

# GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

## Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de  
Cáncer de Vagina  
en el Segundo y Tercer Nivel de Atención

# GPC

## Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-590-13**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

### C52 Tumor Maligno de Vagina

GPC

**Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer de Vagina en el Segundo y Tercer Nivel de Atención**  
**ISBN en trámite**

### DEFINICIÓN

**Cáncer:** Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte (NOM-014-SSA, Modificada 2007)

**Cáncer de vagina:** Es una proliferación de tejido anormal en la vagina que puede derivar de cualquier tejido estructural de la misma (epitelial, glandular, muscular, vascular, Neural y del tejido conectivo, y se puede clasificar en primarios y secundarios (Disaia, 1999, Molero, 2009).

**Cáncer vaginal:** De acuerdo a la FIGO, los casos deberán ser clasificados como carcinoma de vagina solo cuando "el sitio primario del crecimiento es en la vagina ( DeVita, 2009).

### EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer primario de la vagina representa del 1-3% de los tumores malignos ginecológicos.

En el cáncer de células escamosas la edad es un factor de riesgo: a mayor edad mayor tasa de incidencia, siendo que a los 20-29 años presentan una tasa de incidencia de 0.03/100000 años persona, y a los 80-90 años presentan una tasa de incidencia de 4.43/100, 000 años persona.

### FACTORES DE RIESGO

Los factores asociados a cáncer vaginal son:

Edad

Exposición a VPH

Exposición en la vida intrauterina al (dietilestilbestrol) DE

Proceso inflamatorios vaginales crónicos( Uso de pesarios, tampones)

Antecedente de Cáncer Cérvicouterino(CaCu)

Infecciones por citomegalovirus, o herpes

Tabaquismo

Adenosis vaginal

La Radioterapia pélvica puede ser un factor predisponente en muchos casos de cáncer vaginal.

Abrasión secundaria al coito, por lo que se debe de evitar relaciones que generen estas alteraciones.

Se debe de promover la reducción de factores de riesgo de Cáncer vaginal modificables como lo es el tabaquismo, exposición a VPH o procesos inflamatorios crónicos, en donde se recomendará su estudio citológico y colposcópico periódico en pacientes con factores de riesgo, con o sin útero.

## ETAPIFICACIÓN (cuadro I)

Los estadios actualmente vigentes son los definidos por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y por la estadificación TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC).

La etapificación del Cáncer de vagina debe ser apegada a los criterios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y por la estadificación TNM del American Joint Committee on Cancer.

## CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA

La clasificación histológica de los tumores de vagina por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2003 los divide en:

- Tumores epiteliales (escamoso y Precursores)
- Tumores mesenquimales y condiciones similares
- Tumores Mixtos, epiteliales y mesenquimales
- Tumores Melanocíticos
- Tumores miscelánea
- Tumores Linfoides y Hematopoyéticos.
- Tumores Secundarios
- Toda lesión maligna debe ser estadificada.

## DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Las pacientes con cáncer vaginal son generalmente asintomáticas, reportándose en un 10 a 20% en etapas iniciales.

En casos sintomáticos se manifiesta con síntomas vulvares y/o vaginales no relacionados con la enfermedad.

El sangrado vaginal anormal o la presencia de un tumor vaginal pueden ser manifestación de Cáncer de vagina.

Otras manifestaciones del cáncer vaginal son sintomatología urinaria (dolor) o intestinales (constipación, y dolor continuo en la pelvis).

La exploración física debe de incluir examen pélvico completo, el cual incluye examen bimanual incluyendo tacto rectovaginal para valorar la extensión de la enfermedad a paracolpos, invasión del tabique rectovaginal o afectación de la paredes pélvicas.

Se debe evaluar los ganglios inguinales y femorales.

Ante la sospecha clínica de cáncer vaginal o citología con alteraciones se debe realizar exploración con especuloscopia, y colposcopia cervicovaginal y vulvar.

