

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM

CAMILA BAE UNEDA
THÁCIA VIEIRA MEDEIROS

**DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE CÂNCER DE COLO POR CURETAGEM
UTERINA PÓS-ABORTO: RELATO DE DOIS CASOS**

VITÓRIA
2013

CAMILA BAE UNEDA
THÁCIA VIEIRA MEDEIROS

**DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE CÂNCER DE COLO POR CURETAGEM
UTERINA PÓS-ABORTO: RELATO DE DOIS CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Superior de Ciências
da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM, como requisito parcial para
obtenção do grau de médico.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Almeida
Guerzet

VITÓRIA
2013

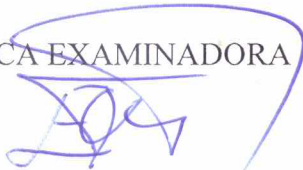
CAMILA BAE UNEDA
THÁCIA VIEIRA MEDEIROS

**DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE CÂNCER DE COLO POR CURETAGEM
UTERINA PÓS-ABORTO: RELATO DE DOIS CASOS**


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 09 de Outubro de 2013

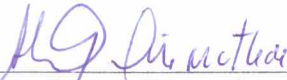
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Eduardo Almeida Guerzet
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Médico Ginecologista e Obstetra
Orientador



Dra. Luciene Lage da Motta
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Médica Anatomopatologista



#1 Dr. Alan Santos Fernandes
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Médico R3 em Ginecologia e Obstetrícia

RESUMO

No Brasil, o câncer do colo do útero é a segunda neoplasia mais incidente nas mulheres, atrás apenas do câncer de mama, e é a quarta causa de morte em mulheres por câncer. É considerada uma doença evitável, visto que possui um estado pré-invasivo muito longo. Além disso, as alterações celulares podem ser facilmente identificadas pelo rastreamento por citologia cervical. O tratamento das lesões pré-invasivas, diagnosticadas em fase inicial, é eficaz e curativo, já o das lesões em fases mais tardias, possui prognóstico reservado. Por isso, a importância do rastreamento adequado dessa patologia. É sabido, ainda, que a infecção pelo papiloma vírus humana (HPV) é o principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer, o que reforça, além do rastreio, a importância da prevenção primária, por meio de vacina. O principal tipo histológico encontrado é o carcinoma epidermóide, que representa mais de 80% dos casos. O presente estudo tem como objetivo relatar dois casos de câncer de colo diagnosticados em um Hospital filantrópico de Vitória. Para o relato dos casos, realizou-se um estudo descritivo, qualitativo de duas pacientes que após curetagem uterina pós-aborto obtiveram o diagnóstico incidental de carcinoma epidermóide do colo do útero.

Palavras-chave: Aborto; Curetagem; Neoplasias do Colo; Colo do útero; Diagnóstico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	7
2.1 OBJETIVO GERAL.....	7
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3 JUSTIFICATIVA	8
4 METODOLOGIA	9
4.1 RISCOS E BENEFÍCIOS PARA AS PACIENTES	9
4.2 LOCAL DO ESTUDO	9
4.3 APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA.....	9
4.4 REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	9
4.5 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	9
5 ASPECTOS ÉTICOS	11
6 VIABILIDADE E CUSTO DO PROJETO	12
7 RELATO DE CASO 1	13
8 RELATO DE CASO 2	15
9 DISCUSSÃO	17
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, que compromete o tecido subjacente (estroma) e que pode invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Os dois principais tipos histológicos de câncer do colo do útero são: o carcinoma epidermóide, que acomete o epitélio escamoso (representa mais de 80% dos casos); e o adenocarcinoma, que acomete o epitélio glandular (representa cerca de 10% dos casos). (INCA, 2011)

É o segundo tipo de câncer mais frequente entre as mulheres no mundo, com cerca de 529 mil casos novos e mortalidade de 275 mil por ano. A incidência do câncer do colo do útero ocorre a partir dos 20 aos 29 anos e os riscos aumentam com a idade, de forma que atinge seu pico na faixa etária de 45 a 49 anos. Nos países em desenvolvimento, os casos são diagnosticados em estádios mais avançados que nos países desenvolvidos e, portanto, apresentam um prognóstico ruim com sobrevida média de 41% após cinco anos. É importante lembrar que com exceção do câncer de pele, esse é o câncer com maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente. Logo, essa é uma patologia que representa um relevante problema de saúde pública. (INCA, 2012)

