

Metástase vaginal isolada de câncer de cólon direito: relato de um caso

Single vaginal metastasis from cancer of the right colon: case report

Sergio Renato Pais Costa¹ Ricardo César Pinto Antunes² Ademir Torres Abraão³,
Roberto Marcos da Silva⁴, Raphael Paulo de Paula⁵, Renato Arioni Lupinacci⁶

RESUMO

A metástase vaginal de origem colônica é considerada um evento extremamente incomum. Quando presente, o prognóstico é negativo, haja vista que a maioria dos indivíduos não sobrevive mais que 40 meses. A excisão cirúrgica ou até mesmo a radioterapia têm sido usadas para o tratamento desse tipo de lesão. **Caso:** Paciente de 67 anos procurou o Serviço de Oncocirurgia com queixas de leucorreia e dor. Ao exame físico apresentava lesão nodular de 2,5 cm em vagina. Como antecedente pessoal havia sido submetida a uma hemicolectomia direita por câncer de cólon direito (três meses). Subsequentemente realizou-se uma biópsia por *punch*, cujo exame histológico demonstrou tratar-se de uma metástase de adenocarcinoma de cólon. Isolada, a paciente foi submetida a uma ressecção ampla da lesão que foi complementada com radioterapia localizada. Após quatro anos, a paciente se apresenta assintomática e sem sinais de recidiva local ou sistêmica. Apesar da raridade da presente entidade e sua péssima evolução, o tratamento cirúrgico da metástase isolada de vagina de origem colônica representa uma opção terapêutica adequada, com eficaz controle local e está associada à baixa morbidade.

Descritores: Neoplasias vaginais/secundário; Metástase neoplásica; Neoplasias colorretais; Relatos de casos

ABSTRACT

Vaginal metastases of colonic origin are exceedingly rare. When present, the prognosis is poor, and most individuals do not survive past 40 months. Surgical excision and radiotherapy have been used to treat this type of lesion. **Case:** A 67-year-old woman went to the Oncology Surgery Service with complaints of vaginal discharge and local pain. On physical examination, a 2.5 cm

nodular lesion was found in the vagina. She had undergone a right hemicolectomy for a right colon cancer three months earlier. Punch biopsy was performed, and histological examination of the specimen showed metastasis of colonic adenocarcinoma. Subsequently, she underwent both radical wide excision and localized adjuvant radiotherapy. Four years later, the patient is asymptomatic, with no signs of local or systemic recurrence. Despite the rarity of this entity and its usually poor outcome, surgical treatment for isolated vaginal metastases of colonic origin is an appropriate therapeutic option with effective local control associated with low morbidity.

Keywords: Vaginal neoplasms/secondary; Neoplasm metastasis; Colorectal cancer; Case reports

INTRODUÇÃO

O câncer colo-retal é um dos tipos mais comuns de câncer em países ocidentais. Nos EUA é a quarta maior causa de neoplasia maligna. Embora frequentemente detectado, ainda se associa a alta mortalidade⁽¹⁾.

Os locais mais frequentes de comprometimento sistêmico são o fígado e os pulmões. Mais raramente, a doença se espalha para o cérebro ou os ossos. Por outro lado, metástase vaginal verdadeira de câncer de cólon é extremamente rara⁽¹⁻²⁾. O presente relato descreve um caso de metástase vaginal única de câncer de cólon direito. Esta paciente foi submetida à ressecção local com margens amplas mais radioterapia pélvica. Após quatro anos, a paciente continua bem sem recidiva local ou sistêmica.

Trabalho realizado no Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO, São Paulo (SP), Brasil.

¹ Mestre; Especialista em Cirurgia Oncológica do Serviço de Cirurgia Geral e Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO, São Paulo (SP), Brasil.

² Especialista em Cirurgia Oncológica do Serviço de Cirurgia Geral e Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO, São Paulo (SP), Brasil.

³ Especialista em Cirurgia Oncológica do Serviço de Cirurgia Geral e Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO, São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Especialista em Cirurgia Oncológica do Serviço de Cirurgia Geral e Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO, São Paulo (SP), Brasil.

⁵ Especialista em Cirurgia Oncológica do Serviço de Cirurgia Geral e Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO, São Paulo (SP), Brasil.