Los síntomas del cáncer vaginal no son específicos del mismo, ya que se pueden confundir con manifestaciones del cáncer cérvicouterino, sin embargo el estudio clínico y paraclínico debe ser rutinario en la atención y cuidados de salud, además que **la exploración debe ser bien realizada, explorando con detalle la anatomía vaginal.**

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Los estudios útiles para el diagnóstico son:

Citología cérvico-vaginal

Colposcopia (cérvix y vagina en forma minuciosa)

Biopsia: Diagnóstico de certeza.

El diagnóstico definitivo del cáncer de vagina es a través del estudio histopatológico.

En el diagnóstico de cáncer de vagina no debe existir cáncer de cérvix ni de vulva o en caso de haberlo tenido debe de haber pasado 10 años posteriormente al tratamiento para asegurar que es un nuevo primario o existe cáncer de vagina.

Ante una citología cervicovaginal patológica se debe de realizar colposcopia que incluya cérvix, vagina y vulva.

Ante la sospecha de masa abdominal palpable, o etapas avanzadas de tumores ginecológicos o como estudio de extensión del cáncer de vagina se debe realizar una Tomografía computarizada.

Las pacientes con Cáncer de vagina generalmente son de edad avanzada, quizá con comorbilidades y al final, todo ello será un factor importante para la toma de decisiones en su abordaje diagnóstico y terapéutico, siendo ideal que sea tratada la paciente con comorbilidad lo más estable posible.

## TRATAMIENTO

Para el tratamiento de cáncer de vagina es importante establecer en la forma más exacta, la etapa clínica ya que ello servirá para guiar la estrategia terapéutica.

### **Etapa 0 (in situ)**

Existen diversas opciones para el tratamiento para el cáncer in situ, entre ellas se encuentran:

- Cirugía láser.
- Quimioterapia tópica (5-Fluorouracilo al 5%)
- Escisión local amplia con injerto de piel o sin él.
- Vaginectomía parcial o total, con injerto de piel o sin él.

La braquiterapia intracavitaria, en toda la mucosa vaginal se explica porque frecuentemente es multicéntrico el cáncer vaginal, los resultados con cualesquiera de estos tratamientos son aceptables con más de 90% de control local y más de 90% de supervivencia causa específica. (4-6).

La Radioterapia interna o braquiterapia intracavitaria 60 a 70Gy dirigidas a toda la mucosa vaginal está indicada principalmente en casos recurrentes o que no tiene acceso a las alternativas antes mencionadas.

La braquiterapia intracavitaria debe aplicarse en toda la mucosa vaginal ya que frecuentemente el cáncer es multicéntrica, los resultados son observados en más del 90% de control local y más de 90% de supervivencia causa específica.

### **Etapa I de células escamosas, tercio inferior**

El tratamiento quirúrgico incluye:

- Vaginectomía total, o subtotal
- Vulvectomy cuando exista afección a la horquilla vulvar superior.

- Linfadenectomía pélvica e inguinal bilateral en todos los casos.

La escisión local o vaginectomía total con reconstrucción vaginal tiene como ventaja preservación de la función ovárica en mujeres premenopáusicas.

#### **Etapa I: Tumor de < 0.5 Cm de grosor y < 2 Cm de extensión y de bajo grado**

Para evitar una cirugía grande y mutilante, puede aplicarse braquiterapia intracavitaria a toda la mucosa vaginal en dosis de 65 Gy, aplicar al final un incremento ya sea con braquiterapia intersticial si se cuenta con ella, o bien, mediante braquiterapia con campo reducido al tumor y un margen de 2 Cm.

La dosis total debe de ser a la mucosa vaginal de al menos 90 Gy (Corresponde a unos 67 Gy a 0.5 Cm de profundidad).

En caso de contar con braquiterapia intracavitaria intersticial el control local es de un 90%, supervivencia de 80-85%, control pélvico de 80% y metástasis distantes de 10-20%.