Uma possível explicação para as altas taxas de incidência da doença é a pouca eficiência dos programas de rastreamento, que, em países desenvolvidos, já estão bem consolidados. Segundo o Ministério da Saúde (MS), o rastreamento do câncer do colo do útero no Brasil deve ser realizado por meio de exame citopatológico (exame de Papanicolau), que é oferecido às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual, anualmente e, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano, a cada três anos. (Ministério da Saúde, 2010)

O principal fator de risco para o desenvolvimento de lesões intraepiteliais de alto grau é a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), que é detectada em até 99% das mulheres com carcinoma cervical escamoso. A vacina contra o HPV é promissora para a redução, ou, até mesmo, a eliminação desse câncer, mas ainda é uma realidade distante nos países em desenvolvimento devido ao seu alto custo. Dessa forma, o programa de rastreio com exame

citopatológico permanece como a melhor estratégia de prevenção da doença no país e deve ser incentivado. (World Health Organization, 2010)

Deve-se lembrar que, além do programa de rastreamento habitualmente recomendado, a OMS e o MS do Brasil preconizam a realização de exame de Papanicolau como parte da rotina de pré-natal. A gravidez representa, portanto, uma excelente oportunidade para a prevenção do câncer de colo uterino, visto que nesse período os exames vaginais são mais frequentes e a atenção pré-natal, muitas vezes, é o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com os serviços de saúde. (INCA, 2011)

Alguns estudos sobre câncer de colo uterino durante a gravidez mostram que, no momento do diagnóstico, 70% a 80% das gestantes apresentam lesões no estágio I, enquanto fora da gravidez apenas 42% dos diagnósticos são realizados neste estágio. A maioria restante é diagnosticada em estágios mais avançados. (GONCALVES et al. 2011)

É sabido que a grande maioria das pacientes acometidas por displasia cervical e carcinogênese é assintomática, principalmente nas fases iniciais, quando há maiores chances terapêuticas e curativas. Por isso, também, reforça-se, ainda mais, a enorme validade e importância do rastreio. (BEREK et al. 2008)

No presente estudo, relata-se o caso de duas pacientes que não participaram nem dos programas de rastreio habitual, nem do programa de pré-natal e acabaram por ter o diagnóstico de câncer de colo uterino de forma incidental após a realização de curetagem uterina pós-aborto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Relatar dois casos de diagnóstico incidental de câncer de colo uterino por curetagem pós-aborto.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Alertar a classe médica para a importância da prevenção e rastreamento da patologia.
- b) Questionar a abrangência da saúde pública no Brasil.
- c) Reforçar a importância do rastreamento e diagnóstico precoce da patologia.

3 JUSTIFICATIVA

Colaborar para a discussão da necessidade de avaliar histopatologicamente o material representante de colo de útero proveniente de curetagem pós-aborto, visto que esta conduta não é prática médica corriqueira.

Apontar falhas na cobertura da prevenção secundária no sistema público de saúde, a fim de melhorar o acesso da população e garantir a realização da mesma.

4 METODOLOGIA

Estudo descritivo, tipo relato de caso, com base em dados obtidos em anamnese, exame físico e exames complementares contidos em prontuário médico fornecido pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV), Espírito Santo.

4.1 RISCOS E BENEFÍCIOS PARA AS PACIENTES

A pesquisa não apresentou nenhum risco às pacientes, uma vez que a conduta quanto ao seguimento de ambas não sofreu nenhuma alteração. Os dados de identificação referentes às pacientes não foram, em hipótese alguma, revelados.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, localizado na Rua Doutor João dos Santos Neves, 143, Vitória, ES.

4.3 APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

O projeto do presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), antes de seu início.

4.4 REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Os prontuários das pacientes foram resgatados no sistema de informatização do HSCMV a fim de realizar a coleta das informações necessárias para o relato dos casos.

