

Carcinoma de Colo Uterino: um Relato de Caso

Cervical Carcinoma: a Case Report

Yasmin Furtado Faro ¹, Ana Carolina Andrade Canut ¹, Leonardo Wanderley Juliani ¹,
Gleim Dias de Souza ²

Resumo

Este relato de caso refere-se a uma breve revisão de literatura e discussão sobre carcinoma de colo de útero, com o objetivo de levantar aspectos da infecção do vírus que influenciam no curso natural da doença, além de associar com manifestações das lesões precursoras até a evolução da neoplasia. Objetiva-se também discutir e apresentar o caso que serviu de base para início de revisão literária acerca da entidade patológica em questão.

Palavras Chave: Colo do Útero; Câncer; Ressonância Magnética

Abstract

This case report refers to a brief literature review and discussion about cervical carcinoma aiming to raise aspects related to virus infection that influence the natural course of the disease as well as associate with manifestations of precursor lesions up to development of neoplasia. It also aims to discuss and present the case that served as basis for early literature review about the pathologic entity.

Key words: Cervical; Cancer; Magnetic Resonance

Introdução

O câncer de colo de útero representa a segunda neoplasia mais frequente no sexo feminino, sendo uma doença de progressão lenta, com grande potencial de prevenção e cura quando diagnosticada e tratada precocemente, constituindo um verdadeiro problema de saúde pública, especialmente, nos países em desenvolvimento onde existem

significativas taxas de mortalidade pela doença.^{1,2,3,4}

A descoberta de lesões cancerosas iniciais e lesões pré-cancerosas são de grande importância, pois uma parcela significativa dos tumores invasivos é curada pela ressecção precoce e pelo tratamento eficaz; mais importante, ainda, é que muitas das condições pré-cancerosas são erradicadas,

191

1. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Médico radiologista, docente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

E-mail do primeiro autor: yasmin_faro@hotmail.com

Recebido em 28/07/2015

Aceito, após revisão, em 12/08/2015

oportunamente, por um tratamento adequado. Essa melhora dramática é explicada em grande parte pela eficácia do teste de colpocitologia oncótica na detecção de pré-cânceres cervicais e ao fácil acesso ao colo uterino para colposcopia e biópsia.^{5,6}

O quadro inicial é quase sempre assintomático, tendo poucos relatos de sangramento pós-coito dificultando o diagnóstico apenas pela clínica. Em casos de acometimento severo e longa progressão tem-se como clínica perda de sangue induzida ou espontânea, corrimento aquoso e fétido, além de cólicas em baixo ventre.^{7,8}

A escolha do tratamento para cada paciente baseia-se no estadiamento clínico da lesão de acordo com os padrões da FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) que compreende a citologia, colposcopia e patologia interligados e complementares, não compreendendo, porém, exames de imagem para avaliação de estágio linfonodal e metástases a distância.^{5,2}

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 34 anos, previamente hígida com história de dor em região hipogástrica e sangramento rutilante há 4 meses, sem qualquer relação com o ciclo

menstrual, que se intensifica após relação sexual, sendo nesse momento, associado à corrimento claro de odor fétido.

Paciente relata menarca aos 12 anos e sexarca aos 17 anos, sem ter realizado nenhum exame preventivo por colpocitologia oncótica durante sua vida, teve 6 parceiros sexuais, é nuligesta e como método contraceptivo faz uso anticoncepcional oral combinado. Nega qualquer histórico de doença venérea e desconhece qualquer informação sobre histórico familiar.

Ao exame especular apresentou lesão tumoral infiltrando o colo de útero, friável e sangrante, e o exame físico revelou que a massa acometia o paramétrio bilateralmente. Foi submetida a colpocitologia oncótica que revelou atipia celular com intensa degeneração escamosa. Além de colposcopia com Teste de Schiller positivo, prova do iodo negativo e biópsia cervical que revelou carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado.

O exame de ressonância magnética do abdômen total revelou lesão cervical extensa com comprometimento da cúpula vaginal (Figura 1), acometendo também o paramétrio bilateralmente, sobretudo do lado direito, configurando espessamento do septo vesíco-uterino (Figura2).

