



FACULDADE TIRADENTES

RESIDÊNCIA MÉDICA

MARCOS RODRIGUES DA SILVA ARAÚJO

**CÂNCER PRIMÁRIO DE VAGINA EM PACIENTE ATENDIDA EM UM HOSPITAL
ESCOLA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES: UM RELATO DE CASO**

JABOATÃO DOS GUARARAPES

2023

FACULDADE TIRADENTES

RESIDÊNCIA MÉDICA

MARCOS RODRIGUES DA SILVA ARAÚJO

**CÂNCER PRIMÁRIO DE VAGINA EM PACIENTE ATENDIDA EM UM HOSPITAL
ESCOLA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES: UM RELATO DE CASO**

TCC apresentado à Faculdade de Medicina Tiradentes como requisito para a conclusão da Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia.

Orientador: Alexandre Marlon
Carvalho Oliveira

JABOATÃO DOS GUARARAPES

2023

MARCOS RODRIGUES DA SILVA ARAÚJO

**CÂNCER PRIMÁRIO DE VAGINA EM PACIENTE ATENDIDA EM UM HOSPITAL
ESCOLA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES: UM RELATO DE CASO**

TCC apresentado à Faculdade de
Medicina Tiradentes como requisito para
a conclusão da Residência Médica de
Ginecologia e Obstetrícia.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Alexandre Marlon Carvalho Oliveira (Orientador)
Faculdade

Profº. Dr. XXXXXXXXX XXXXXXXX (Examinador Interno)
Faculdade XXXXXXXXXXXX

Profº. Dr. XXXXXXXXX XXXXXXXX (Examinador Externo)
Faculdade XXXXXXXXXXXX

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar, por ter me sustentado diante de todos os desafios encontrados até aqui. Agradeço aos meus Pais, Manoel Rodrigues e Rosineide Rodrigues, e a toda minha família por todo apoio, incentivo, orações para que eu concluísse minha residência médica e realizar meus sonhos. Agradeço em especial a minha esposa, Camila Lays, por todo suporte, incentivo, por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis e por estar sempre me apoiando. Agradeço aos meus staffs com quem aprendi a ver outro lado da medicina nesta especialidade cercada de desafios, mas também de momentos gratificantes. Às minhas colegas de turma, Mirella e Andrea, que desde nosso primeiro contato fortalecemos nossa união e formamos uma parceria incrível, superando momentos difíceis e comemorando juntos. Agradeço ao meu amigo e orientador, Dr. Alexandre Marlon, pela parceria, ensinamentos dentro e fora da residência médica. Às minhas pacientes que confiaram sua saúde a nossa equipe.

RESUMO

Introdução: O carcinoma primário de vagina constitui um tumor ginecológico raro, representando entre 1 e 2% de todas as patologias malignas ginecológicas. A média de idade no momento do diagnóstico é de 58 anos, e a taxa de câncer de vagina aumentam com a idade, atingindo seu máximo aos 80 anos de idade. O carcinoma de células escamosas figura como o mais incidente, representando 85% dos casos, seguido pelos adenocarcinomas, sarcomas, tumores botrioides, e o melanoma.

Descrição do caso: Paciente de 51 anos de idade, procurou atendimento ginecológico com queixa de sangramento genital pós-menopausa. No exame físico apresentava lesão vegetante, friável, e sangrante em parede vaginal anterior. Após realização de biópsia incisional foi confirmado o diagnóstico de Carcinoma pouco diferenciado. Realizado o rastreamento de lesões secundárias que se mostrou negativo para metástases, paciente foi então diagnosticada com Câncer de vagina estágio clínico 1. A mesma foi então direcionada para tratamento com radioterapia devido localização e extensão da neoplasia. **Discussão:** O câncer vaginal é uma patologia rara dentre os tumores ginecológicos e representa um desafio diagnóstico em fases iniciais já que neste momento a doença se apresenta de forma assintomática. O diagnóstico é mais comum em idades mais avançadas, sendo o diagnóstico de pacientes jovens ainda mais desafiador. **Conclusão:** O câncer primário de vagina é uma rara patologia ginecológica que constitui um desafio no diagnóstico em fases precoces. São necessários mais estudos prospectivos para fornecer informações quanto a história natural desta patologia bem como guiar atualizações no seu tratamento.

