



Manejo do microcarcinoma do colo uterino

Management of cervical microcarcinoma

Manoel Afonso Guimarães Gonçalves¹ , Fernando Anschau¹ ,
Fernando Gesteira Campos de Pinho¹

RESUMO

O microcarcinoma do colo do útero é uma forma inicial e invasiva do câncer cervical, diagnosticada com base na microinvasão do tecido. Identificado pela primeira vez em 1947, ele representa uma transição entre carcinoma *in situ* e câncer invasivo. Sua detecção precoce é essencial para tratamentos menos agressivos e maior preservação da fertilidade. A classificação da lesão foi aprimorada ao longo dos anos pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), com a divisão em estágios IA1 e IA2. O diagnóstico é feito por avaliação histológica rigorosa, sendo crucial a análise do envolvimento linfovascular. O tratamento varia conforme a profundidade da invasão, sendo opções a conização, histerectomia simples, traquelectomia radical e histerectomia radical com linfadenectomia. A preservação da fertilidade é possível em casos selecionados, com métodos como conização e traquelectomia. O prognóstico é excelente, com taxa de sobrevida em cinco anos superior a 95% em estágios iniciais. O acompanhamento contínuo é essencial para monitorar possíveis recidivas.

Palavras-chave: carcinoma; colo uterino; tratamento.

ABSTRACT

Cervical microcarcinoma is an early and invasive form of cervical cancer, diagnosed based on microinvasion of the tissue. First identified in 1947, it represents a transition between carcinoma *in situ* and invasive cancer. Early detection is essential for less aggressive treatments and better fertility preservation. The classification of the lesion has been refined over the years by the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), dividing it into stages IA1 and IA2. Diagnosis is made through rigorous histological evaluation, with a crucial analysis of lymphovascular involvement. Treatment varies according to the depth of invasion, with options including conization, simple hysterectomy, radical trachelectomy, and radical hysterectomy with lymphadenectomy. Fertility preservation is possible in selected cases with methods such as conization and trachelectomy. The prognosis is excellent, with a five-year survival rate above 95% in early stages. Continuous follow-up is essential to monitor for potential recurrences.

Keywords: carcinoma; cervix; treatment.

O microcarcinoma do colo do útero foi identificado pela primeira vez em 1947, quando o patologista canadense Mestwerdt introduziu o conceito de microinvasão cervical. Ele descreveu lesões em estágio inicial que ultrapassavam a membrana basal, mas com invasão mínima ao tecido subjacente. Esse marco foi fundamental para a compreensão das etapas iniciais da progressão do câncer cervical, estabelecendo a diferença entre lesões superficiais

e formas invasivas. O conceito trouxe novas perspectivas para o diagnóstico e tratamento de lesões cervicais. O microcarcinoma representa um estágio de transição entre o carcinoma *in situ* e o câncer invasivo, onde as células cancerígenas começam a infiltrar o tecido do colo do útero, mas de forma ainda restrita. A partir de então, surgiram debates sobre critérios para definir a profundidade e extensão da invasão, com avanços importantes na

¹Pontifícia Universidade Católica, Escola de Medicina – Porto Alegre (RS), Brasil.

*Autor correspondente: afonso.grs@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar. Fonte de financiamento: não há.

Recebido em: 29/11/2024. Aprovado em: 02/12/2024.

classificação, detecção e na implementação de tratamentos menos agressivos em casos de diagnóstico precoce¹⁻⁵.

Atualmente o microcarcinoma do colo uterino continua sendo uma área de interesse clínico, principalmente por permitir intervenções com taxas de cura mais altas e preservação da função reprodutiva, destacando a importância do diagnóstico precoce.

DEFINIÇÃO

A partir da primeira definição de Mestwerdt, vários autores apresentaram definições e classificações que foram sendo modificadas. Em 2004, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) apresentou a classificação do câncer cervical que reunia medidas claras para invasão do estroma nos estágios IA1, até 3 mm de profundidade, e IA2, maior que 3 mm e até 5 mm de profundidade. Essa classificação foi revisada em 2009 e mais recentemente em 2018, quando a extensão da lesão foi desconsiderada. Já em 2009, o termo câncer microscópico foi definido e, portanto, todas as lesões macroscópicas, mesmo que superficiais, são consideradas IB. O envolvimento do espaço linfovascular continua sem efeito no estadiamento, mas influencia no tratamento¹.

DIAGNÓSTICO

A determinação da microinvasão deve ser sempre feita por avaliação histológica sistemática de peça cirúrgica da conização do colo uterino ou da própria histerectomia total, utilizando sempre cortes seriados para determinar com precisão a profundidade da invasão, além do comprometimento do espaço linfovascular¹⁻⁵.

O crescimento da extensão dos programas de rastreamento do câncer cervical levou a um aumento da identificação de lesões precursoras do câncer e, consequentemente, a uma ampliação no diagnóstico de microinvasão¹⁻⁵.

A avaliação da histologia por um patologista experiente é essencial para a correta identificação da microinvasão com sua respectiva mensuração e caracterização da presença ou não da invasão do espaço linfovascular. É também de grande importância que o patologista possa determinar a presença de comprometimento das margens, que dessa forma excluiriam a definição de microinvasão. Principalmente para pacientes jovens com intenção de preservar a fertilidade, a identificação desses parâmetros pode se traduzir em tratamento conservador¹⁻⁵.

