

FACULDADE DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA

Ítalo Soares Cotta

Jonathan Fernandes dos Santos Costa

Matheus Caldas Santos Carvalho

Sophia Vaqueiro Ramos dos Santos

**EVOLUÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO IIIB PARA IV MESMO APÓS
RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA**

Vespasiano

2023

Ítalo Soares Cotta
Jonathan Fernandes dos Santos Costa
Matheus Caldas Santos Carvalho
Sophia Vaqueiro Ramos dos Santos

**EVOLUÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO IIIB PARA IV MESMO APÓS
RADIOTERAPIA E QUIMIOTERAPIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade da Saúde e Ecologia Humana – Faseh -
como requisito parcial à obtenção do título de
bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Michael Zarnowski Passos

Coorientador: Dr. Pedro Hansen Monteiro De Paula

Vespasiano

2023

Cotta, Ítalo Soares *et al.*

Evolução do câncer de colo de útero IIIB para IV mesmo após radioterapia e quimioterapia/
Ítalo Soares Cotta, Jonathan Fernandes dos Santos Costa, Matheus Caldas Santos Carvalho,
Sophia Vaqueiro Ramos dos Santos. – Vespasiano: FASEH, 2023.

Número de páginas: 27p.

Orientador: Prof. Dr. Michael Zarnowski Passos.

Coorientador: Dr. Pedro Hansen Monteiro De Paula.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Faculdade da Saúde e Ecologia Humana.

1. Neoplasia. 2. Oncologia. 3. Neoadjuvância. 4. Câncer uterino. 5. Câncer cervical.

Apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Evolução do câncer de colo de útero IIIB para IV mesmo após radioterapia e quimioterapia”, de autoria dos discentes: Ítalo Soares Cotta, Jonathan Fernandes dos Santos Costa, Matheus Caldas Santos Carvalho e Sophia Vaqueiro Ramos dos Santos, avaliada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Michael Zarnowski Passos – FASEH – Orientador.

Dr. Pedro Hansen Monteiro De Paula – Coorientador.

Prof. Edmar Geraldo Ribeiro – FASEH.

Dr.^a Maria Karina Gonçalves Seixas Dourado – Convidada.

Vespasiano, 06 de dezembro de 2023.

Rua São Paulo, 958 - Parque Jardim Alterosa, Vespasiano/MG, 33200-000.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos nossos familiares e amigos pelo apoio e confiança. Agradecemos, também, a Santa Casa de Belo Horizonte por ter disponibilizado toda a sua estrutura para a realização do presente estudo. Ao Dr. Pedro Hansen e à Dra. Maria Karina Dourado, agradecemos pela disponibilidade e contribuição para nossa formação e, especialmente ao professor Dr. Michael Zarnowski, nossa profunda admiração e gratidão pela amizade e dedicação como médico, professor, pesquisador e orientador.

RESUMO

COTTA, Ítalo Soares *et al.* **Evolução do câncer de colo de útero IIIB para IV mesmo após radioterapia e quimioterapia.** 2023. 28p. Trabalho de Conclusão de Curso. Medicina, Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, 2023.

Objetivos gerais: Relatar o caso de uma paciente diagnosticada com câncer de colo de útero recidivado com metástase à distância, a qual não foi evidenciada nos exames complementares que antecederam o tratamento, resultando o fato em uma abordagem cirúrgica ampla que gerou diversas repercussões na referida paciente. **Introdução:** O câncer do colo do útero é causado pela infecção persistente por alguns tipos do Papilomavírus Humano (HPV), sendo um dos tumores malignos mais frequente na população feminina e a terceira causa de morte de mulheres por câncer no Brasil. O presente relato faz parte das estatísticas acima relacionadas, cuja paciente de 62 anos de idade, admitida na Santa Casa de Belo Horizonte com câncer de colo do útero em estágio avançado, mesmo com a realização de quimiorradioterapia, não apresentou regressão, sendo necessária a abordagem cirúrgica em virtude da evolução do estadiamento do câncer. **Método:** As informações contidas neste trabalho foram obtidas por meio de revisão do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais o paciente foi submetido e revisão da literatura. **Resultados:** A vacinação, em conjunto com o exame preventivo, se complementam como ações de prevenção do câncer de colo do útero, de maneira que mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada, deverão realizar o exame preventivo, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV. **Discussão:** O presente relato de caso traz implicações para a política de atenção ao câncer de colo de útero referentes à prevenção, diagnóstico e tratamento, com vistas a seu aprimoramento. **Conclusão:** O caso relatado e as publicações levantadas trazem à luz a discussão quanto à prevenção do câncer de colo do útero, sobretudo quanto ao rastreamento, em especial, junto a mulheres em situação de pobreza e/ou vulnerabilidade, com mais de 50 anos de idade e residentes em locais distantes dos serviços de saúde; a ampliação de acesso aos serviços de saúde; e a garantia de privacidade das usuárias nos serviços, assim como, em especial, faz-se necessário redução do tempo para conclusão do diagnóstico, com definição do estadiamento do tumor.