#### **Etapa I: > 0-5 Cm de grosor y > 2 Cm, de extensión o de alto grado:**

Si no es posible la cirugía por inoperabilidad o deseo de la paciente por los riesgos y las secuelas, una alternativa puede ser la radioterapia:

- Radioterapia externa a toda la pelvis (25% de compromiso de ganglios) a dosis de 45 Gy, mas menos los ganglios inguinales dependiendo de la localización.
- 2.- Incremento mediante braquiterapia al tumor con un margen de 2 Cm para llegar a una dosis a la mucosa de 100-105 Gy (75-80 Gy a 0.5 Cm).

#### **Etapa I de células escamosas, tercio medio y superior**

El tratamiento consiste en:

- Vaginectomía total, o subtotal
- Linfadenectomía pélvica e inguinal bilateral en todos los casos.
- Histerectomía Radical.

La Radioterapia interna o braquiterapia intracavitaria 60 a 70Gy dirigidas a toda la mucosa vaginal está indicada principalmente en casos recurrentes o que no tiene acceso a las alternativas antes mencionadas.

La braquiterapia intracavitaria debe aplicarse en toda la mucosa vaginal ya que frecuentemente el cáncer es multicéntrico, los resultados son observados en más del 90% de control local y más de 90% de supervivencia causa específica.

#### **Etapa I Adenocarcinoma**

Las opciones terapéuticas son:

- Vaginectomía total, o subtotal
- Linfadenectomía pélvica e inguinal bilateral en todos los casos.
- Histerectomía Radical

#### **Etapa II**

En el cáncer de la vagina en estadio II se usa el mismo tratamiento contra el cáncer de células escamosas y el adenocarcinoma. Puede incluir lo siguiente:

- Vaginectomía total o exenteración pélvica, con radioterapia o sin ella.
- Radioterapia interna y externa a la vagina, con radioterapia externa a los ganglios linfáticos o sin ella.

En caso de persistencia o recurrencia está indicado la vaginectomía radical o exenteración pélvica previo a un tratamiento completo de radioterapia.

La radioterapia se indicará de la siguiente forma:

- Radioterapia externa a toda la pelvis a dosis de 45 Gy. Los ganglios inguinales se incluirán dependiendo de si hay compromiso del tercio inferior vaginal.
- Incremento mediante braquiterapia intracavitaria o intersticial al tumor mas un margen de 2 Cm para alcanzar una dosis en la mucosa de 100-105 Gy.

Con lo anterior, el control local es de 65 a 90%; El control pélvico es de 65 a 85% y la supervivencia específica de cáncer es de 75-80% con porcentaje de metástasis de un 20%.

### **Estadio III**

La FIGO recomienda:

Vaginectomía parcial o total + parametrectomía + paracolpextomía + Linfadenectomía pélvica +- para aórtica, se debe incluir radioterapia interna y externa.

En etapa III Y IVA la radioterapia se indicará de la siguiente forma:

Radioterapia externa a la pelvis (+ ganglios inguinales) a dosis de 45-50 Gy.

Incremento con braquiterapia intersticial o intracavitaria al tumor con un margen de 2 centímetros para llegar a una dosis de 100-110 Gy a la mucosa vaginal (Corresponde a 75-85 a 0.5 Cm de profundidad).

Si la lesión involucra más del 50% de la vagina, o al tabique rectovaginal o véscovaginal, es preferible dar el incremento con radioterapia externa debido al riesgo de fístula. La dosis final debe de ser e 65-70 Gy.

Para extensión parametrial y paravaginal, dar una dosis adicional con campos localizados para llegar a 65-70 Gy.

Para los casos de adenocarcinoma de células claras, la elección es la cirugía. Para los casos en los que se opta por diversas causas a tratamiento con radioterapia, los principios y técnicas son los que se aplican a las etapas II, III y IVA.

Si se cuenta con capacidad para hacer braquiterapia intersticial, se puede optar por esta modalidad. Si se delimitan ganglios crecidos, también incrementar la dosis a 60 Gy.

En casos especiales está indicada la exenteración pélvica, su práctica en la actualidad no es frecuente por la alta morbimortalidad.

### **Estadio IV A**

Todas las pacientes requieren radioterapia externa.

