

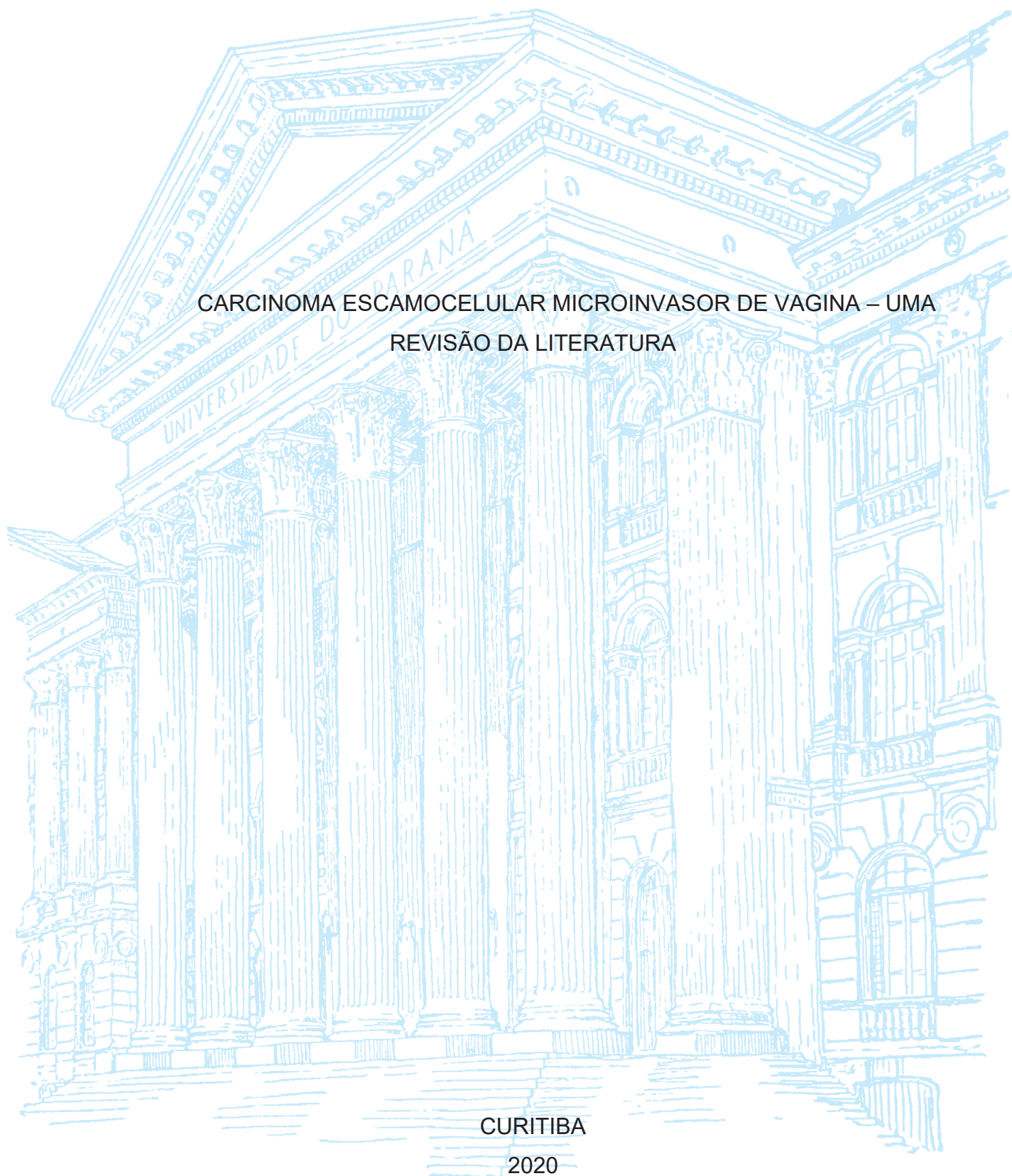
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARCELA CLARISSA PADESKI FERREIRA

CARCINOMA ESCAMOCELULAR MICROINVASOR DE VAGINA – UMA
REVISÃO DA LITERATURA

CURITIBA

2020



MARCELA CLARISSA PADESKI FERREIRA

CARCINOMA ESCAMOCELULAR MICROINVASOR DE VAGINA – UMA
REVISÃO DA LITERATURA

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Tocoginecologia Avançada, Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Tocoginecologia, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do certificado de Especialista em Tocoginecologia Avançada.

