

Manejo de Lesões Intra-epiteliais de Baixo e Alto Grau e Câncer de Colo Uterino durante a Gestação

Waldemar Augusto Rivoire*/**

Heleusa Ione Mônego**

Márcia Appel**

Ricardo dos Reis**

Edison Capp*/**

* *Depto. de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

** *Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

Introdução

Com a transferência da maternidade para idades mais avançadas, é de se esperar que o número de casos de tumores complicando gestações se tornem mais freqüentes. Cerca de 1 em cada 1000 a 3000 mulheres grávidas desenvolverão câncer. Mais da metade dos casos serão tumores do colo uterino.

Lambe & Ekblom (1995), examinando 2,7 milhões de nascimentos vivos, encontraram 428 (1,3 %) de tumores malignos, associados à gestação e 1425 (4,3 %) associados à lactação. A incidência foi, respectivamente, de 15,6 e 51,6/100000 nascidos vivos. Os mais freqüentes foram melanoma, carcinoma de cérvix uterina e mama. Comparando a freqüência esperada com a freqüência encontrada, foi verificado que, com exceção de melanomas, todos os casos tinham freqüências menores que as esperadas para a idade. Talvez a razão seja que muitos casos tiveram seus diagnósticos atrasados. Uma alternativa, não excludente a esta afirmação, é que o crescimento tumoral pode estar alterado, durante a gestação e lactação.

Estes achados têm implicações importantes no cuidado pré-natal e puerperal. O alerta dos médicos, associado a melhora na prontidão em avaliar sintomas menos freqüentes, pode auxiliar a evitar atrasos no diagnóstico, neste grupo especial de pacientes.

A concomitância de gestação e câncer causa dilemas terapêuticos e éticos complexos, pois o momento mais adequado para o tratamento materno pode não ser para o feto. Cirurgia extra-abdominal e anestesia durante a gestação raramente acarretam riscos para o feto e cirurgia intra-abdominal pode ser realizada com segurança no segundo trimestre. No primeiro trimestre, as células fetais se dividem e diferenciam rapidamente, fazendo com que radiação e quimioterapia tenham riscos bem conhecidos para o feto, incluindo abortamento, malformações congênitas e parto pré-termo. Desta forma o obstetra e o oncologista podem ficar relutantes em tratar agressivamente a mãe, no momento do diagnóstico inicial. Por outro lado, muitos casos têm o início do tratamento postergado até que haja maturidade pulmonar fetal. Esta demora pode reduzir substancialmente as chances maternas de sobreviver à doença.

O objetivo deste trabalho é apresentar uma sugestão de manejo para pacientes grávidas com lesões de baixo e alto grau ou câncer de colo uterino.

Lesões de Alto e Baixo Grau de Colo Uterino

As lesões intra-epiteliais (LIE) de alto e baixo grau podem surgir durante a gestação, e não implicam na interrupção para tratamento. O acom-

panhamento das LIE de baixo grau é apresentado no algoritmo abaixo (Figura 1).

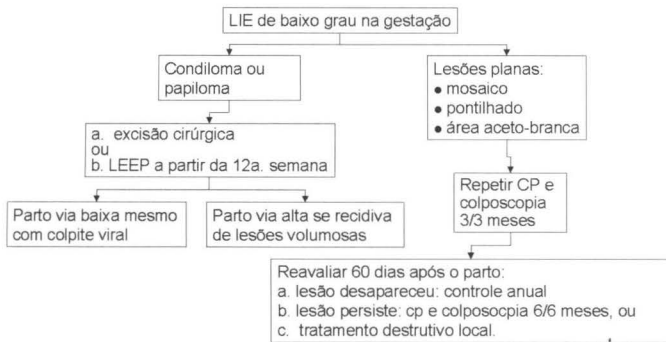


Figura 1 - Fluxograma para manejo de LIE de baixo grau (Rivoire e cols., 2001). LIE: lesão intra-epitelial; LEEP: conização com alça de alta frequência; CP: exame citopatológico de raspado de cérvix uterina

As LIE de alto grau devem ser biopsiadas após 12 semanas de gestação:

⇒ Colposcopia e citologia concordantes: repetir CP e colposcopia 3/3 meses;

⇒ Conização pode ser realizada a partir da 12ª. semana (para diminuir o risco de abortamento), quando há suspeita de micro-invasão;

⇒ Se lesão pequena e limites visíveis, excisão em cunha (*wedge biopsy*).