La cirugía con exenteración pélvica y reconstrucción vaginal se puede realizar en algunos pacientes seleccionados con tumores relativamente pequeños y móviles IVA.

Los estadios IVA son tributarios, dependiendo del caso, de irradiación externa o de una exenteración pélvica en sus distintas variantes

La FIGO recomienda en esta etapa la exenteración total.

### **Estadio IVB**

El papel de la quimioterapia, sobre todo en las forma extensa, metastizante o en las recidivas es impreciso, debido a las respuestas muy breves o de corta duración, generalmente son menores del 10% (CaCu).

La quimioterapia concomitante con platino u otro fármaco, puede emplearse para tumores mayores de 4 centímetros o etapas III y IVA pero:

- a) No hay estudios prospectivos comparativos.
  - b) Se han extrapolado los resultados de estudios sobre cáncer del cérvix o de la vulva.
  - c) Si hay fístula o alto riesgo de la misma, es mejor optar por un manejo quirúrgico si ello es posible.
- Evitar radioterapia primaria y especialmente braquiterapia, pudiendo aplicar sólo para casos en los que no sea posible la cirugía y se opte por un manejo con fin paliativo.

### **Metástasis**

Se siguen los principios para tratamiento con fin paliativo de metástasis de otros sitios primarios. Ejemplo, metástasis óseas, retroperitoneales, supraclaviculares, etc. Las dosis más comúnmente empleadas son de 30 Gy en 10 a 45 Gy en 25.

### **Tratamiento con radioterapia-Recurrencia local**

La recomendación es individualizar el caso para la selección de una terapia quirúrgica, con radioterapia o bien, ningún tratamiento. Ello dependería de la extensión de la recurrencia, tratamiento previo, condición general de la paciente, etc. Los reportes de tratamiento exitoso con una u otra modalidad de tratamiento se basan en casos muy seleccionados y por tanto, no puede extrapolarse a la totalidad de la población con neoplasias vaginales recurrentes.

En cuanto a la combinación de quimioterapia y radioterapia, su empleo está basado en pruebas pequeñas, retrospectivas y casi siempre su uso se basa en la literatura sobre cáncer de cérvix o vulvar.

En general, la radioterapia se prefiere a la cirugía, excepto para lesiones tempranas o lesiones etapa I localizadas en la pared posterior; lesiones distales o en la presencia de fístula.

## **COMPLICACIONES CON RADIOTERAPIA**

Estas, se relacionan a la dosis e incluyen:

- Sequedad y atrofia vaginal
- Pérdida del pelo púbico
- Fibrosis y estenosis de la vagina (alrededor de 50%)
- Cistitis y proctitis aguda (50%)
- Fístula recto o vésicovaginal (< 5%)
- Necrosis vaginal de 5 a 15%
- Linfedema; estenosis uretral ( Rara)
- Enteritis tardía (fístula, obstrucción, hemorragia, úlcera), rara en ausencia de cirugía pélvica previa.

## **SOBREVIDA, PRONÓSTICO**

La supervivencia a 5 años de las mujeres etapa I fue en un 84%, para el Etapa II del 75% III o más fue del 57%, de Acuerdo al extirpe histológica la supervivencia a 5 años para carcinoma escamosa fue del 78% al igual que el adenocarcinoma, para melanomas del 70%, otros tipos raros del 73%.

El factor más importante que influye en el pronóstico es el estadio clínico de la enfermedad en el momento del diagnóstico; los tumores epiteliales tienen mejor pronóstico.

La tasa de supervivencia global oscila entre el 20-50%. Las pacientes con carcinoma de vagina en estadio I, tratadas mediante cirugía tienen una tasa de supervivencia a los 5 años de un 84% y mediante radioterapia de un 75%, las tratadas mediante radioterapia en estadio II 51%, en estadio III 30% y en estadio IV 17%.

### SEGUIMIENTO (flujogramas)

La paciente con Cáncer de vagina debe ser vigilada durante el primer año cada tres meses, durante el segundo año cada 4 meses, en el tercer año cada 6 meses y posteriormente cada año hasta completar 4 a 5 años de seguimiento; en caso de no recurrencia alta a Ginecología.

