



Câncer de vulva — aspectos clínicos e tratamento

Vulvar cancer – clinical aspects and treatment

Walquíria Quida Salles Pereira Primo¹ 

RESUMO

O câncer de vulva é uma doença rara, representa de 3 a 5% das neoplasias ginecológicas malignas. Acomete mais mulheres idosas e de baixa renda. O tipo histológico mais frequente é o carcinoma de células escamosas (de 80 a 90%), seguido por melanoma, sarcoma e basocelular. É importante ressaltar que não existe rastreamento de câncer de vulva e o diagnóstico é realizado por meio do estudo histopatológico, ou seja, biópsia de lesão vulvar suspeita. Nos últimos anos, muitas mudanças foram feitas em relação ao tratamento do câncer vulvar, o que inclui cirurgia mais conservadora, ou seja, abordagem menos radical e mais individualizada, e pesquisa do linfonodo sentinela, seguida por melhores resultados psicossociais. Nos casos avançados da doença, está indicado tratamento com quimioterapia e radioterapia concomitantes.

Palavras-chave: câncer de vulva, vulvectomy, lymphadenectomy.

ABSTRACT

Vulvar cancer is a rare disease, accounting for 3 to 5% of malignant gynecological neoplasms. It affects mostly elderly and low-income women. The most common histological type is squamous cell carcinoma (80 to 90%), followed by melanoma, sarcoma, and basal cell carcinoma. It is important to emphasize that there is no screening for vulvar cancer, and the diagnosis is made through histopathological study, i.e., biopsy of suspicious vulvar lesion. In recent years, many changes have been made in relation to the treatment of vulvar cancer: more conservative surgery, that is, a less radical and more individualized approach, and sentinel lymph node investigation, followed by better psychosocial results. In advanced cases of the disease, concomitant chemotherapy and radiotherapy are indicated.

Keywords: vulvar cancer, vulvectomy, lymphadenectomy.

O câncer de vulva é uma doença rara, representa de 3 a 5% das neoplasias ginecológicas malignas. No Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) não possui estimativas sobre o câncer de vulva. Nos Estados Unidos, a estimativa, para 2024, era de aproximadamente 6.900 casos novos dessa doença e 1.630 óbitos^{1,2}.

O câncer de vulva é mais comum em mulheres idosas e de baixa renda. Porém um estudo epidemiológico que incluiu 13 países de alta renda observou aumento

global significativo (14%) na incidência de câncer vulvar. Esse aumento não foi distribuído uniformemente em todas as faixas etárias, porém o estudo mostrou que, em mulheres com menos de 60 anos, a incidência geral aumentou 38%, enquanto não houve aumento significativo em mulheres com mais de 60 anos³.

Com referência aos tipos histológicos, o carcinoma de células escamosas da vulva é a categoria mais comum (de 80 a 90% dos casos), seguido por melanoma, sarcoma

¹Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina – Brasília (DF), Brasil.

*Autora correspondente: walquiriaprino@gmail.com

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

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

e basocelular⁴. O carcinoma escamoso de vulva divide-se nos subtipos queratinizante (de 65 a 80% dos casos), basaloide e condilomatoso (de 20 a 30% dos casos).

O subtipo queratinizante geralmente é o que ocorre na pós-menopausa e pode ser precedido pela neoplasia intraepitelial escamosa do tipo diferenciada (NIVd), que se desenvolve em um contexto de doença inflamatória crônica vulvar, como o líquen escleroso, e menos frequentemente no líquen plano. Não é associado ao HPV (Figura 1).

Os subtipos basaloide e condilomatoso tendem a ocorrer na pré e na perimenopausa e são geralmente precedidos pela neoplasia intraepitelial escamosa usual denominada, desde 2012, de lesão intraepitelial escamosa de alto grau vulvar (LIEAG) (Figura 2). Geralmente acometem pacientes mais jovens e estão associados com o HPV, particularmente o HPV 16, 18, 31 e 33, sendo o HPV 16 o mais frequente^{4,5}.

Concernente ao rastreamento e ao diagnóstico, é muito importante ressaltar que não existe rastreamento de câncer de vulva. A paciente com suspeita de neoplasia maligna

vulvar refere como sintoma mais comum o prurido de longa data, presente em mais de 50% dos casos. A lesão pode ser unifocal, variando de um pequeno nódulo, placa ou úlcera até lesões extensas. Frequentemente, localiza-se nos grandes lábios, mas pode surgir em outras áreas vulvares e no períneo. No caso de doença avançada, há sangramento, corrimento, disúria e dor. O diagnóstico é realizado por meio do estudo histopatológico de biópsia, que deve incluir tecido normal adjacente, para permitir a avaliação da profundidade da invasão⁵.