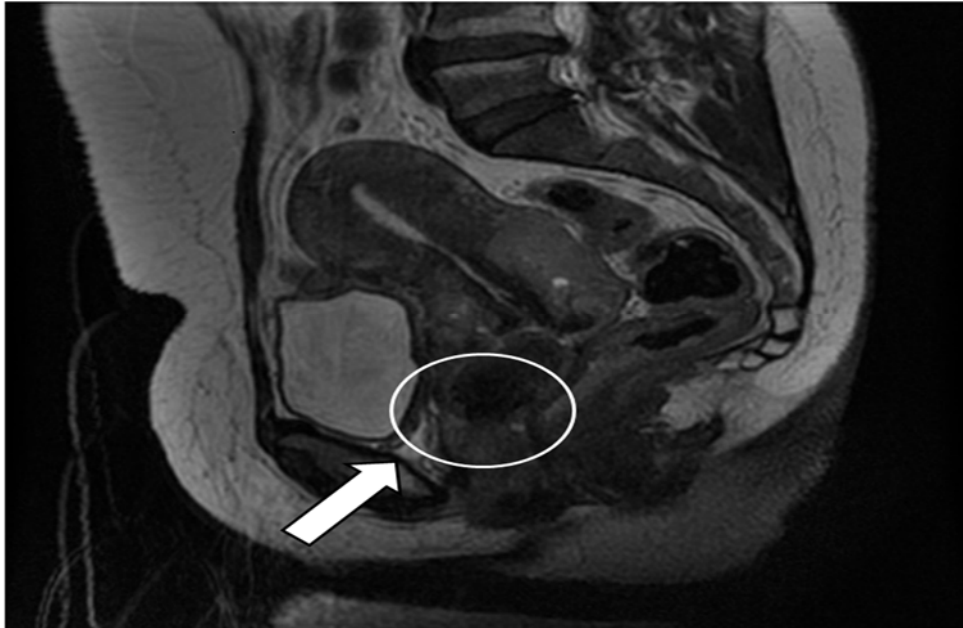


Figura 01 – Imagem de ressonância magnética pélvica da paciente em corte sagital T2 apresentando lesão expansiva do colo uterino de contornos borcelados com acometimento da cúpula vaginal e discreta infiltração do septo vésico-uterino.

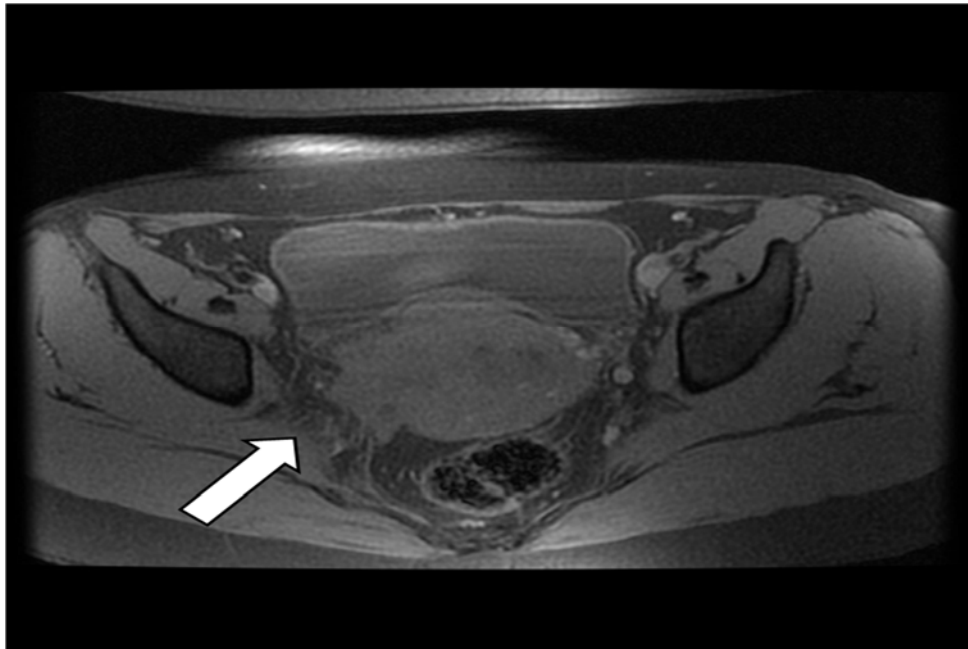


Figura 02 – Imagem de ressonância magnética pélvica da paciente de corte axial T1 apresentando comprometimento de paramétrios com ênfase na infiltração do paramétrio direito.

Discussão

O câncer de colo de útero é o segundo câncer mais comum em mulheres, sendo responsável pela morte de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. Controversamente é considerado um dos tipos de câncer com maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. Tal fato se justifica pela lenta evolução da doença, com sequência bem definida e facilidade de detecção de lesões ainda em estágios iniciais, o que leva a um rápido diagnóstico e maior eficácia no tratamento¹.

