

5.0 Carv

10 (dez) Pilsica
Javas
01 XII 85

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA

RELATO DE UM CASO DE CARCINOMA DA GLÂNDULA DE BARTHOLIN

Autor: Ernesto Oyiedo Alvarado

Doutorando do Curso de Graduação em Medicina da UFSC-11ª fase

Florianópolis-SC

Novembro de 1985

Agradecimentos::

*Ao Professor Dr. SAVAS APÓSTOLO PITSIKA
Pela colaboração na escolha do caso.*

*A Enfermeira MARGARETH ROSE GRAMKOW
do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do
Hospital Universitário-UFSC pela colaboração.*

SUMÁRIO

	FLS.
I - INTRODUÇÃO	01.
II - RELATO DO CASO	03.
III - COMENTÁRIOS	06.
IV - CONCLUSÃO	11.
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12.

I - INTRODUÇÃO

O câncer da vulva é doença própria de pacientes idosos pós-menopáusicas. Correspondendo assim, a quarta localização mais frequente de tumores no aparelho genital feminino. Representa menos de 1% de todos os cânceres e 4 a 5% dos ginecológicos.

A grande maioria dos casos (mais de 80%) ocorre em pacientes de mais de 40 anos, climatéricas ou pós menopáusicas. Pode ocorrer, porém, com menor frequência, em pacientes jovens. Porém os estudos demonstram que o câncer é o mais frequente na sétima década.

Inicialmente devemos delimitar a região anatômica vulva que é a semimucosa recobrando a face interna dos grandes lábios, ninfas e vestibulo vaginal e junção mucocutânea.

O câncer da vulva pode ser intra-epitelial ou invasor e pode originar-se na pele, tecidos subcutâneos, uretra, elementos glandulares da vulva ou da mucosa do terço inferior da vagina.

Aproximadamente 85 - 90% dos tumores são cânceres epidermóides. Os tumores menos frequentes são a doença de Paget extra mamária, o carcinoma da glândula de Bartholín, o carcinoma das células basais, o melanoma, o sarcoma e os cânceres metastáticos de outros locais. As mulheres de cor branca são afetadas mais frequentemente do que as demais.

De um modo geral, a idade média dos pacientes com carcinoma in situ da vulva é de aproximadamente 10 anos menos que os de pacientes com câncer de vulva.

Pode ocorrer incidência de câncer de vulva com gravidez, o tratamento pode ser realizado sem prejuízo para o feto.

Certamente que o diagnóstico precoce leva a um prognóstico mais promissor porém nos casos de câncer de vulva isto não tem ocorrido, é comum o retardo de 6 a 12 meses em termos de consultas ou descoberta do tumor. Tendo em vista que esta doença localiza-se na superfície do corpo é acessível facilmente a métodos diagnósticos, portanto o diagnóstico precoce é a regra.

O que acontece é uma grande relutância em realizar biópsia da vulva, optando por várias formas de terapêuticas clínicas durante meses.

Apesar da idade avançada de muitos pacientes e do achado frequente de tumores moderadamente volumosos, a doença é em geral passível de terapêutica cirúrgica.

Este trabalho é o relato de um caso de carcinoma da glândula de Bartholin.

A paciente acometida desta doença esteve internada na Maternidade Carmela Dutra em três períodos do ano de 1984.

O objetivo do trabalho é o relato do caso, uma paciente jovem (35 anos), portadora de um carcinoma de vulva, mais frequente na sétima década, e além disto um carcinoma da glândula de Bartholin e um comentário sobre o que diz a literatura a respeito destes tumores.

Visa-se também, lembrar a importância do diagnóstico precoce e facilmente viabilizado pelos exames ginecológicos rotineiros e a observação mais cuidadosa da vulva durante o exame ginecológico.

II - RELATO DO CASO

1^a Internação: (12.03.84 a 23.03.84)

L.D.P., 35 anos, sexo feminino, branca, do lar, foi admitida na Maternidade Carmela Dutra por apresentar câncer de vulva. A paciente era procedente de Biguaçu-Sc. Referia dores intensas em região glútea D irradiando para MMID aumento de crescimento de lesões na vulva.