Palavras-chave: Vagina; câncer primário; carcinoma de células escamosas; HPV.

ABSTRACT

Introduction: Primary vaginal carcinoma is a rare gynecological tumor, representing between 1 and 2% of all gynecological malignancies. The average age at diagnosis is 58 years, and the rate of vaginal cancer increases with age, peaking at age 80. Squamous cell carcinoma is the most frequent, accounting for 85% of cases, followed by adenocarcinomas, sarcomas, botryoid tumors, and melanoma. **Case description:** A 51-year-old female patient sought gynecological care complaining of postmenopausal genital bleeding. On physical examination, she had a vegetating, friable, and bleeding lesion on the anterior vaginal wall. After performed of the incisional biopsy, the diagnosis of poorly differentiated carcinoma was confirmed. After tracking secondary lesions that were negative for metastases, the patient was then diagnosed with Vaginal Cancer clinical level 1. He was then directed to treatment with radiotherapy due to the location and extent of the neoplasm. **Discussion:** Vaginal cancer is a rare pathology among gynecological tumors and represents a diagnostic defiance in the early stages, since currently the disease is asymptomatic. Diagnosis is more common at older ages, and the diagnosis of young patients is even more challenging. **Conclusion:** Primary vaginal cancer is a rare gynecological pathology that constitutes a challenge to diagnose in its early stages. More prospective studies are needed to provide information about the natural history of this pathology as well as guide updates in its treatment.

Keywords: Vagina; primary cancer; squamous cell carcinoma; HPV.

LISTA DE ABREVIACES

FIGO	Federao Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HPV	<i>Human Papillomavirus</i>
PC	Parto por Cesariana
EC	Estadiamento clínico
NIVa	Neoplasia intraepitelial vaginal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
3 MÉTODOS	12
4 DESENVOLVIMENTO E APRESENTAÇÃO DO CASO	13
5 DISCUSSÃO	15
6 CONCLUSÃO.....	18
REFERÊNCIAS.....	19
ANEXO A.....	21

1 INTRODUÇÃO

O carcinoma primário de vagina constitui um tumor ginecológico raro, representando entre 1 e 2% de todas as patologias malignas ginecológicas (HOFFMAN et al., 2014 e FREITAS et al., 2011). A incidência geral é de 0,45 casos a cada 100.000 mulheres, sendo mais frequente em mulheres negras e hispânicas (HOFFMAN et al., 2014).

A média de idade no momento do diagnóstico é de 58 anos, e a taxa de câncer de vagina aumentam com a idade, atingindo seu máximo aos 80 anos de idade (WATSON et al., 2009).

A maioria dos casos de câncer de vagina são neoplasias que tem sua origem nas células escamosas (FREITAS et al., 2011). Devido sua localização anatômica e as extensas conexões linfáticas, a vagina está exposta a metástases de outros cânceres ginecológicos ou até mesmo a infiltração de tumores localizados em órgãos adjacentes (PRIMO, 2021). A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) classifica a lesão vaginal que acomete sítios adjacentes como o colo do útero ou a vulva como primária de colo uterino ou vulva, respectivamente, sendo então o achado vaginal com maior possibilidade de ser metastático do que necessariamente uma lesão primária. Os sítios mais comuns são o colo uterino, o endométrio e o colo/reto (HOFFMAN et al., 2014). Estima-se que as lesões metastáticas sejam duas a três vezes mais frequentes que o carcinoma primário de vagina (PRIMO, 2021).

Entre os fatores de risco mais associados ao diagnóstico de câncer de vagina estão a infecção prévia pelo *Human Papillomavirus* (HPV), mais relacionados com os sorotipos 16 e 18, início precoce de atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, tabagismo. Fatores estes também relacionados ao surgimento do câncer de colo uterino. Pacientes com passado de neoplasias do colo do útero e de vulva apresentam também risco aumentado para desenvolvimento o câncer de vagina (DALING et al. 2002). Outros fatores incluem o baixo nível socioeconômico, irritação vaginal crônica e tratamento prévio para Câncer de colo uterino (FREITAS et al., 2011).

