
Câncer Primário da Vagina

Dr. Celso Werneck Ribeiro*

CONSIDERAÇÕES GERAIS:

A caracterização do carcinoma primário da vagina deve preencher os seguintes critérios: 1) originar-se no canal vaginal, ou seja, na mucosa entre a cúpula vaginal e a inserção da membrana himenal; 2) a cervix uterina deve estar livre de neoplasia.

A adoção destes critérios traz como consequência a eliminação de um grande número de pacientes tidas como portadoras de câncer primário da vagina.

A raridade do tumor primário torna as pacientes deste tipo de lesão merecedoras de atenções médicas especiais..

Apesar dos tratados da especialidade apresentarem em termos gerais as diversas modalidades de terapêutica, torna-se difícil estabelecer uma conduta de tratamento pela inexistência de casuística que permita acumular a experiência necessária para conclusões definitivas acerca da validade de um determinado tipo de tratamento.

A vagina é afetada pela propagação de tumores originários de outras localizações, que constituem os cânceres secundários de maior incidência que os primários, apresentando, no entanto, as mesmas dificuldades no que se refere ao tratamento.

INCIDÊNCIA

O câncer primário da vagina corresponde a 1 ou 2% de todas as neoplasias malignas do aparelho genital feminino.

RUTLEDGE (2) analisando um período de 20 anos (M.D.ANDERSON HOSPITAL AND TUMOR INSTITUTE), assinala 70 pacientes de carcinoma invasivo da vagina, enquanto que no mesmo período foram admitidas naquela Instituição 45.000 portadoras de câncer da cervix uterina e 220 com câncer vulvar.

* Ex-Chefe do Serviço de Ginecologia do Instituto Nacional de Câncer

No Instituto Nacional de Câncer do Rio de Janeiro, no período de 1960 a 1970, foram matriculados 4.030 casos de câncer genital, sendo 28 portadoras de tumores primários da vagina, incidindo a neoplasia em 1.4% do total dos casos de câncer genital.

Na maioria dos casos provenientes de publicações de diversos autores, a média de idade das pacientes oscila em torno dos 55 anos aproximadamente, 10 anos mais do que a média assinalada para o câncer da cervix uterina.

Nos casos estudados no Instituto Nacional de Câncer, a média de idade foi de 54,7 assinalando-se a paridade em torno de 5.6.

Cumpra assinalar, no entanto, a possibilidade de que o câncer vaginal seja mais freqüente do que os estudos epidemiológicos assinalam, uma vez que as lesões avançadas propagadas no sentido da cervix uterina ou vulva, podem ser rotuladas como originárias daqueles órgãos.

PATOLOGIA

Em sua maioria os tumores vaginais são representados pelos carcinomas de células escamosas, mas têm sido assinalados ocasionalmente adenocarcinomas, melanomas e sarcomas, sendo estes últimos mais encontrados na infância correspondendo ao tipo botrióide.

No material analisado oriundo do INCa, os carcinomas epidermóides foram diagnosticados em 24 casos, constituindo a grande maioria dos tumores estudados.

Os adenocarcinomas de células claras, que se desenvolvem em adolescentes ou mulheres jovens, adquiriram maior interesse científico desde que foi assinalada sua relação com o uso de estilbestrol pelas mães das pacientes, no período pré-natal.

Entre 1966 e 1969 (3) este tipo de tumor foi diagnosticado em 8 pacientes na faixa etária entre 15 e 22 anos, em 2 hospitais em Boston.

O estudo retrospectivo dessas portadoras de adenocarcinoma da vagina mostrou que 7 das 8 mães tinham sido tratadas com estilbestrol durante o 1.º trimestre da gestação.

Desde a publicação inicial (4) novos casos têm sido assinalados na literatura. Se a vigilância epidemiológica da droga confirmar a associação, o uso dos estrogênios sintéticos durante a gravidez deverá ser contra-indicado.

A revisão dos casos de melanoma primário da vagina, relatados na literatura por Laufe e Bernstein (5), assinala 44 casos, sendo que destes somente 36 preenchiam os critérios diagnósticos.

