
DIVULGAÇÃO

Câncer dos órgãos genitais femininos

(Curso de câncer no S. N. C. - 1951)

DR. AMADOR CORRÊA CAMPOS

Cirurgião do Serv. Nac. de Câncer

SUMÁRIO - 1. CÂNCER DO ÚTERO: a) do Cóló; b) do Corpo. - 2. CÂNCER DA VULVA. - 3. CÂNCER DA VAGINA. - 4. CÂNCER DO OVÁRIO

CÂNCER DO ÚTERO

Câncer do útero { Câncer do colo — 90% aproximadamente.
Câncer do corpo — 10% aproximadamente.

CÂNCER DO CÓLO DO ÚTERO

FREQUÊNCIA: 30% de todos os tumores da mulher.

IDADE: Freqüente após os 35 anos. Predominância do grupo 45-50.

ORIGEM: Na porção vaginal do colo (Portio).

No canal cervical (Entre os orifícios interno e externo).

LOCALIZAÇÕES DOS TUMORES: No portio vaginalis = a mais freqüente.

Nas paredes do canal cervical = pouco comum.

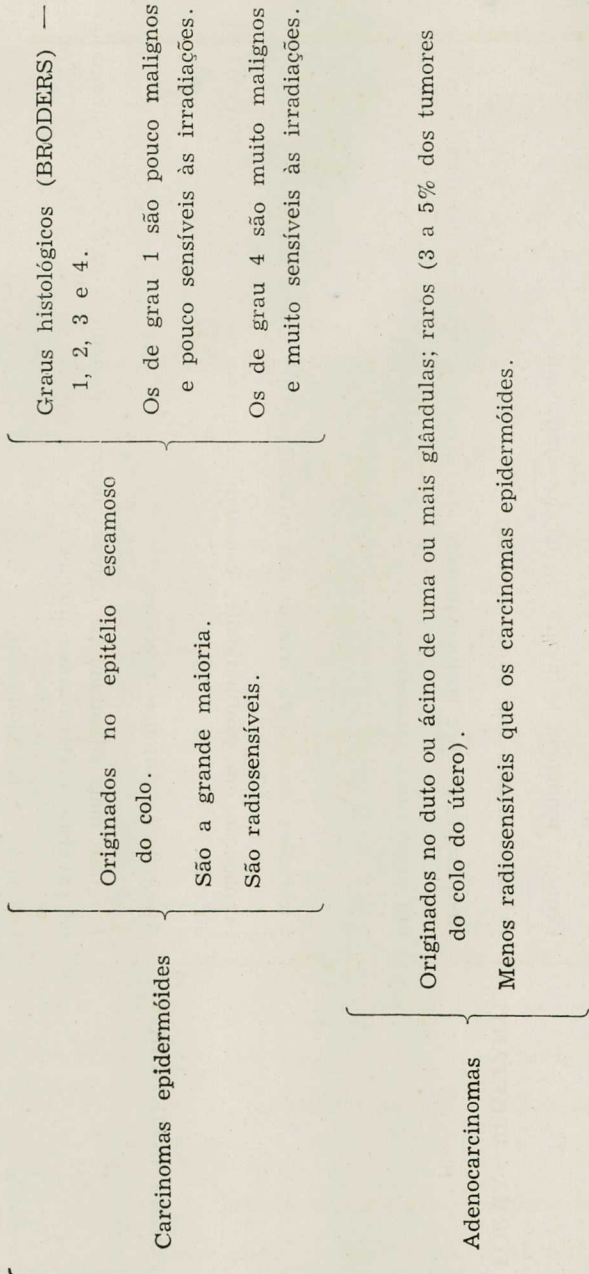
Porção vaginal { Coberto de epitélio es-
camoso estratificado, do
tipo epidermóide.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DO COLO:

Canal cervical { Forrado por camada
única de epitélio colu-
nar, com glândulas.



TIPOS HISTOLÓGICOS,
MAIS COMUNS DOS
TUMORES DO COLO



POSSÍVEIS FATORES
PREDISPONENTES

Paridade — é considerado o mais importante predi sponente (lacerações cervicais? Estimulo hormonal intenso). O câncer do colo é raro em nulípara.

Desequilíbrio hormonal.

Lacerações e erosões cervicais — Não há real evi dência que estas lesões antecedam o câncer.
Cervicites crônicas.

Leucoplasia — considerada lesão pré-cancerosa, mas raramente descoberta.

<p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM</p>	<p>Cervicite. Pseudo-erosões cervicais. Lacerações cervicais infectadas. Ulcerações. Polipos. Fibromas. Tuberculose. Sífilis.</p>	<p>Massa vegetante, ocupando a cavidade vaginal. É friável e sangra facilmente. Pequena tendência a invadir os tecidos subjacentes. Provável origem nos lábios do colo. Hemorragia precoce (principalmente após o coito) permitindo diagnóstico precoce. For vezes causa piométrio.</p>
	<p>FORMA VEGETANTE</p>	
<p style="text-align: center;">FORMAS CLÍNICAS</p>	<p>Ulcerações escavadas, irregulares, infiltrantes, de bordas duras. Propagação em profundidade, causando aumento de volume e endurecimento do colo. Ausência de sintomas precoces. Em fase mais adiantada há extensa necrose, destruição da cérvice e formação de cavidade crateriforme, infectada. For vezes causa piométrio.</p>	<p>FORMA INFILTRANTE</p>

	LATERALMENTE	<p>Aos paramétrios — através do tecido conjuntivo que enche o espaço entre os folhetos anterior e posterior dos ligamentos; às vézes há obstrução dos ureteres: dilatação, hidronefrose, nefrite crônica. Em 84% dos cânceres da cérvix há propagação parametrial.</p>
	INFERIORMENTE	<p>A vagina — Em 73% dos cânceres da cérvix há propagação vaginal. Por esse motivo, nas operações de Wertheim e Schauta-Peham retira-se grande parte da vagina.</p> <p>A bexiga — Através da camada de tecido conjuntivo frouxo vesico-vaginal. Muito comum nas fases finais, mais rara no início.</p>
	POSTERIORMENTE	<p>Ao reto — Através do septo reto-vaginal após prévia invasão da parede vaginal. Rara nas fases iniciais, mais freqüente nas finais.</p>

NOTA: — É rara a invasão do corpo do útero, mesmo nos tumores do colo em fase avançada.

