

# CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

## Cervix Uteri Cancer

O Ministério da Saúde, por intermédio do INCA, seu órgão técnico e coordenador das ações nacionais de prevenção e controle do câncer, e em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de saúde, está buscando que o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero se consolide como uma rotina no Sistema Único de Saúde - SUS.

No Brasil, o câncer do colo do útero é a segunda neoplasia mais incidente nas mulheres, com variações entre diferentes regiões do Brasil. Ele representa uma das neoplasias malignas mais atendidas no INCA.

A infecção por HPV (papiloma vírus), alta paridade, multiplicidade de parceiros sexuais e promiscuidade sexual, baixo nível sócio-econômico, iniciação sexual precoce e tabagismo explicam o aumento do número de pacientes cada vez mais jovens.

O câncer do colo do útero origina-se tanto do epitélio escamoso da ectocérvice como do epitélio escamoso colunar do canal cervical. O carcinoma epidermóide representa 90% dos casos, e o adenocarcinoma, 10%. Outros tipos histopatológicos de menor frequência são o adenoescamoso, de células linfocitóides (*oat cells*), sarcomas e linfomas.

### 1. Exames de Avaliação

#### 1.1. Diagnóstico

- Exame ginecológico.
- Citopatologia - O diagnóstico precoce pode ser feito em 90% dos casos pelo exame de Papanicolaou.
- Colposcopia e biópsia - Devem ser realizadas sempre em caso de citopatologias anormais de alto risco:
  - Lesões exofíticas: Biópsia incisional com pinça de saca-bocado ou de Baliu, ou biópsia excisional com alça (CAF - Cirurgia de Alta Frequência).

- Lesões endofíticas: Biópsia de canal cervical com cureta.
- Exame histopatológico do material biopsiado.

#### 1.2. Extensão da doença (estadiamento clínico)

##### 1.2.1. Exames Básicos (em todos os estádios)

- Exame físico geral, em todos os estágios tumorais.
- Exame ginecológico (especular e toque vaginal), em todos os estágios tumorais.
- Toque retal.
- Fosfatase alcalina (FA), AST (TGO) e ALT (TGP) séricas.
- Hemograma completo (inclui contagem diferencial e plaquetometria).
- Creatinina sérica.
- Glicemia, se a doente tiver mais de 40 anos ou história pessoal e familiar de diabetes.
- ECG, se a doente tiver mais de 40 anos, história pessoal ou sintoma ou sinal de hipertensão arterial ou cardiopatia.
- Risco cirúrgico, se a doente tiver mais de 60 anos, história pessoal ou sintoma ou sinal de hipertensão arterial ou cardiopatia.
- Teste anti-HIV.
- Marcadores virais de hepatite B e C.
- RX de tórax.
- US abdômino-pélvica.

##### 1.2.2. Estádios I e IIA

- TC pélvica e abdominal (em casos individualizados).
- Urografia excretora (em casos individualizados).
- Ressonância magnética (em casos individualizados).

##### 1.2.3. Estádios IIB, III e IV

- Uretrocistoscopia (com ou sem biópsia).
- Retossigmoidoscopia (com ou sem biópsia).
- TC pélvica e abdominal (opcional para casos selecionados, visando à exclusão de acometimento linfonodal).

### 1.3. Contra-indicações de tratamento cirúrgico

- Idade > 65 anos.
- Doenças que contra-indiquem cirurgia de porte grande.
- Doenças mentais ou neuro-psiquiátricas.
- Obesidade.
- Pelve andróide.

### 1.4. Restrições para a RT

- Obesidade.
- Massa pélvica anexial associada.
- Hemoglobina < 10g/dl.
- Colagenose.

## 2. Tratamento por Estádios (5ª Edição - UICC, 1997; Ministério da Saúde, 1998.)

### 2.1. Estádio I A1 (invasão do estroma, < 3mm de profundidade e até 7 mm de extensão)

- Conização - Em caso de pacientes jovens sem prole definida,  
OU
- Histerectomia abdominal (tipo I de Rutledge & Piver) ou vaginal, à escolha do cirurgião. A ooforectomia é opcional, na dependência da idade da mulher.  
OU
- Braquiterapia (Esquema 1 – Ver adiante) – Em caso de contra-indicação absoluta de tratamento cirúrgico de mulheres com câncer *in situ* multifocal sincrônico endocervical e vaginal. *Nota:* Repetir, pois, em se tratando de braquiterapia exclusiva, a dose requerida é de 7.000 a 8.000 cGy.