Apesar de sua ocorrência em qualquer idade, nas séries analisadas, 50% dos casos situavam-se em torno dos 50 anos.

Na série do INCa a idade oscilou em torno de 54.7.

O rabdomyosarcoma embrionário do tipo botrióide é um tumor de alta malignidade encontrado quase exclusivamente em meninas de baixa idade.

Em revisão datada de 1970, HILGERS e colaboradores (6) analisaram 10 casos desse tipo de tumor comparando-os clinicamente aos 71 casos de sarcoma botrióide da vagina, relatados na literatura médica anglo-saxônica em um período de 30 anos.

Na série do Autor a média das idades do aparecimento do tumor foi de 27.5 meses e de 38.3 meses nos casos comparados, relatados na literatura especializada.

No INCa, no período de 1960 a 1970, assinalamos apenas 1 único caso de sarcoma botrióide em uma paciente de 2 anos e sete meses.

PATOGÊNESE

O carcinoma de células escamosas da vagina apresenta uma patogenia semelhante à do carcinoma escamoso da cervix uterina, podendo ocorrer igualmente a progressão da forma intra-epitelial para a forma invasora.

A localização do tumor faz-se em qualquer altura do canal vaginal, mas é encontrada com maior frequência no 1/3 superior, na parede posterior, próximo à cervix uterina.

A casuística estudada no INCa, no período supra mencionado, confirma a maior incidência no 1/3 superior (8 casos), no 1/3 médio 4 e no 1/3 inferior 2. Em relação às paredes vaginais foram encontrados 7 na parede posterior; 4 na parede anterior; 2 na parede lateral direita e 1 no fundo de saco lateral esquerdo.

A descoberta de uma lesão nas paredes ântero-laterais próximas à uretra faz suspeitar de tumores secundários.

A disseminação do carcinoma epidermóide para os linfonodos ocorre precocemente, variando sua rota em função da localização.

Quando a sua origem é na parte superior da vagina, a metástase se faz para os linfonodos ilíacos, hipogástricos e obturadores. As lesões da porção inferior da vagina metastatizam para os linfonodos inguinais superficiais. A neoplasia pode invadir a bexiga e o reto, levando secundariamente à formação de ulcerações e fístulas.

Sendo a parede posterior a localização mais comum, fístulas reto-vaginais aparecem com certa frequência. O paramétrio pode também tornar-se infiltrado pela neoplasia, descrevendo-se ainda metástases à distância para os pulmões, fígado e ossos, bem como para trompas e ovários.

SINTOMAS

Nos tumores ulcerados os sintomas se traduzem por corrimento vaginal, frequentemente sanguinolento, relacionado ou não ao coito. A forma nodular não ulcerada é assintomática, sendo descoberto no transcurso de um exame físico.

Freqüentemente a dor vesical e micções freqüentes se constituem na queixa principal, como resultado da compressão tumoral.

Outras manifestações incluem a percepção de uma massa ou prurido vaginal.

Nas séries do INCa a queixa principal foi assim distribuída:

Leucorréia	Hemorragia	Corrimento Sanguinolento	Dor no baixo ventre	Sintomatologia primária	Fístulas	Adenopatia inguinal
28	28	26	4	7	3	3

EXAME FÍSICO

Os tumores primitivos da vagina variam de aspecto, podendo se apresentar como uma lesão ulcerada de tamanho variável, de consistência firme ou amolecida.

Formações papilares ou nodulares podem estar presentes com localizações sub-mucosas ou como parte de uma lesão ulcerada.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito pelo exame ginecológico, citologia e biópsia.

Os tumores assintomáticos podem ser diagnosticados pelo exame citológico, mas o diagnóstico é freqüentemente tardio, suscitado por sintomas que são decorrentes da presença de um tumor com certo grau de desenvolvimento.

O diagnóstico tardio pode ser de responsabilidade médica, por interpretação errônea das hemorragias ou corrimento sanguinolento.

