

SAÚDE DA MULHER

EPIDEMIOLOGIA, INTERVENÇÕES, CASOS
CLÍNICOS E POLÍTICAS DE SAÚDE

EDIÇÃO XIX

Capítulo 18

CARCINOMA ESPINOCELULAR INVASIVO EM VULVA

MARIA EDUARDA RIZZATO BARRETO¹
BRUNA MARTINS MIANO RUI¹
MARCOS VINÍCIUS FERNANDES MENDES¹
MARIA FERNANDA LOPES VIOLIN¹
RODRIGO ENGEL DELFINO FRATTARI¹
MARCELA PEREIRA MARTINEZ MANFRIM²

¹Discente – Medicina do Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium (UNISALESIANO), Faculdade de Medicina, Araçatuba.

²Docente – Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium (UNISALESIANO), Faculdade de Medicina de Araçatuba.

Palavras-Chave: Carcinoma Espinocelular; Vulvectomy; Fatores de Risco.

10.59290/978-65-6029-158-4.18

INTRODUÇÃO

O carcinoma vulvar é uma neoplasia pouco comum, representando apenas 5% das malignidades ginecológicas e 1% dos cânceres em mulheres. Embora o carcinoma de células escamosas (CEC) da vulva, o subtipo mais comum, seja frequentemente associado a mulheres na pós-menopausa, há um número crescente de mulheres jovens com este diagnóstico; a mudança epidemiológica se relaciona ao comportamento sexual e infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) (OLAWAIYEM, *et al*, 2021).

A lesão precursora do carcinoma espinocelular vulvar (CECV), nomeadamente neoplasia intraepitelial vulvar (NIV), é classificada como: lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HS-IL) relacionada ao papilomavírus humano (HPV) e NIV diferenciada independente de HPV. Sendo a primeira, mais prevalente em mulheres jovens, que detém como causa reconhecida a infecção pelos subtipos oncogênicos de HPV de alto risco: 16, 18, 31 e 33 (MILFONT FLL, 2020). A maioria dos CECV são, no entanto, independentes do HPV e surgem no contexto de dermatoses crônicas (podendo ser associados ao líquen simples crônico, hiperplasia de células escamosas e líquen escleroso, não tratados) (DASGUPTA S *et al*, 2020).

A via relacionada à NIV diferenciada independente de HPV tem etiologia desconhecida. No entanto, surgem na condição de mutações somáticas no gene TP53 e possuem conexão com processos inflamatórios crônicos como o evento inicial crítico, as quais podem atuar como promotor ou até mesmo iniciador do processo neoplásico 33 (MILFONT FLL, 2020). Dentre os processos desencadeadores têm-se principalmente, o líquen escleroso, uma dermatose inflamatória crônica idiopática com predileção pela região anogenital, apresentando dois picos de incidência: pré-menarca e pós-menopausa.

Este, manifesta-se na fase precoce por pequenas pápulas eritematosas que coalescem originando placas eritematosas e, tardiamente, hipopigmentadas e atrofia (TORRES, *et al*, 2012). Além deste subtipo, podem também estar relacionados o líquen simples crônico e líquen plano. O líquen simples crônico se apresenta como um processo eczemático crônico da região vulvar onde o engrossamento da pele, frequentemente, é associado com fissura ou escoriações; o prurido é o sintoma principal embora, em alguns casos, as perdas teciduais possam cursar com ardência ou até dor. Por sua vez, o líquen plano corresponde a processo inflamatório da pele e/ou mucosa vulvar, podendo ser observada em forma localizada ou até mesmo generalizada, sendo considerada uma doença de aparecimento infrequente ou mesmo rara; manifestando-se como pápulas ou placas eritematosas e eventualmente erosadas da região vulvar, onde o prurido é sua principal manifestação (FILHO, *et al*, 2010).

Posto que o câncer vulvar possa ser assintomático, a maioria das mulheres tem manifestação de sintomas sutis como prurido, disúria ou dor vulvar, um nódulo ou úlcera (OLAWAIYEM, *et al*, 2021). Ainda podendo apresentar sangramento e corrimento genital, e sensação de desconforto.