Na pesquisa do prontuário foi encontrado um prontuário anexo da Casa de Saúde São Sebastião onde esta paciente recebeu tratamento quimioterápico em agosto e setembro/82 e Jan/Fev/Março.84. Foram empregadas várias drogas citostáticas de uso atualmente.

No decorrer desta primeira internação foi submetida a exames laboratoriais como: Hematocito-34; contagem de plaquetas - normal. Realizado também Rx de torax PA e perna e tornozelo D, obtendo-se o seguinte laudo: presença de imagens modulares de contornos mais ou menos nítidos, no LID, região hilar D; LSE e LIE - metástases, áreas cardíacas e circulação pulmonar normal, seios costofrênicos livres. Perna e tornozelo - tecido ósseo íntegros.

Foi medicada com analgésicos, tranquilizantes anti-inflamatórios, antibióticos; vitaminas e anti-êmetico.

Apresentava a região vulvar e nádega D com infiltrado inflamatório, edema importante, que não sugeria ganglio infartado. O diagnóstico foi de câncer da glândula de Bartholin ulcerado.

Possuía já nesta ocasião uma metástase em parte ventral da coxa D. Referia grande dificuldade para deambular.

O tratamento proposto e realizado foi quimioterapia. As lesões vulvares apresentaram secreção fétidas. Apesar da sintomatologia não haver regredido e as lesões causarem desconforto, a paciente solicitou alta.

2ª Internação - (05.04.84 - 12.04.84)

Reinternada após treze dias com queixa principal de dor intensa em ambas as pernas e região vulvar.

Além disto apresentava edema intenso em MMII, dificuldade para deambular, dor em região lombar. O diagnóstico foi mantido acusando metástases loco-regionais infectados.

As lesões na região vulvar persistiam apresentando secreção fétida serosa grande quantidade. Eram realizados curativos diários, geralmente mais de um.

A medicação recebida, foram analgésicos, tranquilizantes, corticosteróides.

Uma semana após voltou a solicitar alta.

3ª Internação (04.07.84 a 15.07.84)

Aproximadamente 3 meses após voltou a se internar.

Mantido diagnóstico de carcinoma da glândula de Bartholin disseminado.

Apresentava intensa palidez cutânea-mucosa, constipação intestinal, anorexia, além naturalmente de quadro doloroso intenso.

Nesta ocasião foi instituída nutrição parenteral, tendo em vista o estado nutricional da paciente.

O hematócrito de emergência acusava 28; além deste realizou outros exames: de urina, f alcalina, TGO LDM e Rx Torax.

No dia da internação recebeu 600 ml de concentrado de hemácias. As lesões da vulva apresentaram intensa secreção fétida serosa, sendo necessários vários curativos diários. Persistiu recebendo analgésicos, vitaminas, tranquilizantes, hidratação venosa (SG e SF).

A cada dia o estado geral ia agravando-se passando a paciente a ter dispnéia, dores cada vez mais intensas e a ficar muito agitada.

Foram iniciadas nebulizações.

A dispnéia com taquicardia, estertores crepitantes, subcrepitantes e sibilos disseminados em ambos os pulmões.

Nesta ocasião foi medicada com aminofílina e tornou a receber papa de hemácias 300 ml.

Em 14.07.84 sem haver resposta do tratamento empregado a paciente sofreu novo agravamento de seu quadro com dispnéia intensa taquicardia, administrado cedilanide, isto é às 16:00 horas.

Por volta das 19:00 horas a paciente entrou em apnéia, midríase, ausência de batimentos cardíacos, foi constatado o óbito.

A provável "causa mortis" foram as complicações das metástases à distância em órgãos como pulmão, coração, cérebro.

III - COMENTÁRIOS

Elementos indispensáveis ao diagnóstico:

- . Ocorre no grupo etário pós menopausal.
- . Antecedentes de irritação vulvar antigo com prurido, desconforto local e secreção sanguinolenta.
- . As lesões iniciais podem lembrar a dermatite vulvar crônica.
- . As lesões tardias manifestam-se como um nódulo no lábio, como uma grande, proliferação em couve-flor de uma área ulcerada endurecida na vulva.
- . É necessário a biópsia para fazer o diagnóstico.