MEIOS DE
PROPAGAÇÃO
DO TUMOR

{

PROPAGAÇÃO
POR
INFILTRAÇÃO

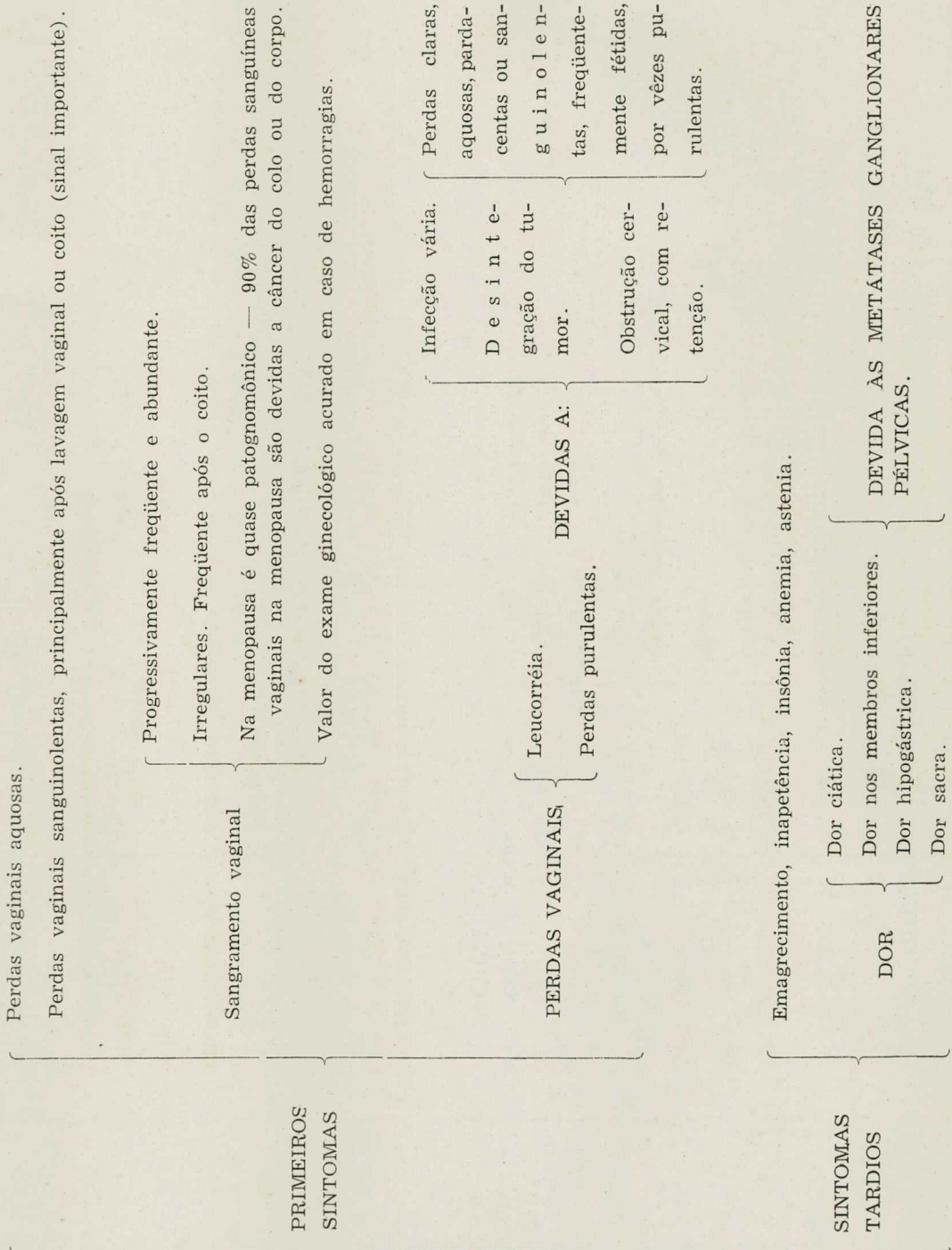
MEIOS, DE
PROPAGAÇÃO
DO TUMOR

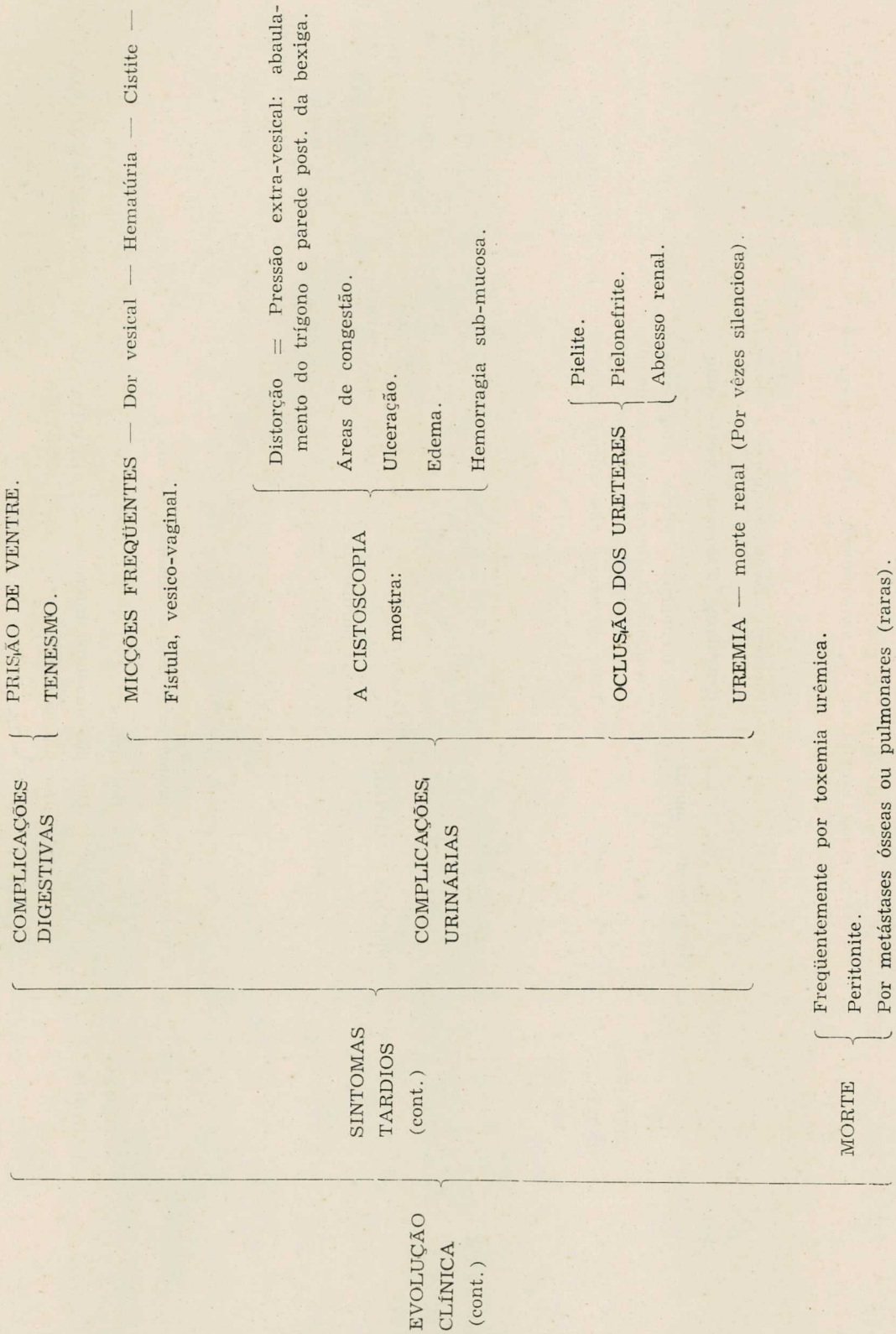
(Cont.)