Nos casos de lesão intra-epitelial e microcarcinoma, o parto pode ser por via baixa, exceto, quando houver indicações obstétricas de cesariana.

Tumores de Colo Uterino

Constituem a neoplasia mais comum associada à gestação, ocorrendo em 1:1000-3000 casos. As características do tumor e a sobrevida materna não são afetadas pela gestação. Em estudo retrospectivo de um período de 30 anos (1960-1989), realizado pelo Medical Center da Universidade de Michigan, 53 pacientes com estágio IB durante a gestação tiveram sobrevida de 85% em 5 anos, o que foi semelhante ao encontrado nas controles não-grávidas. Quando diagnosticados precocemente, estes tumores podem ser tratados com segurança durante a gestação. De modo geral, quando a neoplasia invasora da cérvix é encontrada no primeiro e início do segundo trimestre o tratamento imediato tem sido recomendado. A demora no início do tratamento é recomendada naqueles casos em que a vitalidade fetal será logo alcançada e o câncer está em estágios iniciais. Esta espera para o tratamento definitivo pode influenciar profundamente a maturidade fetal e deve ser estimulada quando a gestação for avançada. O

momento da interrupção da gestação deve ser determinado em combinação com o oncologista e o neonatologista, para que se tenham as maiores chances de sobrevida fetal.

Existem alguns casos de câncer de cérvix uterina associados a implantação de células neoplásicas em episiotomia. Contudo, são poucos casos, para justificar a recomendação de cesárea. A via de parto, vaginal ou cesárea, não parece influenciar a sobrevida materna. Entretanto, a opinião dominante mundial, é que se deva recomendar a via baixa, para lesões intra-epiteliais e micro-invasoras e via alta para os tumores macro-invasores.

A biópsia dirigida é método seguro e confiável, para avaliação de mulheres grávidas, com citologia ou colposcopia alteradas. Casos de citologia ou colposcopia alteradas, em sua maioria, são manejados de forma conservadora, por serem as terapias mais radicais, de maior risco para complicações perinatais e por não haver prejuízo em postergar a conização para o período do pós-parto, nas lesões intra-epiteliais. A biópsia em cone é reservada para casos em que há suspeita de carcinoma microinvasor (Figura 2). A frequência de interrupção da gestação foi de 0 a 17% dos casos em que se realizaram conização no primeiro trimestre. As complicações da conização incluem perda sangüínea, com necessidade de transfusão, trabalho de parto pré-termo e corioamnionite, que pode aparecer semanas após. A conização pode ser seguida de cerclagem do colo uterino, sendo procedimento seguro, sem maiores complicações, hemorragia ou abortamentos de segundo trimestre.

A gestação é um bom momento para realizar exame citológico de raspado de colo uterino, associado à colposcopia, sempre que possível, para diagnosticar lesões em estágios iniciais. Cerca de 1% destes exames serão alterados durante a gestação. Os estágios I e II de câncer invasor da cérvix uterina podem ser assintomáticos e identificados por meio de exames de rotina realizados no pré-natal. As taxas de sobrevida de pacientes com doença em estágios iniciais são semelhantes àquelas de mulheres não-grávidas.

Considerações Finais

As pacientes devem ser tranqüilizadas quanto ao fato da gestação não acelerar o curso natural das lesões intra-epiteliais e micro-carcinoma. A terapia pode ser adiada até a maturidade fetal, em pacientes com lesões em estágio I, diagnosticadas no segundo ou terceiro trimestre. Os casos devem ser considerados individualmente sempre considerando o binômio mãe-feto.

