



## RELATO DE CASO

### **Carcinoma de colo de útero estágio IIIB (FIGO) não identificado precocemente em exames complementares**

*Carcinoma of the uterine cervix stage IIIB (FIGO) not previously identified in complementary exams*

**Thaís Silva Soares\*, Larissa Mayara Galhardo Máximo, Roger Willian Moraes Mendes**

*Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIt), Itajubá, Minas Gerais, Brasil.*

#### INFORMAÇÕES GERAIS

Recebido em: março de 2018  
Aceito em: maio de 2018

#### Palavras-Chave:

Neoplasias do colo do útero  
Diagnóstico  
Teste de Papanicolaou

#### Keywords:

Uterine cervical neoplasms  
Diagnosis  
Papanicolaou test

#### RESUMO

O câncer de colo uterino é a quarta neoplasia maligna mais comum no sexo feminino. O rastreamento é recomendado para mulheres de 25 a 64 anos através do exame de citologia oncológica (boa sensibilidade e alta especificidade), com periodicidade de três anos, após dois exames consecutivos normais, no intervalo de um ano. Se diagnosticado e tratado precocemente, o câncer tem bom prognóstico; caso contrário, o diagnóstico tardio é o grande responsável pela alta taxa de mortalidade das mulheres. O presente relato descreve o caso de uma paciente de 61 anos de idade, sexo feminino, portadora de câncer de colo de útero Estádio IIIB (FIGO) com lesões visíveis e incontáveis, não detectado precocemente em exames complementares. A literatura confirma que o diagnóstico precoce é fundamental para que o tratamento adequado seja feito, melhorando a qualidade de vida das pacientes.

#### ABSTRACT

The uterine cervical cancer is the fourth most common malignant neoplasm in females. Screening is recommended for women between 25 to 64 years by an oncotologic cytology examination (good sensitivity and high specificity), with a frequency of three years after two consecutive normal exams within one year. If diagnosed and treated early, the cancer has a good prognosis; otherwise, late diagnosis is largely responsible for the mortality rate of women. The current report describes a case of a 61-year-old female patient with uterine cervical cancer Stage IIIB (FIGO) with visible and countless injuries, not detected early in complementary exams. The literature confirms that early diagnosis is essential for proper treatment to be done, improving patients' life quality.

CC BY-NC-SA 4.0 2018 RCSFMIT

## Introdução

O câncer de colo uterino é a quarta neoplasia mais comum entre as mulheres no mundo. No Brasil, é a terceira neoplasia mais frequente,<sup>1,2</sup> e apresenta elevada taxa de mortalidade no sexo feminino.<sup>3</sup> Este tipo de neoplasia é um grande problema de saúde pública, principalmente em mulheres expostas a fatores de risco, tais como: múltiplos parceiros, história de infecções sexualmente trans-

mitidas, relação sexual precoce, uso de anticoncepcionais, tabagismo, processos inflamatórios de diversas etiologias, agentes imunossupressores, exposição a carcinógenos químicos e à radiação ionizante e más condições socioeconômicas.<sup>4-6</sup>

O vírus do papiloma humano (HPV) está presente em mais de 90% dos casos de câncer do colo do útero, tendo relação com o desenvolvimento da displasia das células cervicais e na sua transformação em células cancerosas.<sup>7-9</sup> Geralmente, o câncer de colo de útero é assintomático; manifestações clínicas incluem sangramento vaginal, dispareunia e corrimento. Quando avançado, há dor pélvica e/ou lombar, irradiando para a região posterior dos membros. Casos mais graves podem afetar estruturas adjacentes, levando à hematúria e ureterohidronefrose

#### \* Correspondência:

Avenida Renó Júnior, 368  
Itajubá – MG – CEP: 37502-138  
e-mail: thais.silvasoares@yahoo.com.br

doi: 10.21876/rcsfmit.v8i4.831

secundários à invasão do trato geniturinário ou hematúria e suboclusão intestinal devido invasão do reto. A maioria das neoplasias invasivas apresenta lesão visível ao exame ginecológico.<sup>10</sup>

