

Câncer de Vulva: estudo retrospectivo das pacientes tratadas com vulvectomy radical

Vulvar Cancer: retrospective study of patient treated with radical vulvectomy

Gugelmin G⁴, Salomão FS⁴, Dal Pizzol AC³, Ribeiro L², Hatschbach SBB¹, Linhares JC¹, Minari CL¹, Guerreiro JA¹.

Serviço de Ginecologia e Mama do Hospital Erasto Gaertner - Curitiba - PR

Resumo

O câncer de vulva (CV) é um câncer raro que acomete mulheres em idade avançada. Apesar de sua pequena incidência, CV possui uma grande importância devido à grande morbidade de seu procedimento curativo, a vulvectomy. O presente estudo busca relatar os casos de câncer de vulva tratados cirurgicamente com vulvectomy radical e esvaziamento ingüinal no Hospital Erasto Gaertner no período de 1996 a 2004. Foram avaliados dados epidemiológicos, fatores prognósticos, complicações cirúrgicas e sobrevida das pacientes submetidas ao procedimento cirúrgico.

Unitermos

Câncer vulvar, histologia câncer vulvar, cirurgia, prognóstico, linfadenectomia, vulvectomy.

Abstract

Vulvar cancer (VC) is a rare disease that commits mainly elderly women. Despite its low incidence, VC is very important because of the extensive morbidity implied in the curative procedure, the vulvectomy. The present analysis reports the cases of vulvar cancer surgically treated with radical vulvectomy plus ingüinal lymphadenectomy at the Erasto Gaertner Hospital, between 1996 to 2004. In this study was assessed the epidemiological data, prognostic factors, surgical complications and the survival rates of patients submitted to this surgical proceeding.

Key Words

Vulvar cancer, vulvar cancer types, surgery, prognosis, lymphadenectomy, vulvectomy.

INTRODUÇÃO

O câncer de vulva é um tumor raro, representando 3-5% das neoplasias ginecológicas, o que corresponde a uma incidência anual de 1 a 2 casos por 100.000 mulheres^{1,2,3,4,5}. Ocorre predominantemente em mulheres idosas de 60 a 70 anos de idade². Os tipos histológicos mais prevalentes são: carcinoma espinocelular (90%) e melanoma (5%) enquanto os mais raros são carcinoma basocelular, sarcoma e carcinoma de glândulas de Bartolin^{1,2,4,5}.

O status linfonodal e o tamanho da lesão primária são os fatores prognósticos mais relevantes e, portanto, definem o tratamento⁴. Os fatores de risco para metástase linfonodal são idade da paciente, linfonodos clinicamente suspeitos, embolia vascular presente, grau de diferenciação, estadiamento e profundidade do tumor^{1,2,6}.

A sobrevida em 5 anos das pacientes com carcinoma espinocelular que não apresentem comprometimento linfonodal é de 90%, enquanto nas comprometidas a sobrevida varia de 25 a 60%.^{7,8} As pacientes com câncer de vulva são estadiadas segundo a classificação da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e, também segundo a classificação *International Union Against Cancer* (UICC), o TNM.

O tratamento do câncer de vulva varia conforme o estadiamento clínico ao diagnóstico:

¹ Sergio B. B. Hatschbach, José Clemente Linhares, Claudiane L. Minari, João Antônio Guerreiro - Médicos do Hospital Erasto Gaertner - Serviço de Ginecologia e Mama do Hospital Erasto Gaertner.

² Leonardo Ribeiro - Ex Residente de Oncologia Cirúrgica do Hospital Erasto Gaertner.

³ Alexandre César Dal Pizzol - Residente de Oncologia Cirúrgica do Hospital Erasto Gaertner.

⁴ Giovana Gugelmin, Flávia Soares Salomão - Acadêmicas de Medicina da Pontifícia Universidade Católica (PUC-PR).

Correspondência: Giovana Gugelmin - Rua Coronel Alfredo Ferreira da Costa, 1375, casa 3 - Jd. das Américas - Curitiba - PR CEP: 81.540-090 Tel. (41)9915-4024 E-mail: giovanagugelmin@gmail.com

Estadio IA – ressecção local com margem de 2 cm (vulvectomia simples) pode ser realizada, se a lesão for micro invasora (menos de 1 mm de profundidade).