La paciente con Cáncer de vagina sin recurrencia durante los 4 a 5 años de seguimiento, debe ser dada de alta de oncología a ginecología.

La paciente con Cáncer de vagina debe tener una revisión anual con estudio citocolposcópico.

Se deberá considerar el envío de la paciente a Cuidados paliativos o clínica del Dolor según el caso en particular.

Se citara a la paciente en tratamiento de quimioterapia a las 3 semanas de inicio de la misma, con controles de laboratorio y se programaran 6 ciclos cada 3 semanas para valorar respuesta, ante buena respuesta se citara cada 3 meses, durante el primer año, el segundo cada 4 meses, y en el tercero cada 6 meses, para reevaluar anualmente hasta los 5 años.

### CRITERIOS DE REFERENCIA

#### De primer a segundo nivel de atención

Se enviaran pacientes a segundo o Tercer nivel de atención cuando presenten los siguiente:

- Citologías patológicas del tipo de VPH, NIC o NIVA
- Pacientes resultados de colposcopia VPH, NIC o NIVA.

#### De tercer a segundo nivel de atención

Pacientes en las que se descartó Diagnostico de Cáncer Vaginal.

Pacientes con Cáncer de vaginal tratadas y sin recurrencia durante 5 años.

**CUADRO I. ESTADIOS POR LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (FIGO) Y POR LA ESTADIFICACIÓN TNM DEL AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CÁNCER (AJCC). 2009.**

Los estadios son definidos por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y por la estadificación TNM del American Joint Committee on Cancer (AJCC).

A continuación se describe la **Estadificación TNM, AJCC:**

**T Tumor Primario**

- TX Tumor primario que no puede ser evaluado
- T0 No evidencia de tumor primario
- Tis Carcinoma in situ
- T1 Tumor confinado a vagina
- T2 Tumor que invade la pared vaginal pero no la pared pélvica\*
- T3 Tumor extendido a la pared pélvica\*
- T4 Tumor que invade mucosa de vejiga o recto y/o se extiende a través de la pelvis (el edema buloso no es suficiente prueba para clasificar como T4)

\*Pared pélvica es definida como estructuras musculares, nerviosas y esqueléticas de la pelvis.

**N Ganglios Linfáticos Regionales**

- NX Los ganglios linfáticos regionales que no pueden ser evaluados
- N0 No evidencia de metástasis ganglionares regionales
- N1 Metástasis a ganglios linfáticos regionales

**M Metástasis a distancia**

- MX Metástasis a distancia que no pueden ser evaluados
- M0 No evidencia de metástasis a distancia
- M1 Metástasis a distancia

**ESTADIOS**

<b>Estadio 0</b>	<b>Tis</b>	<b>NO</b>	<b>MO</b>
<b>Estadio I</b>	<b>T1</b>	<b>NO</b>	<b>MO</b>
<b>Estadio II</b>	<b>T2</b>	<b>NO</b>	<b>MO</b>
<b>Estadio III</b>	<b>T1-3</b>	<b>N1</b>	<b>MO</b>
<b>Estadio IVA</b>	<b>T3</b> <b>T4</b>	<b>NO</b> <b>Cualquier N</b>	<b>MO</b> <b>MO</b>

**Estadificación de la FIGO**

- Estadio 0 Carcinoma in situ, neoplasia intraepitelial vaginal grado 3
- Estadio I Carcinoma limitado a la pared pélvica
- Estadio II El carcinoma involucra el tejido subvaginal pero no se extiende a la pared pélvica
- Estadio III El carcinoma se extiende a la pared pélvica
- Estadio IV El carcinoma se extiende a a la pelvis o involucra la mucosa de vejiga o recto, el edema buloso no es permitido a considerarse
- Estadio IV
  - IVA Tumor que invade mucosa de vejiga y/o recto y/o se extiende directamente a través de la pelvis
  - IVB Diseminación a órganos distantes

