

Adenocarcinoma da Vagina – Caso Clínico

Sandra Lemos*, Margarida Dias**, Teresa Silva***, Carlos Freire de Oliveira****

RESUMO

O adenocarcinoma primitivo da vagina constitui um tumor raro, estando a maioria dos casos associada à exposição intra-uterina ao dietilestilbestrol (DES). Os autores descrevem o caso clínico de uma doente de 29 anos com adenocarcinoma da vagina não associado ao DES. As metrorragias constituíram o primeiro sintoma, tendo sido detectada uma lesão ulcerada ao nível do fundo de saco vaginal durante o exame ginecológico; a biópsia desta lesão revelou a existência de um adenocarcinoma da parede vaginal. A doente foi submetida a histerectomia total, exérese da metade superior da vagina, linfadenectomia pélvica e transposição dos ovários, tendo realizado braquiterapia à cúpula vaginal como tratamento adjuvante. Nove meses após o diagnóstico, a doente não apresenta qualquer recorrência.

Palavras-chave: Adenocarcinoma, Vagina, Dietilestilbestrol

SUMMARY

Primary vaginal adenocarcinomas are rare tumors, being most cases associated with intrauterine exposure to diethylstilbestrol. The authors relate the case of a 29-year-old patient with vaginal adenocarcinoma not associated with diethylstilbestrol. Vaginal bleeding was the first symptom and an ulcerating lesion on the vaginal wall was detected on the pelvic examination; the biopsy of this lesion revealed an adenocarcinoma of the vaginal wall. A total hysterectomy, pelvic lymphadenectomy, excision of the proximal half of the vagina and transposition of the ovaries was surgically performed. Brachytherapy was performed postoperatively. Nine months after initial diagnosis, the patient remains disease free.

Key-words: Adenocarcinoma, Vagina, Diethylstilbestrol

INTRODUÇÃO

O cancro primitivo da vagina constitui apenas 1-2% das neoplasias malignas que afectam o trato genital feminino¹. O tipo histológico mais comum corresponde ao carcinoma espinhocelular, responsável por mais de 80% dos tumores primitivos da vagina, sendo o adenocarcinoma

responsável por cerca de 9% destes tumores. A maioria dos casos de adenocarcinoma da vagina está associada à exposição intra-uterina ao dietilestilbestrol (DES), sendo os casos esporádicos muito raros.

Relatamos o caso clínico de uma doente com adenocarcinoma da vagina, não associado ao DES, diagnosticado e tratado no nosso serviço.

*Interna do Internato Complementar de Ginecologia/Obstetrícia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

**Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

***Assistente Hospitalar Graduada de Anatomia Patológica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

****Director do Serviço de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

CASO CLÍNICO

Trata-se de uma mulher de 29 anos, raça caucasiana, que consultou o seu médico assistente por metrorragias com cerca de 2 meses de evolução.

Antecedentes pessoais

Menarca aos 11 anos, seguindo-se ciclos regulares com fluxo abundante e dismenorreia primária. Início da actividade sexual aos 18 anos, tendo efectuado contracepção oral durante 9 anos. Em relação aos antecedentes obstétricos, ocorreram dois abortos espontâneos e uma gravidez de termo que terminou em cesariana.

Dos antecedentes patológicos destaca-se a existência de prolapso mitral, lítíase renal e hemorróidas. Sem exposição intra-uterina conhecida ao DES.

Antecedentes familiares

Avô materno faleceu com carcinoma gástrico.

Exame ginecológico

Vulva sem alterações. Verificou-se a existência de uma estenose do terço superior da vagina, observando-se uma lesão ulcerada ao nível do fundo de saco vaginal direito, que parecia estender-se para o colo, o qual apresentava uma zona vermelha peri-orificial. Fundos de saco vaginais apagados, principalmente o direito, que parecia invadido por uma massa tumoral. Colo em latero-desvio esquerdo, endurecido e doloroso. Útero em latero-desvio esquerdo, de tamanho normal. Regiões anexiais livres.