Estadio IB – ressecção alargada com 3 a 4 cm de margem, associada a uma linfadenectomia ingüinal bilateral é o tratamento de escolha para as lesões acima de 1 mm de profundidade. Linfadenectomia ingüinal bilateral deve ser realizada nas lesões que estão a 1 cm da linha média.

Estadio II – a vulvectomia radical com linfadenectomia bilateral é o tratamento preconizado.

Estadio III – o tratamento deve ser individualizado, podendo incluir tratamento cirúrgico (vulvectomia radical), radioterapia, quimioterapia ou tratamento combinado.

Estadio IV – O tratamento pode incluir vulvectomia radical mais exenteração pélvica, com quimioterapia e radioterapia adjuvantes ou neoadjuvantes.

Assim sendo, observamos que o tratamento padrão-ouro, para o câncer de vulva invasivo, é a vulvectomia radical com linfadenectomia ingüinal bilateral, o qual apresenta grande morbi-mortalidade. Inicialmente a cirurgia era realizada em bloco único, em formato de asa de borboleta. Atualmente a retirada da lesão em vulva e os esvaziamentos inguinais bilaterais são realizados através de três incisões, com resultados de sobrevida semelhantes aos de pacientes submetidas à cirurgia em bloco, porém com uma morbidade menor.⁹

O objetivo deste estudo foi avaliar a sobrevida das pacientes com câncer de vulva tratadas cirurgicamente, com fins curativos, através da vulvectomia radical com linfadenectomia ingüinal, analisando também dados epidemiológicos e fatores prognósticos, no Hospital Erasto Gaertner, no período de 01/01/1996 a 31/12/2004. Comparando os dados obtidos com os existentes na literatura mundial.

MATERIAL E MÉTODOS

O projeto do presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética do Hospital Erasto Gaertner e aprovado por estar de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi realizada uma análise retrospectiva através de revisão de prontuários das pacientes atendidas no Serviço de Ginecologia e Mama do Hospital Erasto Gaertner, no período de 01/01/1996 a 31/12/2004, com diagnóstico de câncer de vulva invasivo. O grupo de inclusão foi constituído pelas pacientes com câncer de vulva invasivo tratadas cirurgicamente com vulvectomia radical e esvaziamento ingüinal. Constituíram o grupo de exclusão as pacientes não tratadas totalmente no Hospital Erasto Gaertner, as submetidas à vulvectomia

simples, à vulvectomia sem esvaziamento ingüinal, aquelas com biópsia por lesão vulvar, e as que perderam acompanhamento.

Foram coletados dados dos prontuários das pacientes do grupo de inclusão que contemplavam os dados epidemiológicos, fatores prognósticos, dados histopatológicos, tratamento, complicações do tratamento e sobrevida das pacientes. A classificação do tumor utilizada no hospital é a FIGO 1988. As vulvectomias radicais realizadas no serviço de ginecologia do Hospital Erasto Gaertner no período contemplado neste trabalho foram compostas por dois tempos cirúrgicos. No primeiro tempo foi realizada vulvectomia total ou incisão elíptica da pele com lesão tumoral com margens cirúrgicas, fazendo o descolamento dos retalhos até o plano fasciomuscular. O segundo tempo cirúrgico consistiu no esvaziamento ingüinal uni ou bilateral, no qual era feita dissecação dos linfonodos localizados no trígono femoral. Posteriormente, todas as informações obtidas foram agrupadas em um banco de dados e analisadas pelo software estatístico Epi Info® versão 2003.

RESULTADOS

Foram identificadas 107 pacientes com câncer de vulva, sendo 48 (44%) destas tratadas com vulvectomia radical mais esvaziamento ingüinal e, portanto, constituíram a amostra deste trabalho. A idade média das pacientes foi de 67,1 anos (43-86). O carcinoma espinocelular representou 85,4% dos casos e o melanoma 14,6%.