<p>PROPAGAÇÃO POR VIA LINFÁTICA</p>	<p>INVASÃO DOS GÂNGLIOS</p>	<p>Para uterinos — Gânglios parametriais, quase sempre situados no cruzamento dos ureteres com as uterinas.</p> <p>Obturadores.</p> <p>Iliacos externos.</p> <p>Iliacos internos (ou hipogástricos).</p> <p>Sacros.</p> <p>Iliacos primitivos (ou lombares).</p>	<p>REGIONAIS</p> <p>Em 35% dos casos iniciais os linfáticos regionais já estão invadidos.</p>
		<p>Aórticos</p> <p> <ul style="list-style-type: none"> Pré-aórticos. Retro-aórticos. Para-aórticos. </p>	<p>EXTRA-PÉLVICOS.</p>
<p>PROPAGAÇÃO POR VIA HEMÁTICA</p>	<p>FÍGADO — 24%</p> <p>PULMÕES — 14%</p> <p>VÉRTEBRAS — 8%</p> <p>Ossos longos. Cérebro. Peritônio. Pleura. etc.</p>		

Muito rara nas fases iniciais, mais frequente nas fases finais (64% das vezes).
As recidivas locais são 7 vezes mais frequentes que nas metástases à distância.

EVOLUÇÃO CLÍNICA





RESPONSABILIDADE DO MÉDICO — 15,8%
 Em 50% das vezes houve falta de exame ginecológico.

RESPONSABILIDADE DO MÉDICO E DO DOENTE — 11,8%
 Em 50% das vezes houve falta de exame ginecológico.

RESPONSABILIDADE DO DOENTE — 43,7%

SEM RESPONSABILIDADE — 28,7%

VALOR DOS SINTOMAS INICIAIS.
 RESPONSABILIDADE DE RETARDAMENTO NO TRATAMENTO DO CÂNCER PÉLVICO (1.000 casos)

TUMOR

- Exofítico.
- Endofítico.
- Invadindo os fundos de saco.
- Invadindo as paredes vaginais.

EXAME LOCAL.
 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

SOLUÇÃO DE LUGOL (Iodo = 1 g.; iodeto de potássio = 2 g.; água = 300 cm³).

EPITÉLIOS CERVICAL E VAGINAL NORMAIS

- Coram-se em marron-escuro, porque o glicogênio de suas células é reduzido pelo iodo.

TEST DE SCHILLER
 (Não tem valor no câncer endo-cervical; indica o ponto onde deve ser feita a biopsia).

CÂNCER, EROSÕES, LACERAÇÕES, ULCERAÇÕES, HIPERCERATOSSES.

- O epitélio não se cora, porque suas células não contém glicogênio.

INSPEÇÃO (cont.)	COLPOSCOPIA: BIOPSIA: COLPOCITOLOGIA:	Feita com o colposcópico de Hinselmann (aumento de 10 a 20 vezes). Serve para indicar os pontos suspeitos, para biópsia. Procurar retirar o fragmento em área não necrosada do tumor e junto a tecido aparentemente são. Exame microscópico das células existentes nos F.S. vaginais, resultantes da descamação epitelial do colo.	
		Riqueza nuclear em cromatina. Excessivo volume do núcleo em relação ao citoplasma. Fragmentação e irregularidade dos núcleos com espessamento da membrana nuclear e proeminência dos nucleolos.	
	ESFREGAÇO VAGINAL Aspecto microscópico mais significativo de malignidade.		GRAU I — NEGATIVO = Ausência de células atípicas ou anormais. GRAU II — NEGATIVO = Presença de células atípicas, mas sem características anormais. GRAU III — SUSPEITO = Células com características anormais mais sugestivas de malignidade (mas não conclusivas) GRAU IV — POSITIVO = Células e agrupamentos celulares favoráveis à conclusão de malignidade. GRAU V — POSITIVO = Células e agrupamentos celulares de malignidade.
EXAME LOCAL DIAGNÓSTICO CLÍNICO (cont.)			
	CLASSIFICAÇÃO DE PAPANICOLAOU		

EXAME LOCAL
DIAGNÓSTICO
CLÍNICO
(cont.)

CONDUTA CLÍNICA
EM RELAÇÃO À
CLASSIFICAÇÃO DE
PAPANICOLAOU

- GRAU I — NEGATIVO PARA CÂNCER = Não é necessário repetir o exame.
- GRAU II — NEGATIVO PARA CÂNCER = Repetir o exame 3 meses após, para verificar se persistem as atípias celulares.
- GRAU III — SUSPEITO DE CÂNCER = Repetir o exame imediatamente. Biopsia ou curetagem aconselháveis.
- GRAU IV — POSITIVO PARA CÂNCER = Biopsia ou curetagem necessárias.
- GRAU V — POSITIVO PARA CÂNCER = Biopsia, curetagem, conisação ou amputação do colo.

COLO: Massa dura, friável, ulcerada, sangrante, vegetante ou escavada.

