



**UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro**

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)**

**ESCOLA DE MEDICINA E CIRURGIA (EMC)**

**PAULA MENDES SANTOS**

**CÂNCER DE VAGINA EM PACIENTE JOVEM EM UM HOSPITAL**

**UNIVERSITÁRIO: RELATO DE CASO**

**RIO DE JANEIRO**

**2024**

PAULA MENDES SANTOS

**CÂNCER DE VAGINA EM PACIENTE JOVEM EM UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau médico no Curso de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Orientadora: Yara Furtado de Melo

RIO DE JANEIRO

2024

PAULA MENDES SANTOS

**CÂNCER DE VAGINA EM PACIENTE JOVEM EM UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau médico no Curso de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Aprovado em: 20 / 03 / 2024

BANCA EXAMINADORA

Antonio Macedo D'acri

---

Prof.

EMC/UNIRIO

Sandoval Lage da Silva Sobrinho

---

Prof.

EMC/UNIRIO

Margareth Chiharu Iwata da Fonseca

---

Médica

Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço aos meus pais, Rosane e Heleno, por sempre me incentivarem a ir atrás dos meus objetivos e por não pouparem esforços para garantir que eu conseguisse alcançá-los. Obrigada pelo amor incondicional.

A minha irmã, Hérica, minha melhor amiga e fonte de força em inúmeros momentos. A minha avó, Ely, a pessoa mais gentil que já conheci. Ao meu avô, Oliveira, que sempre estava interessado em saber sobre a faculdade, mas que infelizmente, nos deixou esse ano antes que pudesse me graduar.

A todos os meus tios e tias, a todos os familiares, por todo o incentivo.

Aos meus amigos do Colégio Pedro II que estão comigo desde de quando a medicina era apenas uma opção de curso no vestibular. Obrigada pela amizade de tanto tempo.

Aos meus amigos da faculdade, que foram essenciais no decorrer de todos esses anos. Não teria concluído esse trabalho sem o apoio, os conselhos, conversas, sessões de estudo, saídas, enfim, por todos os momentos que estivemos juntos. Admiro muito os profissionais que vocês estão se tornando.

A minha orientadora pelo apoio durante a elaboração deste trabalho.

A banca por ter aceitado meu convite.

Por fim, a todos que, de algum modo, contribuíram para que eu concluísse essa etapa e chegasse mais perto de ser a primeira médica da família.

## RESUMO

**Introdução:** o câncer de vagina é uma condição incomum que corresponde a cerca de 2% das neoplasias de trato genital em mulheres adultas, acometendo, mais comumente, mulheres no período pós menopausa e idosas. Essa doença costuma ser descoberta mais tardiamente e seu prognóstico está atrelado ao estágio da doença, além disso, trabalhos mais recentes observam que está havendo um aumento de mulheres acometidas na faixa etária mais jovem (de 20 a 30 anos).

**Relato de caso:** mulher, 29 anos, sem comorbidades prévias, exibindo sangramento vaginal, inicialmente de pouca intensidade, como escape menstrual e durante o coito. Posteriormente, com o avanço da patologia, apresentou eliminação fétida e escurecida pela vagina. Por conta da manutenção do sangramento, foi solicitada histeroscopia com biópsia, com resultado inconclusivo. O diagnóstico de carcinoma ceratinizante de vagina pouco diferenciado foi definido apenas após nova biópsia com colposcopia.

**Discussão:** O câncer de vagina primário é ainda mais raro em mulheres mais jovens, fator que contribui para diagnóstico tardio, pior evolução clínica e prognóstico. Por isso, após descartado o sangramento anormal de origem uterina, é importante a realização cuidadosa do exame físico, de modo a diagnosticar uma possível origem neoplásica em estágio inicial, aumentando as chances de um melhor curso clínico e sobrevida.

**Palavras-chave:** câncer de vagina, carcinoma, sangramento vaginal

## **ABSTRACT**

**Introduction:** vaginal cancer is an uncommon condition that accounts for around 2% of genital tract neoplasms in adult women, most commonly affecting post-menopausal and elderly women. This disease is usually discovered later in life and its prognosis is linked to the stage of the disease. In addition, more recent studies have shown that there is an increase in the number of women affected in the younger age group (20 to 30 years).

