

CARCINOMA DA URETRA FEMININA

EDUARDO LINHARES¹, ANTÔNIO LUÍS SEIXAS², JOSÉ AUGUSTO DRIENDL¹,
ANTÔNIO AUGUSTO ORNELLAS¹, JOÃO RANGEL¹, NELSON JABOUR FIOD¹.

Instituto Nacional de Câncer, RJ

RESUMO

O carcinoma da uretra feminina é uma neoplasia de grave prognóstico. Seu tratamento está relacionado ao estadiamento e à porção uretral comprometida. A experiência mundial é pequena com estes casos, mas os autores adiantam que possivelmente a melhor forma de tratamento, no momento seja a utilização de radioterapia para os tumores iniciais e radioterapia pré-operatória seguida de exenteração pélvica nos casos mais avançados.

UNITERMOS: Carcinoma uretral, uretra feminina.

INTRODUÇÃO:

O Carcinoma da uretra feminina é uma neoplasia grave, que acomete pacientes de faixa avançada de idade e representa menos de 1/50.000 das neoplasias femininas¹. Descrita pela primeira vez por Boivin e Inges em 1833² ainda é considerada uma raridade, havendo descritos na literatura em torno de 1.200 casos até 1980³. Poucos autores acumularam experiência suficiente para determinar a melhor forma de tratamento, que por esse motivo ainda é controverso. Na dependência da extensão da doença podemos utilizar a cirurgia de ressecção local (uretrectomia); o esvaziamento pélvico anterior com derivação urinária; e a radioterapia, quer através de irradiação externa ou de implante de agulhas^{4, 5}.

PACIENTES E MÉTODOS:

Durante o período de janeiro de 1982 a janeiro de 1984 tivemos oportunidade de tratar 4 casos desta neoplasia histopatologicamente comprovados. Estes tumores foram estadiados

conforme os critérios de Grabstald⁶ exposto no quadro I.

QUADRO I

Estadiamento do Carcinoma Uretral

- Estádio O — Carcinoma *in situ*
- A — Infiltração da submucosa
 - B — Infiltração da musculatura peri-uretral
 - C — Infiltração peri-uretral
 1. Infiltração da camada muscular da vagina
 2. Infiltração da mucosa vaginal
 3. Infiltração de estruturas adjacentes (bexiga, clitoris, grandes lábios)
 - D — Presença de metástases
 1. Linfonodos inguinais
 2. Linfonodos pélvicos abaixo da bifurcação da aorta
 3. Linfonodos pélvicos acima da bifurcação da aorta
 4. Metástases à distância (pulmão, fígado e ossos)

¹Médico do Grupo de Tumores Urológicos do Instituto Nacional de Câncer² Chefe do Grupo de Tumores Urológicos do Instituto Nacional de Câncer. Endereço para correspondência: Praça da Cruz Vermelha, 23, RJ 20230.

Conforme veremos abaixo, na apresentação dos casos, tratamos os pacientes diferentemente procurando adequar a terapêutica em função da extensão da doença e das condições do paciente.

CASO 1:

CC, 62 anos, parda, natural do Rio Grande do Sul, prontuário nº 155201. Paciente encaminhada ao Instituto Nacional de Câncer com o diagnóstico de adenocarcinoma de bexiga. Apresentava queixas de disúria, polaciúria e hematúria, com vários episódios de retenção urinária. A urografia excretora e a cistografia revelaram lesão vegetante ocupando os 2/3 proximais da uretra, invadindo a bexiga, com acentuado resíduo pós-miccional. A cistoscopia foi prejudicada pelo intenso sangramento e a radiografia de tórax, bem como a cintigrafia não evidenciavam presença de metástases. Com o diagnóstico de tumor de uretra posterior, Estádio clínico C3 (invasão vesical) foi submetida a radioterapia com 5.000 rads. Como complicação apresentou radioepidermite vulvar e hematúria. Evoluiu apresentando recidiva tumoral 4 meses após o tratamento, sendo considerada fora de possibilidade terapêutica.