Logo, a conscientização e o reconhecimento da patologia são importantes, uma vez que o sucesso do tratamento está correlacionado com o estágio no diagnóstico e a eficácia das técnicas terapêuticas, que evoluíram, proporcionando melhores taxas de cura com ênfase na minimização da morbidade (ZWEIZIG, *et al*, 2014).

O objetivo deste estudo foi enfatizar a importância de um diagnóstico precoce e descrever os principais sinais e sintomas relacionados a neoplasia de vulva.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo do tipo relato de caso com revisão de literatura.

Este artigo atendeu aos critérios de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos na Resolução 466/2012 do CNS, tendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer de número 6.109.262. O local da pesquisa foi o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba (SCMA). Foram respeitados todos os aspectos éticos visando o anonimato da participante, sendo todos os procedimentos para a pesquisa realizados em ambiente reservado dentro da SCMA.

A pesquisa poderá ser suspensa caso a instituição ou a participante retire o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto aos riscos, a pesquisa apresenta baixo risco, pois a coleta de dados ocorreu a partir da análise do prontuário da participante, mediante o consentimento da mesma e aprovação do CEP, não colocando-a em experimentos. Poderá haver risco de quebra de anonimato por meio de divulgação de dados que possam identificar a participante e vazão de dados sigilosos, porém, este risco foi minimizado por meio da utilização de salas individualizadas, onde apenas os pesquisadores durante o horário de análise do prontuário tiveram acesso. O anonimato da participante foi mantido, identificando a mesma através de siglas, reduzindo, assim, o risco de identificação.

As primeiras consultas realizadas aos sintomas iniciais da participante foram feitas por outro serviço de saúde não identificados. Por conseguinte, ela foi transferida para o ambulatório de ginecologia da SCMA, onde a equipe médica avaliou o caso de forma minuciosa e individual, observando o tipo histológico do tumor, localização da lesão, manejo cirúrgico e estadia-

mento clínico com associação da melhor opção terapêutica, optando-se então pela vulvectomia radical.

À vista disso, houve acompanhamento dos autores do artigo na cirurgia, registro fotográfico do procedimento e posteriormente, foram retiradas informações do prontuário, como: queixa principal, história da moléstia atual, antecedentes pessoais e familiares, hábitos e vícios e exame físico de todos os sistemas, ademais exames laboratoriais e de imagem foram avaliados.

Posteriormente, houve acompanhamento pelo Centro de Tratamento Oncológico (CTO), onde foram realizadas sessões de quimioterapia, radioterapia e consultas com o oncologista responsável.

A busca por referencial teórico ocorreu nas plataformas digitais: Scielo, PubMed e UpToDate, bem como no Manual de Patologia do Trato Genital Inferior da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Foram utilizados os descritores: *Carcinoma espinocelular*, *Neoplasia vulvar*, *Vulvectomia*, *Oncologia pélvica*. Desta busca foram encontrados 894 artigos, continuamente submetidos aos critérios de seleção descritos abaixo.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês; publicados no período de 2018 a 2023 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão bibliográfica e relato de caso, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção restaram 7 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram a-

presentados em forma descritiva dentro dos tópicos da introdução e discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente CGCR, 56 anos, branca, natural de Birigui-SP, solteira, compareceu no ambulatório de ginecologia da Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba-SP (SCMA) em janeiro de 2023. Na queixa principal referia lesão em região vulvar há 5 meses, localizada em pequeno e grande lábio esquerdo, associado a presença de prurido local, corrimento via vaginal esporádico com saída de secreção serossanguinolenta e dispareunia. Relata que sintomas iniciaram em agosto de 2022, progredindo para posterior aumento da lesão. A participante apresentou resultado de biópsia feita em dezembro de 2022 por outro serviço com os seguintes resultados: colhido material de lesão do pequeno lábio esquerdo, medindo 1,0 x 0,8 cm de área e 0,2 cm de espessura com superfície externa parcialmente ulcerada, tecido firme-elástico de tonalidade castanho-esbranquiçada, com diagnóstico de carcinoma de células escamosas bem diferenciado grau I com invasão angiolinfática ou perineural não detectada (**Imagem 18.1**).