Os índices de diagnóstico precoce do câncer da vagina podem ser melhorados se observadas as seguintes recomendações:

- 1) Nas pacientes com esfregaços citológicos suspeitos, a vagina bem como a cervix uterina devem ser cuidadosamente examinadas;
- 2) O exame citológico rotineiro deve ser programado nas pacientes que sofreram histerectomia por lesões benignas do útero;
- 3) As pacientes tratadas de CA "in situ" da cervix uterina devem ser submetidas à vigilância citológica periódica, em considerando a possibilidade da existência de lesões neoplásicas cérvico-vaginais multicêntricas;

4) As pacientes portadoras de cânceres com largas disseminações no canal vaginal devem ser re-examinadas, para localizar o tumor primitivo;

5) Nas pacientes adolescentes ou jovens com episódios de sangramento anormal, proceder ao exame vaginal cuidadoso para afastar a presença de adenocarcinomas primitivos da vagina;

6) As pacientes com queixas de disúria ou constipação intestinal, não elucidadas pelos exames especializados, devem ser investigadas cuidadosamente para afastar a possibilidade de tumor primitivo vaginal (adenocarcinoma).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Deve ser feito basicamente com as lesões hipertróficas da doença de Nicolas Favre, endometriose vaginal, tuberculose, sífilis, colpíte senil, cânceres secundários ou metastáticos da vagina.

A biópsia demonstrou ser de utilidade para determinar a origem desses tumores. Uma biópsia do 1/3 superior da vagina, revelando carcinoma epidermóide, sugere que a neoplasia pode ser originária da cervix uterina ou vagina. Se tomada da parede vaginal ântero-lateral na metade inferior da vagina, o resultado de carcinoma escamoso pode ser primitivo tanto da uretra como da vagina.

Adenocarcinoma, por outro lado, implica a base da bexiga, o reto e mais raramente tumores assentados em restos embrionários. O aparecimento de adenocarcinomas em uma biópsia chama igualmente atenção para os tumores metastáticos. Os adenocarcinomas de endométrio, os corioepiteliomas, bem como os tumores com localização mais remota, como os do intestino, rins, ovários, ou trompas, podem metastatizar para a vagina.

ESTADIAMENTO CLÍNICO (FIGO)

O estadiamento proposto pela FIGO vem sendo usado na maioria das comunicações sobre este tipo de neoplasia, embora o sistema T.N.M. preconizado pela UICC venha logrando aceitação pelas Instituições filia- das àquele órgão.

ESTADIAMENTO DO CARCINOMA VAGINAL (FIGO)

- Estádio 0 — CA "in situ"; carcinoma in- tra epitelial;
- Estádio I — Carcinoma limitado à pare- de vaginal;
- Estádio II — Comprometimento carcino- matoso dos tecidos sub-vagi- nais, mas sem atingir a pa- rede pélvica;
- Estádio III — Disseminação carcinomato- sa atingindo a parede pélvica lateral ou a sínfise pubiana;
- Estádio IV — Disseminação carcinomato- sa além da pélvis verdadeira ou comprometimento da mucosa, do reto, ou bexiga.

ESTADIAMENTO DO CA VAGINAL — SISTEMA T.N.M.

- TIs — Carcinoma pré-invasivo — "in-situ";
- TO — Sem evidência de tumor primário;
- T1 — Tumor limitado à parede vaginal;
- T1a — Tumor com 2 cm ou menos no seu maior eixo;
- TO — Tumor maior que 2 cm no seu maior eixo;
- T2 — Tumor infiltra os tecidos paravagi- nais mas não atinge a parede vagi- nal;

