

Carcinoma primário de vagina em uma mulher jovem: relato de caso

Aurélio Ribeiro da Costa¹
Ellen Daphyne Ribeiro Braga²

¹ Orientador: Faculdade Pernambucana de Saúde. Curso de Medicina

² Autora: Faculdade Pernambucana de Saúde. Curso de Medicina

Resumo

Introdução: o carcinoma primário de vagina é uma das entidades mais raras do trato genital feminino, representando apenas 1-3% das doenças ginecológicas malignas. Com um número de casos descritos bastante limitado, representa um desafio para o melhor entendimento de sua história natural e para a escolha do tratamento ideal.

Descrição do caso: mulher jovem de 25 anos, sem comorbidades, exibindo linfonomegalia inguinal bilateral, apresenta, durante exame especular, lesão vegetante em parede póstero-lateral direita do canal vaginal. Após biópsia da lesão e PAAF de linfonodo inguinal, foi evidenciado, no exame histológico, carcinoma vaginal primário pouco diferenciado com metástase linfonodal.

Discussão: o câncer de vagina é tipicamente uma doença de mulheres mais velhas, sendo ainda mais rara a apresentação em mulheres jovens, que podem se tornar predispostas a partir dos fatores de risco e acabam tendo uma apresentação clínica mais agressiva.

Conclusão: por ser uma doença rara, com poucos casos relatados, tornam-se indispensáveis novos estudos, a fim de atingir um melhor manejo e prognóstico.

Palavras-chave: carcinoma primário, células escamosas, vagina

ABSTRACT

Introduction: primary carcinoma of the vagina is one of the rarest entities of the feminine genital tract, representing only 1-3% of gynaecological malignancies. With a very limited number of case reports, it is a challenge to achieve a better understanding of its natural history and an ideal treatment choice.

Case description: twenty-five years old woman, without comorbidities, showing bilateral inguinal lymphadenopathy, presents, during the speculum exam, a vegetative lesion on posterolateral vaginal canal. After biopsy of this lesion and fine needle aspiration of inguinal lymph node, it was evidenced, on histological exam, a poorly differentiated primary vaginal carcinoma with lymph node metastasis.

Discussion: Vaginal cancer is typically an older women disease, being even rarer on young women, which can become predisposed from the risk factors and end up having a more aggressive clinical presentation.

Conclusion: being a rare disease, with just a few case reports, new studies are indispensable in order to reach a better treatment and prognosis.

Keywords: primary carcinoma, squamous cells, vagina

Introdução

O câncer primário de vagina está entre as mais raras e desafiantes neoplasias de todo trato genital feminino,¹ representando mundialmente 1-3% das doenças ginecológicas malignas.²

O câncer de vagina foi identificado como entidade própria pela primeira vez em 1952, por Graham e Meigs² e desde então poucos casos foram relatados, tendo-se informação insuficiente sobre sua história natural, tratamento e prognóstico.²

O câncer de vagina costuma acometer principalmente mulheres mais velhas, em 50% dos casos, com mais de 70 anos de idade.³ Em relação à etnia, mostrou-se que afro-americanas tem a maior taxa de incidência, enquanto asiáticas tem a menor.² Também se mostrou mais incidência em países onde o salário mínimo é menor, com taxas de desemprego maiores e onde grande parte da população vive abaixo da linha de pobreza.²

A precocidade na primeira atividade sexual, maior número de parceiros sexuais durante a vida e tabagismo são fatores de risco reconhecidos, como também, a infecção pelo papiloma vírus humano, especialmente o HPV-16, compartilhando assim uma forte relação com o carcinoma cervical.^{4,5}

Cerca de 20% das pacientes não possuem sintomas no momento do diagnóstico. Quando esta ocorre, a apresentação clínica mais comum é o sangramento vaginal, entretanto pode haver também corrimento aquoso, hemático ou de odor desagradável, como também a sensação de uma massa na vagina. Alguns sintomas como tenesmo, constipação, aumento da frequência urinária e dor pélvica podem também estar presentes, relacionados à extensão local da doença.^{6,7}

