

ATUALIZAÇÃO DOS CONHECIMENTOS SÔBRE CÂNCER DO COLO UTERINO

REUNIÃO REALIZADA NA
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE
MEDICINA EM 13-5-1955.

Perguntas:

- 1) Qual a sua opinião sôbre a associação irradiações e cirurgia no tratamento do câncer do colo uterino?
- 2) O que pensa a respeito da associação rádio e roentgen-terapia no tratamento do câncer do colo uterino?

RELATOR

DR. ANTÔNIO PINTO VIEIRA

da Secção de Radioterapia do
Serviço Nacional de Câncer.

Respondendo à primeira pergunta devo esclarecer o seguinte: por associação de irradiação à cirurgia, entendemos os dois tipos de tratamento realizados em continuidade, isto é, um logo após ao outro, não excedendo de 6 semanas o período que vai do término do primeiro ao início do segundo tratamento.

- 1.^a) *Hipótese: Seria vantajoso para a doente irradiar antes para se operar depois?*

Não creio que esta orientação possa trazer grandes benefícios para

as doentes portadoras de câncer do colo do útero. Se fôr administrada tôda a dose de rádio, a operação só deve ser praticada após pelo menos 6 semanas de espera, época em que já passou tôda a reação do rádio. Operar-se a doente, antes dêsse prazo não é aconselhável, pois poderá até disseminar a doença, já que existem células malignas que ainda não pereceram. Se após decorridas 6 semanas a enfêrma estiver passando bem e livre de sintomas, qual seria a vantagem de submetê-la a uma intervenção cirúrgica com conseqüente risco operatório? Não seria mais lógico continuar a acompanhá-la com exames periódicos, e vir sômente a indicar a cirurgia num caso de recidiva? Creio que, em Centros onde se trabalha com muita segurança em Curieterapia e se dosa o rádio em roentgens gama, a cirurgia não deverá ser indicada em associação à Curieterapia, já que a aplicação de rádio resolverá praticamente todos os casos. A administração da dose de 7.000 a 10.000r deverá destruir qualquer carcinoma que se localize no colo do útero.

- 2.^a) *Hipótese: Seria vantajoso para a doente nos casos operáveis, operar primeiro para em seguida submeter-se ao tratamento irradiante?*

Nos Serviços que disponham de cirurgiões bem treinados em operação

tipo Wertheim com esvaziamento pélvico, desde que não operem casos avançados, a associação cirurgia e irradiação não tem razão de ser seguida, já que conseguem sempre extirpar o tumor com grande margem de segurança. Contudo, nas duas eventualidades que vou passar a descrever, somos partidários da associação cirurgia e irradiação:

a) Quando o Cirurgião não conseguiu seccionar a vagina com grande margem de segurança, isto é, bem distante da lesão, deverá ser aplicado o rádio na cicatriz vaginal, tão cedo seja permissível a fim de prevenir uma possível recidiva na cúpula vaginal.

b) Quando se tratar de casos estádios I e II clínicos, e que durante a intervenção o cirurgião encontrou adenopatias na pélvis, deverá ser indicada a roentgenterapia com a finalidade de tentar destruir as adenopatias ou mesmo ainda agrupamento de células malignas que tenham passado despercebidas ao cirurgião.

Respondendo à segunda pergunta temos a dizer:

Na Secção de Radioterapia do Serviço Nacional de Câncer, somos pela associação rádio e roentgenterapia no tratamento do câncer do colo do útero.

➤ Sòmente nos casos de estádio I, não empregamos a roentgenterapia como tratamento complementar, já que o rádio sòmente resolve todos os casos.

Em 1948, o Dr. Osolando Machado introduziu no Serviço Nacional de Câncer, a técnica de Manchester também chamada técnica de Tod. Desde aquela época, a referida técnica vem sendo se-

guida por nós não só no Serviço Nacional de Câncer, como ainda no Serviço de Ginecologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, no Hospital Nossa Senhora da Glória e ainda em clínica particular.

Consiste numa modificação da técnica de Regaud, na qual os colpostatos foram substituídos por aplicadores de formato ovóide, feitos de borracha. Os tubos de rádio filtrados por 1,0 mm. de platina, são distribuídos na vagina e na cavidade uterina.