- T3 — Tumor estende-se até a parede va- ginal;
- T4 — Tumor estende-se além da pélvis verdadeira; ou infiltra a mucosa do reto ou bexiga;
- T4a — Linfonodos regionais dos 2/3 su- periores da vagina;
- Nx — Nódulos regionais inacessíveis — Informação histológica adicional pode ser acrescida Nx- ou Nx+;
- NO — Ausência de alterações nos linfo- nodos regionais pela linfografia;
- NI — Linfonodos deformados pela linfo- grafia;
- b) Linfonodos regionais do 1/3 infe- rior da vagina;
- NO — Linfonodos impalpáveis;
- NI — Linfonodos homolaterais móveis;
- N1a — Linfonodos considerados livres de neoplasia;
- N1b — Linfonodos considerados invadidos pela neoplasia;
- N2 — Linfonodos contralaterais ou bila- terais móveis;
- N2a — Linfonodos considerados livres de neoplasia;
- N2b — Linfonodos considerados invadidos pela neoplasia;
- MO — Não existem evidências de matástas- ses à distância;
- M1 — Metástases à distância presentes.

TRATAMENTO DO CA PRIMÁRIO DA VAGINA

O planejamento da conduta de tratamento do câncer primário da vagina é influenciado por 2 ordens de fatores, gerais e locais:

FATORES GERAIS

A eleição do tratamento dependerá de várias limitações inter-relacionadas, tais como: idade, estado cárdio-vascular, hábito corporal, defeitos metabólicos etc...

As pacientes de avançada idade, portadoras de cardiopatias arterioscleróticas, requerem tratamento pelas irradiações, suportando quando necessário uma cirurgia mínima para derivar urina ou matérias fecais. A obesidade contra-indica os procedimentos de exenteração.

Em diabéticas as infecções secundárias são rebeldes às terapêuticas mais enérgicas, retardando o início do tratamento.

A cirurgia de lesões pequenas está menos restrita por fatores médicos, sendo as operações de menos porte mais adequadas a estas pacientes que as irradiações.

Para as lesões mais extensas em que a escolha pode estar entre a exenteração e a irradiação, a decisão depende inteiramente da avaliação de fatores médicos e psicológicos.

FATORES LOCAIS

Os tumores malignos em qualquer localização apresentam peculiaridades relacionadas à região anatômica que ocupam. O carcinoma da vagina não é uma exceção. A proximidade do reto, bexiga, uretra e ureteres constitui a base dos problemas de diagnósticos e tratamento. No curso da enfermidade, com muita frequência surgem problemas obstrutivos ou compressões ureterais levando à formação de fístulas ou à instalação de hidronefrose.

A vascularização abundante da vagina predispõe a hemorragias graves. A proximida-

de do reto e a flora bacteriana da vagina propiciam a oportunidade de infecção nas etapas iniciais da evolução do tumor.

Os planos de tratamento devem incluir as drenagens linfáticas considerando-as como áreas de disseminação em potencial relacionadas à localização do tumor.

Ainda que o tumor primitivo não afete diretamente um órgão adjacente, é indispensável levar em conta estas estruturas quando do planejamento terapêutico.

TRATAMENTO

Os fatores locais e gerais que podem influenciar o tratamento devem ser considerados cuidadosamente em cada paciente.

O ótimo de tratamento para uma paciente dependerá da existência, na Instituição que se propõe a tratá-la, de pessoal habilitado e de equipamento indispensável para a execução das modernas técnicas terapêuticas.

No enfoque terapêutico devemos considerar 2 modalidades de tratamento: cirurgia e irradiações. Uma terceira modalidade, a quimioterapia, é utilizada com finalidades paliativas.

Qualquer uma das formas de tratamento é influenciada pela localização tumoral, o nível da penetração e a localização da neoplasia em relação ao eixo vaginal.

CIRURGIA

O tratamento cirúrgico está indicado:

- 1) Nas lesões superficiais em qualquer nível do canal vaginal;
- 2) Nas lesões mais avançadas, mas ainda iniciais do 1/3 superior da vagina, quando a disseminação tumoral é seme-

lhante à do câncer cervical, podendo ser removida pela histerectomia radical (Wertheim) ou dissecação semelhante quando o útero foi previamente removido;

- 3) Nos tumores da parede vaginal posterior localizados nos polos inferior ou superior da vagina;
- 4) Nos tumores avançados que tenham invadido o reto, bexiga ou uretra, mas não se estenderam para os lados, nem afetaram as ramas do pubis.