4.5 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Realizada pesquisa bibliográfica na literatura nacional e internacional, a partir de artigos publicados nos últimos anos antes do início da pesquisa (2013), nas revistas indexadas nas bases de dados Lilacs, Scielo e MedLine. Além desses bancos de dados, foi utilizada bibliografia especializada obtida no acervo da EMESCAM e realizada buscas específicas no

sistema de informações do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e do Ministério da Saúde (MS).

5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos o trabalho conta com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) dos sujeitos da pesquisa em linguagem acessível e incluindo os tópicos indispensáveis frente aos aspectos de objetividade, riscos e benefícios.

Os procedimentos técnicos empregados asseguram a confidencialidade e a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

No texto foi expressa a liberdade ao sujeito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

A carta de anuência assinada pelo diretor do hospital permitiu a obtenção de dados nos arquivos da instituição. A carta de anuência e o TCLE obedecem às exigências do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.

A pesquisa científica desenvolvida compromete-se em manter sigilo das informações coletadas, cujos resultados guardam segredo da individualidade da participante.

O monitoramento da segurança dos dados, bem como a garantia contra acesso indevido, foi realizado pelo pesquisador responsável.

6 VIABILIDADE E CUSTO DO PROJETO

O projeto foi viável, pois os dados coletados foram analisados a partir do prontuário médico. Dessa forma, não houve custo adicional para realização desta avaliação. Os custos com impressão foram financiados pelos próprios pesquisadores do projeto.

7 RELATO DE CASO 1

Paciente G.A.P.F. de 42 anos, parda, casada, do lar, residente de Cariacica. Deu entrada no dia 15 de Outubro de 2012 no serviço de Obstetrícia de um Hospital filantrópico de Vitória.

Apresentava-se com idade gestacional de 10 semanas, e referia sangramento vaginal de forte intensidade associado a dor pélvica do tipo cólica. Negava gestações prévias. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, afebril ao toque e sem edemas. Ao toque vaginal, colo cervical com 2cm de dilatação e presença de sangramento em dedo de luva de moderada quantidade. Não havia evidência de saída de material ao exame especular. Foi direcionada à internação hospitalar, na qual foram solicitados exames laboratoriais e ultrassom transvaginal.

No dia 17 de Outubro submeteu-se a ultrassom transvaginal, que evidenciou cavidade endometrial espessada, com conteúdo ecogênico, compatível com restos ovulares. No dia seguinte (18 de Outubro) o resultado do teste de tipagem sanguínea demonstrou sangue do tipo O e fator Rh negativo, e portanto, foi prescrito imunoglobulina intramuscular.

Em 19 de Outubro foi realizada wintercuretagem uterina com saída de moderada quantidade de material sugestivo de restos ovulares. O material foi enviado para análise histopatológica. Após o procedimento, a paciente apresentava-se assintomática, em bom estado geral, anictérica, acianótica, normocorada, hidratada, afebril ao toque, sem edemas, normotensa, eupneica e com o colo uterino fechado ao toque vaginal e, após orientações, recebeu alta médica.

No exame histopatológico do material de curetagem uterina evidenciou-se lesão epitelial de alto grau em células escamosas. A paciente realizou, então, exame citológico (Papanicolau) que teve como resultado lesão intraepitelial de alto grau. Em seguida, foi encaminhada à realização de colposcopia, que demonstrou JEC não visualizada, epitélio acetobranco e mosaico regular. As áreas suspeitas foram biopsiadas, e, após análise, o resultado histopatológico foi compatível com NIC III.

No dia 15 de Abril de 2013 a paciente retornou ao hospital e foi internada no serviço de Ginecologia para ser submetida à conização. O procedimento ocorreu sem intercorrências e o

material obtido foi enviado para a patologia. No dia seguinte (16 de Abril), a paciente apresentava-se sem queixas, com exame físico sem alterações, e recebeu alta hospitalar.

O resultado histopatológico do cone evidenciou lesão intraepitelial de alto grau (HSIL), com margens cirúrgicas livres. A paciente foi, então, considerada tratada e permanece em acompanhamento ambulatorial periódico.

8 RELATO DE CASO 2

Paciente A.T.S., 27 anos de idade, branca, solteira, estudante, natural do Rio de Janeiro e residente da Serra. Deu entrada no serviço de Obstetrícia de um Hospital filantrópico de Vitória no dia 29 de Outubro de 2012.

