

QUAIS AS PRINCIPAIS DIFERENÇAS NA HISTÓRIA NATURAL ENTRE A NIV USUAL E DIFERENCIADA?

Este importante estudo analisou o Banco de Dados Nacional Holandês sobre a incidência de neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) usual e diferenciada e de carcinoma de células escamosas (CEC) de vulva durante 14 anos e como os dois tipos de NIV se comportam em relação à progressão para CEC de vulva. A NIV usual é aquela relacionada com infecção pelo HPV e observada em mulheres mais jovens (ao redor dos 45 anos), enquanto a NIV diferenciada não tem relação com HPV, é vista em mulheres mais idosas (ao redor dos 65 anos) e nas com história de líquen escleroso. No período estudado (2935 registros avaliados), a incidência de NIV usual quase dobrou (de 1,2 para 2,1/100.000 mulheres), a de NIV diferenciada aumentou nove vezes (de 0,013 para 0,121/100.000 mulheres) e a de CEC permaneceu inalterada (de 2,6 para 2,5). Esse achado mais frequente de NIV diferenciada provavelmente reflete os critérios histopatológicos recentemente estabelecidos da nova nomenclatura de NIV: a NIV usual é antiga NIV 2 ou 3 e a NIV diferenciada é lesão isolada da idosa, de diagnóstico mais difícil e que apresenta grau alto de diferenciação celular, ausência de desarranjo arquitetural disseminado, pleomorfismo nuclear e atipia difusa. O trabalho também demonstrou o maior potencial maligno da NIV diferenciada que da NIV usual. A porcentagem de pacientes com NIV usual que tiveram diagnóstico posterior de CEC vulvar foi de 5,7% e naquelas com NIV diferenciada foi de 32,8%. O tempo de progressão para CEC da NIV diferenciada foi significativamente mais curto que o da NIV usual (22,8 vs 42 meses). Apesar do menor potencial de progressão da NIV usual, observou-se aumento significativo da sua incidência com a idade (de 2,7% na faixa etária de 15-29 anos para 8,5% para mais de 75 anos de idade).

Fonte: van de Nieuwenhof HP et al. Vulvar squamous cell carcinoma development after diagnosis of VIN increases with age. Eur J Cancer 2009;45:851-6.

QUAIS OS TIPOS DE HPV MAIS FREQUENTES NA NIV?

Dra. Garland e colegas analisaram mulheres de três estudos randomizados duplo-cegos para avaliar a prevalência de HPV na NIV graus 1-3. Entre 1789 mulheres de 16-23 anos de idade com teste de DNA de HPV por PCR (reação em cadeia da polimerase), a infecção pelo HPV 16 foi a mais comum, de 6/100 pessoas-ano, seguida pelo HPV 52 (3,6/100 pessoas-ano) e HPV 59 (3,5/100 pessoas-ano). O HPV 18 foi o 5º mais frequente, em 2,4/100 pessoas-ano. Em 12 meses, a persistência das infecções foi superior a 50% para cada tipo de HPV, com exceção do 18 (47%) e 59 (44%). Em 36 meses, 7,1% das infecções ainda persistiam e a progressão para NIV variou de 0% para HPV 33, 35, 45 e 52 a 6% para HPV 16. O tempo médio da infecção até o desenvolvimento de NIV 1-3 foi de 18,5 meses. Os HPVs 6 ou 11 foram observados em 64,5% de NIV 1 e 29% de NIV 2-3, enquanto O HPV 16 foi observado em 6,5% de NIV 1 e 64,5% de NIV 2-3. Como a NIV apresenta associação com HPV 6, 11, 16 e 18, os autores destacam o papel da vacina contra o HPV na prevenção dessa doença.

Fonte: Garland SM et al. Human papillomavirus infections and vulvar disease development. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2009;18:1777-84.

MULHERES COM CÂNCER DE VULVA TÊM RISCO AUMENTADO PARA LESÕES NO COLO UTERINO?

O estudo de De Bie e colegas, ao estudarem o Banco de Dados Nacional Holandês, encontraram que mulheres com CEC relacionado à NIV usual têm incidência aumentada de anormalidades cervicais. Dos 201 casos de CEC de vulva, 37 (18%) estavam relacionados à NIV usual e 164 (82%) à NIV diferenciada. Entre os tumores relacionados à NIV usual, 84,4% tinham HPV de alto risco positivo, comparados a 9,6% nos relacionados à NIV diferenciada. As mulheres com CEC relacionado à NIV usual tiveram significativamente mais lesões intraepiteliais escamosas de alto grau no colo uterino que aquelas com CEC relacionado à NIV diferenciada (35% vs 2%). Os autores enfatizam a necessidade de diferenciar entre tumores vulvares relacionados à NIV usual e diferenciada, além da importância do exame de todo o trato anogenital inferior quando há lesão vulvar relacionada ao HPV de alto risco.