O carcinoma de células escamosas figura como o mais incidente, representando 85% dos casos, seguido pelos adenocarcinomas, sarcomas, tumores botrioides, estes mais comuns na infância e adolescência, os angiossarcomas e os mesodermas (frequentemente encontrados em pacientes submetidas a radioterapia), e os melanomas (PRIMO, 2021).

Para o diagnóstico devemos obter uma história clínica detalhada, questionando passado de câncer, radioterapia e cirurgias realizadas previamente. Pacientes submetidas à histerectomia têm maior probabilidade de apresentar lesões no 1/3 superior da vagina, cerca de 70-80% (HOFFMAN et al., 2014 e PRIMO, 2021).

Frequentemente o diagnóstico é dado em fases tardias devido quadro inicial do desenvolvimento do câncer de vagina ser assintomático, além da baixa procura por consulta ginecológica preventiva. Os sintomas mais relacionados são o sangramento vaginal pós coito ou pós menopausa, corrimento vaginal e, a depender de sua localização, sintomas urinários como hematúria, urgência miccional no acometimento da parede anterior ou sangramento retal quando localizado na parede posterior (PRIMO, 2021).

Durante a avaliação é necessário exame ginecológico detalhado com inspeção direta de toda a extensão das paredes vaginais. Deve-se realizar colposcopia, bem como coletar amostra de colpocitologia e biópsia. O toque vaginal e retal pode guiar quanto ao acometimento de paracolpos e paramétrios (FREITAS et al., 2011). Todas as pacientes com diagnóstico de câncer de vagina devem realizar estadiamento clínico com realização de radiografia de tórax, uretrocistoscopia, retossigmoidoscopia ou ressonância magnética para avaliar extensão da doença (PRIMO; CORRÊA; BRASILEIRO, 2017).

2 OBJETIVOS

Descrever um caso de câncer primário de vagina em paciente atendida no serviço de ginecologia de um Hospital Escola de Jaboatão dos Guararapes PE em setembro de 2022 e fazer uma revisão de literatura sobre esta patologia.

3 MÉTODOS

Este trabalho se desenvolveu a partir da análise das informações do prontuário eletrônico obtido nos registros do Hospital Guararapes, situado em Jaboatão dos Guararapes – PE, registro de imagens, entrevista com equipe médica assistente e revisão da literatura.

Não foi necessário a aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido um vez que os dados foram tratados de forma a não identificar a paciente, sendo garantida a confidencialidade dos dados colhidos.

Não há conflitos de interesse entre o pesquisador e o tema abordado neste trabalho.

4 DESENVOLVIMENTO E APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente MAFM, sexo feminino, 51 anos de idade, procurou atendimento ginecológico com queixa de sangramento genital pós-menopausa. Na ocasião relatou um episódio anterior.

Em seus antecedentes gineco-obstétricos paciente relata menarca aos 13 anos, duas gestações com dois partos por cesariana (G2 P2 – 2 PC), sem histórico de abortamentos. A mesma descreve ainda ter tido um parceiro sexual e que entrou na menopausa aos 45 anos de idade. Negou ser tabagista ou fazer uso de drogas. Sem histórico de câncer ginecológico na família. No seu passado cirúrgico, relata duas cesarianas, a última com realização de laqueadura tubária bilateral. Paciente relatava ainda ter realizado exames de citologia oncológica do colo uterino anualmente, mas sem alterações nos exames. Na oportunidade apresentou os exames realizados em 2020 e 2021, ambos negativos para neoplasia.

No momento da consulta estava em uso de Tibolona 2,5mg por dia, associado a Promestrieno por via vaginal, negando uso de qualquer outra medicação.

Durante exame físico foi evidenciado lesão pediculada em parede vaginal anterior, sem evidência de doença em colo uterino no exame especular (anexo A).

Paciente portava exames realizados dos quais destaco os seguintes: Colpocitologia oncológica de colo uterino negativo para neoplasia, ultrassonografia endovaginal com útero de aspecto e volume habituais, eco endometrial de 0,2cm (dentro da normalidade no período pós menopausa), sem outros achados relevantes. Ultrassonografia de vias urinárias com resíduo pós-miccional aumentado de 400ml. Ultrassonografia de mamas Bi-Rads 4, com nódulo ductal em mama esquerda. Exame histopatológico de lesão mamária com achado benigno. Demais exames realizados sem achados relevantes.