Relatava história de sangramento de grande quantidade, com duração de 3 dias, associado a dor pélvica do tipo cólica. A data da última menstruação era 28 de Setembro de 2012 e negava gestações prévias. Referia ainda, ter recebido assistência médica em outro serviço no dia anterior ao desse atendimento, quando haveria eliminado material sugestivo de restos ovulares.

Ao exame físico, a paciente encontrava-se em bom estado geral, hipocorada (+/4+), hidratada, acianótica, anictérica, afebril, sem edemas. Ao toque vaginal, apresentava colo cervical pérvio, muito amolecido, com presença de sangramento em dedo de luva de coloração vermelho-vivo. Fundo uterino era palpável a cerca de 2 centímetros da sínfise púbica.

Foi submetida a uma ultrassonografia transvaginal, na qual se observou moderada quantidade de material intrauterino que sugeria presença de restos ovulares e um útero com volume igual a 147cc.

A paciente permaneceu em jejum durante 7 horas e, então, foi submetida a uma wintercuretagem com saída de moderada quantidade de material, que não apresentava odor fétido, e sem quaisquer intercorrências. O material foi enviado para análise histopatológica.

No dia seguinte ao procedimento, a paciente apresentava-se em bom estado geral, afebril, normotensa, eupneica, sem alterações ao exame físico e sem queixas. Foi, então, orientada e recebeu alta hospitalar.

No seguimento, foi constatado resultado de histopatológico do material de curetagem uterina igual a lesão epitelial de alto grau em células escamosas.

Foi, então, realizado exame citológico que teve como resultado NIC II/III. A paciente foi conduzida à realização de colposcopia, na qual foi obtido material para biópsia. O resultado histopatológico desse material foi compatível com NIC III.

Em 21 de Abril de 2013, a paciente retornou ao hospital, onde foi atendida no serviço de Ginecologia e internada para realizar conização do colo uterino. Nessa internação, a paciente apresentava TAP de 67% não responsivo à injeção de vitamina K (duas doses) e recebeu transfusão de plasma. Apresentou reação alérgica com angioedema palpebral à esquerda e prurido em membro superior direito, no local da infusão do plasma e a transfusão foi suspensa.

Clinicamente, apresentava-se estável, em bom estado geral, normotensa e eupneica e sem alterações no exame físico. Foi submetida à conização com CAF no dia seguinte dessa internação. O procedimento ocorreu sem intercorrências e a paciente teve alta hospitalar no dia seguinte ao procedimento.

O resultado histopatológico do cone evidenciou lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL), com margens cirúrgicas endocervicais comprometidas. Diante desse resultado, a paciente foi internada novamente, no dia 08 de Julho de 2013, para realizar nova conização. Atualmente aguarda-se o resultado da reconização.

9 DISCUSSÃO

O câncer de colo do útero é a neoplasia genital mais frequente na mulher brasileira. No contexto mundial, é o segundo câncer mais comum entre mulheres. As maiores taxas de incidência encontram-se na América do Sul, Caribe, África Sub-saariana e nas regiões sul e sudeste da Ásia. Cerca de 80% dos casos novos ocorrem em países em desenvolvimento. (Ginecologia UNIFESP-EPM, 2009)

A doença inicia em idade precoce e tem evolução lenta, o que representa um melhor prognóstico e permite o diagnóstico em fases precoces e com tempo hábil para tratamento eficaz e curativo. O tempo entre a lesão inicial e a fase clinicamente diagnosticável é de 15,6 anos. (Ginecologia oncológica, 1999)

Apesar disso, essa neoplasia permanece como um grave problema de saúde pública, pois é a segunda maior causa de morte por câncer em mulheres no Brasil. Em países desenvolvidos, onde os programas de prevenção e rastreamento já estão bem consolidados, a sobrevida média estimada em 5 anos varia de 59 a 69%. Já nos países em desenvolvimento, a sobrevida média é de 49% após 5 anos, provavelmente devido ao diagnóstico tardio. (Ginecologia UNIFESP-EPM, 2009)

