

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO BIOMÉDICO

Nota (7)

CÂNCER DE VAGINA  
Apresentação de 2 Casos

NATANIEL VIRMOND  
HÉLIO CAMPAGNARO  
ANTONIO J.F. DE ANDRADE

Curso de Medicina

Disciplina de Tocoginecologia

Florianópolis Junho de 1978

## INDICE

I	- RESUMO	. . . . .	3
I I	- INTRODUÇÃO	. . . . .	4
III	- CONSIDERAÇÕES ANATOMICAS	. . . . .	5
IV	- IRRIGAÇÃO SANGUÍNEA	. . . . .	7
V	- DRENAGEM LINFÁTICA	. . . . .	7
V I	- INERVAÇÃO	. . . . .	7
VII	- HISTOLOGIA DA VAGINA	. . . . .	8
VIII	- PATOLOGIA DO CÂNCER DE VAGINA	. . . . .	9
I X	- ESTADIAMENTO	. . . . .	13
X	- FATORES PREDISPOONENTES	. . . . .	15
X I	- CLÍNICA	. . . . .	15
XII	- DIAGNÓSTICO PRECOCE	. . . . .	17
XIII	- DIAENÓSTICO DOS TUMORES DE VAGINA	. . . . .	18
XIV	- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	. . . . .	20
X V	- TRATAMENTO DO CARCINOMA DE VAGINA	. . . . .	20
XVI	- TRATAMENTO DO CARCINOMA VAGINAL RECORRENTE	. . . . .	26
XVII	- METÁSTASES E PROPAGAÇÃO	. . . . .	27
XVIII-	PROGNÓSTICO	. . . . .	28
XIX	- COMPLEMENTO	. . . . .	30
XX	- CONCLUSÕES ; ; ;	. . . . .	35
XXI	- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	. . . . .	36

## RESUMO

Apresenta-se 2 casos de pacientes portadoras de carcinoma primário de vagina, matriculadas no Serviço de Radioterapia do Hospital de Caridade, em Florianópolis, no período de 1973 a 1977.

Faz-se uma revisão bibliográfica da literatura especializada, discutindo-se sobre sua incidência, patogênese, patologia, classificação, estadiamento, fatores predisponentes, clínica, diagnóstico diferencial, metástases e sua propagação, tratamento e prognóstico, procurando apresentar, de maneira condensada, melhor conhecimento de uma nosologia pouco conhecida.

## INTRODUÇÃO

O carcinoma primário da vagina é uma entidade nosológica rara, sobre a qual pouco se tem escrito e pesquisado. É também uma patologia grave e de grande importância médico social. Procurando trazer à luz melhores conhecimentos sobre este assunto, nos propusemos a fazer uma revisão de parte da literatura, enfocando os aspectos mais importantes, procurando com isso mostrar a importância de um exame ginecológico apurado para que o diagnóstico precoce, venha evitar um tratamento traumatizante para a paciente.

A prevenção é a melhor forma de tratamento, conceito este que parece, somente agora, começa a se tornar uma realidade.

Que esta revisão bibliográfica constitua-se em um alerta para o diagnóstico do câncer da vagina e de outras neoplasias genitais facilmente diagnosticáveis através de uma anamnese e um exame físico bem feitos, sustentáculos do curso médico, de fácil realização, por um profissional cõncio do seu dever.

## 1 - CONSIDERAÇÕES ANATÔMICAS

A vagina é o órgão feminino da cópula, e serve como ducto excretor para os produtos menstruais, secreções e passagem do concepto. É um conduto músculo-membranoso que se estende do útero à vulva. Comunica-se superiormente com a cavidade uterina e, inferiormente abre-se no vestíbulo da vagina. Fica situada em parte na escavação pélvica, em parte na espessura do períneo, estendendo-se antero-inferiormente num plano paralelo ao da abertura superior da pelve. Este plano está aproximadamente a  $60^{\circ}$  com a horizontal. Quando a bexiga urinária está vazia, o eixo da vagina forma um ângulo de  $90$  a  $110^{\circ}$  com o eixo do útero.

A vagina tem a forma de um segmento de cilindro achatado da frente para trás, de modo que as paredes anterior e posterior estão encostadas uma na outra, sendo sua cavidade um espaço virtual. Na extremidade superior, junto ao colo uterino ao qual se adere, apresenta uma forma cilíndrica, sendo que ao nível da sua terminação na vulva, tem uma forma elíptica com o grande eixo antero-posterior.

Pode sofrer grande dilatação, especialmente na porção situada acima do diafragma pélvico.

O comprimento da vagina varia de 5 a 12 cm, medido da extremidade do colo até a vulva, sendo que a média é de 7 cm.

A parede anterior que é perfurada pela cervix tem cerca de 7,5 cm e a posterior cerca de 9 cm. Ambas são bastante distendíveis. As paredes laterais são presas em cima ao ligamento lateral cervical e, abaixo deste, ao diafragma pélvico, sendo portanto mais rígidas.

O recesso entre a porção vaginal da cervix e as paredes da vagina

é denominado fôrnix da vagina, que embora seja contínuo, é dividido em fôrnices anterior, posterior e laterais.

A parede anterior da vagina apresenta uma face externa, que fica em contato pela metade superior, com a bexiga da qual é separada por tecido conjuntivo frouxo, rico em gordura e vasos, o qual enche o espaço vésico-vaginal.

Em sua parede mais superior, obliquamente de cada lado, fica em relação com a porção terminal do ureter. A metade inferior da parede anterior da vagina corresponde, por sua face externa, à uretra da qual é separada por tecido conjuntivo que forma o septo vaginal, com espessura de 0,5 a 1,0 cm. A face interna da parede anterior da vagina apresenta a rugosidade da parede vaginal e um sulco transverso bem evidente e em cujos extremos vem terminar dois outros sulcos oriundos da coluna vaginal anterior, limitando uma área triangular, denominada Trígono de Pawlik.

A parede posterior da vagina na sua porção mais superior forma com o peritônio que a recobre, o Fundo de Saco de Douglas. Logo abaixo fica em correspondência com o reto, do qual é separada por tecido conjuntivo mais denso que o anterior, formando o septo reto-vaginal. Na sua parte inferior fica separada do reto por um espaço gorduroso onde encontramos o esfíncter do reto, os feixes pré-retais do músculo levantador do ânus o músculo transverso do períneo e o músculo constrictor da vagina.

A extremidade superior da vagina, forma uma abóbada, resultado da justaposição dos chamados fundo de sacos vaginais, em número de quatro ou seja, anterior, posterior e laterais. O fundo de saco vaginal anterior, corresponde ao fundo da bexiga. O fundo de saco vaginal posterior local onde o esperma é depositado, corresponde ao fundo de saco de Douglas. Os fundos de saco laterais se correspondem com a parte inferior do ureter, vasos uterinos e canais linfáticos que provêm do colo uterino.