Palavras-chave: Neoplasia; Oncologia; Neoadjuvância; Câncer uterino; Câncer cervical.

ABSTRACT

General objectives: To report the case of a patient diagnosed with recurrent cervical cancer with distant metastasis, which was not evidenced in the complementary exams that preceded treatment, resulting in a broad surgical approach that generated several repercussions for the patient in question. **Introduction:** Cervical cancer is caused by persistent infection with some types of Human Papillomavirus (HPV), being one of the most common malignant tumors in the female population and the third cause of death in women from cancer in Brasil. This report is part of the statistics listed above, whose 62-year-old patient, admitted to the Santa Casa de Belo Horizonte with advanced stage cervical cancer, despite undergoing chemoradiotherapy, did not show regression, requiring the surgical approach due to the evolution of cancer staging. **Method:** The information contained in this work was obtained through a review of the medical records, photographic records of the diagnostic methods to which the patient was subjected and a review of the literature. **Results:** Vaccination, together with the preventive exam, complement each other as actions to prevent cervical cancer, so that even vaccinated women, when they reach the recommended age, must undergo the preventive exam, as the vaccine does not protect against all oncogenic subtypes of HPV. **Discussion:** This case report has implications for cervical cancer care policy regarding prevention, diagnosis and treatment, with a view to improving it. **Conclusion:** The reported case and the publications raised bring to light the discussion regarding the prevention of cervical cancer, especially regarding screening, especially among women in situations of poverty and/or vulnerability, over 50 years age of age and residents in places far from health services; expanding access to health services; and ensuring the privacy of users in the services. Regarding diagnosis in particular, it is necessary to reduce the time to complete the diagnosis, with definition of tumor staging.

Keywords: Neoplasm; Oncology; Neoadjuvant; Uterine cancer; Cervical cancer.

LISTA DE TABELAS

TABELA I - Estadiamento FIGO do câncer do colo do útero e tratamento (2018).....	21
---	----

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

SCBH	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
HPV	Papilomavírus Humano
SUS	Sistema Único de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
RNM	Ressonância Magnética
TC	Tomografia Computadorizada
QT	Quimioterapia
AIH	Autorização de internação hospitalar
CTI	Centro de Terapia Intensiva
MMII	Membros inferiores
PCR	Parada cardiorrespiratória
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVO.....	13
3. MÉTODOS.....	14
3.1. ASPECTOS ÉTICOS.....	14
4. RELATO DE CASO.....	15
5 DISCUSSÃO.....	18
6 RESULTADOS.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25

1 INTRODUÇÃO

O câncer de colo de útero ainda possui uma elevada incidência, sendo o quarto tipo de neoplasia mais frequente no mundo. Apesar disso, ele vem se tornando cada vez menos letal em virtude da evolução gradativa dos métodos de prevenção, de rastreamento, de diagnóstico e de tratamento (CARVALHO, CF *et al.*). Exemplos disso são a implementação no Programa Nacional de Imunização desde 2014 da vacina para o Papiloma Vírus Humano (HPV) que é um dos principais fatores de risco para câncer de colo de útero. Além disso, diversas diretrizes estão sendo atualizadas para melhorar o manejo na neoplasia de colo útero, a exemplo o rastreamento por meio do teste de DNA-HPV atualizado em 2018 (SANJOSÉ, Sílvia de; BROTONS, Maria; PAVÓN, Miguel Angel, 2018).