TRATAMENTO

O tratamento do carcinoma microinvasor do colo do útero depende de diversos fatores, como a profundidade de invasão, status linfovascular, além do desejo de preservar a fertilidade da paciente. A abordagem mais indicada pode variar desde tratamento conservador até intervenções cirúrgicas mais extensas¹⁻⁵.

1. Conização

A conização é frequentemente o primeiro passo tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento. O procedimento remove uma porção em formato de cone do colo uterino, contendo a lesão e parte do tecido circundante. Pode ser realizado por métodos como:

- a. cone a frio;
- b. Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP), usando alça diatérmica;
- c. laser.

A conização pode ser terapêutica para pacientes com estágio IA1 e sem envolvimento linfovascular. As pacientes com desejo de preservação da fertilidade são candidatas ideais para esse tipo de tratamento, pois a conização permite futuras gestações. Estudos indicam taxa de cura elevada para IA1, sem envolvimento linfovascular, com taxas de recorrência baixas após a conização.

2. Histerectomia simples

A histerectomia simples sem a retirada de linfonodos estaria indicada para pacientes com câncer microinvasor estágio IA1 que não tenham desejo reprodutivo e preferiram uma abordagem mais definitiva. A histerectomia tem taxa de cura muito alta e elimina o risco de recorrência no útero, sendo preferível em pacientes que não desejam preservar o útero. A histerectomia simples (Piver I) poderá ser destinada aos casos de IA1 com envolvimento dos vasos linfáticos ou de IA2 com a realização da linfadenectomia pélvica, já que, nessas situações, poderão existir linfonodos comprometidos em 5 a 8% dos casos.

3. Traquelectomia radical

Em mulheres que desejam preservar a fertilidade, a traquelectomia radical com linfadenectomia é uma alternativa eficaz. Essa abordagem estaria indicada nos estágios IA1 com envolvimento linfovascular ou IA2 com ou sem envolvimento linfovascular. Estudos mostram que a traquelectomia tem boas taxas de sobrevida e preservação da fertilidade, com taxa de recorrência comparável à histerectomia radical.

4. Histerectomia radical e linfadenectomia pélvica

Esse procedimento estaria indicado para carcinoma microinvasor estágio IA2 com evidência de invasão linfovascular, como uma alternativa mais radical e definitiva.

A taxa de cura para essa modalidade é alta, mas o risco de complicações é maior, justificando seu uso apenas em casos específicos.

PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE

O desejo de manter a fertilidade influencia significativamente a escolha do tratamento em mulheres jovens com carcinoma microinvasor. A conização e a traquelectomia são os métodos preferenciais para pacientes que desejam engravidar no futuro. Esses métodos têm mostrado bons resultados em termos de taxas de sobrevivência e baixo risco de recorrência, embora o seguimento rigoroso seja essencial. A conização pode estar associada a partos prematuros em futuras gestações, e a traquelectomia também exige monitoramento cuidadoso durante a gravidez¹⁻⁵.

SEGUIMENTO E PROGNÓSTICO

Após o tratamento conservador, é recomendado um seguimento contínuo devido ao risco, ainda que baixo, de recorrência. Tal seguimento geralmente inclui exames pélvicos regulares, colposcopias, citologias e teste de papilomavírus humano (HPV) para monitorar potenciais recidivas ou a presença de lesões precursoras. Em casos bem conduzidos e tratados no estágio microinvasor (IA), o prognóstico é excelente, com taxa de sobrevida em 5 anos acima de 95%, especialmente para os casos de IA1 sem invasão linfovascular¹⁻⁵.

CONCLUSÃO

O manejo do carcinoma microinvasor do colo do útero deve ser personalizado, levando em conta o estágio do tumor, o desejo de preservar a fertilidade e os fatores de risco individuais. O avanço nas técnicas de diagnóstico e tratamento minimamente invasivo permite que muitas mulheres preservem a fertilidade, ao mesmo tempo que mantêm altas taxas de cura. A escolha do tratamento deve ser feita de forma cuidadosa e com acompanhamento multidisciplinar, considerando os interesses e preferências da paciente para otimizar os resultados a longo prazo¹⁻⁵.

REFERÊNCIAS

1. Bhatla N, Berek JS, Cuello Fredes M, Denry LA, Grenman S, Karunaratne K, et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;145(1):129-35. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12749>
2. Schubert M, Bauerschlag DO, Muallem MZ, Maass N, Alkatout I. Challenges in the diagnosis and individualized treatment of cervical cancer. *Medicina (Kaunas)*. 2023;59(5):925. <https://doi.org/10.3390/medicina59050925>
3. Hill EK. Updates in cervical cancer treatment. *Clin Obstet Gynecol*. 2020;63(1):3-11. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000507>
4. Tsikouras P, Zervoudis S, Manav B, Tomara E, Iatrakis G, Romanidis C, et al. Cervical cancer: screening, diagnosis and staging. *J BUON*. 2016;21(2):320-5. PMID: 27273940.
5. Simelela PN. WHO global strategy to eliminate cervical cancer as a public health problem: an opportunity to make it a disease of the past. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021;152(1):1-3. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13484>