A progressão do câncer do colo de útero é lenta. O tempo para uma lesão cervical inicial evoluir para a forma invasiva é de aproximadamente 20 anos<sup>11</sup>. Se diagnosticado e tratado precocemente, o câncer tem bom prognóstico. Caso contrário, o diagnóstico tardio é o grande responsável pela elevada taxa de mortalidade entre as mulheres.<sup>12</sup>

O rastreamento do câncer do colo do útero é baseado na história natural da doença e no reconhecimento de que o câncer invasivo evolui partindo de lesões precursoras. Recomenda-se fazer o exame citopatológico a cada três anos em mulheres de 25 a 64 anos e que já tiveram relação sexual, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano.<sup>13,14</sup> Mulheres após os 64 anos que tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos não necessitam realizar mais exames.<sup>15</sup>

A colposcopia é outro método para se detectar lesões, tendo melhor definição das características da lesão, como tamanho, localização, envolvimento do canal cervical e orientação de procedimento excecional. Caso a lesão no colo do útero seja visível e grosseiramente invasiva, o diagnóstico é feito por biópsia.<sup>16</sup>

Neoplasias intraepiteliais cervicais (NICs) são lesões precursoras do câncer de colo uterino, tendo graus variados de atipia. São divididas nas três seguintes classes: a) NIC I (displasia leve): acomete o  $\frac{1}{3}$  inferior; b) NIC II (displasia moderada): acomete o  $\frac{1}{3}$  médio; c) NIC III ou carcinoma *in situ* (displasia severa): acomete todo epitélio.<sup>17</sup> A conização é utilizada como diagnóstico e terapêutica em situações que apresentem neoplasia intraepitelial cervical graus 2 e 3, citologia com lesão de alto grau persistente, com colposcopia insatisfatória ou biópsia negativa, discordância cito-histológica e NIC I persistente.<sup>18</sup>

O estadiamento preconizado pela FIGO (2009) é clínico, incluindo exame físico e ginecológico completos, estudos radiológicos e procedimentos (biópsia, conização, citoscopia). Classifica-se em 4 estádios: a) Estádio I: lesões identificadas microscópica ou clinicamente; porém, restringem-se ao colo uterino; b) Estádio II: carcinoma estende-se além da cérvix, podendo envolver a vagina, mas não até seu terço inferior; c) Estádio III: carcinoma

estende-se à parede pélvica, podendo envolver o terço inferior da vagina. Todos os carcinomas com hidronefrose ou exclusão renal incluem-se nesse estágio; d) Estádio IV: carcinoma estende-se além da pelve, envolvendo a muçosa da bexiga ou reto.<sup>17</sup>

Diante do exposto, a proposta do trabalho foi relatar um caso de carcinoma de colo uterino Estádio IIIB em uma paciente de 61 anos, não diagnosticado precocemente por exames cito-histopatológicos, a fim de contribuir para a complementação da literatura médica.