As pacientes deste último grupo podem ser tratadas unicamente pelas irradiações externas, mas em determinadas circunstâncias individuais a irradiação seguida da exenteração anterior ou posterior oferece maiores oportunidade de sobrevivência.

O carcinoma não invasor pode ser tratado por extirpação da mucosa vaginal. O uso do teste de Schiller pode ajudar a delimitar a mucosa anormal. Nas pacientes post-menopáusicas a administração prévia de estrogênios intensifica a ação do corante.

Devem extirpar-se pelo menos 2 cm de mucosa além das zonas anormais visíveis.

Também é importante que o patologista examine todo o material retirado, em busca de sinais de invasão. Quando a lesão não é invasora e pareça ter sido extirpada por completo, torna-se imprescindível a vigilância citológica dessas pacientes a curtos intervalos e por tempo indeterminado.

Se o patologista informa haver invasão, complementa-se o tratamento com as irradiações.

Quando há propagação a órgãos vitais adjacentes indica-se a cirurgia mais ampla.

Um requisito obrigatório para a cirurgia radical é a seleção adequada das pacientes, que devem ser jovens, com bom estado geral e dispostas psicologicamente a aceitar tal tipo de cirurgia.

A intervenção varia de acordo com a invasão tumoral.

Os procedimentos cirúrgicos aplicáveis a estas pacientes são as exenterações, (anteriores, posteriores ou totais) ou a vulvectomia acompanhada ou não da linfadenectomia inguinal bi-lateral. Estas intervenções são de grande magnitude e devem ser realizadas em Instituições especializadas.

IRRADIAÇÕES

Na maioria das pacientes portadoras de câncer vaginal acha-se indicado o tratamento pelas irradiações. A exceção principal é constituída por aquelas mulheres que sofreram radioterapia radical no passado. Para estas pacientes a cirurgia ou quimioterapia devem ser consideradas como as únicas formas de tratamento curativo ou paliativo.

Para as lesões moderadamente avançadas o radium intra-vaginal é tratamento de escolha. Este tipo de tratamento é particularmente indicado para o câncer vaginal por 2 razões principais:

- 1) A fonte intra-vaginal libera irradiações que atingem a neoplasia, sem atravessar o tecido normal, uma vez que o radium emite uma dose intensa mas com pouca penetração;
- 2) O contato direto do radium com o tumor permite a liberação de uma maior dose em uma área limitada.

O radium pode ser aplicado em lesões vaginais, superficialmente, com uso de um

aplicador ou, intersticialmente, por meio de agulhas.

O radium intra-vaginal é habitualmente contido em ovóides ou dispositivos vaginais cilíndricos. A combinação dos dois tipos em um só aplicador é usada por Bloedorn, que demonstrou sua utilidade nas lesões rasas.

As agulhas intersticiais podem ser usadas com sucesso para liberar uma alta dose de irradiação, dirigida aos tecidos subjacentes ao tumor, com maior penetração do que as irradiações emanadas do aplicador vaginal.

Esta técnica é útil para as lesões de maior espessura situadas na superfície vaginal ou para aquelas situadas mais profundamente. As altas doses das irradiações de mega-voltagem são indicadas nas lesões mais avançadas, em presença de massa tumoral volumosa, profunda ou disseminada, que requer extensão do tratamento aos linfonodos regionais.

Os estadiamentos mais avançados requerem ambos os tipos de tratamento, radium e irradiação externa, uma vez que as massas tumorais pelo seu volume não podem ser enquadradas satisfatoriamente pela energia ionizante emitida pela fonte de radium isoladamente, ao que se acrescenta a necessidade de incluir as vias linfáticas do parâmetro e os linfonodos pélvicos.