A neoplasia da pele vulvar está frequentemente associado a múltiplos focos de displasia nas vias genitais inferiores.

O agente desencadeante não foi ainda identificado, mas suspeita-se muito de um agente transmitido sexualmente, o herpesvirus hominis tipo 2.

Geralmente as pacientes acometidas de câncer de vulva fornecem uma história de condições predisponentes.

As doenças associadas mais frequentes são a obesidade, a hipertensão e a irritação vulvar crônica secundária ao diabetes Mellithus, ou doença venérea granulomatosa ou distrofia vulvar.

Os problemas existenciais, os preconceitos, a perda da auto-estima e a substituição dos valores das mulheres neste período etário não as motivam a consultar ao especialista nas fases iniciais da doença.

Na revisão da etiologia foram encontradas como causas predisponentes.

- distrofia vulvares hipertróficas
- distrofias atróficas
- doenças granulomatosos crônicas
- irritação crônicas
- doenças de Paget extra-mamária
- nevos pigmentados
- irradiação
- carcinoma intra-epitelial.

O aspecto macroscópico do câncer vulvar depende da origem e do tipo histológico.

A propagação do câncer da vulva ocorre, principalmente por embolização linfática, obedecendo quase sempre a ordem topográfica e cronológica dos gânglios inguino e femorais superficiais e profundos, depois aos ilíacos e, finalmente, invasão a distância.

Aspecto peculiar dessa propagação é o satélite à lesão da vulva e sua estagnação por algum tempo nos primeiros gânglios comprometidos. Após isto, a cirurgia radical constitui a terapêutica por excelência do câncer de vulva.

O aspecto macroscópico e histológico dos diversos tipos de câncer vulvar são os seguintes:

1. Câncer epidermóide: é o tipo mais comum e afeta com maior frequência a metade anterior da vulva.

Em aproximadamente 56% das funções o tumor se origina nos grandes e pequenos lábios e em 25% o clitoris está comprometido. São tumores mais frequentemente associados a metástases ganglionares e em particular bilaterais.

O aspecto deste tipo de tumor varia muito desde uma lesão ampla, exofítica em forma de couve-flor até uma pequena cratera ulcerada superposta a uma lesão distrófica da pele vulvar. O que determina as metástases é o tamanho do tumor.

2. Câncer intra-epitelial - define-se o câncer intra-epitelial como uma modificação maligna em toda a espessura do epiderme sem invasão da derme subjacente.

3. Doença de Paget extramamária - estes tumores podem ser intra-epitelial ou invasor.

A célula de Paget típica, patognomônica da doença se origina aparentemente da diferenciação anormal das células da camada basal do epitélio. A lesão inicial pode confundir-se com numerosas formas benignas de prurido vulvar crônico. Sofre maior modificação de forma e extensão, sendo que a biópsia revela a presença de células típicas de Paget.

4. Carcinoma da Glândula de Bartholín: Corresponde a 5% dos cânceres vulvares.

Aproximadamente a metade dos tumores são adenocarcinomas, o restante é composto de carcinomas escamosos.

Pode haver dificuldades para diferenciar pelo exame clínico um tumor das glândulas, ou do canal de Bartholín, de um cisto benigno deste canal.

Devido a localização profunda da lesão na substância do lábio o tumor pode invadir o reto e ter acesso aos canais linfáticos profundos da pele, bem como dos canais superficiais que drenam para os gânglios linfáticos inguinais.

5. Carcinoma de células basais: na maioria estes tumores são compostos de pequenas lesões papilomatosas ou elevadas. Originam-se quase que exclusivamente na pele dos grandes lábios, embora possam aparecer eventualmente em outras áreas vulvares.

Originam-se das células basais primordiais da epiderme, tem crescimento lento, infiltração local, tendência a recidiva, quando não completamente resecado. As metástases a distância são raras.

6. Melanoma Maligna: De 8% a 11% dos cânceres vulvares são melanomas malignos. Surge mais comumente nos pequenos lábios e clitoris, havendo uma tendência para a disseminação superficial em direção a uretra e vagina.

Uma lesão elevada, muito pigmentada, na junção cutâneo-mucosa é, um achado característico.

Dissemina-se pelos canais linfáticos.

