



Câncer de vagina – aspectos clínicos e tratamento

Vaginal cancer – clinical aspects and treatment

Manoel Afonso Guimarães Gonçalves¹ , Rafaela Gasperin Schramm¹ ,
Fernando Gesteira Campos de Pinho^{1*}

RESUMO

O câncer de vagina pode ser primário, originado no epitélio vaginal, ou secundário, devido a metástases de outros órgãos. A forma primária é rara, sendo a maioria das neoplasias vaginais metastáticas, especialmente as do útero, vulva e ovários. O tipo mais comum é o carcinoma de células escamosas, com fatores de risco semelhantes ao câncer cervical, como infecção por Papilomavírus Humano (HPV), tabagismo e múltiplos parceiros sexuais. O diagnóstico é dificultado por sintomas iniciais inespecíficos, como sangramento vaginal anormal e corrimento, e é confirmado por biópsia. O câncer é estadiado pelo sistema da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), variando de estágio I (tumor confinado à vagina) a estágio IV (metástases). O tratamento depende do estágio, com opções como cirurgia, radioterapia e quimioterapia. O prognóstico é melhor nos estágios iniciais, com uma taxa de sobrevida em 5 anos superior a 80%. A prevenção primária com vacinação contra o HPV é a estratégia mais eficaz para evitar o câncer de vagina.

Palavras-chave: câncer; vagina; tratamento.

ABSTRACT

Vaginal cancer may be primary, originating in the vaginal epithelium, or secondary, due to metastases from other organs. The primary form is rare, with most vaginal neoplasms being metastatic, especially from the uterus, vulva, and ovaries. The most common type is squamous cell carcinoma, with risk factors similar to cervical cancer, such as Human Papillomavirus (HPV) infection, smoking, and multiple sexual partners. Diagnosis is difficult due to nonspecific early symptoms, such as abnormal vaginal bleeding and discharge, and is confirmed by biopsy. The cancer is classified using the International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) system, ranging from stage I (tumor confined to the vagina) to stage IV (metastases). Treatment depends on the stage, with options such as surgery, radiotherapy, and chemotherapy. The prognosis is better in the early stages, with a 5-year survival rate of over 80%. Primary prevention through HPV vaccination is the most effective strategy to prevent vaginal cancer.

Keywords: cancer; vagina; treatment.

O câncer de vagina pode ser classificado em primário, quando originado no epitélio vaginal, ou secundário, proveniente de lesões metastáticas de outras localizações. A neoplasia primária de vagina é rara, sendo a maioria metástases que frequentemente surgem do endométrio, colo do útero, vulva, ovário, mama, reto e rim.

A maioria dos cânceres vaginais primários são carcinomas de células escamosas, mas o melanoma, sarcoma, adenocarcinoma e outros tipos histológicos também ocorrem. Embora o câncer vaginal primário seja raro, a doença metastática para a vagina ou extensão local em estruturas adjacentes pode ocorrer com certa frequência¹⁻⁵.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

*Autor correspondente: E-mail: gesteira.fernando@gmail.com

Conflito de interesse: nada a declarar. Fonte de financiamento: não há.

Recebido em: 29/11/2024. Aprovado em: 02/12/2024.

EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

O carcinoma vaginal é pouco frequente (1 a 2% dos cânceres ginecológicos), ocorrendo numa idade média aproximada de 60 anos, sendo que, na maioria dos casos primários, o tipo histológico é o carcinoma de células escamosas. A maioria desses casos ocorre por uma infecção mediada pelo HPV, semelhante às neoplasias do colo uterino. Da mesma forma, o câncer vaginal tem os mesmos fatores de risco que a neoplasia cervical: múltiplos parceiros sexuais ao longo da vida e imunossupressão, tabagismo, história de neoplasias intraepiteliais do trato genital inferior e exposição ao dietilestilbestrol¹⁻⁵.

No Brasil, entre 2000 e 2015, houve uma redução na incidência da doença de 0,76 para 0,29 casos por 100.000 mulheres, porém a maioria dos casos permanece sendo diagnosticada em estágios localmente avançados ou metastáticos (II a IV), com tempo entre diagnóstico e tratamento superior a 60 dias, dificultando o manejo adequado⁶.

ASPECTOS CLÍNICOS

Assim como em outros tipos de neoplasias ginecológicas, os sintomas iniciais são frequentemente inespecíficos, o que pode atrasar o diagnóstico¹⁻⁵. Os principais sinais e sintomas incluem:

- Sangramento vaginal anormal: principalmente após relações sexuais ou na pós-menopausa;
- Corrimento vaginal: geralmente serossanguinolento ou com odor fétido;
- Dor pélvica ou durante a relação sexual: em casos mais avançados;
- Massa palpável na vagina: detectada durante exame clínico ou ginecológico;

Nos estágios mais avançados, pode haver sintomas relacionados à compressão ou invasão de órgãos adjacentes, como disúria, hematuria, constipação e dor lombar.