FUNDOS DE SACO: Livres ou apagados, infiltrados ou invadidos pelo tumor.

PAREDES VAGINAIS: Livres ou infiltradas, ulceradas. Assinalar o limite da invasão (1/3 post., 1/3 médio, 1/3 anterior).

PALPAÇÃO

ÚTERO: Volume normal ou aumentado (retenção).

Mobilidade; lateral, antero-posterior e no sentido vertical.
Histerometria.

TOQUE RETAL: Paramétrios laterais e posteriores livres ou infiltrados, total ou parcialmente. Reto invadido ou livre.

CISTOSCOPIA: Bexiga (zona do trigono e parede posterior) invadida ou não.
RETOSCOPIA: Mucosa retal comprometida ou não.

GRAU I — Tumor confinado ao colo uterino.

GRAU II — Comprometimento parcial de paramétrios ou vagina.

GRAU III — Invasão parametrial até plano ósseo; invasão do 1/3 inferior da vagina; invasão de gânglios pélvicos.

GRAU IV — A neoplasia ultrapassa a pelve, alcançando a vulva ou invadindo bexiga, reto, gânglios extra-pélvicos ou ainda, apresentando metástases à distância.

LIGA DAS NAÇÕES

GRAU 0 — Câncer "In situ" — Também conhecido como câncer pré-invasor; câncer intra-epitelial — e condições similares.

GRAU I — O câncer é estritamente limitado ao colo.

GRAU II — O câncer ultrapassa o colo, mas não atinge a parede pélvica. O câncer invade a vagina, mas não atinge o 1/3 inferior.

GRAU III — O câncer atinge a parede pélvica (ao exame retal não se encontra nenhum intervalo livre de infiltração cancerosa entre o tumor e a parede pélvica).

O câncer atinge o 1/3 inferior da vagina

GRAU IV — O câncer interessa a bexiga ou o reto, ou os dois, ou ultrapassa os limites precedentemente descritos.

CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL
(A partir de 1951)



CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA (cont.)	CLASSIFICAÇÃO DE SCHMITZ	GRAU I — Tumor limitado ao colo, com 1 cm de diâmetro. GRAU II — Tumor limitado ao colo, com mais de 1 cm de diâmetro. GRAU III — Tumor do colo e invasão vaginal. GRAU IV — Tumor do colo e invasão dos tecidos ou órgãos pélvicos.	Operáveis. Inoperáveis	SELEÇÃO	{ Sômente nos estádios iniciais (grau I e II clínicos) ou então de tumores pouco rádio-sensíveis. Necessário bom estado geral. Em circunstâncias especiais, também grau III. }
	CLASSIFICAÇÃO DE DÓDERLEIN	VIA ABDOMINAL VIA VAGINAL			
	CIRURGIA				TRATAMENTO

Para os tumores rádio-sensíveis, nos Graus I e II, em que não foi indicada a cirurgia (tratamento curativo); nos Graus III e IV (tratamento curativo ou paliativo). Mortalidade imediata = 1 a 2%. Radium justa-cervical e nos F.S. laterais; tandem intra-uterino.

Dose total = De 6 a 8.000 mgh.

CURIETERAPIA

TRATAMENTO
(cont.)

TÉCNICAS DE: { Regaud.
Stocolmo.
Manchester — técnica seguida no S.N.C.

Como complemento dos tratamentos curieterápico e cirúrgico; 4 a 6 portas. Total: média de 3.000 r por campo, medidos no tumor.

ROENTGENTERAPIA:

CURIETERAPIA

+

ROENTGENTERAPIA

Cura de 5 anos = 48,3%
Cura de 10 anos = 36,5%

Grau I = 70,8%
Grau II = 45,2%
Grau III = 33 %
Grau IV = 0 %

MÜLLER e ANDERES-
-ZURICH.
(1933-1943)
400 casos.

CIRURGIA

+

IRRADIAÇÕES

Cura de 5 anos = 60%
Cura de 10 anos = 57%

Grau I = 75 %
Grau II = 57,5 %
Grau III = 47,4 %

SCHLINK e outros
(1930-1941).
190 WERTHEIM
5,7% de mortes operatórias.

RESULTADOS

RESULTADOS (cont.)	RESULTADOS GLOBAIS (5 anos)	RADIOTERAPIA (Melhor resultado em mais de 100 casos).	GRAU I — 70,5% (Inst. Ra- dium-Paris) To- tal de 129 casos.
		CIRURGIA (Resultados em mais de 100 casos).	GRAU I — 73,6% (Resultado de 9 Instituições) Total de 121 casos.

CÂNCER DO CORPO DO ÚTERO

FREQUÊNCIA: Aproximadamente 10% de todos os cânceres do útero.

ETIOLOGIA	<p>Muito mais comum em nulíparas.</p> <p>Ação prolongada do hormônio folicular?</p> <p>Associação freqüente com mioma.</p>	<p>2,1% de câncer do endométrio em 364 pacientes com hiperplasia glandular cística.</p> <p>Riscos de hormônio-terapia estrogênica contínua.</p>	<p>Vaczy, Budapest.</p>
------------------	--	---	-----------------------------

TIPOS HISTOLÓGICOS MAIS COMUNS	<p style="text-align: center;">ADENOCARCINOMA</p>	<p>Originado nas glândulas endometriais situadas acima do orifício interno do canal cervical.</p> <p>Representa a quase totalidade dos tumores do corpo.</p>	
	<p style="text-align: center;">CORIOEPITELIOMA</p>	<p>Muito raro.</p> <p>Provém de tecido fetal (após parto ou aborto); precedido de mola hidatiforme (tumor benigno das vilosidades coriais) em 30% das vezes; — Reação de Zondek-Friedmann acentuadamente positiva — Massa hemorrágicas na cavidade uterina — Altamente maligno — metástases precoces (via hemática) para pulmões, ossos, fígado, etc. — Sintomas = hemorragias, aumento do útero, elevação de temperatura, caquexia rápida.</p>	



<p>TIPOS HISTOLÓGICOS MAIS COMUNS (cont.)</p>	<p>SARCOMA</p>	<p>Raro. Inicia-se no Muito maligno. Evolução rápida.</p>	<p>endométrio (células redondas). na parede muscular (células espinhosas). em miomas pré-existentes.</p>
<p>IDADE</p>	<p>Maior frequência após os 50 anos; comumente surge após o aparecimento da menopausa (75 a 85% dos casos). Raro na raça negra.</p>		
<p>PRINCIPAIS TUMORES BENIGNOS</p>	<p>MIOMA</p>	<p>Sub-mucoso = projeta-se para o interior da cavidade uterina — Torna-se progressivamente polipóide — hemorragia — necrose. Intersticial = é o mais comum. O fibromioma sempre se origina na camada muscular do útero. Sub-seroso = pedunculado ou não — torção do pedículo — Frequentemente degeneração — Em geral múltiplos e muito volumosos.</p>	<p>POLIPOS.</p>

METROPATIA HEMORRÁGICA = Perdas sanguíneas ou hemorragias (anamnése, histerografia, biopsia).