O carcinoma vaginal se difunde por continuidade para os tecidos para-cervicais e para a vulva, por contiguidade para a bexiga e para o reto, e pelo sistema linfático para linfonodos locorregionais. A metástase à distância é incomum, no entanto, quando presente, acomete principalmente pulmões, fígado e ossos.⁸

O diagnóstico é feito a partir do exame ginecológico de rotina, seja pela visualização direta da lesão, seja através da citologia oncótica.^{16,18} Caso nenhuma lesão for visualizada e houver um resultado anormal da citologia, a colposcopia deverá ser realizada e, quando identificada a lesão, deve ser procedido biópsia vaginal.⁹

Os únicos exames de imagem indicados pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) são a radiografia de tórax e de esqueleto. Tomografia e ressonância magnética, no entanto, podem ser úteis para planejar o tratamento.^{10,11}

A radioterapia tem sido a principal modalidade de tratamento para o câncer de vagina. Todavia, a escolha precisa ser individualizada, levando em consideração a idade da paciente, o tamanho, o estágio e a localização do tumor.^{1,2,3,12}

O carcinoma de vagina também possui um sistema de estadiamento proposto pela FIGO, que consiste nos estágios I, II, III, IVA e IVB.¹²

À medida que o estágio aumenta, é mais provável a escolha da radioterapia. A abordagem cirúrgica só deve ser considerada em casos específicos: no estágio I quando o tumor está restrito à área póstero-superior da vagina, e no estágio IV quando há presença de fístula reto-vaginal ou vesico-vaginal. No estágio I a cirurgia consiste em uma histerectomia radical com vaginectomia superior e linfadenectomia pélvica. No estágio IV a cirurgia proposta é a exenteração pélvica.^{2,3,12,14}

Quanto mais avançada a idade, pior o fator prognóstico, assim como a localização do tumor fora do terço superior da vagina e tamanho acima de 04 cm. Há também uma alta taxa de recorrência e uma grande morbidade associada a complicações decorrentes do tratamento, como a formação de fístulas, por exemplo.^{2,3,15}

Tabela 1

Estadiamento para carcinoma de vagina - FIGO

Estágio I	Carcinoma limitado à parede da vagina
Estágio II	Carcinoma com extensão aos tecidos adjacentes, sem atingir a parede pélvica
Estágio III	Carcinoma com extensão à parede pélvica
Estágio IV A	Carcinoma com extensão direta além da pelve verdadeira ou envolvendo a mucosa de órgãos adjacentes
Estágio IV B	Metástase à distância

FIGO, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia¹³

Objetivo

Descrever um caso de carcinoma primário de vagina em uma mulher jovem admitida no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) em setembro de 2017 e revisar a literatura sobre a patologia em questão.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de caso, com informações obtidas por meio de dados do prontuário durante o período de internamento. Foi realizado levantamento de estudos anteriores, sendo encontrados 19 artigos satisfatórios ao desejado, de 1971 a 2015. Utilizaram-se, em conjunto ou separadamente, os seguintes descritores para a pesquisa nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde e EBSCO: carcinoma primário, células escamosas, vagina.

No desenvolvimento do estudo foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Relato do caso

TMS, 25 anos de idade, sexo feminino, natural de Timbaúba - PE, procedente de Recife - PE, solteira, cor negra, admitida no Instituto de Medicina Integral Prof^o Fernando Figueira, IMIP, Recife, com queixa de “caroço” em região inguinal bilateral.

A paciente referiu perceber linfonodomegalia inguinal bilateral há cerca de 20 dias, associada a uma perda de peso de 8 kg em dois meses e dor local que irradiava para membros inferiores, com piora há 10 dias.

A menarca ocorreu aos 13 anos, com ciclos regulares de fluxo moderado. A primeira atividade sexual foi aos 15 anos, a paciente informa ter tido três parceiros sexuais, no entanto estava sem parceiro fixo e sem vida sexual ativa no momento do internamento. Negava dispareunia e sinusorragia. Referiu corrimento de coloração amarelada, inodoro e sem prurido no momento do internamento. Tinha realizado exame de citologia oncológica há mais de um ano, sem saber informar ao certo o tempo exato, entretanto afirmou que não tinha ultrapassado os cinco anos. Gesta 1/ Para 1/ Aborto 0; parto vaginal há oito anos.