## Descrição do caso

Paciente do sexo feminino, 61 anos, referiu sangramento vaginal vermelho rutilante há 1 semana (julho/2015), sem outros sintomas. Procurou ajuda médica e, ao exame Papanicolaou, foram observadas incontáveis lesões vegetantes em colo de útero e paredes vaginais (**Figura 1**), Schiller positivo e prova do iodo negativa. O resultado desse exame veio sem alterações, apesar da clínica estar evidenciando carcinoma de colo uterino. Sendo assim, a paciente foi submetida a um procedimento diagnóstico colposcópico com resultado normal e ultrassom pélvico transvaginal com espessamento inespecífico endometrial. O sangramento vaginal não cessou e foi prescrito sulfato ferroso. A paciente referiu perda ponderal em 3 meses. Foi solicitado, então, no dia 16/10/2015, biópsia de colo uterino, cujo resultado foi "Cervicite crônica, não sendo observados critérios microscópicos de malignidade na amostra, recomendando-se nova biópsia". Passado 1 mês, nova biópsia foi realizada (17/11/2017), com resultado "Escassos focos acantóticos irregulares. Os escassos focos irregulares referidos, associados aos informes clínicos, não permitem excluir a possibilidade de um carcinoma escamoso bem diferenciado em escassos focos ou pouco representado." Em 20/01/2016, nova biópsia foi colhida, tendo como resultado "Lesão intraepitelial escamosa de alto grau NIC IIIB". De acordo com as lesões de característica cancerosas e o resultado da biópsia, foi feito o estadiamento (FIGO) Estádio IIIB, indicando-se tratamento radio-quimioterápicos. Durante os procedimentos, a paciente apresentou metrorragia e foi submetida à transfusão sanguínea devido anemia importante e veio a óbito em 14/04/2016.



**Figura 1.** Foto da lesão vegetante invadindo paredes vaginais.

## Discussão

O câncer de colo uterino é, em princípio, uma doença evitável, pois apresenta progressão lenta (aproximadamente 20 anos). Devido a este longo período de evolução, é possível o diagnóstico em fase inicial da lesão, mesmo em mulheres assintomáticas<sup>11</sup>. Contrariando a literatura, no caso em questão, a evolução do câncer foi muito rápida. Quando foi diagnosticado, o câncer já estava avançado e a paciente veio a óbito pouco tempo depois.

A colposcopia associada ao exame citológico seguida de biópsia é eficaz na detecção das alterações neoplásicas do colo do útero, sendo a associação citocolpohistológica de fundamental importância na identificação das categorias de maior dificuldade diagnóstica, como em lesões de baixo grau.<sup>19</sup> A colposcopia deve ser indicada se houver suspeita clínica de câncer, mesmo quando a citologia for negativa.<sup>20</sup> Porém, no caso em questão, mesmo após a realização de colposcopia com biópsia dirigida, não foi possível o diagnóstico do câncer de colo uterino, tendo resultado inconclusivo.

No estudo de Pajtler *et al.*,<sup>21</sup> realizado sobre avaliação dos exames citopatológicos em colo de útero, foram demonstrados resultados falso-negativos de 1,14%. Sendo assim, os exames complementares do caso em questão não foram eficazes, possivelmente se incluindo nessa pequena porcentagem de falso-negativo.

O câncer do colo do útero se torna relevante na faixa etária de 20 e 29 anos, atingindo o seu pico entre 45 e 49 anos.<sup>22,23</sup> No caso clínico descrito, discordando com a faixa etária citada, tem-se a idade de 61 anos. A literatura aponta fatores de risco, já citados anteriormente, e a paciente estudada não possui nenhum dos mesmos para a ocorrência dessa neoplasia. Tal fato denota que há outros fatores envolvidos na gênese da doença, que não estão bem elucidados, provavelmente relacionados à natureza genética ou biomolecular.<sup>24,25</sup> Sintomas de doença avançada, já descritos anteriormente, não foram encontrados na paciente. Foram identificados, apenas, sangramento vaginal e presença de lesão polipoide no colo do útero.

## Conclusão

O exame citopatológico é de fundamental importância no rastreamento do câncer de colo de útero, apesar da pequena porcentagem de resultado falso-negativo. O presente estudo demonstra sua importância devido ao aparecimento de uma neoplasia de colo uterino no qual não foi possível a realização de diagnóstico precoce. Então, cabe ao médico identificar lesões precursoras no exame clínico, obter a conduta e terapêutica precocemente, gerando qualidade de vida à paciente.