Paciente foi submetida a procedimento cirúrgico de biópsia incisional que em sua descrição cirúrgica caracteriza lesão vegetante em parede anterior de 6,0 x 6,0 x

10,0 cm, friável, sangrante, com base endurecida com possível comprometimento vesical.

Ainda neste tempo cirúrgico foi realizada histeroscopia para estudo de cavidade endometrial, que evidencia apenas endométrio de padrão atrófico, sem outros achados de relevância.

Após procedimento cirúrgico, peça cirúrgica foi submetida a estudo histopatológico que demonstra: Carcinoma pouco diferenciado. A conclusão do exame orienta realização de Imunohistoquímica.

Ressonância magnética da pelve foi realizada que identificou lesão focal sólida, bem delimitada, medindo 2,4 x 1,1 x 2,3 cm, na parede anterior do terço superior da vagina, confinada a parede, demais regiões da cavidade vaginal com sinal normal. Ausência de linfonodomegalias.

Realizadas tomografias computadorizadas de tórax e abdome superior, sem evidência de metástases. Como achado adicional, descreve cisto renal à direita de 1,2 cm.

Após confirmação diagnóstica e realização de exames de rastreamento de metástase e estadiamento, paciente foi então encaminhada para tratamento com radioterapia e, até o momento da elaboração deste trabalho, aguarda resultado de exame de imunohistoquímica.

5 DISCUSSÃO

O câncer vaginal é uma patologia rara dentre os tumores ginecológicos e representa um desafio diagnóstico em fases iniciais já que neste momento a doença se apresenta de forma assintomática. O diagnóstico é mais comum em idades mais avançadas, sendo o diagnóstico de pacientes jovens ainda mais desafiador (PRIMO et al., 2017).

Como mencionado anteriormente, os fatores de risco mais associados ao câncer de vagina são a infecção pelo HPV, multiplicidade de parceiros, início precoce de atividade sexual, neoplasia prévia de colo de útero ou vulva, bem como tratamento prévio com radioterapia, ou até cirurgias prévias (DALING et. al, 2002 e FREITAS et al., 2011). No caso apresentado, a paciente não apresentou qualquer fator de risco em sua anamnese ou antecedentes pessoais, exceto por não ser possível afirmar exposição ao HPV.

Após diagnóstico confirmado e realização de exames de imagem para verificar extensão da doença e possibilidade de metástases, a paciente foi classificada com Carcinoma mal diferenciado de vagina EC1, limitado à parede vaginal. De acordo com a tabela (Ver tabela 1) de estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a neoplasia limitada à parede vaginal (Estadio I - FIGO) possui duas possibilidades de tratamento, a abordagem cirúrgica, que recomenda a realização de Histerectomia radical, linfadenectomia pélvica e colpectomia superior em lesões localizadas no terço superior da vagina, ou tratamento com radioterapia (FREITAS et al., 2011 e HOSKINS, 2005). Em lesões Localizadas em terço médio ou que se apresentem com maior extensão, a radioterapia exclusiva representa melhor opção terapêutica (PRIMO; CORRÊA; BRASILEIRO, 2017). No caso em questão foi optado por tratamento com radioterapia devido localização de tumoração em parede vaginal anterior, em terço médio.

Tabela 1: Estadiamento FIGO 2009 de Câncer de vagina:

Estádio	Características
I	Carcinoma limitado à parede vaginal
II	Carcinoma com acometimento do tecido subvaginal, mas sem extensão para a parede pélvica
III	Carcinoma com extensão para a parede pélvica
IV	Carcinoma com extensão além da pelve verdadeira ou com acometimento da mucosa da bexiga ou do reto; o edema bolhoso <i>per se</i> não permite que o caso seja classificado no estágio IV
IVA	Tumor invade a bexiga e/ou a mucosa retal e/ou estende-se diretamente além da pelve verdadeira
IVB	Disseminação para órgãos distantes

FIGO = Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria.