FIGO	T	N	M	EXPLICACION
<b>Estadio I</b>	T1	NO	MO	El carcinoma se extiende a través del epitelio pero no de la vagina. No diseminación de ganglios linfáticos ni a distancia
<b>Estadio II</b>	T2	NO	MO	El carcinoma se disemina a través de la vagina pero no pared pélvica. No diseminación a ganglios linfáticos ni a distancia
<b>Estadio III</b>	T3	N 0	MO	El carcinoma se extiende a la pared pélvica pero no a ganglios linfáticos
	T1-3	N1	MO	El carcinoma se extiende a la pared pélvica que involucra a ganglios linfáticos regionales
<b>Estadio IVA</b>	T4	Cualq. N	MO	Tumor que invade mucosa de vejiga y/o recto y/o se extiende directamente a través de la pelvis
<b>Estadio IVB</b>	Cualq. T	Cualq. N	M1	Diseminación a órganos distantes

**CUADRO II. CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DE LOS TUMORES DE VAGINA, OMS 2003.**

<p><b>TUMORES ESCAMOSOS Y PRECURSORES</b></p> <p><b>TUMORES EPITELIALES</b></p> <p><b>TUMORES ESCAMOSOS Y PRECURSORES</b></p> <p><b>Carcinoma de células escamosas. No específicos de otras formas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Queratinizante</li> <li>- No queratinizante</li> <li>- Basaloide</li> <li>- Verrucoso</li> <li>- Warty</li> </ul> <p><b>Lesión escamosa intraepitelial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lesión de alto grado, NIVA 3</li> <li>- Carcinoma in situ</li> </ul> <p><b>Lesiones escamosas benignas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condiloma acuminado</li> <li>- Papiloma escamoso</li> <li>- Pólipo fibroepitelial</li> </ul> <p><b>Tumores glandulares</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adenocarcinoma de células claras</li> <li>- Adenocarcinoma endometroide</li> <li>- Adenocarcinoma mucinoso</li> <li>- Adenocarcinoma mesonefrico</li> <li>- Papiloma mülleriano</li> <li>- Adenoma, no otra forma especificado             <ul style="list-style-type: none"> <li>Tubular</li> <li>Tubuloveloso</li> <li>Velloso</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Otros tumores epiteliales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carcinoma adenoescamoso</li> <li>- Carcinoma adenoide quístico</li> <li>- Carcinoma adenoide basal</li> <li>- Carcinoide</li> <li>- Carcinoma de célula pequeña</li> <li>- Carcinoma indiferenciado</li> </ul> <p><b>TUMORES MESENQUIMALES Y CONDICIONES SIMILARES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarcoma Botroides</li> <li>- Leiomiosarcoma</li> <li>- Sarcoma estroma endometrial de bajo grado</li> <li>- Sarcoma indiferenciado vaginal</li> <li>- Leiomioma</li> <li>- Rabdomioma genital</li> <li>- Angiomixoma profundo</li> <li>- Nódulo fusocelular postoperatorio</li> </ul> <p><b>TUMORES MIXTOS, EPITELIALES Y MESENQUIMALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carcinosarcoma (carcinoma metaplasico)</li> <li>- Adenosarcoma</li> <li>- Tumor mixto maligno, simulando sarcoma sinovial</li> <li>- Tumor mixto benigno</li> </ul>
---

CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE CANCER DE VAGINA

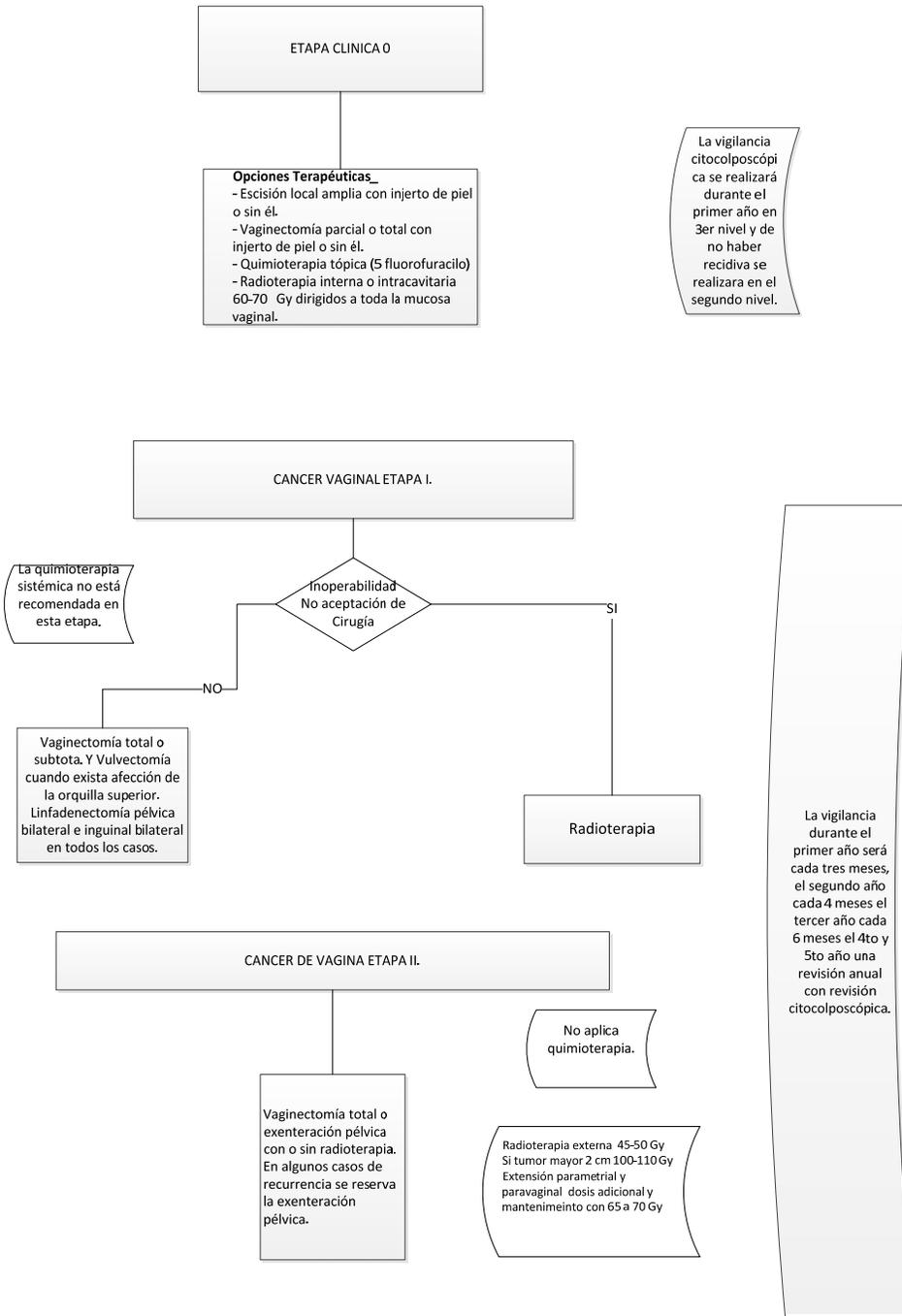
Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
3046	Cisplatino	Adultos y niños: 20 mg/m <sup>2</sup> de superficie Corporal /día, por cinco días, repetir cada 3 semanas ó 100 mg/m <sup>2</sup> de superficie corporal, una vez, repitiéndola cada cuatro semanas.	Solución inyectable de 10 mg	Es variable de acuerdo a la respuesta, posterior a dos ciclos	Anorexia, astenia, náusea, vómito, leucopenia, infección agregada, trombocitopenia, diarrea, mareos, cefalea, hiperuricemia, nefropatía alopecia, hemorragia gastro-intestinal, anemia megaloblástica, fiebre.	Los aminoglucósidos y furosemda aumentan los efectos adversos.	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática o renal, infecciones, depresión de la médula ósea.
4431	Carboplatino	De 4 a 5 AUSE (Área bajo la Curva)	Descripción Indicaciones Vía de administración y Dosis Solución inyectable. Cada frasco ampula con liofilizado contiene: Carboplatino 150 mg Envase con un frasco ampula.	Es variable de acuerdo a la respuesta, posterior a dos ciclos	Mielosupresión, náusea y vómito, reacciones anafilácticas, alopecia mínima	Potencia el efecto de otros medicamentos oncológicos y la radioterapia. Agentes nefrotóxicos o depresores de la médula ósea, potencian estos efectos tóxicos.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, al cisplatino, o compuestos que contienen platino o manitol, depresión de médula ósea, insuficiencia renal. Precauciones: No utilizar equipos que contengan aluminio para su administración.
4432	Ifosfamida	Adultos: 1.2 g/m <sup>2</sup> de superficie corporal /día, por 5 días consecutivos. Repetir cada 3 semanas o después que el paciente se recupere de la toxicidad hematológica. La terapia debe administrarse siempre con MESNA.	SOLUCION INYECTABLE Cada frasco ampula con polvo o liofilizado contiene: Ifosfamida 1 g Envase con un frasco ampula.	Es variable de acuerdo a la respuesta, posterior a dos ciclos	Disuria, hematuria, cilindruria y cistitis. Mielosupresión, somnolencia, confusión y psicosis depresiva. Náusea y vómito.	Incrementa la mielosupresión con otros fármacos oncológicos.	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia renal.
4435	Vinorelbina	Intravenosa en infusión lenta. Adultos: 20 a 30 mg/m <sup>2</sup> de superficie corporal / semana. Administrar día 1 día 8 cada 28 días	Solución inyectable Cada frasco ampula contiene: Ditartrato de vinorelbina equivalente a 10 mg de Vinorelbina.	Es variable de acuerdo a la respuesta, posterior a dos ciclos	Náusea, vómito, astenia, alopecia, anemia, granulocitopenia, leucopenia, dolor en el pecho, neuropatía periférica.	Con medicamentos mielosupresores aumenta la toxicidad hematológica.	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática, agranulocitosis.
5438	Gemcitabina .	1000 mg/m <sup>2</sup> de superficie corporal, día 1 y 8 días cada 4 semanas.	Solución inyectable Cada frasco ampula contiene: Clorhidrato de	Es variable de acuerdo a la respuesta, posterior a dos ciclos	Anemia, edema, hematuria, leucopenia, proteinuria, trombocitopenia, broncoespasmo,	Con medicamentos inmunosupresores como azatioprina, corticoesteroides,	Hipersensibilidad al fármaco.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CÁNCER DE VAGINA EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