Negava comorbidades; referia história de leucemia em irmão; negava outras comorbidades na

família.

Durante o exame físico admissional foram palpados linfonodo inguinal esquerdo móvel, endurecido, com 04x03 cm, e dois linfonodos inguinais à direita, pouco móveis, endurecidos, com 02x04 cm e 03x02 cm.

No exame especular foi observada lesão vegetante, de odor desagradável, em parede lateral direita, medindo 04x06 cm, estendendo-se até fundo de saco posterior, com colo uterino livre. Ao toque vaginal combinado, havia tumoração palpável em porção lateral direita e posterior da vagina, acometendo seus três terços, mas sem comprometimento de colo. No toque retal, notou-se paramétrio direito totalmente comprometido até a parede pélvica e paramétrio esquerdo acometido em topografia de fundo de saco posterior até a cavidade pélvica.

Durante internamento a paciente foi submetida à biópsia de lesão vaginal, com fragmento encaminhado para análise histopatológica e PAAF guiada por USG de linfonodo inguinal. Foram também realizadas ultrassonografia e ressonância nuclear magnética de abdome total e radiografia e tomografia de tórax.

Os exames de ultrassonografia de abdome total, de radiografia e de tomografia de tórax não evidenciaram quaisquer alterações. No entanto, a ressonância de abdome mostrou processo expansivo sólido heterogêneo de aspecto irregular com caráter infiltrativo, comprometendo a parede póstero-lateral direita do canal vaginal, com sinais de infiltração dos planos adiposos adjacentes; formações sólidas heterogêneas ocupando a escavação pélvica, em topografia pararretal bilateralmente; linfonodos distribuídos em gordura mesorretal e envolvendo a cadeia ilíaca direita; linfonodomegalias sólidas heterogêneas ocupando regiões inguinais bilateralmente.

Análise imuno-histoquímica de fragmento vaginal evidenciou carcinoma pouco diferenciado de células escamosas e laudo de PAAF de linfonodo inguinal indicou metástase de carcinoma espinocelular.

Assintomática após controle de dor, estável clínica e hemodinamicamente, a paciente recebeu alta hospitalar após consulta no setor de radioterapia, sendo proposto acompanhamento ambulatorial e tratamento com radioterapia e quimioterapia.

Discussão

O carcinoma primário de vagina é uma das mais raras doenças do trato genital feminino. Costuma

apresentar-se em mulheres mais velhas, sendo seu diagnóstico em mulheres jovens ainda mais raro. Apesar disso, mulheres jovens podem estar predispostas quando possuem fatores de risco. Assim como no caso descrito, em que a paciente teve seu primeiro intercurso social aos 15 anos de idade. Os artigos encontrados na literatura mostram que o início precoce da vida sexual é um reconhecido fator de risco. Além disso, sabe-se que mulheres infectadas com HIV ou HPV estão predispostas a desenvolver não apenas o câncer de colo de útero, mas também o carcinoma vaginal, geralmente com uma apresentação clínica mais agressiva.³

Cerca de um terço de todos os casos teve previamente algum tipo de tumor anogenital, principalmente de colo uterino. A histerectomia prévia também se apresentou como um fator de risco, mas apenas nas mulheres sem histórico de câncer anogenital.^{3,12} Estes dois fatores, no entanto, assim como o tabagismo e múltiplos parceiros sexuais, estavam ausentes na paciente descrita.

O tipo histológico mais comum de câncer primário da vagina é o carcinoma de células escamosas, correspondendo ao da paciente em questão. Ele representa 80-90% dos casos, seguido pelo adenocarcinoma, com 4-10%.¹⁶⁻¹⁸ O carcinoma de células escamosas pode ser classificado como bem diferenciado, moderadamente

diferenciado e pouco diferenciado ou indiferenciado.¹⁹

A paciente relatada apresentava clinicamente apenas o achado de linfonodomegalias inguinais com dor local, que surgiu somente 20 dias antes de sua admissão hospitalar. Apesar de ter uma extensa lesão vegetante, estendendo-se pelos três terços da parede póstero-lateral do canal vaginal, a paciente não chegou a relatar a sensação de massa na vagina. A localização do tumor fora do terço superior da vagina e com tamanho acima de 04 cm estão relacionados a um pior prognóstico.^{2,3,15}