⁶ Doutor; Chefe do Serviço de Cirurgia Geral e Oncológica do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira" – HSPE-FMO, São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Sergio Renato Pais Costa – Avenida Pacaembu, 1.400 – CEP 01234-200 – São Paulo (SP), Brasil – e-mail: sergiorenatopais@ig.com.br

Data de submissão: 31/3/2008 – Data de aceite: 11/2/2009

RELATO DE CASO

Paciente de 67 anos de idade com histerectomia total abdominal e anexectomia bilateral por leiomiomatose uterina (oito anos antes) e hemicolectomia direita devido à adenocarcinoma do cólon direito (três meses antes).

Quanto ao câncer do cólon direito, a análise histológica revelou ser um adenocarcinoma de grau moderado que invadiu a serosa. Não havia linfonodos positivos, nem embolização vascular-linfática. O estadiamento TNM foi T3N0MX. O nível de ACE era 2,11 U/ml. A paciente não recebeu nenhum tratamento adjuvante.

Três meses depois de hemicolectomia direita, a paciente foi encaminhada ao hospital com uma queixa de sangramento vaginal e dor local. Na internação foi encontrado um nódulo vaginal com 2,5 cm de diâmetro. Este estava ulcerado e uma lesão de aspecto fúngico localizada na face anterolateral esquerda da vagina foi encontrada. Esta lesão distava em 2,5 cm do meato uretral (Figura 1, A e B). Realizou-se uma biópsia tipo *punch* e o exame histológico da peça mostrou adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

Realizou-se tomografia abdominal e torácica que não mostraram doença metastática. O nível de ACE era de 1,7 U/ml. Portanto, foi submetida à ressecção local com margens amplas, mas preservando a uretra e com fechamento primário. O procedimento foi feito sob anestesia local e, logo em seguida ela teve alta. Não houve complicações pós-operatórias.

O exame histológico revelou adenocarcinoma de grau moderado com margens livres. A imunoistoquímica mostrou que era compatível com origem colônica (Tabela 1). Foi submetida à radioterapia adjuvante (dose de radiação de 45 Gy). Até o presente, quatro anos depois, a paciente permanece bem. Não houve nenhuma evidência de recidiva local ou à distância.

Tabela 1. Pannel imunoistoquímico

Marcador imunoistoquímico	Resultado
Vimentina	Negativo
Desmina	Negativo
Actina	Negativo
Citoqueratina 20	Positivo
Citoqueratina 7	Positivo
CD 45	Negativo
HMB 45	Negativo
S 100	Negativo

DISCUSSÃO

A metástase vaginal de câncer de cólon é muito rara. Os locais mais frequentes de metástases são fígado, pulmões, ovários e ossos. Tumores vaginais primários também são incomuns; eles representam apenas 1% das neoplasias ginecológicas. Entre os tumores vaginais primários, o carcinoma epidermoide é o tipo histológico mais frequente⁽²⁾. Adenocarcinoma vaginal primário é uma neoplasia infrequente que foi associada à exposição a dietilestilbestrol no útero⁽³⁾.

A primeira descrição desta apresentação foi feita por Whitelaw et al., em 1956, a partir de um caso de metástase vaginal de adenocarcinoma de sigmoide⁽⁴⁾. Raider⁽⁵⁾ apresentou uma série de quatro casos de adenocarcinoma vaginal a partir de câncer de cólon. Estas lesões foram encontradas entre 4 e 41 meses após a lesão de colón ter sido ressecada. A sobrevida foi de menos de 40 meses nestes casos.

Mesmo assim, depois dos ovários, o órgão genital feminino mais afetado é a vagina⁽⁶⁾. Apesar dos casos descritos, a ocorrência de metástases vaginais de câncer de cólon é baixa. Os tumores que mais comumente atingem a vagina têm origem no colo do útero, endométrio ou rins⁽⁷⁻⁹⁾. Metástases vaginais podem derivar de tumores primários diferentes, tais como genitais ou do sistema urinário. Metástases vaginais de tumores ovarianos



Figura 1 - A e B: Lesão nodular de 2,5 cm de diâmetro, na face ântero-lateral esquerda da vagina (a 2,5 cm do meato uretral)

ou vesicais foram descritas poucas vezes⁽¹⁰⁾. Estas metástases se localizam próximas ao colo uterino, em geral na porção superior da vagina. Ao contrário, são menos frequentemente encontradas na porção inferior⁽⁴⁾.

