

# GRUPO DE TRABALHO SOBRE CARCINOMA CÉRVICO-UTERINO NO CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL

CARCINOMA CÉRVICO-UTERINO NO CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL

## COMPOSIÇÃO:

Humberto Torloni,  
Hebe Quezado de Magalhães,  
Maria das Mercês Pontes Lima Cunha,  
Nisio Marcondes Fonseca,  
Domingos Machado,  
Domingos Delascio,  
José Maria de Magalhães Netto,  
Alberto Henrique Rocha,  
Iracema M. Baccarini.

DIVISÃO NACIONAL DE CÂNCER - MS

21 a 22 de junho de 1976

BRASÍLIA - DF

## 1. INTRODUÇÃO

A simultaneidade do carcinoma do colo uterino e do ciclo grávido-puerperal proporcionalmente em relação aos dois estados ou processos particularmente importantes pelo seu flagrantemente antagonismo.

Numerosas são as referências da literatura sobre o assunto. Já Hipócrates, na mais remota antiguidade, referiu-se à coincidência do carcinoma do útero e gravidez. Fazemos apenas referência a algumas literaturas atuais que, a nosso ver, situam bem o problema:

Em 1970, Wied, G. coordenou um Simpósio, onde foram convidados 14 participantes, os mais representativos da ginecologia, para discutirem o epitélio cervical no ciclo grávido-puerperal, tanto sob o aspecto de suas modificações normais, como nas displasias (Leve, Moderada e Acentuada), e no carcinoma "in situ".

Fizeram parte desse Simpósio os seguintes cientistas: Bret, J., Burghart, E., Christerson, W., De Brux, J., Gordon, H., Greene, R., Koss, L., Meisels, A., Melamed, M., Navratil, E., Sawaya, G., Ullery, J., Wachtel, E., Von Ham, E.

Em outras palavras, podemos concluir que a gravidez não "cria", nem faz "desaparecer" tais lesões patológicas quando corretamente diagnosticadas. A gravidez não "mascara" o carcinoma "in situ" da cérvix uterina. Este mesmo autor refere que não há diferença estatística entre o carcinoma "in situ" de uma mulher grávida de outra não grávida.

Quanto à incidência das displasias e do carcinoma "in situ" no ciclo grávido-puerperal, nesse mesmo Simpósio De Brux referiu uma incidência de carcinoma "in situ" de 1:600 e de displasias, 1:120.

Wachtel, em seu serviço de pré-natal do Hammermith Hospital, dá uma incidência

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA NACIONAL DE SAÚDE  
DIVISÃO NACIONAL DE CÂNCER

CARCINOMA CÉRVICO-UTERINO NO CICLO GRÁVIDO-PUERPERAL

1. INTRODUÇÃO

A simultaneidade do carcinoma do colo uterino e do ciclo grávido-puerperal proporciona ao médico um cotejo de dois estados ou processos particularmente importantes pelo seu flagrante antagonismo.

Numerosas são as referências da literatura sobre o assunto. Já Hipócrates, na mais remota antiguidade, referiu-se à coincidência do carcinoma do útero e gravidez. Fazemos apenas referência a algumas literaturas atuais que, a nosso ver, situam bem o problema:

Em 1970, Wied, G. coordenou um Simpósio, onde foram convidados 14 participantes, os mais representativos de todo o mundo, para discutirem o epitélio cervical no ciclo grávido-puerperal, tanto sob o aspecto de suas modificações normais, como nas displasias (Leve, Moderada e Acentuada), e no carcinoma "in situ".

Fizeram parte desse Simpósio os seguintes cientistas: Bret, J., Burghart, E., Christopherson, W., De Brux, J., Gordon, H., Greene, R., Koss, J., Meisels, A., Melamed, M., Navratil, E., Sawaya, G., Ullery, J., Wachtel, E., Von Haam, E.

Todos esses autores afirmaram não haver dúvidas sobre o correto diagnóstico citopatológico e anátomo-patológico dessas lesões (displasias, carcinoma "in situ") na puerperalidade.

O epitélio cervical na gravidez apresenta alterações próprias, quer do ponto de vista clínico, quer do ponto de vista citopatológico e anatomopatológico (hiperplasia das células de reserva ou subcilíndricas, metaplasia escamosa), que são perfeitamente diagnosticáveis, sem confundí-las com as displasias e o carcinoma "in situ".

Em outras palavras, podemos concluir que a gravidez não "cria", nem faz "desaparecer" tais lesões patológicas quando corretamente diagnosticadas. A gravidez não "mascara" o carcinoma "in situ" da cérvix uterina (Koss). Este mesmo autor refere que não pode distinguir o carcinoma "in situ" de uma mulher grávida de outra não grávida.

Quanto à incidência das displasias e do carcinoma "in situ" no ciclo grávido-puerperal, nesse mesmo Simpósio De Brux referiu uma incidência de carcinoma "in situ" de 1:600 e, de displasias, 1:120.

Wachtel, em seu serviço de pré-natal do Hammersmith Hospital, dá uma incidência

do carcinoma "in situ" da cérvix na gravidez de 1:120.

Christopherson afirma que a incidência das displasias e carcinoma "in situ" da cérvix na gravidez ou fora da gravidez é a mesma. Navratil e Burghardt referem que a incidência do carcinoma "in situ" na gravidez está relacionada com a idade das pacientes, bem como com o seu nível sócio-econômico, fatores esses que são os mesmos quando se analisam incidências de displasias e carcinoma "in situ" da cérvix fora da gravidez.