## 2 - IRRIGAÇÃO SANGUÍNEA

A parte superior da vagina é irrigada por ramos da arteria uterina. A artéria vaginal, às vezes nasce como segundo ou terceiro ramo da artéria ilíaca interna. Divide-se em numerosos ramos que se distribuem em anteriores e posteriores, podendo anastomosarem-se no plano mediano e formar 2 troncos longitudinais chamados artérias ázigos da vagina anterior e posterior. Poucos ramos da artéria do búlbo do vestibulo alcançam a parte inferior da vagina.

O sangue venoso drena para o plexo venoso vaginal que se comunica com os plexos uterino e vesical.

## 3 - DRENAGEM LINFÁTICA

Os linfáticos da parte superior da vagina acompanham a artéria uterina e drenam para os linfonodos ilíacos internos e externos. Os da parte média acompanham a artéria vaginal e encaminham-se para os linfonodos ilíacos internos, enquanto que os da parte inferior vão aos linfonodos sacrais e ilíacos comuns. Os vasos linfáticos da parte adjacente ao hímem drenam para os linfonodos inguinais superficiais.

## 4 - INERVAÇÃO

A vagina é inervada pelo plexo útero vaginal, com exceção de sua porção inferior, que é inervada pelo nervo pudendo. Esse plexo contém fibras autônomas para a musculatura lisa e fibras vaso motoras, mas

ambos os tipos são de significação incerta.

A vagina é pouco sensível a não ser na sua parte mais inferior.

## 5 - HISTOLOGIA DA VAGINA

A parede da vagina é desprovida de glandulas e apresenta três camadas, a saber: mucosa, muscular e fibrosa.

O epitélio da mucosa é planoestratificado, podendo nas células superficiais apresentar certa quantidade de queratina. Não é uma queratinização intensa como ocorre nos epitélios queratinizados típicos. Sob o estímulo de estrógenos, o epitélio vaginal sintetiza e acumula grande quantidade de glicogênio, o qual é lançado na luz da vagina, quando as células vaginais descamam. As bactérias normalmente presentes na vagina metabolizam o glicogênio, formando o ácido láctico, o qual é responsável pelo pH baixo observado na vagina normal. Na falta de estrógeno o pH se eleva, o que favorece a proliferação de microorganismos patógenos.

A lâmina própria da vagina é formada por tecido conjuntivo frouxo muito rico em fibras elásticas.

A camada muscular da vagina é constituída principalmente por feixes longitudinais de fibras musculares lisas. Há alguns feixes circulares, principalmente na parte mais interna, próximo à mucosa.

Por fora da camada muscular existe uma túnica de tecido conjuntivo denso, rico em fibras elásticas grossas, que une a vagina aos órgãos adjacentes. A grande elasticidade da vagina está relacionada com a grande quantidade de fibras elásticas observadas nos tecidos conjuntivos da sua parede.

## 6 - PATOLOGIA DO CÂNCER DE VAGINA

Os carcinomas da vagina podem ser divididos em primitivos e secundários. Os secundários são o produto da extensão de um câncer que se iniciou em outro órgão e que invadiu a vagina; frequente nos estadios avançados. Podem se processar por continuidade e por metástases, isto quando não há contato entre a sede inicial do tumor e o nódulo secundário. O câncer da vagina é primitivo quando este órgão é a sede inicial da neoplasia.

Estes carcinomas, depois do câncer de trompa, são os mais raros de todos os cânceres ginecológicos, correspondendo a uma percentagem mínima, como atestam os dados obtidos pelos autores que seguem: Nurnberger, 0,64 a 3,07; Stolckel 1,5 a 2,5; Taussig 2,7; Mathey-Cornat 4,5; Poli-Orfila 2,0; Labhardt 2,8; Cutler e Buschke 2,0; Weibel 5,7; Emmert 1,09; Clínica Mayo 1,0 a 2,0; Baldwin, 1,1.

Na clínica ginecológica da Universidade do Brasil, cátedra do professor Arnaldo de Moraes, em 16 anos de pesquisa, as percentagens dos cânceres ginecológicos foram as seguintes: câncer do colo uterino 87,7; câncer do corpo uterino 4,3; câncer de ovário 3,7; câncer de vulva 2,1; câncer de vagina 1,9.

Sua incidência máxima é encontrada na quinta e sexta década da vida, sendo excepcional em mulheres mais jovens.

Na maioria dos casos reside nas regiões superiores da vagina, notadamente na parede posterior, em correspondência com sua união com o exocérvix.

## 6.1 - Tipos anátomo- patológicos

Macroscopicamente, o carcinoma pode ser papilífero, exofítico, infiltrativo, ou pode aparecer como um nódulo solitário, sendo que as duas formas de apresentação mais comuns são:

### a) Forma ulcero nodular

Em um lugar circunscrito da parede vaginal se origina um nódulo de forma arredondada ou alargada. Em pouco tempo destrói a superfície superior e se forma a úlcera cancerosa, com eliminação de um líquido sero-sanguinolento com odor compulsivo.

### b) Forma de infiltração superficial

O tumor canceroso se estende superficialmente pela parede vaginal pela zona subepitelial, infiltrando assim uma grande parte da parede vaginal em forma difusa, convertendo-a em um tubo rígido. Mais adiante se produz a decomposição ulcerosa desta forma.

Nürnbergger dividiu em 3 tipos: o papilar, o infiltrante, e o crateriforme. No tipo papilar o tumor é exofítico, proliferativo, formando verdadeiro tipo de pólipo; tem base mais ou menos delgada e, assemelha-se em grande número de vezes, a uma couve-flor.

Na espécie infiltrante, o tumor ocupa uma zona mais ou menos difusa e penetra em profundidade de maneira variável. Dá à vagina um aspecto de anel por atresia parcial.

Na variedade crateriforme, a característica é o aspecto ulcerativo com comprometimento do estroma conjuntivo e formação de verdadeira úlcera da mucosa vaginal.

Microscopicamente, é quase sempre do tipo epidermóide, com nítida tendência para a cornificação.

O adenocarcinoma é excepcional e se origina de uma endometriose ou de restos mesonéfricos.

Os sarcomas são raros e se apresentam em adultas e crianças. Nas

adultas, os fibrossarcomas e suas variantes, são os tipos mais encontrados, enquanto que nas crianças predomina o tipo botrióide. Trata-se de um tumor pleomórfico, que pode ser composto por todos os tipos celulares derivados do mesoderma, ou seja, tecido fibroso, tecido mixomatoso, células musculares estriadas ou lisas, cartilagem, tecido ósseo, e menos comumente estruturas epiteliais e glandulares semelhantes às encontradas no revestimento mucoso do aparelho genital feminino.