Na vagina o rádio é aplicado em ovóides. Existem 3 tipos de ovóides: pequeno, médio e grande. Êles são colocados aos pares, ficando separados por espaçadores, que podem ser pequenos ou grandes. No canal cervical os tubos são colocados dentro de uma sonda de borracha a fim de que seja irradiada tôda a cavidade uterina.

A duração do tratamento é de 10 dias. O rádio é aplicado pelo prazo de 72 horas; seguindo-se um descanso de 72 horas, para posteriormente ser aplicado por mais 96 horas consecutivas.

Por ocasião das Sextas Jornadas Brasileiras de Obstetrícia e Ginecologia que se realizaram no Rio de Janeiro em Novembro de 1952, apresentamos trabalho mostrando a vantagem do emprego da técnica de Tod, quando tivermos que complementar o tratamento irradiante pela roentgenterapia.

O nosso principal objetivo ao padronizar as doses de roentgenterapia, foi de procurar administrar doses mínimas capazes de controlar os casos, evitando-se dêste modo tanto quanto possível as sequelas tão desagradáveis, quais sejam: retites e cistites.

Antes contudo de prosseguirmos na nossa explanação, para maior clareza vamos demonstrar como são determinados os pontos *A* e *B* dos Radioterapêutas (vide fig. 1).

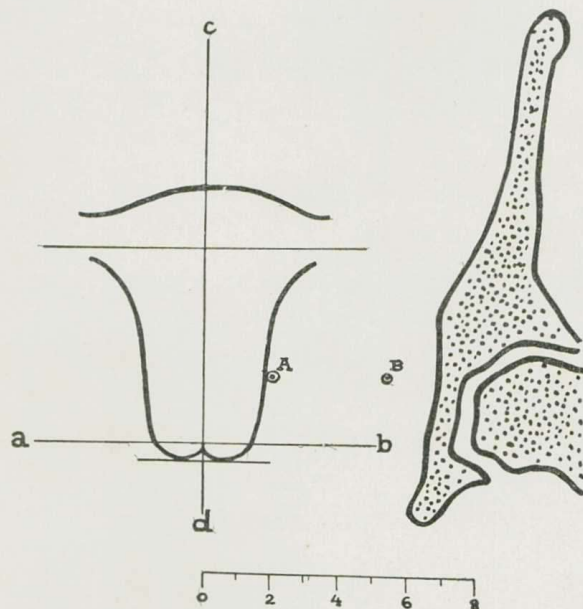


Fig. 1 — Diagrama mostrando a localização dos pontos *A* e *B* em relação à bacia (Segundo Arneson, Progress in Gynecology, Vol. II, Meigs e Sturgis, Ed. pg. 520).

Determina-se o ponto *A* tomando-se duas linhas, uma horizontal *ab* que passa pela membrana mucosa dos fundos de sacos laterais, e uma vertical *cd* que corresponde ao eixo do útero. Par-

tindo-se do cruzamento destas duas linhas, 2 cm. para cima e 2 cm. para à direita, teremos o ponto *A*. O ponto *B* acha-se no mesmo plano que o ponto *A*, porém a 3 cm. de distância na direção da pélvis.

Pela técnica de Tod, o ponto *A* que fica situado no cruzamento do ureter com a artéria uterina, receberá a dose de 7.000 r gama que constitui a mínima dose cancericida para os carcinomas.

Como a dose de rádioium decresce rapidamente na direção dos planos ósseos da bacia, usando-se curvas de isodose determina-se a quantidade de roentgens gama nos vários pontos da pélvis, vindo assim de muito facilitar a roentgenterapia complementar.

Quando a infiltração parametrial não atinge o ponto *B*, administra-se como roentgenterapia complementar 2.000r na altura dos paramétrios.

Nos casos em que a infiltração parametrial ultrapassa o ponto *B* não chegando contudo a atingir os planos ósseos, administramos 2.500r. Contudo porém se a infiltração chegar a atingir os planos ósseos, a dose de Raios X terá que ser maior, sendo então administrados nesses casos 3.000r.