Foram encontradas 7 pacientes com melanoma, sendo a idade média destas 58 anos (43 – 81); 5 pacientes apresentaram metástase ganglionar, e destas 4 foram submetidas a tratamento adjuvante, sendo que uma recebeu quimioterapia, 2 radioterapia e 2 receberam quimioterapia e radioterapia. Após o tratamento, 5 pacientes apresentaram recidiva do tumor, sendo 3 à distância (fígado, pulmão e mesentério) e 2 em região ingüinal. A sobrevida em 2 anos das pacientes com melanoma em vulva foi de 40%.

Os dados apresentados abaixo foram baseados somente na avaliação das pacientes com carcinoma espinocelular, as quais representaram uma amostra de 41 pacientes.

A média de idade das pacientes com carcinoma espinocelular (CEC) foi de 68,6 anos (45-86). O estadiamento clínico destas pacientes, segundo a classificação FIGO encontra-se no gráfico 1.

Foram encontradas metástases linfonodais em 17 (41,5%) pacientes, sendo 8 (19,6%) bilaterais ou contralaterais. Foi necessário tratamento adjuvante em 15 (36,7%) pacientes, dessas, 10 (66,6%) foram submetidas a radioterapia adjuvante; 3 a quimioterapia e radioterapia adju-

vante (20,0%) e 2 (13,4%) a quimioterapia adjuvante.

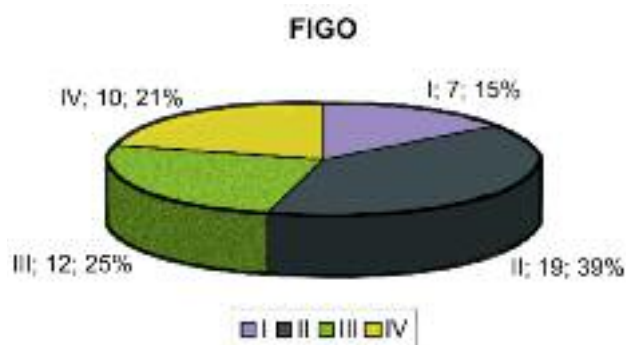


Gráfico 1. Estadiamento FIGO das pacientes com CEC.

As principais indicações de tratamento adjuvante foram metástase linfonodal, que esteve presente em 41,5% das pacientes (17 casos), embolia vascular em 29,3% das pacientes (12 casos), infiltração perineural em 26,8% das pacientes (11 casos) e margem exígua ou comprometida em 13,2% das pacientes (5 casos).

Após a cirurgia, 80,48% das pacientes apresentaram algum tipo de complicação, conforme indicado no gráfico 2.

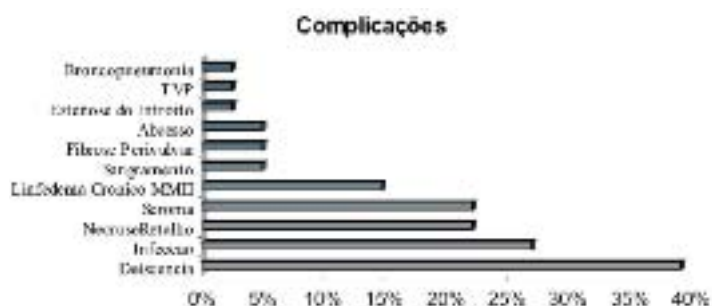


Gráfico 2. Complicações do tratamento cirúrgico.

Houve 16 casos (39,0%) de recidiva, sendo que destas, 6 (37,5%) foram locoregionais, 4 (25,0%) foram locais, 5 (31,3%) à distância e uma (6,2%) foi local e à distância. Houve somente um caso de óbito pós-operatório, decorrente de broncopneumonia. O tempo de seguimento médio das pacientes foi de 48 meses.

A sobrevida global, em 2 anos, foi de 64,09% e em 4 anos de 47,26%. Quando excluídos os casos de óbitos que não pela doença, a sobrevida em 2 anos foi de 66,76% e em 4 anos foi de 56,33%. A presença de metástases ganglionar conferiu uma sobrevida, em 2 anos de 52,3%, em 4 anos de 39,2%, e quando ausente a sobrevida em 2 anos foi de 76,6% e em 4 anos foi de 52,2%.