**Case report:** a 29-year-old woman, with no previous comorbidities, initially exhibiting light vaginal bleeding during intercourse or as vaginal spotting. Later, as the pathology progressed, she presented a fetid and blackish discharge from the vagina. Due to the continued bleeding, a hysteroscopy with biopsy was requested, with inconclusive results. The diagnosis of poorly differentiated keratinizing carcinoma of the vagina was only defined after a new biopsy with colposcopy.

**Discussion:** Primary vaginal cancer is even rarer in younger women, a factor that contributes to late diagnosis, worse clinical evolution and prognosis. For this reason, once abnormal bleeding of uterine origin has been ruled out, it is important to carry out a careful physical examination, in order to diagnose a possible neoplastic origin at an early stage, increasing the chances of a better clinical course and survival.

**Keywords:** vaginal cancer, carcinoma, vaginal bleeding

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CEC - Carcinoma de células escamosas

EBRT - Radioterapia por feixe externo

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HUCFF - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

HUGG - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

HPV - Papiloma Vírus Humano

HSIL - Lesões intraepiteliais escamosas de alto grau

ISTs - Infecções sexualmente transmissíveis

PET-TC - Tomografia computadorizada por emissão de pósitrons

QT - Quimioterapia

RM - Ressonância magnética

RT - Radioterapia

TC - Tomografia computadorizada

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
2.1 DEFINIÇÃO.....	11
2.2 ANATOMIA.....	11
2.3 EPIDEMIOLOGIA.....	11
2.4 FISIOPATOLOGIA E FATORES DE RISCO.....	12
2.5 APRESENTAÇÃO CLÍNICA.....	12
2.6 DIAGNÓSTICO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	13
2.7 ESTADIAMENTO E CLASSIFICAÇÃO.....	13
2.8 TRATAMENTO.....	14
2.8.1 Radiação.....	15
2.8.2 Quimioterapia.....	15
2.8.3 Abordagem cirúrgica.....	15
2.9 PROGNÓSTICO.....	16
<b>3. RELATO DE CASO.....</b>	<b>17</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXO A - Pedido de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXO B - Parecer de aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>25</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O câncer de vagina é uma afecção neoplásica rara, mas muito impactante, que se origina frequentemente das células escamosas da vagina, bem como podem ser de origem metastática. (1) Em relação ao perfil das pacientes acometidas, este costuma compreender, mais comumente, mulheres no período pós-menopausa e idosas, tendo seu pico de incidência entre os 60 e 70 anos de idade.

Essa neoplasia envolve subtipos histológicos distintos, sendo o mais comum deles o chamado carcinoma escamoso ou epidermóide, seguido em incidência pelos adenocarcinomas. Além desses, existem os tumores metastáticos e outros tipos bem mais raros de câncer vaginal. (1, 3)

Existem alguns fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de vagina, dentre eles o mais importante é a presença de Papilomavírus Humano (HPV). (3, 4) Outros fatores podem estar associados com o câncer vaginal, como tabagismo, início de vida sexual precoce, imunossupressão, etc. (3, 5, 6)

O principal sinal clínico do câncer de vagina é o sangramento vaginal, podendo ocorrer após relação sexual, nos períodos intermenstruais ou pós-menopausa. Os sintomas também podem incluir corrimento vaginal atípico, além de odor fétido, dispareunia, massa vaginal palpável, além da ocorrência de sintomas urinários nos casos de tumores em estádios avançados. (3, 6)

O diagnóstico, em geral, é clínico, unindo a anamnese e o exame físico, sendo especialmente importante a realização de exame especular minucioso, de modo que seja possível observar bem todas as paredes da vagina, não descartando, ainda, a realização de toque retal. (3) Entretanto, essa doença costuma ser descoberta em um momento tardio, muito por conta de seu curso assintomático inicial, em geral como consequência de exame para rastreio de câncer cervical ou devido ao achado acidental de massa vaginal durante o exame da pelve. (2, 6)

O estadiamento do câncer de vagina é fundamental para manejo e tratamento subsequente e, este é realizado a partir da clínica, podendo ser feito uso de exames de imagem de forma auxiliar, tais quais a ressonância magnética (RM) de pelve) e tomografia computadorizada por emissão de pósitrons (PET-TC). O estadiamento da doença, segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetria (FIGO), inclui os estágios, IA e IB, IIA e IIB, III, IVA e IVB. Levando em conta esses estágios, os tratamentos disponíveis incluem a radioterapia por feixe externo (EBRT) com ou

sem braquiterapia, a quimioterapia e a cirurgia, além da combinação dos mesmos para maximizar a eficiência. (1, 7) No que se diz respeito ao prognóstico, este está associado sobretudo ao estágio, tipo histológico, tamanho e localização do tumor, idade e o tipo de HPV. (2)