Macroscopicamente apresentam-se como massas volumosas, grandes, arredondadas, multilobadas, enchendo às vezes o canal vaginal ou projetando-se para fora dele. São chamados de sarcoma botrióide, justamente porque se assemelham a um cacho de uvas. Tem consistência quase gelatinosa, cor cinza amarelada, são extremamente friáveis, sendo que se rompem e sangram facilmente, provocando hemorragias, se inflamando e infectando

O melanoma e o teratoma são extremamente raros na vagina.

O carcinoma in situ da vagina raramente é diagnosticado exceto se constituir uma extensão direta do carcinoma do colo. A continuidade direta das lesões in situ do colo envolvendo a vagina, é uma observação recente, porém no Boston Hospital For Women, as técnicas diagnósticas para determinar a afecção vaginal são rotineiras antes de toda a histerectomia por carcinoma cervical in situ. Previamente a qualquer operação deste tipo se realiza uma prova de Schiller na vagina e toda a zona acometida submete-se à biopsia.

O carcinoma epitelial restrito à vagina sem relação com a neoplasia cervical é raro. Quatorze pacientes que provam este critério tem sido observados no Boston Hospital For Women. Todos os casos exceto um foram detectados por exploração citológica rotineira.

O aspecto macroscópico das lesões é telangiectásico. O clássico rubor do carcinoma cervical in situ não era evidente.

O adenocarcinoma da vagina se origina a partir de vestígios do conduto de Wolff ou de glândulas cervicais em posição aberrante.

O melanoma é de origem duvidosa. Alguns consideram que um tumor

vagina deste tipo é sempre secundário a uma lesão em outra parte, e outros sugerem que é um desarranjo primário como consequência de metaplasia ou de uma má situação dos tecidos mesoblásticos<sup>e</sup> epiteliais.

Os adenocarcinomas de células claras que se desenvolvem em adolescentes ou em mulheres jovens, adquiriram maior interesse científico desde que foi assinalada a sua relação com o uso de estilbestrol pelas mães das pacientes no período pré-natal. Entre 1966 e 1969, este tipo de tumor foi diagnosticado em 8 pacientes na faixa etária entre 15 e 22 anos em 2 hospitais de Boston.

O estudo retrospectivo destas portadoras de adenocarcinoma da vagina, mostrou que 7 das 8 mães tinham sido tratadas com estilbestrol durante o primeiro semestre da gestação. Desde a publicação inicial novos casos tem sido assinalados na literatura.

Se a vigilância epidemiológica da droga confirmar a associação, o uso de estrógeno sintético durante a gravidez deverá ser contraindicado.

A revisão dos casos de melanoma primário da vagina relatados numa literatura por Laufe e Bernstein, assinala 44 casos, sendo que, destes somente 36 preenchem os critérios diagnósticos.

O epitélio da vagina é histologicamente semelhante ao da pele, ou seja, tecido pavimentoso estratificado, por isso todo o câncer primitivo deste órgão deveria ser do tipo epidermóide. Isto não condiz com os achados histológicos, pois há casos relatados de adenocarcinomas primitivos, embora em pequena percentagem.

Num estudo de 37 casos, Emmert encontrou um adenocarcinoma.

Para Stockel, estes adenocarcinomas seriam oriundos de formações glandulares em regressão como os canais de Gärtner.

Para outros autores originar-se-iam de metaplasias do epitélio Mülleriano ou de glândulas cilindróides que são muitas vezes encontradas na espessura da basal do epitélio da vagina ou ainda originado de glân-

dulas cervicais heterotópicas.

O carcinoma epidermóide da vagina pode ser de 3 tipos: imaturo, meio maturo e maturo, conforme suas células se apresentem semelhantes às da camada basal, da camada de transição ou da camada superficial do epitélio respectivamente,

Estes 3 tipos são também denominados de basocelular ou fusocelular ou indiferenciados, intermediário ou de transição e espinocelular ou diferenciado. Destes 3 tipos, a forma imatura ou diferenciada ocupa liderança, seguida do tipo intermediário e depois, do carcinoma maduro com tendência a formar pérolas.

Ainda, segundo Nürnbergger, os carcinomas do epitélio pavimentoso da vagina podem ser classificados em 2 formas: o carcinoma cornificado e o não cornificado. Nestes predominam células jovens, embrionárias, e naqueles, células que já apresentam cornificação, tendendo a formar pérolas, reproduzindo o aspecto dos carcinomas maduros ou espinocelulares.

## 7 - Estadiamento dos Cânceres de Vagina

### 7.1 - Estadiamento do Câncer Vaginal Segundo a FIGO

Estadio 0	carcinoma pré-invasivo da vagina carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial carcinoma invasivo da vagina
Estadio I	O carcinoma é limitado à parede vaginal
Estadio II	O carcinoma comprometeu o tecido subvaginal mas não se propagou à parede pélvica
Estadio III	O carcinoma se propagou à parede pélvica
Estadio IV	O carcinoma se propagou além da pelve verdadeira ou comprometeu a mucosa da bexiga ou do reto; Entretanto o edema bolhoso não permite classificar o caso como estadio IV

Pode-se ainda dividir clinicamente os carcinomas da vagina quanto ao grau de invasão, em quatro graus, de acordo com Mathey-Connat:

1º grau - câncer localizado sem adenopatia

2º grau - câncer de um segmento vaginal, da cúpula, sem adenopatia, ou apresentando-a discreta e móvel

3º grau - câncer propagado a mais da metade da parede ou à parede e à cúpula, com adenopatia

4º grau - câncer difuso com invasão dos paramétrios e adenopatia

Podem também os cânceres de vagina ser classificados segundo Courtil:

Grau I - lesão estritamente vaginal. Não franqueia a túnica muscular

Grau II - franqueia a vagina e invade os paracolpos sem aderir porém à parede pelviana

Grau III - invasão profunda.

Estadiamento do câncer vaginal pelo sistema TNM

Tis - carcinoma pré-invasivo - in situ

T0 - sem evidência de tumor primário

T1 - tumor limitado à parede vaginal

T1a - tumor com 2cm ou menos no seu maior eixo

T1b - tumor maior que 2cm no seu maior eixo

T2 - tumor infiltra os tecidos paravaginais mas não atinge a parede vaginal

T3 - tumor estende-se até a parede vaginal

T4 - tumor estende-se além da pelve verdadeira; ou infiltra a mucosa do reto ou bexiga

T4a - linfonodos regionais dos 2/3 superiores da vagina

Nx - nódulos regionais inacessíveis - informação histológica adicional pode ser acrescida Nx- ou Nx+

N0 - ausência de alterações nos linfonodos regionais pela linfografia linfonodos impalpáveis

N1 - linfonodos deformados pela linfografia - linfonodos homolater-

is móveis

- N1a - linfonodos considerados livres de neoplasias
- N1b - linfonodos considerados invadidos pela neoplasia
- N2 - linfonodos contralaterais ou bilaterais móveis
- N2a - linfonodos considerados livres de neoplasia
- N2b - linfonodos considerados invadidos pela neoplasia
- M0 - não existe evidência de metástases à distância
- M1 - metástases à distância presentes

## 8 - FATORES PREDISPOONENTES

Várias concomitâncias tem sido observadas no aparecimento do carcinoma de vagina.