O prurido vulvar ou um tumor vulvar é a queixa em mais de metade dos casos; outros relatam sangramento da vulva, enquanto que aproximadamente 20% na maioria das séries estudadas, não apresentam queixas, sendo o tumor encontrado no exame pélvico de rotina. Um número em torno de 25% dos pacientes procuram um médico, submete-se a diversos tratamentos clínicos sem no entanto ser feita uma biópsia ou uma terapêutica completa, a simples excisão de um tumor invasor.

Portanto é necessário salientar a grande importância da biópsia em qualquer lesão vulvar.

Naturalmente que o carcinoma *in situ* na vulva progredirá até o câncer invasor, quando não tratado.

Quando tratado, o problema maior são as recidivas, no local da excisão, ou pode se desenvolver um outro foco da doença na pele ou mucosa vulvar remanescente. São necessários exames periódicos para detectar um novo foco da doença.

Pode ocorrer também o linfedema das pernas após uma cuidadosa linfadenectomia inguinal profunda e superficial.

Neste caso recomenda-se o uso de meias elásticas para prevenir alterações secundárias na pele e no tecido subcutâneo.

Outra complicação é a estenose vaginal, um anel fibrotico ao redor do intróito vaginal pode surgir se o câncer vulvar estiver associado a distrofia vulvar crônica.

Além destas pode ocorrer cistocele, retocele e incontinência urinária de esforço.

No que diz respeito ao tratamento o mais preconizado é o cirúrgico, o objetivo é a ampla excisão do tumor, com inclusão das vias de disseminação.

Devem ser tomadas todas as medidas no pré operatório, anamnese e exame físico completo, exame pélvico minucioso, citologia vaginal, biópsia endometrial, quando indicados, a proctoscopia.

Outras investigações incluem radiografias torácica, urografia intravenosa, eletrocardiograma, hematimetria completa, análise de urina, hematimetria de jejum e dosagem de nitrogênio uréico sanguíneo.

Os procedimentos cirúrgicos utilizados tem sido a vulvectomia simples, na primeira eventualidade, e a vulvectomia ampliada com esvaziamento inguino-crural-iliaco bilateral no carcinoma invasor.

As expectativas promissoras de cura com tal tratamento cirúrgico esbarram nas complicações pós-operatórias inerentes ao extenso descolamento cutâneo.

Naquelas pacientes em que as condições gerais contra indicam terapêutica radical dever-se-á fazer vulvectomia simples com excerese de gânglios eletivos (se palpável) para estudo histopatológico seguido de cobalterapia, tres a quatro semanas após, na dose de 4.000 a 6.000 rad.

Das complicações da vulvectomia podemos dividi-las em imediatas e tardias.

Entre os imediatos estão necrose, deiscência dos retalhos com infecções, quadros graves de celulite perineal, hemorragia no leito operatório ou rotura da artéria-femoral por infecção e necrose subsequente; o seroma, as tromboflebitas, bem como as lesões de nervos superficiais, ou mesmo do nervo femoral. Podem ainda ocorrer lesões urinárias ou intestinais.

Entre as tardias estão o linfedema hérnias inguinais ou, crurais bem como os prolapsos de útero e vagina, as disfunções vesicais e retais e finalmente as disfunções sexuais por estenoses do introito vaginal ou lesão do clitoris.

Em qualquer dos tratamentos empregados seja cirúrgico, irradiação ou quimioterápias o reexame periódico é fundamental.

A doença de Paget extramamária ou os melanomas malignos não respondem à irradiação. O que determina um prognóstico do câncer da vulva são as dimensões e a localização da lesão, o tipo histológico e a presença ou não de metástases ganglionares regionais. A sobrevivida em 5 anos é de aproximadamente 60% após tratamento cirúrgico completo do câncer epidermóide invasor em uma série de pacientes.

Os fatores principais que determinam a sobrevivida são o tamanho tumoral e as metástases ganglionares.

Quanto ao câncer das glândulas de Bartholin o índice de cura não está determinado pela exiguidade de dados de acompanhamento a longo prazo, dependendo muito das metástases ganglionares.

Existe uma tendência para as recidivas locais irremediáveis no ramo púbico, apesar da cirurgia radical inicial.

