cáncer le recomendará un plan de tratamiento. No se sienta presionado al

considerar sus opciones. Si hay algo que usted no entiende, pida que se lo expliquen nuevamente. La elección del tratamiento depende del tipo de cáncer y de la etapa en que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico.

Otros factores podrían desempeñar un papel en la elección del mejor plan de tratamiento. Entre estos se pueden incluir su edad, su estado general de salud, si piensa tener más hijos y otras consideraciones personales. Asegúrese de entender todos los riesgos y efectos secundarios de las distintas terapias antes de tomar una decisión acerca del tratamiento.

Es posible que quiera tener una segunda opinión. Esta puede proporcionar más información, y ayudarlo a sentirse más confiada acerca del plan de tratamiento que elija. Algunas compañías de seguros requieren una segunda opinión antes de pagar por los tratamientos.

Dependiendo del tipo y la etapa de su cáncer vaginal, puede que usted necesite más de un tipo de tratamiento. Los médicos en su equipo de atención al cáncer pueden incluir:

- Un ginecólogo: médico especializado en enfermedades del tracto reproductor femenino.
- Un oncólogo especializado en ginecología: médico que se especializa en el tratamiento de cánceres del sistema reproductor femenino (incluyendo cirugía y quimioterapia).
- Un oncólogo especialista en radiación: un médico que usa radiación para tratar el cáncer.
- Un médico oncólogo: un médico que usa quimioterapia y otras medicinas para tratar el cáncer.

Puede que muchos otros especialistas también participen en su atención, incluyendo enfermeras practicantes, enfermeras, sicólogos, trabajadores sociales, especialistas en rehabilitación y otros profesionales de la salud.

Existen tres tipos principales de tratamiento para el cáncer de vagina invasivo:

- Cirugía.
- Radioterapia.
- Quimioterapia.

El cáncer de vagina invasivo es tratado principalmente con radioterapia y cirugía. La quimioterapia en combinación con radiación se puede usar para tratar la enfermedad en una etapa avanzada.

Hay otros tratamientos disponibles para el precáncer de vagina (neoplasia intraepitelial vaginal, VAIN), tales como:

- Cirugía láser (vaporización).
- Tratamientos tópicos.

Siempre que sea posible, el tratamiento se administra con la objeto de extirpar o eliminar el cáncer por completo. Si la cura no es posible, es importante que se extirpe o elimine la mayor parte del cáncer a fin de evitar durante el mayor tiempo posible que el tumor crezca, se propague, o reaparezca. Si el cáncer se ha propagado ampliamente, el objetivo principal del tratamiento es la paliación (aliviar el dolor, el bloqueo del sistema urinario o intestinal, o de otros sistemas).

Cirugía láser para el cáncer de vagina

En este tratamiento, se usa un haz de luz de alta energía para evaporar el tejido anormal. Este es un tratamiento muy efectivo para la NIVA y funciona bien para las lesiones grandes. Sin embargo, no es un tratamiento para casos de cáncer invasivo. Para que la cirugía láser sea una opción, el médico debe estar seguro de que se hizo una biopsia de la peor lesión y que el cáncer invasivo no constituye una preocupación.

Para más información sobre cirugía con láser, lea nuestro documento *Lasers in Cancer Treatment*.

Terapia tópica para el cáncer de vagina

La terapia tópica coloca el medicamento directamente sobre el cáncer. Esta es otra forma de tratar la NIVA; sin embargo, no se usa para tratar el cáncer de vagina invasivo.

Una opción consiste en aplicar el medicamento de quimioterapia, fluorouracilo (5-FU), directamente en el revestimiento de la vagina. Este proceso se repite cada semana durante aproximadamente 10 semanas o se administra todas las noches de 1 a 2 semanas. Este tratamiento tiene algunas desventajas. Puede causar irritación aguda de la vagina y la vulva. Asimismo, es posible que no funcione tan bien como el uso del láser o sencillamente la extirpación de la lesión con cirugía.

Un segundo medicamento que se puede usar de forma tópica se llama imiquimod. Este medicamento es una crema que se aplica en la zona de NIVA. El imiquimod no es un medicamento de quimioterapia. En cambio, actúa reforzando la respuesta inmunológica del cuerpo en la zona de tejido anormal. Este tratamiento ha llevado al mejoramiento de la NIVA (las lesiones cambiaron de NIVA 2 o 3 a NIVA 1). En algunas mujeres, ha hecho que la NIVA desaparezca por completo.

Radioterapia para el cáncer de vagina

La radioterapia utiliza rayos de alta energía (como rayos gamma o rayos X) y partículas (como electrones, protones, o neutrones) para eliminar las células cancerosas. En el

tratamiento del cáncer de vagina, la radiación se emite desde afuera del cuerpo en un procedimiento que es muy parecido al de una radiografía de diagnóstico. A esto se le conoce como *radioterapia de haz externo*. En ocasiones, se usa conjuntamente con la quimioterapia para tratar casos de cáncer más avanzados con el fin de reducirlos y que se puedan extirpar con cirugía. Se puede usar radiación solamente para tratar los ganglios linfáticos en la ingle y la pelvis.

Otra forma de emitir radiación es colocar material radioactivo dentro de la vagina. Una forma de hacerlo es con *braquiterapia intracavitaria*. Los dos tipos principales de braquiterapia intracavitaria son de *tasa de dosis baja (LDR)* y de *tasa de dosis alta (HDR)*. Con estos métodos intracavitarios, la radiación afecta principalmente el tejido en contacto con el cilindro. A menudo, esto significa menos efectos secundarios relacionados con la vejiga y los intestinos en comparación con los que se ven con la radioterapia de rayos externos.

Para la braquiterapia LDR, el material radioactivo se encuentra dentro de un recipiente cilíndrico que se coloca en la vagina y permanece en el sitio durante un día o dos. Aunque los vendajes con gasa ayudan a mantener el cilindro en el sitio, usted debe permanecer en cama (en el hospital) durante el tratamiento.

Con la braquiterapia intracavitaria HDR, la fuente de radiación sigue colocada en un cilindro, pero no tiene que permanecer en el sitio por mucho tiempo. Esto permite que sea administrada en un entorno ambulatorio. Se administran tres o cuatro tratamientos con 1 o 2 semanas de diferencia.

Otro tipo de braquiterapia, llamada *radiación intersticial*, usa material radioactivo dentro de agujas que son colocadas directamente en el tumor canceroso y los tejidos circundantes.

El cáncer de vagina se trata muy a menudo con una combinación de radiación externa e interna con o sin dosis bajas de quimioterapia.

Efectos secundarios de la radioterapia

La radiación puede destruir los tejidos sanos adyacentes junto con las células cancerosas. Los efectos secundarios dependen del área que está siendo tratada, de la cantidad de radiación y del modo en que la radiación es suministrada. Los efectos secundarios tienden a ser más fuertes para la radiación de haz externo que para la braquiterapia.

Los efectos secundarios comunes de la radioterapia incluyen cansancio (fatiga), malestar estomacal o incontinencia intestinal. También se puede presentar fatiga aguda, pero a veces esto no ocurre sino hasta alrededor de 2 semanas después del inicio del tratamiento. Cuando se suministra radiación a la pelvis, es normal que haya diarrea, pero esta puede ser controlada en general con medicamentos de venta libre. Es posible que también se presenten náuseas y vómitos, pero estos pueden ser tratados con medicamentos. Estos efectos secundarios tienden a empeorar cuando la quimioterapia se combina con

radiación. La radiación pélvica puede ocasionar una menopausia prematura. Asimismo puede debilitar los huesos, con lo que aumenta la propensión a fracturas a causa de caídas u otros traumas.

Los cambios en la piel también pueden ser un efecto secundario de la radiación. Estos pueden ir desde un leve enrojecimiento temporal a una decoloración permanente. La piel puede volverse áspera y sensible. También puede liberar fluidos, con lo que aumenta la propensión a las infecciones, de modo que se debe limpiar y proteger cuidadosamente el área expuesta a radiación.