Foi efectuada uma biópsia do fundo de saco vaginal direito, que revelou a existência de infiltração do mesmo por carcinoma com padrão misto, seroso e de células claras, moderadamente diferenciado.

Estudo laboratorial e imagiológico

Parâmetros hematológicos e bioquímicos sem alterações. O Ca 19.9 era de 5,2 U/ml e o Ca 125 de 22 U/ml. Radiografia do tórax normal. A RMN pélvica revelou: ausência de alterações do útero, colo e terço proximal da vagina; vagina com espessura parietal normal, com alargamento do canal vaginal nos dois terços distais, sem sinais evidentes de processo expansivo no terço proximal; sem adenopatias pélvicas.

Foi também realizado um exame ginecológico sob anestesia, que permitiu excluir a existência de

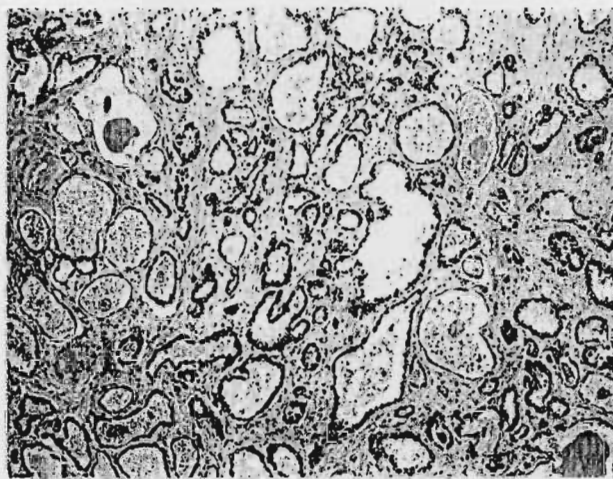


Figura 1
Carcinoma de células claras com padrão túbulo-quístico (tipo hob-nail). H&E 100x.

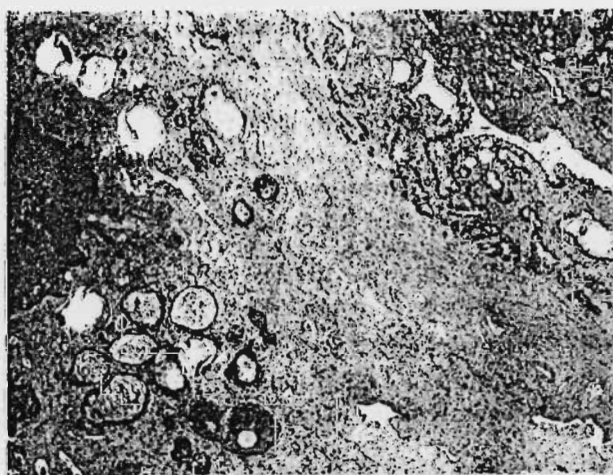


Figura 2
Lesões de adenose vaginal com metaplasia escamosa e adenocarcinoma de células claras da vagina. H&E 50x.

infiltração dos paramétrios, tendo-se verificado também que a lesão vaginal não parecia infiltrar em profundidade a parede da vagina. Foram efectuadas biópsias do colo uterino e da lesão vaginal, cujos resultados foram os seguintes:

Biópsia do colo uterino: epitélio malpighiano com características metaplásicas, sem atipia nem sinais de infecção por HPV; edema e discreto infiltrado inflamatório crónico ao nível do corion.

Biópsia da lesão vaginal: adenocarcinoma da parede vaginal, moderadamente diferenciado, provavelmente desenvolvido em lesões de adenose vaginal.

Tratamento

Foi efectuada histerectomia total, exérese da metade superior da vagina, linfadenectomia pélvica e transposição dos ovários.

O diagnóstico histopatológico foi o seguinte:

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de células claras da vagina, de padrão tubuloquístico dominante, provavelmente desenvolvido no contexto de adenose vaginal, com dimensões máximas estimadas de 3,8 cm, atingindo de modo quase circunferencial o fundo de saco vaginal e, inferiormente, estendendo-se até à linha de ressecção vaginal inferior. Em profundidade infiltra focalmente toda a espessura da parede, atingindo o máximo de 14 mm.