O programa nacional de controle ao câncer de útero no Brasil, estabelecido pelo ministério da saúde, coloca o rastreamento por meio do exame colpocitológico como medida inicial para diagnóstico e tratamento, fazendo assim detecção precoce de lesões intra-epiteliais em mulheres ainda assintomáticas. Em seguida são preconizadas as seguintes condutas; citologia normal e alterações benignas deve seguir a rotina de rastreamento citológico (anualmente); para alterações pré-malignas (LIE-BG e ASC-US) deve-se repetir a citologia em seis meses, caso o resultado se repita, está indicada a colposcopia e biópsia; para lesões malignas (LIE-AG, ASC-H, AGUS e carcinoma in situ), a colposcopia com biópsia estão indicadas imediatamente¹.

O tratamento do carcinoma de colo uterino depende muito do estadiamento do

tumor. O sistema de estadiamento mais preconizado atualmente é o estabelecido pela FIGO, o qual foi criado em 1958. Esse estadiamento se baseia em um exame clínico sob anestesia, realizado por um observador experiente, e segundo a FIGO, o estágio clínico do tumor não pode ser mudado após um exame de imagem subsequente. A escolha de tratamento para cada paciente deve se basear na avaliação ginecológica sob anestesia, na colposcopia, na investigação de hidronefrose e em um raio x de tórax².

Outros fatores que também afetam o prognóstico da paciente são o tamanho do tumor, metástase para linfonodos, profundidade de invasão e características histopatológicas; mesmo interessando ao prognóstico, o acometimento linfonodal não é considerado durante o estadiamento da FIGO².

Muitos estudos já foram realizados sobre a eficiência de exames de Tomografia Computadorizada (TC) ou Ressonância Magnética na avaliação de tumores do colo uterino, na tentativa de avaliar se ao associá-los à classificação da FIGO há melhora na avaliação da extensão da doença e se é possível identificar fatores de pior prognóstico².

No estudo realizado por K. Stenstedt et al.² demonstrou que o uso da RM afeta tanto o estadiamento quanto o tratamento do câncer de colo de útero, principalmente quando se tratam de lesões em estágio avançado. Em 10

pacientes entre 125, o resultado da ressonância alterou o tratamento planejado.

Conclusão

É factual a ampla prevalência atual do carcinoma de colo uterino, bem como seu prognóstico ruim naqueles casos de diagnóstico tardio. A realização de exames de rastreio de lesões precursoras de CA de colo na população alvo é de inestimável valia para a redução dos casos que cursam com prognóstico de difícil controle e tratamento, podendo levar milhares de mulheres à morte todos os anos, como conferimos em estudos epidemiológicos acerca da entidade neoplásica em questão.

Essas taxas de mortalidade decorrentes de câncer de colo de útero seguem um platô em países subdesenvolvidos, mesmo com evolução nos conhecimentos e estudos atuais, por fatores auto elucidativos: a patologia segue curso lento, sem manifestações clínicas no seu início; se trata de infecção de transmissão sexual e, portanto, de difícil controle; exames ainda tem baixa sensibilidade diagnóstica; no Brasil há baixa cobertura da população, agravado pela ineficácia do sistema de saúde em si.

Sendo assim, conclui-se que a abrangência deve ser ampliada para que o rastreio seja eficaz no montante populacional,

do que se trata de um dos tipos de cânceres mais letais em países como o Brasil.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2006:. Rio de Janeiro:INCA,2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estimativa_incidencia_cancer_2008.pdf.
3. Derchain SFM, Filho AL, Syrjanen KJ. Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. Rev Brás Ginecol Obstet. 2005; 27(7):425-33.
4. Brito Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. Rev Saúde Pública. 2014; 48(2):240-8.
5. Nicolau SM, Gonçalves WJ, Ribalta JCL, Lima GR. Carcinoma Invasor do colo do Útero. In: Baracat EC, Lima GR. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina – Ginecologia. 1 ed. Barueri (SP): Editora Manole; 2005.
6. Cordeiro MRA, Costa HLFF, Andrade RP, Brandão VRA, Santana R. Inspeção visual do colo uterino após aplicação de ácido acético no rastreamento das neoplasias

- intra-epiteliais e lesões induzidas por HPV.
Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(2):51-7.
7. Camisão CC, Brenna SMF, Lombardelli KVP, Djahjah MCR, Zeferino LC. Ressonância magnética no estadiamento dos tumores de colo uterino. Radiol Bras 2007;40(3):207–15
 8. Crum CP - Aparelho Genital Feminino. In: ROBBINS - Patologia Estrutural e Funcional, 5º ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1996.
 9. Berek JS. Berek e Novak: Tratado de Ginecologia. 14ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
 10. Ginecología Oncológica. XII Curso Intensivo de Formación Continuada. Laboratorios Madrid: Meorini SA e Ergan SA, 2005.