La radiación a la pelvis también puede causar irritación grave de los intestinos y el recto (llamada *colitis por radiación*), la cual ocasiona diarrea y sangre en heces. En casos graves, la colitis por radiación puede causar la formación de agujeros o fisuras en los intestinos (llamadas *perforaciones*).

La radiación pélvica también puede causar problemas con la vejiga (*cistitis por radiación*), produciendo molestias y ganas frecuentes de orinar. En casos poco comunes, la radiación puede hacer que se formen conexiones anormales (*fistulas*) entre la vagina y la vejiga, el recto, o el útero.

La radiación puede hacer que los tejidos normales de la vagina se irriten y estén doloridos. A medida que sanan, puede que se forme tejido cicatrizado en la vagina. El tejido cicatrizado puede hacer que la vagina se acorte o estreche (esto se conoce como estenosis). Cuando esto sucede, las relaciones sexuales vaginales pueden volverse dolorosas. El estiramiento de las paredes de la vagina algunas veces a la semana puede ayudar a prevenir este problema.

Una forma de hacerlo es tener relaciones sexuales vaginales al menos de 3 a 4 veces por semana. Dado que puede ser difícil hacer esto mientras está recibiendo el tratamiento contra el cáncer, otra opción es usar un dilatador vaginal. Un dilatador es una varilla o tubo de plástico o goma que se usa para estirar la vagina. La mujer sentirá como si se pusiera un tampón de gran tamaño durante unos minutos. Aun si una mujer no está interesada en mantenerse sexualmente activa, mantener el tamaño normal de la vagina permite que los exámenes ginecológicos se hagan con comodidad. Esta es una parte importante del cuidado de seguimiento después del tratamiento. También se pueden usar estrógenos vaginales para aliviar la sequedad y prevenir las relaciones sexuales dolorosas y ayudar a mantener el tamaño de la vagina. No obstante, la sequedad vaginal y el dolor durante las relaciones sexuales pueden ser efectos secundarios a largo plazo de la radiación.

Para más información sobre radiación, lea nuestro documento “Radioterapia: una guía para los pacientes y su familiares”.

Cirugía para el cáncer de vagina

Por lo general, la cirugía se usa únicamente para los tumores pequeños en etapa I y para los casos de cáncer que no se curaron con radiación. La cirugía no se suele usar para tratar el cáncer de células escamosas de la vagina; sin embargo, sí se usa para los sarcomas y melanomas.

El alcance de la cirugía depende del tamaño y de la etapa del cáncer.

Escisión local

En este procedimiento, el cirujano extirpa el cáncer junto con un borde circundante de tejido normal, lo que en ocasiones se conoce como *escisión amplia*. Para la NIVA, es posible que la escisión local sea todo lo que se necesite. Para pequeños tumores cancerosos en etapa I, el tratamiento puede incluir una escisión local amplia radical junto con un procedimiento para evaluar los ganglios linfáticos.

Vaginectomía

La vaginectomía es una cirugía para extirpar la vagina. Si se extirpa solamente una parte de la vagina, se le llama *vaginectomía parcial*. Si se extirpa toda la vagina, se le llama *vaginectomía total*. Una vaginectomía radical ocurre cuando se extirpa la vagina junto con los tejidos de sostén alrededor de la misma.

Cervicectomía

El cáncer de vagina muy a menudo se encuentra en la parte superior de la vagina (cerca del cuello uterino), de modo que para extirpar el cáncer a veces también hay que extirpar el cuello uterino. La operación en la que solo se extirpa el cuello uterino (dejando el resto del útero) se conoce como cervicectomía. Esta operación rara vez se usa para tratar el cáncer de vagina.

Histerectomía

En ocasiones, para extirpar un cáncer de vagina, se debe también extirpar el útero y el cuello uterino. Esta operación se conoce como *histerectomía* o histerectomía total (HT). En las operaciones de cáncer, también se suele extirpar el tejido conectivo que rodea y sostiene el útero. En ese caso, la operación se llama histerectomía *radical*. En ambos casos, hay dos formas principales de extirpar el útero. Si se extirpa a través de la vagina, se le llama *histerectomía vaginal* (o HV). Si el útero se extirpa a través de una incisión en el abdomen, se le llama *histerectomía abdominal* (o histerectomía abdominal total; HAT). Antes de la cirugía, se conversará con usted sobre el enfoque que sea mejor para su caso. Las trompas de Falopio se suelen extirpar en la misma operación. Este procedimiento se conoce como *salpingo-ooforectomía bilateral* (o SOB). Es posible que

vea la abreviatura HATSOB, que significa histerectomía abdominal total con salpingo-ooforectomía bilateral.

Reconstrucción vaginal

Si se debe extirpar toda o la mayor parte de la vagina, es posible reconstruir (rehacer) una vagina con tejido de otra parte del cuerpo, lo cual permitirá que una mujer tenga relaciones sexuales. Se puede crear quirúrgicamente una vagina nueva con piel, con tejido intestinal o con injertos miocutáneos (músculo y piel).

Una vagina reconstruida produce poco o ningún lubricante natural cuando la mujer se excita sexualmente. Una mujer debe prepararse para la relación sexual usando un gel lubricante dentro de la vagina. Si la vagina se reconstruye con músculo y tejido de la pierna, el contacto con la nueva vagina puede hacer que una mujer tenga la sensación de que le están acariciando el muslo. Esto se debe a que las paredes de la vagina todavía están conectadas a su inervación original. Con el tiempo, estas sensaciones llegan a ser menos molestas e incluso pueden volverse sexualmente estimulantes (Para más información sobre la reconstrucción vaginal, consulte el documento *Sexualidad para la mujer con cáncer*).

Linfadenectomía

La linfadenectomía es la extirpación de los ganglios linfáticos. A veces se le llama *disección de ganglios linfáticos*. En casos de cáncer de vagina, es posible que extirpen los ganglios linfáticos del área de la ingle o de la parte interna de la pelvis cercana a la vagina para determinar si el cáncer se ha propagado.

La extirpación de los ganglios linfáticos en la ingle o la pelvis puede causar que haya poco drenaje de líquidos de las piernas. Hay acumulación de líquido, lo que produce una gran hinchazón en las piernas que no disminuye por la noche cuando está acostada. A esto se le llama *linfedema*. Las medias elásticas o dispositivos especiales de compresión pueden ayudar a reducir la hinchazón. Las mujeres con linfedema deben ser muy cuidadosas para evitar infecciones en la(s) piernas(s) afectada(s). Pueden hacerlo tomando estas precauciones:

- Proteja piernas y pies de objetos filosos y atienda de inmediato cualquier cortadura, rasguño o quemadura
- Evite las quemaduras de sol en la(s) pierna(s) afectada(s) y evite cortar o arrancar la cutícula de las uñas de los pies
- Avise de inmediato a la enfermera o al médico si observa cualquier enrojecimiento, hinchazón u otros signos de infección

Para obtener más información sobre linfedema, consulte nuestro documento *Understanding Lymphedema (For Cancers Other Than Breast Cancer)*.

Exenteración pélvica

La exenteración pélvica es una operación extensa que incluye la vaginectomía y la extirpación de los ganglios linfáticos, así como también una o más de las siguientes estructuras: el colon inferior, el recto, la vejiga, el útero y el cuello uterino. Cuánto debe extirparse depende de qué tanto se haya propagado el cáncer.

Si se extirpa la vejiga, se necesitará una nueva forma de almacenar y eliminar la orina. Normalmente, se usa un segmento corto del intestino para que funcione como una nueva vejiga. Esta puede conectarse a la pared abdominal para drenar periódicamente la orina cuando la mujer coloque un catéter en una pequeña abertura (llamada *urostomía*). Se puede también drenar continuamente la orina en una bolsa plástica adherida en la parte delantera del abdomen sobre la abertura. Para más información sobre urostomía, consulte nuestro documento Urostomía: una guía.