Orientadora: Profa. Dra. Rita Maira Zanine

CURITIBA

2020

TERMO DE APROVAÇÃO

MARCELA CLARISSA PADESKI FERREIRA

CARCINOMA ESCAMOCELULAR MICROINVASOR DE VAGINA – UMA REVISÃO DA LITERATURA

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Tocoginecologia Avançada, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do certificado de Especialista em Tocoginecologia Avançada.

Prof^a. Dr^a. Rita Maira Zanine

Orientador(a) – Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná

Prof^a. Msc. Dulcimary Dias Bittencourt

Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná

Prof. Msc. Eduardo Schunemann Junior

Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná

Curitiba, 27 de abril de 2020.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre o carcinoma escamocelular microinvasor de vagina. A pesquisa foi realizada a partir de palavras-chave na base de dados PubMed e seis artigos foram encontrados. A literatura mostra que o carcinoma vaginal microinvasor é uma doença rara e seu diagnóstico é realizado através da análise histológica da peça cirúrgica. O tratamento cirúrgico apresenta tendência conservadora para preservar a função sexual da paciente, mas o acompanhamento rigoroso é necessário pelo risco de recidiva da doença.

Palavras-chave: carcinoma microinvasor vaginal, carcinoma vaginal superficialmente invasor.

ABSTRACT

The aim of this work is to review the literature available about microinvasive carcinoma of the vagina. Six articles were obtained in the database PubMed using keywords. Microinvasive vaginal carcinoma is a rare disease and the diagnosis is made by histopathology after a surgery to remove de lesion. The treatment tend to be conservative with the goal of preserving the sexual function of the patient. The follow up must be strict because there is a risk of recurrent disease.

Keywords: microinvasive carcinoma of the vagina, superficially invasive carcinoma of the vagina.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 OBJETIVOS	16
1.1.1 Objetivo geral	16
1.1.2 Objetivos específicos.....	16
1.2 METODOLOGIA.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
3 DISCUSSÃO	25
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

O câncer de vagina é uma doença rara e representa 1 a 3% das neoplasias do trato genital feminino. O carcinoma microinvasor é uma doença ainda mais rara e existem poucos relatos de pacientes com esta patologia na literatura. O tratamento mais realizado é a colpectomia parcial ou total, mas existe uma tendência a realizar cirurgias conservadoras para preservar a função sexual das pacientes e evitar cirurgias reconstrutivas, mas o seguimento rigoroso das pacientes é necessário pelo risco de recidiva da lesão.¹⁻⁴

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre carcinoma microinvasor de vagina.

1.1.2 Objetivos específicos

Avaliar os relatos de casos disponíveis na literatura;

Descrever as lesões precursoras do câncer de vagina;

Descrever o tratamento das lesões pré-malignas, do carcinoma microinvasor de vagina e do carcinoma francamente invasor;

Descrever o seguimento dos casos de carcinoma microinvasor relatados na literatura.

1.2 METODOLOGIA

Os artigos utilizados na elaboração desta revisão foram obtidos da base de dados PubMed com uso de operadores booleanos e dos seguintes descritores: *superficially invasive carcinoma*, *microinvasive carcinoma*, *vaginal* e *vagina*. Foram incluídos nesta revisão artigos disponíveis em língua inglesa. A análise das referências bibliográficas dos artigos obtidos permitiu a inclusão de trabalhos que,

apesar de não serem exclusivamente sobre o carcinoma microinvasor de vagina, relatavam casos de pacientes com esta patologia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O carcinoma primário da vagina é uma patologia rara e representa apenas 1 a 3% das neoplasias do trato genital feminino e 10% das neoplasias vaginais.^{1,2} A maioria dos casos de câncer de vagina se origina no epitélio escamoso e tem etiologia compartilhada com o câncer cervical. Em ambas doenças a infecção persistente pelo papilomavírus humano (HPV) gera lesões pré-malignas que evoluem para o carcinoma microinvasor e, em seguida, para o carcinoma invasor.^{1,4}