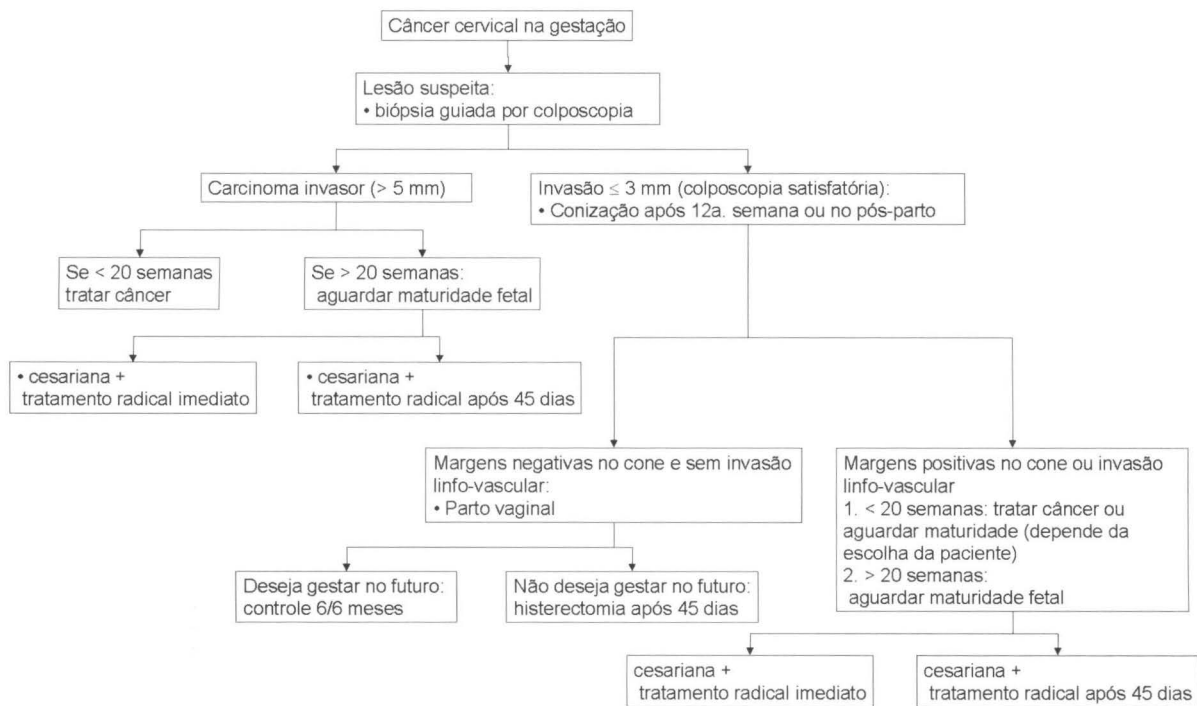


Figura 2 - Fluxograma para manejo de câncer cervical na gestação. Nos estágios II a IV é realizada cesariana e radioterapia é iniciada após 45 dias (Rivoire e cols., 2001).

Leituras Suplementares

1. Antonelli NM, Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA. Cancer in pregnancy: a review of the literature. Part I and II. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 51:125-142.
2. Hacker NF, Berek J, Lagasse LD, et al. Carcinoma of the cervix associated with pregnancy. *Obstet Gynecol* 1982; 60:450-5.
3. Hanninghan EV. Cervical cancer in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33:833-45.
4. Hopkins MP, Morley GW. The prognosis and management of cervical cancer associated with pregnancy. *Obstet Gynecol* 1992; 48:407-10.
5. Lambe M, Ekblom A. Cancer coinciding with childbearing: delayed diagnosis during pregnancy? *Br Med J* 1995; 311:1607-08.
6. Resnik R. Cancer during pregnancy. *N Engl J Med* 1999; 341:120-1.
7. Rivoire WA, Capp E, Monego HI, Binda MA, Reis R. Neoplasia maligna de vagina. In: Freitas F.; Menke, C.H.; Rivoire W.A; Passos, E.P. (editores) *Rotinas de Ginecologia*. 4ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
8. Sood AK, Sorosky JI, Krogman S, Anderson B, Benda J, Buller RE. Surgical management of cervical cancer complicating pregnancy: a case-control study. *Obstet Gynecol Surv* 1997; 52:461-2.