A maioria das metástases vaginais de câncer de cólon se origina do cólon esquerdo ou do sigmoide^(2,4-6). A invasão local é o modo mais comum de disseminação. Apesar disso, pode haver outras maneiras de disseminação, tais como hematogena, linfática e transcelômica^(2,10-12). A disseminação linfática foi atribuída a uma via retrógrada. Isto é razoável quando os tumores primários se localizam no cólon esquerdo ou sigmoide. Esta forma de disseminação foi relacionada à drenagem dos linfonodos mesentéricos. Poderia haver disseminação para os linfonodos ilíacos, terminando na face anterior da vagina⁽¹⁾. No presente relato de caso, acredita-se que a disseminação linfática não ocorreu, já que o cólon direito ressecado não apresentava linfonodos comprometidos. Por outro lado, como Ng et al., acredita-se que a disseminação transcelômica possa ter ocorrido. Esses autores sugeriram que as células tumorais poderiam ser implantadas nas trompas de Falópio ou no útero. Subsequentemente, elas poderiam ser inseridas na vagina⁽¹⁰⁾.

Em geral, as metástases vaginais de câncer de cólon estão associadas à doença avançada com mau prognóstico. No entanto, existem relatos de sobreviventes a longo prazo quando a lesão é restrita à vagina^(2,6). A abordagem terapêutica para lesões vaginais isoladas tem sido tanto a ressecção em cunha quanto a radioterapia. A quimioterapia tem sido reservada para pacientes com metástases em vários locais. No entanto, a quimioterapia não é efetiva e apenas uma minoria das pacientes tem sobrevida mais longa^(6,13).

CONCLUSÕES

Em nosso ponto de vista, devido à baixa morbidade e a melhor qualidade de vida associada à ressecção

local, recomenda-se esta abordagem para metástase vaginal isolada de carcinoma de cólon. Poderá ocorrer maior sobrevida, como no caso descrito, embora quase todos estes tenham um prognóstico geralmente ruim.

REFERÊNCIAS

1. Chang GJ, Feig BW. Cancer of the colon, rectum and anus. In: Feig BW, Berger DH, Fuhrman GM, editors. The M.D. Anderson surgical oncology handbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 261-319.
2. Chagpar A, Kanthan SC. Vaginal metastasis of colon cancer. *Am Surg*. 2001;67(2):171-2.
3. Peters WA 3rd, Kumar NB, Andersen WA, Morley GW. Primary sarcoma of the adult vagina: a clinicopathologic study. *Obstet Gynecol*. 1985;65(5):699-704.
4. Whitelaw GP, Leard SE, Parsons L, Sherwin RP. Carcinoma of large bowel with metastasis to the genitalia; report of two cases. *AMA Arch Surg*. 1956;73(1):171-8.
5. Raider L. Remote vaginal metastasis from carcinoma of the colon. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med*. 1966;97(4):944-50.
6. Perrotin F, Bourlier P, de Calan L. Vaginal metastasis disclosing rectal adenocarcinoma. *Gastroenterol Clin Biol*. 1997;21(11):900-1.
7. Carl P, Marx FJ. Vaginal metastasis of renal carcinoma (author's transl). *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 1977;37(11):939-41.
8. Mazur MT, Hsueh S, Gersell DJ. Metastasis to the female tract. Analysis of 325 cases. *Cancer*. 1984;53(9):1978-84.
9. Strachab GI. Vaginal implantation of uterine carcinoma. *J Obstet Gynaecol Br Emp*. 1939;46(4):711-20.
10. Ng AB, Teeple D, Lindner EA, Reagan JW. The cellular manifestations of extrauterine cancer. *Acta Cytol*. 1974;18(2):108-17.
11. Batson OV. Function of the vertebral veins and their role in the spread of metastasis. *Ann Surg*. 1940;112(1):138-49.
12. Guidozi F, Sonnendecker EW, Wright C. Ovarian cancer with metastatic deposits in the cervix, vagina, or vulva preceding primary cytoreductive surgery. *Gynecol Oncol*. 1993;49(2):225-8.
13. Deppe G, Malviya VK, Malone JM Jr. Use of Cavitron Ultrasonic Surgical Aspirator (CUSA) for palliative resection of recurrent gynecologic malignancies involving the vagina. *Eur J Gynaecol Oncol*. 1989;10(1):1-2.