Imagem 18.1 Lesão pré-operatória



Em antecedentes pessoais relatou: menarca aos 15 anos de idade, data do último parto há 25 anos (G1C1) e menopausa aos 56 anos em março de 2022, nega hábitos e vícios, uso de medicações, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, cirurgias prévias e doenças sexualmente transmissíveis anteriormente, sem alterações em colposcopia feita há 2 anos.

No exame físico apresentava lesão vegetante e palpável de 3cm em pequeno e grande lábio esquerdo, o índice de massa corporal (IMC) foi de 22,79 kg/m², sem outras alterações nos diversos aparelhos. A conduta foi realizar uma Tomografia Computadorizada (TC) de pelve, a qual apresentou os seguintes resultados: linfonodo aumentado em região inguinal esquerda medindo 1,9 x 1,7 cm de diâmetro, por conseguinte, a cirurgia proposta foi vulvectomia radical com linfadenectomia bilateral.

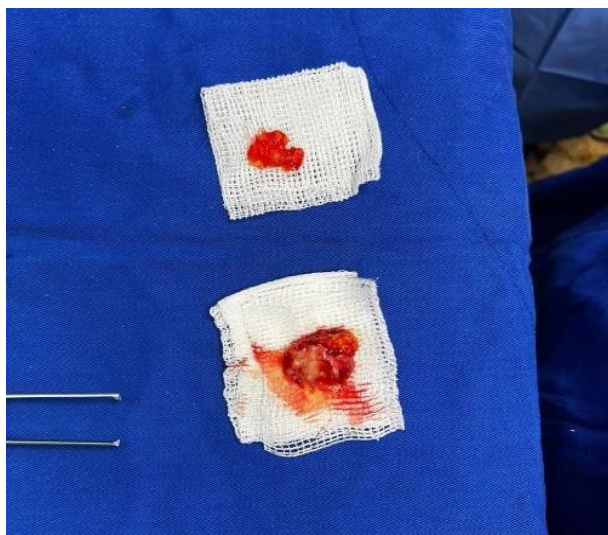
Para a vulvectomia radical foram feitas incisões locais iniciadas superiormente no monte púbico, se estendendo lateralmente até as pregas laterais dos grandes lábios e ressecção medial do tecido a fim de medir a profundidade da invasão até o diafragma urogenital, prevalecendo uma margem livre maior de 1 cm do tumor. Enquanto na linfadenectomia inguinofemoral bilateral, foram realizadas incisões separadas e dissecação dos linfonodos superficiais e profundos (**Imagem 18.2**).

Imagem 18.2 Vulvectomia radical



O exame anatomopatológico revelou em microscopia do produto de vulvectomy: Carcinoma Espinocelular Invasivo, sem outras especificações, moderadamente diferenciado (G 2), ulcerado, medindo aproximadamente 4,0 x 3,0 cm em seus maiores eixos, com profundidade da invasão tumoral de 11,2 mm, borda tumoral expansiva, invasão linfovascular e infiltração perineural presentes. Em produto de linfadenectomia inguinal esquerda foi revelada presença de metástase de Carcinoma Espinocelular em 1 linfonodo examinado (01/01) e a dimensão do foco metastático foi de 2,2 cm (**Imagem 18.3**).

Imagem 18.3 Linfonodo inguinal



A participante obteve boa evolução no pós-operatório, apresentou-se em bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica, lucida e orientada em tempo e espaço, o exame físico mostrou-se sem alterações. Na inspeção ginecológica imediata à cirurgia não foram observadas anormalidades genitais (**Imagem 18.4**). Esta permaneceu em acompanhamento médico e seguimento terapêutico juntamente com psicóloga e nutricionista, associado a 18 sessões de quimioterapia e 25 sessões de radioterapia. Recebeu alta com reavaliação a cada 3 meses no Centro Oncológico, durante o período de um ano. Sendo assim, retoma com suas atividades normais, exceto atividade sexual.