Nos últimos anos, muitas mudanças foram feitas em relação ao tratamento do câncer vulvar, o que inclui cirurgia mais conservadora, ou seja, menos radical e mais individualizada, com pesquisa do linfonodo sentinela, seguida por melhores resultados psicossociais. A detecção precoce e o exame histológico de quaisquer lesões vulvares suspeitas ajudam a detectar o câncer vulvar nos estágios iniciais e a reduzir consecutivamente a morbidade e a mortalidade⁴.

O tratamento é realizado conforme o estadiamento da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), 2021. No caso de carcinoma superficialmente



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 1. Paciente de 75 anos. Carcinoma escamoso e líquen escleroso.



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 2. Paciente de 35 anos. Carcinoma escamoso.

invasivo estágio IA (carcinoma com diâmetro ≤ 2 cm e profundidade ≤ 1 mm) sem comprometimento vascular, é feita a exérese da lesão com margem de segurança, sem a necessidade de linfadenectomia inguinal, pois o risco de metástase linfonodal é menor do que 1%. Aparentemente, há uma associação entre o risco de recorrência e o estado das margens da peça cirúrgica. Quando as margens microscópicas têm 8 mm ou menos no tecido fixado com formol, a recorrência local é de 30 a 52%⁶.

As cirurgias indicadas para câncer de vulva com invasão além do estágio IA são a vulvectomy radical com incisão tripla (duas incisões seguindo as linhas de força da região inguinal e outra ao redor da vulva) e a linfadenectomia inguinal ipsilateral ou bilateral, dependendo do tamanho do tumor primário e da sua localização. Se a lesão estiver ≥ 1 cm da linha mediana, é realizada vulvectomy radical e dissecação ipsilateral dos linfonodos inguinofemorais. Se estiver na linha mediana, é realizada vulvectomy radical e dissecação bilateral dos linfonodos inguinofemorais⁴.

A biópsia do linfonodo sentinela (BLS) é o mapeamento linfático intraoperatório, ou seja, investiga o primeiro linfonodo a receber metástase de tumor primário, propiciando condições para a linfadenectomia seletiva. A pesquisa do linfonodo sentinela propõe avaliar qual paciente de fato se beneficiará da linfadenectomia inguinal, sem comprometer a segurança oncológica.

Após a cirurgia, quando necessário, está indicado tratamento adjuvante com quimioterapia e radioterapia, bem como nos casos de recidiva. A reconstrução vulvar,

quando indicada, pode ser realizada. A quimioterapia e a radioterapia são a indicação primária nos casos de cânceres avançados⁶.

Enfim o câncer de vulva é raro, de tratamento multidisciplinar e complexo. A paciente deve ser encaminhada para um centro especializado. Como afeta a autoestima feminina, os sintomas tendem a ser escondidos de familiares, portanto a atenção às queixas é importante para o diagnóstico precoce. A profilaxia primária com a vacina contra o HPV promete reduzir de forma importante os cânceres de vulva HPV-induzidos, portanto deve ser incentivada.

REFERÊNCIAS

1. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2024 [Internet]. 2024 [acessado em 28 nov. 2024]. Disponível em: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2024/2024-cancer-facts-and-figures-acf.pdf>.
2. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022.
3. Kang YJ, Smith M, Barlow E, Coffey K, Hacker N, Canfell K. Vulvar cancer in high-income countries: Increasing burden of disease. *Int J Cancer*. 2017;141(11):2174-86. <https://doi.org/10.1002/ijc.30900>
4. Creasman WT, Mutch DG, Mannel RS, Tewari KS, DiSaia and Creasman clinical gynecologic oncology. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2023.
5. Del Pino M, Rodriguez-Carunchio L, Ordi J. Pathways of vulvar intraepithelial neoplasia and squamous cell carcinoma. *Histopathology*. 2013;62(1):161-75. <https://doi.org/10.1111/his.12034>
6. Merlo S. Modern treatment of vulvar cancer. *Radiol Oncol*. 2020;54(4):371-6. <https://doi.org/10.2478/raon-2020-0053>