O diagnóstico definitivo é feito por biópsia da lesão suspeita, geralmente guiada por exame clínico ou colposcopia. A Ressonância Magnética (RM) e a Tomografia Computadorizada (TC) auxiliam na avaliação da extensão local e regional do tumor.

ESTADIAMENTO

O câncer de vagina é estadiado pelo sistema da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que se baseia na extensão tumoral¹⁻⁵:

- Estágio I: tumor confinado à parede vaginal;
- Estágio II: tumor que invade tecidos paravaginais sem atingir a parede pélvica;
- Estágio III: tumor que atinge a parede pélvica e/ou causa linfonodomegalia regional;
- Estágio IV: tumor com invasão de órgãos adjacentes (IV-A) ou metástases à distância (IV-B).

TRATAMENTO

O manejo do câncer de vagina depende do estágio da doença, da localização da lesão e das condições clínicas da paciente¹⁻⁵.

1. Tratamento do câncer em estágios iniciais (I e II)

Nos estágios iniciais, a cirurgia e/ou radioterapia podem ser utilizadas:

- Cirurgia: inclui colpectomia parcial ou total associada a linfadenectomia pélvica, dependendo da extensão tumoral;
- Radioterapia: é a principal modalidade para tumores pequenos, especialmente em pacientes com contraindicações cirúrgicas. Utiliza-se braquiterapia (interna) ou radioterapia externa, ou a combinação de ambas.

2. Tratamento do câncer em estágios avançados (III e IV)

Nos estágios mais avançados, o tratamento padrão é a radioterapia combinada com quimioterapia concomitantemente:

- Radioterapia externa associada a braquiterapia: visa ao controle local do tumor;
- Quimioterapia concomitante: geralmente com cisplatina, potencializa o efeito da radioterapia e melhora o controle da doença.

Em casos de recidiva ou metástases, o tratamento paliativo pode incluir quimioterapia sistêmica, imunoterapia (em casos com expressão de PD-L1 ou instabilidade microsatélite) e cuidados voltados ao alívio de sintomas.

PROGNÓSTICO E SEGUIMENTO

O prognóstico do câncer de vagina depende diretamente do estágio no diagnóstico. A taxa de sobrevida em 5 anos é superior a 80% para estágios iniciais, mas cai para menos de 20% em casos de doença avançada¹⁻⁵.

O seguimento clínico deve ser realizado com consultas regulares, incluindo exame físico, avaliação ginecológica e exames de imagem, quando indicado, para detecção precoce de recidivas.

CONCLUSÃO

Apesar de raro, o câncer de vagina é uma neoplasia grave, cuja prevenção secundária é fundamental. O rastreamento de lesões precursoras, especialmente em populações de risco, como mulheres com história de HPV, é essencial. O avanço nas técnicas de radioterapia e o uso de terapias-alvo têm contribuído para melhorar os desfechos, mas a detecção precoce continua sendo o maior desafio no manejo dessa condição.

A prevenção primária com vacinação contra o HPV permanece sendo a melhor e mais eficaz estratégia de saúde para se evitar a neoplasia primária de vagina, assim como metástases de câncer de colo uterino.

REFERÊNCIAS

1. Kulkarni A, Dogra N, Zigras T. Innovations in the management of vaginal cancer. *Curr Oncol*. 2022;29(5):3082-92. <https://doi.org/10.3390/curroncol29050250>
2. Forner DM. Characteristics and survival of primary vaginal malignancy: an analysis of the German nationwide cancer registry data. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2023;149(3):1115-22. <https://doi.org/10.1007/s00432-022-03982-7>
3. Mundt AJ, Rotmensch J, Waggoner S, Quiet C, Fleming G. Phase I trial of concomitant chemoradiotherapy for cervical cancer and other advanced pelvic malignancies. *Gynecol Oncol*. 1999;72(1):45-50. <https://doi.org/10.1006/gyno.1998.5212>
4. Kulkarni A, Dogra N, Zigras T. Innovations in the management of vaginal cancer. *Curr Oncol*. 2022;29(5):3082-92. <https://doi.org/10.3390/curroncol29050250>
5. Adams TS, Rogers LJ, Cuellar MA. Cancer of the vagina: 2021 update. *Int J Gynecol Obstet*. 2021;155(Suppl 1):19-27. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13867>
6. Paulino E, Melo AC, Silva-Filho AL, Maciel LF, Thuler LCS, Goss P, et al. Panorama of gynecologic cancer in Brazil. *JCO Glob Oncol*. 2020;6:1617-30. <https://doi.org/10.1200/GO.20.00099>