## Referências

- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics 2002. *Cancer J Clin*. 2005;55(2):74-108.
- Safaeian M, Solomon D. Cervical Cancer Prevention - Cervical Screening: Science in Evolution. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2007;34(4):739-60, ix.
- Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):909-14.
- Brasil. Ministério da Saúde. Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV). Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília: MS; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de prevenção e vigilância falando sobre câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: MS/INCA; 2002.
- Medeiros VCRD, Medeiros RC, Moraes LM, Menezes Filho JB, Ramos ESN, Saturnino ACRD. Câncer de colo de útero: análise epidemiológica e citopatológica no estado do Rio Grande do Norte. *Rev Bras Anal Clín*. 2005;37(4):219-21.
- Santana EA, Biselli PM, Biselli JM, Almeida MTG, Bertelli ECP. Câncer cervical: etiologia, diagnóstico e prevenção. *Arq Cienc Saúde*. 2008;15(4):199-204.
- Casarin MR, Piccoli JCE. Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3925-32.
- Diz MDPE, Medeiros RB. Câncer de colo uterino – fatores de risco, prevenção, diagnóstico e tratamento. *Rev Med (São Paulo)*. 2009;88(1):7-15.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
- Duarte SJH, Matos KF, Oliveira PJM, Matsumoto AH, Morita LHM. Fatores de risco para câncer cervical em mulheres assistidas por uma equipe de Saúde da Família em Cuiabá, MT, Brasil. *Cienc Enfermaria*. 2011;(1):71-80.
- Thuler LCS, Mendonça GA. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(11):302-6.
- Brasil. Ministério da Saúde, Instituto nacional do Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: MS; 2011.
- Carvalho R, Leite CG, Pereira DRS, Souza ER, Silva SSL. Carcinoma de células escamosas microinvasivo – relato de caso. *Rev Para Med*. 2006;20(3):65-9.
- Arbyn M, Buntinx F, Van Ranst M, Paraskevaidis E, Martin-Hirsch P, Dillner J. Virologic versus cytologic triage of women with equivocal Pap smears: a meta-analysis of the accuracy to detect high-grade intraepithelial neoplasia. *J Natl Cancer Inst*. 2004;96(4):280-93.
- Sutton GP, Bundy BN, Delgado G, Sevin BU, Creasman WT, Major FJ, *et al*. Ovarian metastases in stage IB carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166(1pt.1):50-3.
- Greene FL, Page DL, Fleming ID, Fritz AG, Balch CM, Haller DG, *et al.*, (editors). *AJCC - American Joint Committee on Cancer. Cancer staging manual*. 6th ed. New York: Springer-Verlag; 2002.
- Vieira MGS. A importância da prevenção em relação as neoplasias benignas: Lesão intra-epitelial de baixo grau, Lesão intra-epitelial de alto grau e Carcinoma in situ [Monografia]. Recife: Universidade Paulista e Centro de Consultoria Educacional; 2011.
- Rivoire WA, Capp E, Corleta HVE, Silva ISB. Bases biomoleculares da oncogênese cervical. *Rev Bras Cancerol*. 2001;47(2):179-84.
- Hildesheim A, González AB. Etiology and prevention of cervical adenocarcinoma. *J Natl Cancer Inst*. 2006;98(5):292-3.
- Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2005.
- Derchain SFM, Longatto Filho A, Syrjanen KJ. Neoplasia intra-epitelial cervical: diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(7):425-33.

23. Tavares SBN, Amaral RG, Manrique EJC, Sousa NL, Albuquerque ZB, Zeferino LC. Controle da qualidade em citopatologia cervical: revisão de literatura. *Rev Bras Cancerol.* 2007;53(3):355-64.
24. Pajtler M, Audy-Jurković S, Skopljanac-Macina L, Antulov J, Barisić A, Milicić-Juhas V. Rapid cervicovaginal smear screening: method of quality control and assessing individual cytotechnologist performance. *Cytopathology.* 2006;17:121-6.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção primária: rastreamento. Brasília: MS; 2010.