O prolapso uterino, os agentes irritantes, tanto físicos como químicos devem ser levados em consideração. Os pessários as lavagens vaginais com substâncias irritantes, bem como o fato de o pênis ter contacto com a parede posterior da vagina, tem sido apontados como responsáveis pela maior incidência nesta localização.

## 9 - CLÍNICA DO CÂNCER DE VAGINA

O câncer da vagina é pobre em sintomas no seu estágio inicial, o que faz com que a paciente procure o médico em estágios mais avançados da doença, quando a progressão da neoplasia se faz a outro órgão devido a pouca resistência dos tecidos vaginais, propiciando uma certa facilidade à invasão dos órgãos vizinhos como a bexiga e o reto.

Livingstone, num trabalho feito no Memorial Hospital, verificou que a hemorragia apresentou-se como primeiro sintoma em 76,4% dos 110 casos estudados. Esta hemorragia tem o caráter de mancha sanguínea relacionada ou não com o coito, podendo aparecer sem qualquer estímulo exterior. O sangramento após o coito, também foi observado por Emmert em grande número dos casos.

O primeiro sintoma pode ser uma pequena perda de sangue durante as lavagens vaginais, o que a paciente não dá muita importância, decorrendo muito tempo entre o aparecimento deste sintoma e o exame médico.

Muitas vezes, em lugar da verdadeira hemorragia podem aparecer pequenas raias de sangue no meio do muco eliminado pela vagina.

Outro sintoma comum no caso do câncer da vagina é a leucorréia, não se sabendo até que ponto é causa ou efeito do câncer de vagina; entretanto Taussig já aboliu os processos inflamatórios crônicos como etiologia desta neoplasia.

Com a leucorréia, em 50% dos casos são encontradas as estriassanguíneas.

Algumas pacientes procuram o médico por terem notado a presença de um tumor na vagina ou gânglios aumentados na região inguinal.

Ainda há outros casos de doentes em que os primeiros sintomas são causados pela formação de uma fístula vésico ou reto-vaginal.

Sintomas subjetivos também aparecem no carcinoma primário da vagina, geralmente nos casos mais avançados. Dentre esses, a dor é o sintoma mais importante, podendo ser espontânea, irradiada ou localizada na região sacrococcígea, aos lados da bacia ou às faces internas dos membros inferiores. Pode-se ter ainda como variante desta dor a disúria o tenesmo retal ou vesical e a dispareunia.

Quando a bexiga e/ou reto estão comprometidos, juntam-se os sintomas.

No primeiro caso, junto à disúria, polaciúria e tenesmo, tem-se al-

gumas vezes a hematúria ou a fístula vésico-vaginal.

Quando o reto está comprometido, ao lado de evacuações dolorosas pode-se ter perda de sangue através do ânus ou evacuações mucopurulenta

Algumas vezes a paciente queixa-se de dores abdominais , geralmente baixas, permanente quando compromete algum órgão pélvico ou dor em cólica por comprometimento intestinal.

O aparelho urinário superior pode ser comprometido por bloqueio dos ureteres e por invasão dos paramétrios, dando toda a sintomatologia de retenção uretero-renal com dor lombar, febre, hidronefrose e hidroureter, podendo chegar à pionefrose com anúria pela infecção secundária.

As tromboses de veias pélvicas podem aparecer no decorrer do processo, sendo que o edema de membros inferiores é a regra nestes casos.

Em pesquisas do Instituto Nacional do Câncer, os sintomas foram assim distribuídos: leucorréia 28%, hemorragia 28%, corrimento sanguinolento 26%, dor no baixo ventre 4%, fístula 3%, adenopatia inguinal 3%.

#### 10 - DIAGNÓSTICO PRECOCE

O câncer genital tem um percentual representativo na mortalidade da mulher. Por ordem decrescente temos: câncer da mama, câncer do colo uterino, do endométrio, do ovário, da vulva e da vagina, estando o da trompa em último lugar. Para que se faça o diagnóstico precoce, é necessário:

- a) que a população feminina tenha noção do problema e procure o especialista periodicamente;
- b) que os médicos não especialistas sejam suficientemente orientados a fim de enviarem suas clientes para um especialista ou a um centro diagnóstico;

c) o especialista deverá ser convenientemente esclarecido, isto é atualizado e conhecedor dos modernos meios de detecção do câncer ginecológico.

A aceitação por parte da população feminina no que diz respeito ao exame ginecológico periódico, só poderá ser obtida através de um programa continuado de orientação e divulgação de conceitos educativos.

## 11 - DIAGNÓSTICO DOS TUMORES DE VAGINA

O diagnóstico é feito pelo exame ginecológico, colposcopia, citologia e biópsia.

Os tumores assintomáticos podem ser diagnosticados pelo exame citológico, mas o diagnóstico é frequentemente tardio, suscitado por sintomas que são decorrentes da presença de um tumor com certo grau de desenvolvimento.

O diagnóstico tardio pode ser de responsabilidade médica, por interpretação errônea das hemorragias ou corrimentos sanguinolentos.

Os índices de diagnóstico precoce do câncer da vagina podem ser melhorados se observadas as seguintes recomendações:

- a) nas pacientes com esfregaços citológicos suspeitos, a vagina bem como o cérvix uterino devem ser cuidadosamente examinados;
- b) o exame citológico rotineiro deve ser programado nas pacientes que sofreram histerectomia por lesões benignas do útero;
- c) as pacientes tratadas de câncer in situ da cérvix uterina devem ser submetidas à vigilância citológica periódica, em considerando a possibilidade da existência de lesões neoplásicas cérvico-vaginais multicentricas;
- d) as pacientes portadoras de cânceres com largas disseminações no ca-

nal vaginal, devem ser reexaminadas para localizar o tumor primitivo;

e) nas pacientes adolescentes ou jovens com episódios de sangramento anormal, proceder ao exame vaginal cuidadoso para afastar a presença de adenocarcinomas primitivos da vagina;

f) as pacientes com queixa de disúria ou constipação intestinal não elucidadas pelos exames especializados, devem ser investigadas cuidadosamente para afastar a possibilidade de tumor primitivo vaginal (adenocarcinoma).

Ao exame clínico, encontramos um estado geral comprometido, na maioria das vezes, mucosas descoradas e pouco úmidas, pele seca e desidratada, anorexia e perda de peso.

Ao exame ginecológico nos mostra um tumor na parede vaginal, geralmente único e raramente múltiplo.

O tumor geralmente é do tipo papilar, se assemelhando a uma couve-flor, bem vascularizado e situado na maioria das vezes sobre o 1/3 superior da parede vaginal posterior.

A mucosa vaginal situada nas proximidades do tumor está espessada assumindo aspecto típico e um brilho semelhante ao amianto.