Si se extirpan el recto y parte del colon, se necesitará una nueva forma de eliminar los desechos sólidos. Para hacer esto, se une el resto de intestino a la pared abdominal de forma que las heces puedan pasar a través de una pequeña abertura (llamada *colostomía*) a una bolsa plástica pequeña que se usa en la parte delantera del abdomen. (Para más información sobre colostomía, consulte nuestro documento Colostomía: una guía). A veces, se puede extirpar una parte del colon y luego volver a conectarlo. En ese caso, no se necesitan bolsas ni dispositivos externos.

Pocas veces se requiere la exenteración pélvica para tratar el cáncer vaginal; por lo general, primero se usa la radioterapia y luego puede que una cirugía más localizada sea todo lo que se necesite para evitar que el cáncer reaparezca. Sin embargo, este procedimiento se puede usar para tratar el cáncer vaginal que reaparece después del tratamiento con radioterapia. A veces también se puede necesitar en el tratamiento de cánceres vaginales cuando no se puede emplear radioterapia, por ejemplo, si una mujer ha sido tratada previamente con radiación debido a cáncer de cuello uterino. Esto se debe a que tratar la misma área con radiación más de una vez puede causar complicaciones graves.

Para más información sobre cirugía, lea nuestro documento Cirugía para el cáncer: una guía para los pacientes y sus familias.

Quimioterapia para el cáncer de vagina

La quimioterapia (quimio) utiliza medicamentos contra el cáncer que por lo general se administran por vía intravenosa (en una vena), por vía oral, o se aplican sobre la piel en forma de pomada. Los medicamentos que se toman vía oral o se inyectan en una vena, conocidos como quimioterapia sistémica, entran en el torrente sanguíneo y llegan a todas partes del cuerpo, lo que hace que este tratamiento sea potencialmente útil para el cáncer que se ha propagado a sitios distantes.

En la quimioterapia sistémica, el medicamento entra en el torrente sanguíneo y circula por todo el cuerpo para llegar hasta las células cancerosas y destruirlas. Hasta el momento, no se ha demostrado que la quimioterapia sistémica funcione bien en el tratamiento del cáncer vaginal. Puede ser útil como una manera de reducir los tumores antes de la cirugía. La quimio a veces se administra con radiación para hacer que la radiación funcione mejor.

Muchos medicamentos de quimioterapia atacan las células que se dividen con rapidez. Esto resulta útil para eliminar las células cancerosas; sin embargo, estos medicamentos pueden afectar también células normales, lo que ocasiona efectos secundarios. Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo de medicamentos, de la dosis suministrada y de la duración del tratamiento. Entre los efectos secundarios comunes se encuentran:

- Caída del cabello.
- Llagas en la boca.
- Falta de apetito.
- Diarrea.
- Náusea y vómito.
- Cambios en el ciclo menstrual, menopausia prematura e infertilidad (incapacidad para quedar embarazada). No obstante, la mayoría de las mujeres con cáncer vaginal ya han pasado por la menopausia.

La quimioterapia también puede afectar las células productoras de sangre de la médula ósea, lo que causa un recuento bajo de células sanguíneas. Esto puede ocasionar:

- Un aumento en el riesgo de contraer infecciones (debido a un recuento bajo de glóbulos blancos).
- Fácil formación de moretones o hemorragias (debido al bajo recuento de plaquetas).
- Cansancio (debido al bajo recuento de glóbulos rojos).

Pueden presentarse otros efectos secundarios según el medicamento utilizado. Por ejemplo, el cisplatino puede causar daño a los nervios (se conoce como *neuropatía*). La neuropatía puede producir adormecimiento, hormigueo, e incluso dolor en manos y pies.

La mayoría de los efectos secundarios son temporales y desaparecen cuando termina el tratamiento; sin embargo, los medicamentos de la quimio pueden tener algunos efectos duraderos e incluso permanentes. Pregúntele a su equipo de cuidado contra el cáncer sobre los medicamentos de la quimio que va a recibir y qué efectos secundarios puede esperar. Asegúrese también de comentarles sobre cualquier efecto secundario que tenga

para que puedan tratárselo. Por ejemplo, pueden darle medicamentos para reducir o evitar las náuseas y los vómitos.

En el pasado, la quimioterapia se ha usado principalmente para tratar a mujeres con cáncer avanzado. Algunos médicos sugieren administrar la quimio junto con la radiación en mujeres que tienen la enfermedad menos avanzada (del mismo modo que se usa para el cáncer cervical). Algunos estudios han reportado grupos pequeños de pacientes que han sido tratados de este modo; no obstante, aún no se ha comparado en un estudio clínico el uso combinado de la quimio y la radiación con otros tratamientos estándar.

Cuando se administra la quimio, el tratamiento es similar al que se usa para el cáncer cervical. Los medicamentos que se han usado incluyen cisplatino, fluorouracilo (5-FU), paclitaxel (Taxol[®]) y docetaxel (Taxotere[®]).

Para más información sobre quimioterapia, lea nuestro documento *Quimioterapia: una guía para los pacientes y sus familiares*.

Estudios clínicos para el cáncer de vagina

Es posible que haya tenido que tomar muchísimas decisiones desde que se enteró de que tiene cáncer. Una de las decisiones más importantes que tomará es elegir cuál es el mejor tratamiento para usted. Puede que haya escuchado hablar acerca de los estudios clínicos que se están realizando para el tipo de cáncer que usted tiene. O quizá un integrante de su equipo de atención médica le comentó sobre un estudio clínico.

Los estudios clínicos son estudios de investigación minuciosamente controlados que se realizan con pacientes que se ofrecen para participar como voluntarios. Se llevan a cabo para estudiar con mayor profundidad nuevos tratamientos o procedimientos.

Si está interesado en participar en un estudio clínico, comience por preguntarle a su médico si en la clínica u hospital se realizan estudios clínicos. También puede comunicarse con nuestro servicio de compatibilidad de estudios clínicos para obtener una lista de los estudios clínicos que cumplen con sus necesidades desde el punto de vista médico. Este servicio está disponible llamando al 1-800-303-5691 o mediante nuestro sitio en Internet en www.cancer.org/clinicaltrials. También puede obtener una lista de los estudios clínicos que se están realizando en la actualidad comunicándose con el Servicio de Información sobre el Cáncer (*Cancer Information Service*) del Instituto Nacional del Cáncer (*National Cancer Institute* o NCI, por sus siglas en inglés) llamando al número gratuito 1-800-4-CANCER (1-800-422-6237) o visitando el sitio Web de estudios clínicos del NCI en www.cancer.gov/clinicaltrials.

Existen ciertos requisitos que usted debe cumplir para participar en cualquier estudio clínico. Si reúne los requisitos para formar parte del estudio, es usted quien deberá decidir si desea participar (inscribirse) o no.

Los estudios clínicos son una forma de tener acceso a la atención más avanzada para el cáncer. En algunos casos, puede que sean la única manera de lograr acceso a tratamientos más recientes. También es la única forma que tienen los médicos de aprender mejores métodos para tratar el cáncer. Aun así, no son adecuados para todas las personas.

Usted puede obtener más información sobre los estudios clínicos en nuestro documento Estudios clínicos: lo que necesita saber. Este documento se puede leer en nuestro sitio Web o se puede solicitar a través de nuestro número de teléfono gratuito.

Terapias complementarias y alternativas para el cáncer de vagina

Cuando se tiene cáncer es probable que le hablen sobre formas de tratar el cáncer o de aliviar los síntomas, que el médico no le ha mencionado. Muchas personas, desde familiares y amigos, hasta foros de usuarios en Internet, pueden ofrecer ideas que podrían serle útiles. Estos métodos pueden incluir vitaminas, hierbas y dietas especiales, u otros métodos, como por ejemplo, acupuntura o masajes.

¿Qué son exactamente las terapias complementarias y alternativas?

Estos términos no siempre se emplean de la misma manera y se usan para hacer referencia a muchos métodos diferentes, por lo que el tema puede resultar confuso. Usamos el término *complementario* para referirnos a tratamientos que se usan *junto con* su atención médica habitual. Los tratamientos *alternativos* se usan *en lugar* de un tratamiento médico indicado por un médico.

Métodos complementarios: la mayoría de los métodos de tratamiento complementarios no se ofrecen como curas del cáncer. Se emplean principalmente para ayudarle a sentirse mejor. Algunos métodos que se usan junto con el tratamiento habitual son la meditación para reducir la tensión nerviosa, la acupuntura para ayudar a aliviar el dolor, o el té de menta para aliviar las náuseas. Se sabe que algunos métodos complementarios ayudan, mientras que otros no han sido probados. Se ha demostrado que algunos de estos métodos no son útiles, y algunos cuantos incluso han demostrado ser perjudiciales.

Tratamientos alternativos: los tratamientos alternativos pueden ofrecerse como curas del cáncer. No se ha demostrado en estudios clínicos que estos tratamientos sean seguros ni eficaces. Algunos de estos métodos pueden ser peligrosos o tienen efectos secundarios que representan un riesgo para la vida. Pero, en la mayoría de los casos, el mayor peligro es que usted pueda perder la oportunidad de recibir los beneficios de un tratamiento médico convencional. Las demoras o las interrupciones en su tratamiento médico pueden darle al cáncer más tiempo para avanzar y disminuir las probabilidades de que el tratamiento ayude.

Obtenga más información

Es comprensible que las personas con cáncer piensen en métodos alternativos, pues quieren hacer todo lo posible por combatir el cáncer, y la idea de un tratamiento con pocos o ningún efecto secundario suena genial. En ocasiones, puede resultar difícil recibir tratamientos médicos, como la quimioterapia, o es posible que ya no den resultado. Pero la verdad es que la mayoría de estos métodos alternativos no han sido probados y no se ha demostrado que funcionen en el tratamiento del cáncer.

Mientras analiza sus opciones, aquí mencionamos tres pasos importantes que puede seguir:

- Busque "señales de advertencia" que sugieran fraude. ¿Promete el método curar todos los tipos de cáncer o la mayoría de ellos? ¿Le indican que no debe recibir tratamiento médico habitual? ¿Es el tratamiento un "secreto" que requiere que usted visite determinados proveedores o viaje a otro país?
- Hable con su médico o con el personal de enfermería acerca de cualquier método que esté pensando usar.
- Llámenos al 1-800-227-2345 para obtener más información sobre métodos complementarios y alternativos en general, y para averiguar sobre los métodos específicos que está evaluando.

La elección es suya

Siempre es usted quien debe tomar las decisiones sobre cómo tratar o manejar la enfermedad. Si desea seguir un tratamiento no convencional, obtenga toda la información que pueda acerca del método y hable con su médico al respecto. Con buena información y el respaldo de su equipo de atención médica, es posible que pueda usar en forma segura los métodos que puedan ayudarlo, a la vez que evita aquellos que pueden ser perjudiciales.

Opciones de tratamiento de acuerdo con la etapa y el tipo de cáncer de vagina

El tipo de tratamiento que su equipo de atención médica contra el cáncer le va a recomendar depende del tipo de cáncer vaginal que usted tenga y de cuánto se haya propagado el cáncer. Esta sección resume las opciones disponibles de acuerdo con la etapa en la que se encuentre el cáncer.

Neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA)

Muchos casos de NIVA de bajo grado (NIVA 1) desaparecerán por sí solos, de modo que algunos médicos preferirán observar con detalle su evolución sin comenzar un tratamiento. Esto significa realizarse pruebas repetidas de Papanicolaou; a menudo con colposcopia si es necesario. Si el área de NIVA no desaparece o empeora, se inicia el tratamiento. Muy probablemente, la NIVA 2 no desaparecerá por sí sola, de modo que el tratamiento suele iniciarse de inmediato.

La NIVA se trata con una terapia tópica (como el 5-FU o imiquimod) o con tratamiento de láser. Con menor frecuencia, se usa la cirugía para extirpar la lesión. Es posible que se elija la cirugía, si otros tratamientos fracasan y si el médico quiere asegurarse de que el área no sea un cáncer invasivo. La cirugía puede consistir en una escisión local amplia, en la que se extirpe el área anormal y un borde de tejido normal circundante. Rara vez se necesita una vaginectomía parcial (extirpación de parte de la vagina) para tratar la NIVA.

Etapas 0 (NIVA 3 o CIS)

Las opciones usuales de tratamiento son la vaporización con láser, la extirpación de las áreas afectadas con cirugía y la radiación intracavitaria.

La quimioterapia tópica con 5-FU en crema es también una opción que requiere, sin embargo, tratamiento semanal como mínimo durante 10 semanas. Este tratamiento puede irritar en gran medida la vagina y la vulva. También puede usarse inmunoterapia tópica con imiquimod.

Si el cáncer reaparece nuevamente después de estos tratamientos, es posible que se necesite cirugía (vaginectomía parcial). El cirujano extirparía todo el tumor y suficiente tejido normal circundante para asegurarse de que el cáncer no reaparezca.

Etapas I

Cáncer de células escamosas: la radioterapia se usa para la mayoría de los casos de cáncer vaginal en etapa I. Si el tumor canceroso tiene menos de 5 mm de espesor (alrededor de 3/16 de pulgada), puede que se use la radiación intracavitaria sola. La radiación intersticial es una opción para algunos tumores; sin embargo, esta no se usa con frecuencia. Para los tumores que han crecido con más profundidad, se puede combinar la radiación intracavitaria con la radiación de haz externo.

En algunos casos, la extirpación parcial o total de la vagina (vaginectomía parcial o radical) es una opción. La cirugía reconstructiva para crear una nueva vagina después del tratamiento del cáncer es una opción si se ha extirpado gran parte de la vagina.

Si el cáncer se encuentra en la parte superior de la vagina, se puede tratar con una histerectomía radical, una extirpación radical bilateral de los ganglios linfáticos pélvicos y una vaginectomía radical o parcial.

Después de una vaginectomía radical, ya sea parcial o completa, se puede usar radiación postoperatoria (de haz externo) para tratar los pequeños depósitos de células cancerosas que se hayan propagado a los ganglios linfáticos en la pelvis.

Adenocarcinomas: cuando el cáncer se encuentra en la parte superior de la vagina, el tratamiento es la cirugía: una histerectomía radical, vaginectomía parcial o radical y la extirpación de los ganglios linfáticos pélvicos. A continuación, puede realizarse una cirugía reconstructiva, si es necesaria o si la paciente así lo desea. También se puede administrar radioterapia.

Cuando el cáncer está en la parte baja de la vagina, una opción es administrar tanto radioterapia intersticial como intracavitaria y radioterapia de haz externo. Los ganglios linfáticos en la ingle o en la pelvis son tratados con radioterapia de haz externo.

Etapa II

El tratamiento habitual es la radiación, usando una combinación de braquiterapia y radiación de haz externo.

La cirugía radical (vaginectomía radical o exenteración pélvica) es una opción para algunas pacientes con cáncer de células escamosas de la vagina en etapa II si el tumor es pequeño y se encuentra en la parte superior de la vagina. También se usa para tratar a mujeres que han recibido radioterapia para cáncer cervical y que no pueden continuar con la radiación ya que, de hacerlo, tendrían daños graves en los tejidos normales.

También se puede usar quimioterapia (quimio) con radiación para tratar la enfermedad en etapa II.

Puede que sea útil administrar quimioterapia para reducir el cáncer antes de la cirugía radical.

Etapa III o IVA

El tratamiento habitual es la radioterapia, frecuentemente con braquiterapia y radiación de haz externo. Por lo general, no se intenta el uso de cirugía curativa. La quimioterapia se puede combinar con radiación para ayudar a que funcione mejor.

Etapa IVB

Dado que el cáncer se ha propagado a sitios distantes, no es posible curarlo. Por lo general, las pacientes se tratan con radioterapia en la vagina y pelvis para mejorar los síntomas y reducir la hemorragia. . También se puede administrar quimioterapia; sin

embargo, no se ha demostrado que ayude a que las pacientes vivan por más tiempo. Debido a que no hay un tratamiento aceptado para esta etapa, a menudo la mejor opción es participar en un estudio clínico.

Cáncer recurrente de células escamosas o adenocarcinoma de la vagina

Cuando el cáncer reaparece después del tratamiento se le llama recurrente. Si el cáncer reaparece en la misma área en que estaba originalmente, se le llama *recurrencia local*. Si reaparece en otra área (como el hígado o los pulmones), se le llama *recurrencia distante*.

Una recurrencia local de cáncer vaginal de etapa I o etapa II se puede tratar con cirugía radical (como una exenteración pélvica). Si el cáncer se trató originalmente con cirugía, la radioterapia es una opción. La cirugía es la opción habitual cuando el cáncer reaparece después de la radioterapia.

Los casos de cáncer de etapas más avanzadas son difíciles de tratar cuando reaparecen. Por lo general, no se pueden curar mediante los tratamientos disponibles actualmente. El cuidado se centra en el alivio de los síntomas, aunque es posible que sea de utilidad participar en un estudio clínico de nuevos tratamientos.

Para una recurrencia distante, el objetivo del tratamiento es ayudar a que la paciente se sienta mejor. Se puede usar cirugía, radiación o quimioterapia. De nuevo, un estudio clínico constituye una buena opción.

Melanoma vaginal

La cirugía es el tratamiento principal para el melanoma vaginal. Debido a que el melanoma vaginal es muy poco común, no ha sido estudiado a profundidad. Los médicos no están seguros todavía de cuánto tejido se debe extirpar para proporcionar la mejor posibilidad de cura. Una opción es extirpar el cáncer y un margen de tejido normal alrededor de este. Esta es la forma como se trataría un melanoma en la piel de un brazo o pierna. Otra opción es extirpar toda la vagina y parte del tejido de los órganos cercanos. También se extirpan algunos (o todos) los ganglios linfáticos que drenan el área y se examinan para ver si el cáncer se ha propagado.

Existen algunos medicamentos que pueden ser útiles en el tratamiento del melanoma metastásico. Éstos y otros tratamientos se discuten con más detalles en nuestro documento Cáncer de piel tipo melanoma. También puede usarse radioterapia para el melanoma que se ha propagado. La radioterapia se usa muy a menudo para la propagación al cerebro y a la médula espinal. Una buena opción para las mujeres con melanoma vaginal metastásico es recibir tratamiento como parte de un estudio clínico.

Rabdomiosarcoma

El tratamiento de rabdomiosarcoma se discute en nuestro documento disponible en inglés *Rhabdomyosarcoma*.

Más información de tratamientos para el cáncer de vagina

Para más detalles sobre las opciones de tratamiento, incluyendo algunas que no pudieran estar disponibles en este documento, la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) y el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) son buenas fuentes de información.

La NCCN está integrada por expertos de muchos de los centros del país que son líderes en el tratamiento del cáncer y desarrolla pautas para el tratamiento del cáncer a ser usadas por los médicos en sus pacientes. Estas guías están disponibles en la página Web de la NCCN (www.nccn.org).

El NCI proporciona guías de tratamiento en su centro de información telefónica (1-800-4-CANCER) y su sitio Web (www.cancer.gov). También están disponibles guías detalladas preparadas para los profesionales de atención del cáncer en www.cancer.gov.

¿Qué debo preguntar al médico acerca del cáncer de vagina?

Es importante que tenga conversaciones sinceras y abiertas con su equipo de atención médica contra el cáncer. Ellos deben responder a todas sus preguntas, independientemente de que usted crea que son preguntas sin importancia. Entre las preguntas que probablemente usted querrá hacer se encuentran las siguientes:

- ¿Qué tipo de cáncer de vagina tengo?
- ¿Se ha propagado el cáncer más allá del sitio primario?
- ¿En qué etapa se encuentra el cáncer que tengo? ¿Qué significa esta etapa en mi caso?
- ¿Qué opciones de tratamiento tengo?
- De acuerdo con lo que sabe sobre el cáncer que tengo, ¿cuánto tiempo cree que sobreviviré?
- ¿Qué efectos secundarios puedo esperar de mi tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo me llevará recuperarme del tratamiento?
- ¿Cuándo puedo volver a trabajar después del tratamiento?

- ¿Podré tener relaciones sexuales después del tratamiento? ¿Qué cirugía reconstructiva, si hay alguna, voy a necesitar?
- ¿Cuáles son las probabilidades de que me reaparezca el cáncer?
- ¿Qué debo hacer para estar preparado para el tratamiento?
- ¿Debería buscar una segunda opinión?

Sin duda, usted tendrá otras preguntas acerca de su propia situación. Asegúrese de anotar sus preguntas para que se acuerde de hacerlas durante la consulta con su equipo de atención médica contra el cáncer. Además, tenga en cuenta que los médicos no son los únicos que pueden proporcionarle información. Otros profesionales de atención médica, como enfermeras y trabajadores sociales, quizás puedan responder a sus preguntas.

¿Qué sucede después del tratamiento del cáncer de vagina?

Para algunas personas con cáncer de vagina, el tratamiento puede que remueva o destruya el cáncer. Completar el tratamiento puede causarle tanto tensión nerviosa como entusiasmo. Tal vez sienta alivio de haber completado el tratamiento, aunque aún resulte difícil no sentir preocupación sobre la reaparición del cáncer. Cuando un cáncer regresa después del tratamiento, a esto se le llama *recurrencia*. Ésta es una preocupación muy común en las personas que han tenido cáncer.

Puede que tome un tiempo antes de que sus temores disminuyan. No obstante, puede que sea útil saber que muchos sobrevivientes de cáncer han aprendido a vivir con esta incertidumbre y hoy día viven vidas plenas. Para más información sobre este tema, por favor, consulte nuestro documento *Living with Uncertainty: The Fear of Cancer Recurrence*.

Para otras personas, puede que el cáncer nunca desaparezca por completo. Estas personas puede que reciban tratamientos regularmente con quimioterapia, radioterapia, u otras terapias para tratar de ayudar a mantener el cáncer bajo control. Aprender a vivir con un cáncer que no desaparece puede ser difícil y muy estresante, ya que tiene su propio tipo de incertidumbre. Nuestro documento disponible en inglés *When Cancer Doesn't Go Away* provee más detalles sobre este tema.

Cuidados posteriores

Aun después de que finalice el tratamiento, los médicos querrán observarle rigurosamente. Es muy importante que acuda a todas sus citas de seguimiento. Durante estas visitas, los médicos le formularán preguntas sobre cualquier problema que tenga y puede que le hagan exámenes de la pelvis y pruebas de Papanicolaou, así como análisis

de laboratorios o radiografías y estudios por imágenes para determinar si hay signos de cáncer o para tratar efectos secundarios. Casi todos los tratamientos contra el cáncer tienen efectos secundarios. Algunos de ellos pueden durar de unas pocas semanas a meses, pero otros pueden durar el resto de su vida. Éste es el momento de hacerle cualquier pregunta al equipo de atención médica sobre cualquier cambio o problema que usted note, así como hablarle sobre cualquier inquietud que pudiera tener.

El tratamiento puede dejar el tejido vaginal frágil y propenso a lesiones. Como parte del seguimiento, se deben examinar estos tejidos para determinar si hay lesiones, agarrotamiento y cicatrices. A algunas mujeres se les recomendará que usen dilatadores vaginales, los cuales pueden insertar ellas mismas en la vagina para estirar suavemente el tejido vaginal, y lograr con el paso del tiempo que gradualmente haya más elasticidad del tejido y que este sea más normal.

Es importante mantener el seguro médico. Los estudios y las consultas médicas son costosos, y aunque nadie quiere pensar en el regreso de su cáncer, esto podría pasar.

Si su cáncer regresa, nuestro documento *When Your Cancer Comes Back: Cancer Recurrence* puede proveer información sobre cómo manejar y lidiar con esta fase de su tratamiento.