A irradiação externa é usada para abranger toda a pélvis, com uma dose de 4.000 e 5.000 rads, durante um período de 5 semanas. A dose de radium varia segundo a técnica adotada. Em termos gerais a irradiação produz um melhor resultado funcional do que a cirurgia radical. Se a paciente é virgem de tratamento pelas irradiações e a radioterapia é orientada de maneira a preservar a relação vo-

lume-dose-tempo, as seqüelas serão mínimas.

A radioterapia anterior, por mínima que seja, aumenta a possibilidade de formação de fístulas e estenoses do reto, uretra e ureter.

A localização tumoral afetando os tabiques reto-vaginais ou véscico-vaginais facilita igualmente a formação de fístulas.

Em presença de uma fístula véscico-vaginal ou reto-vaginal, a primeira fase do tratamento deve ser uma operação de derivação, seguida de irradiação externa e antibioticoterapia, visando a eliminar a infecção dos tecidos para permitir a irradiação intracavitária e intersticial."

QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia tem papel secundário no tratamento do câncer primitivo da vagina, pois mostrou-se útil somente como paliativo. Os tumores epidermóides reagem pouco à quimioterapia, logrando-se apenas a diminuição das hemorragias, da dor e da leucorréia, quando se utiliza a infusão por cateterismo das artérias hipogástricas.

A droga mais utilizada é o Methotrexate isoladamente ou em combinação com outras drogas, sempre com associação do fator Citrovorum para diminuir os efeitos secundários. Esta forma de terapia somente deve ser utilizada por médicos que conheçam cabalmente as dificuldades inerentes ao cateterismo arterial e ao emprego das drogas antiblásticas.

TRATAMENTO DO CA VAGINAL RECORRENTE

A terapêutica do carcinoma recorrente da vagina pelas irradiações oferece resul-

tados pouco satisfatórios. Tais tipos de tratamento são freqüentemente contra-indicados, não somente pela ausência de respostas objetivas ou subjetivas, mas também pelas seqüelas que acarretam.

O tratamento secundário para a recorrência deste tipo de tumor é a cirurgia radical, se exequível, sendo que na grande maioria dos casos é limitada à palição dos sintomas.

RESULTADOS E PROGNÓSTICOS

Na série publicada por RUTLEDGE (2) o percentual de sobrevida foi de 69 e 68% para os estadiamentos I e II, respectivamente. Os resultados para as pacientes do estágio III foram menos satisfatórios atingindo a sobrevida de 27% (FIGO).

Inexistiu a sobrevida de 5 anos nas pacientes do estadiamento IV.

A revisão de HERBST e colaboradores abrange 68 pacientes, tratadas entre 1927-1963, de carcinoma primário da vagina.

Com uma única exceção, todas as sobrevidas de 5 anos eram de pacientes do estadiamento I ou II; 1 de 4 pacientes do estágio IV sobreviveu 5 anos (FIGO).

PERTITUCCI (9) reviu os prontuários de 35 pacientes tratadas na Instituição a que pertence, no período 1930 - 1967. 7 pacientes do estadiamento I e 1 de 10 pacientes do estadiamento II sobreviveram 5 anos, mas nenhuma das 9 do estadiamento III e das 2 do estágio IV alcançou esta sobrevida (FIGO).

Na série do INCa o estadiamento (FIGO) teve a seguinte distribuição:

I	II	III	IV
2	5	12	9

Nas séries dessa Instituição o tratamento e a sobrevida se distribuí da seguinte maneira:

Sobrevida em anos	QT	RT	Cirurgia	Polivacinação	Tratamento Combinado		
					R+C	Q+R	C+R+QT
0 - 1	0	5	2	7	1		
1 - 3	0	7		1		2	1
3 - 5	0	1					
+ 5	0						

PROGNÓSTICO

O prognóstico do câncer vaginal, considerado até pouco tempo como inalteradamente pobre, melhorou nos últimos anos em função de um maior número de diagnósticos precoces e do aperfeiçoamento das técnicas de tratamento.

A conclusão da análise das diversas séries de pacientes indica que os melhores resul-

tados são obtidos quando a lesão é pequena e de extensão limitada.