Toda a vagina apresenta sinais de infecção, ao lado de um corrimento mucopurulento, muitas vezes sanguíneo, constituído de células vaginais, sangue, pus e germes. Em vários pontos do canal vaginal encontram-se soluções de continuidade do epitélio, que ao toque sangram facilmente.

## 12 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Deve ser feito basicamente com lesões hipertróficas da doença de Nicolas Fabre, linfogranuloma venéreo, endometriose vaginal, tuberculose sífilis, colpíte senil, cânceres secundários ou metastáticos da vagina cistos benignos vaginais e pólipos himenais.

A biópsia demonstrou ser ele de utilidade para determinar as origens desses tumores. Uma biópsia do 1/3 superior da vagina revelando um carcinoma epidermóide sugere que a neoplasia pode ser originária da cérvix uterina ou vagina. Se tomada da parede vaginal antero-lateral na metade inferior da vagina, o resultado de carcinoma escamoso pode ser primitivo tanto da uretra como da vagina.

Adenocarcinoma, por outro lado, implica a base da bexiga, o reto e mais raramente tumores assentados em restos embrionários. O aparecimento de adenocarcinomas em uma biópsia chama igualmente atenção para os tumores metastáticos. Os adenocarcinomas de endométrio, os corioepiteliomas, bem como os tumores com localização mais remota, como os do intestino, rins, ovários, ou trompas, podem metastatizar para a vagina.

## 13 - TRATAMENTO DO CARCINOMA DE VAGINA

Pode-se tratar o carcinoma de vagina de 3 formas: cirurgia, irradiação e quimioterapia, associados ou não, dependendo do caso.

Qualquer uma das forma de tratamento é influenciada pela localização do tumor, o nível de penetração e a localização da neoplasia em relação ao eixo tumoral.

Um histórico em termos de conduta no câncer primitivo de vagina, nos mostra as várias modificações e inovações que ocorreram desde 1921.

Bailey e Bagg utilizaram o rádio em forma de pequenos tubos que eram mergulhados no tumor.

Pessários de borracha também foram usados, e Nielssen propôs mais tarde, a irradiação destes tumores por período mais longo com rádio e raio x.

De Geus e Taussig empregaram o radônio sob a forma de agulhas ou de sementes, com filtragem feita pelo ouro.

A associação da terapêutica pelo rádio com o raio x tem algumas estatísticas na literatura mundial como segue: Taussig dá uma taxa de cura de 7%, Bienefeld apresentou 29 casos curados pela radiação, Le Borgne tem 29 casos de câncer de vagina dos quais 5 se achavam curados há mais de 5 anos, dando uma taxa relativa de 17,25%. Em Berlin, de 78 carcinomas de vagina irradiados por Philipp curaram-se 12. Mathey-Connat dá como resultado da terapêutica a taxa de cura de 12 a 18%. Courtial dá como taxa de cura pela irradiação 45%. Moench dá uma taxa de cura de 11% e Schmidt.

Peel indicava o tratamento pelas irradiações considerando a cirurgia como inexecutável ou ineficaz conforme o caso.

Para autores como Faure-Siderey, Nürnberger e Trapl a cirurgia daria melhores resultados que as irradiações.

Várias vias de acesso foram indicadas.

Assim, Olshausen indicou a via perineal, Martn, Schauta, Schuchardt, a via vaginal. Houve ainda outros autores que aconselharam as vias abdominal e vaginal combinadas. Também a via sacra foi proposta por Kelly e por Fritsch.

Jean Louis Faure fez exereses completas do aparelho genital feminino, combinadas à amputação do reto, usando a via abdomino-perineal.

Atualmente o planejamento do tratamento do câncer primário da vagina é influenciado por duas ordens de fatores, gerais e locais:

a) Fatores gerais

A eleição do tratamento dependerá de várias limitações interrelacionadas, tais como: idade, estado cardiovascular, hábito corporal, defeitos metabólicos, e outros.

As pacientes de avançada idade, portadoras de cardiopatias arterioscleróticas, requerem tratamento pelas irradiações, suportando quando necessário uma cirurgia mínima para derivar urina ou materiais fecais. A obesidade contraindica os procedimentos de exenteração.

Em diabéticas as infecções secundárias são rebeldes às terapêuticas mais enérgicas retardando o início do tratamento.

A cirurgia das lesões pequenas está menos restrita por fatores médicos, sendo as operações de menos porte mais adequadas à estas pacientes que as irradiações.

Para as lesões mais extensas em que a escolha pode estar entre a exenteração e a irradiação, a decisão depende inteiramente da avaliação de fatores médicos e psicológicos.

b) Fatores locais

Os tumores malignos em qualquer localização apresentam peculiaridades relacionadas à região anatomicamente que ocupam. O carcinoma da vagina não é exceção. A proximidade do reto, bexiga, uretra e ureteres constituem a base dos problemas de diagnóstico e tratamento.

No curso da enfermidade, com muita frequência surgem problemas obstrutivos ou compressões ureterais levando à formação de fístulas ou a instalação de hidronefrose.

A vascularização abundante da vagina predispõe à hemorragias graves. A proximidade do reto e a flora bacteriana da vagina propiciam a oportunidade de infecção nas etapas iniciais da evolução do tumor.

Os planos de tratamento devem incluir as drenagens linfáticas considerando-as como áreas de disseminação em potencial relacionadas à localização do tumor.

Ainda que o tumor primitivo não afete diretamente um órgão adjacente, é indispensável levar em conta estas estruturas quando do planejamento terapêutico.

1) Tratamento cirúrgico do câncer de vagina

O tratamento cirúrgico obedece às normas gerais da cirurgia do câncer, isto é: deve ser o mais radical possível, dentro do que é razoável em dada caso, e a peça cirúrgica constituir um bloco único, para que a disseminação de células cancerosas seja a menor possível.

O tratamento cirúrgico está indicado:

- a) nas lesões superficiais em qualquer nível do canal vaginal;
- b) nas lesões mais avançadas, mas ainda iniciais do 1/3 superior da vagina, quando a disseminação tumoral é semelhante a do câncer cervical, podendo ser removida quando o útero foi previamente removido;
- c) nos tumores da parede vaginal posterior, localizado nos polos inferior ou superior da vagina;
- d) nos tumores avançados que tenham invadido o reto, bexiga, ou uretra, mas não se estenderam para os lados, nem afetaram os ramos do pubis.

As pacientes deste último grupo podem ser tratadas unicamente pelas irradiações externas, mas em determinadas circunstâncias individuais a irradiação seguida da exenteração anterior ou posterior oferecem maiores oportunidades de sobrevida.

O carcinoma não invasor pode ser tratado por extirpação da mucosa vaginal. O uso do teste de Schiller pode ajudar a delimitação da mucosa anormal. Nas pacientes pós-menopáusicas a administração prévia de estrógenos intensifica a ação do corante. Devem extirpar-se pelo menos 2 cm de mucosa além das zonas anormais visíveis.