MIOMA = Perdas sanguíneas ou hemorragias (anamnése, nodosidade, consistência do útero).

GRAVIDEZ = Aumento de volume do útero, (anamnése, evolução, embebição gravídica, reação Zondek-Friedmann).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

PLACENTA PRÉVIA = Aumento de volume do útero, hemorragias (anamnése, evolução, embebição gravídica, reação Zondek-Friedmann).

MOLA HIDATIFORME = Aumento de volume do útero (eliminação de vesículas, rápido aumento de volume, dosagem hormonal).

POLIPO = Hemorragias ou perdas sanguíneas (histerometria, histerografia, biopsia).

TUMOR DA GRANULOSA DO OVÁRIO = Hemorragias (tumor unilateral de ovário, sinais de feminilização — Biopsia — hipertrofia e hiperplasia do endométrio).

Inicia-se no endométrio (epitélio das glândulas endometriais), quase sempre no fundo do útero, sob as formas: PAPILAR (menos maligna, mais frequente) ou INFILTRANTE (mais grave, mais rara).

ASPECTO CLÍNICO

Fase avançada = invasão de todo endométrio e, em seguida, da muscular — aumento de volume do útero, que se apresenta amolecido — Propagação ao colo, trompa, ovários, gânglios regionais, etc.



{ Para a parede muscular do útero = é a mais freqüente; surge tardiamente.

{ Causa { Ascite.
Disseminação.
Infecção.

POR CONTIGUIDADE

Aos paramétrios.

Para o colo = Tardia e rara.

Para as trombas = Tardia.

Por implante peritonial = Tardia e rara.

PROPAGAÇÃO

{ Para os gânglios aórticos através dos canais linfáticos da porção superior do ligamento largo.

POR VIA LINFÁTICA { Para os gânglios inguinais (rara e tardia) através dos linfáticos do ligamento redondo

{ Para os ovários, pelos canais linfáticos intercomunicantes (rara e tardia).

POR VIA HEMÁTICA { Para órgãos à distância { Pulmão = 30,2%
Fígado = 28,5%
Ovários = 14,2%

DIFÍCIL NAS FASES INICIAIS — Idade (em geral acima dos 50 anos). Tipo constitucional (mais frequentes nas obesas). Perdas sanguíneas irregulares ou hemorragias (80%). Menorragia no climatério — Perdas vaginais purulentas — Aumento de volume do útero, com certo grau de amolecimento — Perdas aquosa após a menopausa — Histerografia — Exame citológico (resultados precários) — por curetagem (dificuldade em raspar o fundo do útero, possibilidade de disseminação do tumor, leitura precária) — Nova curetagem com cureta cortante, seguida de radium-terapia — Histerectomia total nos casos duvidosos.

DIAGNÓSTICO
(Fatores que o orientam)

CIRURGIA: **Histerectomia total e salpingo-ooforectomia bi-lateral** — nos casos iniciais, seguida de roentgen-terapia — Bons resultados — 75 a 90% de cura de 5 anos.

CURIETERAPIA
EXCLUSIVA

Nos casos de contra indicação cirúrgica por lesões orgânicas, mau estado geral, etc.

CURIETERAPIA

Colocação de tandem intra-uterino contendo 30 a 40 mg. de radium após curetagem — biopsia — exame histopatológico em prazo curto — Se positivo para câncer, complementar com dose em torno de 5.000 mgh. de acôrdo com o caso clínico — Cirurgia 4 a 6 semanas após.

CURIETERAPIA
PRÉ-CIRÚRGICA

TRATAMENTO

ROENTGENTERAPIA: Prévia ou complementar à cirurgia e curieterapia — Paliativa nos casos avançados.



TÉCNICAS
CURIETERÁPICAS

MÉTODO DE ESTOCOLMO

Tamponamento da cavidade uterina com 10 a 15 aplicadores contendo cada um 8 mg. de radium.

Dois tempos com intervalo de 3 semanas.

Dose total.

MÉTODO DE MANCHESTER

Introdução na cavidade uterina de sonda de borracha grossa (1 cm. de diâmetro), 3 a 4 tubos de radium num total de 20 mg. (tubos de 2 cm., comprimento ativo 1,7 cm., filtragem 1 mm. platina). Dois ovóides nos fundos de saco vaginais laterais, contendo 10 mg. de radium.

Duas aplicações de 60 horas cada, 5 dias de intervalo.

Dose total = 10.000 r.

BLASTOMAS DA VULVA

FREQÜÊNCIA: 2 a 4 % dos tumores do aparelho genital feminino. (Em 8.000 tumores malignos do aparelho genital feminino a incidência foi de 3,88%).

IDADE: Mais comum entre os 60 e os 70 anos.

FATORES PREDISPONENTES.
LESÕES PRÉ-CANCEROSAS

LEUCOPLASIA
VULVAR

(Vulvite leucoplásica)
(Craurose vulvar)

Importância decisiva como fator predisponente do carcinoma vulvar — 50 a 75% dos carcinomas da vulva são precedidos de leucoplasia — As lesões são pequenas, pouco elevadas, estendendo-se do monte de vénus ao ânus — A pele no local, é esbranquiçada, atrófica, com obliteração das pregas existentes, desaparece sua elasticidade, tornando-se pergaminhosa e fendendo-se facilmente — Intenso e invencível prurido, ardor após a micção — Às vezes é precedida de processo inflamatório local (principalmente eczema), prurido vulvar (traumatismo do coçar-se), corrimento vaginal crônico — Surge próximo ou após a menopausa (conexa com as perturbações atróficas senís e com a ausência dos hormônios ovarianos?) — As 1^{as}. lesões surgem junto da abertura vaginal dos grandes lábios — Há tendência à estenose do intróito vaginal, atrofia das glândulas sudoríparas; queda dos pêlos. O vestibulo **nunca** é invadido.