A vacinação para HPV é uma estratégia de prevenção primária para o câncer de colo uterino e tem se mostrado efetiva para reduzir lesões não cervicais no trato genital inferior.¹ A prevenção secundária é realizada com o rastreamento de lesões a partir da coleta de citologia oncótica vaginal e pode incluir a pesquisa de HPV.¹ O rastreamento é indicado para pacientes submetidas à histerectomia por lesões de alto grau do colo uterino ou lesões malignas. Mulheres submetidas à histerectomia por causas benignas não devem ser rastreadas.¹

A classificação das lesões vaginais pré-neoplásicas foi atualizada em 2014 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e foram criadas duas categorias: lesões escamosas intraepiteliais de baixo grau (LSIL) e de alto grau (HSIL).¹ O risco de progressão de lesão intraepitelial vaginal para câncer invasivo é de 3 a 9% em pacientes submetidas a tratamento, 9% em pacientes não tratadas e 20% em mulheres com HSIL.⁵ A idade média ao diagnóstico de uma lesão intrapitelial vaginal é de 50 anos e esta doença afeta 0,2 a 0,6 mulheres a cada 100.000.^{4,6}

O tratamento das lesões pré-malignas irá variar conforme o grau da lesão, quantidade e localização das lesões. Lesões vaginais de baixo grau devem ter manejo conservador com acompanhamento cuidadoso por colposcopia e citologia.⁴ A maioria das lesões vaginais de alto grau são multifocais, no terço superior da vagina e não geram sintomas.^{1,3} O diagnóstico é realizado por biópsia a partir da investigação colposcópica de uma citologia oncótica alterada. A colposcopia é realizada com auxílio de ácido acético e lugol e as lesões podem ser de difícil visualização.^{1,3}

Existem vários tratamentos para as lesões vaginais de alto grau incluindo ablação a laser, excisão cirúrgica da lesão, colpectomia parcial ou total, tratamentos tópicos com imiquimod e 5-fluorouracil (5FU) e radioterapia.^{1,3} O tipo de tratamento irá depender do número e localização das lesões, se há suspeita de invasão, custo do tratamento, efeitos adversos esperados da terapia e experiência do médico.^{1,3}

A excisão cirúrgica das lesões apresenta taxa de sucesso de 66 a 87%.⁵ A colpectomia parcial é uma das técnicas cirúrgicas que podem ser utilizadas para lesões no terço superior da vagina.^{2,3} A abordagem cirúrgica mais comum é por via vaginal, mas cirurgia por via abdominal por laparoscopia ou robótica também é utilizada.² A colpectomia parcial permite a avaliação histopatológica completa, remove a lesão com margens e em uma única peça e possibilita acompanhamento colposcópico pós-operatório.² É o tratamento mais adequado para lesões na cicatriz da cúpula vaginal, com distorção arquitetural intensa ou com falha em tratamentos conservadores anteriores.³ O procedimento por via laparoscópica ou robótica é seguro, com perda sanguínea estimada de 50mL e taxa de complicação de 10%.² As intercorrências possíveis são lesão vesical, hemorragia, infecção da parede abdominal, fístulas vesico-vaginais, encurtamento e estenose vaginais.¹ Durante a abordagem por via vaginal é possível não realizar o fechamento da mucosa ou cobrir a área excisada com enxerto de pele para evitar encurtamento e estenose. No pós-operatório dilatadores vaginais e estrogênio tópico podem ser usados precocemente para melhorar a função vaginal.³ A abordagem por laparoscopia facilita a lise de aderências entre vagina, reto e bexiga, originadas pela histerectomia realizada previamente nestas pacientes.²