Observa-se que, no Brasil, quando colocados em prática, a prevenção e o rastreamento da patologia não são satisfatórios. Visto que, ainda hoje, muitos casos são diagnosticados tardiamente e, algumas vezes, fora de possibilidades terapêuticas por se apresentarem em fases avançadas. Ou, ainda, como nos casos relatados, o diagnóstico é obtido incidentalmente.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o rastreamento deve ser realizado anualmente por meio de citologia oncológica cervicovaginal em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual e, após dois exames normais com intervalo de um ano consecutivos, podem passar a ser realizados a cada três anos. (Ministério da Saúde, 2010)

O próprio Instituto Nacional de Câncer (INCA) admite que novas estratégias devam ser utilizadas nos programas do Ministério da Saúde a respeito dessa doença. De acordo com dados da instituição, entre 1997 e 2004, houve um aumento de aproximadamente 7,04% nos casos de morte por câncer do colo do útero no país apesar de a cobertura pela citologia ser

superior a 85% em algumas capitais, o que reforça a ideia de que o modelo atual deve ser reavaliado. (Ginecologia UNIFESP-EPM, 2009; e INCA, 2011)

No entanto, deve-se lembrar, antes de considerar os programas do MS como ineficazes, que seu funcionamento no país ainda está longe do ideal teórico e que a cobertura é muito pequena. Além disso, a elevação identificada no percentual de mortes pode ser consequente a um possível aumento no número de casos diagnosticados no período.

Destaca-se ainda, a estimativa de que 80% da mortalidade por câncer de colo do útero possa ser reduzida com o rastreamento e tratamento das lesões precursoras. Dessa forma, é de suma importância garantir a organização, a integralidade e a qualidade do programa de rastreamento, bem como o seguimento adequado das pacientes. (Ginecologia UNIFESP-EPM, 2009)

Há diversos fatores de risco para o desenvolvimento da doença já bem estabelecidos e alguns outros que ainda necessitam de mais estudos para terem sua relação comprovada. Deve-se lembrar de tais fatores durante o atendimento de todas as pacientes para identificar aquelas que se encontram sob maior risco de desenvolvimento do câncer.

Alguns dos fatores de risco já descritos são: tabagismo, baixo nível socioeconômico, coitardia precoce (principalmente antes dos 20 anos), número elevado de parceiros sexuais, parceiro sexual promíscuo, multiparidade, doenças sexualmente transmissíveis, uso de anticoncepcional oral (risco presumido devido a uma possível mudança do comportamento sexual das usuárias), imunossupressão pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e falta de acesso aos programas de rastreamento do câncer do colo uterino. (Ginecologia UNIFESP-EPM, 2009)

Muitos desses fatores estão relacionados à atividade sexual e à exposição a doenças sexualmente transmissíveis. Hoje, é sabido que a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), principalmente dos tipos oncogênicos 16 e 18, é condição *sine qua non* para o desenvolvimento do câncer cervical. A infecção pelo vírus, no entanto, não é suficiente como causa isolada, sendo necessários outros fatores na evolução da infecção cervical para a neoplasia. Já a exposição a agentes como herpesvírus e *Chlamydia trachomatis* provavelmente atue como fator colaborador. Além dos fatores já citados, é importante levar

em consideração fatores genéticos e imunológicos do hospedeiro. (BEREK et al. 2008; e World Health Organization, 2010)

Hoje já se pode lançar mão de mais uma forma de prevenção à doença, que é a vacina contra o HPV, apesar de que, devido a fatores socioeconômicos, ainda ser uma realidade distante da que se vive no Brasil. Os valores da dose das vacinas existentes no mercado estão em queda e já é possível uma cobertura discretamente maior do que a que se tinha há alguns anos, quando foi introduzida no mercado. Porém, infelizmente, ainda assim, esse valor é inacessível para a grande maioria da população e o MS não acrescentou essa vacina ao calendário básico. Ressalta-se, também, que por ser, de certa forma, recente, são necessários mais estudos para avaliar seus resultados a longo prazo.