Tratamento: Vitamina A (500.000 U. diariamente), pomadas anti-pruriginosas, cirurgia.



TIPOS HISTOLÓGICOS

TUMORES PRIMITIVOS

- Carcinoma (quase sempre de células escamosas).
(Carcinoma epidermóide).
- Sarcoma (raro).
- Melanoma (raro).

TUMORES SECUNDÁRIOS

- Carcinoma.
- Cório-epitelioma (raro).
- Melanoma.

Tumores benignos.

Cancro sifilítico.

Cancro de Ducrey.

Tuberculose vulvar.

Linfogranulomatose benigna.

Hipertrofia vulvar por estase (elefantíase).

Hérnia inguino-labial.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM

Craurose vulvar =

- Atrofia progressiva da pele da vulva (na menopausa fisiológica ou na artificial).
- Tratamento = Pomadas anti-pruriginosas — Estrogenioterapia em altas doses (stilbestrol 5 mg., 3 vezes ao dia, durante 14 dias).

CONDILOMA
(Papiloma comum)

{ Verruga comum.
 Condiloma acuminado.
 Condiloma plano.

Devido à infecção por vírus? Frequentemente associada à infecção gonocócica.

FIBROMA — raros; localizados principalmente nos grandes lábios. Quase sempre pedunculado.

CISTOS — localizados principalmente nos pequenos lábios

{ Do ducto de Gartner.
 Mandular.
 Linfático.

HEMANGIOMA.

LIPOMA.

LOCALIZAÇÕES

{ Epiderme (a grande maioria).
 Clitoris.
 Vestíbulo (na base da cicatriz luética).
 Glândulas de Bartholin.

ASPECTO CLÍNICO EM EVOLUÇÃO

O carcinoma primitivo é raro. O secundário (a grande maioria) é originado no útero (colo), reto e bexiga. Inicialmente é um tumor elevado, duro, de bordos azulados, irregulares— Quase sempre têm início num dos grandes lábios — Frequentemente há prurido inicial — Posteriormente o tumor se ulcera, recobrimdo-se de induto sanguíneo-claro — Ao redor da ulceração há uma orla de infiltração — Após ulcerar-se, a marcha é rápida, sob aspecto crateriforme e, em fase inicial, fungóide — Os gânglios inguinais, que drenam a região, são invadidos precocemente.

TRATAMENTO { CIRÚRGICO: — Vulvectomy (parcial ou total) com completa exérese ganglionar inguinal bi-lateral, quando há invasão ganglionar. Essa intervenção é muito benigna — A irradiação, dos tecidos normais da vulva, impedindo o uso de doses celulícidas.

RESULTADOS { SATISFATÓRIOS: — nos carcinomas primitivos (64% de curas de 5 anos) com a cirurgia radical, não seguida de irradiação — A radioterapia só dá 18% de curas de 5 anos — Nos carcinomas metastáticos os resultados dependem do tratamento do tumor primitivo.



BLASTOMAS DA VAGINA

FREQÜÊNCIA { Os primitivos são raros, sua percentagem não vai além de 2% de todos os tumores do aparelho genital feminino — Os secundários (principalmente aos do colo uterino) são muito freqüentes.

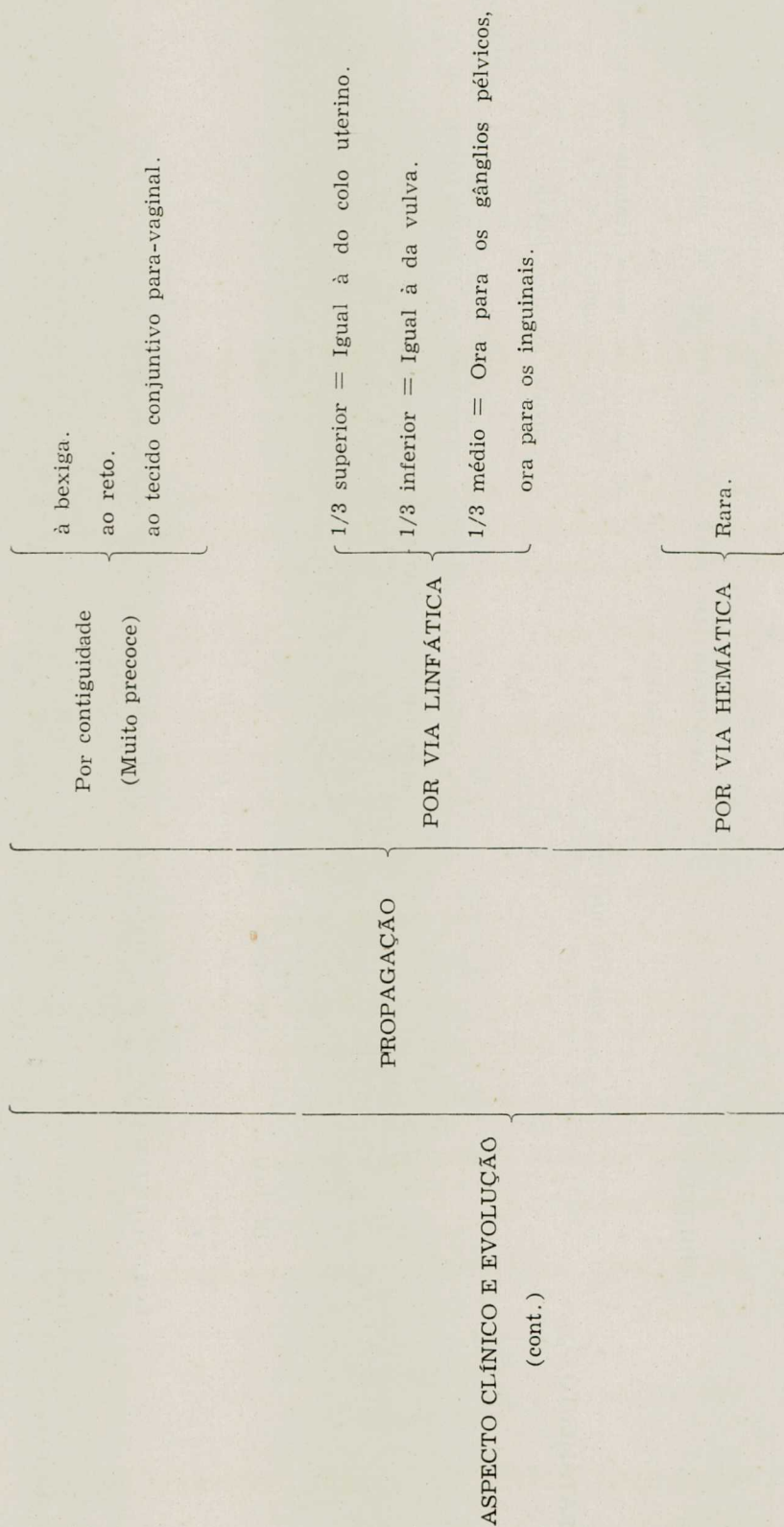
IDADE { Predomina o grupo 51-60 anos.