As pacientes que apresentaram margem comprometida tiveram uma sobrevida de 50% em 2 anos e as com margens livres tiveram uma sobrevida de 63,53%, no mesmo período, e apenas uma paciente apresentou margem exígua.

A sobrevida, em 2 anos, das pacientes com CEC de vulva segundo o estadiamento clínico está representada no gráfico 3.

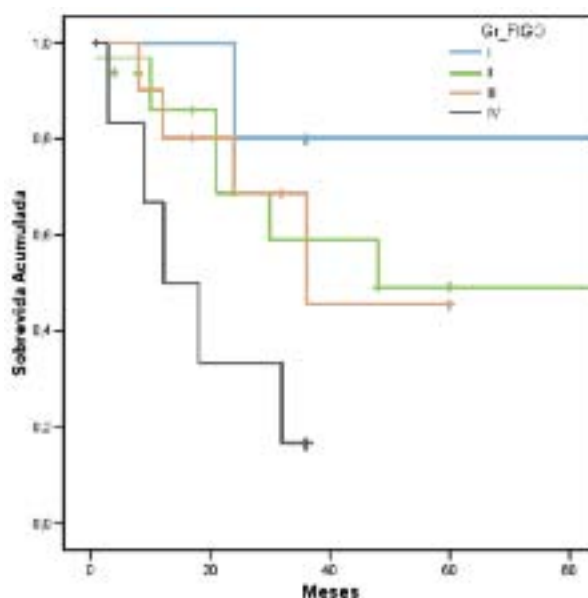


Gráfico 3. Sobrevida relacionada com o estadiamento clínico.

DISCUSSÃO

As pacientes portadoras de CEC apresentaram uma média de idade elevada (68 anos) enquanto as pacientes operadas por melanoma apresentaram uma idade mais precoce ao diagnóstico (58 anos). Esses dados são compatíveis com diversos trabalhos da literatura^{9,10,11,12}. Das 7 pacientes operadas por melanoma 5 (71,4%) apresentaram metástase linfonodal, confirmando a natureza mais agressiva deste tipo histológico¹.

O tipo histológico mais prevalente foi o carcinoma espinocelular (CEC), o que é compatível com a literatura^{4,9,13}. Por representarem o maior número de casos, nossa análise estatística se baseou nas pacientes com este carcinoma.

O estágio clínico avançado apresentado pelas pacientes ao diagnóstico pode estar correlacionado a uma baixa condição sócio-econômica das pacientes atendidas, o que acarretaria uma demora na procura por atendimento médico. E, também, por tratar-se de um hospital de referência, os casos mais complexos da região são encaminhados para este serviço. O alto índice de metástases (41,5%), se comparado ao trabalho de Hullu JA e van der Zee AGJ, pode ser explicado pelo estadiamento clínico avançado no momento do diagnóstico⁴.

O câncer de vulva, quando diagnosticado mais precocemente, tem um tratamento menos agressivo e maior taxa de curabilidade. Portanto, se as pacientes realizarem exames ginecológicos frequentes em serviços de atendimento primário, com uma adequada ectoscopia da região vulvar, pode-se diminuir os casos de câncer de vulva invasivo que necessitarão de vulvectomia radical.

O tratamento adjuvante foi realizado em pacientes com tumor mais avançado e que se beneficiariam de tal tra-

tamento. Uma paciente realizou quimioterapia e radioterapia neoadjuvante, tratamento pouco usual, mas realizado pela impossibilidade de ressecção da lesão primária, por se tratar de uma lesão extensa.

A taxa de complicações apresentada pelas pacientes deste estudo foi elevada, mas ainda compatível com os dados apresentados na literatura, como mostra o gráfico 4.



Gráfico 4. Tabela comparativa das complicações cirúrgicas.

A alta morbidade do procedimento decorre da natureza agressiva da cirurgia associada à idade avançada das pacientes e à presença de co-morbidades por elas apresentadas.