Imagem 18.4 Pós-operatório imediato



O carcinoma de vulva representa um desafio diagnóstico e terapêutico na oncologia ginecológica, destacando-se por sua raridade e complexidade. Este artigo descreveu as características multifacetadas do carcinoma vulvar, abordando desde os sintomas iniciais e características da lesão, até o intervalo de tempo que pode transcorrer até um diagnóstico definitivo, muitas vezes retardado pela natureza insidiosa da doença. Foram exploradas as opções de tratamento cirúrgico, que variam conforme o estágio, a extensão do tumor, sua classificação histopatológica, e o prognóstico, este sendo influenciado por fatores como idade da paciente, presença de comorbidades e resposta ao tratamento. A análise desses aspectos é crucial para o entendimento do carcinoma de vulva e para o avanço no cuidado e na qualidade de vida das pacientes acometidas por essa condição.

Em consonância com a literatura vigente, o caso apresentado cursa com sintomas e sinais clássicos de carcinoma de vulva, como prurido local, corrimento e dispareunia, além de lesão vulvar palpável e visível. Apesar da apresentação sintomática típica, e de se encaixar na epidemiologia clássica quanto a apresentação etária bimodal. Pode-se destacar no presente caso, um histórico médico de baixo risco para o desenvolvimento de carcinoma de vulva, au-

sência de histórico conhecido de infecção por HPV ou outras doenças sexualmente adquiridas, e sem histórico de lesões inflamatórias crônicas de pele, tendo como único fator de risco relevante, a menopausa recente. Portanto o caso relatado contrasta com a maioria dos carcinomas de vulva ao não apresentar os fatores de risco principais como a infecção por HPV, tabagismo, histórico de lesões de pele e imunossupressão (ZWEIZIG, *et al*, 2014; DASGUPTA, *et al*, 2020).

O diagnóstico preliminar de carcinoma vulvar foi estabelecido com base em sinais clínicos e lesão característica, reforçado por uma investigação detalhada que inclui exames físico detalhado e de imagem e biópsia para confirmação. Atualmente, as diretrizes da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), preconizam para o estadiamento dos cânceres de vulva, uma abordagem híbrida, associando o estadiamento clínico com o cirúrgico. Conforme essas diretrizes, a preparação para o procedimento cirúrgico envolveu uma anamnese completa, revisão do histórico médico, e exame físico, complementados pela avaliação e caracterização detalhada da lesão e das cadeias linfáticas próximas. Em situações de tumores avançados ou quando há suspeita de metástase linfática, como no caso relatado, são necessários exames de imagem adicionais e biópsia para o correto estadiamento do câncer, visando determinar a abordagem cirúrgica mais apropriada. Assim, a definição do diagnóstico e do plano de tratamento inicial se deu por meio de uma integração dos resultados dos exames, análises clínicas e laboratoriais, em linha com as recomendações amplamente aceitas na literatura médica, solidificando o procedimento adotado (KARAM, *et al*, 2022).

Diante da complexidade do caso, a decisão de tratamento foi individualizada, apoiando-se principalmente no estadiamento clínico e por

exames complementares de imagem, tendo como escolha a vulvectomia radical com linfadenectomia inguinofemoral bilateral, com encaminhamento das peças cirúrgicas para a análise histopatológica. A abordagem de vulvectomia total, segundo extensa literatura, apresenta maior morbidade, incluindo infecções e perda da função sexual quando comparada à abordagem parcial que é a mais empregada atualmente. Porém, a literatura também aponta que devido à complexidade dos casos avançados de carcinoma de vulva, com lesões que se estendem além da vulva ou apresentem linfonodo positivos, devem ter um manejo individualizado (OLAWAIYEM, *et al*, 2021). Sendo assim, o caso apresentado, apoiado pelo exame físico que evidenciou uma lesão extensa e pelos exames de imagem que deflagraram uma invasão tumoral mais acentuada com possível metástase, optou-se pelo procedimento mais invasivo com margens mais amplas, buscando margens livres para reduzir a possibilidade de recorrência.