A remoção do epitélio vaginal com laser é uma alternativa à colpectomia convencional. O procedimento resulta em uma peça cirúrgica com espessura uniforme, adequada para análise histológica e gera mínimo sangramento intraoperatório (cerca de 100mL).⁴ O laser é capaz de remover todo o epitélio escamoso e parte da lâmina própria. A aplicação precoce de estrogênio vaginal e o uso de moldes para evitar estenose e encurtamento também são indicados.⁴

A vaporização com laser de CO₂ é uma opção em lesões multifocais. Por se tratar de um método destrutivo é necessário excluir o diagnóstico de câncer com colposcopia detalhada, exame de toque bimanual e múltiplas biópsias previamente ao procedimento.^{1,3} A vaporização só pode ser realizada se a lesão é completamente visível e fora de áreas com distorção anatômica ou cicatriz.^{3,4} As vantagens deste método são menor tempo cirúrgico, menor morbidade pós-operatória e melhor função sexual após o procedimento.³

Tratamentos tópicos podem ser utilizados nas HSIL com eficácia entre 45 e 100%. Ácido tricloroacético e 5FU são recomendados em pacientes com HPV e lesões multifocais. Terapia fotodinâmica com ácido 5-aminolevulínico como um

fotosensibilizante e estrogênio tópico também podem ser utilizados.⁶ 5FU pode ser utilizado em aplicações tópicas com menos efeitos colaterais em relação à colpectomia e ablação a laser, mas tem eficácia inferior.¹ Imiquimod 5% é um imunomodulador que ativa a imunidade inata e pode ser administrado na forma de cremes ou de tampão embebido com medicação. É indicado em mulheres jovens e com lesões multifocais ou em mulheres idosas que não desejam cirurgia.¹

Radioterapia pode ser utilizada como tratamento para HSIL com taxa de cura de 86 a 100%. Os efeitos adversos são encurtamento vaginal, risco de desenvolver neoplasia secundária à radiação, risco de proctite e cistite actínicas, limitação de procedimentos cirúrgicos posteriores para recorrências devido a aderências e fibrose. A radioterapia pode ser realizada em pacientes com HSIL resistente a tratamentos convencionais e cirurgia.⁵

A neoplasia da vagina possui um estadió inicial microinvasor em que a profundidade de invasão é de 1 a 3mm.^{3,4} O tratamento dessas pacientes pode ser menos agressivo e a taxa de recidiva da doença é menor. Porém, por se tratar de uma neoplasia mais rara, existem poucos artigos em literatura descrevendo o tratamento e acompanhamento de casos de carcinoma microinvasor vaginal. O diagnóstico da doença geralmente é obtido a partir da análise histopatológica de peças cirúrgicas de pacientes submetidas colpectomia ou excisão de lesões vaginais com suspeita de HSIL vaginal.³ Pacientes submetidas a cirurgia conservadora e com invasão menor que 2 a 3mm são consideradas tratadas pela maioria dos estudos, sendo submetidas a acompanhamento rigoroso devido à possibilidade de recidiva.^{3,4}

Peter *et al.* descreveram 6 casos de pacientes com carcinoma microinvasor de vagina com menos de 2,5mm de invasão. Foi realizada excisão completa da lesão através de colpectomia parcial ou total e as pacientes não apresentavam comprometimento de linfonodos. A mediana de idade foi de 49 anos e a maioria das lesões era no terço superior da vagina. Três pacientes tinham história prévia de carcinoma de colo invador e duas tinham histórico de radioterapia. Quatro pacientes foram submetidas à colpectomia total, uma à colpectomia parcial e uma à colpectomia parcial e braquiterapia. O tempo de seguimento após o tratamento variou de 51 a 172 meses e nenhuma paciente apresentou recidiva.⁶