CASO 2:

MSC, 39 anos, parda, natural de Minas Gerais, prontuário nº 144821. Compareceu ao ambulatório de urologia do Instituto Nacional de Câncer com queixas de disúria, polaciúria e hematúria nos últimos 4 meses. Neste período havia apresentado diversos episódios de retenção. Ao exame do aparelho gênito-urinário observou-se a presença de tumoração avermelhada, friável, englobando o meato uretral com progressão ascendente, medindo aproximadamente 3cm, parcialmente fixada ao púbis. A biopsia realizada revelou adenocarcinoma bem diferenciado. A radiografia de tórax evidencia múltiplas metástases pulmonares; considerada como estágio D-4 foi submetida a cistostomia e quimioterapia com 5-FU e MTC (3 ciclos). Teve alta da oncologia clínica por não haver resposta do tumor às drogas, tendo sido encaminhada a Hospital de apoio.

CASO 3:

AAS, 63 anos, parda, natural do Rio Grande do Sul, prontuário nº 142994. Paciente em mau estado geral, encaminhada por Hospital Geral, com queixas de hematúria e sangramento genital nos últimos 7 meses. Ao exame da genitália externa apresentava lesão polipóide do meato uretral, com invasão do clitoris sangrando intensamente, cuja biópsia revelou adenocarcinoma infiltrando corion da mucosa. Fece ao seu mau estado geral com diagnósti-

co de adenocarcinoma de uretra anterior estágio C-3, foi submetida a radioterapia com dose total de 7.000 rads. Evoluiu com piora do estado geral, emagrecimento, icterícia e recidiva tumoral. Foi encaminhada a hospital de apoio por ter sido considerada fora de qualquer possibilidade terapêutica.

CASO 4:

MARR, 68 anos, parda, natural do Maranhão, prontuário nº 157770. Encaminhada ao Hospital de Oncologia-RJ e vista por um dos autores (E.L.); evidenciou-se lesão tumoral infiltrante de terços médio e posterior da uretra com uronefrose bilateral. A biópsia da lesão mostrou adenocarcinoma bem diferenciado; a cintilografia óssea, hepática e o Raio X de tórax não revelaram metástases. Com diagnóstico de tumor estágio C-3 foi tratada com radioterapia (4.000 rads pré-operatórios) e esvaziamento pélvico anterior com ureterosigmoidostomia alta. O exame histopatológico da peça mostrou adenocarcinoma residual da uretra e invasão de bexiga e metástase para um linfonodo ilíaco (estadiamento real D-2). Face a complicações pós operatórias, foi transferida para o CTI do Instituto Nacional de Câncer. Evoluiu satisfatoriamente tendo alta para o estado de origem. Em agosto de 1984 fomos informados que a mesma havia sido operada devido a obstrução intestinal, não havendo evidência de doença neoplásica, consignando uma sobrevida de 1 ano até o momento.

DISCUSSÃO:

A mucosa do terço proximal da uretra se continua com a mucosa da bexiga que é revestida por epitélio transicional. A mucosa dos dois terços distais se continua com a pele da vulva sendo revestida por epitélio escamoso. Na submucosa encontram-se as glândulas peri uretrais de Skene. O tipo de câncer mais freqüente é o epidermóide seguindo-se o adenocarcinoma, o carcinoma de células transicionais, sendo muito raro o melanoma⁷. Curiosamente, em nossos casos todos eram adenocarcinoma histologicamente revisados. Este dado é comparativamente apresentado no quadro II.

QUADRO II

TIPO HISTOLÓGICO

	Nº Casos	Epiderm.	Adenocarc.	Transic.
Blath et cols ⁸	8	4	1	3
Hopkins et cols ¹	15	10	4	1
Sullivan et cols ⁷	571	409(70%)	102(18%)	60(10%)
Linhares et cols	4	—	4(100%)	—

A drenagem linfática da uretra distal acompanhada a drenagem da vulva, para linfonodos inguinais superficiais e profundos. A porção proximal drena para os linfáticos pélvicos, que incluem os ilíacos, externos e de fossa obturadora⁹. A incidência de linfadenopatia inguinal clinicamente detectável é alta, variando de 35 a 56%, havendo comprometimento neoplásico de 12 a 35% dos casos^{6,9}.

A sintomatologia predominante são queixas urinárias, geralmente muito pouco valorizadas tanto pelo paciente quanto pelo médico, o que leva ao diagnóstico em fase avançada da doença. Todos os nossos casos foram detectados quando já invadiam estruturas adjacentes ou já havia metástase, o que certamente reflete sua péssima evolução e prognóstico.