A sobrevida global das pacientes foi inferior à encontrada por Mardsen et al (78%), mas, quando se excluiu os casos de melanoma e de óbitos que não pela doença, chegou-se a uma sobrevida semelhante à da literatura.⁴ Um fator determinante na baixa sobrevida foi a falta de informação das pacientes, que procuram atendimento com estadiamento avançado de sua neoplasia.

Os fatores que demonstraram pior prognóstico para as pacientes de câncer de vulva, segundo o estudo realizado, foram a presença de metástase ganglionar e margem exígua ou comprometida. Infiltração perineural e embolia vascular, talvez pelo pequeno número da amostra, não interferiram na sobrevida.

Não foi possível calcular a relação de sobrevida com o tratamento adjuvante, por haver, somente 16 pacientes, número insuficiente para a correlação.

CONCLUSÃO

O câncer de vulva, apesar da raridade de sua ocorrência, apresenta grande relevância devido à alta morbidade do seu principal tratamento, a vulvectomia radical. As pacientes geralmente são idosas e buscam atendimento médico em estadiamento avançado da doença e com status linfonodal comprometido, o que favorece a baixa sobrevida. Os resultados deste trabalho mostram que houve melhora da sobrevida em pacientes que não apresentaram

metástase ganglionar e que tiveram margens cirúrgicas livres de doença.

Conflito de interesses: Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Vincent T., Jr., Md. Devita, Samuel, MD Hellman, Steven A., MD Rosenberg Cancer: Principles & Practice of Oncology (2-Vol set Books) by. 7th Bk&Cdr edition (December 2004)
2. Carlos Eduardo Rodrigues Santos, Eduardo Linhares Riello De Mello. Manual De Cirurgia Oncológica, 2a ed., Tecmed (2007).
3. Verdiani LA, Derchain SFM. Complicações e taxa de recidiva em pacientes com carcinoma epidermóide da vulva tratadas com vulvectomia radical com uma ou três incisões: estudo de 132 casos. Rev. bras. ginecol. obstet 1998; 20(2):97-104.
4. Hullu JA, van der Zee AGJ. Surgery and radiotherapy in vulvar cancer. Critical Reviews in Oncology/Hematology 2006; 60:38-58.
5. Gadducci A, Cionini L, Romanini A, et al. Old and new perspectives in the management of high-risk, locally advanced or recurrent, and metastatic vulvar cancer. Critical Reviews in Oncology/Hematology 2006; 60:227-241.
6. Siddiqui N. The management of vulvar cancer. Current Obstetrics & Gynaecology 2002; 12:97-103.
7. Marsden DE, Hacker NF. Contemporary management of primary carcinoma of the vulva. Surg Clin North Am. 2001; 81 (4):799-813.
8. Stratton JF, Tidy JA. The management of vulvar cancer. Current Obstetrics & Gynaecology 2000; 10:18-22.
9. Arvas M, Köse F, Gezer A, et al. Radical versus conservative surgery for vulvar carcinoma. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005; 88:127-33.
10. DeSimone CP, Van Ness JS, Cooper AL, et al. The treatment of lateral T1 and T2 squamous cell carcinomas of the vulva confined to the labium majus or minus. Gynecologic Oncology 2007; 104:390-395.
11. Geisler JP, Manahan KJ, Buller RE. Neoadjuvant chemotherapy in vulvar cancer: Avoiding primary exenteration. Gynecologic Oncology 2006; 100:53 - 57.
12. Leminen A, Forss M, Paavonen J. Wound complications in patients with carcinoma of the vulva. Comparison between radical and modified vulvectomies. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2000; 93:193-197.
13. Matthes ACS, Marana HRC, Andrade JM, Carrara HHA, et al. Correlação entre estadiamento clínico e cirúrgico de pacientes com carcinoma invasor. Rev. bras. ginecol. obstet 1999; 21(9):549-52.
14. Fanfani F, Garganese G, Fagotti A, et al. Advanced vulvar carcinoma: Is it worth operating? A perioperative management protocol for radical and reconstructive surgery. Gynecologic Oncology 2006; 103:467-472.