O Brasil, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), disponibiliza a vacina contra o vírus HPV em um esquema de duas doses para meninas e meninos de 9 a 14 anos de idade. Já em pacientes homens e mulheres transplantados; pacientes oncológicos em uso de quimioterapia e radioterapia e pessoas vivendo com HIV/Aids são disponibilizadas 3 doses de vacina até os 45 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

A queda da cobertura vacinal contra o HPV nos últimos anos representa uma questão preocupante e ameaça concreta à saúde de milhões de jovens brasileiros, que pode contribuir para o aumento de sua incidência. Em 2019, 87,08% das meninas brasileiras entre 9 e 14 anos de idade receberam a primeira dose da vacina. Em 2022, a cobertura caiu para 75,81%. Entre os meninos, os números também são preocupantes: a cobertura vacinal caiu de 61,55% em 2019 para 52,16% em 2022 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Nesse contexto, é importante discorrer sobre um caso ocorrido na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, em que restou claro que, mesmo com um manejo da patologia bem estabelecido, desfechos inesperados estão sujeitos a ocorrer.

A afirmativa diz respeito à paciente diagnosticada com câncer de colo de útero recidivado com metástase à distância, a qual não foi evidenciado nos exames complementares que antecederam o tratamento. Desse modo, o fato resultou em uma abordagem cirúrgica ampla que gerou diversas repercussões na paciente.

Assim, é importante evidenciar tais acontecimentos com o objetivo de preveni-los em abordagens médicas futuras, de modo a evitar, dentro das possibilidades, desfechos desfavoráveis.

2 OBJETIVO

Apresentar a revisão de uma recidiva de carcinoma “*in situ*” do colo uterino em uma paciente de 62 anos de idade, com primodiagnóstico em 2021 e recidiva em 2022 após regressão induzida por quimiorradioterapia, levando à necessidade de tratamento cirúrgico.

3 MÉTODOS

Trata-se de Relato de caso realizado através da revisão dos prontuários manuais e eletrônicos da paciente e, posteriormente, da revisão da literatura do tema em epígrafe.

A revisão da literatura foi realizada através dos descritores “Rastreamento do câncer de colo de útero”; “Papiloma vírus - HPV”; “Dados e números sobre o câncer de colo de útero”; “Estadiamento do câncer de colo de útero” e “Cancer of the cervix uteri” em diferentes bases de dados, no período de 01/03/2023 a 01/09/2023, sendo encontrados aproximadamente 1.200 estudos que abordam o tema proposto, porém, nenhum semelhante, tendo em vista tratar-se de um caso inédito e com as suas devidas particularidades.

3.1 Aspectos éticos

O presente estudo seguiu as recomendações contempladas nas diretrizes e normas para pesquisa, envolvendo seres humanos - Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Santa Casa de Belo Horizonte - SCBH, sob o parecer nº 6.158.174 e registro no CAAE n.º 70650923.6.0000.5138 (Anexo 01).

4 RELATO DE CASO

No dia 16/12/2021, paciente de 62 anos de idade, comparece à primeira consulta com a equipe de Oncoginecologia da Santa Casa de Belo Horizonte (SCBH) para discussão do seu quadro clínico. Neste momento, a paciente já havia realizado nefrostomia bilateral no Hospital Evangélico de Belo Horizonte devido às alterações renais ocorridas anteriormente.

Importante ressaltar que, durante a internação em virtude da nefrostomia (admissão em 02/10/2021), foi realizada Ultrassonografia pélvica transvaginal (em 11/10/2021), na qual foi identificado volume uterino de 83,7 cm³, endométrio medindo cerca de 5,6 mm, ovários não visualizados e moderada distensão da cavidade endometrial por lâmina de líquido anecóico com cerca de 9 mm de espessura. Foi realizada também biópsia de colo uterino (laudo de 20/10/2021), que evidenciou displasia acentuada/carcinoma “*in situ*” do colo uterino – NIC III, associada à alterações compatíveis com a infecção pelo HPV (lesão intra-epitelial de alto grau associada à alterações compatíveis com a infecção pelo HPV).

Em 21/10/2021, foi realizada Ressonância Magnética (RNM) de abdome e pelve que identificou lesão expansiva/infiltrativa mal definida corporocervical uterina, havendo sinais de invasão parametrial da parede vaginal e da parede posterior da bexiga, envolvendo os óstios ureterais. A paciente foi, então, encaminhada para o serviço de Oncoginecologia da SCBH.