O tratamento e o prognóstico estão intimamente relacionados ao estágio da doença e a porção uretral acometida. Nos tumores iniciais da porção distal, podemos realizar a uretrectomia parcial com retirada dos dois terços distais sem que haja incontinência urinária pós operatória, ou planejar radioterapia radical. Hopkins¹ em sua série relata um caso de adenocarcinoma estágio A, submetido a este tipo de cirurgia com sobrevida de 18 anos; contudo, a maioria dos autores prefere a utilização de modalidades de radioterapia^{4,5} com excelentes resultados. Na suspeita de linfonodos inguinais comprometidos, impõe-se a linfadenectomia inguinal, não sendo ela indicada profilaticamente face à frequência com que são os linfonodos de origem inflamatória e desaparecem após o tratamento do tumor uretral.

Nos casos mais avançados, que acometem toda a uretra ou invadem estruturas adjacentes (C,D), o prognóstico é sombrio e o tratamento controverso, havendo proponentes do uso da radioterapia exclusiva^{4,5} e outros que combinam a radioterapia pré-operatória com cirurgia de ressecção pélvica alargada³.

A sobrevida dos casos considerados iniciais, isto é, doença limitada à uretra, é muito boa, variando de 64-90% independentemente do tratamento ser cirúrgico ou radioterápico¹⁰. Nos estádios C e D, a sobrevida não ultrapassa 17%⁶ quando tratados com radioterapia exclusiva ou cirurgia. Mais recentemente, nestes casos, passou-se a utilizar a radioterapia pré-operatória (4.000 rads) combinada ao esvaziamento pélvico anterior com sobrevida de 25%¹⁰.

No momento, baseados na literatura e na nossa pequena casuística temos por rotina indicar o tratamento radioterápico exclusivo com irradiações externas nos casos de tumores |estádios A e B, indicando radioterapia pré-operatória (4.000 rads) seguida de exenteração pélvica anterior com linfadenectomia pélvica radical nos estádios C e D^{1,2}. Realizamos a linfadenectomia inguinal nos casos de evidência de adenopatia metastática em que o tumor primitivo esteja sob controle ou em que haja indicação de cirurgia higiênica. Não indicamos quimioterapia em nenhuma situação, face à neutralidade deste tumor ante as drogas disponíveis no momento.

SUMMARY:

Carcinoma of the female urethra is an ominous lesion whose prognosis and treatment depend on the stage of the neoplasm and involved site of the urethra. The authors believe that the best treatment is radiotherapy for initial tumours and radiotherapy plus radical surgery for advanced cases.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. HOPKINS, S. C. et cols: Carcinoma of the Female Urethra: Reassessment of modes of Therapy J. Urol. 129:958, 1983.
2. BOIVIN, H. A. G. V., and Inges, A.: Traite Pratique de Maladies de l'utervs et dessex Annexes Fonde sur on nombre d'observations cliniques. Vol. II, pg. 648, Paris: J. B. Boilliere, 1833.
3. LEVINE, R. L.: Urethral Cancer. Cancer Suppl 7,45: 1965, 1980.
4. BRACKEN, R. B. et cols: Primary Carcinoma of the Female Urethra. J. Urol. 116:188, 1976.
5. ZEIGERMAN, J. H., FIORDON, S.F.: Cancer of the Female Urethra. A curable disease Obst. Gynecol. 36:785, 1970.
6. GRABSTALD, H., HILARIS, B., Cancer of the Female Urethra. J. A. N. A. 197:835, 1966.
7. SULLIVAN, J. GRABSTALD, H.: Management of Carcinoma of the Urethra. In: Genitourinary cancer 1sted, Philadelphia, W. B. Saunders Co, 1978, page
8. BLATS, R. A., BOEHM, F.H.: Carcinoma of the Female Urethra. S. G. O. 136:574, 1973.
9. DESAI, S. LIBERTINO, J. A.: Primary Carcinoma of the Urethra. J. Urol. 110:693, 1973.
10. GRABSTALD, H.: Proceedings: Tumors of the Urethra in Men and Women. Cancer, 32: 1236, 1973.