Fonte: de Bie RP et al. Patients with usual vulvar intraepithelial neoplasia-related vulvar cancer have an increased risk of cervical abnormalities. Br J Cancer 2009;101:27-31.

RASTREAMENTO DO CÂNCER ANAL EM MULHERES COM NEOPLASIA GENITAL

Segundo pesquisadores americanos, a infecção anal com tipos de HPV de alto risco é comum em mulheres com neoplasia genital de alto grau e invasiva. Em 102 mulheres com lesão genital, 51% tinham HPV anal. Foram identificados 15 tipos de HPV, sendo 60% oncogênicos (o mais frequente foi HPV 16, em 24%) e 40% não oncogênicos. A alta prevalência de HPV anal não foi estatisticamente diferente entre os locais de lesão genital. Citologia anal alterada ocorreu em apenas 9%, sendo mais frequente nas mulheres com doença vulvar (21%) comparadas à doença cervical isolada (7%). A maioria dos casos de citologia alterada teve diagnóstico histopatológico de neoplasia intraepitelial anal de baixo grau, obtido por biopsia dirigida durante anoscopia de alta resolução. Não houve associação de HPV ou citologia anal alterada com prática de sexo anal, tabagismo ou número de parceiros sexuais. Os autores destacam que a baixa prevalência de citologia anal alterada frente à alta prevalência de HPV levanta dúvidas de quais mulheres com neoplasia genital realmente se beneficiariam com o rastreamento do câncer anal.

Fonte: Park IU et al. Anal human papillomavirus infection and abnormal anal cytology in women with genital neoplasia. Gynecol Oncol. 2009. [Epub ahead of print].

HÁ RELAÇÃO ENTRE CÂNCER GINECOLÓGICO E CÂNCER ANAL?

Pesquisadores da Universidade de Toronto no Canadá realizaram estudo caso-controle de base populacional e encontraram que câncer ginecológico prévio relacionado à infecção pelo HPV teve forte associação com CEC anal. Entre 1992 e 2005, foram identificados 674 casos de câncer anal e comparados a 3264 controles. Nas pacientes com câncer anal, 11 mulheres (1,63%) tinham diagnóstico prévio de câncer do TGI (cérvice, vagina ou vulva), comparadas a 5 (0,15%) no grupo controle. Assim, a chance de ter história passada de qualquer câncer do TGI foi 10 vezes maior para as mulheres com câncer anal e a chance de ter história de câncer de colo uterino foi quase sete vezes maior. O tempo médio entre o diagnóstico do câncer cervical e anal foi de 20,8 anos.

Fonte: Jiménez W et al. Presumed previous human papillomavirus (HPV) related gynecological cancer in women diagnosed with anal cancer in the province of Ontario. Gynecol Oncol. 2009 Jun

4. [Epub ahead of print]

Atualize seus dados cadastrais pelo www.colposcopia.org.br

EVENTOS 2009

22 de agosto - CURSO DE IMUNOLOGIA – São Paulo/SP

Local: Centro de Convenções Rebouças – Auditório Amarelo
Informações (11) 3283-4121 com Elza / 5611-2702 com Nilza
E-mail: sbptgicsp@uol.com.br / nsilvestri@uol.com.br

27 a 29 de agosto - TROCANDO IDÉIAS – Rio de Janeiro/RJ

Informações: www.abgrj.org.br

27 a 29 de agosto – IV CONGRESSO BAIANO DE PATOLOGIA CERVICAL UTERINA E COLPOSCOPIA – Salvador /BA

Local: Salvador/BA - Hotel Othon
Informações: (71) 3235-9491 sbpcuc@terra.com.br

04 a 05 de setembro – I CURSO PARAIBANO DE DERMATO-PATOLOGIA VULVAR E ENCONTRO PARA ATUALIZAÇÃO EM GENITOSCOPIA – João Pessoa/PB

Informações: (71) 3235-9491
E-mail: wk13miranda@hotmail.com

21 a 23 de outubro – IV CURSO DE CIRURGIA DE ALTA FREQUÊNCIA

Natal/RN
Informações: genitoscopia_rn@yahoo.com.br

19 de novembro- IV "UP DATE" EM GENITOSCOPIA/DST

Local: Natal/RN
e-mail: genitoscopia_rn@yahoo.com.br

28 de novembro – CONTROVÉRSIAS EM PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR – ELEIÇÃO E POSSE DA NOVA DIRETORIA – Salvador/BA

Informações: (71) 3235-9491
e-mail: sbpcuc@terra.com.br

Visite-nos no www.colposcopia.org.br

Mande sugestões através do [FALE CONOSCO](mailto:FALE_CONOSCO) ou secretariaabq@uol.com.br, sua opinião é muito importante para nós.

Editoras Médicas Responsáveis:

Dra. Cíntia Irene Parellada e Dra. Ana Carolina Chuery
Gestão 2009-2011 Dra. Paula Maldonado