Embora essa neoplasia possua um caráter bastante infrequente e trabalhos mais recentes mostram que a incidência de câncer de vagina tem se mantido estável ou caindo levemente (4), observa-se um aumento de mulheres acometidas na faixa etária mais jovem (de 20 a 30 anos) (2). Desta forma, é importante que os profissionais sejam capazes de compreender tanto os aspectos da doença quanto seu impacto na saúde das pacientes, para que possam ser capazes de oferecer um cuidado eficiente e integral.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 DEFINIÇÃO**

O câncer de vagina primário pode ser definido como um tumor que se origina das células vaginais, sem haver indício de presença de cânceres de origem vulvar ou cervical concomitante ou nos últimos cinco anos, correspondendo a cerca de 2% das neoplasias de trato genital em mulheres adultas. (1) Entretanto, há uma estimativa de que 90% das neoplasias vaginais ocorrem por metástase ou recidivas de outros sítios, como cérvix uterino, vulva e endométrio, podendo também surgir de órgãos distantes, como o cólon, as mamas e os rins. (2, 8)

### **2.2 ANATOMIA**

A vagina é uma estrutura fibromuscular tubular com cerca de 7 a 10 centímetros de comprimento que se estende da parte inferior do colo do útero até a vulva, se situando atrás da uretra e da bexiga e na frente do reto. (3,10) O órgão pode ser dividido em três segmentos, sendo o superior o sítio mais acometido pelo câncer de vagina (56% dos casos), seguido pelo inferior (31%) e médio (13%). (1, 7) Essa divisão é importante no caso da neoplasia vaginal, visto que a drenagem linfática de cada um dos terços pode explicar a presença de metástases em outros sítios. Os dois terços superiores drenam para os linfonodos pélvicos, o inferior para os inguinais e o médio para ambos. Ademais, o câncer de vagina também pode se disseminar diretamente para vulva e tecidos para-cervicais, por contiguidade para reto e bexiga e, embora incomum, por via hematogênica à distância, como o pulmão. (9)

### **2.3 EPIDEMIOLOGIA**

A incidência de câncer de vagina aumenta conforme a idade, tendo seu pico entre a sexta e sétima década de vida, possuindo uma média de idade de diagnóstico de 67 anos de idade. Além disso, apenas cerca de 15% das mulheres são diagnosticadas antes dos 50 anos (9).

O tipo histológico mais frequente é o carcinoma de células escamosas (CEC), que compreende cerca de 80-95% de todos os tumores e costuma ser encontrado, na maioria dos casos, nos dois segmentos superiores da vagina, mais especificamente na parede posterior. (2, 3) Já o segundo tipo mais frequente, os adenocarcinomas, correspondem a cerca de 8-10% dos casos. Os casos restantes, englobam neoplasias de vagina ainda mais raras, como linfomas, sarcomas e melanomas. Os linfomas quase sempre classificados como não Hodgkin. Os melanomas malignos são tipicamente encontrados em mulheres mais velhas e possuem um prognóstico não favorável. Os sarcomas, possuem dois tipos mais prevalentes, o sarcoma botrióide (predominante em jovens com idade menor que 5 anos) e o rabdomyossarcoma (sarcoma vaginal mais presente em adultos, podendo atingir grandes proporções). (3, 9, 11)

#### **2.4 FISIOPATOLOGIA E FATORES DE RISCO**

Por se tratar de uma doença bastante incomum, o mecanismo exato da fisiopatogênese do câncer de vagina ainda não é totalmente compreendido, existindo poucos trabalhos que discorrem sobre o assunto de forma clara.

Entretanto, assim como no câncer de colo de útero, sua carcinogênese está ligada, basicamente, com a infecção ou ausência do Papilomavírus Humano. A persistência da infecção dos tipos de alto risco do HPV, em especial o 16 e o 18, se relaciona com desenvolvimento de lesões intraepiteliais escamosas de alto grau (*high-grade squamous intraepithelial lesion - HSIL*) e carcinoma escamoso. (8)

Além do HPV, a doença possui outros co-fatores de risco, como tabagismo, início de vida sexual precoce, imunossupressão, exposição ao dietilestilbestrol (DES) durante a vida uterina, associação com outras neoplasias malignas, etc. (3, 5, 6)

