



**7 A 9 DE
DEZEMBRO**

Minascentro
Av. Augusto de Lima, 785 - Centro, Belo Horizonte - MG



Trabalhos Científicos

Título: Adenocarcinoma De Células Claras: Diagnóstico Diferencial Raro De Sangramento Vaginal

Autores: LAURA DRUMMOND NOGUEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG), VIRGÍNIA SHEILA XAVIER SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II), CLAYTON ISRAEL NOGUEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG), NATHÁLIA MÁRYA XAVIER COUTO E PASSOS (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG), GIOVANA NEVES MARTINS (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG), LAILA GARCIA SALIM DE AZEVEDO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG), THAIS RAMOS VILLELA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG), RAFAEL MACHADO MANTOVANI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG), IVANI NOVATO SILVA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG), CAROLINA ANTUNES DE SIQUEIRA SANTANA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG), DANIELLA CRISTINA REIS ARAÚJO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG)

Resumo: Sangramento vaginal em meninas em idade puberal, sem clínica sugestiva de puberdade, merece atenção para o diagnóstico diferencial com neoplasias, entre outras causas. Paciente, sexo feminino, 9 anos e 11 meses, procurou endocrinologista com queixa de sangramento vaginal. Previamente hígida, sem relato de uso materno de estrógenos. O primeiro episódio de sangramento ocorreu aos 8a e 2m, com duração de 1 dia. A partir de 8a e 8m, manteve sangramentos irregulares, com duração 1-2 dias. Pelos pubianos relatados aos 5 anos, com aumento lentamente progressivo. Ao exame físico, E:131 cm, P:26 kg, sem alterações à palpação abdominal. TannerM1P3, genitália feminina, com mucosa vaginal rósea, sem secreções. Dosagens basais de LH: 0,07 mUI/ml, FSH: 3,65 mUI/ml, Estradiol:19 pg/ml, não caracterizaram quadro de puberdade. Ao USG pélvico, ovários:2,2cm³, útero:31cm³, endométrio:5mm. Hormônios adrenais e função tireoidiana sem alterações. Mantida conduta expectante, sem evolução clínico-laboratorial de puberdade no retorno. Porém, paciente perdeu o seguimento. Após 1 ano, procurou serviço de urgência, devido a sangramento vaginal volumoso e dor abdominal. Novo USG pélvico mostrou lesão sólida expansiva em topografia uterina, heterogênea, hiperfluxo vascular ao Doppler e ovários =0,6cm³. RNM do abdome mostrou volumosa massa de contornos lobulados ocupando os terços superior e médio da vagina, comprimindo anteriormente a bexiga e posteriormente o reto, útero=1,2 cm³, pré-pubere. Biópsia da lesão confirmou adenocarcinoma de células claras de parede vaginal. Estadiamento tumoral, sem sítios de metástase. Foi submetida a ressecção cirúrgica da lesão e histerectomia total ampliada. Em acompanhamento, com boa evolução, sem proposta de complementação terapêutica, no momento. O sangramento vaginal irregular, sem telarca e sem sinais sugestivos de ativação do eixo HHG deve chamar atenção para a hipótese de neoplasia, já que a menarca ocorre cerca de 2 anos após a telarca. O adenocarcinoma de células claras de parede vaginal é raro e 90% dos casos são diagnosticados entre 15 e 22 anos, podendo estar associado à exposição a dietilestilbestrol durante a gestação. É extremamente incomum na fase pré-puberal. A queixa mais frequente é o sangramento vaginal, às vezes, incorretamente interpretado como vaginite na criança ou irregularidade menstrual na adolescente. O tratamento envolve excisão cirúrgica do tumor com histerectomia total. Radioterapia em estágios avançados. O prognóstico é bom, com sobrevida de 90%, após tratamento adequado em estágios iniciais. A rápida elucidação diagnóstica é de extrema importância, em casos como o presente, para possibilitar melhor prognóstico. O exame clínico é fundamental na avaliação da puberdade verdadeira. A pubarca isolada reflete a produção androgênica adrenal, independente da ativação do eixo HHG. Os exames complementares, especialmente os de imagem, devem ser avaliados de acordo com a clínica e realizados por profissionais capacitados