		Niños: No se recomienda.	gemcitabina equivalenta a 1 g de gemcitabina. Envase con un frasco ámpula.		hipertensión arterial.	ciclofosfamida aumentan efectos adversos.	
3012	fluorouracilo	1 GRM POR METRO POR DÍA, EN INFUSION CONTINUA DE 96 HRS O 750 MG/ METRO 2 iv cada 3 semanas	Solución inyectable Cada ampolleta o frasco ámpula contiene: Fluorouracilo 250 mg Envase con 10 ampolletas o frascos ámpula con 10 ml.	Es variable de acuerdo a la respuesta, posterior a dos ciclos	Leucopenia, trombocitopenia, pancitopenia, estomatitis aftosa, náusea , vómito, diarrea, alopecia, hiperpigmentación, crisis anginosas, ataxia, nistagmus, dermatosis, alopecia, desorientación, debilidad, somnia, euforia.	Con medicamentos que producen mielosupresión y con radioterapia aumentan efectos adversos.	Hipersensibilidad al fármaco.

## ALGORITMOS

### OPCIONES TERAPEUTICAS PARA EL CANCER DE VAGINA ETAPA 0, I Y II EN EL SEGUNDO Y TERCER NIVEL.



### OPCIONES TERAPEUTICAS PARA EL CANCER DE VAGINA ETAPA III