TIPOS HISTOLÓGICOS {

- Carcinoma epidermóide { A grande maioria dos tumores primitivos ou secundários.
- Adenocarcinoma { Extremamente raro.
- Corioepitelioma { Nos tumores secundários. Raros.
- Endometrioma {

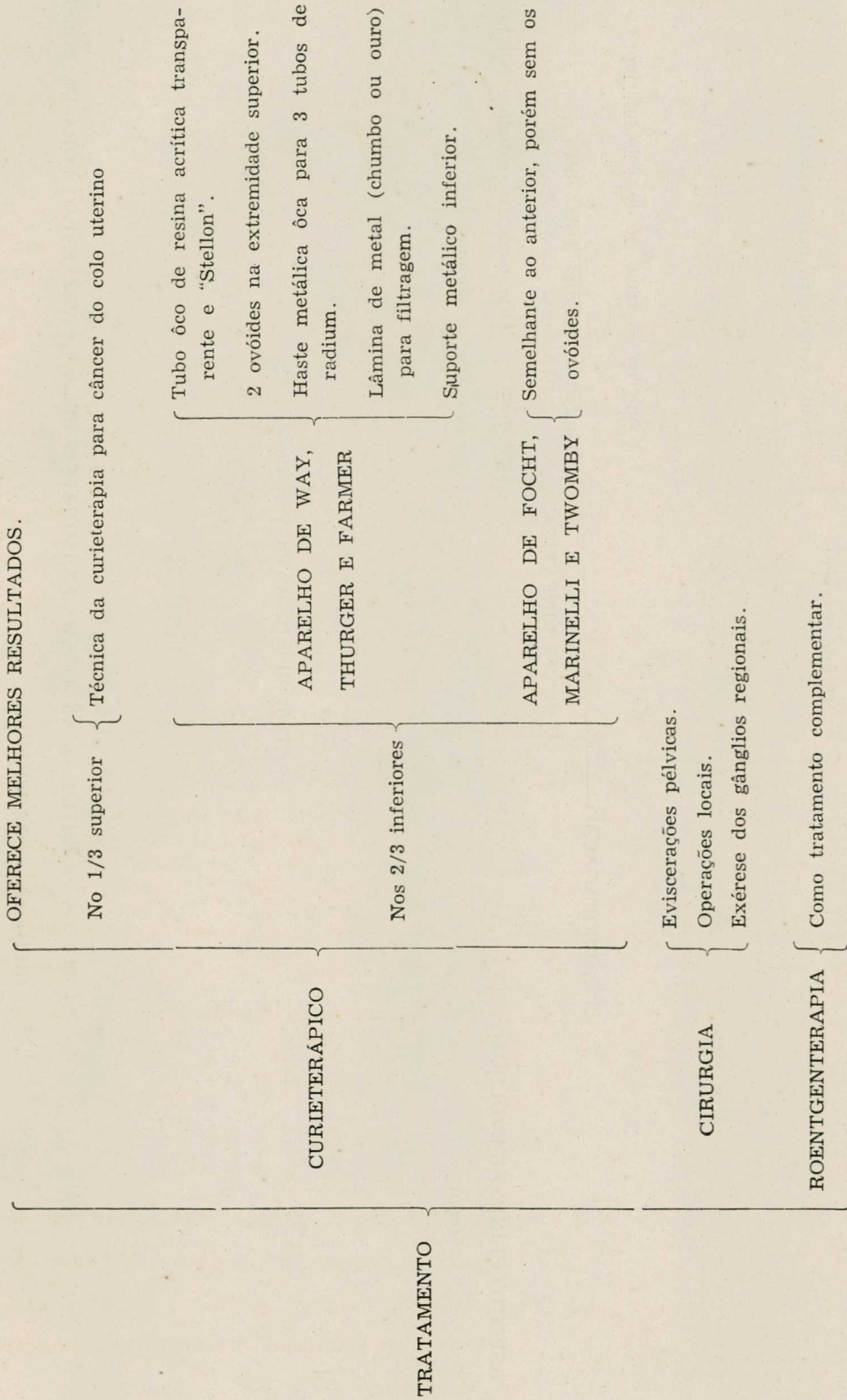
ASPECTO CLÍNICO E EVOLUÇÃO {

- 1.º SINTOMA = Perdas vaginais, freqüentemente hemorrágicas, principalmente após o coito.
- Dor.
- Sintomas urinários { SINTOMAS TARDIOS { Disúria.
- Sintomas retais. { Polaciúria, etc.
- FREQÜENTES AS FÍSTULAS VESICO-VAGINAIS E RETO-VAGINAIS.
- Aspecto clínico { Tumor vegetante.
- { Tumor ulcerado.
- INÍCIO MAIS COMUM NA PAREDE POSTERIOR DO 1/3 SUPERIOR.



MUITOS DOENTES, QUANDO SÃO EXAMINADOS PELA 1.^a VEZ, ESTÃO FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA.

OFERECE MELHORES RESULTADOS.



RESULTADOS { Precários, principalmente nos tumores localizados nos 2/3 superiores da vagina e nos ulcerados e infiltrantes.
 Cura de 5 anos = 12% (Memorial Hospital — New York).



BLASTOMAS DO OVÁRIO

NÃO PROLIFERANTES BENIGNOS

CISTOS NÃO
PROLIFERANTES

Cisto Folicular

Originado no folículo de de Graaf — Distensão
devida a exsudato seroso inflamatório — processo
inflamatório pélvico conseqüente. A sua rotura
pode simular a apendicite — Cirurgia.