#### **2.5 APRESENTAÇÃO CLÍNICA**

O sangramento vaginal sem presença de dor após a menopausa, nos períodos intermenstruais ou após relações sexuais é o principal sinal clínico do câncer vaginal. Outros sintomas incluem: corrimento vaginal aquoso com odor fétido ou sangue, dispareunia e massa vaginal palpável. Alterações urinárias, como disúria, hematúria, retenção urinária e polaciúria, ou gastrointestinais, como diarreia e

constipação podem surgir quando a neoplasia está em estágio mais avançado. Ademais, a presença de dor pélvica sugere propagação do tumor para além da vagina. (2, 3) Todavia, até 20% das mulheres têm curso assintomático, sendo diagnosticadas durante investigação de outras doenças. (8)

## **2.6 DIAGNÓSTICO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

O diagnóstico do câncer de vagina é predominantemente clínico, combinando a anamnese e o exame físico, sendo confirmado através de biópsia. Deve ser realizado um exame especular minucioso, com rotação do espécuro de modo que haja uma boa visualização de todas as paredes vaginais, principalmente da parede posterior. Também, é importante a realização de toque vaginal e retal bimanuais, pois permitem verificar a presença de massas anormais. Além disso, embora essa neoplasia não possua uma rotina de rastreio específica, os exames de imagem são utilizados para melhor caracterização do tumor e estadiamento. (3, 8)

O principal diagnóstico diferencial para o câncer vaginal é o câncer de colo de útero, mas além dele, devem ser descartados o câncer vulvar, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) que causem lesões que mimetizam a neoplasia, como o herpes, massas vaginais benignas, adenose vaginal, metástases de outros sítios, dentre outros. (3, 8)

## **2.7 ESTADIAMENTO E CLASSIFICAÇÃO**

Atualmente o estadiamento é clínico, fundamentando-se nos achados do exame físico, biópsia e exames de imagem realizados antes do tratamento. As principais técnicas de imagem utilizadas são a ressonância magnética e tomografia computadorizada por emissão de pósitrons. O primeiro exame é considerado mais sensível para determinar o tamanho do tumor e detectar envolvimento parametrial ou paravaginal. Já a PET-TC é considerada superior na detecção de neoplasia nodal e eficiente em apontar doença recorrente.

O sistema de estadiamento mais utilizado é o da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), que realiza a classificação de acordo com quanto o tumor se estende e quanto ao acometimento de órgãos vizinhos e/ou a distância. (1, 3) Os estádios, segundo a mesma, estão organizados da seguinte maneira:

**Estádio IA:** O câncer está apenas na vagina e é menor que 2 cm. Não se espalhou até linfonodos próximos ou locais distantes;

**Estádio IB:** O câncer está apenas na vagina e é maior que 2 cm. Não se espalhou até linfonodos próximos ou locais distantes;

**Estádio IIA:** O câncer cresceu através da parede vaginal, mas não até a parede pélvica e é menor que 2 cm. Não se espalhou até linfonodos próximos ou locais distantes;

**Estádio IIB:** O câncer cresceu através da parede vaginal, mas não até a parede pélvica e é maior que 2 cm. Não se espalhou até linfonodos próximos ou locais distantes;

**Estádio III:** O câncer se estende até a parede pélvica e/ou até o terço inferior da vagina e/ou bloqueia o fluxo urinário, causando problemas renais. Não se espalhou até linfonodos próximos ou locais distantes;

**Estádio IVA:** O câncer está crescendo para a bexiga ou o reto ou está crescendo para fora da pélvis. Pode ou não ter se espalhado para os linfonodos da pelve ou da zona inguinal. Não se espalhou para locais distantes;

**Estádio IVB:** O câncer se espalhou para órgãos distantes, como os pulmões ou os ossos. Pode ser de qualquer tamanho e pode ou não ter crescido para estruturas ou órgãos próximos. Pode ou não ter se espalhado para linfonodos próximos.