Também é importante que o patologista examine todo o material retirado, em busca de sinais de invasão. Quando a lesão não é invasora e pareça ter sido extirpada por completo, torna-se imprescindível a vigilância citológica dessas pacientes a curtos intervalos e por tempo indeterminado. Se o patologista informa haver invasão, completa-se o tra-

tamento com irradiações.

Quando há propagação à órgãos vitais adjacentes indica-se a cirurgia mais ampla.

Um requisito obrigatório para a cirurgia radical é a seleção adequada das pacientes, que devem ser jovens, com bom estado geral e dispostas psicologicamente a aceitar tal tipo de cirurgia.

A intervenção varia de acordo com a invasão tumoral. Os procedimentos cirúrgicos aplicáveis a estas pacientes são as exenterações, (anteriores, posteriores ou totais) ou a vulvectomia, acompanhada ou não da linfadenectomia inguinal bilateral.

## 2) Tratamento por irradiação do tumor vaginal

Na maioria das pacientes portadoras de câncer vaginal, acha-se indicado o tratamento pelas irradiações. A exceção principal é constituída por aquelas mulheres que sofreram radioterapia radical no passado.

Para estas pacientes a cirurgia ou quimioterapia devem ser consideradas como as únicas formas de tratamento curativo ou paliativo.

Para as lesões moderadamente avançadas, o radium intravaginal é um tratamento de escolha. Este tipo de tratamento é particularmente indicado para o câncer vaginal por 2 razões:

- a) a fonte intravaginal libera irradiações que atingem a neoplasia sem atravessar o tecido normal, uma vez que o radium emite uma dose intensa mas com pouca penetração;
- b) o contato direto do radium com o tumor permite a liberação de uma dose maior em uma área limitada.

O radium pode ser aplicado sem lesões vaginais, superficialmente com o uso de um aplicador ou intersticialmente, por meio de agulhas.

O radium intravaginal é habitualmente contido em ovóides ou dispositivos vaginais cilíndricos. A combinação de 2 tipos em um só aplicador é usada por Bloedonn, que demonstrou sua utilidade em lesões rasas.

As agulhas intersticiais podem ser usadas com sucesso para liberar uma alta dose de radiação, dirigida aos tecidos subjacentes ao tumor, com maior penetração do que as irradiações emanadas do aplicador vaginal.

Esta técnica é útil para as lesões de maior espessura situadas na superfície vagina ou para aquelas situadas mais profundamente. As altas doses das irradiações de mega voltagem são indicadas nas lesões mais avançadas, em presença de massa tumoral volumosa, profunda ou disseminada, que requer extensão do tratamento aos linfonodos regionais.

Os estadiamentos mais avançados requerem ambos os tipos de tratamento radium e irradiação externa, uma vez que as massas tumorais pelo seu volume não podem ser enquadradas satisfatoriamente pela energia ionizante emitida pela fonte de radium isoladamente, ao que se acrescenta a necessidade de incluir as vias linfáticas do paramétrio e os linfonodos pélvicos.

A irradiação externa é usada para abranger toda a pelve com uma dose de 4 a 5 000 rads, durante um período de 5 semanas. A dose de radium varia segundo a técnica adotada. Em termos gerais a irradiação produz um melhor resultado funcional que a cirurgia radical.

Se a paciente é virgem de tratamento por irradiações e a radioterapia é orientada de maneira a preservar a relação volume/dose/tempo, as sequelas serão mínimas.

A radioterapia anterior, por mínima que seja, aumenta a possibilidade de formação de fistulas e estenoses do reto, uretra e ureter.

A localização tumoral afetando os tabiques reto-vaginais ou vésico-vaginais facilita igualmente a formação de fistulas. Em presença de uma fistula vésico-vaginal ou reto-vaginal, a primeira fase do tratamento deve ser uma operação de derivação, seguida de irradiação externa e antibioticoterapia, visando eliminar a infecção dos tecidos para permitir a irradiação intracavitária intersticial.

### 3) Tratamento por quimioterapia do carcinoma vaginal

A quimioterapia tem papel secundário no tratamento do câncer primitivo de vagina, pois mostrou-se útil somente como paliativo. Os tumores epidermóides reagem pouco à quimioterapia, logrando-se apenas a diminuição das hemorragias, da dor e da leucorréia, quando se utiliza a infusão por cateterismo das artérias hipogástricas.

A droga mais utilizada é o methotrexate isoladamente ou em combinação com outras drogas, sempre com associação do fator citrovorum para diminuir os efeitos secundários. Esta forma de terapia somente deve ser utilizada por médicos que conheçam cabalmente as dificuldades inerentes ao cateterismo arterial e ao emprego das drogas antitumorais.

## 14 - TRATAMENTO DO CARCINOMA VAGINAL RECORRENTE

A terapia do carcinoma recorrente da vagina pelas irradiações oferece resultados pouco satisfatórios. Tais tipos de tratamento são frequentemente contraindicados, não somente por ausência de respostas objetivas ou subjetivas, mas também pelas sequelas que acarretam.

O tratamento secundário para a recorrência deste tipo de tumor é a cirurgia radical, se exequível, sendo que na grande maioria dos casos é limitada à palição dos sintomas.

## 15 - METÁSTASES E PROPAGAÇÃO DO CÂNCER DE VAGINA

O carcinoma de vagina se propaga invadindo em extensão e profundidade o colo do útero, a bexiga, o reto e raramente a vulva. A propagação para o reto é a mais frequente pela maior incidência do carcinoma na parede posterior da vagina. A propagação para o colo de útero, o que faz com que muitos tumores primários da vagina sejam tomados por secundários.

Os ureteres, o tecido conjuntivo da pelve e os ossos da bacia também podem ser atingidos pelo processo.

Os gânglios linfáticos são acometidos em mais ou menos 50% dos casos. Schlund mostrou que o tempo decorrido entre o aparecimento do tumor e dos sintomas de invasão linfáticas, é em média 3 meses.

As metástases linfáticas se fazem conforme a localização do tumor. Se está nos 2/3 superiores da vagina, acometem os gânglios hipogástricos; e ilíacos; se está no 1/3 inferior, atinge os gânglios inguinais externos superiores.

Na prática entretanto, isto se passa de um modo pouco diverso e variável:

- a) os gânglios retroperitoneais e ilíacos são frequentemente comprometidos nos carcinomas da parede posterior da vagina;
- b) nos casos de carcinoma de parede posterior da vagina, os gânglios invadidos são os inguinais;
- c) nos casos em que o carcinoma ocupa a parede lateral da vagina, os gânglios inguinais são os invadidos e, em maior intensidade aqueles situados do lado correspondente;
- d) o comprometimento linfático mostra-se variável nos casos de tumores difusos.

Moran demonstrou também, que em alguns casos os gânglios ano-retais podem ser acometidos.