ALGUMAS FORMAS DE APRESENTAÇÃO DO CARCINOMA DE VULVA



Fig. 8.13 Câncer epidermóide ulcerado da vulva.



Fig. 8.12 Câncer epidermóide exofítico extenso da vulva que foi tratado pela vulvectomia radical e linfadenectomia regional.



Fig. 8.15 Carcinoma *in situ* vulvar, papilar e perianal.

ALGUMAS FORMAS DE APRESENTAÇÃO DO CARCINOMA DE VULVA.



Fig. 8.14 Carcinoma branco, difuso, *in situ*, da porção anterior da vulva e do clitoris.



Fig. 8.18 Melanoma da vulva.

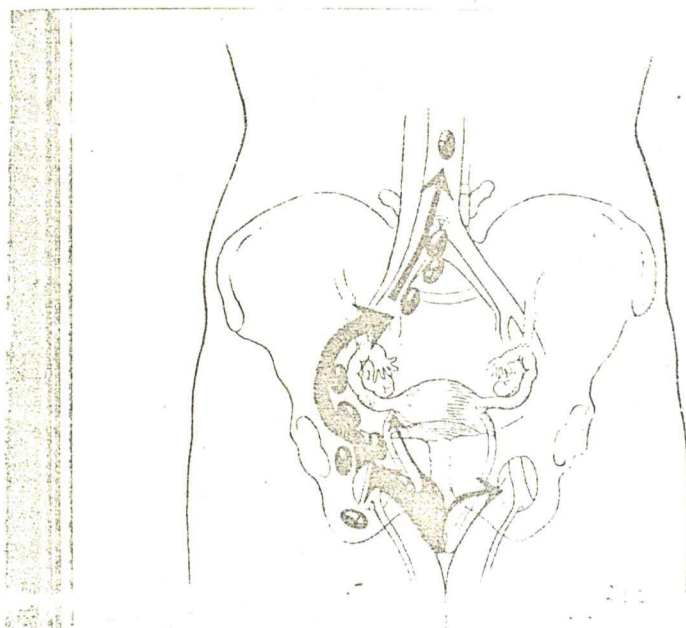


Fig. 8.11 Disseminação linfática do câncer da vulva.

IV CONCLUSÃO

Analizando o material pesquisado conclui-se que o câncer de vulva é uma doença que pode ser precocemente detectada através de exames ginecológicos de rotina e onde seja feita uma avaliação cuidadosa e criteriosa da vulva da paciente com auxílio de luz frontal e lupa ou potente lente de aumento visando a sistemática análise de toda a vulva, na pesquisa de lesões pré-neoplásticas ou afecções dermatológicas ditas de alto risco para neoplasia maligna de vulva.

Isto se aplica sobremaneira a pacientes jovens, menos propensas, mas que quando corretamente tratadas tem grandes probabilidades de cura.

O tratamento de eleição é o cirúrgico, sendo a vulvectomia radical com linfadenectomia Inguinal-Femoral a técnica mais empregada, entretanto a sobrevivida é tanto maior quanto mais alargada a cirurgia.

A frequência maior se registra na sétima década, tem como sintoma principal o prurido vulvar, acomete mais a região lábio-clitoriana e o carcinoma escamoso é o tipo histopatológico mais comum.

O caso relatado é de uma paciente jovem com carcinoma da glândula de Bartholín, após diagnosticada foi realizado tratamento quimioterápico que no entanto não conduziu a cura, vindo a paciente a falecer.

Tendo em vista que nos carcinomas da glândula de Bartholín a disseminação por via linfática processa-se de maneira muito rápida, houve provavelmente uma disseminação precoce inviabilizando o tratamento cirúrgico.

No relato do caso dá-se ênfase aos períodos em que esteve internada na Maternidade Carmela Dutra, porém o diagnóstico da doença já fora estabelecido em 1982, como confirma o exame anatomopatológico em anexo - fotos ilustrativas do carcinoma de vulva da própria paciente.

TCC
UFSC
TO
0264

N.Cham. TCC UFSC TO 0264

Autor: Alvaro, Ernesto Ov

Título: Relato de um caso de darcinoma n



972811588

Ac. 254396

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM