

IMPORTÂNCIA DO LINFONODO REGIONAL NA SOBREVIVÊNCIA DO CÂNCER DA VULVA

(1) FAUZER SIMÃO ABRAO
(2) AYRTON DE ANDREA FILHO
(3) ALBERTO FRÂNCIA MARTINS

RESUMO

Os autores analisam a importância do linfonodo regional na sobrevivência do câncer da vulva. Demonstram que o erro de avaliação do comprometimento metastático está entre 15 e 33%.

Discutem a terapêutica cirúrgica aplicada em 88 pacientes e verificam que a presença ou não de linfonodos comprometidos é fundamental para o prognóstico.

SUMMARY

The authors analyse the importance of the regional lymph node in the survey of the vulvar carcinoma. The metastatic involvement of these lymph nodes were not demonstrated by a clinical as complementary evolution in 15 or 33%. Surgical therapeutic was discussed in 88 patients and was observed that the presence or absence of the involved lymphatic nodes is basic for the prognosis.

INTRODUÇÃO

O desconhecimento da exata natureza biológica e comportamento patológico do câncer da vulva, aliados a um incorreto planejamento terapêutico, tem sido responsáveis pelo baixo índice de cura.

O câncer da vulva é a neoplasia maligna do aparelho genital feminino menos estudada.

O embaraço habitual das mulheres em procurar precocemente o recurso médico necessário, aumenta a responsabilidade das mesmas no atraso da

Trabalho realizado no Departamento de Ginecologia do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.

- (1) Titular do Departamento de Ginecologia do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.
- (2) Titular Adjunto do Departamento de Ginecologia do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.
- (3) Diretor do Departamento de Ginecologia do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente.

aplicação terapêutica. Por outro lado, a falta do critério de diagnóstico, transforma o médico em responsável por um grande número de atrasos de tratamento, como demonstrou Scheffey (17) em um estudo dos casos de câncer de vulva na Filadélfia, onde 50% das pacientes tiveram um atraso para iniciar o tratamento específico, de 19 meses após a primeira consulta.

O tratamento inadequado resulta primariamente de uma falta de conhecimento do comportamento local da lesão primária e a falha em avaliar a importância e frequência da disseminação linfática. Além disso, a idade avançada e, frequentemente, associada com diabetes, obesidade e doença cardiovascular na maioria das doentes, levava-as a risco cirúrgico maior.

Em nossos dias, com os progressos da cirurgia, com a introdução de transfusões de sangue e derivados, técnicas anestésicas melhores e antibioticoterapia, tornou-se possível realizar mais seguramente cirurgias de maior porte.

Os trabalhos pioneiros de Taussig (18) e Way (19) mostram os resultados dos esforços que cirurgiões do mundo inteiro realizaram para melhorar a terapêutica de ataque e aumentar o potencial de curabilidade.

A importância dos linfáticos e sua influência na sobrevida do câncer da vulva levaram Reiffenstahl, (15) Way (20) e Parry-Jones (12) a estudar e delinear acuradamente a drenagem linfática da vulva.

Enquanto é um fato estatístico que metástases linfáticas são de importância capital no prognóstico, é um fato clínico que metástases precoces são impossíveis de serem determinadas acuradamente com os métodos diagnósticos ainda não totalmente disponíveis. (7, 9, 11 e 21)

Muitos cirurgiões oncologistas hoje acreditam que a terapêutica do câncer

vulvar deve consistir em vulvectomy extensa e linfadenectomy pélvica e inguinal bilateral. (7, 9 e 10)

Entretanto, outros oncologistas modificaram este procedimento da linfadenectomy pélvica pela realização desta, somente quando se encontrou positividade no linfonodo inguinal de Cloquet ou do ilíaco externo no limite do canal inguinal.

Nossa intenção é mostrar no presente trabalho a importância do linfonodo inguinal na sobrevivência das pacientes tratadas por cirurgia no Departamento de Ginecologia do Hospital A.C. Camargo da Fundação Antonio Prudente, no período de 1953 a 1973.

MATERIAL E MÉTODO

No período de 1953 a 1973 foram atendidas e tratadas cirurgicamente, 88 pacientes, entre os 232 casos de câncer da vulva.

O tratamento cirúrgico consistiu em vulvectomy extensa mais linfadenectomy inguino-crural bilateral em 29 casos, e vulvectomy com linfadenectomy inguino-crural e ilíaca bilateral em 59 casos.

A técnica cirúrgica utilizada foi uma excisão cirúrgica de toda a vulva (fig. 1), em monobloco com os linfonodos, cuja incisão para o esvaziamento foi do tipo "asa de borboleta" ou outras variantes (fig. 2).

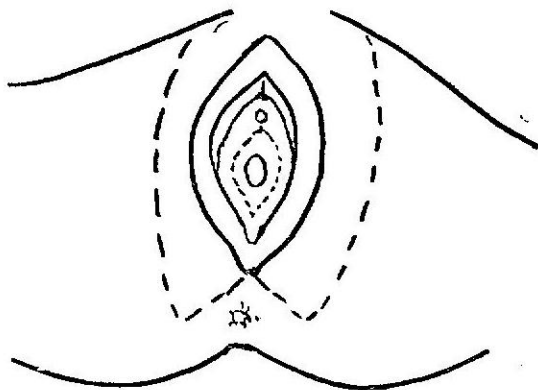


Fig. 1 — As linhas pontilhadas mostram o traçado das incisões para as vulvectomias.

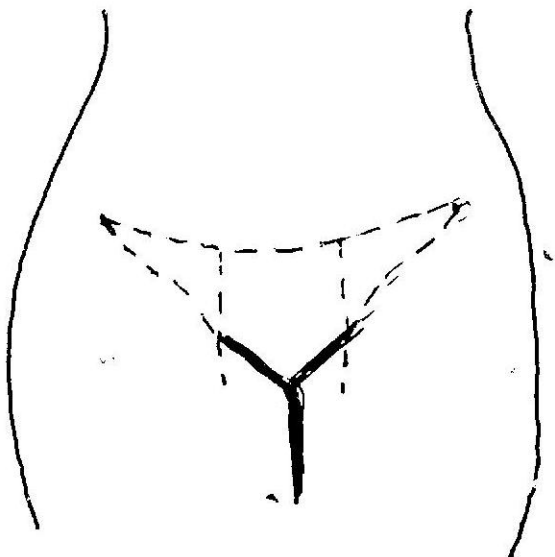


Fig. 2 — Incisão cutânea para acesso aos esvaziamentos inguino-crurais e ilíacos. Delimitam-se os triângulos cutâneos que poderão ser reunidos.

Dos 59 casos submetidos à vulvectomy extensa com linfadenectomia inguino-crural e ilíaca bilateral, 6 pertenciam ao estágio clínico I(*), 14 ao estágio clínico II, 19 ao estágio clínico III, 6 ao estágio clínico IV e 14 casos já haviam recebido algum tipo de tratamento anterior, seja uma ressecção do tumor, ou radioterapia local. Dos 29 casos submetidos à vulvectomy extensa com linfadenectomia inguino-crural bilateral, 4 eram do estágio clínico I, 9 do estágio clínico II, 8 do estágio clínico III, 4 do estágio clínico IV e 4 já haviam sido manuseadas ou tratadas fora de nossa Instituição.

A incidência maior das pacientes operadas foi do estágio clínico III, com um total de 27 casos (30,68%). (Quadro I)

TIPO DE CIRURGIA CONFORME ESTADIO CLÍNICO

Estádio Clínico	Vulvectomy —	Vulvectomy +	Total
	Esvaziamento Inguino-Crural e Ilíaco	Esvaziamento Inguino-Crural	
I	6	4	10
II	14	9	23
III	19	8	27
IV	6	4	10
Parcialmente tratado	14	4	18
Total	59	29	88

Quadro I

RESULTADOS

Das 88 pacientes operadas, no momento do exame clínico para estadiamento, 56 (63,63%) tinham linfonodos palpáveis e em 32 (36,36%) os linfonodos não eram palpáveis.

Dos 56 casos de linfonodos clinicamente palpáveis o exame anátomo patológico revelou um comprometimen-

to neoplásico em 39 e negatividade em 17 casos. No grupo de pacientes com linfonodos não palpáveis o exame histológico revelou positividade em 6 casos e ausência de neoplasia em 26 casos. (Quadro II)

(*) A classificação adotada foi a de F.I.G.O. (1972).

**CONFIRMAÇÃO
HISTOPATOLÓGICA
POSITIVA E NEGATIVA DOS
LINFONODOS PALPAVEIS
E NÃO PALPAVEIS**

Linfonodos	Positivos	Negativos	Total
Palpáveis	39	17	56
Não Palpáveis	6	26	32
Total	45	43	88

Quadro II

Dos 59 casos submetidos à cirurgia supra-radical (vulvectomia extensa mais linfadenectomia inguino-crural ilíaca bilateral), tivemos 27 casos com linfonodos metastáticos e 32 com linfonodos não metastáticos. Dos 29 casos submetidos à cirurgia radical (vulvectomia mais linfadenectomia inguino-crural bilateral) tivemos 18 casos com linfonodos positivos e 11 linfonodos negativos. (**Quadro III**)

**LINFONODOS POSITIVOS E
NEGATIVOS EM RELAÇÃO
AO TIPO DE CIRURGIA**

Cirurgia	Linfonodos	Linfonodos	Total
	Positivos	Negativos	
Supra-Radical	27	32	59
Radical	18	11	29
Total	45	43	88

Quadro III

Em relação à sobrevida dessas pacientes, tivemos o seguinte quadro de acordo com a positividade e negatividade dos linfonodos. (**Quadro IV**)

**NÚMERO DE CASOS COM
LINFONODOS POSITIVOS E
NEGATIVOS EM RELAÇÃO
À SOBREVIDA**

	Linfonodos Positivos	Linfonodos Negativos	Total
Assintomático	10	17	27
Morte por câncer	17	6	23
Morte cirúrgica	5	11	16
Destino ignorado	11	8	19
Morta			
Assintomática	2	1	3

Quadro IV

Das 88 pacientes, 27 (30,6%) tiveram uma sobrevida maior que 5 anos, sendo que dessas, 10 (37,03%) tinham linfonodos histologicamente comprometidos e 17 (62,9%) tinham linfonodos negativos.

COMENTARIOS

O câncer vulvar tem, hoje, perspectiva de sobrevida bem melhor do que há duas décadas.

Em relação ao material aqui analisado, o qual parte já foi estudado em 1963 e 1967 (4,5 e 23), pudemos desenvolver uma análise a partir do tratamento que nos traz muitas conclusões.

A técnica aplicada difere da de Way, que além da incisão transversa ao nível da prega inguinal, faz um prolongamento para baixo, na face anterior da coxa, em direção ao vértice inferior do triângulo de Scarpa, ressecando também uma considerável porção de pele para margem de segurança.

O propósito da vulvectomia é a extirpação das cadeias dos nódulos linfáticos da região vulvar.

Way relaciona as seguintes cadeias a serem tratadas:

1) Linfonodos inguinais superficiais situados no trajeto do ligamento inguinal e ligeiramente por baixo do mesmo.

2) Linfonodos sub-inguinais ou femorais superficiais agrupados ao redor da veia safena próximo ao local onde atravessa a fossa oval para desembocar na veia femoral.

3) Linfonodos femorais profundos ao longo dos vasos femorais, sendo o mais constante o linfonodo de Cloquet ou de Rosemmüller no extremo superior do conduto crural.

4) Linfonodos ilíacos externos, frequentemente rodeados de tecido adiposo, sendo os mais importantes os situados por baixo e medialmente a veia ilíaca externa.

5) Linfonodos inguinais profundos, no trajeto inguinal, que acompanha o ligamento redondo.

6) Linfonodos pré-púbicos, localizados no tecido adiposo da porção inferior no monte de Vênus rodeando a base do clitóris. Segundo Collins, (1) os linfáticos eferentes deste grupo se dirigem diretamente para o linfonodo de Cloquet, ou seguem a uretra até os linfonodos que rodeiam o colo da bexiga.

Além dessas vias e cadeias linfáticas, Parry-Jones (13) descreveu uma via interna que segue a artéria pudenda e se une diretamente com os linfonodos hipogástricos, sem passar pelos vasos e linfonodos inguinais. (13)

De acordo com o quadro de sobrevida, pudemos observar que a sobrevida maior foi nas pacientes que não tinham linfonodos histologicamente comprometidos, coincidindo com os dados de literatura, onde a sobrevida de 5 anos oscila ao redor de 80 a 85% em estatística de Way. (22, 7 e 2) Os mesmos tumores apresentam uma média de 36,33% de sobrevida a 5 anos quando

já se encontra linfonodos histologicamente comprometidos.

Assim, após o trabalho de Krupp e Bohn, (8) onde os autores observaram que as metástases linfáticas mais encontradas são as ipso-laterais em 84,6% verificaram que metástases contra-laterais ocorreram em 46%, havendo comprometimento bilateral dos linfonodos inguinais em 29,6% das lesões unilaterais e 60% das lesões bilaterais. Além disso, o que ressaltamos de grande importância é que em 22,5% dos seus casos houve metástases pélvicas, tendo, em alguns casos, comprometimento pélvico sem metastatização inguinal.

De acordo com nossos estudos, verificamos sobrevida maior nas pacientes que não tinham linfonodos histologicamente comprometidos, coincidindo com os dados de literatura onde a sobrevida de 5 anos oscila ao redor de 80 a 85% em estatística de Way. (22, 7 e 2) Os mesmos autores apresentam uma média de 36,33% de sobrevida a 5 anos quando já se encontra linfonodos histologicamente comprometidos.

CONCLUSÕES

O comprometimento ou não das diversas cadeias linfáticas dos territórios de drenagem da vulva é o fator de maior importância para o tratamento e prognóstico do câncer de vulva.

Torna-se, assim, imprescindível para o cirurgião o conhecimento exato das cadeias linfáticas que poderão ser atingidas.

A negatividade histológica dos linfonodos de drenagem do câncer de vulva demonstrou ser um dos fatores que interferem na sobrevida das pacientes.

Assim, a melhora da sobrevida no câncer da vulva só poderá ser obtida através do diagnóstico precoce, melhoria dos métodos de detecção das metástases e terapêutica cirúrgica adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOUSTELIS, J.G. — Radical Vulvectomy for Invasive Squamous Cell Cancer of the Vulva — *Obst. Gynec.*, 39:827, 1972.
2. COLLINS, J.H. — Vulvectomy — *Am. J. Obst. Gynec.*, 84:1135, 1962.
3. COLLINS, C.G.; COLLINS, J.H.; BARCLAY, D.L.; NELSON, E.W. — Cancer Involving the Vulva: A Report on 109 Consecutive Cases — *Am. J. Obst. Gynec.*, 87:762, 1963.
4. FRÂNCIA MARTINS, A. — Câncer da Vulva — *An. Bras. Ginec.*, 56:147, 1973.
5. FRÂNCIA MARTINS, A. — Câncer da Vulva — *An. Bras. Ginec.*, 56:187, 1973.
6. FRANKLIN, E.W.; RUTLEDGE, F.D. — Prognosis Factors in Epidermoid Carcinoma of the Vulva — *Obst. Gynec.*, 37:892, 1971.
7. GREEN, T.H. JR.; ULFELDER, H.; MEIGS, J.V. — Epidermoid Carcinoma of the Vulva: An Analysis of 238 Cases — *Am. J. Obst. Gynec.*, 75:834, 1958.
8. KRUPP, P.J.; BOHM, J.W. — Lymph Gland Metastases in Invasive Squamous Cell Cancer of the Vulva — *Am. J. Obst. Gynec.*, 130(8):943, 1978.
9. KRUPP, P.J.; LEE, F.Y.L.; BOHM, J.W.; BATSON, H.N.K.; DIEN, J.E.; LAMIRE, J.E. — Prognosis Parameters and Clinical Staging — Criteria in Epidermoid Carcinoma of the Vulva — *Obst. Gynec.*, 46:84, 1975.
10. MCKELVEY, J.L.; ADCOCK, L.L. — Cancer of the Vulva — *Obst. Gynec.*, 26:455, 1965.
11. MORLEY, G.W. — Infiltrative Cancer of the Vulva: Results of the Surgical Treatment — *Am. J. Obst. Gynec.*, 124:874, 1976.
12. PARRY-JONES, E.J. — Lymphatics of the Vulva — *Brit. J. Obst. Gynec.*, 67:919, 1960.
13. PARRY-JONES, E.J. — In Corascaden's Gynecologic Cancer 4th Edition Editorial Panamericana, 1971, Buenos Aires, p. 135.
14. PIVER, M.S.; XYNDIS, F.G. — Pelvic Lymphadenectomy in Women with Carcinoma of the Clitoris — *Obst. Gynec.*, 49:592, 1977.
15. REIFFENSTUHL, G. — The Lymphatics of the Female Genital Organs, Philadelphia 1964, J.B. Lippincott Company.
16. RUTLEDGE, F.; SMITH, J.P.; FRANKLIN, E.W. — Carcinoma of the Vulva — *Am. J. Obst. Gynec.*, 106:1117, 1970.
17. SCHEFFEY, L.C. — *Obst. Gynec.*, 1:554, 1953.
18. TAUSSIG, F.J. — *Am. J. Obst. Gynec.*, 40:764, 1940.
19. WAY, S. — The Anatomy of the Lymphatic Drainage of the Vulva and its influence on the Radical Operation for Carcinoma — *Am. Coll. Surg. England.*, 2:187, 1948.
20. WAY, S. — Malignant Dis. of the Fem. Ge. Tract, London, 1951. J. & A Churchill, Ltd.
21. WAY, S.; In Meigs, J.V. and Sturgis, S.H., editors: Progress in Gynecology, N.Y., 1956, Guyre and Stratton. Vol. III, p. 489.
22. WAY, S. — Carcinoma of the Vulva — *Am. J. Obst. Gynec.*, 79: 682, 1960.
23. ZITRON, M.; ABRÃO, F.S. — Sobrevida nos Casos de Gânglios Positivos e Negativos no Câncer de Vulva — *Rev. Bras. Cir.*, 11 e 12: 564, 1967.