Compareceu em 16/12/2021 com a Tomografia Computadorizada (TC) de abdome e pelve evidenciando cisto hepático, cisto renal juntamente ou processo inflamatório sobreposto a pelve renal direita. Além disso, presença de lesão mal delimitada na região do colo do útero com envolvimento de parede posterior da bexiga, paramétrios, terço superior e médio da vagina, bexiga e ureteres. Foi proposto procedimento quimioterápico com Carboplatina e radioterapia. Na presente data sem proposta cirúrgica pela Equipe de Oncoginecologia.

Realizada ressonância magnética (RNM) de pelve em 05/01/2022, evidenciou-se a formação expansiva em estroma do colo uterino, estendendo-se parcialmente ao corpo, extensão locorregional aos paramétrios, terço superior e médio da parede anterior da vagina, bem como invadindo espaço vesicouterino e infiltrando a parede posterior da bexiga e o trígono vesical e ureteres, com hidronefroze bilateral. Altamente suspeita para envolvimento neoplásico primário de colo de útero, medindo 6,5 x 4,9 x 5,5cm. Reto sem alterações evidentes.

Iniciada quimioterapia (QT) no dia 24/02/2022. Iniciado radioterapia (RT) 45 GY/25 frações diariamente. Na terceira semana de quimioterapia, mais especificamente em 11/03/2022, a paciente apresentou edema em MMII, sendo solicitado Dupplex Scan que confirmou trombose venosa profunda. Foi iniciado esquema de anticoagulação com Rivaroxibana, entretanto, devido aos sangramentos, foi inserido na paciente filtro de veia cava.

Finalizado 05 ciclos de QT e finalizado esquema de RT em 04/04/2022, foi iniciado o tratamento de braquiterapia intracavitária no Hospital Luxemburgo, em Belo Horizonte, (4x7 Gy) no período de 23/05/2022 à 01/06/2022.

Nova RNM de pelve em 27/05/2022, apresentando perda da definição e alteração do sinal da lesão infiltrativa do colo uterino que determina invasão do fórnice vaginal e dos paramétrios bilateralmente, envolvendo ureteres distais, sugestivo de fibrose pós-tratamento neoadjuvante quimiorradioterápicos, sendo solicitado o retorno em 03 meses.

Paciente comparece no dia 30/08/2022, assintomática, com nova RNM de pelve realizada em 09/08/2022 denotando perda significativa da lesão infiltrativa do colo uterino, apresentando marcado hipossinal em T2 e sem restrição à difusão que se estende ao fórnice vaginal e aos paramétrios bilateralmente, envolvendo ureteres distais, tecnicamente imensurável devido às suas dimensões reduzidas, sugestivas de alteração fibrótica pós-tratamento neoadjuvante quimiorradioterápico.

No dia 05/10/2022 compareceu novamente ao serviço com quadro algico na região lombar, acompanhada de hematoquezia. Nega vômitos. Solicitado hemograma para avaliar quadro clínico. Solicitado nova RNM no dia 27/10/2022.

Realizado nova RNM de pelve em 10/02/2023, evidenciou colo uterino de dimensões reduzidas, sugerindo boa resposta terapêutica, heterogeneidade e irregularidade do paramétrio bilateralmente envolvendo os ureteres distais, alteração tecidual infiltrando recesso anterior vesicouterino e retrocervical estendendo a gordura do mesorreto envolvendo a parede anterior do reto superior. Área focal ovalada de espessamento tecidual infiltrando região hipogástrica possivelmente relacionado a carcinomatose/acometimento secundário. Linfonodopatias ovóides nas cadeias ilíacas interna e obturatória à direita de aspecto heterogêneo e contornos irregulares. Discutido em consulta a possibilidade de abordagem cirúrgica.

No dia 27/03/2023, foi solicitado à Comissão Municipal de Oncologia o tratamento quimioterápico, sendo proposto o uso de Carboplastina AUC + Paclitaxel 15mg//m2 a cada 21 dias, com duração de 08 ciclos, contudo o pedido de novo ciclo de QT foi negado. Assim, foi solicitado retorno ao ambulatório de ginecologia da SCBH para avaliar a possibilidade de tratamento cirúrgico.

Em 29/03/2023, há a emissão de autorização de internação hospitalar (AIH) para exenteração pélvica, solicitado pré-operatório e esclarecendo dúvidas da paciente quanto ao procedimento cirúrgico.