### 2.2. Estádio I A2 (invasão do estroma, > 3mm e até 5mm de profundidade e até 7mm de extensão)

- Histerectomia abdominal (tipo I de Rutledge & Piver) + biópsia intra-operatória seletiva de linfonodos pélvicos, se não há invasão do espaço linfovascular,  
OU
- Histerectomia radical modificada (tipo II de Rutledge & Piver) + biópsia intra-operatória seletiva de linfonodos pélvicos, se há invasão do espaço linfovascular, **MAIS**

RT externa pós-operatória (Esquema 2 - Ver adiante), em casos de linfonodos acometidos, margens cirúrgicas < 3mm, invasão cervical profunda ou êmbolos vasculares ou linfáticos,  
OU

- RT exclusiva (Esquema 3 - Ver adiante), em casos das pacientes não eleitas para cirurgia.

### 2.3. Estádios IB e IIA

O tamanho do tumor é fator relevante na escolha do primeiro tratamento. O resultado do tratamento cirúrgico é idêntico ao da RT exclusiva (Esquema 3), ressaltadas as possíveis complicações, seqüelas e seguimento.

#### 2.3.1. Lesão < 4cm – IB1

- Histerectomia abdominal radical (tipo III de Rutledge & Piver) + linfadenectomia pélvica **MAIS** RT externa pós-operatória sobre a região pélvica (Esquema 2), na dependência dos achados histopatológicos da peça operatória já descritos,  
OU
- RT exclusiva (Esquema 3).

#### Indicação da RT externa pós-operatória

- Inquestionável - margens cirúrgicas positivas e achados de metástases ovarianas.
- Provável - metástases para linfonodos pélvicos e invasão do tecido paracervical e êmbolos vasculares e linfáticos.
- Questionável - tamanho, grau de diferenciação, tipo histopatológico e invasão em profundidade tumorais.

#### 2.3.2. Lesão endocervical tipo barril

- RT pré-operatória sobre a região pélvica (Esquema 2) **MAIS** histerectomia (tipo I de Rutledge & Piver), 4 a 6 semanas após a RT,  
OU
- RT exclusiva (Esquema 3).

#### 2.3.3. Lesão > 4cm – IB 2

- RT exclusiva (Esquema 3)  
OU
- Histerectomia abdominal radical (tipo III de Rutledge & Piver) e linfadenectomia pélvica **MAIS** radioterapia externa (Esquema 2), na dependência do resultado do exame histopatológico (linfonodos

acometidos ou doença residual na cúpula vaginal).

### 2.3.4. Estádios II B, III A, III B e IV A

- RT exclusiva (Esquema 3).

**Nota:** O INCA ainda está analisando a validade da incorporação da associação da RT com QT, como rotina terapêutica dos estádios II B a IV A, tendo como contra-indicações para a QT: PS 3; insuficiência renal e doenças graves associadas não compensadas; e, como restrição, a existência de segundo tumor primário não controlado.

- Tratamento cirúrgico paliativo para estágio IV A (derivações intestinais ou urinárias), dependendo de indicações individualizadas.

### 2.3.5. Estádio IV B

São controversos os tratamentos do câncer avançado do colo uterino, sendo a QT, RT e cirurgias paliativas indicadas de acordo com cada caso.

### 2.3.6. Recidivas

A conduta depende do(s) tratamento(s) prévio(s): Nos casos de recidiva central (cúpula vaginal) sem invasão da bexiga ou do reto, faz-se exenteração pélvica, se não houver edema de membros inferiores ou linfonodos para-aórticos acometidos.

Já nos casos de recidiva pélvica ou linfonodal, após tratamento cirúrgico radical, indica-se a RT externa (Esquema 4); e RT externa + braquiterapia (Esquema 3), se recidiva em cúpula vaginal. Dependendo do volume tumoral e da baixa probabilidade de benefício da dose radical, será considerada a radioterapia paliativa (Esquema 5).