Eddy *et al.* relataram 6 casos de pacientes com carcinoma microinvasor de vagina com menos de 2,5mm de invasão, sem acometimento de linfonodos e com diagnóstico obtido a partir da análise histológica da peça cirúrgica de colpectomia

parcial ou total. As pacientes apresentavam mediana de idade de 65 anos. Cinco pacientes tiveram carcinoma de colo invasivo e uma paciente teve diagnóstico carcinoma de colo in situ previamente à lesão vaginal. O intervalo médio entre o diagnóstico da lesão de colo e da lesão vaginal foi de 167 meses (variando entre 82 e 246 meses). O intervalo longo entre o diagnóstico das doenças exclui a possibilidade da lesão vaginal ser a recorrência da neoplasia de colo. Duas pacientes haviam sido submetidas a histerectomia total e uma paciente à histerectomia subtotal. Cinco pacientes foram submetidas a radioterapia no passado. Somente uma paciente não apresentava lesão no terço superior da vagina e a profundidade máxima de invasão foi de 2mm. Três pacientes foram submetidas a colpectomia parcial e duas foram submetidas a colpectomia parcial e braquiterapia. Apenas uma paciente foi tratada com histerectomia e colpectomia total e apresentou recorrência da doença após 30 meses, falecendo cinco meses após o diagnóstico da recidiva.⁷

Choi *et al.* descreveram o caso de uma paciente de 56 anos submetida à colpectomia parcial e linfadenectomia laparoscópicas para tratamento de carcinoma vaginal microinvasor. A paciente havia sido submetida a histerectomia por miomatose 14 anos antes do diagnóstico da lesão vaginal. No seguimento de 11 meses a paciente não apresentava sinais de recorrência.²

Luyten *et al.* descreveram 9 casos de pacientes com carcinoma microinvasor de vagina com até 3mm de profundidade de invasão. As pacientes foram submetidas à exérese do epitélio vaginal guiada por colposcopia e com uso de laser. Duas pacientes apresentaram recorrência da lesão vaginal em até 12 meses após a cirurgia. Uma das pacientes foi diagnosticada com neoplasia intraepitelial vaginal e a outra com carcinoma vaginal.⁴

Indermauer *et al.* relataram o tratamento de 5 pacientes com carcinoma microinvasor vaginal, com profundidade de invasão menor que 2mm. Quatro pacientes haviam sido submetidas a histerectomia por carcinoma de colo uterino, sendo uma delas por carcinoma in situ. As pacientes apresentavam lesão no terço superior da vagina e foram tratadas com colpectomia parcial. Uma paciente apresentava imunossupressão grave e desenvolveu carcinoma invasor 31 meses após o procedimento, sendo tratada com radioterapia. Uma paciente perdeu seguimento e as outras três não apresentaram recorrência em 31,44 e 54 meses após o procedimento.^{3,8}

Dini e Park descreveram 2 casos de carcinoma microinvasor de vagina. Uma das pacientes tinha 60 anos de idade e citologia oncótica negativa. Apresentava sangramento pós-menopausa e prolapso uterino com curetagem uterina e biópsia do colo sem sinais de malignidade. À colposcopia foi visualizada lesão vaginal amarronada de 2x2cm no terço posterior da vagina atrás do útero prolapsado. Biópsia evidenciou displasia com profundidade máxima de 3mm. A paciente foi tratada com histerectomia, salpingo-ooforectomia bilateral, linfadenectomia pélvica e colpectomia da metade superior da vagina, obtendo margem livre de 2 cm. A histologia da peça cirúrgica diagnosticou carcinoma microinvasor da vagina e após 18 meses do tratamento a paciente não apresentou recidiva. A segunda paciente tinha 54 anos e tinha histórico de histerectomia por carcinoma in situ do colo uterino aos 34 anos. Aos 49 anos foi submetida à colpectomia e neovaginoplastia devido ao diagnóstico de carcinoma vaginal in situ. Cinco anos após a cirurgia apresentou citologia oncótica com resultado alterado e foi diagnosticado carcinoma microinvasor de vagina em biópsia. Foi realizada colpectomia por abordagem abdominoperineal e 36 meses após a cirurgia a paciente não apresentava evidências de recorrência da neoplasia.⁹