Consultas con un nuevo médico

En algún momento después del diagnóstico y tratamiento del cáncer, es posible que usted tenga que consultar con un médico nuevo, quien desconozca totalmente sus antecedentes médicos. Es importante que usted le proporcione a este nuevo médico los detalles de su diagnóstico y tratamiento. La recopilación de estos detalles poco después del tratamiento puede ser más fácil que tratar de obtenerlos en algún momento en el futuro. Asegúrese de conservar lo siguiente:

- Una copia del informe de patología de cualquier biopsia o cirugía.
- Si se sometió a una cirugía, una copia del informe del procedimiento.
- Si se le admitió en el hospital, una copia del resumen al alta que los médicos preparan cuando envían al paciente a su casa.
- Si ha tenido radioterapia, una copia del resumen de su tratamiento.
- Si ha recibido quimioterapia o fue tratada con terapia tópica, una lista de sus medicamentos, las dosis de los medicamentos y cuándo los tomó.

Es posible que el médico quiera copias de esta información para mantenerlas en su expediente, pero usted siempre debe mantener copias en su poder.

Cambios en el estilo de vida tras haber tenido cáncer de vagina

Usted no puede cambiar el hecho de que ha tenido cáncer. Lo que sí puede cambiar es la manera en que vivirá el resto de su vida al tomar decisiones que le ayuden a mantenerse sano y a sentirse tan bien como le sea posible. Éste puede ser el momento de reevaluar varios aspectos de su vida. Tal vez esté pensando de qué manera puede mejorar su salud a largo plazo. Algunas personas incluso comienzan durante el tratamiento.

Tome decisiones más saludables

Para muchas personas, recibir un diagnóstico de cáncer les ayuda a enfocarse en la salud de formas que tal vez no consideraban en el pasado. ¿Qué cosas podría hacer para ser una persona más saludable? Tal vez podría tratar de comer alimentos más sanos o hacer más ejercicio. Quizás podría reducir el consumo de bebidas alcohólicas o dejar el tabaco. Incluso cosas como mantener su nivel de estrés bajo control pueden ayudar. Éste es un buen momento para considerar incorporar cambios que puedan tener efectos positivos durante el resto de su vida. Se sentirá mejor y además, estará más sano.

Usted puede comenzar a ocuparse de los aspectos que más le inquietan. Obtenga ayuda para aquellos que le resulten más difíciles. Por ejemplo, si está considerando dejar de fumar y necesita ayuda, llame a la Sociedad Americana Contra El Cáncer al 1-800-227-2345 para información y apoyo. Este servicio de apoyo para dejar de fumar puede ayudar a aumentar sus probabilidades de dejar el tabaco por siempre.

Aliméntese mejor

Alimentarse bien puede ser difícil para cualquier persona, pero puede ser aún más difícil durante y después del tratamiento del cáncer. El tratamiento puede cambiar su sentido del gusto, y las náuseas pueden ser un problema. Tal vez no tenga apetito e incluso pierda peso cuando no lo desea. O puede que no pueda eliminar el peso que ha subido. Todas estas cosas pueden causar mucha frustración.

Si el tratamiento le ocasiona cambios de peso o problemas con la alimentación o el sentido del gusto, coma lo mejor que pueda y recuerde que estos problemas usualmente se alivian con el pasar del tiempo. Puede que encuentre útil comer porciones pequeñas cada 2 o 3 horas hasta que se sienta mejor. Usted puede también preguntar a los especialistas en cáncer que lo atienden sobre consultar los servicios de un nutricionista (un experto en nutrición) que le pueda dar ideas sobre cómo lidiar con estos efectos secundarios de su tratamiento.

Una de las mejores cosas que puede hacer después del tratamiento del cáncer consiste en adoptar hábitos saludables de alimentación. Puede que a usted le sorprendan los beneficios a largo plazo de algunos cambios simples, como aumentar la variedad de los

alimentos sanos que consume. Lograr y mantener un peso saludable, adoptar una alimentación sana y limitar su consumo de alcohol puede reducir su riesgo de padecer varios tipos de cáncer. Además, esto brinda muchos otros beneficios a la salud.

Descanso, cansancio y ejercicio

El cansancio extremo, también llamado *fatiga*, es muy común en las personas que reciben tratamiento contra el cáncer. Éste no es un tipo de cansancio normal, sino un agotamiento que no se alivia con el descanso. Para algunas personas, el cansancio permanece durante mucho tiempo después del tratamiento, y puede que les resulte difícil ejercitarse y realizar otras cosas que deseen llevar a cabo. No obstante, el ejercicio puede ayudar a reducir el cansancio. Los estudios han mostrado que los pacientes que siguen un programa de ejercicios adaptado a sus necesidades personales se sienten mejor física y emocionalmente, y pueden sobrellevar mejor la situación.

Si estuvo enfermo y no muy activo durante el tratamiento, es normal que haya perdido algo de su condición física, resistencia y fuerza muscular. Cualquier plan de actividad física debe ajustarse a su situación personal. Una persona de edad más avanzada que nunca se ha ejercitado no podrá hacer la misma cantidad de ejercicio que una de 20 años que juega tenis dos veces a la semana. Si no ha hecho ejercicios en varios años, usted tendrá que comenzar lentamente. Quizás deba comenzar con caminatas cortas.

Hable con el equipo de profesionales de la salud que le atienden, antes de comenzar. Pregúnteles qué opinan sobre su plan de ejercicios. Luego, trate de conseguir a alguien que le acompañe a hacer ejercicios de manera que no los haga solo. Cuando los familiares o los amigos se integran en un nuevo programa de ejercicios, usted recibe ese refuerzo extra que necesita para mantenerse activo cuando el entusiasmo falle.

Si usted siente demasiado cansancio, necesitará balancear la actividad con el descanso. Está bien descansar cuando lo necesite. En ocasiones, a algunas personas les resulta realmente difícil darse el permiso de tomar descansos cuando estaban acostumbradas a trabajar todo el día o a asumir las responsabilidades del hogar. Sin embargo, éste no es el momento de ser muy exigente con usted mismo. Esté atento a lo que su cuerpo desea y descanse cuando sea necesario (para más información sobre cómo lidiar con el cansancio, consulte nuestros documentos *Fatigue in People With Cancer* y *Anemia in People With Cancer*).

Tenga en cuenta que el ejercicio puede mejorar su salud física y emocional:

- Mejora su condición cardiovascular (corazón y circulación).
- Junto con una buena alimentación, le ayudará a lograr y a mantener un peso saludable.
- Fortalece sus músculos.

- Reduce el cansancio y le ayuda a tener más energía.
- Ayuda a disminuir la ansiedad y la depresión.
- Le puede hacer sentir más feliz.
- Le ayuda a sentirse mejor consigo mismo.

Además, a largo plazo, sabemos que realizar regularmente una actividad física desempeña un papel en ayudar a reducir el riesgo de algunos cánceres. La práctica regular de actividad física también brinda otros beneficios a la salud.

Su salud emocional tras haber tenido cáncer de vagina

Cuando termine su tratamiento, es posible que se sienta agobiado con muchas emociones diferentes. Esto les sucede a muchas personas. Es posible que haya sido tan fuerte lo que le tocó pasar durante el tratamiento que sólo se podía enfocar en llegar al final de cada día. Ahora puede que sienta que se suman a su carga una gran cantidad de otros asuntos.

Puede que se encuentre pensando sobre la muerte, o acerca del efecto de su cáncer sobre su familia y amigos, así como el efecto sobre su vida profesional. Quizás éste sea el momento para reevaluar la relación con sus seres queridos. Otros asuntos inesperados también pueden causar preocupación. Por ejemplo, a medida que usted esté más saludable y acuda menos al médico, consultará con menos frecuencia a su equipo de atención médica y tendrá más tiempo disponible para usted. Estos cambios pueden causar ansiedad a algunas personas.

Casi todas las personas que han tenido cáncer pueden beneficiarse de recibir algún tipo de apoyo. Necesita personas a las que pueda acudir para que le brinden fortaleza y consuelo. El apoyo puede presentarse en diversas formas: familia, amigos, grupos de apoyo, iglesias o grupos espirituales, comunidades de apoyo en línea u orientadores individuales. Lo que es mejor para usted depende de su situación y de su personalidad. Algunas personas se sienten seguras en grupos de apoyo entre pares o en grupos educativos. Otras prefieren hablar en un entorno informal, como la iglesia. Es posible que algunos se sientan más a gusto hablando en forma privada con un amigo de confianza o un consejero. Sea cual fuere su fuente de fortaleza o consuelo, asegúrese de tener un lugar a donde acudir en caso de tener inquietudes.