Paciente admitida no dia 26/04/2023 para realização de cirurgia. No ato, foram identificadas diversas lesões extrapélvicas, sendo necessária a ampliação do procedimento, com tempo cirúrgico prolongado ($x > 6$ horas). Realizado exenteração pélvica + colectomia total + ileostomia + gastrectomia parcial com gastroenteroanastomose a Billroth II + nefrectomia parcial + reimplante bilateral de ureter com colocação de duplo.

Embora os exames de imagem realizados anteriormente não tenham permitido identificar de forma total a extensão das lesões, a ressecção completa foi realizada em decorrência da vasta experiência e capacidade técnica do cirurgião oncológico responsável.

Encaminhada ao Centro de Terapia Intensiva (CTI) com necessidade de aminas vasoativas. Em 10/05/2023, teve alta do CTI, porém, evoluiu com febre, dessaturação e taquipneia, retornando ao CTI. Devido acidose metabólica, foi realizado bicarbonato enteral na paciente.

Realizado TC de abdome total em 15/05/2023, evidenciando coleção na região abdominal, de 1360cm³. Realizado laparotomia abdominal no dia 16/05/2023 com visualização de necrose e desabamento da ileostomia, além de moderada quantidade de secreção fecalóide abdominal. Foi necessário retorno ao CTI, hemodinamicamente instável devido ao quadro de choque séptico.

No dia 17/05/2023 evoluiu com parada cardiorrespiratória (PCR) de 08 minutos. No dia 18/05/23, novamente apresentou uma PCR com duração de 12 minutos. Durante o plantão noturno, apresentou nova PCR em assistolia já em contexto de noradrenalina 120mL/h e vasopressina 12mL/h em soluções padrões. Paciente não responde hemodinamicamente às medidas clínicas instituídas. Declarado óbito em 19/05/2023, às 04h:40min.

5 DISCUSSÃO

O papilomavírus humano (HPV) é um pequeno vírus de DNA de fita dupla que comumente acomete seres humanos. As características oncogênicas do HPV justificam-se a partir das oncoproteínas E6 e E7, resultando na inibição dos supressores tumorais p53 e pRB. Cerca de 5% de todos os cânceres no mundo são atribuíveis principalmente àqueles conhecidos como de alto risco, incluindo os tipos de HPV 16, 18, 31, 33 (SANJOSÉ, Sílvia de; BROTONS, Maria; PAVÓN, Miguel Angel, 2018).

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais incidente entre as mulheres. Somente em 2022 foram estimados 16.710 novos casos, o que representa um risco considerado de 15,38 casos a cada 100 mil mulheres. No Brasil, a taxa de mortalidade por câncer do colo do útero, ajustada pela população mundial, foi de 4,60 óbitos/100 mil mulheres, em 2020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Os carcinomas escamosos do colo do útero são a histologia predominante, representando 75% dos casos. Os adenocarcinomas representam 20%, mas sua incidência está aumentando constantemente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O exame citopatológico é o método de rastreamento do câncer do colo do útero, indicado para a população alvo de 25 a 64 anos, uma vez a cada três anos, após dois exames anuais consecutivos normais. Essas recomendações visam garantir o balanço favorável entre riscos e benefícios do rastreamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Ademais, a colposcopia é um exame complementar no rastreamento de carcinoma de colo uterino em que possui indicação aquelas pacientes que possuem desde Células Escamosas Atípicas de Grau Indeterminado em que não é possível excluir lesão de Alto grau (ASC-H) à adenoma carcinoma in situ ou invasor. Além disso, a biópsia é um exame acessório diante da descoberta de lesões durante o exame colposcópico, que além de determinar o grau de lesão pode evidenciar o câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Assim, é necessário o encaminhamento para a Oncologia a paciente que possui grande suspeita de malignidade e/ou aquelas possuem Biópsia confirmatória de adenocarcinoma.

Quanto ao tratamento do câncer de colo de útero, atualmente, a quimioterapia é utilizada em pacientes com câncer colo de útero I como um complemento aos tratamentos loco-regionais definitivos (cirurgia ou radioterapia) para melhorar seu resultado. Além dessa abordagem, há outras ferramentas clínicas, como terapia paliativa para pacientes com câncer recorrente ou *de nova doença* metastática (LIONTOS M, *et al.*, 2019).

