

MELANOMA VULVAR: RELATO DE CASO CLÍNICO

SASHA SOUZA NEVES¹, THANDARA MARA BATISTA DOS SANTOS RESENDE², CÍNTIA ANDRESSA ALVES CORRÊA², DÉBORA CRISTINA DE FREITAS BATISTA², SUELEN PEIXOTO MARINHO DE DEUS³, TELMA MARIA ROSSI DE FIGUEIREDO FRANCO⁴, ANDRÉ LOPES SALAZAR⁵

¹ Residente em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Metropolitano Odilon Behrens (HMOB), Belo Horizonte (MG), Brasil

² Residente em Ginecologia Oncológica no Instituto Mário Penna (IMP), Belo Horizonte (MG), Brasil

³ Preceptora em Ginecologia Oncológica no Instituto Mário Penna (IMP), Belo Horizonte (MG), Brasil

⁴ Coordenadora do Programa de Especialização de Ginecologia Oncológica do Instituto Mário Penna (IMP), Belo Horizonte (MG), Brasil

⁵ Preceptor em Urologia no Instituto Mário Penna (IMP), Belo Horizonte (MG), Brasil

E-mail para correspondência: sashasneves@gmail.com

INTRODUÇÃO: O melanoma vulvar é um tipo raro de câncer, correspondendo a 5% de todas as neoplasias vulvares. A idade média do diagnóstico é de 68 anos e geralmente ele é tardio, devido à localização e à ausência de sintomas iniciais.

OBJETIVO: Descrever a condução do caso de uma paciente com melanoma vulvar.

METODOLOGIA: Revisão de prontuário de paciente com melanoma vulvar, seguido de revisão da literatura do tema utilizando a base de dados PubMed.

RESULTADOS: Trata-se da paciente I.A.S., 74 anos, encaminhada para Ginecologia Oncológica no Instituto Mário Penna após biópsia incisiva de vulva evidenciando melanoma. Ao exame, lesão hipercrômica em fúrcula vaginal e grandes lábios, acometendo região de clitóris, mucosa uretral e vaginal. Solicitadas tomografias de crânio, tórax, abdome e pelve, sem evidências de lesões metastáticas. Indicada abordagem cirúrgica em conjunto com a Urologia. Paciente submetida à vulvectomia radical + cistostomia definitiva. Retirada peça em bloco, ressecando terço distal da uretra, com 2cm de margem cirúrgica. Em simultaneidade, realizada laparotomia exploradora com intuito de confeccionar derivação urinária utilizando o apêndice (Mitrofanoff). No entanto, apêndice cecal com mesoapêndice curto, inviável para anastomose apendico-vesical. Optado por confecção de cistostomia definitiva por técnica aberta. Bexiga sem sinais de lesões metastáticas. O resultado do anatomopatológico demonstrou melanoma nodular pigmentado ulcerado, nível IV de Clark, com espessura de 1cm (Breslow), margens livres e presença de invasão perineural. Três meses após a primeira cirurgia, paciente submetida à linfadenectomia inguinal bilateral. Realizado exame anatomopatológico, que constatou 21 linfonodos sem evidências de metástases de melanoma, confirmado por estudo imuno-histoquímico. Paciente mantém acompanhamento com equipe de Urologia de Ginecologia Oncológica.

CONCLUSÃO: À revisão da literatura, observa-se que o diagnóstico diferencial entre melanomas, melanose vulvar e lesões benignas é difícil, sendo imprescindível a biópsia que atinja até o tecido subcutâneo. Os sintomas mais comuns, quando presentes, são dor, sangramento, prurido e lesão vulvar. Os principais preditores prognósticos são o acometimento

linfonodal e o índice de Breslow. Outros fatores prognósticos são a idade ao diagnóstico, o acometimento da vagina, uretra, períneo ou ânus, a presença de ulceração e a taxa mitótica. A taxa geral de sobrevida após 5 anos varia de 10 a 63%. O tratamento primário é a excisão local ampla do tumor com margens cirúrgicas livres, em vez da vulvectomia radical. A abordagem cirúrgica pode ser complementada com linfadenectomia, apesar de a literatura ser escassa em relação ao seu benefício na sobrevida da paciente. A terapia adjuvante com radio e quimioterapia não mostram um benefício em prolongar a sobrevida. Por fim, destaca-se a importância do envolvimento de uma equipe multidisciplinar para a melhor abordagem da paciente.

PALAVRAS-CHAVE: melanoma, neoplasias vulvares, vulvectomia