Fonte: Ginecologia de Williams (2014)

Tabela 2: Tratamento do Câncer de vagina:

Estádio	Tratamento
0	Excisão cirúrgica, ablação com <i>laser</i> , imiquimod (casos selecionados)
I	Histerectomia radical, linfadenectomia pélvica e vaginectomia superior (lesões do terço superior de vagina) ou radioterapia consistindo de cilindro intracavitário e/ou implante intersticial com ou sem radioterapia pélvica externa
II, III, IV	Radioterapia pélvica externa e cilindro intracavitário e/ou implante intersticial Tratamento dos linfonodos inguinais caso o tumor envolva o terço inferior de vagina
Recorrência	Tratamento depende da extensão da recorrência. Opções: Excisão local ampla Vaginectomia parcial Exenteração pélvica Quimioterapia

Fonte: Rotinas em Ginecologia, 6ª ed. (2011)

Tumores indiferenciados diagnosticados em pacientes sintomáticas, localizados em região do terço inferior e médio da vagina, bem como idade acima de 60 anos, representam fatores de pior prognóstico (BEREK, JS e HACHER NE, 2015). Barakat et al. (2002) e Eifel et al. (2006) descrevem que a sobrevida em 5 anos em pacientes diagnosticadas com Câncer vaginal no EC I é de 80%, chegando a apenas 10% em pacientes diagnosticadas no EC IV.

Há expectativa que, com a ampliação da vacinação para o HPV, sua incidência seja ainda menor. De acordo com Joura et al. (2017), a vacina quadrivalente para HPV

foi efetiva para prevenção das lesões tipo NIVa 2 e 3, sendo estas as precursoras da neoplasia vaginal.

6 CONCLUSÃO

Devido a localização do carcinoma primário de vagina da paciente em questão, no terço médio da vagina, e estadiamento clínico I, a conduta adotada com tratamento com radioterapia exclusiva apresenta-se como a melhor opção terapêutica atualmente, visto que lesões nesta localização onde foram realizados o tratamento cirúrgico demonstraram elevada morbidade. O tratamento cirúrgico fica então reservado a situações específicas como a localização em terço superior e inferior, com EC I.

REFERÊNCIAS

- BARAKAT, R. R. et al. Handbook of gynecologic oncology. 2nd ed. London: Martin Dunitz, 2002.
- BEREK JS, HACHER NE, Gynecologic Oncology. 6ª ed. Philadelphia: Walters Kluwer; 2015. p. 608-624.
- Daling JR, Madeleine MM, Schwartz SM, et al: A population-based study of squamous cell vaginal cancer: HPV and cofactors. Gynecol Oncol 84:263, 2002.
- EIFEL, P. J. et al. Gynecologic cancer. New York: Springer-Verlag, (M D Anderson Cancer Care series), 2006.
- FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Current FIGO staging for cancer of the vagina, fallopian tube, ovary, and gestational trophoblastic neoplasia. Int J Gynaecol Obstet 2009; 105:3
- FREITAS, Fernando et al. Rotinas em Ginecologia. In: ROTINAS em Ginecologia. 6. ed. Porto Alegre- RS: Artmed editora S.A., 2011. cap. 32, p. 446-458.
- HOFFMAN, Barbara et al. Ginecologia de Williams. In: GINECOLOGIA de Williams. 2. ed. Dallas, Texas: AMGH Editora Ltda, 2014. cap. 32 - Câncer de Vagina, p. 808-816.
- HOSKINS, W. J. Principles and practice of gynecologic oncology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 2005.
- JOURA EA, LEODOLTER S, HERNANDEZ-AVILA M, et al: Efficacy of a quadrivalent prophylactic human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like-particle vaccine against high-grade vulval and vaginal lesions: a combined analysis of three randomized clinical trials. Lancet 369(9574):1693, 2007.
- PRIMO, Walquiria; CORRÊA, Frederico; BRASILEIRO, Jean. Manual de Ginecologia da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Brasília. 2ª. ed. Brasília - DF: [s. n.], 2017. cap. Neoplasia Intraepitelial de vagina, p. 456-459.

PRIMO, Walquiria. Ginecologia e Obstetria: FEBRASGO para o Médico Residente. 2. ed. [S. l.]: Manole Ltda., 2021. cap. 53 - Câncer de vagina, p. 564-568.