Além disso, os carcinomas podem ser divididos em 3 tipos: G1, G2 e G3. O G1 inclui os bem diferenciados. O G2 inclui os moderadamente diferenciados. Já o G3, inclui os pouco diferenciados ou não diferenciados. (1)

## 2.8 TRATAMENTO

Por consequência da raridade do câncer de vagina, seu tratamento não é realizado de maneira unificada na maioria dos centros de saúde, havendo debates e divergências sobre a terapêutica ideal. Apesar disso, a FIGO orienta que o tratamento deve ser realizado a partir do estadiamento, sendo essencial avaliar a terapêutica caso a caso. (10)

### **2.8.1 Radiação**

Consiste na união de radioterapia por feixe externo e braquiterapia. É o tratamento de escolha na maioria das situações e, principalmente, em estádios mais avançados. A radiação tem como vantagem providenciar bom controle do tumor ao mesmo tempo que mantém a função dos órgãos. A braquiterapia, por sua vez, é utilizada como ferramenta para conceder uma alta dose de radiação para o tumor residual, entretanto, seu uso não é recomendado para a maior parte dos casos, pois esse tratamento isolado tem elevadas taxas de recorrência. (1, 3, 12)

### **2.8.2 Quimioterapia**

Até o presente momento, a quimioterapia é utilizada, sobretudo, de forma concomitante com a radiação, podendo ainda ser empregada como quimioterapia pré-operatória, quimioterapia adjuvante pós-operatória e quimioterapia contra progressão e recidiva. A principal droga administrada para o câncer de vagina é a cisplatina. Contudo, é importante ressaltar que, por conta da raridade da doença, existem poucos trabalhos que discorrem sobre o seu uso e efeitos a longo prazo. (3,7)

### **2.8.3 Abordagem cirúrgica**

A intervenção cirúrgica não é amplamente utilizada no câncer de vagina primário, isso se dá devido à proximidade dos tumores primários da uretra, bexiga e reto. Essa abordagem assegura um controle local adequado, todavia pode causar limitações funcionais e/ou anatômicas que impactam de forma negativa na função sexual e qualidade de vida. Usualmente, a cirurgia é limitada a lesões iniciais e pequenas (menores que 2 cm), restritas a parte proximal da vagina. Podendo também ser realizada em estádios tardios onde há presença de fístulas retovaginais ou vesicovaginais e em recidivas após radioterapia. A escolha da abordagem empregada é definida pela localidade do tumor e pode incluir: excisão local, vaginectomia parcial, histerectomia radical e exenteração pélvica (em geral unida a avaliação linfonodal). (1, 12, 13)

## **2.9 PROGNÓSTICO**

Existem vários fatores que podem influenciar no prognóstico do câncer de vagina, sendo o principal deles o estágio do tumor na época do diagnóstico. Segundo dados de uma análise de Vigilância, Epidemiologia e Resultados Finais (SEER) realizada nos últimos anos, a taxa de sobrevivência em 5 anos foi de 84% e 75% para estágios I e II e de 57% para doença avançada. Além do estágio, também se consideram outros fatores, como tamanho e volume do tumor, idade, tipo histológico, infecção por HPV, localização diferente do terço superior da vagina e presença de metástase linfonodal. (1, 8, 11)

### 3. RELATO DE CASO

Mulher com 29 anos, nulípara, estudante, moradora do Rio de Janeiro, casada, sem comorbidades prévias, iniciou com quadro de sangramento vaginal de pequena quantidade, intermenstrual e durante coito. Durante o período, passou por avaliação de ginecologistas, tendo realizado exame especular, exames laboratoriais e histeroscopia com biópsia, que apresentou resultado inconclusivo. Por manutenção do sangramento após laudo, foi solicitada nova biópsia com colposcopia pela qual recebeu o diagnóstico de carcinoma ceratinizante de vagina pouco diferenciado.

Não havia indicação de abordagem cirúrgica pelo avanço da doença, desse modo, a conduta determinada foi encaminhar para acompanhamento em oncologia clínica do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG).

Com o avanço da patologia, passou a apresentar eliminação de secreção fecalóide pela vagina, havendo também, um aumento na quantidade de sangramento a despeito do uso de ácido tranexâmico regular. A paciente, todavia, se apresentava hemodinamicamente estável e sem sinais de infecção. Não houve alterações urinárias, gastrointestinais, sinais de astenia ou perda ponderal. A mudança no quadro clínico culminou em uma internação no HUGG, na qual a paciente entrou, pelo ambulatório de patologia do trato genital inferior, no setor da ginecologia.

No exame especular não foi visualizada secreção fecalóide em vagina, entretanto, foi encontrada lesão ulcerada de parede posterior com extensão até a parede lateral esquerda. No exame colposcópico foi observada lesão ulcerada e sangrativa de parede posterior e lateral esquerda, dolorosa. Ademais, no toque retal havia lesão ulcerada de parede anterior do reto a cerca de 2 cm da margem anal, além de ser concluída presença de fístula retovaginal. Contudo, não foi possível palpar ou visualizar comunicação clara entre reto e vagina.