Claret *et al.* relataram o caso de uma mulher de 49 anos imunocompetente e sem comorbidades diagnosticada com carcinoma microinvasor em neovagina. A paciente foi submetida à histerectomia devido a HSIL de colo uterino persistente aos 42 anos. Quatro meses após a cirurgia foi observada uma lesão na cúpula vaginal com 2 cm de diâmetro cuja biópsia diagnosticou HSIL vaginal. A paciente foi submetida à colpectomia parcial por videolaparoscopia e a reconstrução foi realizada com peritônio vesical e do fundo de saco de Douglas. A análise histológica da peça cirúrgica confirmou o diagnóstico de HSIL e as bordas eram focalmente comprometidas. A paciente recebeu 10 ciclos de 5FU para complementar o tratamento. Quatro meses após o término da quimioterapia uma nova lesão foi observada na cúpula vaginal. A biópsia indicou carcinoma in situ e a paciente foi tratada com colpectomia total por videolaparoscopia e recusou reconstrução. A histologia da peça cirúrgica diagnosticou carcinoma escamoso microinvasor vaginal com margens livres. A paciente está em acompanhamento a cada 4 meses e já apresentou HSIL em biópsia de lesão suburetral e foi submetida a exérese da lesão. 36 meses após o procedimento a citologia oncótica mostra alterações de alto grau e a equipe médica está aguardando alterações sugestivas de invasão.¹⁰

Pacientes submetidas a cirurgias para criação de neovagina também podem apresentar lesões vaginais de alto e baixo grau e carcinoma de vagina.¹⁰ Já foram relatados 33 casos de carcinoma invasor e 7 casos de carcinoma in situ em pacientes com neovaginas. Carcinoma escamocelular foi a neoplasia mais comum e as neovaginas haviam sido criadas a partir de retalhos de pele.¹⁰ Pacientes que utilizaram fragmentos do cólon no procedimento ao invés de retalhos de pele apresentaram diagnóstico de adenocarcinoma vaginal.¹⁰ Existem apenas 2 casos descritos na literatura de carcinoma escamocelular vaginal em pacientes submetidas a neovaginoplastia com uso de peritônio. O intervalo de tempo entre a cirurgia e o desenvolvimento do carcinoma in situ pode variar de 4 meses a 20 anos, independente da técnica cirúrgica.¹⁰ Pacientes submetidas a cirurgia para criação de neovagina devem ser acompanhadas com citologia oncótica vaginal anual e a pesquisa de HPV também deve ser considerada nessas pacientes.¹⁰

O câncer primário de vagina é definido como neoplasia diagnosticada na vagina e sem evidência clínica ou histológica de câncer de colo ou vulva concomitantes e sem história prévia destes tipos de neoplasia nos últimos 5 anos.¹ As lesões vaginais mais comuns correspondem a metástases de tumores do colo uterino, vulva, mama, endométrio, tumores trofoblásticos, ovário ou linfoma.¹ A neoplasia de vagina é mais comum em mulheres idosas e após a menopausa.¹ Em pacientes jovens é relacionada à persistência de infecção pelo HPV de alto risco, sendo o mais comum o subtipo 16.¹ A incidência do câncer vaginal tem crescido nos últimos anos devido ao aumento das infecções persistentes por HPV, principalmente em mulheres infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).¹ Outros fatores de risco para neoplasia vaginal são o tabagismo, imunossupressão e radioterapia.^{1,2,3,5}

O câncer de vagina não gera sintomas na maioria das mulheres, mas pode causar sangramento, corrimento fétido e dor. Outros sintomas podem surgir em caso de metástases a depender do órgão afetado.¹ O diagnóstico é realizado a partir de biópsias e do exame clínico para excluir lesões no colo uterino e vulva. A biópsia pode ser realizada de forma ambulatorial, mas algumas pacientes podem necessitar de anestesia devido a dor ou estenose do introito.¹ O tratamento é complexo e deve ser individualizado, por ser uma doença rara muitos tratamentos são baseados no tratamento do câncer de colo uterino.¹

Tratamento cirúrgico de tumores iniciais varia conforme a sua localização. Lesões na porção superior da vagina podem ser tratadas com histerectomia radical