El cáncer puede ser una experiencia muy solitaria. No es necesario ni conveniente que trate de sobrellevar todo usted solo. Sus amigos y familiares pueden sentirse excluidos si usted no los hace partícipe de su proceso. Deje que tanto ellos como cualquier otra persona que usted considere puedan ayudarle. Si no sabe quién puede ayudarle, llame a la Sociedad Americana Contra El Cáncer al 1-800-227-2345 y le pondremos en contacto con un grupo o recurso de apoyo que podría serle de utilidad.

Si el tratamiento para el cáncer de vagina deja de surtir efecto

Si el cáncer continúa creciendo o reaparece después de cierto tratamiento, es posible que otro plan de tratamiento sí pueda curar el cáncer, o por lo menos reducir su tamaño lo suficiente como para ayudarlo a vivir más tiempo y hacerle sentir mejor. Sin embargo, cuando una persona ha probado muchos tratamientos diferentes y no hay mejoría, el cáncer tiende a volverse resistente a todos los tratamientos. Si esto ocurre, es importante sopesar los posibles beneficios limitados de un nuevo tratamiento y las posibles desventajas del mismo. Cada persona tiene su propia manera de considerar esto.

Cuando llegue el momento en el que usted ha recibido muchos tratamientos médicos y ya nada surte efecto, éste probablemente sea la parte más difícil de su batalla contra el cáncer. El médico puede ofrecerle nuevas opciones, pero usted necesita considerar que llegará el momento en que sea poco probable que el tratamiento mejore su salud o cambie su pronóstico o supervivencia.

Si quiere continuar con el tratamiento tanto como pueda, es necesario que piense y compare las probabilidades de que el tratamiento sea beneficioso con los posibles riesgos y efectos secundarios. En muchos casos, su médico puede estimar la probabilidad de que el cáncer responda al tratamiento que usted esté considerando tomar. Por ejemplo, el médico puede indicar que administrar más quimioterapia o radiación pudiera tener alrededor de 1% de probabilidad de surtir efecto. Aun así, algunas personas sienten la tentación de intentar esto, pero resulta importante pensar al respecto y entender las razones por las cuales se está eligiendo este plan.

Independientemente de lo que usted decida hacer, necesita sentirse lo mejor posible. Asegúrese de que solicite y reciba el tratamiento para cualquier síntoma que pudiese tener, como náusea o dolor. Este tipo de tratamiento se llama *atención paliativa*.

La atención paliativa ayuda a aliviar síntomas, pero no se espera que cure la enfermedad. Se puede administrar junto con el tratamiento del cáncer, o incluso puede ser el tratamiento del cáncer. La diferencia es el propósito con que se administra el tratamiento. El propósito principal de la atención paliativa es mejorar su calidad de vida, o ayudarlo a sentirse tan bien como usted pueda, tanto tiempo como sea posible. Algunas veces, esto significa que se usarán medicamentos para ayudar a aliviar los síntomas, como el dolor o la náusea. En ocasiones, sin embargo, los tratamientos usados para controlar sus síntomas son los mismos que se usan para tratar el cáncer. Por ejemplo, podría usarse radiación para ayudar a aliviar el dolor en los huesos causado por el cáncer que se ha propagado a los huesos. Por otro lado, la quimioterapia puede usarse para ayudar a reducir el tamaño del tumor y evitar que éste bloquee los intestinos. No obstante, esto no es lo mismo que recibir tratamiento para tratar de curar el cáncer.

En algún momento, es posible que se beneficie de la atención en un centro de cuidados paliativos (hospicio). Ésta es una atención especial que trata a la persona más que a la

enfermedad, enfocándose más en la calidad de vida que en la duración de la vida. La mayoría de las veces, esta atención se proporciona en casa. Es posible que el cáncer esté causando problemas que requieran atención, y las residencias de enfermos crónicos terminales se enfocan en su comodidad. Usted debe saber que aunque la atención de una institución para el cuidado de enfermos terminales a menudo significa el final de los tratamientos, como quimioterapia y radiación, no significa que usted no pueda recibir tratamiento para los problemas causados por el cáncer u otras afecciones de salud. En una institución para el cuidado de enfermos terminales, el enfoque de su cuidado está en vivir la vida tan plenamente como sea posible y que se sienta tan bien como usted pueda en esta etapa difícil. Puede obtener más información sobre la atención en un centro de cuidados paliativos en nuestro documento *Hospice Care*.

Mantener la esperanza también es importante. Es posible que su esperanza de curarse ya no sea tan clara, pero todavía tiene la esperanza de pasar buenos momentos con familiares y amigos, momentos llenos de felicidad y de significado. Una interrupción en el tratamiento contra el cáncer en este momento le brinda la oportunidad de renfocarse en las cosas más importantes de su vida. Éste es el momento de hacer algunas cosas que usted siempre deseó hacer y dejar de hacer aquéllas que ya no desea. Aunque el cáncer esté fuera de su control, usted aún tiene opciones.

¿Qué avances hay en la investigación y el tratamiento del cáncer de vagina?

Se están llevando a cabo investigaciones a fin de encontrar nuevas formas para prevenir y tratar el cáncer de la vagina. Hay algunos nuevos avances que resultan prometedores.

Oncogenes y genes supresores de tumores

Los científicos están conociendo más sobre cómo ciertos genes llamados *oncogenes* y *genes supresores de tumores* controlan el crecimiento celular y cómo los cambios en estos genes hacen que las células vaginales normales se vuelvan cancerosas. El objetivo final de esta investigación es la terapia génica, la cual reemplaza los genes dañados en las células cancerosas con genes normales para detener el comportamiento anormal de estas células. Por ejemplo, los científicos han descubierto que hay una anomalía del cromosoma 3 en muchos casos de cáncer vaginal. Un mejor entendimiento del papel de esta anomalía en la aparición del cáncer pudiera conducir a un mejor tratamiento.

Vacunas contra el VPH

Se ha demostrado que Gardasil, una vacuna contra el VPH, reduce el riesgo de cáncer vaginal. Cervarix, la otra vacuna contra el VPH disponible en la actualidad, podría también reducir el riesgo de cáncer vaginal; sin embargo, esto no ha sido comprobado.

Radioterapia

Se están llevando a cabo estudios a fin de determinar la mejor forma de combinar la terapia de haz externo y la braquiterapia para tratar el cáncer y limitar los daños al tejido normal.

Cirugía reconstructiva

Los cirujanos están desarrollando nuevas operaciones para reparar la vagina después de una cirugía radical.

Quimioterapia

Los médicos han encontrado que el cáncer vaginal no responde a ciertos tipos de quimioterapia. Será necesario realizar estudios clínicos para determinar si la combinación de quimioterapia con radioterapia da mejores resultados que la radioterapia por sí sola.

Recursos adicionales para el cáncer de vagina

Más información de la Sociedad Americana Contra El Cáncer

Hemos seleccionado cierta información relacionada que también puede serle útil. Puede solicitar estos materiales si llama a nuestra línea de acceso gratis al 1-800-227-2345.

Después del diagnóstico: una guía para los pacientes y sus familias

La atención del paciente con cáncer en el hogar: una guía para los pacientes y sus familiares

Virus del Papiloma Humano (VPH), cáncer y las vacunas contra el VPH – Preguntas frecuentes

Living With Uncertainty: The Fear of Cancer Recurrence

Sexualidad para la mujer con cáncer

Quimioterapia: una guía para los pacientes y sus familias

Radioterapia: una guía para los pacientes y sus familias

Cáncer de piel tipo melanoma

When Cancer Doesn't Go Away

When Your Cancer Comes Back: Cancer Recurrence

Su Sociedad Americana Contra El Cáncer también cuenta con libros que podrían ser de su ayuda. Llámenos al 1-800-227-2345 o visite nuestra librería en línea en cancer.org/bookstore para averiguar los costos o hacer un pedido.