A quimiorradioterapia concomitante, a qual consiste em quimioterapia à base de platina em conjunto com radioterapia seguida de braquiterapia, foi estabelecida como o padrão internacional de tratamento para a maioria dos estágios do câncer de colo de útero localmente avançado em 1999 (MAYADEV JS *et al.*, 2022). Corroborando com essa informação, estudos clínicos demonstraram que a utilização da quimiorradioterapia concomitante prolonga a sobrevida em, aproximadamente, 50% em comparação com a radioterapia isolada (YE Q *et al.*, 2020). Essa propedêutica citada acima, foi escolhida como tratamento inicial da paciente em questão que está sendo abordada neste relato de caso.

Cerca de 30% dos pacientes com câncer cervical recorrente ou metastático responderão à quimioterapia à base de platina. No entanto, essas respostas são geralmente parciais e de curta duração. Por consequência disto, o benefício associado à quimioterapia citotóxica nesses pacientes, oferece uma sobrevida média de aproximadamente um ano (LIONTOS M, *et al.*, 2019).

Para o câncer do colo do útero, o estadiamento clínico é indispensável e baseia-se nos resultados do exame físico, cistoscopia, proctoscopia, biópsia e exames de imagem. Por isso, faz-se necessária a realização de bons exames de imagem ao longo de todo o acompanhamento médico, uma vez que estes são fundamentais para um estadiamento adequado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Após o estadiamento do câncer, o médico discutirá com a paciente as opções de tratamento, as quais encontram-se elencadas na tabela abaixo (Tabela I). É importante avaliar todas as possibilidades terapêuticas e considerar o estágio da doença, a extensão da lesão, as características do tumor, a idade da paciente, seu estado de saúde geral e suas preferências pessoais.

As principais opções de tratamento para o câncer de colo do útero incluem cirurgia, radioterapia, quimioterapia, terapia alvo e imunoterapia, que podem ser realizadas isoladamente ou em combinação, dependendo do estágio da doença. Para os estágios iniciais do câncer de colo do útero, pode ser feita a cirurgia ou a radioterapia combinada com a quimioterapia. Para estágios posteriores, a radioterapia combinada com a quimioterapia é geralmente o principal tratamento. A quimioterapia isoladamente é geralmente usada no tratamento do câncer de colo do útero avançado (YE Q *et al.*, 2020).

Tabela I - Estadiamento FIGO do câncer do colo do útero e tratamento (2018).

Estadiamento FIGO do câncer do colo do útero (2018)		
Estágio	Descrição	Tratamento
I	O carcinoma está estritamente confinado ao colo do útero (a extensão para o corpo uterino deve ser desconsiderada)	
IA	Carcinoma invasivo que pode ser diagnosticado apenas por microscopia, com profundidade máxima de invasão < 5 mm	Embora a cirurgia seja a preferida para a doença em estágio inicial, a radioterapia fornece resultados igualmente bons em termos de controle local e sobrevivência. A decisão deve ser tomada com base em critérios clínicos, anatômicos e sociais.
IA1	Invasão estromal medida < 3mm de profundidade	Conização Cervical, a menos que haja invasão do espaço linfovascular
IA2	Invasão estromal medida $\geq 3\text{mm}$ e < 5mm de profundidade	Como há um pequeno risco de metástases linfonodais nesses casos, linfadenectomia pélvica é realizada em adição à histerectomia radical tipo B ou cirurgia mais radical. Em casos de baixo risco, simples histerectomia ou traquelectomia com linfadenectomia pélvica
IB	Carcinoma invasivo com invasão mais profunda medindo $\geq 5\text{ mm}$ (maior que o Estágio IA), lesão limitada ao colo do útero	Como há um pequeno risco de metástases linfonodais nesses casos, linfadenectomia pélvica é realizada em adição à histerectomia radical tipo B ou cirurgia mais radical. Em casos de baixo risco,