(se a paciente ainda possuir o útero), colpectomia parcial com margens de 1cm e linfadenectomia pélvica. Lesões na porção inferior da vagina necessitam de colpectomia radical com margens de 1 cm e linfadenectomia inguinal bilateral.¹ Radioterapia e braquiterapia são indicadas em pacientes com doença avançada.¹ Quimioterapia sistêmica com cisplatina ou 5FU também pode ser utilizada e parece aumentar o tempo livre de doença.¹

3 DISCUSSÃO

O carcinoma vaginal é uma doença rara e com poucos casos descritos em literatura. Nossa revisão bibliográfica obteve apenas 8 artigos que tratavam especificamente do carcinoma microinvasor de vagina, sendo 7 relatos de caso. Outros dois artigos foram incluídos pois, apesar de não terem como tema principal o carcinoma microinvasor, citavam casos de pacientes com esta patologia.

Assim como o câncer cervical o carcinoma de vagina tem grande parte dos casos relacionados à infecção pelo HPV.¹ Lesões intraepiteliais vaginais de alto e baixo grau podem evoluir ao longo de anos e originar o câncer de vagina.⁵ O diagnóstico das lesões pré-malignas é realizado por biópsia guiada por colposcopia após citologia oncótica alterada, pois as lesões raramente causam sintomas.^{1,3} Lesões intrapiteliais de baixo grau podem ser acompanhadas cuidadosamente com citologia e colposcopia periódicas.⁴ As lesões intraepiteliais de alto grau devem ser tratadas pelo alto risco de evolução para neoplasia. Existem várias modalidades de tratamento possíveis incluindo a remoção cirúrgica da lesão, colpectomia total ou parcial, remoção do epitélio vaginal a laser, tratamentos tópicos com ATA ou 5FU e radioterapia. A escolha do tratamento irá depender do perfil da paciente, localização e extensão das lesões e tratamentos realizados anteriormente.³

O carcinoma microinvasor da vagina possui profundidade de invasão de 1 a 3mm e, na maioria das pacientes, é diagnosticado na análise histológica da peça cirúrgica de uma paciente com suspeita de lesão de alto grau. Pacientes que não apresentam comprometimento de margens cirúrgicas e que não tenham evidência de metástase linfonodal podem ser consideradas tratadas. O seguimento dessas pacientes deve ser realizado com coleta de citologia oncótica e colposcopia periódicas.^{3,4}

O carcinoma vaginal invasor é uma doença oligossintomática que pode causar sangramento, dor e corrimento fétido. Outros sintomas podem surgir quando há metástases, dependendo do órgão afetado. O tratamento irá depender do tamanho da lesão e presença de metástases locais e a distância. Tumores iniciais podem ser tratados com colpectomia e linfadenectomia. Tumores mais avançados poderão necessitar de quimio e radioterapia para complementar o tratamento.¹

Os trabalhos utilizados para elaborar essa revisão relataram casos de 30 pacientes com carcinoma microinvasor. 28 pacientes foram tratadas apenas com cirurgia e 2 foram submetidas a radioterapia adjuvante. 6 pacientes apresentaram

recidivas das lesões sendo 2 casos de lesão intraepitelial vaginal e 4 casos de neoplasia. A taxa de sucesso de 80% dos tratamentos descritos indica que cirurgias menos agressivas podem ser consideradas como tratamento primário da lesão microinvasora, visando preservar a elasticidade e comprimento vaginais para não comprometer a função sexual e evitar os efeitos colaterais da radioterapia.^{2-4,7-10}

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O carcinoma de vagina é uma doença rara e oligossintomática diagnosticada a partir da biópsia guiada por colposcopia após citologia oncótica alterada. A neoplasia pode ter origem em lesões intraepiteliais de alto grau relacionadas à infecção persistente pelo HPV. Lesões de alto grau devem ser tratadas devido à alta probabilidade de evolução para câncer. O carcinoma microinvasor, na maioria das vezes, é diagnosticado durante a avaliação histológica da peça cirúrgica de uma paciente submetida a tratamento por suspeita de HSIL. Cirurgias conservadoras têm sido propostas para preservar a função vaginal, evitar reconstruções e os efeitos adversos da radioterapia. O acompanhamento clínico dessas pacientes é de extrema importância devido a possibilidade de recidiva das lesões. O tratamento do carcinoma invasor de vagina irá depender do grau de invasão e da presença de metástases em outros órgãos. Histerectomia total, colpectomia total ou parcial e linfadenectomia podem ser curativas em pacientes com doença inicial. Pacientes com casos mais avançados irão necessitar de quimio e radioterapia para complementar o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. ADAMS, T. S.; CUELLO, M. A. FIGO cancer report 2018: Cancer of the vagina. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, [s. l.], v. 143, p. 14-21, 2018. DOI <https://doi.org/10.1002/ijgo.12609>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/journal/18793479>. Acesso em: 23 mar. 2020.
2. CHOI, Y. J.; HUR, S. Y.; LEE, K. H. Laparoscopic upper vaginectomy for post-hysterectomy high risk vaginal intraepithelial neoplasia and superficially invasive vaginal carcinoma. **World Journal of Surgical Oncology**, [s. l.], v. 11, 2013. DOI 10.1186/1477-7819-11-126. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3680043/> Acesso em: 24 mar. 2020.
3. HOFFMAN, M. S.; DECESARE, S. L.; ROBERTS, W. S.; FIORICA, J. V.; FINAN, M. A.; CAVANAGH, D. Upper vaginectomy for in situ and occult, superficially invasive carcinoma of the vagina. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 166, p. 30-33, 1992. DOI [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(92\)91823-S](https://doi.org/10.1016/0002-9378(92)91823-S). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/000293789291823S>. Acesso em: 24 mar. 2020.
4. LUYTEN, A.; HASTOR, H.; VASILEVA, T.; ZANDER, M.; PETRY, K. U. Laser-skinning colpectomy for extended vaginal intraepithelial neoplasia and microinvasive cancer. **Gynecologic Oncology**, [s. l.], v. 135, ed. 2, p. 214-222, 2014. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.08.019>. Disponível em: [https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258\(14\)01272-4/fulltext](https://www.gynecologiconcology-online.net/article/S0090-8258(14)01272-4/fulltext). Acesso em: 23 mar. 2020.
5. ZOLCIAK-SIWINSKA, A.; GRUSZCZYNSKA, E.; JONSKA-GMYREK, J.; KULIK, A.; MICHALSKI, W. Brachytherapy for vaginal intraepithelial neoplasia. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, [s. l.], v. 194, p. 73-77, 2015. DOI 10.1016/j.ejogrb.2015.08.018. Disponível em: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(15\)00279-1/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(15)00279-1/fulltext). Acesso em: 25 mar. 2020.
6. PETERS, W. A.; KUMAR, N. B.; MORLEY, G.W. Microinvasive carcinoma of the vagina: A distinct clinical entity? **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 153, ed. 5, p. 505-507, 1985.
7. EDDY, G. L.; SINGH, K. P.; GANSLER, T. S. Superficially Invasive Carcinoma of the Vagina following Treatment for Cervical Cancer: A Report of Six Cases. **Gynecologic Oncology**, [s. l.], v. 36, p. 376-379, 1990.
8. INDERMAUR, M. D.; MARTINO, M. A.; FIORICA, J. V.; ROBERTS, W. S.; HOFFMANN, M. S. Upper vaginectomy for the treatment of vaginal intraepithelial neoplasia. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], n. 193, p. 577-581, 2005.
9. DINI, M. M.; PARK, J. M. Microinvasive squamous cell carcinoma of the vagina. **Journal of the National Medical Association**, [s. l.], v. 76, n. 7, p. 709-711, 1984.
10. CLARET, A. R.; JIMÉNEZ, A. M.; GOURLEY, A. A. R.; DE LA ROSA, J. M. I.; VIDAL, M. V. Microinvasive squamous carcinoma of neovagina created with peritoneal flap (Davidov): Case report and literature review. **Journal of**

Obstetrics and Gynaecology, [s. l.], v. 37, ed. 1, p. 131-135, 2016. DOI 10.1080/01443615.2016.1234445. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/loi/ijog20>. Acesso em: 30 mar. 2020