

## Câncer de vulva



Rita Maira Zanine

Prof<sup>a</sup>. Titular do Departamento de Tocoginecologia da UFPR

Chefe do Setor de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia do HC/UFPR

Email: ritazanine@yahoo.com.br

ORCID 0000-0001-9210-2925

Declaro não ter conflito de interesses no assunto abordado.

**Palavras-chave:** câncer da vulva, terapia combinada, prognóstico.

O câncer de vulva é a quarta neoplasia maligna mais comum na mulher perfazendo 4% dos cânceres ginecológicos. O carcinoma escamoso é o mais frequente sendo mais diagnosticado na pós-menopausa, porém a incidência aumentou em 68% nas mulheres com menos de 60 anos.<sup>1</sup>

A prevenção é feita pelo diagnóstico das lesões intraepiteliais vulvares.

Existem duas vias carcinogênicas para a neoplasia vulvar:

- 1) Dependente da infecção pelo HPV que ocorre com maior frequência nas mulheres jovens e dá origem ao carcinoma escamoso verrucoso ou basaloide. A lesão precursora é a UNIV.<sup>2</sup>
- 2) Outra via está ligada às mulheres portadoras de liquen escleroso, mais comum nas pacientes idosas e está associada ao carcinoma escamoso queratinizante cuja lesão precursora é a DNIV.

O câncer vulvar foi estadiado cirurgicamente em 1988 baseado nos achados histopatológicos da vulva e dos linfonodos. O estadiamento foi revisado em 2009 e uma nova revisão foi feita em 2021.<sup>3</sup> (Tabela 1).

Quadro 1 - Estadiamento para câncer de vulva de 2021

| NOVO ESTADIAMENTO | FIGO   | 2021   |
|-------------------|--|--|
| ESTADIO           | DESCRIÇÃO  |  |
| I                 | Tumor confinado a vulva  |  |
|                   | I A  | Tamanho <2cm invasão estromal <1mm   |
|                   | I B  | Tamanho >2cm invasão estromal >1mm   |
| II                | Tumor de qualquer tamanho com extensão p terço inferior uretra, terço inferior vagina, terço inferior ânus com linfonodos negativos                            |  |
| III               | Tumor de qualquer tamanho com extensão para a parte superior das estruturas perineais adjacentes ou com qualquer numero de linfonodos sem fixação ou ulceração |  |
|                   | III A  | Tumor de qualquer tamanho com extensão para os 2 terços superiores da uretra, 2 terços superiores da vagina, mucosa bexiga, mucosa do reto ou metástases linfonodais regionais < 5mm |
|                   | III B  | Metastases regionais linfonodais < 5mm   |
|                   | III C  | Metástases regionais linfonodais com espalhamento extracapsular  |
| IV                | Tumor de qualquer tamanho fixado ao osso, metástases linfonodais ulceradas ou metástases a distância   |  |
|                   | IV A   | Doença fixada nos ossos pélvicos ou linfonodos regionais fixados ou ulcerados  |
|                   | IV B   | Metástase a distância  |

O carcinoma células escamosas é responsável por 80% dos casos, seguido pelos melanomas. Os tipos mais raros são o carcinoma de célula basal, carcinoma verrucoso e a doença de Paget extra mamária.<sup>4</sup>

Quanto à graduação histopatológica, as neoplasias vulvares podem ser classificadas em: GX quando a graduação não pode ser acessada, G1 que corresponde ao tumor bem diferenciado, G2 nos casos moderadamente diferenciados e G3 nos indiferenciados.<sup>3</sup> O tratamento do câncer de vulva depende do tipo, grau histológico e do estadiamento do tumor.

### Carcinoma de células escamosas

Representa 90% dos canceres de vulva com uma incidência de 2-7 casos por 100.000 mulheres. A neoplasia pode apresentar-se clinicamente como placas ulceradas ou massas verrucosas que podem ter coloração branca ou aspecto eritematoso ou pigmentar.<sup>4</sup>

As lesões podem ser assintomáticas ou ter como queixa o prurido crônico associado ou não ao sangramento, queimação e dor.

O carcinoma escamoso tem o seu estadiamento feito pela clínica, cirurgia e histopatologia sendo o envolvimento linfonodal o indicador prognóstico mais significativo.

O tratamento clássico é a vulvectomia radical com linfadenectomia inguinofemoral bilateral. Devido à morbidade deste procedimento, a excisão local alargada tem sido preconizada juntamente com a amostragem do linfonodo sentinela que tem eficácia comparada à vulvectomia, com menor morbidade.

A quimioterapia adjuvante e a radioterapia são indicadas especialmente nas pacientes que têm contra-indicação para o procedimento cirúrgico.<sup>5</sup>

### Melanoma

O melanoma é a segunda neoplasia maligna mais comum na vulva, sendo responsável por 5% a 10% de todas as doenças malignas da vulva. Tem uma incidência de < 0.2 casos por 100.000 mulheres.<sup>3</sup>

Doença mais comum nas mulheres na quinta a sétima décadas de vida e costuma apresentar-se como uma mácula, pápula ou nódulo com bordos irregulares e pigmentados.

Os sintomas mais comuns são prurido, sangramento, ulceração, e a linfadenopatia pode ser observada.

Cerca de 50% dos casos ocorrem nas superfícies mucosas da vulva, o diagnóstico geralmente é tardio e as recorrências da doença são elevadas com uma tendência a formar metástases.<sup>3</sup>

O prognóstico é reservado com uma taxa de 5 anos de sobrevida entre 27% e 60%.

O tratamento de primeira linha é a cirurgia; quimioterapia e radioterapia apresentam resultados conflitantes. A imunoterapia tem apresentado resultados iniciais promissores.<sup>4</sup>

O carcinoma de células basais é raro na vulva sendo responsável por 4% das neoplasias nesta região seguido pela doença de Paget extramamária cuja real incidência é desconhecida.<sup>5</sup>

O diagnóstico precoce das neoplasias de vulva é o fator mais importante para o sucesso do tratamento e um prognóstico mais favorável da doença.

### REFERÊNCIAS:

1. Olawaiye Alexander, Cuello A Mauricio, Rogers J Linda. Cancer of the vulva: 2021 update. Int J Gynecol Obstet 2021; 155(1): 7-18.
2. Rasmussen L Christina, Sand C Freja, Frederiksen H Marie, Andersen K Klaus. Does HPV status influence survival after vulvar cancer? Int J Cancer 2018; 142(1): 1158-1165
3. Wohlmuth Christoph, Wohlmuth-Wieser Iris. Vulvar malignancies: an interdisciplinary perspective. J Dtsch Dermatol Ger 2019; 17(12): 1257-1276.
4. Tan Andrea, Bieber K Amy, Stern A Jeniffer, Pomeranz K Miriam. Diagnosis and management of vulvar cancer: a review. J Am Acad Dermatol 2019; 81(6): 1387-1396.
5. Merlo Sebastjan. Modern treatment of vulvar cancer. Radiol Oncol 2020; 34(4): 371-376.