As metástases por via hematógica são excepcionalmente raras.

## 16 - PROGNÓSTICO DO CÂNCER DE VAGINA

Em 1943, o Doutor William Neil, do sanatório Howard A. Kelly, afirmava que o prognóstico do carcinoma primário de vagina é sempre mau e que só conhecia 1 caso com sobrevida maior de 10 anos.

Atualmente o prognóstico do câncer vaginal melhorou muito em função de um maior número de diagnósticos precoces e do aperfeiçoamento das técnicas de tratamento.

Varia o prognóstico conforme o tipo histológico do tumor, idade da paciente, grau clínico da afecção e associação ou não com outros estados fisiológicos ou patológicos.

Em relação ao tipo histológico, sabemos que o adenocarcinoma, embora muito mais raro, é muito mais maligno pela capacidade que tem de dar metástases mais precocemente.

Os carcinomas epidermóides são tanto mais malignos quanto mais indiferenciado se apresentarem. Por outro lado quanto mais jovem for a paciente, tanto mais maligna se apresentará a doença.

No que diz respeito ao grau clínico do carcinoma, é fácil compreender, que se evidenciando no início do curso poderá ser mais eficientemente do que outro em estágio avançado.

O grau clínico do tumor adquire uma importância toda especial pois sabe-se que os gânglios linfáticos são invadidos pelo tumor em cerca de 3 meses após o início da neoplasia.

Quando o carcinoma primário de vagina se associa com afecções que comprometeram o estado geral, diminuindo a resistência orgânica o prognóstico é ainda pior, o mesmo ocorrendo quando este tumor incide duran-

te a gestação, devido a grande espoliação do organismo materno pelo feto.

Os sarcomas botrioides, quando ocorrem nas crianças, tem poder invasivo apenas local, e só causam a morte após penetrarem na cavidade peritoneal ou obstruïrem o aparelho urinário.

No adulto, o prognóstico é extremamente reservado e a morte, em geral ocorre de 1 a 2 anos após ter sido feito o diagnóstico.

Num trabalho publicado por Rutledge acerca dos carcinomas primários da vagina, o percentual de sobrevida foi de 69 e 68% para os estadiamentos I e II, respectivamente.

Os resultados para o estadio III foram menos satisfatórios, atingindo a sobrevida de 27%.

Inexistiu sobrevida de 5 anos nos pacientes de estadiamento IV.

A revisão de Herbst e colaboradores abrange 68 pacientes tratadas entre 1927 e 1963, de carcinoma primário da vagina.

Com uma única exceção, todas as sobrevidas eram de pacientes do estadiamento I e II; 1 das 4 pacientes do estadio IV sobreviveu 5 anos.

Pertitucci revendo os prontuários de 35 pacientes no período de 1930 a 1967, observou o seguinte: 7 pacientes do estadiamento I e 1 de 10 pacientes do estadiamento II sobreviveram 5 anos, mas nenhuma das 9 do estadiamento III e das 2 do estadiamento <sup>IV</sup> alcançoutalsobrevida.

Mediastino sem alterações.

Arcabouço costal de aspecto radiográfico normal.

- Urografia excretora

Não há evidência de concreção radiopaca na topografia do aparelho urinário. Os rins tem forma e volume normais. Há bácia renal bilateral. Houve eliminação bilateral e simultânea do meio de contraste sob boa densidade. Os sistemas pielocaliciais e os ureteres são normais. A bexiga tem capacidade reduzida e múltiplos defeitos lacunares são observados em todas as paredes. O aspecto radiográfico, acrescido da indicação clínica é compatível com invasão neoplásica da bexiga. Identifica-se meio de contraste em situação extra-vesical (períneo) mas não visualizamos trajeto fistuloso. Sugere-se cistografia.

10-07-75 - retôrno

Paciente refere perda de urina pela vagina e crises de diarreia com frequência, bem como puxos sem sangramento ou dores vaginais.

Ao exame ausência de lesão ulcerada na vagina. Ao nível da parede anterior da vagina foi observado tecido de granulação por onde se abre fístula vésico-vaginal. Parede vaginal anterior flácida. Paramétrios flácidos. Fígado e gânglios implapáveis.

27-08-75 - retôrno

Paciente com perda urinária pela vagina, dores discretas no hipogástrico, anorexia e astenia intensa.

Ao exame ausência de lesão ulcerada na vagina. Na parede anterior desta, que se apresenta flácida, visualiza-se tecido de granulação onde se abre fístula vésico-vaginal. Paramétrios flácidos. Fígado e gânglios implapáveis.

Encaminhada ao Dr. Alfredo Daura Jorge para quimioterapia.

20-11-75 - retôrno

Refere edema de membro inferior direito e inchume da barriga - dor na fossa ilíaca direita e dor ato da evacuação. Fezes ressequidas.

Ao exame: paredes vaginais com área de necrose ocasionadas p e l o contínuo verter de urina sobre o epitélio irradiado. Permanece fístula vésico-vaginal. Paramétrios flácidos. Fígado e gânglios impalpáveis.

Observação

O laudo anátomo patológico PC nº 1919 dá o diagnóstico de adenocarcinoma da vagina.

17.2 - Resumo do 2º caso

Nome: L.L.C.

Idade: 63 anos

Sexo: feminino

Cor: branca

Profissão: do lar

Procedência: Praia da Joaquina - Florianópolis

Data da consulta: 27-08-73

História da doença atual

A paciente relata que há mais ou menos 10 anos vem apresentando corrimento vaginal amarelado, de aumento progressivo, tornando-se abundante e fétido e nos últimos meses sanguinolentos, ocasião em que começou a emagrecer, tornando-se fraca e anemiada. Procurou por diversas vezes, facultativos que apenas a medicaram, até que foi atendida pelo Hélio Freitas, que a encaminhou a este serviço, para tratamento oncológico.

Exame físico

Estado geral regular. Péssimo estado nutritivo. Mucosas descoradas acentuadamente.

Exame Loco-regional

- 1) lesão vegetante e ulcerada ocupando toda a parede posterior da vagina, com base sésil, pouco dolorosa e sangrenta, recoberta de secreção amarelada e extremamente fétida. Impossibilidade de visualização ou palpação do colo uterino por afunilamento da cúpula vaginal (atresia).
- 2) massa tumoral ocupando toda a hemipelvis esquerda, dura, fixa, indolor.
- 3) nódulos na porção inferior do septo reto vaginal que se apresenta espessado, fixo e algo doloroso.
- 4) fígado impalpável.

#### Exames Complementares

- hematócrito 24%
- raio x de tórax sem alterações
- demais exames sem alterações
- urograma excretor

eliminação bilateral, simultânea, boa concentração do contraste.

Imagem nodular discreta e mais densa no ureter terminal direito (cálculo).

#### - Conduta

Telecobaltoterapia mais radioterapia mais telecobaltoterapia nos paramétrios.