As formas de tratamento mais radicais são indicadas nas lesões precoces e moderadamente avançadas da doença, apesar de que os resultados não são satisfatórios como os do câncer cervical.

CONCLUSÕES

A melhor forma de tratamento para o câncer primário da vagina é a sua prevenção. As tentativas para tal fim residem basicamente no tratamento da vaginite senil, na erradicação das infecções crônicas, na cura cirúrgica dos prolapso, evitando-se as úlceras de decúbito e o uso prolongado dos pessários vaginais, etc...

O uso crescente do exame citológico faz prever que, em um futuro próximo, um maior número de pacientes com carcinoma primário de vagina será diagnosticado

precocemente.

Uma vez que a identificação precoce irá facilitar o diagnóstico diferencial entre o câncer primário da vagina e o câncer da cervix uterina, a incidência do câncer vaginal deverá aumentar.

Em contraposição, os resultados de tratamento deverão melhorar com a identificação de formas iniciais, aumentando os conhecimentos acerca da história natural da doença e aperfeiçoando as terapêuticas.

RESUMO

Partindo da análise das séries de pacientes matriculadas no INCa, no período de 1960 a 1970, portadoras de câncer primário da vagina, o autor tece considerações sobre os critérios usados para caracterizar este tipo de neoplasia.

Analisa a incidência, a patogênese e a patologia desses tumores, comparando os seus achados com as séries publicadas na literatura especializada.

Comenta a seguir os sintomas, o exame físico e o diagnóstico, transcrevendo igual-

mente os dois tipos de estadiamento clínico da (FIGO) e da UICC.

No que diz respeito ao tratamento, de-tem-se em considerações sobre os fatores que intervêm no planejamento terapêutico, analisando as indicações de cirurgia, de radiumterapia e quimioterapia.

Concluindo, transcreve nas séries do INCa os estadiamentos, a sobrevida e os tratamentos a que foram submetidas as pacientes naquela Instituição.

SUMMARY

All patients with primary vaginal cancer registered at the National Cancer Institute during the 1960/1970 period are analysed. Incidence, pathogenesis and pathology are compared with other series published by specialised centers. Symptom, physical and diagnostic, as well as FIGO and UICC clinical

classifications are discussed.

Treatment emphasizes cases with surgical, radium or chemotherapy indications.

Survival rates are published in all cases treated at the National Cancer Institute, in accordance with their clinical staging.

BIBLIOGRAFIA

- 1) H.L. KOTTMEIER: The 15 thereport of results of treatment in Carcinoma of the Uterus Vagina and Ovary - 1974.
- 2) RUTLEDGE F.N.: Vag, in Cancer Medicine, edited by James F. Holland and Emil Frei III, Philadelphia, Lea & Febiger - 1973.
- 3) HUSS: Editorial J. A.M.A 218: 1564, 1971.
- 4) HERBST, A.L. ULFELDER, H. and POSKANZER, P.C.: Adenocarcinoma of the Vagina Association of Maternal Stilbes - Trol Therapy with Tumor Appearance in Young Women. New Eng. J. Med, 284: 878-881, 1971.
- 5) LAUFE AND BERNSTEIN: Melanoma of Vagina - OBST & Gynec 37: 148 - 1970.
- 6) HIGERS ROBERT & COL: Rhabdomyo Sarcoma Embrional (Bothyoide type) of Vagina: Am. J. OBST. & Gynec - 107: 484-502 - 1970.
- 7) EDWARD H. COPENHAVER - SALZMAN ANDWRIGHT: Carcinoma in Situ of Vagina Am. J. OBST & Gynec 89: 962 - 969, Aug. 1 - 1964.
- 8) UNDER WOOD PAUL - SMITH ROBERT: Carcinoma of Vagina J. A.M.A. 217 - 46 - 52 July 5. 1971.
- 9) PERTUCCI SERGIO: Diagnostic, Prognostic and Therapeutic Considerations in Invasive Carcinoma of the Vagina OBST & Gynec, 40: 843 - 850 December 1972.