O caso clínico apresentado, após análise histopatológica, desenhou-se com um prognóstico mais reservado para a paciente, devido a presença de fatores de risco importantes, como a profundidade de invasão tumoral e a presença do principal fator de risco. A presença de metástase linfonodal é o fator prognóstico de maior importância, resultando em uma expressiva redução na sobrevida em 5 anos de 95% para 62%, e em casos de linfonodos sentinelas com foco metastático superior a 2 cm a taxa de sobrevida declina ainda mais. Ao passo que os presentes fatores de risco no caso apresentado produzem uma expectativa de sobrevida em declínio, os mesmos mostram uma maior probabilidade de recorrência nos primeiros 2 anos (VIRARKAR, *et al*, 2021). Tais dados da literatura corroboram com a abordagem terapêutica e de vigilância pós-cirúrgica adotada no presente caso, com a combinação da quimio-

terapia e da radioterapia. Porém, a evolução do pós-operatório do vigente caso, apresentou melhora significativa dos parâmetros clínicos, e excelente evolução no seguimento oncológico, sugerindo uma recuperação muito superior à esperada no pós-operatório (OLAWAIYEM, *et al*, 2021).

CONCLUSÃO

Em suma, o carcinoma vulvar é um desafio significativo na oncologia ginecológica devido à sua raridade e complexidade. Dessa forma, se faz necessário discutir seus diversos aspectos, como os sintomas iniciais e características das

lesões, até o diagnóstico definitivo, que muitas vezes se delonga por sua natureza insidiosa. Por isso, destaca-se a importância da procura do profissional de saúde aos primeiros sintomas, visando o exame físico completo e detalhado, a fim de estabelecer o diagnóstico de forma precoce e personalizar o tratamento. Ainda é importante lembrar que a abordagem cirúrgica, dependendo do estágio e extensão do tumor, bem como a classificação histopatológica, desempenha um papel crucial na gestão da doença e o prognóstico, influenciado por fatores como idade, comorbidades e resposta ao tratamento, é essencial para melhorar a qualidade de vida das pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DASGUPTA S, Ewing-Graham PC, Swagemakers SMA, van der Spek PJ, van Doorn HC, Noordhoek Hegt V, et al. Precursor lesions of vulvar squamous cell carcinoma – histology and biomarkers: A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2020; 147(1):e102866. Doi: 10.1016/j.critrevonc.2020.102866

OLAWAIYE AB, Cuello MA, Rogers LJ. Cancer of the vulva: 2021 update. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021; 155(S1):7–18. Doi: 10.1002/ijgo.13881

TORRES E, Parente J, Almeida JC, Teixeira J, Martins C, Aranha J. Líquen Escleroso da vulva – Revisão de 208 casos. *Port J Derm and Venereol*. 2012;70(1):81–1. Doi: 10.29021/spdv.70.1.41

VIRARKAR M, Vulasala SS, Daoud T, Javadi S, Lall C, Bhosale P. Vulvar Cancer: 2021 Revised FIGO Staging System and the Role of Imaging. *Cancers*. 2022;14(9):e2264. Doi: 10.3390/cancers14092264

ZWEIZIG S, Korets S, Cain JM. Key concepts in management of vulvar cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28(7):959–66. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.07.001

MILFONT FLL. Resposta inflamatória primária associada ao tumor no carcinoma invasivo da vulva e o status do HPV [tese]. São Paulo: Fundação Antônio Prudente; 2020. 87p.

FILHO A, et al. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. FEBRASGO. Manual de patologia do trato genital inferior. 2010 Ago 21 [cited Apr 12 2024]; Available from: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manual_de_Patologia_do_Trato_Genital_Inferior/Manual-PTGI-Cap-05-Dermatoses-Vulvares-Liquens.pdf

KARAM A, BEREK JS, Russo AL, Goff B, Mundt AJ, Dizon DS, Vora SR, Chakrabarti A. Squamous cell carcinoma of the vulva: Staging and surgical treatment. *Uptodate Free*. 2022 Oct 26 [cited Apr 12 2024]; Available from: <https://pro.uptodatefree.ir/show/3248>