Outro trabalho que gostaríamos de citar, sem dúvida de grande importância, é o de Jones & Col., 1968, que num estudo de 90.000 gestantes, acompanhadas durante 5 anos nos serviços de pré-natal, da cidade de Los Angeles, encontraram incidência de 1:370 para o Ca "in situ" da cérvix.

Sabemos que as displasias e carcinoma "in situ" têm a sua maior incidência na menacme. No nosso meio, não há estatística global a respeito. Entretanto, trabalhos isolados parecem indicar a maior incidência dessas lesões em pacientes bastante jovens.

Em serviços de pré-natal, com pacientes mais jovens, talvez se faça mais diagnóstico de displasias do que de carcinoma "in situ" da cérvix uterina, o que de maneira alguma invalida uma propedêutica de detecção precoce do carcinoma cervical, pois estamos convencidos, através de numerosos estudos da morfogênese do carcinoma cervical, que este, na sua quase totalidade se inicia ou tem como precursor as displasias cervicais.

## 2. CONDUTA DIAGNÓSTICA

Recursos para chegar-se ao diagnóstico de

malignidade cérvico uterina no ciclo grávido-puerperal.

### 2.1 – Exame obstétrico-ginecológico

#### 2.2 – Exame citopatológico

Durante o exame obstétrico-ginecológico o toque deverá ser precedido pelo exame especular e pela colheita citológica.

#### 2.2.1 – COLHEITA:

A colheita deverá ser feita por médico e, exclusivamente, na falta dele, por pessoal habilitado.

A técnica da colheita deverá ser dupla (orifício externo do colo e fundo de saco posterior da vagina), em lâmina única; Tríplice apenas em serviços especializados. (anexo I).

#### 2.2.2 – INTERPRETAÇÃO:

As alterações morfológicas de malignidade das células são idênticas na gestação e fora dela.

#### 2.2.3 – RESULTADO:

O resultado deverá ser emitido de acordo com a nomenclatura da OMS-1972. (anexo II).

a) Resultado citológico **negativo** para displasia, carcinoma "in situ", microcarcinoma e carcinoma (invasor): o médico deverá orientar a paciente para novo exame após o puerpério.

b) Resultado citológico **positivo** para displasia leve ou moderada: acompanhar a paciente com novos exames citológicos.

c) Resultado **positivo** para displasia acentuada ou carcinoma "in situ": o médico deverá proceder à biópsia dirigida, preferentemente pela colposcopia e na falta desta, orientada pelo teste de Schiller, ficando re-

servada a conização diagnóstica para casos de dúvida.

d) Nos casos de **citologia positiva** para displasia acentuada e carcinoma "in situ" com **colposcopia negativa**, o médico deverá repetir a citologia e eventualmente poderá proceder à conização.

### 2.3 – Exame colposcópico

A colposcopia deve ser estimulada como propedêutica toco-ginecológica e não como especialidade médica por si mesma.

## 3. CONDUTA TERAPÊUTICA

A paciente, em todos os caso, deve ser esclarecida e consultada sobre o desejo de conservar a vida fetal mesmo com seu próprio risco.

### 3.1 – NA GESTAÇÃO

3.1.1 – Displasia leve ou moderada:  
Acompanhamento citológico. Tratamento dos processos inflamatórios porventura existentes.

3.1.2 – Displasia acentuada ou carcinoma "in situ":  
Vigilância clínico-citológica. Reavaliação dois meses após o parto, procedendo-se então, como fora da prenhez.

3.1.3 – Microcarcinoma:  
Nos 1º e 2º trimestres: Wertheim em útero grávido.

No 3º trimestre: aguardar a viabilidade fetal enquanto se prepara a paciente para cesárea corporal seguida de Wertheim.

3.1.4 – Carcinoma (invasor):  
Estádios Ib e II:

1ª – metade: Wertheim em útero grávido mais irradiação adequada.

2ª – metade: próximo da viabilidade (um mês), esperá-la e proceder à cesárea seguida de Wertheim e irradiação adequada.

3.1.5 – Estádio III:

1ª metade: microcesárea mais irradiação adequada.

2ª – metade: aguardar viabilidade. Cesárea e irradiação adequada.

3.1.6 – Estádio IV:

Esperar viabilidade. Cesárea e tratamento oncológico possível.

### 3.2 – No Parto

A displasia acentuada e o carcinoma "in situ" não constituem indicação de cesárea, embora uma minoria de autores recomende a via alta.

### 3.3 – No Puerpério

A conduta é idêntica àquela fora da prenhez.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – WIED, G.L. — Epithelial abnormalities on the ectocervix during pregnancy. *The Jour. Reprod. Med.*, **4**:13, 1970.
- 2 – JONES, E. G. — and col. — Cancer Detection during Pregnancy. *Am. J. Obstet. and Gynec.*, **101**:298, 1968.
- 3 – REAGAN, J.W. — and Patten, S. F. — Dysplasia: a basic reaction to injury in the uterine cervix. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, **97**:662, 1962.
- 4 – RICHART, RM. — Influence of diagnostic and therapeutic procedures on the distribution of cervical intra-epithelial neoplasia. *Cancer*, **19**:1635, 1969.
- 5 – RICHART, RM. — and BARRON, B.A. — Follow-up study of Patients with cervical dysplasia. *AM. J. Obstet. Gynec.*, **105**:386, 1969.