		simples hysterectomia ou traquelectomia com linfadenectomia pélvica
IB1	Carcinoma invasivo ≥ 5 mm de profundidade de invasão estromal e < 2 cm em sua maior dimensão	O tratamento cirúrgico é a modalidade de escolha. Geralmente consiste em hysterectomia radical tipo C com linfadenectomia pélvica. A via de cirurgia pode ser aberta ou minimamente invasiva, ou seja, laparoscópica ou robótica
IB2	Carcinoma invasivo ≥ 2 cm e < 4 cm em sua maior dimensão	O tratamento cirúrgico é a modalidade de escolha. Geralmente consiste em hysterectomia radical tipo C com linfadenectomia pélvica. A via de cirurgia pode ser aberta ou minimamente invasiva, ou seja, laparoscópica ou robótica
IB3	Carcinoma invasivo ≥ 4 cm em sua maior dimensão	Nesses casos, a irradiação pélvica adjuvante reduz a chance de falha local e melhora a sobrevida livre de progressão em comparação com pacientes tratados apenas com cirurgia. A quimiorradiação baseada em platina concomitante é o tratamento indicado
II	O carcinoma invade além do útero, mas não se estendeu para o terço inferior da vagina ou para a parede pélvica	
IIA	Envolvimento limitado aos dois terços superiores da vagina sem envolvimento parametrial	Como há um pequeno risco de metástases linfonodais nesses casos, linfadenectomia pélvica é realizada em adição à hysterectomia radical tipo B ou cirurgia mais radical. Em casos de baixo risco, simples hysterectomia ou traquelectomia com linfadenectomia pélvica
IIA1	Carcinoma invasivo < 4 cm em sua maior dimensão	O tratamento cirúrgico é a modalidade de escolha. Geralmente consiste em hysterectomia radical tipo C com linfadenectomia pélvica. A via de cirurgia pode ser aberta ou minimamente invasiva, ou seja, laparoscópica ou robótica

IIA2	Carcinoma invasivo ≥ 4 cm em sua maior dimensão	Nesses casos, a irradiação pélvica adjuvante reduz a chance de falha local e melhora a sobrevida livre de progressão em comparação com pacientes tratados apenas com cirurgia. A quimiorradiação baseada em platina concomitante é o tratamento indicado
IIB	Com envolvimento parametrial, mas não até a parede pélvica	A quimiorradiação concomitante é considerada o tratamento padrão para pacientes com câncer cervical localmente avançado
III	O carcinoma envolve o terço inferior da vagina e/ou se estende até a parede pélvica e/ou causa hidronefrose ou rim não funcional e/ou envolve gânglios linfáticos pélvicos e/ou para-aórticos	A quimiorradiação concomitante é considerada o tratamento padrão para pacientes com câncer cervical localmente avançado
IIIA	O carcinoma envolve o terço inferior da vagina, sem extensão para a parede pélvica	
IIIB	Extensão para a parede pélvica e/ou hidronefrose ou rim não funcional (a menos que seja devido a outra causa)	A quimiorradiação concomitante é considerada o tratamento padrão para pacientes com câncer cervical localmente avançado
IIIC	Envolvimento de gânglios linfáticos pélvicos e/ou para-aórticos, independentemente do tamanho e extensão do tumor (com as notações r e p)	
IIIC1	Apenas metástase de linfonodo pélvico	
IIIC2	Metástase linfonodal para-aórtica	
IV	O carcinoma se estendeu além da pelve verdadeira ou envolveu (comprovada por biópsia) a mucosa da bexiga ou do reto	A quimiorradiação concomitante é considerada o tratamento padrão para pacientes com câncer cervical localmente avançado
IVA	Disseminação para órgãos pélvicos adjacentes	A quimiorradiação concomitante é considerada o tratamento padrão para pacientes com câncer cervical localmente avançado

IVB	Espalhou-se para órgãos distantes	A quimiorradiação concomitante pode ter uma resposta melhor do que a sistêmica quimioterapia. Apesar das taxas de resposta limitadas, a cisplatina tem sido a quimioterapia padrão usada no cenário de doença metastática
-----	-----------------------------------	---

(YE Q *et al.*, 2020).

6 RESULTADOS

Dos 30 artigos analisados, observou-se que a vacinação contra o papiloma vírus – HPV, em conjunto com o exame preventivo, se complementam como ações de prevenção do câncer de colo do útero, de maneira que mesmo as mulheres vacinadas, quando alcançarem a idade preconizada, deverão realizar o exame preventivo, pois a vacina não protege contra todos os subtipos oncogênicos do HPV.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de colo de útero é um dos cânceres mais frequentes no público feminino, sobretudo em países subdesenvolvidos, como o Brasil. Os métodos de imagem são de grande importância para o diagnóstico precoce visando um tratamento com sobrevida elevada.