A radioterapia é a principal modalidade de tratamento, ficando a cirurgia restrita às circunstâncias específicas. Há, no entanto, uma nova tendência em associar quimioterapia à radioterapia em pacientes com doença localmente avançada, opção escolhida para a paciente em questão. Todavia, esta modalidade ainda não provou melhorar o prognóstico da doença.^{2,3,14}

Considerações finais

Dada a raridade do câncer primário de vagina, faz-se necessário maiores estudos prospectivos para uma melhor caracterização da história natural da doença e para a definição do tratamento ideal.

Referências

1. Rubin SC, Young J, Mikuta JJ. Squamous carcinoma of the vagina: treatment, complications, and long-term follow-up. *Gynecol Oncol* 1985; 20:346
2. Shah CA, Goff BA, Lowe K, et al. Factors affecting risk of mortality in women with vaginal cancer. *Obstet Gynecol* 2009; 113:1038
3. Gadducci A, Fabrini MG, Lanfredini N, Sergiampietri C. Squamous cell carcinoma of the vagina: natural history, treatment modalities and prognostic factors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2015; 93:211
4. 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
5. Larsson GL, Helenius G, Andersson S, et al. Prognostic impact of human papilloma virus (HPV) genotyping and HPV-16 subtyping in vaginal carcinoma. *Gynecol Oncol* 2013; 129:406.
6. Choo YC, Anderson DG. Neoplasms of the vagina following cervical carcinoma. *Gynecol Oncol* 1982; 14:125.
7. Herbst AL, Ulfelder H, Poskanzer DC. Adenocarcinoma of the vagina. Association of maternal stilbestrol therapy with tumor appearance in young women. *N Engl J Med* 1971; 284:878.
8. Khosla D, Rai B, Patel FD, Sapkota S, Srinivasan R, Sharma SC. Acrometastasis to hand in vaginal carcinoma: a rare entity. *J Cancer Res Ther* 2012; 8:430-2.
9. Di Donato V, Bellati F, Fischetti M, et al. Vaginal cancer. *Crit Rev Oncol Hematol* 2012; 81:286.
10. Taylor MB, Dugar N, Davidson SE, Carrington BM. Magnetic resonance imaging of primary vaginal carcinoma. *Clin Radiol* 2007; 62:549.
11. Gardner CS, Sunil J, Klopp AH, et al. Primary vaginal cancer: role of MRI in diagnosis, staging and treatment. *Br J Radiol* 2015; 88:20150033.
12. Gunderson CC, Nugent EK, Yunker AC, et al. Vaginal Cancer: the experience from 2 large academic centers during a 15-year period. *J Low Genit Tract Dis* 2013; 17:409.
13. 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
14. Hiniker SM, Roux A, Murphy JD, et al. Primary squamous cell carcinoma of the vagina: prognostic factors, treatment patterns, and outcomes. *Gynecol Oncol* 2013; 131:380

15. Frank SJ, Jhingran A, Levenback C, Eifel PJ. Definitive radiation therapy for squamous cell carcinoma of the vagina. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005;62:138–47
16. Frank SJ, Deavers MT, Jhingran A, Bodurka DC, Eifel PJ. Primary adenocarcinoma of the vagina not associated with diethylstilbestrol (DES) exposure. *Gynecol Oncol* 2007;105:470–4.
17. Hacker NF, Eifel PJ, van der Velden J. Cancer of the vagina. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;119(Suppl. 2):S97–9.A1
18. Lilić V, Lilić G, Filipović S, Višnjić M, Živadinović R. Primary carcinoma of the vagina. *J BUON* 2010;15:241–7
19. Beller U, Benedet JL, Creasman WT, et al. Carcinoma of the vagina. FIGO 26th annual report on the results of treatment in gynecological cancer. *Int J Gynaecol Obstet* 2006;95(Suppl. 1):S29–42.