Organizaciones nacionales y sitios Web*

Además de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, otras fuentes de información y apoyo para el paciente incluyen:

Foundation for Women's Cancer (formerly the Gynecologic Cancer Foundation)

Línea sin cargos: 1-800-444-4441

Número de teléfono: 1-312-578-1439

Sitio Web: www.foundationforwomenscancer.org/

National Cancer Institute

Línea sin cargos: 1-800-422-6237 (1-800-4-CANCER); TYY: 1-800-332-8615

Sitio Web: www.cancer.gov

National Coalition for Cancer Survivorship

Línea sin cargos: 1-888-650-9127

Sitio Web: www.canceradvocacy.org

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) DES Update

Línea sin cargos: 1-888-232-6789

Sitio Web: www.cdc.gov/des

**La inclusión en esta lista no implica la aprobación de la Sociedad Americana Contra El Cáncer.*

Independientemente de quién sea usted, nosotros podemos ayudar. Contáctenos en cualquier momento, durante el día o la noche, para obtener información y apoyo. Llámenos al **1-800-227-2345** o visítenos en www.cancer.org.

Referencias: Guía detallada del cáncer de vagina

American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2012*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2012.

American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures 2013*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2013.

- Ault KA, Future II study group. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: a combined analysis of four randomised clinical trials. *Lancet*. 2007 Jun 2;369(9576):1861–1868.
- Benedetti Panici P, Bellati F, Plotti F, et al. Neoadjuvant chemotherapy followed by radical surgery in patients affected by vaginal carcinoma. *Gynecol Oncol*. 2008 Nov;111(2):307-11. Epub 2008 Aug 16.
- Bleeker MC, Hogewoning CJ, Voorhorst FJ, et al. Condom use promotes regression of human papillomavirus-associated penile lesions in male sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. *Int J Cancer*. 2003 Dec 10;107(5):804-810.
- Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, et al. Male circumcision, penile human papilloma virus infection, and cervical cancer in female partners. *N Engl J Med*. 2002 Apr 1; 346(15):1105-1112.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). FDA licensure of bivalent human papillomavirus vaccine (HPV2, Cervarix) for use in females and updated HPV vaccination recommendations from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010 May 28;59(20):626-629.
- Daling JR, Madeleine MM, Schwartz SM, et al. A population-based study of squamous cell vaginal cancer: HPV and cofactors. *Gynecol Oncol* 2002; 84:263–270.
- Dalrymple JL, Russell AH, Lee SW, et al. Chemoradiation for primary invasive squamous carcinoma of the vagina. *Int J Gynecol Cancer*. 2004 Jan-Feb;14(1):110–117.
- Eifel PJ, Berek JS, Markman MA. Cancer of the Cervix, Vagina and Vulva. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cáncer: Principles and Practice of Oncology*, 9th edition. Philadelphia, pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011:1311-1344.
- Flannelly G. Preinvasive diseases of the cervix, vagina, and vulva. In: *Gynecologic Cancer: Controversies in Management*. Gershenson D, Gore M, McGuire W, Quinn M, Thomas G, eds. Philadelphia, pa: Elsevier Science; 2004: 79–92.
- FUTURE I/II Study Group, Dillner J, Kjaer SK, Wheeler CM, et al. Four year efficacy of prophylactic human papillomavirus quadrivalent vaccine against low grade cervical, vulvar, and vaginal intraepithelial neoplasia and anogenital warts: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010 Jul 20;341:c3493.
- Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, et al. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent anogenital diseases. *N Engl J Med*. 2007;356:1928–1943
- Gray RH, Serwadda D, Kong X, Makumbi F, et al. Male circumcision decreases acquisition and increases clearance of high-risk human papillomavirus in HIV-negative men: a randomized trial in Rakai, Uganda. *J Infect Dis*. 2010 May 15;201(10):1455-1462.

Grigsby PW. Vaginal Cancer. In: *Gynecologic Cancer: Controversies in Management*. Gershenson D, Gore M, McGuire W, Quinn M, Thomas G, eds. Philadelphia, pa: Elsevier Science; 2004: 113–118.

Hernandez BY, Wilkens LR, Zhu X, Thompson P, McDuffie K, Shvetsov YB, Kamemoto LE, Killeen J, Ning L, Goodman MT. Transmission of human papillomavirus in heterosexual couples. *Emerg Infect Dis*. 2008 Jun;14(6):888-94.

Kosary CL. Cancer of the Vagina. In: Ries LAG, Young JL, Keel GE, Eisner MP, Lin YD, Horner M-J (editors). *SEER Survival Monograph: Cancer Survival Among Adults: U.S. SEER Program, 1988-2001, Patient and Tumor Characteristics*. National Cancer Institute, SEER Program, NIH Pub. No. 07-6215, Bethesda, MD, 2007.

Lu B, Wu Y, Nielson CM, Flores R, et al. Factors associated with acquisition and clearance of human papillomavirus infection in a cohort of US men: a prospective study. *J Infect Dis*. 2009 Feb 1;199(3):362-371.

Madsen BS, Jensen HL, van den Brule AJ, Wohlfahrt J, Frisch M. Risk factors for invasive squamous cell carcinoma of the vulva and vagina--population-based case-control study in Denmark. *Int J Cancer*. 2008;122:2827–2834.

Paavonen J, Naud P, Salmerón J, Wheeler CM, Chow SN, Apter D, et al. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *Lancet*. 2009 Jul 25;374(9686):301–314.

PDQ database. Vaginal Cancer. Bethesda, Md: National Cancer Institute; 9/7/2012. Accessed at <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/vaginal/HealthProfessional> on September 13, 2012.

Perez CA, Gersell DJ, McGuire WP, Morris M. Vagina. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, eds. *Principles and Practice of Gynecologic Oncology*. Philadelphia, pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2000:811-840.

Rotmensch J, Yamada SD. Neoplasms of the vulva and vagina. In: Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Bast RC, Gansler TS, Holland JF, Frei E. *Cancer Medicine* 6. Hamilton, Ont: BC Decker; 2003. 1769-1777.

Samant R, Lau B, E C, Le T, Tam T. Primary vaginal cancer treated with concurrent chemoradiation using Cis-platinum. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2007;69:746-50. Epub 2007 May 18.

Saslow D, Solomon D, Lawson H, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology Screening Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer. *CA Cancer J Clin*. 2012 May-Jun;62(3):147-72. Epub 2012 Mar 14.

Shah CA, Goff BA, Lowe K, Peters WA 3rd, Li CI. Factors affecting risk of mortality in women with vaginal cancer. *Obstet Gynecol*. 2009 May;113(5):1038–1045.

Society of Gynecologic Oncologists Clinical Practice Guidelines: Vaginal cancer. *Oncology*. 1998;12:449–452.

Tobian AA, Serwadda D, Quinn TC, Kigozi G, et al. Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections and syphilis. *N Engl J Med*. 2009 Mar 26;360(13):1298-1309.

Tokudome S, Suzuki S, Ichikawa H, et al. Condom use promotes regression of cervical intraepithelial neoplasia and clearance of human papillomavirus: a randomized clinical trial. *Int J Cancer*. 2004 Oct 20;112(1).

Weiderpass E, Ye W, Tamimi R, Trichopolous D, Nyren O, Vainio H, Adami HO. Alcoholism and risk for cancer of the cervix uteri, vagina, and vulva. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2001;10:899–901.

Wheeler CM, Castellsagué X, Garland SM, et al. Cross-protective efficacy of HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by non-vaccine oncogenic HPV types: 4-year end-of-study analysis of the randomised, double-blind PATRICIA trial. *Lancet Oncol*. 2011 Nov 8.

Winer RL, Hughes JP, Feng Q, et al. Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *N Engl J Med*. 2006 Jun 22;354(25):2645-2654..

Winer RL, Lee SK, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol*. 2003 Feb 1;157(3):218-26. Erratum in: *Am J Epidemiol*. 2003 May 1;157(9):858.

Last Medical Review: 4/17/2013

Last Revised: 4/17/2013

2013 Copyright American Cancer Society

For additional assistance please contact your American Cancer Society
1 · 800 · ACS-2345 or www.cancer.org