WATSON M, SARAIYA M, WU X: Update of HPV-associated female genital cancers in the United States, 1999-2004. J. Womens Health 18:1731, 2009.

ANEXO A

Imagem do exame especular evidenciando lesão em 1/3 médio de parede vaginal anterior.

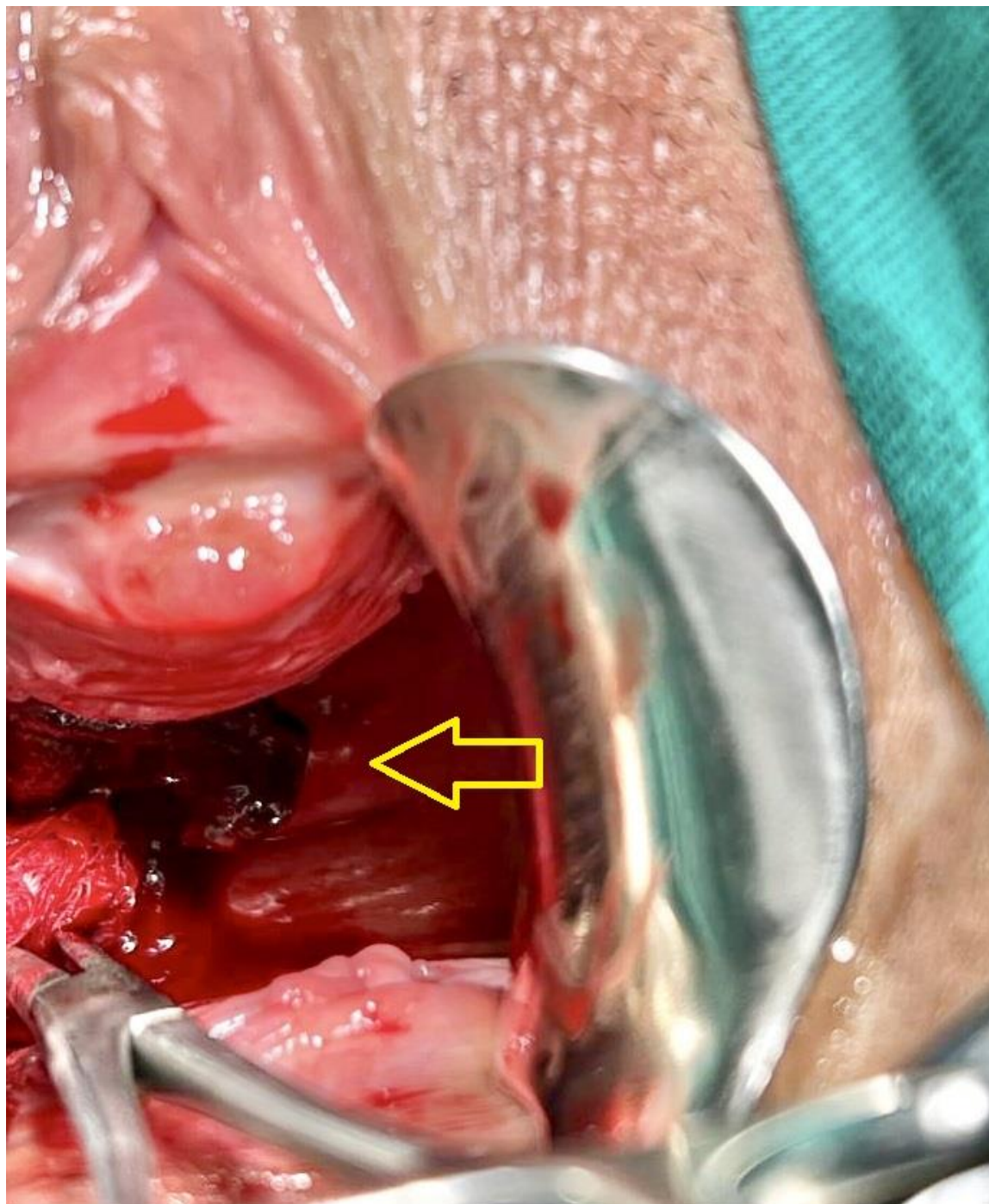


Foto autorizada pela paciente.

Fonte: acervo pessoal.