Infelizmente, a paciente do relato de caso em epígrafe, detectou o câncer de colo de útero tardiamente, já em estágio avançado, que respondeu momentaneamente à neoadjuvância, porém, durante o acompanhamento clínico foi verificado recidiva, além de disseminação de células tumorais em outros órgãos, tornando-se necessária a cirurgia ampla para ressecção do tumor, no entanto, não houve resposta efetiva, tendo a paciente evoluindo ao óbito.

Desta maneira, resta claro que medidas preventivas, como o aumento nos números de realizações de consultas ginecológicas, vacinação efetiva e exames citopatológicos quando aconselhados são fatores de grande importância na prevenção da patologia envolvida no presente relato de caso.

REFERENCIAS

1. BHATLA et al. Cancer of the cervix uteri. *Int. J Gynaecol Obstetrics*, 2018. DOI: 0.1002/ijgo.12611.
2. CAMARA GNNL, CRUZ MR, VERAS VS, MARTINS CRF. Os papilomavírus humanos – HPV: Carcinogênese e imunogênese. Brasília: Universidade de Brasília, 2003. DOI: 10.5102/UCS.V11I1.503
3. CARVALHO CF, TEIXEIRA JC, BRAGANÇA JF, DERCHAIN S, ZEFERINO LC, Vale DB. Rastreamento do câncer do colo do útero com teste de DNA-HPV: atualizações na recomendação. *Femina*. 2022;50(4):200-7.
4. LIONTOS M, KYRIAZOGLU A, DIMITRIADIS L, DIMOPOULOS MA, BAMIAS A. Systemic therapy in cervical cancer: 30 years in review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. Volume 137, May 2019, Pages 9-17. [Doi.org/10.1016/j.critrevonc.2019.02.009](https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2019.02.009).
5. MAYADEV JS, KE G, MAHANTSHETTY U, PEREIRA MD, TARNAESKI R, TOITA T. Global challenges of radiotherapy for the treatment of locally advanced cervical cancer. *International Journal of Gynecologic Cancer* 2022;32:436-445. DOI: [10.1136/ijgc-2021-003001](https://doi.org/10.1136/ijgc-2021-003001).
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016.
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dados e números sobre câncer do colo do útero – Relatório anual 2022. Rio de Janeiro: INCA, 2022.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Queda da cobertura vacinal contra o HPV representa risco de aumento de casos de cânceres evitáveis no Brasil: 21 fev. 2023.
9. SANJOSÉ, Sílvia de; BROTONS, Maria; Pavón, Miguel Angel. A história natural da infecção pelo papilomavírus humano. Barcelona: Ed. Elsevier, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.08.015>.
10. YE Q, YANG Y, TANG X, LI J, LI X, ZHANG Y. Neoadjuvant Chemotherapy Followed by Radical Surgery versus Radiotherapy (with or without Chemotherapy) in Patients with Stage IB2, IIA, or IIB Cervical Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dis Markers*. 2020; 2020: 7415056. DOI: [10.1155/2020/7415056](https://doi.org/10.1155/2020/7415056).

APÊNDICES

Apêndice A

Termo de confidencialidade

À Santa Casa de Belo Horizonte:

Nós, Michael Zarnowski Passos, Pedro Hansen Monteiro De Paula, Ítalo Soares Cotta, Jonathan Fernandes dos Santos Costa, Matheus Caldas Santos Carvalho e Sophia Vaqueiro Ramos dos Santos, que estamos realizando o Relato de Caso intitulado “Evolução do câncer de colo de útero IIIB para IV mesmo após radioterapia e quimioterapia”, nos comprometemos a preservar a privacidade da paciente mencionada no Relato de Caso, cujos dados serão coletados em prontuários manuais e/ou eletrônicos da Santa Casa de Belo Horizonte.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres-humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Desta forma, nos comprometemos a preservar a privacidade da paciente cujos dados serão utilizados. Concordamos, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto. Comprometemos, igualmente, a fazer divulgação das informações coletadas somente de forma anônima.

Informamos que não haverá custos para a Instituição e não iremos interferir na operacionalização das atividades cotidianas da instituição.

Atenciosamente,

Orientador: Michael Zarnowski Passos

Coorientador: Pedro Hansen Monteiro De Paula

Discentes: Ítalo Soares Cotta; Jonathan Fernandes dos Santos Costa; Matheus Caldas Santos Carvalho e Sophia Vaqueiro Ramos dos Santos

Vespasiano, 15 de maio de 2023.