As pacientes com doenças em fases iniciais são, em sua maioria, assintomáticas. Esporadicamente, podem apresentar sangramento vaginal anormal que pode se manifestar inicialmente como sinusorragia e posteriormente como metrorragia, menorragia, hipermenorreia ou, ainda, sangramento na pós- menopausa. (Ginecologia oncológica, 1999)

Quando já em fase de invasão franca, um corrimento vaginal fétido, aquoso e comumente de coloração rósea pode ser observado. Na medida em que crescem, os tumores podem evoluir com necrose e eliminar uma secreção sanguinolenta fluida característica conhecida como “água de carne”. Essas massas neoplásicas frequentemente cursam com infecção secundária por bactérias anaeróbias vaginais e passam a exalar odor pútrido característico. (Ginecologia oncológica, 1999)

Com a progressão da enfermidade e o comprometimento de estruturas extragenitais, o quadro clínico pode tornar-se exuberante e variar conforme a localização da estrutura acometida. Exemplos de manifestações nessa fase são: disúria, polaciúria, incontinência urinária, enterorragia, tenesmo, dores lombares e linfedema de membros inferiores ou, em casos mais graves, trombose venosa profunda. (Ginecologia oncológica, 1999)

Por isso, enquanto a lesão ainda é intraepitelial, momento ideal para o diagnóstico, deve-se lançar mão de recursos subsidiários para diagnosticá-la. A propedêutica subsidiária compreende a citologia, a colposcopia e o exame anatomopatológico, que, aplicados em conjunto, apresentam margem de erro menor que 10%. Todavia, limitações econômicas

inviabilizam seu uso concomitante, particularmente em programas de detecção em massa. (Ginecologia oncológica, 1999)

O manejo das pacientes após o rastreamento, se baseará no resultado citológico, que, atualmente é classificado de acordo com o sistema de Bethesda. O exame pode ser negativo (negativo para lesões intra-epiteliais ou malignidade), inconclusivo (ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado, ASC-H: células escamosas atípicas não sendo possível afastar lesão intraepitelial escamosa de alto grau, ou AGC: células glandulares atípicas) ou positivo (LIEBG: lesão intraepitelial escamosa de baixo grau, LIEAG: lesão intraepitelial escamosa de alto grau, e CEC: carcinoma escamoso cervical).

De acordo com orientações do MS, as pacientes que apresentarem lesão ao exame especular de aparência macroscópica sugestiva de câncer invasivo ou citologia oncótica alterada (inconclusiva ou positiva) deverão seguir a propedêutica e serem submetidas ao exame colposcópico com biópsia de todas as áreas suspeitas. O Quadro 1 correlaciona as lesões cervicais e suas classificações citológicas e histológicas, onde observa-se que a Classificação Citológica Brasileira é baseada no Sistema de Bethesda.

Classificação citológica de Papanicolaou (1941)	Classificação histológica da OMS (1952)	Classificação histológica de Richart (1967)	Classificação Citológica Brasileira (2006)
Classe I	-	-	-
Classe II	-	-	Alterações benignas
-	-	-	Atipias de significado indeterminado
Classe III	Displasia leve	NIC I	Lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL)
	Displasia moderada e acentuada	NIC II e NICIII	Lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL)
Classe IV	Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III	HSIL AIS
Classe V	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

Quadro 1 – Nomenclatura citopatológica e histopatológica utilizadas desde o início da realização do exame citopatológico para o diagnóstico das lesões cervicais escamosas e suas equivalências. Fonte: INCA, 2011

As pacientes dos casos relatados no presente estudo realizaram o exame de Papanicolaou somente após a detecção de alterações verificadas em resultado de curetagem após aborto, o

que foi um achado incidental, pois, além de não ser realizado para esse fim, nem sempre o procedimento obtém amostra de tecido proveniente da cérvix uterina. Tal fato abre a discussão, portanto, para a adequação da técnica de curetagem a fim de que não se percam oportunidades para o diagnóstico.

Como o resultado citológico de ambas as pacientes dos casos em questão foi positivo e confirmou o achado de lesão intraepitelial escamosa de alto grau encontrado na amostra do material proveniente da curetagem, elas foram encaminhadas à colposcopia. Foram realizadas biópsias, e após análise histopatológica, os resultados foram compatíveis com NIC III. Com o diagnóstico estabelecido, as pacientes foram, então, encaminhadas à conização, já que esse procedimento permite avaliar corretamente a profundidade e a extensão linear do acometimento neoplásico. Têm indicação de conização todas as pacientes que obtiverem biópsia após colposcopia compatível com NIC II, NIC III, adenocarcinoma in situ e carcinoma invasor.