A paciente passou ainda por avaliação pela oncologia para iniciar radioterapia (RT), onde foi decidida a solicitação de ressonância magnética de pelve com contraste para confirmação de fístula. A alta hospitalar ocorreu depois da estabilização de sangramento e prescrição de medicação para alívio de sintomas.

Entretanto, poucos dias após a alta, a paciente voltou ao HUGG transferida de outra unidade hospitalar, onde foi admitida novamente por sangramento vaginal intermitente. Durante essa internação, passou por abordagem pela clínica cirúrgica para confecção de colostomia em alça para proteção de trânsito intestinal, que ocorreu sem intercorrências. Além de realizar m e 6 sessões de quimioterapia. Por conta da falha de ambas em controlar o sangramento, foram realizadas duas abordagens cirúrgicas: a eletrocoagulação de vasos sanguíneos e a ligadura bilateral da artéria hipogástrica. A primeira ocorreu em caráter emergencial e a segunda por ausência de resposta ao tratamento.

A conduta definida na alta hospitalar, foi o acompanhamento com a comissão de cuidados paliativos, com equipe multidisciplinar, agendamento de retorno para continuidade de cuidado e acompanhamento pela clínica cirúrgica para acompanhamento da colostomia.

Após esse período ocorreram outras entradas no hospital para realização de hemotransfusões e consultas com a equipe de cirurgia geral (por evisceração das alças intestinais pela colostomia) e com equipe de terapia ocupacional e cuidados paliativos, até o óbito da paciente em menos de 2 anos de acompanhamento.

#### 4. DISCUSSÃO

Ao ser realizada comparação do perfil da paciente do caso com a literatura, é possível perceber que ela não se encontrava na faixa etária mais acometida pelo câncer de vagina, tornando a presença da neoplasia mais rara, principalmente sem a presença de co-fatores de risco conhecidos. (2) Cerca de apenas 10% dos tumores surgem em mulheres com menos de 40 anos. Alguns estudos indicam que a idade de diagnóstico leva a melhores taxas de resposta a tratamento por radiação e sobrevivência, porém outros discordam dessa afirmação. (5)

Neste relato, a paciente foi diagnosticada em estágio avançado com uma fístula retovaginal, que foi abordada pela cirurgia geral. Em um trabalho realizado em Israel, uma das mulheres, de idade jovem (40 anos), também iniciou quadro de sangramento vaginal pré-menopausa, recebendo diagnóstico de CEC estágio III. Em sua evolução apresentou, igualmente, formação do mesmo tipo de fístula, recebendo como tratamento a colostomia transversa, com melhora de quadro e sobrevida de mais de um ano após continuação da QT. (15) A fístula do caso israelita, foi associada com a realização de quimioterapia, enquanto a da paciente do HUGG surgiu antes da realização de tratamento para o tumor, sendo uma consequência da própria infiltração do tumor no reto. Na maioria dos casos, as fístulas surgem como complicações de uso de radiação, em cerca de 21% das pacientes. (10)

Considerando a extensão do tumor e todo o quadro clínico da paciente, a escolha terapêutica para a doença foi a de associação de radioterapia e quimioterapia, que foi considerada falha pela piora do quadro, levando a descontinuidade da terapia. De acordo com um estudo realizado em 2021, que discorre sobre o uso de quimioterapia concomitante, essa associação demonstrou atingir melhor controle da neoplasia. (16) O mesmo artigo, contudo, cita a possibilidade de falha em cerca de 30% devido à persistência da doença, como no caso do relato. No trabalho de Israel citado anteriormente, uma das pacientes em estágio IV, evoluiu para óbito rapidamente após também descontinuar o tratamento com quimioterápico.

Durante a pesquisa de dados não foram encontrados outros relatos onde foram citados sangramento refratário a ácido tranexâmico e radioterapia anti-hemorrágica ou com controle com realização de ligadura bilateral da artéria

hipogástrica. O câncer de vagina não possui muitos dados sobre opções de tratamento paliativo, além da exenteração pélvica no estágio IVA ou colostomia. (1)

A evolução ruim da paciente provavelmente ocorreu pelo estágio avançado, fator que mais influencia no prognóstico. (5) Além de apresentar ainda, classificação G3, que engloba tumores com características de crescimento rápido e com maior chance de se espalhar, (18) e falta de resposta aos tratamentos empregados.

Essa neoplasia, ao contrário de outros cânceres do trato genital, não possui muita literatura disponível, de modo que não há um padrão bem estabelecido de desenvolvimento, evolução clínica e tratamento.

Por isso, em mulheres que apresentam sangramento vaginal como principal sintoma, após descartada a origem uterina, é importante a realização cuidadosa do exame físico, de modo a diagnosticar o câncer em estágio inicial, aumentando as chances de um melhor curso clínico e sobrevida.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Visto que o câncer de vagina é uma doença de grande raridade, se faz necessária a elaboração de novos trabalhos com intuito de melhor caracterizá-la e padronizar o manejo e tratamento. A partir da melhor compreensão de todos os aspectos da doença e de seu impacto na saúde das pacientes, os profissionais serão capazes de oferecer um cuidado mais eficiente e integral.

## REFERÊNCIAS

1. Adams TS, Rogers LJ, Cuello MA. Cancer of the vagina: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2021 Out;155(S1):19–27.
2. Nout RA, Calaminus G, François Planchamp, Chargari C, Lax S, Martelli H, et al. ESTRO/ESGO/SIOPe guidelines for the management of patients with vaginal cancer. *Radiotherapy and Oncology*. 2023 Sep 1;186:109662–2.
3. Tratado de Ginecologia FEBRASGO – 1. ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. BEREK, J.S.
4. Rasmussen CL, Bertoli HK, Sand FL, Kjær AK, Thomsen LT, Kjær SK. The prognostic significance of HPV, p16, and p53 protein expression in vaginal cancer: A systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2021 Set 21;100(12):2144–56.
5. Baral SK, Biswas P, Kaium MdA, Islam MdA, Dey D, Saber MA, et al. A Comprehensive Discussion in Vaginal Cancer Based on Mechanisms, Treatments, Risk Factors and Prevention. *Frontiers in Oncology [Internet]*. 18 Jul 2022;12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9341270/pdf/fonc-12-883805.pdf>.
6. Hoff, Paulo Marcelo Gehm; KATZ, Roger Chammas (Org.). Tratado de oncologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2013.
7. SAITO, Toshiaki et al. Japan Society of Gynecologic Oncology guidelines 2015 for the treatment of vulvar cancer and vaginal cancer. *International Journal of Clinical Oncology*, v. 23, p. 201-234, 2018.
8. Kaltenecker B, Tikaria R. Vaginal Cancer [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559126/>.
9. Kulkarni A, Dogra N, Zigras T. Innovations in the Management of Vaginal Cancer. *Current Oncology*. 27 Abr 2022;29(5):3082–92.
10. Gardner CS, Sunil J, Klopp AH, Devine CE, Sagebiel T, Viswanathan C, et al. Primary vaginal cancer: role of MRI in diagnosis, staging and treatment. *The British Journal of Radiology*. Ago 2015;88(1052):20150033.
11. Adams TS, Cuello MA. Cancer of the vagina. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2018 Oct;143:14–21.

12. Jhingran A. Updates in the treatment of vaginal cancer. *International Journal of Gynecological Cancer* [Internet]. 1 Mar 2022;32(3):344–51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8921584/>.
13. Qian J, Kaoma Gracious, Chen L, Xu S. Primary vaginal cancer after hysterectomy for benign conditions: a systematic review of the literature. *Frontiers in Oncology* [Internet]. 29 Jan 2024;14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10859505/>.
14. Gadducci A, Fabrini MG, Lanfredini N, Sergiampietri C. Squamous cell carcinoma of the vagina: natural history, treatment modalities and prognostic factors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2015; 93:211.
15. Piura B, Rabinovich A, Cohen Y, Glezerman M. Primary squamous cell carcinoma of the vagina: report of four cases and review of the literature. *European Journal of Gynaecological Oncology* [Internet]. 1998 [cited 2024 Mar 14];19(1):60–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9476062/>.
16. Meixner E, Arians N, Bougatf N, Line Hoeltgen, König L, Lang K, et al. Vaginal cancer treated with curative radiotherapy with or without concomitant chemotherapy: oncologic outcomes and prognostic factors. *Tumori Journal*. 2021 Nov 1;109(1):112–20.
17. Eddy GL, Marks, Jr. RD, Miller MC, Underwood, Jr. PB. Primary invasive vaginal carcinoma. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1991 Aug;165(2):292–8.
18. Grading and Staging of Cancer - Health Encyclopedia - University of Rochester Medical Center [Internet]. [www.urmc.rochester.edu](http://www.urmc.rochester.edu). Disponível em: <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?contenttypeid=85&contentid=p00554>