**Nota:** Cirurgia de resgate pode ser procedida nos casos de resposta parcial ou recidiva após RT.

## 2.4. Esquemas de Radioterapia

- **ESQUEMA 1 - Braquiterapia exclusiva de Baixa Taxa de Dose:** 4.000cGy no ponto A OU Braquiterapia de Alta Taxa de Dose: 700cGy/inserção/semana durante 04 semanas.
- **ESQUEMA 2 - Radioterapia externa pré- ou pós-operatória:** 5.000cGy em 25 frações.

- **ESQUEMA 3 - Radioterapia exclusiva:** Radioterapia externa sobre a região pélvica conforme o Esquema 2, seguida de braquiterapia conforme o Esquema 1.
- **ESQUEMA 4 - Radioterapia externa com dose de reforço:** 5.000cGy em 25 frações + 1.000cGy em 05 frações como dose de reforço na área de resíduo tumoral.
- **ESQUEMA 5 - Radioterapia externa com finalidade paliativa:** 3.000cGy em 10 frações sobre a região pélvica ou locais de lesões metastáticas sintomáticas.

## 2.5. Situações Especiais no Tratamento do Câncer do Colo do Útero

### 2.5.1. Gestação

O tratamento do câncer cervical na gestação é dependente, principalmente, do desejo da mulher ou do casal e de intensas discussões éticas, em juntas médicas e Comitê de Ética.

#### Estádio I A

Tratar o câncer conforme o descrito nos sub-itens 3.1 e 3.2, após o término ou interrupção da gravidez, dependendo da decisão da mulher ou do casal.

#### Estádio I B

- Até a 12ª semana de gestação  
Histerectomia abdominal radical (tipo III de Rutledge & Piver) com o feto intra-útero + linfadenectomia pélvica bilateral.
- Após a 12ª semana de gestação  
Cesariana e, posteriormente, histerectomia abdominal radical (tipo III de Rutledge & Piver) + linfadenectomia pélvica bilateral.

#### Estádios II, III e IV A

RT exclusiva (Esquema 3), conforme a idade gestacional e a viabilidade fetal:

- Gestação até 24 semanas  
Decisão, pela mulher ou pelo casal, de interrupção ou continuidade da gestação até a viabilidade fetal.
- Gestação com feto viável  
Cesariana antes da RT.

#### Estádio IV B

Tratamento paliativo, com condutas individualizadas, tanto do ponto de vista do câncer, como da gestação.

**Nota:** Todos os procedimentos devem ser

rigorosamente esclarecidos à mulher, ao casal ou ao responsável pela doente, devendo ser submetidos à sua anuência formal. Todos os aspectos legais devem ser considerados.

### 2.5.2. Carcinoma invasor em estágio até II A achado em peça de histerectomia simples

- RT pós-operatória (Esquema 2)  
OU
- Em pacientes jovens e com doença residual, procede-se à parametrectomia + linfadenectomia pélvica + colpectomia do terço superior e, dependendo do resultado do exame patológico das peças cirúrgicas, RT pós-operatória (Esquema 2).

### 2.5.3. Carcinoma do colo após histerectomia subtotal

Em pacientes com câncer diagnosticado no colo remanescente, o tratamento pós-histerectomia subtotal é feito conforme já descrito para os respectivos estágios tumorais.

*Nota:* Em caso dos esquemas de RT 1 e 3, a braquiterapia só é procedida se tecnicamente viável, por conta do volume do coto do colo uterino.

## 3. Exames de Acompanhamento

### 3.1. Exames durante o tratamento:

São solicitados conforme indicações individualizadas.

### 3.2. Exames de seguimento:

- Exame físico geral.
- Exame ginecológico, inclusive especular, com coleta de material para exame citopatológico.
- Toques retal e vaginal.
- Exames laboratoriais e de imagens (RX de tórax, US abdômino-pélvica, TC abdominal e pélvica, de acordo com a indicação clínica).

#### Tempo de seguimento:

Varia de acordo com o tratamento efetuado:

- Pacientes submetidas à histerectomia total abdominal dos tipos I e II - revisão de 6 em 6 meses, durante 2 anos, seguindo-se de controle anual, até completar 5 anos, quando é dada alta.
- Pacientes submetidas à histerectomia total abdominal do tipo III, com ou sem RT complementar - revisão a cada 6 meses, durante 2 anos, e, depois, anual até 5 anos, quando é dada alta.
- Pacientes submetidas à RT - revisão em 3 meses, seguindo-se de controle a cada 6 meses, durante 2 anos. Posteriormente, revisão anual até completar 5 anos.