Após o resultado anatomopatológico definitivo, define-se a conduta subsequente. Pacientes nos estádios clínicos 0 e IA1 que se submeteram à conização clássica são consideradas tratadas, uma vez que o risco de disseminação para linfonodos não ultrapassa 1%. (Ginecologia UNIFESP-EPM, 2009). O estadiamento do câncer cervical é clínico e, a Internacional Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), cujo sistema de estadiamento é o padrão atual, preconiza o exame histopatológico, a avaliação das vias urinárias e intestinais e a radiografia do tórax como propedêutica mínima. (Ginecologia oncológica, 1999). Na Figura 1, encontra-se o estadiamento do câncer cervical.

Para que o tratamento seja eficaz, não deve haver indícios de invasão do espaço vascular linfático, e tanto as margens endocervicais quanto os achados à curetagem devem ser negativos para câncer ou displasia. Se a margem endocervical ou a curetagem forem positivas para displasia ou neoplasia maligna, será necessário tratamento adicional, pois esses achados são fortes preditores de doença residual. (BEREK et al. 2008)

Figura 1 – Estadiamento do câncer de colo uterino

Estágio I	Tumor Limitado ao Colo
Ia	Componente invasivo identificado apenas microscopicamente
Ia1	Invasão estromal < 3mm em profundidade e < 5mm em largura
Ia2	Invasão estromal > 3mm e < 5mm em profundidade e < 7mm em largura
Ib	Lesão clinicamente confinada ao colo
Ib1	Tumor menor de 4cm
Ib2	Tumor maior de 4cm
Estágio II	Tumor invade a vagina e/ou os paramétrios
IIa	Lesão estende-se à vagina sem atingir o 1/3 inferior
IIb	Lesão infiltra os paramétrios sem atingir a parede pélvica
Estágio III	Tumor invade a vagina e/ou os paramétrios distais
IIIa	Lesão infiltra o 1/3 inferior da vagina
IIIb	Lesão infiltra os paramétrios até a parede pélvica ou produz alteração à Urografia excretora
Estágio IV	Tumor infiltra estruturas extra-uterinas
IVa	Lesão infiltra a bexiga e/ou o reto
IVb	Comprometimento de estruturas extra-pélvicas

Fonte: Ginecologia oncológica, 1999

Após a conização, uma das pacientes apresentou resultado de carcinoma *in situ* com margens cirúrgicas livres sendo considerada tratada. Já o resultado da outra paciente demonstrou HSIL com margens cirúrgicas endocervicais comprometidas e foi, então, submetida a uma nova conização. Atualmente, aguarda-se o resultado histopatológico dessa nova amostra de cone.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inaceitável que, mesmo com a história natural do câncer de colo uterino já tão bem definida por diversos estudos, ainda se presencie tantas mortes e diagnósticos tardios, principalmente em pacientes jovens. A vacina contra o HPV é uma aliada promissora para a prevenção da doença, apesar de ainda ser uma realidade distante. Fica a esperança de que o MS, com a percepção do problema social que o câncer de colo representa para o país, introduza essa vacina no calendário básico e passe a proteger toda a população. O programa de rastreamento permanece, na atualidade, como a melhor estratégia para o controle da doença em nosso meio. Dessa forma, é de suma importância que se valorize e reforce a prática ideal desse programa a fim de que não se percam oportunidades de diagnóstico precoce e a cura das pacientes.

REFERÊNCIAS

BEREK, Jonathan S. et al. **Tratado de Ginecologia**. 14^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2012**. Incidência do Câncer no Brasil – Rio de Janeiro: INCA, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. (Caderno de Atenção Básica, 29). 2010. No prelo.

GIRÃO, Manoel João Batista et al. **Ginecologia**. UNIFESP-EPM, São Paulo: Manole, 2009

GONCALVES, Carla Vitola et al . **Perdas de oportunidades na prevenção do câncer de colo uterino durante o pré-natal**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, Maio 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Abr. 2013.

LIMA, Geraldo R. et al. **Ginecologia oncológica**. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION ; **ICO Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer. Human papillomavirus and related cancers in Brazil**. Disponível em: <www.who.int/hpvcentre>. Acesso em: 30 Abr. 2013. (Summary Report 2010).