**ANEXO A - Pedido de dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

**PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável da pesquisa intitulada “Câncer de vagina em paciente jovem em um hospital universitário”, considerando o disposto nas Resoluções nº 466/2012 (capítulo IV. 8) ou nº 510/2016 (itens 7 e 8) do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, solicito ao Comitê de Ética em Pesquisa, a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, em virtude de:

Óbito da paciente do caso em questão, antes da realização desse trabalho, motivo que impossibilita a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O investigador principal e demais colaboradores envolvidos na pesquisa citada se comprometem, individual e coletivamente a utilizar os dados e informações coletadas em prontuário, apenas para os fins descritos e a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas nas resoluções CNS n 466/12 ou 510/2016, e suas complementares, no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados coletados.

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Pesquisadora responsável

## ANEXO B - Parecer de aceitação do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
GAFFREE E GUINLE -  
HUGG/UNIRIO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Câncer de vagina em paciente jovem em um hospital universitário: relato de caso

**Pesquisador:** Yara Lucia Mendes Furtado de Melo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 77941624.7.0000.5258

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.685.197

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de Câncer de vagina em paciente jovem em um hospital universitário: relato de caso.

O projeto pretende relatar um caso de carcinoma escamoso invasor de vagina em mulher no Hospital Universitário Gaffree e Guinle.

#### Objetivo da Pesquisa:

Relatar um caso de carcinoma escamoso invasor de vagina em mulher no Hospital Universitário Gaffree e Guinle.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:**

O risco relacionado à pesquisa envolvem a possível divulgação de dados confidenciais, por serão tomadas as medidas necessárias para que os dados sejam mantidos em segurança.

**Benefícios:**

Discussão de doença rara para maior conhecimento acadêmico.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O câncer de vagina é uma condição incomum que corresponde a cerca de 2% das neoplasias de trato genital em mulheres adultas, acometendo, mais comumente, mulheres no período pós menopausa e idosas. Essa doença costuma ser descoberta mais tardiamente e seu prognóstico está atrelado ao estágio da doença, além disso, trabalhos mais recentes observam que está

**Endereço:** Rua Mariz e Barros nº 775

**Bairro:** Tijuca

**CEP:** 22.270-004

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2264-5177

**Fax:** (21)2264-5177

**E-mail:** cep.hugg@unirio.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
GAFFRÉE E GUINLE -  
HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 6.825.197

havendo um aumento de mulheres acometidas na faixa etária mais jovem (de 20 a 30 anos). O estudo proposto sobre a doença é um estudo observacional descritivo realizado no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, que relata o caso de uma paciente feminina, de 29 anos (inicialmente), utilizando-se de dados obtidos através de prontuário. O trabalho tem sua relevância baseada no potencial de auxiliar no entendimento dos profissionais sobre o câncer de vagina, além de possuir capacidade de promover suspeita clínica e facilitar a compreensão da melhor conduta a ser desempenhada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos obrigatórios apresentados. Dispensa de TCLE acatada.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2287653.pdf	27/02/2024 19:46:32		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	27/02/2024 19:12:23	Yara Lucia Mendes Furtado de Melo	Aceito
Outros	termodeanuenciaGEP.pdf	27/02/2024 18:59:09	Yara Lucia Mendes Furtado de Melo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	27/02/2024 18:44:35	Yara Lucia Mendes Furtado de Melo	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_anuencia_do_servico_assinado.pdf	27/02/2024 18:41:42	Yara Lucia Mendes Furtado de Melo	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Termo_de_responsabilidade_e_compromisso_assinado.pdf	27/02/2024 18:39:10	Yara Lucia Mendes Furtado de Melo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Pedido_de_dispensa_de_TCLE_assinado.pdf	27/02/2024 18:37:12	Yara Lucia Mendes Furtado de Melo	Aceito

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775

Bairro: Tijuca

CEP: 22.270-004

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2264-5177

Fax: (21)2264-5177

E-mail: cep.hugg@unirio.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
GAFFREE E GUINLE -  
HUGG/UNIRIO



Continuação do Parecer: 5.685.197

Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	27/02/2024 18:35:57	Yara Lucia Mendes Furtado de Melo	Aceito
----------------	-----------------------------	------------------------	--------------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 05 de Março de 2024

Assinado por:

Jorge Francisco da Cunha Pinto  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775  
Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2264-5177 Fax: (21)2264-5177 E-mail: cop.hugg@unirio.br