Cisto Endometrial

Originado no corpo amarelo — simples e uni-
locular — pode atingir o tamanho de uma
cabeça do feto — contém líquido seroso, claro.
às vêzes sanguíneo — A rotura causa hemato-
sele, simulando prenhez tubária róta — Cirurgia.

Cisto Luteínico

Endometriose = Desenvolvimento ectópico de
tecido semelhante a endométrio — Cistos côr
chocolate (sangue), múltiplos, pequenos, san-
grando nos mênstruos — benignos — Irradiação
ou cirurgia.

PROLIFERANTES

TUMÔRES EPITELIAIS BENIGNOS

CISTO ADENOMA	PSEUDO-MUCINOSO	De 50 a 66% de todos os tumores ovarianos — grandes dimensões (até 130 kg). Multiloculares — contém substância gelatinosa, pseudo-mucínosa — 80 a 90% unilaterais — pedunculados — torção de pedículo-aderência — Ascite por compressão (5 a 20%) — Cirurgia (ooforectomia).
	PAPILAR SEROSO	Aspecto papilar intra ou extracístico — contendo líquido seroso — não pediculados, intraligamentares — menores que os anteriores (30% dão carcinomas císticos) cirurgia, (ooforectomia bilateral).
TUMOR DE BRENNER	ORIGEM IGNORADA	— (raros). Não têm ação endócrina — Tamanho muito variável — Semelhança com cistoadenoma pseudo-mucínoso — Evolução muito lenta — Cirurgia.

TUMORES DO TECIDO CONECTIVO
(Formados na porção extra-folicular
do ovário)

FIBROMA

Composto de fibroblastos — de 2 a 5% dos tumores ovarianos — Mais freqüentes nas mulheres idosas — sólido, duro, quase sempre volumoso, fina cápsula, pediculado — Às vezes bi-lateral — Necrobiose e calcificação — Distúrbios por compressão — Torção do pedículo — Cirurgia.

TUMORES EMBRIONÁRIOS
(Compostos dos derivados das
3 camadas germinativas).

CISTO DERMOIDE
(Teratoma adulto)

São tão diferenciados que se assemelham a órgãos — Podem ocorrer em outros órgãos — 10 a 20% de todos os tumores ovarianos — 10 a 18% bi-laterais — Pedunculados (torção) — Císticos, ovais ou globosos (tamanho até ovo galinha) contém cabelos, cartilagens, dentes, etc. — Crescimento lento — Dor lombar — Cirurgia (ooforectomia).



PROLIFERANTES

TUMORES EPITELIAIS MALIGNOS

<p>PSEUDOMIXOMA PERITONIAL</p>	<p>{ Disseminação peritoneal do cistoadenoma pseudo-mucinoso rara — peritônios parietal e visceral cobertos de masas gelatinosas contendo células epiteliais proliferantes — evolução lenta — crepitação à palpação visceral — aderências. Cirurgia (quase impossível retirar tôdas as massas) — Cura muito rara.</p>
<p>ADENOCARCINOMA CÍSTICO</p>	<p>{ PSEUDOMUCINOSO { RARO — Macroscòpicamente semelhante ao cistoadenoma. PSEUDOMUCINOSO — Diferenciação pela histologia — cirurgia radical e roentgenterapia.</p> <p>{ PAPILAR SEROSO { Mais comum que o anterior. Macroscòpicamente idêntico ao cistoadenoma papilar seroso — Diferenciação histológica. 75% das vêzes unilateral — arredondado, tamanho variável (máximo cabeça homem) — Consistência ora cística, ora dura — Invasão de trompa e útero — Cirurgia radical e roentgenterapia.</p>
<p>CARCINOMA SÓLIDO</p>	<p>{ TUMOR DA GRANULOSA { Originado na camada granulosa do folículo de de Graaf — 10% de todos os tumores ovarianos — Raros na criança e após a menopausa — Unilaterais, pedunculados, tamanho desde microscòpicos até cabeça feto — INFLUÊNCIA FEMINISANTE: hemorragias uterinas anormais, hipertrofia e hiperplasia endometrial (biopsia endométrio) e das mamas, galactorrêia, desenvolvimento precoce das jovens; substâncias estrogênicas na urina. (Diagnóstico difer. com tumores corpo útero). Sintomas desaparecem com ablação cirúrgica. Ooforectomia unilateral ou panhisterectomia + roentgenterapia.</p> <p>{ TUMOR DA TECA { Originado na teca interna do folículo de de Graaf — Muito raros — Comuns após menopausa — INFLUÊNCIA FEMINISANTE: Baixa malignidade. Cirurgia.</p>

CARCINOMA SÓLIDO (cont.)	ARRENOBLASTOMA	{ Origem ignorada — Muito raros — INFLUÊNCIA DESFEMINISANTE SEGUIDA DE MASCULINIZAÇÃO — (testosterona no líquido tumoral) — Atrofia uterina — Regressão dos sintomas com ablação cirúrgica. Baixa malignidade.
	DISGERMINOMA (Teratoma?)	{ Corresponde ao seminoma do testículo — raro — Não tem ação hormonal — Comum nos hermafroditas — Relativa malignidade (20%). Cirurgia.

TERATOMA EMBRIONÁRIO { Formado por tecido embrionário pouco diferenciado imaturo — muito mais raros que os cistos dermóides unilaterais, pedunculados, volumosos, aderências — metástases abdominais frequentes — ascite por compressão — crescimento rápido — às vezes muito maligno — cirurgia radical + roentgenterapia.

TUMORES DO TECIDO CONECTIVO (Formados na porção extra-folicular do ovário)	SARCOMA E FIBRO-SARCOMA	{ Raríssimos — Fibrosarcoma é frequentemente unilateral, pedunculado, encapsulado, tamanho muito variável, duro — Sarcoma: massa invadindo tecidos circunvizinhos (pelve fixa), amolecidos, hemorrágicos. Dor, distúrbios urinários — invasão órgãos vizinhos, metástases — cirurgia e roentgenterapia.
--	----------------------------	--

TUMÔRES METASTÁTICOS

MALIGNOS

CARCINOMA

{ (Principalmente do corpo do útero, reto, mamas).
{ Quase sempre bilaterais.

TUMOR DE KRUKENBERG

{ Adeno-carcinoma primitivo do estômago ou intestino
grosso.

{ Propagação

{ Provavelmente por via linfática retrógrada
{ possível por via hemática.