

Câncer Vulvar

Rita de Cássia Pozzati¹

O carcinoma de vulva é uma neoplasia rara, representando cerca de 4% dos cânceres ginecológicos. Destes, 90% são carcinomas de células escamosas. A neoplasia intraepitelial de vulva (NIV) é a lesão precursora do câncer vulvar e sua incidência vem aumentando, de forma significativa, nas últimas décadas e aparecendo em mulheres mais jovens. A incidência de neoplasia intraepitelial vulvar de grau III (NIV III) aumentou de 1,1 para 2,1 casos por 100.000 mulheres dos anos 70 aos anos 80

A vulva compreende grandes e pequenos lábios, glândulas sebáceas e sudoríparas, folículos pilosos, clitóris, Monte de Vênus e vestibulo. Frequentemente há o sintoma prurido (coceira) ou dor, que é uma manifestação clínica de inúmeras doenças vulvares ou sistêmicas de difícil diagnóstico. Em ambulatórios especializados em doenças vulvares, 50% das consultas ocorre por prurido e 16% por dor (vulvodinia: aumento da sensibilidade vulvar com prurido e queimação intensos). Habitualmente é patologia de difícil controle, com repercussões sexuais relevantes e até o momento não possui tratamento definido. Nestes casos, muito frequentes, a biópsia auxilia no esclarecimento diagnóstico diferencial, pois existem muitas causas de prurido/dor vulvar como: Líquen escleroatrófico/líquen simples, Dermatite/eczema vulvar (dermatites de contato exógena e atópica endógena) Infecções vulvares (candidíase, herpes, atrofia senil, vaginose, Verminoses (oxiúros), Neoplasia vulvar intraepitelial e Câncer vulvar.

Evidências epidemiológicas sugerem que haja dois caminhos etiológicos (causa) na carcinogênese da vulva. O primeiro tipo é frequente em mulheres com idade acima de 50 anos e é associado à desordem epitelial não neoplásica (VNED), como inflamação crônica ou líquen, e apresenta como lesão precursora a neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) diferenciada. O segundo tipo é visto mais frequentemente em mulheres mais jovens e está associado à infecção pelo papilomavírus humano (HPV), apresentando como lesões precursoras a NIV associada ao HPV, também denominada de NIV usual.

Vários são os fatores apontados como de risco para o desenvolvimento da NIV, destacando-se infecção pelo papilomavírus humano (HPV), múltiplos parceiros sexuais tabagismo, baixo nível sócio-econômico, antecedentes de doenças vulvares, neoplasia intraepitelial cervical e vaginal e imunossupressão de maneira geral. Quanto às raças, trabalhos recentes demonstram não haver diferenças significativas, a relação entre as mesmas e outros fatores, particularmente nível sócio-econômico, podem dificultar a interpretação dos dados.

Existe evidência morfológica e clínica de que as lesões de VIN têm potencial de progressão para carcinoma invasivo e, mais raramente, para a regressão. O sintoma mais comum da VIN é o prurido vulvar, presente em cerca de 60% dos casos muitas vezes de duração superior a dois anos. Outros sintomas frequentes são o ardor vulvar, dor na vulva e dispareunia superficial. Cerca de 10% das doentes são assintomáticas. A Vacina quadrivalente profilática contra os tipos de HPV 6, 11, 16 e 18, e em relação ao placebo demonstrou uma eficácia de 100% na prevenção da VIN, quando ensaiada com intuito profilático, e uma eficácia de 71% quando administrada em uma população de mulheres jovens, com as características da população em geral.

O carcinoma epidermóide representa o tipo histológico mais frequente, sendo responsável por aproximadamente 85% de todos os casos de câncer de vulva, seguido pelo melanoma5(D). O câncer de vulva possui alta taxa de curabilidade, quando diagnosticado em estádios iniciais. O tratamento padrão do carcinoma de vulva, no estágio inicial, consiste na

excisão radical do tumor associada à linfonodectomia inguinfemoral uni ou bilateral. Contudo, apenas 25 a 35% das pacientes com doença no estágio inicial terão metástase linfonodal, enquanto os 65 a 75% restantes não se beneficiarão deste procedimento, e ainda estarão sujeitas às suas complicações. Por esta razão, a técnica do linfonodo sentinela (LS) vem se estabelecendo como uma alternativa à linfonodectomia radical em pacientes com carcinoma de vulva sem metástase linfonodal evidente.

¹ Rita de Cássia Pozzati é médica formada pela Universidade Federal de Passo Fundo (2001), residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital da cidade de Passo Fundo (2004), membro da sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Santa Catarina.

Referências Bibliográficas

Vieira SC, Silva FVM, Gomes AKL, Silva OVM, Reis MA, Oliveira EB. Aplicabilidade da biópsia do linfonodo sentinela em carcinoma escamoso da vulva. Femina. Agosto. 2011. Vol 39. N 8.