Cistoscopia - capacidade vesical intensamente aumentada de volume. Edema moderado do trigono e parede póstero-lateral direita. Uretrotrigonite.

29-09-73 - retorno

Exame ginecológico: hiperemia acentuada da vagina mais extensas placas de fibrina. Regressão acentuada da lesão vegetante das paredes posterior e lateral esquerda da vagina com melhora da mobilidade e elasticidade das mesmas. Colo uterino hipotrófico e íntegro. Histerometria 5 cm. Paracolpo direito livre. Paramétrio livre. Paracolpo esquerdo intensamente infiltrado, fixo, indolor, bem como o paramétrio esquerdo,

este porém, com comprometimento menor.

01-10-73 - retorno

Planejado telecobaltoterapia complementar.

06-10-73 - terminou telecobaltoterapia de paramétrios. Corrimento vaginal discreto, seroso. Melhora acentuada do estado geral e nutritivo.

Regressão total da lesão vegetante da parede posterior da vagina.

Medicada, recebendo alta.

06-11-73 - retorno

Paciente com dor lombar, disúria dor e polaquiúria intensa. Melhora acentuada do estado geral e nutritivo. Apetite razoável.

Ao exame: regressão total da lesão vegetante da vagina, que se apresenta com mucosite intensa e discreta aderência, que foi desfeita ao toque. Paramétrio e paracolpo direito sem alterações. Paracolpo esquerdo intensamente infiltrado, duro, fixo. Hepatomegalia com 4cm do RCD, na linha hemiclavicular direita, elástico, superfície lisa, indolor, bordos rombos.

Laudo do exame anátomo patológico de 28-08-73

- Macroscopia - 3 fragmentos de tecido acinzentado, medindo o maior 8mm

- Microscopia - em meio a tecido necrótico, ninhos neoplásicos epiteliais com células poliédricas, algumas com diferenciação queratóticas.

Apreciável pleomorfismo celular e figuras aburiantes de mitoses.

- diagnóstico - Câncer epidermóide da vagina

- Abandono de tratamento.

## CONCLUSÕES

- 1 - O câncer primitivo da vagina é o segundo mais raro dos processos neoplásicos que acometem o aparelho ginecológico, sendo que sua incidência varia de 0,5 a 1,0 %.
- 2 - Localiza-se mais frequentemente no 1/3 superior da parede posterior da vagina.
- 3 - Histologicamente, na sua grande maioria é epidermóide.
- 4 - Dos órgãos adjacentes à vagina o reto é o mais acometido pela propagação tumoral.
- 5 - O tratamento do carcinoma de vagina pode ser cirúrgico ou através de irradiações, podendo-se usar também a quimioterapia com finalidade paliativa. A escolha da conduta terapêutica varia de acordo com a idade da paciente, o estado cardio-vascular, defeitos metabólicos, localização tumoral, seu nível de propagação e a localização da neoplasia em relação ao eixo da vagina.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AHUMADA - SALABER - AHUMADA. Tratado Elementar de Ginecologia. Editora Guanabara Koogan Ltda, Rio de Janeiro, 1954. Tomo II. p. 15 a 20.
2. BENSON, Ralph C. Manual de Obstetrícia e Ginecologia. Editora Guanabara Koogan Ltda. Rio de Janeiro 1970. 1ª Edição Brasileira. p. 567 a 568.
3. CAMELLO, Alípio Augusto. Câncer Primitivo da Vagina. Rio de Janeiro 1952. p. 1 a 30.
4. CARNEIRO e JUNQUEIRA. Histologia Básica. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro 1971. p. 400 a 403.
5. FRICK, Henry Clay et alii. Primary Carcinoma of the Vagina. In- American Journal of the Obstetrics and Gynecology. The C.V. Mosby Company. July 1968. Missouri. vol.101 n.5. p.695 a 703.
6. GRAY, J.Donald. Órgãos Genitais Femininos. In: Anatomia. Gardner/Gray/O'Rahilly. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro 1971. 3ª edição. p. 504 a 506.
7. GLEN, W. G. et alii. Carcinoma in situ Of The Vagina. Following Treatment For Carcinoma Of the Cervix - a Distinctive Clinical Entity. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology. The C. V. Mosby Company. Missouri, March 1 - 1976. vol.124. n.5. p.516 a 516.
8. GRAUDENZ, M.G. Sistema Genital Feminino. In: Patologia. BOGLIOLO, L. Editora Guanabara Koogan 1972. p. 556 a 557.

9. HILGERS, D. Robert et alii. Embryonal Rhabdomyosarcoma (botryoid type) of the Vagina. American Journal of Obstetric and Gynecology. The C.V. Mosby, Missouri June 1 - 1970. vol. 107. n. 3. p. 484 a 500.
10. SEFFCOATE, Norman. Ginecologia. Editora Intermédica - Editorial. Buenos Aires 1971. 1ª Edição. p. 375 a 377.
11. JONES, Seegar Georgeanna. et alii. Ginecologia. Editora Guanabara Koogan Ltda. Rio de Janeiro 1974. 8ª Edição. p. 101 a 104.
12. KISTNER, M.O. Tratado de Ginecologia. Ediciones Torray S.A. Barcelona 1973. p. 102 a 108.
13. LLUSIÀ, J. Botella. et alii. Enfermedades del Aparato Genital Femenino. Tomo III. 10ª Edição. Editorial Científico Médica, Barcelona 1973. p. 470 a 472.
14. NOVAK, Edmund R. et alii. Tratado de Ginecologia. Editora Guanabara Koogan Ltda. Rio de Janeiro 1977. 9ª Edição. p. 221 a 225.
15. PITTA, H. da Rocha. Métodos de prevenção do câncer ginecológico. In: Revista Brasileira de Cirurgia. Sociedade Brasileira de Cirurgia. Rio de Janeiro Junho 1960. vol. 39. n.6. p. 482 a 485.
16. PITTA, H. da Rocha. Aspectos Médicos e Sociais do Câncer Ginecológico no Brasil. Femina. Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Jul 1976. vol.4. n. 7. p. 433 a 436.
17. PSCHYREMBEL. W. Ginecologia Práctica. Selecciones Gráficas. Madrid 1977. 3ª Reimpresión. p. 51 a 56.

18. ROBBINS, Stanley L. Patologia. Editôra Guanabara Koogan Ltda. Rio de Janeiro 1969. 3ª Edição. p.1108 a 1110.
19. WERNECK, C. Ribeiro. Câncer primitivo da vagina. Revista Brasileira de Cancerologia. Divisão Nacional do Câncer. vol. 27. n. 2. Março/Abril 1977. p. 23 a 33.

**TCC  
UFSC  
TO  
0330**

Ex.1

**N.Cham. TCC UFSC TO 0330**

**Autor: Virmond, Nataniel**

**Título: Câncer de vagina - apresentação**



972816063

Ac. 254460

Ex.1 UFSC BSCCSM