O tumor foi classificado como T1N0M0, estágio I da FIGO.

Posteriormente foi realizada braquiterapia à cúpula vaginal, como tratamento adjuvante.

Nove meses após o diagnóstico, a doente mantém-se em controlo clínico e sem qualquer recorrência.

DISCUSSÃO

O adenocarcinoma da vagina constitui um tumor raro, estando na maioria dos casos associado à exposição intra-uterina ao DES. O DES é um estrogénio sintético, usado entre as décadas de 40 e 70 para prevenir o aborto em gestações de risco, tendo sido mais tarde associado a um aumento da incidência de adenocarcinoma da vagina e colo do útero², bem como a várias malformações do trato genital feminino³. O adenocarcinoma da vagina ocorre principalmente em mulheres jovens, independentemente da exposição intra-uterina a este estrogénio. Surge normalmente em áreas de adenose vaginal, a qual está também associada à exposição a esta substância.

As metrorragias são o sintoma mais comum, podendo também surgir coitorragias, polaquiúria, obstipação, tenesmo rectal ou algias pélvicas; por vezes não surgem quaisquer sintomas até um estágio avançado. Ao exame ginecológico o adenocarcinoma da vagina pode apresentar-se como uma lesão ulcerada, polipóide ou nodular, sendo a colposcopia um auxiliar importante no diagnóstico desta situação. Perante o diagnóstico de adenocarcinoma da vagina deve proceder-se à exclusão de outras localizações primárias,

nomeadamente o colo uterino, endométrio, ovário, cólon e aparelho urinário, visto que a maior parte dos adenocarcinomas da vagina são metastáticos.

Devido à inexistência de estudos prospectivos e randomizados, o tratamento deste tipo de neoplasia é em parte individualizado, dependendo da experiência da instituição e dos recursos disponíveis. De uma forma geral, nos estádios iniciais o tratamento é essencialmente cirúrgico, podendo ser executada uma histerectomia total, vaginectomia parcial ou completa e linfadenectomia pélvica, podendo associar-se posteriormente, se necessário, radioterapia⁴. Nos casos em que seja desejável conservar a fertilidade e em que as dimensões do tumor o permitam, pode ser realizada uma ressecção tumoral e linfadenectomia retroperitoneal, seguida de radioterapia⁵. Nos estádios mais avançados a radioterapia constitui o tratamento inicial, podendo ser seguida de cirurgia. Em caso de doença metastática, recomenda-se a realização de quimioterapia, nomeadamente com cisplatino e 5-FU⁵.

O prognóstico do adenocarcinoma da vagina depende principalmente do estágio, estimando-se uma sobrevivência aos 5 anos de 93, 83, 37 e 0% para os estádios I, II, III e IV, respectivamente⁶. A exposição intra-uterina ao DES está associada a um melhor prognóstico, bem como uma idade mais avançada. Outros factores importantes são o tamanho do tumor, o padrão histológico, o índice mitótico e a atipia nuclear. É aconselhado um controlo clínico prolongado, devido à possibilidade de recorrências tardias, nomeadamente a nível pulmonar⁵.

BIBLIOGRAFIA

1. Berek J S, Hacker N F. Vaginal cancer – Practical Gynecologic Oncology, 3 ed, Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 597-614
2. 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: 878-882.
3. Kaufman RH, Adam E, Binder GL, Gerthoffer E. Upper genital tract changes and pregnancy outcome in offspring exposed in utero to diethylstilbestrol. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137: 299-308
4. E.K. Senekjian, K.W. Frey, D. Anderson, and A.L. Herbst. Local therapy in stage I clear cell adenocarcinoma of the vagina. *Cancer* 1987. 60: 1319.
4. Bast R C, Kufe D W, Pollock R E et al: Neoplasms of vulva and vagina - Cancer, 5 ed, B C Decker, 2002
6. Herbst AL, Anderson D. Recent advances in clear cell adenocarcinoma of the vagina and cervix secondary to intrauterine exposure to DES. In: Piver MS, editor. Seminars in surgical oncology. New York: John Wiley & Sons.